

Kapitel I

Intergeschlechtlichkeit – Grundlegungen einer sozialen Kategorie

Hermaphroditismus ist leider nur negativ als Restkategorie relativ zu „männlich“ und „weiblich“ definiert, Intersexualität suggeriert zudem einen Zirkelschluß: Was geschlechtlich dazwischen liegt, liegt dazwischen, weil es anders ist als das, wozwischen es liegt, und was geschlechtlich anders ist, ist anders, weil es zwischen den an Extrema angesetzten Referenzpunkten liegt.

(HEIKE BÖDEKER 1998)¹

Geschlecht hat als PROZESS- UND STRUKTURKATEGORIE² in der ‚westlichen‘ Gesellschaft eine höchst bedeutsame Differenzierungs- und Ordnungsfunktion und ist an die symbolische Geschlechterordnung gebunden; „Struktur und symbolische Ordnung setzen auf das soziale Klassifikationssystem der Zweigeschlechterordnung auf, wie sie umgekehrt die Geschlechterdifferenz (re)produzieren“ (Pimminger 2012: 124). Intergeschlechtlichkeit kann, wird die Art und Weise der Forschung über sie betrachtet, gelesen werden als *tertium comparationis*, also jene Kategorie,

-
- 1 Heike Bödeker ist gemeinsam mit Michel Reiter Gründungsmitglied der Arbeitsgemeinschaft gegen Gewalt in der Pädiatrie und Gynäkologie und die erste intergeschlechtliche Person, die sich 1995 öffentlich äußerte.
 - 2 Erstmals als solche detailliert herausgearbeitet von Ursula Beer (1991). Beer stellt schon dort heraus, dass „Frauenforschung und –bewegung [...] der Auffassung [sind], daß ‚Geschlecht‘ ein grundlegendes Strukturprinzip moderner Gesellschaften darstellt“ (ebd.: 9) und schält diesen Punkt dann in einer Kritik der marxschen Theorie anhand geschlechtlicher Arbeitsteilung und den damit verbundenen Gesellschaftsverhältnissen heraus.

die eine Dimensionalisierung und ein Ausbuchstabieren des gegenwärtigen Konzepts von Zweigeschlechtlichkeit als „Zweikörperlichkeit“ (Dietze 2003: 10) erst ermöglicht (hat): „This system of coordinates of femaleness/femininity and maleness/masculinity is dependent on its ‘in-betweens’“ (Eckert 2010: 28). Wenn dann die o.g. Prämissen gesetzt wird, dass Geschlecht eine Prozess- und Strukturkategorie ist, dann steht das Verhältnis zwischen Intergeschlechtlichkeit und Zweigeschlechtlichkeit in einem bedeutsamen Zusammenhang mit der Aufrechterhaltung unserer sozialen Ordnung.

Die gesellschaftliche Konstruktion einer zweigeschlechtlichen Struktur ermöglicht und verfestigt die Nicht-Existenz von Intergeschlechtlichkeit und forciert so seit Aufkommen des Zwei-KörperGeschlechter-Modells mit der Aufklärungszeit bis in die Gegenwart eine Pathologisierung intergeschlechtlicher Körper. Das Wissen um das eigene Geschlecht ist an kulturelle Codes gebunden und strukturiert die Interaktion mit anderen (vgl. Goffman 2001). Die jeweilige Ausgestaltung folgt normativen Prinzipien und ist in unserer bürgerlich-kapitalistisch organisierten Gesellschaft in besonderer Weise an die Beschäftigungspolitik geknüpft (s.u.). Geschlecht ist für alle Mitglieder dieser Gesellschaft im Prinzip verfügbar, selbstverständlich und jederzeit abrufbar (vgl. Dausien 2012) und ist an die Annahme entsprechender Genitalien geknüpft, die die dichotome symbolische Ordnung gleichsam imaginiert-körperlich reproduzieren, ohne notwendigerweise auf die bestehende Materialität der Körper zu verweisen: Kessler und McKenna (1978) sprechen hier als erste von den KULTURELLEN GENITALIEN, die als Symbol die soziale Ordnung strukturieren.³ Geschlecht erscheint durch die auf allen drei Ebenen vergeschlechtlichte gesellschaftliche Ordnung (Struktur, symbolische und soziale Ordnung) als natürliche Notwendigkeit, aus der für die Individuen Handlungsanleitungen folgen, wie sie sich als das eine oder andere Geschlecht zu verhalten haben und wie mit dem einen oder dem anderen Geschlecht umzugehen sei. Dieser Verhaltens- und Umgangskodex läuft nur begrenzt bewusst ab und kann bei einem normgerechten Verlauf der Geschlechtssozialisation weitgehend präreflexiv bleiben: „Diese Alltagspraktiken und Regeln [...] wirken größtenteils als Routinen, die erst da zur Disposition stehen, wo Störungen auftreten, wo unerwartete oder unbekannte Interaktionsverläufe die Teilnehmer dazu zwingen, ihre Handlungen zu reflektieren“ (Alheit/Dausien 2000: 269). Vergeschlechtlichte Handlungen bleiben

