

Berlin, den 19. Januar 2026



TransInterQueer e.V.

TransInterQueer e.V.
Gürtelstraße 35
10247 Berlin
+49 (0) 30 – 76 95 25 15 (Mo 10-12 Uhr, Do 14-16 Uhr)
inter@triqtransinterqueer.org
www.transinterqueer.org

Stellungnahme zu der aktualisierten "S2k-Leitlinie Varianten der "Geschlechtsentwicklung"

An die

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.

und beteiligte, insbesondere die federführenden Fachgesellschaften o.g. Leitlinie nämlich

- die Deutsche Gesellschaft für pädiatrische und adoleszente Endokrinologie und Diabetologie (DGPAED)
- die Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU)
- die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendchirurgie e.V. (DGKJCH)

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften hat im Juli 2025 eine Aktualisierung der vorher gültigen "S2k-Leitlinie Varianten der Geschlechtsentwicklung" herausgegeben. Aus Sicht von TrIQ e.V. beinhaltet die Aktualisierung einige besorgniserregende Rückschritte. Diese wollen wir in dieser Stellungnahme benennen. Einerseits um unsere Kritik daran deutlich zu machen. Andererseits auch um Gesundheitsfachkräften aber insbesondere auch Eltern von intergeschlechtlichen Kindern, erwachsenen inter* Personen und Verbündeten eine alternative Sichtweise zur Verfügung zu stellen.

Sicherlich am problematischsten an der Aktualisierung der Leitlinie sind die Operationsempfehlungen, die für nicht einwilligungsfähige Säuglinge und Kinder ausgesprochen werden. So wird beispielsweise bei Kindern mit sogenannter "Hypospadie" eine "Korrektur" im Alter von 12-18 Monaten (S. 48) empfohlen. Diese Eingriffe werden zunächst als "kleine Eingriffe, die keinerlei geschlechtsmodifizierenden Charakter haben" beschrieben. Begründet werden sie durch "mögliche Probleme für die Gesundheit des Kindes (...) durch Abflusstörungen des Urins". Es bedürfe hier nur einer "Erweiterung der (...) Harnröhrenmündung" (S.47). Dennoch wird auf Seite 58 der Leitlinie in diesem Zusammenhang auch die "Korrektur des Skrotums" und außerdem die "chirurgische Entfernung des suprapubischen Fettkissens" benannt. Auch eine "Aufrichtung" wird

empfohlen. Handlungsleitend sei "ein gutes funktionelles Ergebnis im Sinne einer Miktion im Stehen und der Erektionsfähigkeit" (Seite 59).

Dies sieht die Leitlinie als "Kinderrecht auf das „erreichbare Höchstmaß an Gesundheit“, das in der UN-Kinderrechtscharta verankert" sei. Die Leitlinie sieht erschreckenderweise keinen Konflikt darin, dass "aufgrund der oftmals komplexen Behandlungskonstellationen (...) chirurgische Komplikationen bei Hypospadiekorrekturen häufig" sind (S. 58). An dieser Stelle seien beispielhaft die Komplikationen bei Hypospadiekorrekturen benannt, die das Klinikum Ingolstadt auf seiner Webseite angibt:

(<https://klinikum-ingolstadt.de/krankheitsbild/hypospadie-angeborene-harnroehrenfehlbildung> / aufgerufen am 13.10.2025).

"Die Harnröhrenfistel ist die häufigste postoperative spezielle Komplikation der Hypospadiekorrektur. Eine Harnröhrenfistel stellt einen zusätzlichen ungeplanten Harnausgang dar. Das Fistelrisiko ist umso höher, je proximaler die Hypospadie ist. So liegt dieses Risiko bei einer distal penilen Hypospadie bei bis zu 10 %, bei einer proximalen Hypospadie kann das Risiko auf bis zu 50 % steigen. Die zweithäufigste spezielle Komplikation ist die Narbeneinengung der Harnröhre (Striktur), welche meist im Bereich der Verbindung (Anastomose) zwischen originärer Harnröhre und neu gebildeter Harnröhre oder im Eichelbereich auftritt. Weiterhin kann eine unvollständig durchgeführte Chordektomie durch zunehmendes Größenwachstum zu einer neuerlichen Penisschaftverkrümmung führen. Harnröhrenöffnungsverengung (Stenosen) und Harnröhrenaussackungen (Divertikel) sind beschrieben. Aber auch Hautbrücken und narbige Asymmetrien können das kosmetische Resultat ungünstig beeinflussen."

