

4. Interdisziplinäre Studien zu Intergeschlechtlichkeit

Im Laufe meiner wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Thema Intergeschlechtlichkeit, beginnend mit einem Seminar im Masterstudium und meiner Masterarbeit zum Thema (Enzendorfer 2012) begegneten mir rege und kontroverse inter- und intradisziplinäre Diskurse zum Thema. Dreh- und Angelpunkt waren Diskussionen über die Notwendigkeit von Operationen, die sich in den letzten Jahren eher zu einem Diskurs über Verbote von Operationen verschoben und in manchen Ländern auch bereits juristisch durchgesetzt haben (vgl. ILGA 2022). Bis heute bleibt jedoch die Dominanz medizinischer Studien bestehen. Viele Erhebungen finden im medizinischen Rahmen statt und arbeiten mit pathologisierenden Terminen (Kritik zu problematischen Erhebungen z.B. in Schützmann et al. 2007, D'Alberton 2007, Gregor 2015). Dies hat zur Folge, dass einige intergeschlechtliche Personen nicht bereit sind, an den Studien teilzunehmen (z.B. Kromminga et al. 2009). Von vielen intergeschlechtlichen Menschen wird außerdem Kritik daran geübt, dass sie lediglich als Forschungsobjekte bzw. Betroffene wahrgenommen und nicht als Expert*innen in eigener Sache eingebunden werden. Auch besteht die Kritik an Gender- und Queer-Theorien, dass diese das Thema Inter* nur zur Dekonstruktion dichotomen Denkens nutzen, ohne persönliche Erfahrungen und Interessen zu berücksichtigen (z.B. Zehnder 2010, S. 377ff.). Das »I« im Akronym LGBTIQ+ bleibt in vielen Kontexten unberücksichtigt. Forschungen über psychosoziale Aspekte jenseits eines klinischen Blicks wachsen langsam an und beschäftigen sich häufig mit Erfahrungen im medizinischen Kontext (vgl. dazu auch Enzendorfer 2023).

Foucault fragt in seiner Einleitung zu Herculine Barbin: »Brauchen wir wirklich ein wahres Geschlecht?« (Foucault 1998, S. 7) und versucht, die Frage durch Rückgriff auf die Geschichte von Intergeschlechtlichkeit zu beantworten. Gab es im Mittelalter noch die Möglichkeit der Entscheidung für ein Geschlecht, so wurde dies ab dem 18. Jahrhundert zunehmend abgelehnt. Die Entscheidung über das wahre Geschlecht wurde zur Frage von Expert*innen und nicht mehr etwas, das die Person selbst entscheiden kann. Medizin und Recht hatten mehr und mehr die Entscheidungsgewalt inne. Dabei wird Sexualität in der Moderne immer wichtiger für die Identität. Im 19. Jahrhundert kam die Idee des »wahren Geschlechts« auf. Da-

bei dient der Körper als Wissensquelle über das Selbst (Schütze 2010, S. 25) und als Funktion und Beweis der totalen Unterschiedlichkeit von Mann und Frau, zweier Geschlechter, die sich im Laufe des Lebens nicht ändern (Kessler & McKenna 1978).

Dabei gilt der Körper jedoch nur insofern als objektiver Beweis, wenn er auch einer der zwei bestimmten Körper entspricht, die als männlich oder weiblich anerkannt sind. Mit dieser Determinierung von bestimmten Geschlechterverständnissen und Geschlechtskörpern in Wissenschaft, Medizin, Recht und Pädagogik wurden und werden intergeschlechtliche Körper pathologisiert, chirurgisch und/oder hormonell verändert und einer der zwei »wahren Geschlechter« zugeordnet.

4.1 Studien aus und über medizinische(n) Kontexte(n)

Medizinische Studien sind zum Thema Intergeschlechtlichkeit im Wissenschaftsdiskurs immer noch dominant. Im Vordergrund medizinischer Forschung »steht die wissenschaftliche Evaluation basierend auf einer dichotomen Norm und Normierung, welche entweder ein genügend weibliches, genügend männliches oder ungenügend intersexuelles Individuum unterscheidet« (Streuli & Zehnder 2012, S. 276). Folgende Entwicklungen lassen sich im medizinischen Diskurs nachzeichnen: Mediziner*innen haben Jahrzehntelang frühe chirurgische Geschlechtszuweisungen (»early reconstruction«) empfohlen, um körperliche Komplikationen sowie differentes Aussehen zu vermeiden und das Selbstbild zu stärken. Somit seien auch keine negativen Reaktionen von außen zu befürchten und der familiäre Stress werde gesenkt (Houk et al. 2006). Ausgangspunkt dieser Annahmen waren Studien von John Money und seinen Kolleg*innen (z.B. Money 1955; Money & Ehrhardt 1972). Obwohl bereits vor Money Forschung über Intergeschlechtlichkeit betrieben wurde (vgl. dazu die medizinische Geschichte von Intergeschlechtlichkeit in Klöppel 2010), befasste er sich zum ersten Mal mit dem Zusammenhang zwischen psychologischen Theorien einer Geschlechtsidentität (»gender identity«) und der chirurgischen Geschlechtszuweisung (»sex-reassignment«). Jahrzehnte dominierten folgende Annahmen, die unter der »optimal gender policy« (Money & Ehrhardt 1972) bzw. dem Baltimorer Behandlungskonzept bekannt sind: Eine konsistente Geschlechtsidentität ist durch eine Geschlechtszuweisung und eindeutige geschlechtsspezifische Erziehung zu erlangen. Bei unklarem Geschlecht ist eine rasche chirurgische Geschlechtszuweisung innerhalb der ersten zwei Lebensjahre erforderlich, welche dem Kind fortwährend verschwiegen werden soll (ebd.). Mittlerweile wurde vielfach widerlegt, dass Geschlechtsidentität mit dem dritten Lebensjahr und die sexuelle Orientierung mit Ende der Pubertät weitgehend abgeschlossen sind und sich im Lauf des Lebens nicht mehr ändern (Schweizer 2018). Die »optimal gender policy« ist auch hinsichtlich meiner theoretischen Zugänge (vgl. Kapitel III) nicht haltbar.