3 Im Falle der Intergeschlechtlichkeit werden die kulturellen Genitalien im Zuge der Versicherungspraxis gleichsam ‚re-materialisiert‘: „The genitals are the part upon which surgery [on intersexed people; ag] is performed, because these parts symbolically organize bodies and identities according to the phallocratic split in society. These parts come to stand for the complete person as individuals and are arranged according to a complementary represented by the phallus and the vagina.“ (Eckert 2010: 40)

damit so lange unzugänglich, wie sie ohne Konflikte vollzogen werden können. Sie (re)produzieren die soziale Wirklichkeit: Die Zweigeschlechtlichkeit strukturiert das Handeln ebenso, wie sie von ihm immer wieder hergestellt und damit sedimentiert wird⁴.

Die ‚Natur der Zweigeschlechtlichkeit‘ stellt eine *soziale Konstruktion* dar, ein *generatives Muster* zur Herstellung sozialer Ordnung. Angesprochen ist damit die grundlegende Ebene der *interaktiven Herstellung sozialer Wirklichkeit*; Interaktion in diesem Sinne ist *kein* Medium, in dem mehr oder weniger vorsozial gedachte Personen („Frauen“, „Männer“) mit- oder auch gegeneinander handeln, sondern stellt einen formenden Prozess eigener Art dar, eine eigene Wirklichkeit der handlungspraktischen Realisierung generativer Muster und Regeln. (Gildemeister/Wetterer 1992: 230; Herv.i.O.)

Durch diese Naturalisierungsmechanismen bleibt Geschlecht ‚auf der Hinterbühne‘ (vgl. Goffman 2010) und gilt im *common sense*⁵ der ‚westlichen‘ Gesellschaft als fraglos gegeben. Mit Bourdieu (2005) gesprochen ist Geschlecht damit ein *gesellschaftliches a priori*: Geschlecht und gesellschaftliche Struktur sind auf so komplexe und tiefgreifende Weise miteinander verschränkt, dass Zweigeschlechtlichkeit im kollektiven Gedächtnis Naturtatsache wird (vgl. dazu insbes. Rendtorff/Moser 1999: 16ff.). Die Naturalisierung des Körpers ermöglicht den Rückgriff auf seine Biologie als Gegebenes und somit die Absicherung normativer Setzungen. Judith Butler (1991) identifiziert diese Setzungen als willkürlich und damit den ‚natürlichen‘ Körper als immer schon sozial konstituiert: Die Überzeugung von Zweigeschlechtlichkeit als Naturtatsache – und Intergeschlechtlichkeit als eine ihrer Pathologien – funktioniert nur mit entsprechenden apriorischen Annahmen und ist damit kulturspezifisch:

Das moderne Deutungsmuster ‚Geschlechterdifferenz‘ hat sich im Zusammenwirken von mannigfältigen Handlungssproblemen, alltagsweltlichen Interpretationen, tradierten und erodierenden Wissensbeständen und wissenschaftlichen Systematisierungen entwickelt und stabilisiert. (Honnegger 1992: 213)

4 Vgl. zu diesem Vorgang originär Berger/Luckmann (1969) – auch wenn die Autor_innen Geschlecht als „biologische Tatsache“ (ebd.: 147) fassen, aus der „natürlicherweise“ (ebd.) unterschiedliche Umgangsformen qua Geschlecht folgen und damit Geschlecht ganz sicher nicht als etwas sozial konstruiertes fassen, sondern *sex* als die Grundlage dafür aufzufassen, welche Eigenschaften Männer und Frauen haben und wie deshalb natürlicherweise mit Männern beziehungsweise Frauen umzugehen sei.