Des Weiteren wollen wir hier auch auf die eigenständige "S2k Leitlinie zur operativen Behandlung der distalen, mittleren und proximalen Hypospadie" verweisen, die auf Seite 11 besagt: "Im Zweifel sollte die Zustimmungsfähigkeit des Patienten selbst (ab etwa 14-16 Jahren) abgewartet werden, da ein Operationswunsch bei geringer Ausprägung nicht antizipiert werden kann, da möglicherweise dem Patienten daraus kein Nachteil entsteht bzw. er sich der Fehlbildung gar nicht bewusst ist."

Diese Erkenntnisse zeigen: während geringer ausgeprägte sogenannte "Hypospadien" selbst unter Anwendung binärer Körpernormen nicht notwendig scheinen, haben die stärker ausgeprägten sogenannten "Hypospadiekorrekturen" eine Komplikationsrate von bis zu 50%. Dies benennt auch die "S2k Leitlinie zur operativen Behandlung der distalen, mittleren und proximalen Hypospadie" erneut:

"Ein ideales Ergebnis nach Hypospadiekorrektur umfasst einen geraden Penis mit einem schlitzförmigen, an der Glansspitze positionierten Meatus, eine nicht gespaltene und nicht vernarbte Glans, eine nicht vernarbte, verschiebbliche und ausreichend vorhandene Penisschafthaut, eine uneingeschränkte Miktion und eine vollständige und aufrechte Erektion bei freiem Transport des Ejakulats. Dieses Ziel ist sehr hochgesteckt. Häufig resultieren nach multiplen Voroperationen eine Restverkrümmung des Penis, massive Narbenbildungen der Penisschafthaut bei fehlender Vorhaut und eine gespaltene, asymmetrische und vernarbte Glans (S.31 S2k Leitlinie zur operativen Behandlung der distalen, mittleren und proximalen Hypospadie).

Weiterhin sei an dieser Stelle auch auf die generellen Risiken von medizinischen Eingriffen mit Narkose bei Säuglingen und Kleinkindern hingewiesen: 2017 hat die American Food and Drug Administration neue Leitlinien für die Anwendung von Narkose- und Betäubungsmitteln bei Kindern herausgegeben. Hier wird unter anderem benannt, dass die Anwendung von Vollnarkose- und Sedierungsmitteln über einen längeren Zeitraum (drei Stunden) oder bei mehreren Eingriffen die Gehirnentwicklung von Kindern unter drei Jahren negativ beeinflussen kann. Der Bericht kommt zu dem Schluss, dass in Betracht gezogen werden sollte, potenziell elektive Operationen bei kleinen Kindern zu verschieben, wenn dies medizinisch angemessen ist (<https://www.fda.gov/media/104705/download> aufgerufen am 13.10.2025).

Abgesehen von der fehlenden Notwendigkeit und auch hohen Komplikationsrate dieser Operationen beginnt die eigentliche Problematik im Kern schon früher: Es gibt bis dato keinerlei wissenschaftliche Begründung für geschlechtszuweisende Operationen bei intergeschlechtlichen Kindern. Es gibt keine Studien oder Daten dazu, dass sie überhaupt irgendeinen Vorteil bringen (The American Academy of Pediatrics (2000) "Evaluation of the newborn with developmental anomalies of the external genitalia." Pediatrics 106,1.). Die verheerenden Studien des Dr. John Money, die erst zur standartisierten Praxis der geschlechtszuweisenden Operationen bei intergeschlechtlichen Kindern führte, sind längst widerlegt.

Hinzu kommt, dass diese Eingriffe unserer Einschätzung nach im Konflikt zum 2021 verabschiedeten sogenannten OP-Verbot stehen (§ 1631e BGB "Behandlung von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung"). Dieses verbietet, in eine "Behandlung eines nicht einwilligungsfähigen Kindes mit einer Variante der Geschlechtsentwicklung einzuwilligen, die, ohne dass ein weiterer Grund für die Behandlung hinzutritt, allein in der Absicht erfolgt, das körperliche Erscheinungsbild des Kindes an das des männlichen oder des weiblichen Geschlechts anzugeleichen." Die verschiedenen Eingriffe, die die S2k-Leitlinie Varianten der Geschlechtsentwicklung im Falle der sogenannten "Hypospadie" empfiehlt, übersteigt unseres Erachtens medizinisch notwendige Eingriffe immens und hat letztendlich genau das zum Ziel, was das OP-Verbot verbietet: eine heteronormative Anpassung in Richtung eines sogenannten männlichen Phänotypes und somit die Unsichtbarmachung und Vernichtung intergeschlechtlicher Körper.

