

# 1 Suchbewegungen

---

Ziel dieses einführenden Kapitels ist es, anhand meiner ersten Suchbewegungen einen Horizont zu zeichnen, vor dem sich mein Forschungsprojekt platziert. Zu welchen Orten, in welche Zeiten und Kontexte hat mich die Suche nach Schauplätzen cismännlicher Genitalverletzungen (und deren Rekonstruktionen) geführt? In welchen gesellschaftlichen Bereichen taucht das Thema auf? Wie wird es wissenschaftlich behandelt?

Die Reise begann, wie im Prolog erwähnt, bei den Verwehrten des Ersten Weltkrieges. Zu Beginn meines Dissertationsprojektes beschäftigte ich mich daher zunächst mit der Frage, ob und wie Genitalverletzungen in aktuellen Kriegen thematisiert werden. Dabei stieß ich auf Berichte über die ersten erfolgreichen Penistransplantationen, die mich wiederum in den Kontext ritueller Beschneidungen im südlichen Afrika führten. Über die Zivilurologie und die Genitalchirurgie gelangte ich wiederum zu Genitalverletzungen durch Stierkämpfe; außerdem las ich zu Selbstkastrationen sowie Kastrationen von Sexualstraftätern. Und schließlich führten diese Bewegungen auch zu einer Neujustierung meines Forschungsfokus: von den medizintechnologischen Wiederherstellungspraxen, also einem *Doing Sex*, zur Frage nach dem Verlust, also zum *Losing Sex*. Dazu später mehr.

## 1.1 Die Eunuchen des Weltkrieges

Die Recherchen für meine Masterarbeit hatten ergeben, dass einerseits sowohl in der historischen Forschungsliteratur zu Kriegsversehrungen und Prothetik als auch in der sehr umfangreichen, zeitgenössischen Rehabilitationsliteratur wenig zu kriegsbedingten Genitalverletzungen zu finden ist.<sup>1</sup> Andererseits belegten kriegschirurgische Handbücher, dass diese Verletzungen durchaus vorkamen. So heißt es beispielsweise in Küttner (1917: 774): »[W]enigstens teilten mir mehrere beratende Chirurgen mit, daß sie, ebenso wie ich selbst, Verwundungen der äußeren Genitalien nicht gerade selten gesehen hätten«, und er meint weiter: »So ist

---

1 Für genauere Ausführungen dieses Abschnitts siehe Raboldt (2017).

die Störung der Erektion nach Penisschüssen ein recht trauriges Kapitel, und die Betroffenen sind häufig von schweren Gemütsdepressionen heimgesucht« (ebd.; siehe auch Posner 1915: 244f.; Seydel 1905: 113). In diesen Büchern werden verschiedene Arten der Genitalverletzungen, deren Heilungsaussichten sowie chirurgische Amputationen und Rekonstruktionen beschrieben.

Der Sexualwissenschaftler Magnus Hirschfeld (1930: 46) war einer der wenigen Autor\*innen seiner Zeit, der versuchte, der Unsichtbarkeit »der unglücklichen Eunuchen des Weltkrieges« entgegenzuwirken. In seiner *Sittengeschichte des Ersten Weltkrieges* stellt er in einem eigenen Kapitel verschiedene Fälle von Genitalverletzten und -amputierten vor und drückt seine Unzufriedenheit darüber aus, dass das Thema gesellschaftlich nicht besprochen wird. Die einzige von mir gefundene, umfangreichere Quelle ist die von Johannes Lange durchgeführte Studie *Die Folgen der Entmannung Erwachsener* von 1934, erschienen also nach Hirschfelds *Sittengeschichte*. Lange war Direktor der psychiatrischen Abteilung der Universität Breslau und hat mittels der Analyse von über 300 Patientenakten die körperlichen und seelischen Folgen für die Betroffenen kriegsbedingter Kastrationen erforscht. Kühl (2022: 166) bemerkt in seiner Dissertation *Der Große Krieg der Triebe*, dass damals sowohl in der Kriegschirurgie als auch der Militärpsychiatrie und der Sexualwissenschaft kaum bis gar nicht auf die psychischen Folgen und das weitere (Sexual-)Leben der Betroffenen eingegangen wurde: »Die meisten in der medizinischen Fachpresse veröffentlichten Krankengeschichten informierten über rein physiologische Folgeaspekte.«

Die Historikerin Sabine Kienitz ist neben Kühl eine der wenigen Autor\*innen im deutschsprachigen Raum, die bezüglich der historischen Analyse der Massenprothetisierungen im Zuge des Ersten Weltkrieges die Kategorie Geschlecht bewusst in den Blick nimmt und sich dabei auch den kriegsbedingten Genitalverletzungen, den »Kastrierten des Krieges« (Kienitz 1999a; siehe auch Kienitz 1999b; 2008) zuwendet. Sowohl in den kriegschirurgischen Handbüchern als auch bei Lange und Hirschfeld sowie in der Folge auch bei Kienitz wird berichtet, dass es oftmals gar zum Suizid der Betroffenen als direkte Reaktion auf die Genitalverstümmelung oder auch zum »Mord aus Mitleid als Erlösung von einem als grausam empfundenen Schicksal« (Kienitz 1999a: 66) durch einen Kameraden kam, vor allem, wenn der Betroffene sexuell unerfahren war: »Wer Männlichkeit als erotisch-sexuelle und damit körperliche Praxis nicht erfahren könne, so die Schlußfolgerung, dem sei das Leben als Nicht-Mann zu ersparen« (ebd.: 67).