5 „When an idea is ‚hegemonic‘, it has become common sense, and has been internalized even by those oppressed by it.“ (Menon 2012: 71)

Insbesondere die medizinische Anthropologie des ‚westlichen‘ Kulturreises hat im Rahmen von Forschungen in kolonialisierten Staaten die ‚westliche‘ Perspektive an die dortigen Gesellschaften herangetragen und so kolonialisierte Körper produziert (vgl. Eckert 2009, 2010). Die Annahme, dass Geschlecht allerorts eine gesellschaftsstrukturierende Funktion habe, wird jedoch, wie ich im Exkurs kurz dokumentieren möchte, den realen Verhältnissen nicht gerecht:

Exkurs I: Postkoloniale Assoziationen

Susanne Schröter (2002) ist eine der Geschlechterforscher_innen, die darauf verweist, dass es keine Kultur gibt, die sich der Kategorie Geschlecht nicht bedienen würde und ebenso keine, die sie nicht dual konzipiert (vgl. Ebd.: 215). Zweigeschlechtlichkeit ist Schröters Ansicht nach ein kulturübergreifendes Konzept, das sich in seiner Ausformung und sozialen Relevanz jedoch jeweils unterschiedlich darstellt; den meisten dieser Kulturen gemeinsam sei die Möglichkeit der Subversion der zugeordneten oder die Aneignung gegengeschlechtlicher Praktiken (vgl. Ebd.: 215). In ihren Beschreibungen verschiedener Geschlechtskonzepte in verschiedenen Kulturen erscheinen diese Konzepte jeweils als in irgendeiner Weise gesellschaftsstrukturierend, wenn sie sie mit sozialen Positionierungen innerhalb der Gesellschaft verschränkt. Oyérónké Oyéwùmí (1997) konstatiert, dass dann, wenn ‚westliche‘ Forscher_innen, die andere kulturelle Konzepte anschauen, bereits (Zwei)Geschlecht(lichkeit) annehmen, sie diese auch finden werden. Sie verweist damit darauf, dass ‚westliche‘ Anthropolog_innen daran scheiterten, afrikanische Gesellschaften in ihrem Eigensinn zu verstehen, wenn sie körperbasierte Identitätsentwürfe den nicht-körperbasierten vorziehen. Sie verlieren so den Blick dafür, dass es wichtigere Distinktionsmerkmale als Geschlecht in verschiedenen zeitgenössischen afrikanischen Kulturen gibt, was sie beispielhaft für die Yorùbá-Gesellschaft herausarbeitet (vgl. Ebd.: ifff.). Oyéwùmí gesteht zwar zu, dass alle Gesellschaften ihre soziale Welt über die Vorstellung organisieren, dass Körper männlich oder weiblich sind (vgl. Oyéwùmí 1998: 1053), spricht sich aber gegen die enorme Relevanz dieser Vorstellung aus und zeigt beispielsweise, dass in der Yoruba-Gesellschaft das Alter eine wesentlichere Rolle in der Sprache spielt als Geschlecht: Pronomen werden dort nicht mit einem Geschlechtsmarker versehen sondern verweisen darauf, ob die Person, die angesprochen wird, älter oder jünger ist als di_er Sprecher_in, während sich die Unterteilung in Geschlecht vor allem in Institutionen finde – einem Vermächtnis der Kolonialmächte (vgl. Oyéwùmí 1997: xv).

Oyéwùmí stellt gleich zu Beginn ihrer Studie (1997) heraus, dass es im ‚westlichen‘ feministischen Diskurs einige Vorstellungen gebe, die ihre Studie anfechtet: My analysis challenges a number of ideas, some mentioned above, common in many Western feminist writings:

1. Gender categories are universal and timeless and have been present in every society at all times. This idea is often expressed in a biblical tone, as if to suggest that „in the beginning there was gender.“
2. Gender is a fundamental organizing principle in all societies and is therefore always salient. In any given society, gender is everywhere.
3. There is an essential, universal category “woman” that is characterized by the social uniformity of its members.
4. The subordination of women is a universal.
5. The category „woman“ is precultural, fixed in historical time and cultural space in antithesis to another fixed category – „man.“ (vgl. Ebd.: xif.)