Dies ist zutiefst bedauerlich, da die S2k-Leitlinie Varianten der Geschlechtsentwicklung zumindest in der Präambel deutlich machen will, dass Geschlecht "weder hinsichtlich der körperlichen Ausprägungsformen noch hinsichtlich Geschlechtsidentität und Geschlechtsrolle als ein ausschließlich binäres Konzept" verstanden werden sollte. Stattdessen sollen "Varianten der körperlichen Entwicklung und eine Vielfalt von Geschlechtsidentitäten und Rollenverhalten möglich sein". Eine Leitlinie, die sich authentisch von der bekannteren verheerenden, sogenannten "Optimal Gender Policy" abwendet, würde diese Operationen nicht empfehlen.

Hierbei ist es von zentraler Bedeutung, zu verstehen, dass psychosoziale Schäden, die ein Kind oder eine jugendliche Person durch Diskriminierung oder Mobbing nehmen KÖNNTEN, niemals durch so invasive und außerdem komplikationsreiche medizinische Eingriffe wie eine Operation an den Genitalien verhindert werden kann. Es ist fatal, zu glauben, dass

intergeschlechtliche Kinder oder Jugendliche durch diese Eingriffe geschützt werden könnten. Vielmehr führen diese Eingriffe dazu, dass Betroffene verinnerlichen, dass ihre Körperlichkeit und Geschlechtlichkeit tatsächlich so problematisch und negativ behaftet sei, dass sie zum Verschwinden gebracht werden müssten.

In diesem Zusammenhang lohnt sich auch ein Blick auf die Entwicklung des gesellschaftlichen Umganges mit Homosexualität: Mittlerweile gibt es in Deutschland ein Konversionsverbot. Das heißt, dass im Kontext von Homosexualität anerkannt wurde, dass Homosexualität ein Diskriminierungsmerkmal darstellt. Die Idee, dieser Diskriminierung mit dem Versuch der Vernichtung des Merkmals beizukommen, wurde aufgegeben und der Vernichtungsversuch selbst unter Strafe gestellt. Der gleiche Gedankengang gilt für intergeschlechtliche Kinder: Sie dürfen nicht die Leidtragenden einer Gesellschaft sein, die Intergeschlechtlichkeit diskriminiert. Und eine Operation und Veränderung ihrer Genitalien wird sie nicht davor schützen, diskriminierendes Gedankengut zu internalisieren. Im Gegenteil. Es wird dazu führen, dass sie damit allein gelassen werden.

Eine ähnliche Problematik ergibt sich bei den Empfehlungen für das sogenannte "AGS": Diese beginnen mit der Aussage "mehr als 90% der 46, XX-AGS-Betroffenen wünschen eine Angleichung an das weibliche Geschlecht im frühen Kindesalter." (Seite 48). Diese Aussage fußt jedoch auf einer Beteiligung von 21 (!) Studienteilnehmenden. Eine selbstverständlich viel zu geringe Anzahl, um in irgendeiner Form allgemeingültige Aussagen machen zu können und somit ein grober wissenschaftlicher Fehler der Leitlinie. Doch viel problematischer ist: Die Studie untersuchte einzig, zu welchem Zeitpunkt eine Operation bevorzugt stattfinden sollte. Und nicht, ob die Operation an sich überhaupt notwendig ist. Die zweite Studie, die im Verlauf benannt wird (mit 174 Teilnehmenden) benennt, dass "2/3 der Betroffenen eine OP im Kleinkind-/ Kindesalter wünscht". Es bleibt vollkommen unklar, wozu diese Information dienen soll, da genau diese Eingriffe durch das OP-Verbot seit 2021 verboten sind.

Weiter formuliert die Leitlinie, dass "frühe operativ angleichende Maßnahmen" bei "46XX-AGS Mädchen mit einem sehr geringen Anteil an Geschlechtsdysphorie durchaus zu diskutieren sind".