Ein Ergebnispapier (Houk et al. 2006) der Chicago Consensus Conference, die 2005 (überwiegen unter Mediziner*innen) in den USA stattgefunden hat, adaptierte Leitlinien zur »optimal gender policy«, die auch im dominant deutschsprachigen¹ Raum übernommen wurden und die letzten Jahrzehnte den medizinischen Diskurs prägten. Diese Leitlinien enthalten zwar eine offenere Kommunikation mit inter* Personen und ihren Familien sowie die Forderung nach einem multiprofessionellen Team, allerdings wurden geschlechtsverändernde Eingriffe weiterhin befürwortet und pathologische Verständnisse blieben bestehen. Angelehnt daran entwickelte sich auch ein neuer pathologischer Begriff »DSD« (Disorders of Sex Development). Dieser Störungsbegriff wurde teilweise auch abgelöst und findet eine Übersetzung als »Differences of Sex Development« bzw. »Varianten der Geschlechtsentwicklung«.

Der medizinischen Praxis stehen viele kritische Stimmen gegenüber. Selbstvertretungsgruppen plädieren seit den 1990er Jahren (z.B. ISNA – Intersex Society of North America 1993–2008; OII Europe seit 2012; VIMÖ – Verein Intergeschlechtlicher Menschen Österreich seit 2014 u.v.m.) für Aufklärung, Selbstbestimmung, Kinder- und Menschenrechte und körperliche und psychische Unversehrtheit (vgl. dazu auch: Intersexuelle Menschen e. V. 2008). Auch fehlen von Beginn an Studien, die chirurgische und/oder hormonelle Eingriffe rechtfertigen könnten (z.B. Creighton & Liao 2004, S. 661; Schweizer & Richter-Appelt 2012, S. 196). Hoenes, Januschke und Klöppel (2019) haben in einer Follow-up-Studie die »Häufigkeit normangleicher Operationen ‚uneindeutiger‘ Genitalien im Kindesalter« in Deutschland erhoben und dennoch eine Fortführung dieser Operationen festgestellt. Auch Schweizer et al. (2019) verdeutlichen, dass sich das Wissen »in der medizinischen Praxis noch nicht überall durchgesetzt« hat, dass die »Vorhersage der Geschlechtsidentität im Erwachsenenalter [...] bei keiner Variante der körperlichen Geschlechtsentwicklung mit Sicherheit möglich« ist (ebd. S. 110). Viele Studien zeigen außerdem schon lange, dass ›normalisierende‹ medizinische Eingriffe die Vorstellung eines weiblichen oder männlichen Wunschbildes der Eltern nicht erfüllen können und somit auch keine Befreiung von psychischen Problemen sind (z.B. Ude-Koller & Wiesemann 2005; Creighton & Liao 2004). Dies bestätigt auch eine australische Studie von Jones (2017), in der über 90 % von 170 intergeschlechtlichen Teilnehmer*innen geschlechtsverändernde Eingriffe im Kindesalter ablehnen.

Studien über psychosoziale Aspekte

Die Psychosoziale Unterstützung in medizinischen Kontexten fehlt, wie viele Studien belegen (z.B. Brinkmann et al. 2007; Schweizer et al. 2016; Krämer 2021). Peergruppen werden von intergeschlechtlichen Personen und ihren Familien als

¹ Die Formulierung »dominant deutschsprachig« versucht, Deutsch als hegemoniale Sprache zu markieren, ohne ausblenden zu wollen, dass auch diese Regionen mehrsprachig sind.

besonders hilfreich erfahren (Alderson et al. 2004; Gregor 2015; Krämer 2021). Die Beratung durch medizinisches Personal wird vielfach kritisiert: Eine Schweizer medizinische Studie (Streuli et al. 2013) untersuchte die Auswirkung von medizinischen Gesprächen auf die elterliche Entscheidung. Je pathologisierender die Sprache in den Beratungssettings war, desto häufiger fiel die Entscheidung für operative Eingriffe. Streuli et al. (2013) betonen damit die Bedeutsamkeit entpathologisierender Beratung und Kommunikation mit den Eltern über das Thema. Krämer & Sabisch (2017) haben eine qualitative Studie zur Gesundheitsversorgung von »zwischengeschlechtlichen Kindern in Nordrhein-Westfalen« durchgeführt. Eltern intergeschlechtlicher Kinder sowie Mediziner*innen wurden interviewt. Ihr Forschungsbericht plädiert für eine engere institutionelle Verknüpfung zwischen Beratungsstellen und medizinischen Kontexten sowie ein rechtliches Verbot kosmetischer Operationen. »Zum einen werden dem informed consent entsprechend die höchstpersönlichen Rechte des Kindes gewahrt; zum anderen werden Eltern und behandelnde Mediziner_innen von der folgenschweren Entscheidung einer Geschlechtszuweisung entlastet« (Krämer & Sabisch 2017, S. 7). Ein offener Umgang und psychosoziale Unterstützung für jene Eltern, die sich nur schwer von normativen Geschlechtervorstellungen lösen können, wird gefordert (ebd., S. 40). Außerdem plädieren sie für bessere Beratungszentren im Krankenhaus und eine »nicht-medizinische Lots_innenstelle« (ebd., S. 44), die eng mit Mediziner*innen zusammenarbeitet. Tillmanns (2015) beschreibt den medizinischen Kontext als wesentliche Schnittstelle für Beratung. Tillmanns spricht sich v.a. für »fachspezifische Kompetenzzentren« (ebd., S. 128) als außerklinische Beratungszentren aus, die bereits Bora et al. (2012) als wichtige Anlaufstelle hervorheben. Schweizer & Richter-Appelt (2012) halten fest, dass »Zeit und Zuhören« sowie »Denk- und Reflexionsräume [zu] öffnen« (ebd., S. 200) dem Handlungsdruck hinsichtlich irreversibler Behandlungen entgegenzusetzen sind.