Aus meiner Sicht sind ihre Thesen, es gebe in den ‚westlichen‘ feministischen Veröffentlichungen die Annahme einer universellen Unterwerfung von Frauen – verstanden als eine essentialistische, universelle ‚Kategorie Frau‘, die sich wiederum antithetisch zur ‚Kategorie Mann‘ verhalte und historisch konstant sei – vom ‚westlichen‘ Diskurs mittlerweile mindestens teilweise entsprechend reflektiert und integriert worden. Ihre Kritik, Geschlechterkategorien⁶ würden im ‚westlichen‘ Diskurs als universelle, zeitlose Kategorien verstanden, und Geschlecht (*gender*) sei damit ein fundamentales ordnendes Prinzip in *allen* Gesellschaften und also immer überall präsent (vgl. Ebd.: xif.), bleibt meines Erachtens in einigen Hinsichten relevant: Dass verschiedene ‚westliche‘ Forscher_innen auch heute noch davon ausgehen, dass (Zwei)Geschlecht eine universelle Kategorie sei⁷, zeigen hier beispielhaft die Annahmen Schröters. Oyewùmí’s These, Geschlechterkategorien würden grundsätzlich als zeitlos angesehen, scheint mir überholt. Während innerhalb des Zweigeschlechterparadigmas erstens der Wandel innerhalb der Geschlechterkategorien und ihres Verhältnisses zueinander betrachtet wird⁸ und zweitens das Verhältnis von Geschlecht und Verzeitlichung insbesondere in der Biographieforschung diskutiert wird⁹, setzen sich aktuell *queere* Kritiken gerade mit derartigen Allaussagen über das Wesen von (Zwei)Geschlechtlichkeit auseinander¹⁰.

6 Ich versteh *gender categories* hier als allgemeines Konzept, also Zweigeschlechtlichkeit mit den Kategorien Frau und Mann als Dimensionalisierungen; als das, was im deutschsprachigen feministischen Diskurs Kategorie Geschlecht genannt wird.

7 Zum Streit um Universalismus siehe zudem die Auseinandersetzung zwischen Butler und Martha Nussbaum (beispielsweise 1999).

8 Vgl. hierzu etwa die Arbeiten zum Wandel der Vergeschlechtlichung von Berufsfeldern von Regine Gildemeister und die diskursanalytischen Arbeiten zu Sexualität (und damit Geschlecht; s.u.) von Michel Foucault.

9 Vgl. hierzu insbesondere die Arbeiten von Bettina Dausien.

10 Vgl. neben Butler beispielsweise Eckert 2009 und 2010, Schirmer 2010, Voß 2010.

Wenn Geschlecht also, wie im ‚westlichen‘ Kulturkreis, die Rolle einer maßgeblichen Ordnungskategorie des Sozialen innehat, also das „Koordinatensystem der Zweigeschlechtlichkeit“ (Eckert 2013: 166) für die Herstellung sozialer Ordnung als Schablone anlegt wird (Funktion als Strukturkategorie) und ihr Inhalt sich dennoch über die Zeit entlang der zwei gültigen Kategorien verschiebt (Funktion als Prozesskategorie), stellt sich die Frage nach dem, *was* mit der Determination der Kategorie Geschlecht als ausschließend dichotom *eigentlich ausgeschlossen wird*. Dieser Raum zwischen den Geschlechtern ist auch, so zeigen die untersuchten Interviews, ein Raum, der Existenzmöglichkeiten birgt. Es bleibt zu ergründen, wie der Raum zwischen den Geschlechtern gestaltet wird: *Handelt es sich um eine Linie, die zwar überschritten, aber nicht betreten werden kann? Um einen Bereich, für dessen zeitweises Betreten es Konzepte gibt, die aber klar als temporärer Aufenthaltsort konzipiert sind, also immer als eine Art ‚Warteraum‘ im Rahmen einer Transformation vom einen zum anderen? Oder handelt es sich sogar um einen Raum, der das Dasein als ‚Drittes Geschlecht‘ neben dem ersten und zweiten erlaubt? Wie hat sich dieser Raum über die Zeit möglicherweise verändert – oder auch nicht – und warum?*