Auch diese Formulierungen stehen im klaren Konflikt zum Operationsverbot. Darüber hinaus sind sie inakzeptabel vor dem Hintergrund, dass die S2k-Leitlinie Varianten der Geschlechtsentwicklung auf S. 49 selbst benennt, dass "nach einer Klitorisreduktionsplastik durch Nervenschädigungen verursachte Sensibilitätsstörungen und damit spätere Einschränkungen im Sexualleben beschrieben oder nach früher Vaginalplastik intravaginale Engen in 2/3 der Fälle Folgeeingriffe erforderlich machen". Eine in der Leitlinie zitierte Studie über Langzeitergebnisse der chirurgischen Behandlung sagt außerdem aus (aus dem Englischen ins Deutsche übersetzt):

"In 9,5 % der Fälle fehlte die Klitoris, während in 36,7 % der Fälle die Klitorisvorhaut fehlte. Obwohl alle Frauen große Schamlippen hatten, sahen diese in 22,6 % der Fälle nicht normal aus. In 23,8 % der Fälle fehlten die kleinen Schamlippen. In 5,1 % der Fälle gab es keinen Scheideneingang, und die Harnröhre und die Scheide hatten keine getrennten Öffnungen. In 15,4 % der Fälle fehlte die Schleimhautauskleidung. Darüber hinaus hatten 86,2 % der Frauen Narben im Bereich ihrer äußeren Genitalien. In 16,5 % der Fälle wurde eine

Vaginalstenose beschrieben...". (Krege S, Falhammar H, Lax H et al. Long-term results of surgical treatment and patient-reported outcomes in congenital adrenal hyperplasia – A multicenter European registry study. J Clin Med 2022, DOI 10.3390/jcm11154629).

Des Weiteren scheinen geschlechtszuweisende Operationen bei Kindern mit dem sogenannten "AGS" nach der Operation häufiger zu Harnwegsinfektionen zu führen (Nabhan, Z.M. et al. "Urinary tract infections in children with congenital adrenal hyperplasia." Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism 19, 6, 815-820). Vor dem Hintergrund der beschriebenen Langzeitergebnisse halten wir besagte Operationsempfehlungen (bei Minderjährigen) für indiskutabel. Sicherlich soll es möglich sein, sich selbstbestimmt, gut informiert und reflektiert für einen solchen Eingriff zu entscheiden. Dies ist jedoch nur möglich, wenn die hier skizzierten Risiken wohlüberlegt mit dem individuellen Nutzen abgewogen wurden. Hierfür ist unserer Auffassung nach auch eine ausführliche Auseinandersetzung mit Geschlechternormen, Diskriminierungsmechanismen und dem eigenen Erleben von Identität und Körperlichkeit von zentraler Bedeutung. "Frühe Maßnahmen", wie sie die Leitlinie benennt sind aus unserer Sicht auf keinen Fall "zu diskutieren".

Außerdem fällt auf, dass die Leitlinie in Bezug auf das sogenannte "AGS" keinerlei Operationsempfehlungen im Sinne eines Penoidaufbaus benennt. Was deutlich macht, dass die Leitlinie selbst von einem sehr binären und heteronormativen Weltbild geprägt ist. Dies ist besonders verheerend, da intergeschlechtliche Menschen, die selbstbestimmt eine operative Transition entgegen dem Zuweisungsgeschlecht wünschen, dies kaum krankenkassenfinanziert umsetzen können. Die "Begutachtungsanleitung Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus (ICD-10, F64.0)" des MDS verhindert dies, da sie bei operativen Transitionsanliegen einfordert, dass Intergeschlechtlichkeit ausgeschlossen wird.

Und auch an dieser Stelle ist von zentraler Bedeutung: wenn eine Person mit dem sogenannten "AGS" eine weibliche Geschlechtsidentität hat: Bedeutet dies keinesfalls automatisch, dass ihr Körper und insbesondere ihre Genitalien eine bestimmte Form haben müssen. Dies ist seit Jahrzehnten der Kern feministischer Forderungen: Dass Frauen- und Mädchenkörper unterschiedlich und vielfältig sind und der Veränderungs-, und Normierungsdruck auf sie verheerend ist.