Beratungsangebote sind nicht zuletzt aufgrund der psychischen Belastungen betroffener Menschen notwendig. Viele psychologische Studien sind von klinischen Blicken geprägt und verwenden dementsprechend auch pathologische Begriffe in ihren Erhebungen. Je weiter die psychologischen Studien zurückliegen, desto heteronormativer und pathologisierender sind sie angelegt. Beispielhaft zu nennen sind dabei die psychologische Langzeitstudie von Slijper et al. (1998), die Studie von Friesén et al. (2009) oder eine Studie von Dinguid et al. (2007), in der die Option keines chirurgischen Eingriffs gar nicht thematisiert wird.

Erste Forschungsprojekte im dominant deutschsprachigen Raum, die nicht (nur) von Mediziner*innen geführt wurden und sich über Behandlungserfahrungen hinaus auch für andere Lebensbereiche interessierten, starteten vor etwas über einem Jahrzehnt (Kleinemeier et al. 2010; Schweizer & Richter-Appelt 2012; Bora 2012). Der Feldzugang erfolgte überwiegend über Kliniken und medizinische Kontexte und ist teilweise von pathologisierender Sprache (wie etwa Störungsbegriffe

und Krankheitsverständnisse) geprägt.² Diese Bedingungen sind zu berücksichtigen, da viele Personen mit negativen oder gar traumatischen Erfahrungen in medizinischen Kontexten eine Studienteilnahme dieser Art verweigern (Kromminga et al. 2009).

Am häufigsten wird in psychologischen Studien von Depressionen, Angst, Misstrauen, Scham und sozialer Isolation von inter* Personen berichtet (z.B. FRA 2020; Bora 2012; Schützmann et al. 2007; Schweizer & Appelt 2012; Alderson et al. 2004). Suizidgedanken werden häufig von inter* Personen angegeben (z.B. FRA 2020; Alderson et al. 2004; Schützmann et al. 2007; Jones 2016). So berichtet Jones (2016) etwa von Suizidgedanken bei 60 % der 176 Studienteilnehmer*innen, 20 % hatten bereits einen Suizidversuch hinter sich. Viele inter* Personen weisen Traumata auf, die als Folge von negativen Behandlungserfahrungen und/oder systematischen Tabuisierungen entstehen (z.B. Gregor 2015; Werner-Rosen 2014; Jones 2016; Schweizer & Richter-Appelt 2012; D'Alberton 2007; Liao 2003). Außerdem werden Belastungen in der Eltern-Kind-Bindung genannt, die u.a. auf Tabuisierung, Verunsicherung bis hin zur Verleugnung des Themas zurückzuführen sind (Schweizer & Richter-Appelt 2012, S. 198). Viele quantitative Verfahren verdeutlichen also eine hohe psychische Belastung und geringe Lebenszufriedenheit, aber ermöglichen nur einen wenig differenzierten Einblick in die Erfahrungen intergeschlechtlicher Personen.

Die auf den vorliegenden Befunden basierenden Forderungen bleiben überwiegend auf medizinische und psychologische bzw. psychotherapeutische Kontexte beschränkt. So formuliert etwa der deutsche Ethikrat (Bora 2012) im Kapitel »Forderung zur Verbesserung der Lage« Forderungen nach aktualisierten medizinischen Lehrbüchern, Verbesserungen zur Gesprächsführung in der Medizin und die Aufnahme des Themas in Psychotherapie- und Fachärzt*innenausbildung. Andere Bildungseinrichtungen, etwa Kindergarten oder Schule finden keine Erwähnung (ebd., S. 91–94). Systemkritische Reflexionen fehlen häufig. Bei Krämer & Sabisch (2017) wird als »gesellschaftliche Erfordernis« in einem zumindest abschließenden kurzen Kapitel die Implementierung des Themas Inter* in Lehrpläne und Curricula empfohlen, um die schwerwiegenden Folgen der gesellschaftlichen Diskurse in den einzelnen Familien abzufangen (Krämer & Sabisch 2017, S. 45).

2 So ist auch die Zusammensetzung des interdisziplinären Forscher*innen-Teams oder des wissenschaftlichen Beirats überwiegend der Fachdisziplin Medizin zugeordnet. Die Netzwerkstudie beruft sich z.B. auf einen wissenschaftlichen Beirat, der aus einer klinischen Psycholog*in, drei Endokrinolog*innen, einer Chirurg*in und einer Urolog*in bestand (Werner-Rosen 2014, S. 60).

4.2 System- und machtkritische Studien

Während medizinische und psychologische Studien überwiegend individuelle Modelle (Waldschmidt 2005) zugrunde legen und damit das Problem am Körper der Person verorten und von dort aus zu lösen versuchen, legen geistes- und sozialwissenschaftliche Studien den Fokus überwiegend auf system- und machtkritische Ansätze. Jene Studien, die explizit pädagogische Kontexte in den Fokus nehmen, werde ich im nachfolgenden Kapitel gesondert betrachten. Unter den ersten englischsprachigen sozialwissenschaftlichen bzw. medizinkritischen Studien sind diejenigen von Kessler (1998) und Preves (2003) zu nennen. Die Sozialpsychologin Kessler (1998), die sich bereits zwanzig Jahre zuvor gemeinsam mit McKenna mit dem Werk »Gender: An ethnomethodological approach« einen Namen machte, interviewte behandelnde Ärzt*innen und analysierte medizinische Fallberichte über intergeschlechtliche Personen. Die Studie zeigt vor allem auf, dass die Genitalien als ultimativer Beweis des Geschlechts herangezogen werden und über medizinische Eingriffe Zweigeschlechtlichkeit und Heterosexualität an intergeschlechtlichen Körpern gesichert werden. Kessler (1998) kritisiert die fehlende Evidenz zu den medizinischen Eingriffen und die unberücksichtigten psychischen Folgen der teils traumatischen Behandlungserfahrungen.

