

Sexuelle Grenzverletzungen – (k)ein Thema im Kontext von Intersexualität und Transsexualität?

Michaela Katzer

Vorbemerkungen

Zwar wurden von der Gesamtbevölkerung nur relativ wenige Menschen wegen Intersexualität oder wegen Transsexualität behandelt, dennoch zeigen verschiedene Veröffentlichungen und Schilderungen ein erhöhtes Risiko auf, sexuelle Grenzverletzungen zu erleiden. Die jeweiligen Parallelen und Überschneidungen mit Erfahrungen sexuellen Missbrauchs wurden zwar schon in den 1990er Jahren (Alexander, 1997; Zucker & Kuksis, 1990) erwähnt, im klinischen wie akademischen Diskurs jedoch tendenziell vernachlässigt. Ein ähnlich gelagerter, an die dortige Zielgruppe angepasster Artikel (Katzer & Voß, 2018) erschien zwischenzeitlich im *Handbuch Sexualisierte Gewalt und pädagogische Kontexte* (Retkowski et al., 2018). Die Abhandlung von Intersexualität und Transsexualität innerhalb eines Beitrages folgt pragmatischen Erwägungen, zumal einige Umstände und Abläufe durchaus vergleichbar sind. Die Beschreibungen beruhen teils auf Veröffentlichungen, teils auf anonymisierten Schilderungen.

Rahmenbedingungen

Intersexualität ist ein Oberbegriff für Varianten der (körperlichen) Geschlechtsentwicklung und umfasst zahlreiche Formen, die verschiedene, bisweilen auch unbekannte Ursachen haben, und die sich untereinander zum Teil erheblich unterscheiden. Manche dieser angeborenen Abweichungen fallen bereits bei der Geburt auf, die meisten aber erst später, insbesondere in der Pubertät. Dieser Umstand sowie divergierende Sichtweisen und Methoden (z. B. Ación, 1997; Gaspari

et al., 2011) erschweren Häufigkeitsschätzungen. Es ist davon auszugehen, dass circa 2% der Bevölkerung (Blackless et al., 2000) intersexuell sind, wobei dies in nur etwa einem Viertel dieser Fälle bzw. bei etwa 0,5% der Gesamtbevölkerung (Ahmed et al., 2004) bereits bei Geburt auffiel.

Transsexualität bzw. Transsexualismus beschreibt Verhalten, welches auf eine Änderung der körperlichen Geschlechtsmerkmale und der gesellschaftlichen Einordnung abzielt oder wenigstens den Wunsch hierzu ausdrückt. Folglich ist der Begriff unzutreffend, wenn ein derartiges Verhalten noch nicht oder nicht mehr erkennbar ist (Augstein, 1992, S. 255; Kelly, 2005, S. 3). Transsexualität dürfte in der Gesamtbevölkerung bei etwa 1:10.000 (Heath, 2006) aktuell oder in der Vorgeschichte vorliegen.

Sexuelle Grenzverletzung ist ein Oberbegriff für Vorgänge und Umstände, die von Betroffenen als solche erlebt wurden (Enders et al., 2010). Nach juristischer Auffassung ist eine Handlung sexuell, wenn sie das Geschlechtliche im Menschen betrifft (vgl. Fischer, 2014). Dies beinhaltet somit alle Umstände und Vorgänge, die sich auf körperliche Geschlechtsmerkmale oder geschlechtlich ge deutetes Verhalten oder Erleben beziehen.

Übergriffe sind absichtliche sexuelle Grenzverletzungen. Auch wenn sie meist nicht im Detail geplant wurden, sind sie keine bloßen Versehen. Öfters geschehen sie in einer vorbestehenden »Kultur der Grenzverletzungen«. Da sie insbesondere im Wiederholungsfalle das Kindeswohl gefährden, sind sie frühzeitig (z. B. arbeitsrechtlich) zu ahnden, damit die Opfer geschützt werden und zugleich einer weiteren Angewöhnung übergriffigen Verhaltensweisen entgegengewirkt wird (Enders et al., 2010).

Strafrechtlich relevante Handlungen, die das Geschlechtliche im Menschen betreffen können, beziehen sich neben den Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung (StGB §§ 174–184j) auch auf Straftaten gegen die körperliche Unversehrtheit (StGB §§ 223–231), Verletzung des persönlichen Lebens- und Geheimbereichs (StGB §§ 201–206), Beleidigung (StGB §§ 185–200) sowie einige weitere Straftatbestände (u. a. StGB §§ 235, 238–241).

Sexueller Missbrauch im Allgemeinen

Sexueller Missbrauch ist der derzeit bekannteste Begriff aus dem Themenfeld (UBSKM, 2017), unter anderem hinsichtlich Taten an Kindern, Jugendlichen und Patienten (StGB §§ 176, 182, 174c). Medien thematisierten bis in die 1980er Jahre hinein vorwiegend Fremdtäter wie Peter Kürten (Steiner & Gay, 1957)

oder Jürgen Bartsch (Miller, 1983); auch fiktional, zum Beispiel im Spielfilm *Es geschah am hellichten Tag* (Dürrenmatt et al., 1958). Während Feministinnen seit den 1970er Jahren insbesondere auf Sexualstraftaten von Vätern und Stiefvätern an Mädchen aufmerksam machten (Nelson & Burgmüller, 1978), vertraten einige Sexualforscher und Politiker die abwegige Vorstellung, einvernehmliche Sexualität zwischen Erwachsenen und Kindern sei möglich und sollte entkriminalisiert werden. Ab 1983 gründeten sich die ersten Wildwasser-Vereine gegen sexuelle Gewalt an Mädchen und Frauen, ab 1986 die ersten Zartbitter-Vereine gegen sexuellen Missbrauch bzw. sexualisierte Gewalt ungeachtet des Geschlechts. Dennoch erlangte der Themenkomplex erst 2010 politische Aufmerksamkeit, nachdem Betroffene auf jahrzehntelangen systematischen sexuellen Missbrauch in kirchlichen wie reformpädagogischen Einrichtungen aufmerksam gemacht hatten.