Zum Stellenwert kriegsbedingter Genitalverletzungen ist im Sammelband *Phallacies: Historical Intersections of Disability and Masculinity* (2017)<sup>2</sup> ein Zitat aus dem Text von Linker und Laemmli (2017: 134) aufschlussreich:

2 Der Begriff Phallacy ist dabei ein Wortspiel, zusammengesetzt aus *phallus* und *fallacy* (Täuschung, Trugschluss).

»The men who fought during the Second World War heard tales of soldiers privileging the safety of the penis over the rest of the body, protecting their genitalia by crossing their legs under shell fire and using helmets to shield sexual organs instead of eyes and heads.«

Diese Beschreibungen der überlieferten Fälle, die Heftigkeit der Reaktionen auf einen kriegsbedingten Genitalverlust sowohl von Betroffenen als auch den Nicht-Betroffenen, die sogar eine (Selbst-)Tötung oft als »angemessene, männlich-heroische ›Lösung‹ für das Problem« (Kienitz 1999a: 66) sahen, können vielleicht eine Ahnung geben, weshalb die Problematik in so auffälligem Maße öffentlich unthematisiert und verschwiegen blieb. Insgesamt kommt Kienitz (1999a: 65) zu dem Schluss, dass diese Art von Verletzung ein »ungeschriebene[s] Kapitel in der Geschichte des Ersten Weltkrieges« darstellt.

## 1.2 Genitalverletzungen als »New Stigmata of Modern Warfare«

Die Auseinandersetzung mit den Genitalverletzten des Ersten Weltkrieges bildet den Ausgangspunkt für das vorliegende Buch und vor dem Hintergrund dieser Studien gingen meine ersten Suchbewegungen in Richtung aktueller kriegsbedingter Genitalverletzungen. In der Dokumentation »Wunderwerk Penis« (3Sat 2016) kommt der Transplantationschirurg Gerald Brandacher zu Wort, der am John Hopkins Hospital Baltimore aus dem Irak zurückgekehrte US-Soldat\*innen behandelt. Innerhalb des letzten Jahrzehnts hätten rund 1300 Soldaten aufgrund des Krieges ihre Genitalien verloren, doch die meisten machten ihre Verletzung »aus Scham und Verzweiflung« (Sprecherin in 3Sat 2016: 35:00min.) nicht öffentlich. Brandacher (in 3Sat 2016: 35:20min.) meint:

»Es wird im Prinzip das Innerste der Persönlichkeit damit verletzt. Es ist nicht nur [...] Verlust von Gewebe, es verletzt die Seele dieses Patienten, es verletzt die Männlichkeit. [...] Sie sagen uns wirklich, dass der Verlust einer Extremität für sie verkraftbar ist, dass allerdings der Verlust des Penis für sie wahrscheinlich die schwerste Verletzung überhaupt darstellt.«

Da die Suizidrate unter allen Kriegsverletzten bei dieser Gruppe am höchsten sei, müsse, so Brandacher (in ebd.: 36:30min.), eine Penisrekonstruktion oder gar-transplantation als eine lebensrettende Maßnahme angesehen werden und nicht lediglich als eine Verbesserung der Lebenssituation.

Der Grund für den signifikanten Anstieg urogenitaler Verletzungen in der US-Armee liegt hauptsächlich im vermehrten Einsatz von improvisierten Sprengfallen (Tuffaha et al. 2017: 1f.). Diese sind »so schlecht«, dass sie oft nicht zum Tod

führen, aber eben ›so gut‹, dass sie den Körper bis zum Unterleib zerstören. Sie werden vermehrt eingesetzt, weil sie kostengünstig, einfach herzustellen und zu platzieren sind. Interessanterweise werden diese Sprengfallen bei Mechling (2014: 29) auch ganz unabhängig von der Art der Verletzungen, die sie hervorrufen, als eine Waffe beschrieben, die die US-Soldaten feminisiere: nämlich durch ihre passiv-aggressive Logik, durch die es nicht zum offenen Kampf komme, sondern den Soldaten stattdessen ihre Verletzlichkeit, ihren Handlungs- und Kontrollverlust verdeutliche.<sup>3</sup>