Die Soziologin Preves (2003) führte biografische Interviews mit intergeschlechtlichen Erwachsenen und interessierte sich für Identitätskonstruktionen. Diese wurden in mehreren Coming-Out-Prozessen (»stages«) dargestellt, angelehnt an Coming-Out-Modellen zu Transgeschlechtlichkeit. Während sich intergeschlechtliche Menschen, die über ihre Intergeschlechtlichkeit nicht informiert wurden, als anders oder verrückt verstehen (ebd., S. 63) und unter Stigma, Tabus und Scham (ebd., S. 60f.) leiden, können sie erst mit mehr Information über sich selbst und durch Treffen anderer intergeschlechtlicher Menschen lernen, sich selbst anzuerkennen. Diesen Prozess beschreibt Preves als »painful journey of reclaiming the self« (S. 108), die darin endet, dass eine Subjektposition und der Stolz (»intersex pride«) auf die eigene Identität als (marginalisierte) inter* Person möglich werden³.

Eines der ersten deutschsprachigen medizinkritischen Werke war »I-o-I intersex. Das Zwei-Geschlechter-System als Menschenrechtsverletzung« (Mortimer et al. 2005). Darin haben Inter*Aktivist*innen in Text und Bild die Entstehung des Zwei-Geschlechter-Systems, medizinische Behandlungserfahrungen und Möglichkeiten alternativer Umgangsformen künstlerisch dargestellt. Der Band folgte einer gleichnamigen Ausstellung in Deutschland. Lang (2006) publizierte eine der ersten

3 Preves' bildliche Darstellungen von nackten anonymisierten Körpern sind kritisch zu beurteilen. Das Fotografieren von Körpern, die einer bestimmten medizinischen Zweikörpernorm nicht entsprechen, muss als verobjektivierend, besondernd, entwürdigend und im Kontext traumatisierender Behandlungserfahrungen verstanden werden.

deutschsprachigen Monografien zum Thema: »Intersexualität. Menschen zwischen den Geschlechtern«. Dabei interviewte Lang intergeschlechtliche Menschen, Eltern intergeschlechtlicher Kinder, Psycholog*innen, Jurist*innen und Ärzt*innen und rekonstruierte ihre unterschiedlichen Sichtweisen auf Intergeschlechtlichkeit. Sie markierte darin anschaulich die soziale Konstruktion von Geschlecht und die hegemoniale Deutungsmacht der Medizin.

Im Jahr 2010 folgte die Monografie der Soziologin Kathrin Zehnder »Zwitter beim Namen nennen. Intersexualität zwischen Pathologie, Selbstbestimmung und leiblicher Erfahrung«. Zehnder rekonstruierte Beiträge und Diskussionen von intergeschlechtlichen Menschen in Blogs und Internetforen, die intergeschlechtlichen Menschen als Kommunikationsort dienen. Zehnder zeichnet dabei zahlreiche kritische Forenbeiträge und -diskussionen über die medizinischen Normierungen am intergeschlechtlichen Körper nach. Auf Basis der Forenbeiträge differenziert Zehnder zwischen zwei verhandelten inter* Körpern: den ›versehrten‹, behandelten Körper und den ›natürlichen‹, ursprünglichen, richtigen und damit idealisierten Körper (Zehnder 2010, S. 272). So liest Zehnder die Forenbeiträge als offenen Widerstand und als Gegendiskurs zum hegemonialen medizinischen Diskurs, die Protest und Selbstermächtigung schaffen (ebd., S. 299). Der Kontakt mit anderen intergeschlechtlichen Menschen wird als ein Wendepunkt beschrieben (ebd., S. 235), in dem ein Wir-Gefühl entstehen kann. Allerdings wird zwischen erfahrenen und nicht-erfahrenen Zwangsbehandlungen differenziert, in dem auch das Wir-Gefühl brüchig werden kann (ebd., S. 239f.).

Eckert (2010) veröffentlichte das Werk »Intersexualization: The Clinic and the Colony« und analysierte sowohl Diskurse der Medizin und Psychiatrie (»the clinic«) als auch der Anthropologie und Psychoanalyse (»the colony«). Eckert (2010) entlarvt die koloniale Geschichte, analysiert Werke von John Money und Kolleg*innen, die grundlegend für chirurgische und medizinische Behandlungskonzepte des »sex-reassignments« darstellen und psychoanalytische Ansätze, die zur Medikalisierung von Intergeschlechtlichkeit wesentlich beigetragen haben. Eckert rekonstruiert deren heteronormativen und kolonialen Blickwinkel und identifiziert diese Blicke als Ausgangspunkt einer »Inter*sexualization«.

Gregor veröffentlichte 2015 die Monografie »Constructing Intersex: Intergeschlechtlichkeit als soziale Kategorie«. Gregor (2015) führte biografische Interviews mit intergeschlechtlichen Personen und rekonstruierte in Anlehnung an queere und neomaterialistische Ansätze Erfahrungen und Deutungsweisen in medizinischen Kontexten biografieanalytisch. Dabei arbeitete Gregor auch an einer erweiterten Perspektive von Biografizität. Angelehnt an den englischen Begriff »intersexualization« von Eckert (2010), analysiert Gregor biografisch integrierte »Intersexualisierungserfahrungen« (ebd., S. 312) als jene medizinischen Eingriffe am intergeschlechtlichen Körper, die der »Zweikörpergeschlechtlichkeit« (ebd., S. 310) zuarbeiten. Dabei wird auch auf die Folgen des fehlenden Subjektstatus

eingegangen: Mediziner*innen »verobjektivieren« inter* Personen als ihre Patient*innen (Gregor 2015, S. 210). Vereinzelung, Lüge und Verheimlichung, um Zweigeschlechtlichkeit aufrechtzuerhalten und Intergeschlechtlichkeit als »Intersexualität« zu pathologisieren, werden dabei als »medizinische Techniken« (ebd., S. 181–225) und als Folge posttraumatische Belastungen beschrieben (vgl. dazu auch Gregor 2016⁴). Gregor knüpft an Preves' (2010) Coming-Out-Prozesse an, gerahmt als kollektiver wie individueller Widerstand gegen die Medizin und Emanzipation (Gregor 2015, S. 282). Dabei beschreibt Gregor den beginnenden Prozess der Enteinzelung durch den Austausch mit anderen inter* Personen (Coming-In), die folgende Selbstermächtigung und biografische Integration der Intergeschlechtlichkeit (Coming-Out) sowie die Aneignung als Expert*innen eigener Sache (Coming-Off) bis hin zur selbstbewussten und körperwiederaneignenden Phase des Coming-Clean (Gregor 2015, S. 269–281).