Tatsächlich müssen sich auch jene Menschen, die die Zweigeschlechtlichkeit als Konzept ablehnen, in irgendeiner Weise auf das Ordnungssystem beziehen, um sozial verstehbar, intelligibel, zu bleiben. Die soziale Ordnung der Zweigeschlechtlichkeit erscheint damit als tradierte soziale Praxis, aus der es auch im Falle ihrer Verneinung kein Entkommen gibt. Geschlecht ist demnach nicht zwingend omnirelevant¹¹, jedoch omnipräsent. Die Veränderung der Kategorie durch gesellschaftliche Transformationsprozesse, wie sie oben angedeutet und in der Folge noch genauer beschrieben werden, könnte demnach maßgebliche Veränderungen der gesellschaftlichen Struktur nach sich ziehen. Es gibt in der ‚westlichen‘ Gesellschaft nahezu keine Möglichkeit, kein Geschlecht zu haben *und* als Person zu partizipieren¹². Die soziale Ordnung orientiert sich auf verschiedenen Ebenen am Ge-

11 Zur Diskussion dieses Punktes s. Garfinkel 1967, Kessler/McKenna 1978 und kritisch dazu insbes. Hirschauer 2001.

12 Zwar kann der Geschlechtseintrag eines neugeborenen Kindes in Deutschland seit November 2013 ausgesetzt werden, sofern dem Kind kein Geschlecht zugeordnet werden kann; diese Entwicklung in der Rechtsprechung besagt jedoch keinesfalls, dass es in Deutschland seither eine dritte Geschlechtskategorie gebe, wie verschiedene Zeitungen euphorisch titelten. Es bedeutet zum einen, dass erst nach einer entsprechenden Diagnose das Geschlecht nachgetragen wird – das für das Eingehen einer Ehe oder Lebenspartnerschaft, den Kauf eines Bahntickets ebenso wie für das Ordern von Essen im Internet auf diversen Plattformen weiterhin grundlegende Voraussetzung ist. „Ohne Geschlecht keine Pizza“, könnte ei_ne hier polemisch kommentieren.

schlecht, die (unterstellte) Begehrenstruktur und der (angestrebte) Familienstand etwa sind unmittelbar an die Geschlechtszuordnung eines Individuums geknüpft: Geschlecht ist zugleich Effekt und Basis der regulierenden Macht der heterosexuellen Matrix¹³ (vgl. Butler 2009), ist darüber verwoben mit bestimmten Vorstellungen von Sexualität, Verwandtschaft und Reproduktion und fordert vom Individuum eine bestimmte geschlechtlich angemessene Verhaltensweise: Das Geschlechtsideal ist heterosexuell und monogam.

The question of gender-appropriate behaviour is thus inextricably linked to legitimate procreative sexuality. That is, sexuality strictly policed to ensure the purity and continuation of crucial identities, such as caste, race and religion. Non-heterosexual desire threatens the continuation of these identities since it is not biologically directly procreative; and if non-heterosexual people have children by other means, such as technological interventions or adoption, then the purity of these identities is under threat. (Menon 2012: 4)

Die Verknüpfung von Geschlecht, Sexualität und Reproduktion in dieser Weise fordert wiederum ein bestimmtes Verwandtschaftsmodell, das fähig ist, eine derart organisierte soziale Ordnung zu reproduzieren, und dessen Basis ist die (heterosexuelle) Ehe. Eines der Kernelemente dieser Institution ist die geschlechtliche Arbeitsteilung: Frauen verrichten weiterhin eher die Arbeiten innerhalb der Familie, Männer die außerhalb (vgl. beispielsweise Menon 2012; Reuter 2011). Die vergeschlechtlichte Arbeitsteilung strukturiert die ‚westliche‘ gesellschaftliche Organisation.¹⁴ Auf die von feministischen Marxist_innen herausgearbeitete und aktuell unter dem Schlagwort *Care* verhandelte Vergeschlechtlichung von ‚Produktions- und Sorgearbeiten‘ verweisen die Vergeschlechtlichungen des Arbeitsmarktes, der