Nach Fegert (2016) kommt sexueller Kindesmissbrauch bei 13,4% der Mädchen und 5,7% der Jungen in Europa vor. Sexueller Missbrauch ereignet sich zu 44% in Familien, zu 28% in Institutionen (u.a. kirchlichen Institutionen, Schulen, Heimen und Vereinen), zu 11% im Umfeld (Bekannte, Freunde und Angehörige außerhalb der Kleinfamilie) und in 17% durch unbekannte Fremdtäter. 80 bis 99% der Täter sind männlich. Streicher-Pehböck und Kollegen (2014) erhoben ein Durchschnittsalter der Täter von 27 bis 30 Jahren; ein Drittel der Täter sei selbst noch minderjährig, nur 10% seien älter als 50 Jahre. Osterheider und Neutze (2015) kommen zu der Einschätzung, dass von der männlichen Gesamtbevölkerung 1,5% Täter sexuellen Kindesmissbrauchs sind. Lediglich erwähnt sei, dass verschiedene Täter-Typologien beschrieben wurden, wobei gewöhnlich zwischen einer Minderzahl an »echten Pädophilen« und einer Mehrzahl an opportunistischen Tätern unterschieden wird (vgl. Berner, 2013, S. 5–7).

Medizinischer Umgang mit Intersexualität

Viele medizinische Untersuchungen und Behandlungen sind ohnehin – ähnlich wie sexueller Missbrauch – mit Angst, Schmerzen und Kontrollverlust verbunden. Bei der Behandlung intersexueller Kinder nach der »optimal gender policy« (Gregor, 2015, S. 57), die im Laufe der 1950er Jahre als Behandlungsroutine etabliert wurde und bis in die 1990er Jahre vorherrschte, wurde zusätzlich gefordert, den präpubertären äußeren Genitalien durch Operationen vor dem 18. Lebensmonat einen typisch weiblichen oder aber einen typisch männlichen äußeren

Anschein zu geben (Money et al., 1955, S. 288–290; Money & Ehrhardt, 1975, S. 28ff.), sie sozusagen durch möglichst frühe Operationen zu normalisieren (vgl. Klöppel, 2010, S. 24) und dabei die betroffene Person von klein auf zu ihrem angeblichen Wohle über Gründe und Absichten im Unklaren zu lassen (vgl. Voß, 2010, S. 223) oder bedarfsweise anzulügen. Auch Eltern wurden oft nicht informiert (Kraus-Kinsky, 2012, S. 162) oder angewiesen, bei der Geheimhaltung mitzuwirken. Die gesamte Vorgehensweise ähnelt erheblich den Handlungsmustern bei sexuellem Kindesmissbrauch, abgesehen von dem Umstand, dass das Behandlungskonzept in Lehrbüchern beschrieben und bei Experten offiziell etabliert wurde (Fröhling, 2003, S. 20f.; Alexander, 1997; Voß, 2012), ferner dass es nicht auf die sexuelle Befriedigung der Akteure abzielte. Insbesondere wiederholte Dehnungen der operierten Scheide wurden als sexualisierte Gewalt bzw. als Vergewaltigungen erlebt (Bauer & Truffer, 2016, S. 147; Kraus-Kinsky, 2012, S. 162; Remus, 2012; Klauda, 2002; Spiewak, 2000; AGGPG, 1998). Die Herbeiführung eines möglichst unauffälligen Anscheines erfolgte ungeachtet späterer Beschwerden, wie Schmerzen, Taubheitsgefühlen, Vernarbungen und Folgeschäden (z. B. Infektionen) (Zwischengeschlecht, 2008; Veith et al., 2011; Deutscher Ethikrat, 2012). Um eine hiervon abweichende Pubertätsentwicklung zu verhindern, erfolgte oft weit früher eine Keimdrüsenentfernung, was spätere Fortpflanzung ausschließt und ab dem Pubertätsalter eine Hormonbehandlung erfordert (vgl. Deutscher Ethikrat, 2012). Generell wurde Eltern (und ggf. Betroffenen) die Seltenheit der konkreten Diagnose oder von Intersexualität allgemein suggeriert, unter anderem zur Steigerung von Abhängigkeit und Dankbarkeit (dass man sich hier kümmert) und um Austausch von Eltern bzw. Betroffenen untereinander zu verhindern oder zu minimieren; dies änderte sich auch nach Gründung von Eltern- bzw. Selbsthilfegruppen nur zögerlich.

Ungeachtet der intendierten Geheimhaltung wurden Patienten, egal welchen Alters, unvorbereitet und wiederholt ärztlichen Kollegen in der Klinik und Studierenden in Vorlesungen vorgeführt, ferner wurden Ganzkörper- und Genitalfotografien angefertigt, auch wenn dies aufgrund psychischer Belastungen merklich traumatisierend für sie war (Völling, 2010, S. 80–83; vgl. Jilg, 2007; Richter-Appelt, 2007).

Seit Ende der 1990er Jahre dominiert die »from gene to gender policy«, die eine Eintragung der nach genetischem Befund »wahrscheinlicheren« Geschlechtsidentität oder wünschenswerteren sexuellen Orientierung und weniger Verschwiegenheit einfordert, wobei weiterhin frühkindliche Operationen empfohlen (vgl. Zabransky, 2013) und in nahezu unveränderter Zahl (Klöppel, 2016) mit entsprechenden Folgeschäden durchgeführt werden.

Individuen, bei denen sich erst später, insbesondere im Pubertätsalter, Intersexualität abzeichnet, bleiben zwar einige der frühen Traumata erspart, aber auch sie erleiden oft Fremdbestimmung und damit Grenzverletzungen, zum Beispiel durch das Aufdrängen von Hormonbehandlungen und Anpassungsoperationen, die als notwendig und alternativlos dargestellt werden; Entscheidungen und Einwilligungen werden Jugendlichen so nahegelegt, dass ihre Antworten eher sozialer Erwünschtheit als eigenem Willen oder Berücksichtigung langfristiger Konsequenzen entspringen, was den Betroffenen oft erst viel später bewusst wird.