Ethnomethodologische Studien

Garfinkel (1967), Kessler & McKenna (1976), Goffman (1977) und Hirschauer (1994) haben sich mit Inszenierungspraktiken, Interaktionsmodi und Ordnungen von Geschlecht auseinandersetzt, die Grundlagenwerke um »Doing-Gender«-Ansätze (West & Zimmerman 1987) bilden. Mit »Doing« wird darauf verwiesen, dass Geschlecht nicht etwas ist, das Menschen haben, sondern das sie tun. Geschlecht wird in jeder Interaktion neu hergestellt und (re-)produziert. Dabei wird auch die Notwendigkeit eines Passings hervorgehoben, das besonders für intergeschlechtliche Personen eine hohe Relevanz hat (vgl. Kapitel III und IV). Auch wenn Geschlechtskörper in ihrer Materialität und die Geschlechterbinarität in diesen Ansätzen nicht ausreichend hinterfragt werden und dahingehend zu kritisieren sind, greifen sie einige wichtige Aspekte für die vorliegende Studie auf. Außerdem ist etwa Garfinkels Studie über »Agnes« (Garfinkel 1967), die als Grundlagenwerk der ethnomethodologischen Doing-Gender-Ansätze verstanden wird, auch eine über eine intergeschlechtliche Person. Garfinkel (1967) beschreibt Geschlecht als omnirelevant, das allerdings im Hintergrund einfach da zu sein scheint und erst bei Erfahrungen von Personen in den Vordergrund rückt, die der Cis-Normativität nicht entsprechen (Garfinkel 1967, S. 118). Garfinkel untersuchte in der Studie, wie die trans Frau »Agnes« ihr Frausein einüben musste. Agnes wurde während der Transition ab dem Jahr 1959 vom Psychoanalytiker und Psychiater Robert Stoller behandelt. Garfinkel hat begleitend dazu etwa 35 Stunden lang mit ihr Gespräche

4 Allerdings sei zum Beitrag von Gregor (2016) erwähnt, dass hier überwiegend Traumata per se thematisiert werden, die aufgrund gewaltvoller Eingriffe *auch* viele inter* Personen betreffen können. Dieser Beitrag läuft allerdings Gefahr, intergeschlechtliche Personen zu viktimisieren, und sollte eher als Beitrag zur trauma*-inklusiven und weniger zur »inter*-inklusiven« Queer Theorie gelesen werden.

geführt, die als Datenmaterial für seine Studie dienten. Agnes wird zwar als »intersexed person« eingeführt und es wird auf intergeschlechtliche Körpermerkmale verwiesen (wie etwa vermehrt weibliche Hormone und Brustwachstum ab dem 12. Lebensjahr), allerdings ist Garfinkels Studie über Agnes überwiegend eine Studie über Transgeschlechtlichkeit – so wird jedenfalls auf die Studie in Sekundärliteratur referenziert. Trotzdem sind einige Hinweise auf Intergeschlechtlichkeit herauszulesen, die Geschichten der biografischen Erzählungen aus meiner vorliegenden Studie ähnlich sind: So beschreibt Agnes etwa das Problem des Brustwachstums, das sie mit verschränkten Armen zu verhindern versuchte, da sie in der High School noch ein männliches Geschlecht tragen musste. Außerdem beschreibt sie die Schulzeit als herausfordernd, in der sie Freundschaften und Gespräche mit anderen vermeidet, um nicht aufzufallen (ebd., z.B. S. 150). Dies verweist nicht nur auf die Geschlechtsidentität, sondern auch auf Körpermerkmale, deren Passing in Gefahr gerät.

Letztlich geht es Garfinkel in der Studie, unabhängig von trans oder inter*, um die aktive Konstruktion von Geschlecht, das bei Agnes durch eine Transition aktiv, interaktiv und sozial kontinuierlich hergestellt werden musste. Dabei referenziert Agnes immer wieder auf »natürliche« Fakten von Geschlecht, die Garfinkel gleich zu Beginn als zu erfüllende Faktoren rahmt, um die Gültigkeit des Geschlechts aufrechtzuerhalten: Es gibt nur zwei Geschlechter (männlich und weiblich), sie sind biologisch gegeben und verändern sich nicht (Garfinkel 1967, S. 122–128).

So bezeichnet Garfinkel (1967) Agnes als 120 % weiblich. Damit verdeutlicht er, wie Agnes das ›weibliche‹ Verhalten herstellen und ›männliches‹ vor ihrer medizinischen Transition verweigern musste (ebd., S. 129). Außerdem musste Agnes betonen, immer schon ein Mädchen gewesen zu sein, und erläuterte beispielsweise das Problem, früher mit Jungs spielen haben zu müssen. ›Männliche Verhaltensweisen‹ blendete Agnes in den Gesprächen völlig aus bzw. wies sie explizit zurück (ebd., S. 128f.). Sie bemühte sich um eine konsequent weibliche Biografie. Das Geschlecht könne also nur dann als ›natürlich‹ oder ›wahr‹ angesehen werden, wenn es nicht bloß vorübergehend besteht. Daher sind Erzählungen wie die von Agnes auch notwendig, die eine konsequent weibliche Lebensgeschichte erzählt (und eine männliche auslässt). Ähnliche Erzählungen lassen sich auch in den biografischen Konstruktionen der vorliegenden Studie finden. Ich fasse sie als machtvolle Normerwartung an geschlechtliche Subjekte.

Kessler und McKenna (1976) schließen an Garfinkel an und verweisen außerdem auf die Notwendigkeit passender und ›richtiger‹ Genitalien, um Gültigkeit über ihr Geschlecht zu erhalten. In der Studie über Agnes (Garfinkel 1967) verbot die Familie Agnes zudem ein Crossdressing, das erst ab dem chirurgischen Eingriff an den Genitalien akzeptiert und ein Umgang mit dem Thema möglich wurde. Transgeschlechtlichkeit wird bei Kessler und McKenna (1976) auch als Bestätigung der Zweigeschlechtlichkeit und seinen Alltagstheorien verstanden. Dabei blenden sie aller-

dings transgeschlechtliche Personen aus, die sich auch zwischen oder jenseits der Zweigeschlechtlichkeit verorten, etwa nicht-binäre Personen. Aber auch binär-schlechtliche trans Personen erfahren ein »in-between state of being a transsexual« (ebd., S. 17), die als belastende Zeit erfahren wird, da sie im Transitionsprozess keine eindeutige dichotome Zuschreibung erlangen und besonderer Diskriminierung, Gewalt und Ausgrenzung ausgesetzt sind (ebd.).