13 Im Zusammenhang mit Butlers Theorem verstanden als KONSTITUTIVE HETEROSEXUALITÄT, die mit ihrer Definition des gegengeschlechtlichen Begehrens immer auch Zweigeschlechtlichkeit begründet und herstellt. In den historischen Abhandlungen (I.1) werde ich notwendigerweise zwischen (Hetero)Sexualität und Geschlechtlichkeit unterscheiden, um im Sinne des damaligen Diskurses die theoretischen Auslegungen angemessen erfassen zu können. In allen anderen Fällen ist der Heterosexualität definitorisch die Zweigeschlechtlichkeit inhärent.

14 Vgl. Zum Themenkomplex Arbeit und Geschlecht(ergerechtigkeit) aus marxistischer Perspektive insbesondere die Arbeiten von Ursula Beer (bsph. 1991), aus der Perspektive der kritischen Theorie die von Regina Becker-Schmidt (bsph. 1991); fortführend und an die Debatte um *Care*-Arbeit aus einer gesellschaftstheoretischen Perspektive anschließend die Arbeiten von Brigitte Aulenbacher (etwa 2005, 2013) und für die empirische Rückbindung insbesondere mit Blick auf die Verhältnisse in den neuen Bundesländern Nickel (2009, 2011) und Scholz 2004.

Warenproduktion und des Konsums¹⁵; ebenso bleibt höchst relevant, dass gelingen-de soziale Interaktionen immer auch vergeschlechtlicht ist. Abweichungen vom ‚Eigentlichen‘ (verstanden als Gegenstück zum Anderen) sind zwar möglich (s.o.), bleiben aber nicht ohne soziale Folgen und werden mehr oder minder streng sanktio-niert. Die regulierenden Praktiken gegen intergeschlechtliche Menschen reichen von Hinrichtungen in Antike und Mittelalter über körperliche Zurichtungen seit der Frühen Neuzeit bis zur (implizit wie explizit) vollzogenen sozialen Ausgrenzung in der Moderne. Im ‚westlichen‘ Raum war und ist die Grenzziehung zwischen den Geschlechter(körper)n maßgeblich abhängig von der Definition des intergeschlech-tlichen Körpers. Diese Abhängigkeit des Normalen vom Anderen korreliert mit der medizinischen ‚Erfindung‘ des körperlichen Geschlechts im neunzehnten Jahrhun-dert (vgl. Dreger 1998; insbes. Abschnitt I.1.4): Das gegenwärtige Verständnis von ZWEIGESCHLECHTLICHKEIT ALS ZWEIKÖRPERGESCHLECHTLICHKEIT in unserer Ge-sellschaft konstituiert sich sukzessive, das wurde oben bereits erwähnt, über die Erforschung, Katalogisierung und Kontrolle zwischengeschlechtlicher Körper und deren ‚Vereindeutigung‘ zu einem männlichen oder weiblichen Körper (INTERSE-XUALISIERUNG; s. Einleitung).

Im Folgenden werde ich für eine historische Einordnung heutiger Zustände im ‚westlichen‘ Raum *zuerst* eine Geschichte der (‚westlichen‘) Medikalisierung der Geschlechtszuweisung nachzeichnen, die den Umgang mit jenen Menschen in den