Solche übergeholfenen und damit grenzverletzenden Scheinentscheidungen werden indes auch von Betroffenen berichtet, deren Intersexualität schon in früher Kindheit aufgefallen war (vgl. Bastien-Charlebois, 2015).

Maßnahmen zur Prävention oder Beseitigung geschlechtsuntypischen Verhaltens

Geschlechtsuntypische Verhaltensweisen – gemessen an den Erwartungshaltungen des zeitlichen und räumlichen Kontextes – sind an sich ein unspezifisches Phänomen. Sie werden auch ohne Zusammenhang mit Intersexualität oder Transsexualismus retrospektiv von relativ vielen Lesben und Schwulen und manchen heterosexuellen Erwachsenen geschildert.

Eltern intersexueller Kinder wurden nicht selten schon präventiv instruiert, die Kinder eher bis deutlich stereotyp konform zur erfolgten Eintragung aufwachsen zu lassen. Behandlungsangebote gegen geschlechtsuntypisches Verhalten entstanden aus Forschungsinteresse und Nachfragen besorgter Eltern. Soweit sich intersexuelle Kinder geschlechtsuntypisch verhielten, galten die Angebote auch ihnen, wobei sie aber in der Minderzahl waren.

Erwünschtes geschlechtstypisches Verhalten wurde belohnt, bedarfsweise auch vorgemacht; unerwünschtes geschlechtsuntypisches Verhalten wurde durch Missachtung oder aversive Reize bestraft. Die Behandlung zielte darauf ab, einem späteren Auftreten von Transsexualismus oder Homosexualität vorzubeugen (Rekers & Lovaas, 1974), ungeachtet der Überlegung, dass geschlechtsuntypisches Verhalten vielleicht nur Vorzeichen, aber nicht Ursache des späteren Verhaltens sein könnte. Ein Patient von Rekers wurde dauerhaft unglücklich über seine homosexuelle Veranlagung und nahm sich mit 38 Jahren das Leben (Cooper, 2011). Das Vorgehen wurde auch durch die Behauptung legitimiert, dass es die Betroffenen dadurch später leichter im Leben haben werden (Money &

Ehrhardt, 1975, S. 28ff; vgl. Richter-Appelt, 2007). Dies geschah in universitären und klinischen Behandlungseinrichtungen und auch in kommunalen Erziehungsberatungsstellen; ferner wurden die Eltern instruiert, wie sie die Konditionierung im häuslichen Umfeld fortsetzen sollten. So wurden beispielsweise als unpassend erachtete Spielzeuge und Kleidungsstücke entfernt und stattdessen geschlechtsrollenkonforme Spielzeuge und Kleidungsstücke angeboten und entsprechende Freizeitgestaltung (z. B. Fußball, Ballett) nahegelegt oder sogar erzwungen (Money & Ehrhardt, 1975, S. 28ff; vgl. Richter-Appelt, 2007; Zinck & Pignatiello, 2015). Widerständige Kinder wurden symbolisch bloßgestellt und verlacht, ihnen wurden zum Beispiel die Haare geschnitten; mitunter wurden an ihnen körperliche Merkmale entblößt und für geschlechtsbestimmend erklärt (vgl. Jilg, 2007). Allerdings wurden die nahegelegten Behandlungen von manchen Familien nur halbherzig und nur für begrenzte Zeit fortgesetzt.

Grenzverletzungen im Kontext von Transsexualität

Viele Jugendliche und junge Erwachsene wurden insbesondere früher nicht ernst genommen, wenn sie medizinische Maßnahmen zur Veränderung ihrer Geschlechtsmerkmale beehrten. Aus der Nicht-Anerkennung ihres Selbstverständnisses erwächst weiterer Leidensdruck (Allex, 2014) bis hin zu Suizidversuchen (vgl. Queer.de, 2010; Council of Europe Publishing, 2011). Um Vornamen und Geschlechtseintrag an das erlebte Geschlecht anzupassen, entstehen den Betroffenen gemäß dem Transsexuellengesetz nicht nur monatelange Wartezeiten und zusätzliche Kosten, viele sehen sich auch der Willkür des Gerichts und der Gutachter ausgeliefert. Bis 2011 (BVerfG, 2011) wurde zur Änderung des Geschlechtseintrages ferner eine geschlechtsanpassende Operation gefordert. Manche sahen diese Forderung ohnehin als Grenzverletzung; viele andere wollten zwar ohnehin solch eine Operation, sahen sich aber zur Erlangung dieser der weiteren Willkür von Gutachtern, Krankenkassen und MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) sowie den Wartezeiten und (Zusatz-)Honorarforderungen von Operateuren ausgesetzt.

Um die Ernsthaftigkeit des Ansinnens zu prüfen, forderten manche Ärzte gar, dass die betroffene Person etwa Geschlechtsverkehr in einer ihr widerstrebenden Rolle ausprobieren und die empfundenen Gefühle hernach schildern sollte. Fremdbestimmung und Machtmissbrauch werden auch in Psychotherapie und Begutachtung ausgeübt (Schicklang, 2014). Nach der entsprechenden Begutachtungsanleitung hat »vor jedweden somatischen Behandlungsmaßnahmen [...] in

jedem Fall eine psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung zu erfolgen« (MDS, 2009, S. 9). Generell ist in vielen Gegenden das psychotherapeutische Angebot ungenügend und mit mehrmonatigen Wartezeiten verbunden. Darüber hinaus lehnen manche Psychotherapeuten trotz Kassenzulassung transsexuelle Patienten generell ab. Viele Betroffene schilderten, dass sie überkommene Geschlechtsstereotype erfüllen und Sichtweisen des Therapeuten akzeptieren und übernehmen sollten; oft ließen sie sich darauf ein, um weitere Zeitverluste und desto größeren Leidensdruck zu vermeiden, oder auch, weil sie nicht die Mittel hatten, längere Fahrtstrecken zurückzulegen. Manche (ehemaligen) Betroffenen schildern weitere vermeidbare Grenzverletzungen bei operationsbedingten stationären Krankenhausaufenthalten und generell bei Arztkontakten, wenn die Vorgeschichte bekannt war oder vermutet wurde.