Linker und Laemli (2017: 134) zitieren eine Pflegerin, die verletzte US-Soldat\*innen in Afghanistan versorgt. Diese berichtet, die erste Frage, die die Soldaten nach dem Aufwachen aus der Bewusstlosigkeit stellten, sei: »Is my junk all together?« – sie würden ihre Genitalien prüfen, bevor sie ihre Arme und Beine begutachteten. In einem offiziellen Bericht der *Dismounted Complex Blast Injury Task Force* (2011: 1) heißt es in Bezug auf Genitalverletzte durch Sprengfallen:

»Devastating injuries of the kind just described took their toll on unit morale. To some, the resultant burden on their family and loved ones seemed too much to accept, and, anecdotally, some actually developed ›do not resuscitate‹ pacts with their battle buddies in the event of this type of injury.«

Gemeint sind also Abmachungen unter den Soldaten, den anderen im offensichtlichen Falle einer Verletzung der Genitalien eher sterben zu lassen, als Hilfe zu holen. Diese starken Gefühle, die solchen Praxen zugrunde liegen, stehen meines Erachtens in keinem Verhältnis zur fehlenden wissenschaftlichen Forschung dazu.

Auch in Kolumbien sind Genitalverletzungen eine Folge von Landminen, die im fast 50 Jahre andauernden und 2016 beendeten Bürgerkrieg vielfach eingesetzt wurden. In einem Artikel, der Teil der BBC-Reportage »The Silent Wound« (Guerrero 2017) ist, erzählt einer der Betroffenen vom Moment kurz nach der Explosion: »When I looked at my penis I saw a broken testicle. [...] That was the moment of pain I suffered the most.« Die Autorin der Reportage bemerkt dazu: »During my research for this story, I noticed a great difficulty in speaking about this issue in Colombia, and even finding figures« (ebd.). Schätzungen zufolge gebe es in Kolumbien mittlerweile rund 15000 Minenopfer, von denen rund 3000 Genitalverletzungen erlitten hätten.

Ein Großteil der US-Soldat\*innen, die beispielsweise in Afghanistan oder dem Irak verletzt und ausgeflogen werden (bzw. wurden), kommt zunächst ins *Regional Medical Center* in Landstuhl bei Kaiserslautern. Über eine Freundin erhielt ich den

3 Mechling bezieht sich hierfür auf die unveröffentlichte Arbeit von J. P. Wallis (2012): *Reborn to kill: American Warriors and Digital Trophies*; senior thesis in American Studies, University of California, Davis, S. 430.

Kontakt zur Leiterin eines Projektes im Rahmen des *Military Counseling Networks*, das einige Jahre für in Deutschland stationierte US-Soldat\*innen einen Anlaufpunkt bezüglich ihrer Rechte oder auch Ausstiegsmöglichkeiten bot und das Teil des *GI Rights Networks* war. Sie schrieb mir, dass sie sich mit dem Thema noch gar nicht befasset hätte, war aber interessiert und gab mir weitere Kontakte. Über diese arbeitete ich mich zunächst in den US-Militär-Kontext ein, las zur *Bob Woodruff Foundation* (2022), die sich u.a. um »service-connected fertility issues« der Veteranen kümmert, und schrieb schließlich auch Bundeswehrkrankenhäuser in Deutschland an. Ein klinischer Direktor des Zentrums für seelische Gesundheit eines Bundeswehrkrankenhauses schrieb mir, dass er bisher keinen Patienten mit »eine[r] solche[n] Form von Verletzung« hatte. Dies könne »natürlich auch einem Tabu geschuldet sein«, er vermutet aber,

»dass das Verletzungsmuster in der Bundeswehr (im Gegensatz zu den Amerikanern) einfach zu selten ist. Unsere Soldaten nassen und koten sich eher in Kampfhandlungen ein, als dass es zu Beschuss- oder Explosionsverletzungen solcher Art (was z.B. bei den Amerikanern viel häufiger ist) kommt.«<sup>4</sup>

Aus meinen Anfragen ergab sich auch ein Telefonat mit einem Oberfeldarzt der Bundeswehr, der mir bestätigte, dass diese Art der Verletzung in der deutschen Armee nicht so häufig sei (wegen weniger offensiver Kampftaktik), wusste aber von aktuellen Forschungen zu besserem Genitalschutz. Er selbst war gerade von einem mehrwöchigen Einsatz in Afghanistan zurückgekehrt und berichtete ebenfalls, dass es durch die Zunahme der improvisierten »heimtückischen Sprengfallen«, wie er sie nannte, immer mehr beidseitig Beinamputierte mit »zerstörtem Unterleib« gebe. Allerdings seien 70 Prozent seiner Patient\*innen vor Ort aus der afghanischen Armee gewesen. Er schickte mir die Folien eines Vortrags von ihm, in dem er diese Art der Verletzung als »New Stigmata of Modern Warfare« bezeichnet, angelehnt an einen Artikel der *Washington Post* (Brown 2011), in dem es heißt: »Doctors and nurses treating soldiers injured in Afghanistan have begun speaking of a new ›signature wound‹ – two legs blown off at the knee or higher, accompanied by damage to the genitals and pelvic injuries.«