Goffman (2001⁵) stellt biologische Gegebenheiten über das Körperschlecht zwar nicht infrage (ebd., S. 128), untersucht aber die Reproduktion des sozialen Geschlechts durch Institutionalisierung bestimmter Geschlechterordnungen. Dies geschehe etwa durch das Einteilen von Mädchen und Jungen an Schulen oder durch getrennte WC-Anlagen. Die Trennung der Toiletten wird als »natürliche« Folge des Unterschieds zwischen den Geschlechtskategorien konstruiert, »obwohl sie tatsächlich mehr ein Mittel zur Anerkennung, wenn nicht gar zur Erschaffung dieses Unterschieds ist« (Goffman 2001, S. 134). Etiketten wie »Männer«, »Frauen«, »weiblich« oder »er«, werden als vollständige Charakterisierung und Symbolisierung gefasst: »So erklärt man eine Eigenschaft zum Eimer, in den die anderen Eigen-schaften lediglich hineingeleert werden« (ebd., S. 125). Toiletten oder Garderoben und ihre erforderlichen Praktiken werden als »Rhythmus des Zusammenkom-mens und Wieder-Auseinandergehens« (ebd., S. 132) beschrieben, in der trotz häufiger gemeinsamer Arbeitsstätten oder Schulklassen durch »punktuelle Unterbrechungen im Tagesablauf« (ebd.) die Geschlechterdifferenz wiederhergestellt und naturalisiert wird. Der Fokus wird auf sorgfältig getrennte Geschlechtskörper gelegt, die Otheringprozesse von etwa intergeschlechtlichen Körpern erst auslösen.

Historische Analysen

Foucault (1998) fragt, ob ein »wahres Geschlecht« erforderlich sei und verweist auf die Zeit vor dem 18. Jahrhundert, in der Personen ihre Intergeschlechtlichkeit zuge-standen wurde. Anhand von Tagebucheintragungen der intergeschlechtlichen Per-son »Barbin« kritisiert er den Beginn der Pathologisierung von Intergeschlechtlich-keit. Die Historikerin Alice Dreger (1998) analysiert das Verständnis von Inter-ge-schlechtlichkeit ab dem 19. Jahrhundert in Frankreich und Großbritannien. Dabei bestätigt sie Foucaults historische Analysen, dass mit dem 19. Jahrhundert die Me-dikalisation und Pathologisierung von Geschlecht und Sexualität zunimmt und damit auch die medizinischen Publikationen über Intergeschlechtlichkeit. Klöppel (2010) führt eine umfangreiche historische Analyse der deutschen Gender-Medizin durch und zeichnet die Genealogie des Begriffs »gender« nach. Bereits in der Antike setzten Pathologisierungsprozesse ein, wenngleich »Hermaphroditismus« als

⁵ Original: Goffman, E. (1977) »The arrangement between the sexes«, In: »Theory and Society« 4, 301–331.

Symbol einen göttlichen Stellenwert hatte (ebd.). Wie Geschlecht jenseits der Zweigeschlechtlichkeit gedacht werden kann, wurde ebenso in den 1990ern verstärkt diskutiert. Der Sammelband »Third sex, third gender: beyond sexual dimorphism in culture and history«, herausgegeben vom Anthropologen Herdt (1996), umfasst einen der ersten historischen und anthropologischen Beiträge zu Lebensformen von Intergeschlechtlichkeit und des »dritten Geschlechts« in Ländern, in denen dieses etabliert ist.

Analysen über Geschlechterkategorien und Gesetze

Überlegungen hinsichtlich Erweiterungen oder einer Abschaffung von Geschlechterkategorien gibt es im Zuge der Auseinandersetzung mit Intergeschlechtlichkeit schon lange. Auch wenn ein »drittes Geschlecht« die Möglichkeit einer rechtlichen Handhabe gegen chirurgische Eingriffe und eine nicht-binäre bzw. intergeschlechtliche Subjektposition schafft, können sich viele Personen mit dem »dritten Geschlecht« nicht identifizieren (z.B. Koyoma & Weasel 2003, S. 7; Eckert 2007). Reiter (1997) plädiert in einem der ersten deutschen medizinkritischen Beiträge für eine Vielfalt von Geschlechtern und stellt sich gegen jegliche Kategorien. Lang (2006) fragt dazu außerdem, welche Körper bzw. welche Merkmale das dritte Geschlecht markieren soll (ebd., S. 113ff.). Zudem stellen intergeschlechtliche Personen eine kleinere Personengruppe dar, wodurch mit dem dritten Geschlecht ein »Exotenstatus« geschaffen werden würde (Zehnder 2010, S. 391).

Biologische Erklärungsansätze von Geschlecht, die eine scheinbar natürliche Zweigeschlechtlichkeit belegen, werden im Hinblick auf Intergeschlechtlichkeit ebenso dekonstruiert. Die Biologin Fausto-Sterling (1993) verfasste den viel rezipierten, aber auch kritisierten Artikel »The five sexes. Why Male and Female are not enough«, in dem sie sich für fünf Geschlechterkategorien ausspricht: männlich (»male«), weiblich (»female«), Pseudohermaphrodit männlich (»the merms«), Pseudohermaphrodit weiblich (»the ferms«) und echter Hermaphrodit (»true hermaphrodit«) (ebd., S. 21). Die Autorin ging davon aus, dass neue Geschlechterkategorien mehr Akzeptanz schaffen, dass sie Operationen unterbinden und dadurch das binäre System sowie die Kategorisierung von sexueller Orientierung aufgelöst werden können (Fausto-Sterling 1993, S. 23f.). Der Hauptkritikpunkt in Leser*innenbriefen dieses Artikels war, dass Fausto-Sterling bis zu diesem Zeitpunkt noch keinen Austausch mit intergeschlechtlichen Personen suchte (Chase 1993). So veröffentlichte Fausto-Sterling im Jahr 2000 den Artikel »The five sexes, Revisited« (Fausto-Sterling 2000b), in dem sie sich gegen Geschlechterkategorien ausspricht. »One easy step would be to eliminate the category of ›gender‹ from official documents« (ebd., S. 23). Außerdem kritisiert sie den überwiegenden Fokus auf Genitalien. »It would be better for intersexuals and their supporters to turn everyone's focus away from genitals« (ebd., S. 22). Auch die Soziologin Hird (2000) problematisiert Geschlechterkategorien, die auf Körperlichkeit basieren (ebd.,