Von den im Sinne von Transsexualität behandelten Personen ist die Mehrzahl nicht intersexuell, wohl aber eine relevante Minderheit von etwa 40% (Katzer, 2016, S. 95). Dieser Anteil wurde oft unterschätzt; mitunter wurde Betroffenen mit angeborenen Varianten der Geschlechtsentwicklung unterstellt, illegal Hormone beschafft und genommen zu haben.

Erhöhtes Risiko, weitere sexuelle Grenzverletzungen zu erleiden

Viele Kinder und Jugendliche sind nach medizinischen oder verhaltenstherapeutischen Maßnahmen, insbesondere wenn sie über längere Zeit wiederholt wurden, wahrnehmbar schüchterner und isolierter. Diese Kinder und Jugendlichen werden von Tätern bevorzugt ausgewählt, weil es das Risiko vermindert, dass sexueller Missbrauch berichtet wird oder auf andere Weise auffällt. Dann stattfindender Missbrauch wird von den Opfern weniger wahrscheinlich als solcher erkannt, da sie aus ihren Behandlungserfahrungen Grenzverletzungen de facto gewöhnt sind. Sexuelle Erfahrungen mit einem Missbrauchstäter können im Einzelfalle als Anerkennung und Wertschätzung ihrer Geschlechtlichkeit gedeutet werden. Weil viele zum Schweigen bezüglich ihres Geschlechts bzw. Geschlechterlebens erzo-gen wurden, vertrauen sie sich weniger wahrscheinlich einer Vertrauensperson an.

Bei Klinikterminen hatten einige Betroffene sozusagen »erlernt«, ihre Genitalien auf einfache Aufforderung hin widerstandslos zu entkleiden; dissoziative Phänomene können bei weiterem Missbrauch ausgenutzt werden. Schon Hoepffner und Hesse schilderten einen Fall, in dem ein Nachbar sein Wissen um die

Intersexualität eines Mädchens ausnutzte, um ihm »zu erklären, es könne wegen falscher Hormonproduktion zu einem Zwitter werden. Davor bewahre es nur die Beziehung zu einem erfahrenen Mann, der in ihr weibliche Gefühle wachrufen könne« (Hoepffner & Hesse, 1984, S. 275). Für manche Täter sind abweichende Geschlechtsmerkmale sogar zentral in ihrem Begehren (Lahood, 2012, 17:45–19:15).

Schulkinder und Jugendliche mit geschlechtsuntypischem Verhalten oder erkennbaren Varianten der Geschlechtsentwicklung haben ein höheres Risiko, von Rabauken in ihrem Umfeld geärgert zu werden; diese Grenzverletzungen werden von Aufsichtspersonen oft nicht geahndet oder bisweilen sogar gutgeheißen (Klocke, 2016).

Abwehrmechanismen wie zum Beispiel Dissoziation, Verleugnung und Verdrängung, aber auch Scham und Heimlichkeit verzögern die Suche nach Hilfe oft bis ins Erwachsenenalter (vgl. Richter-Appelt, 2008). Die zuvor im institutionellen Rahmen erlittenen Grenzverletzungen tragen zu dieser Scheu bei, ebenso vorherige Versuche, Hilfe zu erlangen, wenn auf diese inadäquat reagiert wurde. Wegen der eigenen Geschlechtlichkeit oder Vorgeschichte erpressbar zu sein oder bloßgestellt werden zu können, ist eine weitere Angst, auch wegen drohendem weiteren Kontrollverlust.

Missbrauch unter Ausnutzung eines Beratungsverhältnisses nach StGB § 174c trifft auch Erwachsene, zum Beispiel in Selbsthilfegruppen oder Beratungsstellen, wie vertrauliche Schilderungen belegten, wobei die darin erwähnten Missstände zeitnah abgestellt wurden. Im Allgemeinen nicht strafbar, aber ärgerlich ist es, wenn zum Beispiel erwachsene Männer (sogenannte Tranny-Lover) gezielt und wiederholt erotische Beziehungen mit jüngeren Mann-zu-Frau-Transsexuellen eingehen, die eine Anpassungsoperation anstreben, während der Liebhaber dies zu hintertreiben versucht, weil er den vorherigen Zustand bevorzugt, und die Betroffene nach der Operation umgehend verlässt.

Beschränkungen der Hilfsangebote

Viele Beratungs- und Unterstützungsstrukturen sind konventionell vergeschlechtlicht, das heißt, sie richten sich an Mädchen und Frauen, die schon immer als weiblich galten, oder an Jungen und Männer, die schon immer als männlich galten. Betroffene fürchten Ablehnung, wenn sie traumatische Erlebnisse schildern, bei denen untypische Geschlechtsmerkmale oder abweichende Wahrnehmung

durch das damalige Umfeld oder im Kontrast zu heute relevant sind. Manche Menschen und somit auch manche Betroffene können sich generell nicht mit Angeboten identifizieren, die von der Existenz zweier Geschlechter ausgehen, weil sie sich selbst anders einordnen und fürchten, dass ihr Zugehörigkeitsempfinden erneut angezweifelt oder ihnen abgesprochen wird. Bisweilen wurde ihnen von sonst kompetenten Stellen nicht geglaubt, dass sie in Krankenhäusern oder Behandlungseinrichtungen sexuelle Grenzverletzungen erlitten hatten, oder sie wurden um beweiskräftige Belege gebeten, die Krankenhäusern ihnen unter allerlei Vorwänden vorenthalten haben. Respekt gegenüber der Schulmedizin sowie Exotisierung von Intersexualität und Transsexualität durch Massenmedien können zu unreflektierten Vorurteilen gegenüber Hilfesuchenden beitragen.