Er ließ mir außerdem ein Themenheft der *Wehrmedizinischen Monatsschrift* zur Versorgung urologischer Verletzungen zukommen und wies mich auf den kommenden Kongress der *Deutschen Gesellschaft für Wehrmedizin* hin. Da bei diesem die »Bundeswehrprominenz« anwesend sei, könnten »unbearbeitete Felder« und »gute Forschungsanträge« dort Gehör finden. Im weiteren Verlauf des Telefonats berichtete er über seine Arbeit in Afghanistan, bei der vor allem notdürftige Operationen

4 Mit Einverständnis zitiert aus der persönlichen Korrespondenz per E-Mail mit Helge Höllmer, 04.08.2017.

wie Harnröhrenrekonstruktionen aus Mundschleimhaut stattfanden. Ich stellte fest, dass ich sowohl vom medizinischen als auch vom Kriegsalltag wenig Ahnung hatte. Diese Suchbewegung gab mir aber einen Einblick darin, wie sich Themen und Debatten aus der Zeit der Weltkriege fortführen.

### 1.3 Penistransplantationen und ethische Debatten

Über die Beschäftigung mit dem *New Stigmata of Modern Warfare* gelangte ich zur Penistransplantationschirurgie. In der bereits zitierten Dokumentation geht es neben Penisrekonstruktionen auch um -transplantationen, wobei beide Techniken mit dem Ziel, wieder im Stehen urinieren zu können, verknüpft werden. Der Chirurg Damon Cooney meint (in 3Sat 2016: 38:00min.):

»Das Hauptziel des Patienten und der Operation ist es, den Patienten körperlich wieder herzustellen, also den Penis physisch zu ersetzen, so dass es möglich ist, wieder im Stehen zu urinieren und vor allem, dass sie das Gefühl haben, wieder ein ganzer Mensch zu sein.«

Auch der Mikrochirurg Frank Gräwe (in ebd.: 40:30min.) erwähnt diesen Punkt als einen der wichtigsten zu beseitigenden Mängel, wenn er über einen Patienten spricht: »[Er] hatte nur noch einen ca. 1cm kleinen Stumpf, konnte also weder eine Erektion bekommen, konnte auch nicht im Stehen urinieren.«

Die erste Penistransplantation gelang im Jahr 2006 in China, der transplantierte Penis wurde aber »due to apparent ›psychological rejection« (Tuffaha et al. 2017: 2f.) und auf Verlangen des Empfängers nach 14 Tagen wieder entfernt. Im Jahr 2014 kam es in Südafrika zur ersten (nicht nur technisch) erfolgreichen Penistransplantation (ebd.: 3). Laut des medizinischen Fachberichts habe der Empfänger kurz darauf seine Partnerin schwängern können (ebd.). Bis zum Jahr 2019 wurden weltweit insgesamt vier erfolgreiche Penistransplantationen durchgeführt. An der John Hopkins School of Medicine in Baltimore läuft mittlerweile ein »Penis Transplant Program«, das sich ausdrücklich an verletzte Veteranen richtet (John Hopkins Medicine, o.J.). Bis zum Jahr 2022 wurde dort eine erfolgreiche Transplantation – inklusive Hodensack – an einem Kriegsversehrten durchgeführt (Nitkin 2018).

Dass bereits zwei der Penistransplantationen in Südafrika stattgefunden und die Universität Stellenbosch zusammen mit dem Tygerberg Krankenhaus Kapstadt ebenfalls ein Programm für eine bestimmte Zielgruppe gestartet hat, ist kein Zufall: Aufgrund schiefgelaufener ritueller Beschneidungen bei jungen Männern zwischen 13 und 25 Jahren kommt es Studien zufolge in Südafrika zu rund 250 Penis(teil)amputationen und 100 Todesfällen pro Jahr (Moodley und Rennie 2018: 86). Über das Für und Wider von Transplantationen für diese Zielgruppe gab es zwischen den Me-

dizinethiker\*innen Moodley und Rennie (2018) und dem Urologen van der Merwe (2019) einen Disput im *Journal of Medical Ethics*. Erstere führen verschiedene Argumente gegen solche Programme an: Anders als bei Kriegsversehrten, (Penis-)Krebspatienten oder trans Männern hätte der Staat im Falle dieser Zielgruppe keine ethische Verpflichtung, für eine Penistransplantation aufzukommen. Die Transplantationen verursachten unverhältnismäßig hohe Kosten für das sowieso angeschlagene südafrikanische Gesundheitssystem (Moodley und Rennie 2018: 89). Die Folgen der Beschneidungen, die unter medizinisch schlechten Bedingungen und teilweise in kriminellen Kontexten stattfänden, seien nicht nur ein medizinisches, sondern vor allem ein soziales Problem. Daher sollte der Staat in dessen Prävention investieren, anstatt hunderten junger Männer mit Transplantationsprogrammen falsche Hoffnungen zu machen (ebd.: 88f.).