Hinzu kommt, dass das veraltete Bild von Sexualität im Sinne der Beschränkung auf die Penetration einer Vagina durch einen erigierten Penis an Eindimensionalität kaum zu übertreffen ist.

Die eigentlich wichtigen Dimensionen für gelungene Sexualität sind die psychische im Sinne von gegenseitiger Zuneigung, Respekt und Annahme. Und sicherlich bis zu einem bestimmten Grad auch die physische im Sinne von unversehrten Nervenbündeln (z.B. Klitoris und Eichel). Nicht eine Vagina mit einer bestimmten Länge und Breite oder ein besonders gerader Penis mit einer bestimmten Positionierung der Harnröhrenöffnung.

Diese beide Dimensionen - die physische als auch die psychische - werden durch geschlechtszuweisende Operationen gefährdet. Eine intergeschlechtliche Person, die in frühester Kindheit die Erfahrung gemacht hat, dass der eigene Körper verändert werden müsse, um Diskriminierung und Mobbing vorzubeugen, wird vor größte Herausforderungen gestellt, später dem eigenen Körper und der eigenen Identität zugewandt zu begegnen und

so in eine gesunde Beziehung auf Augenhöhe einzutreten. In diesem Zusammenhang kritisieren wir auch deutlich, dass in dem gesamten Dokument nicht ein einziges Mal auf das eigentliche Problem, nämlich das zentrale Diskriminierungsrisiko von intergeschlechtlichen Kindern und auch Erwachsenen, eingegangen wird.

Eine weitere Kritik, die wir vorbringen möchten, ist die Intensität der Diagnostik und somit zwangsläufig auch Pathologisierung, die die überarbeitete Leitlinie empfiehlt. Die Empfehlung 6 der S2k-Leitlinie Varianten der Geschlechtsentwicklung besagt: "Die klinische Untersuchung der äußeren Geschlechtsorgane soll standardisiert erfolgen und strukturiert dokumentiert werden." Dies beinhaltet unter anderem eine Inspektion der "Länge, Breite und Krümmung des Genitalhöckers", eine "vaginale Sondierung" zur Untersuchung der "Länge und Weite der Vagina", die "Untersuchung des Aussehens des Hymens" und eine "Entfaltung der Haut".

Solch invasive und (auch für Eltern) verunsichernde Untersuchungen standardisiert und ohne ersichtliche medizinische Indikation zu veranlassen ist aus unserer Sicht nicht mit dem Wohl eines Neugeborenen oder Säuglings vereinbar. Sie sind nicht zu rechtfertigen, denn Intergeschlechtlichkeit an sich ist keine Erkrankung und benötigt keine Diagnose. Sicherlich ist es wichtig, die individuellen gesundheitlichen Bedarfe von intergeschlechtlichen Neugeborenen und Kindern zu berücksichtigen. Genauso wie endotypische Cis-Mädchen oder Cis-Jungen im Laufe des Lebens bestimmte gesundheitliche Bedarfe haben können, können auch intergeschlechtliche Kinder diese haben. Und es ist selbstverständlich wichtig, beim Auftreten dieser Bedarfe sorgfältige Diagnostik zu betreiben. Intergeschlechtliche Kinder jedoch per se als Menschen mit einer Störung zu beschreiben ist diskriminierend. Genauso die Praxis, von vornherein und ohne Anlass ihre Genitalien, Keimdrüsen und Hormone unter Einsatz invasiver Methoden zu vermessen.

TriQ e.V. ist überzeugt, dass Menschen selbstbestimmte Entscheidungen über ihre Körper treffen können und das Recht dazu haben müssen. Dafür setzen wir uns seit vielen Jahren ein. Und in diesem Zusammenhang wollen wir ein Bewusstsein dafür schaffen, dass - vor allem im Kontext von Intergeschlechtlichkeit - Jahrzehntealtes pathologisierendes und diskriminierendes Gedankengut einen starken Einfluss auf die gesellschaftliche Einordnung aber auch medizinische Behandlung hatte und offensichtlich immer noch hat. Die vorliegende S2k-Leitlinie Varianten der Geschlechtsentwicklung reproduziert dieses Gedankengut und macht es intergeschlechtlichen Menschen noch schwerer, dem eigenen Körper vorurteilsfrei entgegenzutreten. Nicht zuletzt durch die vielfache Nutzung pathologisierender und diskriminierender Sprache.