Empfehlungen für den Umgang mit Betroffenen

Allgemein ist (wie auch sonst) zu fordern, Hilfesuchenden einen Schutzraum zu bieten, wo sie sich anderen anvertrauen können, ohne dass ihre Schilderungen vorab generell infrage gestellt werden. Für die hier thematisierten Betroffenen haben sich Selbsthilfetreffen als geschützte Räume weitgehend bewährt; Vergleichbares zeichnet sich für Peerberatungsangebote ab. Weitere Angebote sollten räumlich und institutionell möglichst von Einrichtungen (also z. B. Krankenhäusern) getrennt sein, die solche sexuellen Grenzverletzungen ausübten oder noch ausüben. Psychotherapie kann hilfreich sein, wobei manche Patienten erst mehrere Sitzungen brauchen, um Vertrauen zu fassen, bevor sie sich dem Gegenüber mit dem prekären Themenkomplex anzuvertrauen wagen; Therapeuten sollten, wenn sie davon »überrascht« werden, ihre Emotionen möglichst zurückstellen und eine offene Haltung beibehalten. Alice Miller kam in den 1980er Jahren zu der Einschätzung, dass die psychoanalytische Theorie und Praxis den ehemaligen Opfern der Kindesmisshandlungen verunmöglicht, diese zu erkennen, was auch heutzutage bedacht werden sollte. Hinsichtlich Arztbesuchen und Klinikkontakten hilft es vielen Betroffenen, eine Vertrauensperson mitzunehmen, nicht zuletzt weil solche Situationen in emotional verstörender Weise unangenehme Erinnerungen wachrufen können, die Betroffenen sich möglicherweise nicht alles merken können und im Sinne erlernten Verhaltens unbedacht ärztlichen Vorschlägen und Suggestivfragen zustimmen. Bis Betroffene ein gewisses Maß an Selbstbestimmung (wieder-)erlangt haben, ist es sicherer, sich gegenüber Befragungen durch Journalisten und Forscher zurückzuhalten; diese Zurück-

haltung sollte von diesen Professionellen wertschätzend akzeptiert werden. Angesichts mitunter knapper Verjährungsfristen scheint es auch geboten, den Rat eines erfahrenen und von Selbsthilfeszusammenhängen empfohlenen Anwaltes einzuholen.

Sexualpädagogische Vorschläge

Bei sexualpädagogischen Unterrichtseinheiten und Maßnahmen sollten pauschalisierende Aussagen vermieden oder soweit relativiert werden, dass Möglichkeitsspielräume aufgezeigt werden, also auch hinsichtlich geschlechtstypischen Veränderungen im Pubertätsalter und geschlechtstypischen Verhaltensweisen. Konzepte vermeintlich »geschlechtshomogener« Gruppenarbeit sind zu Recht in die Kritik geraten, weil sie geschlechtliche Überschneidungs- und Zwischenräume und damit Vielfalt leugnen oder gar verunmöglichen, und weil sie den Betroffenen in ihrem Selbstverständnis und mit ihren Bedürfnissen schaden, die es – auch unerkannt – in jeder Schulkasse geben kann (vgl. Hechler, 2016, S. 175). Seltenheit ist nicht krankhaft oder gestört oder exotisch, was an nicht-sexuellen Beispielen veranschaulicht werden kann, zum Beispiel roten Haaren oder vierblättrigen Kleeblättern. So können alle Schüler lernen, welchen Reichtum und welche Vielfalt die Natur aufweist, auch was Geschlechtsmerkmale betrifft, und dass man niemanden ärgern oder verlachen darf, nur weil diejenige Person anders ist als die anderen, oder andere Vorlieben hat als die meisten Mädchen oder Knaben oder sich selbst anders einordnet, als andere es erwartet hätten. Zu vermeiden sind Zuschreibungen von »Identitäten«, die statisch und einengend wirken und somit Hemmschwellen darstellen. Deswegen sollten Begriffe mit den Vorsilben »inter« oder »trans« nicht überbewertet, aber auf Nachfrage durchaus knapp und nicht-pathologisierend erklärt werden. Keinesfalls sollten einzelne Schüler geoutet oder fremdbestimmt als Beispiele herangezogen werden, weil auch dies eine sexuelle Grenzverletzung darstellen würde. Stattdessen sollten Kinder generell lernen, sich für ihre ungewöhnlichen körperlichen Merkmale oder geschlechtsuntypischen Vorlieben und Verhaltensweisen weder schämen noch erklären zu müssen, sondern altersgemäß über ihren eigenen Körper und ihr eigenes Leben bestimmen zu dürfen. Nachrangig oder auf Nachfrage kann auf medizinische Möglichkeiten hingewiesen werden, wobei zu berücksichtigen ist, dass viele Ärzte weiterhin normative Vorstellungen haben und autoritäre Praktiken gutheißen oder ausüben. Hierauf aufbauend können Aufklärungs- und

Informationsangebote für Erwachsene generell und entsprechend vertiefend auch für Menschen in pädagogischen und medizinischen Berufsfeldern gestaltet werden.

Angrenzende Fragestellungen

Ab 1990 befassten sich mehrere Autoren (z. B. Zucker & Kuksis, 1990; Devor, 1994) mit der Frage, ob Transsexualismus durch erlittenen sexuellen Missbrauch verursacht werden kann. Hierzu lässt sich konstatieren, dass die meisten Missbrauchsoffer nicht transsexuell werden, dass die Mehrzahl der Transsexuellen vorher keinen sexuellen Kindesmissbrauch erlitten hatte, und dass auch bei jenen Transsexuellen, bei denen erlittener Missbrauch als Mitursache plausibel ist – zum Beispiel um nie wieder Opfer zu werden oder um kein Täter zu werden – der transsexuelle Verlauf zumeist nicht therapeutisch abzuwenden ist.