S. 353), und hinterfragt dabei kritisch die künstliche Herstellung von Genitalien (und damit Geschlecht) bei intergeschlechtlichen Körpern. Voß (2010) arbeitet in seiner Dissertation den biologisch-medizinischen Diskurs zu Geschlecht heraus und widerlegt eine biologisch-›natürliche‹ Zweigeschlechtlichkeit.⁶

Die Kritik an der Normsetzung scheinbar natürlicher Zweigeschlechtlichkeit wird auch auf *juristischer Ebene* diskutiert. So geht es sowohl um die Einführung weiterer Geschlechterkategorien im Personenstand als auch um gesetzliche Verbote von nicht konsensualen Eingriffen in intergeschlechtliche Körper, die diese Zweigeschlechtlichkeit reproduzieren soll. Dabei wird auf die Menschenrechte (z.B. Carpenter 2018) und die UN-Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen verwiesen. Sie schreiben vor, dass kein Kind aufgrund von Geschlecht, Hautfarbe, Herkunft der Eltern, sozialen und ökonomischen Bedingungen, Sprache, Religion oder Behinderung Benachteiligungen erfahren darf. Damit einher geht das Recht auf Bildung (UN-KRK Art. 28) in Verbindung mit dem Recht auf Diskriminierungsschutz (UN-KRK Art. 2). Dies erfordert den Schutz vor Gewalt und das Recht auf Selbstbestimmung. Deutschland, Island, Malta, Portugal und Regionen Spaniens haben bereits ein gesetzliches Verbot von nicht-konsensualen Behandlungen an intergeschlechtlichen Kindern erlassen (ILGA 2022). Aus rechtswissenschaftlicher Perspektive haben sich in Österreich vor allem Matt (2009) und Petričević (2017), in Deutschland u.a. Kolbe (2010) und Plett (2021) mit dem Thema auseinandergesetzt. Sie sprechen sich für ein breiteres Verständnis von Geschlecht aus, für die auch rechtliche Möglichkeiten analysiert werden (vgl. dazu auch Kapitel I.3). Im Mai 2021 folgte in Deutschland ein »Gesetz zum Schutz von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung«, dem zufolge eine Behandlung eines nicht einwilligungsfähigen Kindes untersagt ist, wenn sie »allein in der Absicht erfolgt, das körperliche Erscheinungsbild des Kindes an das des männlichen oder des weiblichen Geschlechts anzugleichen« (Bundesgesetzblatt 2021). Außerdem wird für die Betreuung intergeschlechtlicher Kinder ein multidisziplinäres Team gefordert. Bei genauerer Analyse schließt das Gesetz aber jene intergeschlechtlichen Menschen vom gesetzlichen Verbot solcher Behandlungen aus, die das Jugend- oder Erwachsenenalter bereits erreicht haben oder körperliche Variationen aufweisen, die diagnostisch nicht explizit unter Kinder mit »Varianten der Geschlechtsentwicklung« fallen (Kritik dazu z.B. IVIM – OII Europe 2020). Dahlmann und Janssen-Schmidchen (2019) diskutieren »aus dem Blickwinkel von Patientenorganisationen« die gesetzlichen Verbote und argumentieren mit elterlicher Unsicherheit, die negative Auswirkungen auf das Kind haben können: »Aber ist das wirklich der allerbeste Weg? Wie steht es um das Wohl des Kindes, wenn die Eltern das andere Aussehen nicht akzeptieren können und ihr Kind innerlich/seelisch ablehnen?« (ebd., S. 594).

6 Auch Sigrid Schmitz (z.B. 2006) setzt sich bereits seit Langem mit Geschlechterdiskursen in der Naturwissenschaft auseinander und dekonstruiert binäre Geschlechterverständnisse.

Meinungsverschiedenheiten zwischen Eltern und Kindern können nicht durch die richterliche Hand geklärt werden, da sie zu einer weiteren »unnötigen Belastung« (ebd., S. 596) führt. Die Argumentation der »Elternentmündigung« und »Selbstbestimmung der Familie« (ebd., S. 596) stehen dem Schutz des Kindeskörpers und seiner Psyche gegenüber. Studien zeigen allerdings, dass normalisierende medikalisierende Eingriffe die Vorstellungen bestimmter Körperbilder nicht erfüllen (z.B. Ude-Koller & Wiesemann 2005) und »zu lebenslangen Traumatisierungen« führen können (Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt 2017, S. 3). Die österreichische Juristin Petričević (2017) hat in ihrer Dissertation Folgendes detailreich ausgearbeitet: »Die bloße Mutmaßung über eine zukünftige emotionale Beeinträchtigung kann die Durchführung geschlechtsmodifizierter Maßnahmen an einem nicht selbst entscheidungsfähigen Kind nicht rechtfertigen, zumal keine medizinische Indikation gestellt werden kann« (Petričević 2017, zit.n. Heidinger et al. 2019, S. 27). Außerdem könne Leid auch erst mit den erfolgten Eingriffen entstehen (Petričević 2017). Eltern können also solche stellvertretenden Entscheidungen nicht treffen (Heidinger et al. 2019, S. 23). Dennoch sei es notwendig, die Stimmen der Eltern zu hören und ihre Ängste und Sorgen aufzugreifen. Krämer (2021) hat Erfahrungen von Eltern intergeschlechtlicher Kinder erhoben und ebenso den notwendigen Prozess eines Coming-Ins und -Outs für Eltern rekonstruiert. Wie Dahlmann und Janssen-Schmidchen (2019) auch schreiben, gebe es große Missstände bezüglich der elterlichen Kenntnis über Intergeschlechtlichkeit vor der Geburt eines Kindes. So stoßen die Eltern auch auf ein gesellschaftliches Umfeld, das nicht aufgeklärt ist und ein Gefühl des »Andersseins« erzeugt (ebd., S. 594), zu Scham der Eltern und zum Verschweigen oder der Notwendigkeit eines Outings führt. Auch beschreiben Dahlmann & Janssen-Schmidchen »die ewige Rolle des ›Aufklärers‹ ihres Umfelds« (ebd.) als große Belastung, die mit solchen gesetzlichen Verboten einher gehen könnten.