Es geht darum, Intergeschlechtlichkeit von einem Störungsbegriff abzulösen, die Notwendigkeit von medizinischer Intervention zu hinterfragen und vor allem aber die Aufschiebbarkeit der Eingriffe zu verstehen. Um das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit und Selbstbestimmung zu schützen. Denn intergeschlechtliche Kinder und deren Körper sind genauso schützenswert wie die von endotypischen Kindern. Wenn ein endotypischer Cis-Junge der einzige Junge in einer Klasse von Mädchen wäre und darum gehänselt würde: Kämen wir auf die Idee, seinen Körper so lange zu verändern, bis er nicht mehr gehänselt wird? Glücklicherweise sicherlich nicht! Sein Körper und seine Identität sind schützenswert. Genauso wie die vielfältigen Körper und Identitäten von intergeschlechtlichen Kindern.

Erstunterzeichnende:

- Inter*Trans*Beratung Queer Leben, Schwulenberatung Berlin



- Schwulenberatung Berlin



- Intergeschlechtliche Menschen LV NRW e.V.



- Lou Martin, Landeskoordination Inter* NRW



- Luan Pertl, Intersex Human Rights Defender

- Florin Lindgrün, Inter*Trans*Beratung Queer Leben, Schwulenberatung Berlin

- Julien Charles & Léan Maurer
(Sozialarbeiter*in & Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in i.A.); TrIQ e.V.



Zweitunterzeichnende

- Landeskoordination Inter* im Queeren Netzwerk Niedersachsen e.V.



- Internationale Vereinigung Intergeschlechtlicher Menschen - OII Germany e. V.



- Intergeschlechtliche Menschen Landesverband Niedersachsen e.V.



- VIMÖ - Verein Intergeschlechtlicher Menschen Österreich



- TransAll e.V. Beratungsteam
- Jan Jules Minoa, Systemische*r Therapeut*in und Traumatherapeut*in
- Florian Winkler-Schwarz, Geschäftsführer LSVD Verband Queere Vielfalt Berlin-Brandenburg



- Dr. med. Elio Gabriel Clemenz, Wissenschaftliche*r Mitarbeiter*in, Universitätsmedizin Göttingen
- Dr. Gisela Fux Wolf, Psychologische_ Psychotherapeut_in
- Lesbenberatung Berlin e.V.



- Projektkoordination queer@school



- Therese Kienemund, Hebamme
- TIN-Rechtshilfe e.V.



- Quarteera e.V.



- Dipl.-Psych. Sonja Sorg, Psychologische Psychotherapeutin (VT)
Praxis für Psychotherapie
Schwerpunkt Queere Identitäten (TIN*) und Neurodivergenz

- L-SUPPORT e.V.



- Casa Kuà



- Verbund Berliner Netz

- HILFE-FÜR-JUNGS e.V.



- Tauwetter - Anlaufstelle für Männer*, trans*, inter* und nicht-binäre Menschen, die sexualisierte Gewalt in Kindheit, Jugend oder als Erwachsene ausgesetzt waren.
- Prof. Dr. Andrea Nachtigall, Professur für Jugend- und Schulsozialarbeit, Alice Salomon Hochschule Berlin
- Bundesverband Trans* e.V. - Für geschlechtliche Selbstbestimmung und Vielfalt!



- Trans-Inter-Aktiv in Mitteldeutschland e.V.



- feministische Medizin e.V.

- Deutsche Aidshilfe

- Queer Referat des AStA der TU Berlin



- GLADT e.V. - psychosoziale Beratungsstelle
- Dr. Anike Krämer (Soziologin, TU Dortmund)
- BiBerlin e. V., Interessenvertretung der Bi+ Community in Berlin



- Fachstelle Bi+, Anlauf- und Beratungsstelle von BiBerlin e. V.
- Wildwasser e.V.



- Verein Les*LeFam (Lesben*LebenFamilie) e.V.



- Projekt MILES, LSVD Verband Queere Vielfalt Berlin-Brandenburg e.V.
- RuT - Rad und Tat
- Offene Initiative Lesbischer Frauen e.V.
- HAKI e.V.



- Geschäftsstelle Echte Vielfalt
- Nadya Yurinova, intersex advocate
- Hannchen Mehrzweck Stiftung