Massenmediale Aufmerksamkeit erlangten Sträflinge, insbesondere Sexualstraftäter, die im Gefängnis eine transsexuelle Behandlung angingen. Bezogen auf die Gesamtheit an Menschen, die eine transsexuelle Behandlung erhielten, sind Sträflinge bislang eine nicht-repräsentative, sehr kleine Minderheit. Allerdings ist zu fordern, dass sexuelle Grenzverletzungen von Gefangenen untereinander unterschiedener geahndet und verhindert werden, unter anderem um dem Anspruch auf Resozialisierung Genüge zu tun (vgl. B.Z., 2010). Die bisweilen formulierte Befürchtung, dass größere Zahlen vorheriger Männer auf vereinfachte Weise einen weiblichen Personenstand erlangen, um desto leichter sexuelle Grenzverletzungen an Frauen und Mädchen zu begehen, hat sich bislang zwar nicht bestätigt, sollte aber ernst genommen werden; sexuelle Grenzverletzungen dürfen nicht übersehen oder geduldet werden.

Wie Klöppel (2010, S. 196) referierte, wurde schon im 18. Jahrhundert angenommen, dass sich Frauen durch eine regelwidrig vergrößerte Klitoris »verleiten lassen, mit ihrem Geschlechte strafbaren Unfug zu treiben«; empfohlen wurde, »das Abschneiden einer widernatürlich vergrößerten Klitoris schon im Kindes- oder Jugendalter vorzunehmen« (Klöppel, 2010, S. 216). Die Legitimation von Operationen durch die Vorstellung, dass atypische Geschlechtsmerkmale unbehandelt ihre Träger zu grenzverletzendem Verhalten verleiten können, setzte sich abgeschwächt bis ins 20. Jahrhundert fort; wurde aber dann durch die Begründung ersetzt, dass eine vergrößerte Klitoris »von den Betroffenen als beschämend empfunden werde« (ebd., S. 316f.).

Rezessive Enzymdefekte, die homozygot manche intersexuellen Geschlechtsentwicklungen hervorrufen, wurden in Stammbäumen mit Ehen unter Blutsverwandten beobachtet; dennoch ist es nicht hilfreich, Eltern intersexueller Kinder – inspiriert von belletristischen Texten (z. B. Eugenides, 2003) – speditiv nach Inzest oder inzestuösem Missbrauch zu befragen, da dies zu Kontaktabbrüchen führen kann.

Literatur

- Acien, P. (1997). Incidence of Müllerian defects in fertile and infertile women. *Human Reproduction*, 12(7), 1372–1376.
- AGGPG – Arbeitsgruppe gegen Gewalt in der Pädiatrie und Gynäkologie (1998). Vernichtung intersexueller Menschen in westlichen Kulturen. Flugblatt. <http://blog.zwischengeschlecht.info/pages/%22Vernichtung-intersexueller-Menschen-in-westlichen-Kulturen%22-Flugblatt-AGGPG-%281998%29> (10.11.2016).
- Ahmed, S. F., Dobbie, R., Finlayson, A. R., Gilbert, J., Youngson, G., Chalmers, J. & Stone, D. (2004). Prevalence of hypospadias and other genital anomalies among singleton births 1988–1997 in Scotland. *Archives of Disease in Childhood, Fetal and Neonatal Edition*, 89(2), F149–F151.
- Alexander, T. (1997). Der medizinische Umgang mit Intersexuellen Kindern: Eine Analogie zum sexuellen Kindesmissbrauch. <http://blog.zwischengeschlecht.info/pages/Intersex-Analogie-Kindesmissbrauch-Tamara-Alexander-1997> (06.05.2016).
- Allex, A. (Hrsg.). (2014). *Stop Trans*-Pathologisierung. Berliner Positionen zur Internationalen Kampagne*. Neu-Ulm: AG SPAK Bücher.
- Augstein, M. S. (1992). Transsexuelle sind Frauen und Männer. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 5(3), 255–260.
- Bauer, M. & Truffer, D. (2016). Intersex & Selbstbestimmung. In M. Katzer & H.-J. Voß (Hrsg.), *Geschlechtliche, sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung* (S. 137–160). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Bastien-Charlebois, J. (2015). My coming out: The lingering intersex taboo. *Montreal Gazette*, 09.08.2015. <http://montrealgazette.com/life/my-coming-out-the-lingering-intersex-taboo> (09.07.2018).
- Berner, W. (2013). Sexueller Missbrauch – Epidemiologie und Phänomenologie. In T. Stompe, W. Laubichler & H. Schanda (Hrsg.), *Sexueller Kindesmissbrauch und Pädophilie*. Berlin: Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Blackless, M., Charuvastra, A., Derrryck, A., Fausto-Sterling, A., Lauzanne, K. & Lee, E. (2000). How sexually dimorphic are we? Review and synthesis. *American Journal of Human Biology*, 12(2): 151–166.
- BVerfG – Bundesverfassungsgericht (2011). BVerfG, Beschluss des Ersten Senats vom 11. Januar 2011 – 1 BvR 3295/07 – Rn. (1–82). http://www.bverfgericht.de/e/rs20110111_1bvr329507.html (06.05.2016).