Zwischenfazit

Genitalien gelten weiterhin (Hoenes et al. 2019) als ultimativer Beweis des Geschlechts (Kessler 1998), der durch medizinische Eingriffe und psychiatrische Gutachten (Lang 2006; Eckert 2010; Gregor 2015) gesichert wird. Medizinische Techniken (Gregor 2015), Lüge und Tabu führen zu negativen Selbstbildern (Preves 2003; Zehnder 2010) und traumatischen Erfahrungen, die auch in biografischen Erfahrungen Spuren hinterlassen (Gregor 2015). In Narrationen zeigen sich auch Differenzierungen zwischen dem ursprünglichen und (medizinisch) versehrten Körper (Zehnder 2010). Erst sehr spät ist eine Phase möglich, sich biografisch gegen medizinische Diskurse und Praxis am Körper zu wehren und sich zu emanzipieren (Gregor 2015). Dafür ist im Besonderen der Kontakt zu Peer- und Selbstvertretungsgruppen von Bedeutung (Preves 2003; Lang 2006; Zehnder 2010; Gregor 2015), der aber auch Brüche aufweisen kann, wenn damit unterschiedliche (nicht) erfahrene

Behandlungen (Zehnder 2010) oder differente Geschlechts- und Identitätsverständnisse (Lang 2006) einhergehen.

Anhand der evaluierten Phasen des Coming-Outs (Preves 2003; Gregor 2015; Zehnder 2010) halte ich in meiner Studie vor allem eine (machtkritische) Analyse der Phase der »Vereinzelung« (Gregor 2015) für bedeutsam, indem ich die Bedingungen jener Vereinzelung im Kontext Familie und Schulzeit herausarbeiten werde. Die biografischen Erzählungen sind retrospektiv, d.h. aus einem bereits deutlich fortgeschrittenen Emanzipationsprozess erzählt bzw. wird eine biografische Erzählung überhaupt erst durch diesen Emanzipationsprozess möglich. Dass diese Narrationen allerdings nicht nur als Widerstand und Emanzipation gegen die Medizin zu lesen sind (Zehnder 2010; Gregor 2015), wird in meiner Studie deutlich werden.

Zehnder betont bereits im Jahr 2010, dass weder mit der »Wahlmöglichkeit des Geschlechts respektive dessen Abschaffung noch mit dem Verbot von Operationen [...] automatisch auch eine gesellschaftliche Änderung sozialer Normen verbunden« und somit auch keine soziale Akzeptanz garantiert ist (Zehnder 2010, S. 402). An diese Normen und soziale Akzeptanz knüpfen auch Diskurse und Argumentationen für weitere chirurgische und hormonelle Eingriffe an. Im Jahr 2019 wurden etwa in einem Themenheft der Monatsschrift Kinderheilkunde von Hiort, Thyren & Zepp »neue Wege zur Betreuung von Menschen mit Besonderheiten der Geschlechtsentwicklung⁷ (Hiort et al. 2019, S. 584) diskutiert. Sie beschreiben die erforderliche Auseinandersetzung mit der Geschlechterkategorie »divers« und mit der Forderung nach einem allgemeinen Operationsverbot. Voran stellen sie dieser Diskussion »die Öffentlichkeit des Themas«, die nun »zu einer großen Herausforderung sowohl im soziokulturellen als auch im medizinischen Kontext geworden ist« (Hiort et al. 2019, S. 584). Die Formulierung »geworden ist« ist insofern interessant, da sie den Umkehrschluss nahelegt, dass diese Herausforderungen vorher nicht (oder zumindest nicht in diesem Ausmaß) vorhanden waren. Es scheint somit eine strukturellere Herausforderung aufgetaucht zu sein, die zumindest nicht mehr ausschließlich auf individueller personeller Ebene (am Körper) gelöst werden kann bzw. darf. Oder anders gesagt: Nicht mehr nur für die Betroffenen stellt dies eine Herausforderung dar, sondern auch Mediziner*innen stehen vor Komplexitäten, die nicht mehr einfach nach einer binären Ordnung gelöst werden können bzw. dürfen. Medizinkritische Diskurse und rechtliche Grundlagen üben mittlerweile Druck auf die medizinischen Vorgehensweisen aus, die sie nicht mehr in dieser Dominanz walten lassen können. Aufklärungsarbeit und Sensibilisierung für das Thema sowie strukturelle institutionelle Reflexionen werden interdisziplinär erforderlich. Sammelbände wie »»Intersex«. Geschlechtsanpassung zum Wohl des Kindes« (Groneberg & Zehnder

⁷ Im weiteren Text von Hiort et al. (2019) wird von »uneindeutigen Geschlechtsmerkmalen« geschrieben.

2008), »Intersexualität kontrovers« (Schweizer & Richter-Appelt 2012), »Geschlecht divers« (Groß & Niedenthal 2021) oder »Inter*Pride« (Haller, Pertl & Ponzer 2022) bieten mit ihren Beiträgen manche der wenigen interdisziplinären Reflexionen und Analysen.

Die vorliegende Studie mit biografischen Erzählungen als Datenmaterial liefert eine machtkritische Analyse aus der Subjektperspektive über Familie und Schule: Sozialisationsinstanzen, die Geschlechterverständnisse und -normen wesentlich mitstrukturieren.