Van der Merwe, der als Urologe an der ersten erfolgreichen Transplantation im Jahr 2014 beteiligt war, reagiert darauf mit einer zweiseitigen Gegenargumentation. Er korrigiert die Kostenberechnungen von Moodley und Rennie und betont, wie auch Brandacher, dass es sich bei einer Penistransplantation um eine *lebensrettende* Maßnahme handele:

»During in-depth interviews, I found that the bewildered and depressed aphaallic young men have a particular similar pattern of considering suicide in a strangely uniform way, as the most dignified act to escape their situation« (van der Merwe 2019: 63).

Es gehe außerdem nicht um hundertfache Penistransplantationen, die das öffentliche Gesundheitssystem jährlich tragen müsse – das wäre schon wegen der niedrigen Anzahl an Spendern nicht möglich.<sup>5</sup> Des Weiteren sei es den Betroffenen aufgrund kultureller Tabus oft nicht erlaubt, staatliche, also »westliche« medizinische Hilfe aufzusuchen. Momentan hätten sie daher lediglich zwölf Personen auf einer Warteliste, von denen nur drei zu vorbereitenden Untersuchungen kommen würden, »with the rest of them uncontactable, possibly dead by suicide« (ebd.: 63). Wegen öffentlicher Kritiken wie der von Moodley und Rennie sei es tatsächlich bereits zur Kürzung staatlicher finanzieller Mittel gekommen: »This effectively closed our programme«, so van der Merwe (2019: 63).<sup>6</sup>

5 Hinzu kommt, dass der Hautton ungefähr passen muss. Bezüglich der Transplantation von 2017 heißt es: »A colour discrepancy between the recipient and the donor organ will be corrected with medical tattooing between six to eight months after the operation« (FMHS Marketing & Communication 2017).

6 Einige Jahre später wollte ich diesen Pfad noch einmal aufnehmen. Über das Erasmus+-Programm hatte ich im Frühjahr 2020 die Möglichkeit, zwei Monate an der University of the Witwatersrand in Johannesburg zu sein. Leider musste ich den Aufenthalt nach kurzer Zeit wegen der beginnenden Covid19-Pandemie abbrechen.

Neben diesen für den südafrikanischen Kontext spezifischen Pro- und Contra-Argumenten sind sich dennoch Mediziner\*innen einig, dass in jedem Einzelfall abgewogen werden muss, ob eine medizinisch riskante Operation wie eine Transplantation die beste Lösung für den Patienten darstellt. Diese Abwägungen sind Teil einer größeren (medizin-)ethischen Debatte, die sich mit den aktuellen Penistransplantationsforschungen und -praktiken befasst (vgl. Patel 2018; Zor et al. 2018; Selvaggi und Aas 2020).

#### 1.4 »Das will ja keiner machen!« – Einblicke in die Zivilurologie

Im Artikel »Rekonstruktion und Steigerung männlicher Potenz« geben der Urologe Friedrich Moll und der Medizinhistoriker Thorsten Halling einen historischen Überblick über »operative und medikamentöse Interventionsstrategien in der Urologie« und verknüpfen ihn mit der Frage nach der Abgrenzbarkeit zwischen medizinischer Therapie und körpermodifizierendem Enhancement. Sie bemerken, dass prothetische Körperteile wie »künstliche Zähne, Gelenke oder Herzklappen« (Halling und Moll 2015: 141) seit dem Ende des 20. Jahrhunderts als medizinische Therapieform kaum noch umstritten seien. Penisprothesen wie Schwellkörperimplantate seien hingegen »weitestgehend tabuisiert« (ebd.), erführen im Kontext geschlechtsangleichender Operationen neuerdings aber öffentliche Aufmerksamkeit (ebd.: 139). Beide Autoren, die auch an anderen Stellen dieses Buches noch zu Wort kommen sollen, traf ich für ein Gespräch.

In Bezug auf die medizinische Behandlung von erektiler Dysfunktion durch das Einsetzen eines Schwellkörperimplantats erklärt mir Moll, dass in Deutschland nicht alle urologischen Kliniken solche Operationen durchführen würden. Er fügt hinzu, dass für das Implantat das vorhandene Erektionsgewebe vollständig entfernt werden müsse, der Patient durch diesen Eingriff also »biologisch komplett impotent« würde: »Das will ja keiner machen!«, so Moll. Weibliche Chirurgen hätten damit, ähnlich wie bei der Vasektomie, nicht so große Probleme. Auch gebe es bezüglich anderer Praktiken wie beispielsweise Penisverlängerungen ethische Spannungen zwischen der Urologie und der plastischen Chirurgie. Halling ergänzt hier seine Beobachtung, dass ethische Fragen und auch technische Komplikationen in medizinischen Fachartikeln selten thematisiert würden. Als wir über die Behandlung von Hodenkrebs sprechen, holt Moll eine Art Kette mit unterschiedlich großen, ovalen Holzelementen aus seiner Schreibtischschublade. Dies sei ein Orchidometer, erklärt er, und diene dazu, die passende Größe eines Hodenimplantats zu ermitteln: Der\*die Urolog\*in umfasst dafür mit einer Hand den verbleibenden (oder zu ersetzenden) Hoden und gleicht mit der anderen Hand die Größe mithilfe des Orchidometers ab.