- B. Z. (2010). Wie der Rosa Riese in Haft Frauen traf. B.Z. 09.09.2010. <https://www.bz-berlin.de/artikel-archiv/wie-der-rosa-riesen-in-haft-frauen-traf> (29.07.2018).
- Cooper, A. (2011). The «sissy» boy experiment. Uncovering the truth. A documentary by CNN. <https://www.youtube.com/watch?v=Q0IZBL2H4nl> (30.07.2018).
- Council of Europe Publishing (2011). Discrimination on grounds of sexual orientation and gender identity in Europe. Straßburg: Council of Europe Publishing. http://www.coe.int/t/Commissioner/Source/LGBT/LGBTStudy2011_en.pdf (06.05.2016).
- Deutscher Ethikrat (2012). Stellungnahme Intersexualität. https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/DER_StnIntersex_Deu_Online.pdf (15.03.2019).
- Devor, H. (1994). Transsexualism, Dissociation, and Child Abuse: An Initial Discussion Based on Nonclinical Data. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 6(3), 49–72.
- Dürrenmatt, F., Jacoby, H. & Vajda, L. (1958). *Es geschah am hellichten Tag*. [Drehbuch]. Zürich: Praesens-Film AG.
- Enders, U., Kossatz, Y., Kelkel, M. & Eberhardt, B. (2010). Zur Differenzierung zwischen Grenzverletzungen, Übergriffen und strafrechtlich relevanten Formen der Gewalt im pädagogischen Alltag. Köln: Zartbitter. https://www.zartbitter.de/gegen_sexuellen_missbrauch/Fachinformationen/6005_missbrauch_in_der_schule.php (26.07.2018).
- Eugenides, J. (2003). *Middlesex*. Reinbek: Rowohlt.
- Fegert, J.M. (2016). Was ist sexueller Missbrauch, wie häufig und in welchen Kontexten geschieht sexueller Missbrauch? Ulm: DGKJP-Kongress. https://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/default/Kliniken/Kinder-Jugendpsychiatrie/Praesentationen/FE_2016_01_29_Tutzing.pdf (03.07.2018).
- Fischer, T. (2014). *Strafgesetzbuch mit Nebengesetzen*. München: Beck.
- Fröhling, U. (2003). *Leben zwischen den Geschlechtern. Intersexualität – Erfahrungen in einem Tabubereich*. Berlin: Ch. Links.
- Gaspari, L., Paris, F., Jandel, C., Kalfa, N., Orsini, M., Daurès, J.P. & Sultan, C. (2011). Prenatal environmental risk factors for genital malformations in a population of 1442 French male newborns: a nested case-control study. *Human Reproduction*, 26(11), 3155–3162.
- Gregor, A. (2015). *Constructing Intersex: Intergeschlechtlichkeit als soziale Kategorie*. Bielefeld: transcript.
- Heath, R. A. (2006). *The Praeger Handbook of Transsexuality*. Westport: Greenwood Publishing Group.
- Hechler, A. (2016). »Was ist es denn?« Intergeschlechtlichkeit in Bildung, Pädagogik und Sozialer Arbeit. In M. Katzer & H.-J. Voß (Hrsg.), *Geschlechtliche, sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung. Praxisorientierte Zugänge* (S. 161–185). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Hoepffner, W. & Hesse, V. (Hrsg.). (1984). *Intersexualität im Kindesalter, Arbeitstagung der AG Pädiatrische Endokrinologie*. Jena: Wissenschaftliche Beiträge der FSU Jena.
- Jilg, M. (Regie). (2007). *Die Katze wäre eher ein Vogel*. [Dokumentarfilm/visuelles Hörstück]. <http://die-katze-ist-kein-vogel.de> (06.05.2016).
- Katzer, M. (2016). Ärztliche Erfahrungen und Empfehlungen hinsichtlich Transsexualismus und Intersexualität. In M. Katzer & H.-J. Voß (Hrsg.), *Geschlechtliche, sexuelle und repro-*

- duktive Selbstbestimmung. Praxisorientierte Zugänge* (S. 85–116). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Katzer, M. & Voß, H.-J. (Hrsg.). (2016). *Geschlechtliche, sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Katzer, M. & Voß, H.-J. (2018). Sexuelle Grenzverletzungen im Kontext von Intersexualität und Transsexualität. In A. Retkowski, A. Treibel. & E. Tuiden (Hrsg.), *Handbuch Sexualisierte Gewalt und pädagogische Kontexte. Theorie, Forschung, Praxis* (S. 270–278). Weinheim: Beltz Juventa.
- Kelly, D. P. (2005). Transsexualism – the current UK medical and legal standpoint. <https://www.yumpu.com/en/document/view/36208506/transsexualism-the-current-medical-and-legal-standpoint> (15.03.2019).
- Klauda, G. (2002). Krankheitsbilder, Vortrag vom 05.06.2002. <http://blog.zwischengeschlecht.info/pages/Georg-Klauda-%22Krankheitsbilder%22-Vortrag-vom-5.6.2002> (10.11.2016).
- Klocke, U. (2016). Homophobie und Transphobie in Schulen und Jugendeinrichtungen: Was können pädagogische Fachkräfte tun? Mediathek Vielfalt. http://www.vielfalt-mediathek.de/media/klocke_2016_homophobie_und_transphobie_in_schulen_und_jugendeinrichtungen.pdf (15.03.2019).
- Klöppel, U. (2010). *XX0XY ungelöst: Hermaphroditismus, Sex und Gender in der deutschen Medizin. Eine historische Studie zur Intersexualität*. Bielefeld: transcript.
- Klöppel, U. (2016). Zur Aktualität kosmetischer Operationen »uneindeutiger« Genitalien im Kindesalter. *Bulletin-Texte. Zentrum für transdisziplinäre Geschlechterstudien*, 42. https://www.gender.hu-berlin.de/de/publikationen/gender-bulletins/bulletin-texte/texte-42/kloepfel-2016_zur-aktualitaet-kosmetischer-genitaloperationen (07.07.2018).
- Kraus-Kinsky, E. (2012). Adrenogenitales Syndrom. Persönliches Erleben zwischen eigener Lebensgeschichte und dem Dasein als Ärztin. In K. Schweizer & H. Richter-Appelt (Hrsg.), *Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen* (S. 161–173). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Lahood, G. (Regie). (2012). *Intersexion*. [Dokumentarfilm]. Wellington: Ponsonby Productions Ltd.
- MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (2009). Begutachtungsanleitung Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualität. Essen: Eigenverlag. https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/07_RL_Transsex_2009.pdf (10.11.2016).
- Miller, A. (1983). *Am Anfang war Erziehung*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Money, J. & Ehrhardt, A. A. (1975). *Männlich – Weiblich: Die Entstehung der Geschlechtsunterschiede*. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch.
- Money, J., Hampson J. G. & Hampson, J. L. (1955). Hermaphroditism: Recommendations concerning assignment of sex, change of sex, and psychologic management. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital, Baltimore*, 97(4), 284–300.
- Nelson, S. & Burgmüller, C. (1978). Das Verbrechen, über das niemand spricht. *Emma*, 2(4), 20–26.
- Osterheider, M. & Neutze, J. (2015). Missbrauch von Kindern und Ätiologie. <https://web.archive.org/web/20181207063817/http://www.mikado-studie.de/index.php/101.htm> (15.03.2019).