Insgesamt ist das Gespräch geprägt von vielen interessanten Informationen Molls zur Geschichte und Alltagspraxis der Urologie. Dadurch entsteht im Laufe des Treffens eine Dynamik, in der er viel redet, während der Medizinhistoriker Halling und ich aus ähnlicher wissenschaftlicher Perspektive kommentieren und Fragen stellen. An mich gerichtet bemerkt Halling, der schon länger mit Moll gemeinsam forscht und veröffentlicht: »Die Nebensätze von Moll sind die spannenden!« Bezüglich meiner Suchbewegungen schlagen sie mir verschiedene weitere Pfade vor: Ich könne eine »Längsschnittanalyse« der Weltkriege, des sogenannten Vietnamkrieges sowie des Krieges in Afghanistan machen und schauen, wie sich die ethischen Bewertungen solcher Verletzungen verändert haben. Oder ich könne mir unter technischen und ethischen Aspekten Kassengutachten, -abrechnungen und Leistungskataloge anschauen. Am Ende fahre ich mit vielen eindrücklichen Informationen und Anekdoten aus der Welt der Urologie und einer Liste an Notizen für die weitere Recherche nach Hause.

Im Bereich der medizinischen Fachliteratur finde ich viele Publikationen, die sich auf medizinisch-technischer Ebene mit möglichen Folgen und Komplikationen chirurgischer und/oder prothetischer Rekonstruktionen cismännlicher Genitalien befassen. Um das Erleben der Betroffenen geht es dabei jedoch kaum. Anderes ließ zunächst die (medizinische) Dissertation »Hodenprothesen bei Patienten mit Hodenkrebs – eine retrospektive Analyse des Prothesenwunsches und eine systematische Evaluation der Zufriedenheit der Implantatträger mit der Prothese« von Benjamin Soyka-Hundt (2015) vermuten. Für diese rund 20 Seiten schmale Arbeit wurden 117 Implantatträger mittels eines 18-Punkte-Fragebogens nach ihrer Zufriedenheit bezüglich des Hodenimplantats gefragt. Das Ergebnis der Studie lautet:

»Mehr als ein Viertel der Hodentumorpatienten wollen eine Hodenprothese haben. Mehr als 80 % der Patienten sind insgesamt mit dem Implantat zufrieden. Daher sollten alle Patienten, die einer Orchiektomie bei Hodenkrebs unterzogen werden müssen, über die Möglichkeit einer Hodenprothese informiert werden. Urologen, die Hodenprothesen operativ implantieren, sollten sich der Problematik Form, Größe und Konsistenz des Implantats sowie einer möglichen unbequem hohen Position des Implantats im Hodensack bewusst sein. Eine ausführliche präoperative Beratung mit Erwähnung der o.g. Faktoren sollte vom Operateur vorgenommen werden« (Soyka-Hundt 2015: 5).

Um eine differenzierte Analyse des Erlebens der Betroffenen geht es auch hier also nicht. Ähnlich ist es im Bereich des Umgangs mit cismännlichen Genitalverletzungen, -amputationen und -krebs. Im Kontext des Peniskarzinomregisters (mehr dazu im Kapitel II 1.1) entstand der Artikel »Psychosoziale Auswirkungen bei Patienten mit Peniskarzinom« (Dräger et al. 2018). Darin heißt es:

»Für betroffene Männer bedeutet diese Behandlung einen Eingriff am zentralen körperlichen Merkmal der männlichen Identität. Oftmals besteht vor dem Eingriff keine Möglichkeit, über die subjektive Bedeutung des Eingriffs und seine Folgen ausreichend nachzudenken, sodass die Konfrontation mit dem veränderten Penis dann relativ plötzlich erfolgt« (ebd.: 444).