- Queer.de (2010). Hohes Selbstmordrisiko bei Transsexuellen. Queer.de, 23.11.2010. http://www.queer.de/detail.php?article_id=13202 (06.05.2016).
- Rekers, G.A. & Lovaas, O.I. (1974). Behavioral treatment of deviant sex-role behaviors in a male child. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 7(2), 173–190.
- Remus, J. (2012). »Beides, keines, intersexuell«? Anmerkungen zur aktuellen Debatte über Intersexualität. *Materialien und Informationen zur Zeit*, 3/2012. <https://web.archive.org/web/20160331001514/http://www.miz-online.de/node/362> (15.03.2019).
- Retkowski, A., Treibel, A. & Tuiider, E. (Hrsg.). (2018). *Handbuch Sexualisierte Gewalt und pädagogische Kontexte. Theorie, Forschung, Praxis*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Richter-Appelt, H. (2007). Intersexualität. Störungen der Geschlechtsentwicklung. *Bundesgesundheitsblatt*, 50, 52–61.
- Richter-Appelt, H. (2008). Sexueller Mißbrauch im Kindesalter. In R.B. Schmidt & U. Sielert (Hrsg.), *Handbuch Sexualpädagogik und sexuelle Bildung* (S. 455–464). Weinheim und München: Juventa.
- Schicklang, K. (Regie). (2014). *Der Spalt – Gedankenkontrolle*. [Spielfilm]. Ludwigsburg: Schöne Neue Medien.
- Spiewak, M. (2000). Der Zwang der Geschlechter. *Die Zeit*, 28.09.2000. http://www.zeit.de/2000/40/200040_intersexneu.xml/komplettansicht (10.11.2016).
- Steiner, O. & Gay, W. (1957). *Der Fall Kürten: Sachdarstellung und Betrachtungen*. Hamburg: Kriminalistik.
- Streicher-Pehböck, C. & Winkler-Kirchberger, C. (2014). Sexueller Kindesmissbrauch. Erkennen – Verstehen – Vorbeugen. Linz: Kinder- und Jugendanwaltschaft OÖ. http://www.kija-ooe.at/Mediendateien/Sexueller-Kindesmissbrauch_aktuell.pdf (27.07.2018).
- UBSKM (2017). Definition von sexuellem Missbrauch. <https://beauftragter-missbrauch.de/praevention/was-ist-sexueller-missbrauch/definition-von-sexuellem-missbrauch/> (06.08.2018).
- Veith, L.G., Remus, J., Markard, N., Zalcberg, J., Weinhardt, C. & Hahn, L. (2011). Parallelbericht zum 5. Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland. Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe (CAT). http://intersex.schattenbericht.org/public/Schattenbericht_CAT_2011_Intersexuelle_Menschen_e_V.pdf (06.05.2016).
- Völling, C. (2010). *Ich war Mann und Frau. Mein Leben als Intersexuelle*. Köln: Fackelträger.
- Voß, H.-J. (2010). *Making Sex Revisited. Dekonstruktion des Geschlechts aus biologisch-medizinischer Perspektive*. Bielefeld: transcript.
- Voß, H.-J. (2012). *Intersexualität – Intersex: Eine Intervention*. Münster: Unrast-Verlag.
- Zabransky, S. (Hrsg.). (2013). *Proceedingband 2013, 11. Interdisziplinärer SGA-Workshop, 28.6.–29.6.2013*. Homburg: Medizinischer Verlag Siegfried Zabransky.
- Zinck, S. & Pignatiello, A. (2015). External Review of the Gender Identity Clinic of the Child, Youth and Family Services in the Underserved Populations Program at the Centre for Addiction and Mental Health November 26, 2015. Toronto: CAMH-Eigenverlag. http://www.camh.ca/en/hospital/about_camh/newsroom/news_releases_media_advisories_and_backgrounders/current_year/Documents/GIC-Review-26Nov2015.pdf (22.12.2015) [inzwischen durch ein kürzeres Summary ersetzt].
- Zucker, K.J. & Kuksis, M. (1990). Gender dysphoria and sexual abuse: A case report. *Child Abuse & Neglect*, 14(2), 281–283.

Zwischengeschlecht (2008). Lügen, Zwangseingriffe, Schweigegebote: ein Leben aus der Krankenakte. <http://blog.zwischengeschlecht.info/post/2008/06/12/Beurteilt-zugewiesen-und-verwaltet%3A-ein-Leben-aus-der-Krankenakte-Teil-I> (21.07.2018).

Die Autorin

Michaela Katzer, Fachärztin für Urologie. Nach mehrjähriger klinischer Tätigkeit, unter anderem im Universitätsklinikum Halle und im BG-Klinikum Bergmannstrost Halle ist sie seit 2014 Mitarbeiterin im Projekt »Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexueller Traumatisierung« an der Hochschule Merseburg. Ihre Forschungsschwerpunkte sind unter anderem Intersexualität, Transsexualismus, Sexualität und Behinderung, Vermittlung medizinischer Sachverhalte, Prävention und Intervention bei sexuellen und vergleichbaren Grenzverletzungen.