Eine genauere Analyse dieser psychosozialen Belastungen sei bis heute »defizitär« (ebd.). Anschließend geben die Autor\*innen einen systematischen Überblick über vorhandene Studien, von denen sie lediglich zehn als relevant einstufen. Dabei sei die Vergleichbarkeit der in ihrer Durchführung und Methodik sehr heterogenen Studien eingeschränkt. Über die Erkenntnis, dass eine Penis(teil)amputation einen signifikanten Einfluss auf das Sexualleben und die allgemeine Lebensqualität der Betroffenen hat, gehen die Ergebnisse der meisten Studien nicht hinaus (ebd.: 448f.) und das Fazit von Dräger et al. (2018: 450) lautet: »Patienten mit Peniskarzinom erfahren eine signifikant erhöhte psychische Belastung, die oft größer ist als bei anderen urogenitalen Tumorentitäten.«

Eine Erkenntnis aus meinen Suchbewegungen lautet: Die Perspektive der Betroffenen, die sich in der medizinischen/wissenschaftlichen Fachliteratur kaum findet, wird eher in Gesellschaftsmagazinen verhandelt, deren Image sich als *edgy* und provokativ beschreiben ließe. So erschienen im *Vice* Magazin zum Beispiel Artikel wie »I Lost Half My Penis to Cancer. This Is How I Have Sex« (Hay 2020) und »Wie es sich anfühlt, als junger Mann die Hoden entfernt zu bekommen« (McMahon 2017) oder auch »Das Ende vom Glied« (Cadenbach 2013) im *DUMMY* Magazin. Bei McMahon (2017) heißt es beispielsweise:

»Wenn dir die Hoden amputiert werden, bist du deswegen nicht weniger Mann als vorher! Das Stigma auf diesem Gebiet ärgert mich sehr, und darüber spricht öffentlich fast niemand. Ich glaube, viele junge Männer sterben an Hodenkrebs, weil sie es zu peinlich finden, sich untersuchen zu lassen – und dann ist er irgendwann so weit fortgeschritten, dass niemand mehr etwas dagegen unternehmen kann.«

Mein Forschungsinteresse zielt auf das Erleben der Betroffenen, wie es in diesen Reportagen angerissen wird.

## 1.5 Von Stierkämpfen und Selbstkastrationen

Neben den hier genannten Suchbewegungen streifte ich noch weitere Kontexte und Themenbereiche, die ich zum Abschluss dieses Kapitels lediglich kurz erwähnen möchte: In urologischer Fachliteratur las ich zum sogenannten Mikropenis,

zu Harnwegsfehlbildungen sowie zu Genitalverletzungen durch Tierbisse, Verbrennungen, Sport (Martínez Portillo et al. 2002) oder durch Staubsauger.<sup>7</sup> Ich durchschritt die breiteren Diskurse zu Viagra als Mittel für ein »Fixing broken masculinity« (Loe 2001) sowie zu Testosteron wahlweise als »Revolution« (Carruthers 2001) oder als »Männerlüge« (Haring 2015), auf jeden Fall aber als »Politikum« (Roedig 2016).

Schon zu Beginn meiner Forschungen wurde ich außerdem darauf hingewiesen, dass es auch im Rahmen der häufig auftretenden Pfählungsverletzungen bei Stierkämpfen zu schwersten Genitalverletzungen kommt. Im Artikel »Cirugía Taurina. Die medizinische Versorgung der Toreros in Spanien«, einer der wenigen wissenschaftlichen Texte zu diesem Thema, schreibt Lehmann (2004: 201): »Besonders gefährdet ist der Genitalbereich mit Zerstörung eines Hodens oder des gesamten Skrotums.« Um dem vorzubeugen, würden die Matadore sehr enge, faltenlose Hosen aus Seide tragen, damit das Horn des Stieres leichter daran abgleiten könne. Es heißt weiter: »Zudem fixieren viele Matadore ihren Penis mit Klebeband am Oberschenkel und polstern mit Verbandsmull. Dass sich in der engen Hose dann ein mächtiges männliches Bild ergibt, ist nur ein Nebeneffekt« (ebd.).<sup>8</sup> Genaue Statistiken über Stierkampfverletzungen im Allgemeinen würden oftmals aber nicht erhoben (ebd.: 204) und lange Zeit sei die medizinische Notversorgung der Matadore sehr schlecht gewesen. Mittlerweile gebe es immerhin in allen großen Arenen einen mobilen Operationsraum und das jeweilige medizinische Team sei auch namentlich in den Programmheften aufgeführt (ebd.: 208f.).

Ich las des Weiteren zu historischen Fällen von Selbstkastrationen, bezüglich derer Skuse (2018: 392) resümiert: »The history of self-gelding in the early modern period is a series of graphic, surprising and often blackly humorous anecdotes.« Das Thema sei ein sehr wenig erforschter Aspekt in der Geschichte der Selbstverletzungen. In heutiger medizinischer Literatur würden Selbstkastrationen oftmals lediglich als Folge von Psychosen oder dem Wunsch nach einer Transition dargestellt (ebd.: 393). Für die Fälle im England der Frühen Neuzeit gelte aber: »[T]hese men were driven by the desire to exempt themselves from social systems in which they felt they had no viable place« (ebd.). Skuse (2018: 377) arbeitet schließlich heraus:

»Relayed in medical texts and popular ballads, such actions typically occurred as a response to emotional distress. In particular, men gelded themselves as a means to express feelings of emasculation within heterosexual relationships, and to dramatically renounce their role in the libidinal economy.«

7 Als »legendär« wird diesbezüglich die Doktorarbeit »Penisverletzungen bei Masturbation mit Staubsaugern« von Alschibaja (1978) bezeichnet, siehe dazu auch: Uro-News (2010) sowie Fudickar und Moncada (1982).

8 Zu Männlichkeitsinszenierungen und Stierkampf siehe Kattermann (1999).

Auch sei es zu dieser Zeit schon zu Penisamputationen aus medizinischen oder rechtlichen Gründen gekommen, jedoch seien die Betroffenen in den meisten Fällen daraufhin gestorben (ebd.: 378).

Die Fährte der historischen Selbstkastrationen führt neben dem generellen, umfangreichen Phänomen der Eunuchen auch zu den Skopzen, einer russischen religiösen Sekte im 18. und 19. Jahrhundert, in der sexuelle Enthaltensamkeit propagiert und rituelle Genitalverstümmelung praktiziert wurde. Davon leitet sich die nicht ganz unproblematische medizinische Bezeichnung »skoptisches Syndrom« ab. Damit wird das Bedürfnis einiger Menschen nach genitaler (Selbst-)Verstümmelung beschrieben bzw. als Krankheitsbild gefasst (vgl. Money 1988; Johnson und Irving 2014).

Ein weiterer Kontext *ungewollter* Verletzungen oder Amputationen cismännlicher Genitalien sind die Kastrationen von Sexualstraftätern, die bis heute stattfinden. Dabei ist Deutschland eines von wenigen europäischen Ländern, in denen nicht nur die chemische, sondern auch die chirurgische Kastration nach wie vor per Gesetz erlaubt ist (Ramsbrock 2016). Laut einer Studie des Europäischen Komitees zur Verhütung der Folter werden in Deutschland jährlich rund fünf chirurgische Kastrationen bei Sexualstraftätern durchgeführt (Bosen 2012). Es handelt sich dabei um sogenannte freiwillige Kastrationen, für die die Einwilligung der Betroffenen benötigt wird. Da diese Eingriffe oftmals mit bestimmten Hafterleichterungen einhergehen, kann die Freiwilligkeit durchaus in Frage gestellt werden. Bezüglich möglicher Rekonstruktionen heißt es bei Ramsbrock (2016):

»Auf Wunsch konnten den betroffenen Männern sogar Hodenprothesen eingesetzt werden, die den Eingriff nicht einmal mehr erahnen ließen. Solche Angebote bedeuteten im Umkehrschluss, dass die (vermeintliche) Anwesenheit von Hoden für die Wahrnehmung der männlichen Geschlechtsidentität höher bewertet wurde als die biologische Funktion dieses Organs, was auch den Zeitgenossen bewusst war.«

\*\*\*

Kriegsgewalt, Sexualstraftäter, Männlichkeitsrituale – die vorangegangenen Seiten haben schlaglichtartig die Stationen meiner Suchbewegungen nachgezeichnet, ohne dabei die vollständige Darstellung der genannten Phänomene und Debatten zu beanspruchen. All diese Beispiele zeigen, wie im Kontext cismännlicher Genitalverletzungen und -amputationen auch immer schon Vorstellungen von Männlichkeit mit verhandelt werden. Sie spannen damit für den weiteren Verlauf des Buches einen Resonanzraum auf, in dem ein Nachdenken über Männlichkeiten, Körper und Sexualität stattfinden kann.

Die Suchbewegungen ließen mich aber auch orientierungslos zurück. Die Reaktionen auf und Gespräche über meine Forschungsfragen zu (Re-)Konstruktionspraktiken cismännlicher Geschlechtskörper waren begleitet von Irritation, verlegenen Witzeleien, ausweichenden Untertönen und peinlichem oder ratlosem Schweigen. Gleichzeitig merkte ich auch in mir einige Widerstände: Durch meine vorherigen Forschungen zu den Verwehrten des Ersten Weltkrieges reizte mich ein Nachdenken über die Prothetisierung von Körpern nicht mehr so sehr. In Bezug auf die Behandlung aktueller kriegsbedingter Genitalverletzungen kam, wie sich herausstellte, vor allem die US-Armee als Forschungsfeld in Frage. Mich dort aber sowohl politisch-rechtlich, militärisch-kulturell als auch sprachlich einzuarbeiten, schien mir zu herausfordernd. Mir war ebenfalls klar geworden, dass ich die nächsten Jahre auch nicht ›in Zusammenarbeit‹ mit der Deutschen Bundeswehr verbringen wollte. Aber auch die deutsche Zivilmedizin konnte mein Interesse nicht erwecken, denn die bisher gesichtete medizinische Fachliteratur schien mir durch ihre sprachlichen und fachkulturellen Eigenlogiken unzugänglich und schon an sich eine eigene Forschungsarbeit wert zu sein.