15 Es gibt weitreichende Vorstellungen darüber, was das eine oder andere Geschlecht zu kaufen habe. Diese Vorstellungen hören nicht bei den gewohnheitsgemäß geschlechtlich zugeordneten Pflegeprodukten, Kleidung oder Fahrrädern auf. Dausien (2012) identifi-ziert für die gegenwärtige gesellschaftliche Entwicklung einen verstärkten Rückbezug auf die Geschlechtsstereotype (vgl. Ebd.: 160). Nach dem Kassenschlager von Barbara und Allan Peace (2000) lässt sich das empirisch insbesondere an Produkten des ver-ge-schlechtlichten Konsums festmachen: Aktuell werden ehemals geschlechtsneutrale Spiel-sachen in zwei Kategorien unterteilt, indem eine ‚Mädchenlinie‘ entwickelt und also ein weiteres Mal das Weibliche vergeschlechtlicht wird, während das Männliche das Unmar-kierte, Neutrale bleibt; werden Bücher für Jungen und Mädchen herausgegeben, die dem Jungen oder Mädchen vermitteln, wie er/s sich zu verhalten (und was er/s zu mögen oder abzulehnen) hat (vgl. exemplarisch *Das Mädchen-/Jungsfragebuch* von Susan Meredith beziehungsweise Alex Frith, beide 2008); daneben finden sich für Erwachsene ver-ge-schlechtlichte Kartoffelchips, Getränke(marken), Bratwürste oder Kugelschreiber nur für Frauen (während es hier jedoch keine explizit gekennzeichneten Männerkugelschreiber gibt, ähnlich dem Phänomen des Überraschungseis für Mädchen) – um nur einige wenige Produkte zu nennen. Diese gewinnmaximierende Strategie ‚des Kapitalismus‘ wirkt sich, ob intendiert oder nicht, eben auch immer auf das Selbstverständnis der Konsu-ment_innen aus.

Blick nimmt, die körperlich nicht in die entsprechenden Normen passen. Der *zweite Abschnitt* dient einer kurzen Systematisierung. Der Fokus auf die medizinische Herangehensweise, der sich gleichsam aus der gesellschaftlichen Positionierung von Intergeschlechtlichkeit als weiterhin genuin medizinisches Phänomen ergibt, wird unter die soziologische Lupe genommen. Besondere Aufmerksamkeit erhält im *dritten Abschnitt* des Kapitels die Diskussion der an verschiedenen Stellen prognostizierten Transformation des Medizindiskurses weg von zurichtenden Operationen. Die Frage an die untersuchten Artikel aus medizinischen Fachzeitschriften ist dabei, ob es sich tatsächlich um eine Transformation handelt, wie sie insbesondere in öffentlichen Medien immer wieder angeführt, von intergeschlechtlichen Aktivist_innen jedoch als falsche Auslegung der Tatsachen kritisiert wird, oder ob es sich letztlich nicht doch eher um – salopp gesagt – alten Wein in neuen Schläuchen handelt, wenn alte Praktiken mit neuen Beschreibungen belegt werden, sich aber an der Herangehensweise nichts grundlegendes ändert. In den *abschließenden Konturierungen* werde ich noch einmal auf die Verhandlung von Intergeschlechtlichkeit als soziale Kategorie eingehen, indem ich juristische und kulturspezifische Aspekte von Zwischengeschlechtlichkeit(en) diskutiere.

Die geschichtliche Darstellung in dieser Arbeit ist eine Darstellung des derzeitigen Diskurses über die Geschichte der Medikalisierung der Geschlechtszuweisung und kann mit Blick auf das recht junge Forschungsgebiet keine erschöpfende Darstellung sein. Da ich in dieser Arbeit nicht den Anspruch erhebe, erneut eine Geschichte der Medikalisierung zu schreiben, berufe ich mich auf aktuelle Quellen zum Thema. Kurz gesagt geht diese Geschichte, die im ersten Teil dieses Kapitels zwangsläufig nur pointiert und damit sehr kurz dargestellt wird, in etwa so: Der Medizindiskurs der ‚westlichen‘ Gesellschaft hat sich seit der Frühen Neuzeit sukzessive die hegemoniale Stellung als Wissenschaft vom menschlichen Körper und dem KörperGeschlecht gesichert, dazu beigetragen hat auch die Medikalisierung von Zwischengeschlechtlichkeit, indem sie erforscht und pathologisiert wird. Die Erforschung zwischengeschlechtlicher Körper unterstützt die Etablierung und Reproduktion der Grenze zwischen männlichen und weiblichen Körpern und wird in Abhängigkeit von der räumlichen und zeitlichen Situation des medizinischen Wissens seither – und weiterhin – auf immer neue Weise gezogen und bestärkt: „A hundred years ago we could not point to ‚genes‘ in the way we can today, but being able to point to genes doesn’t mean that we have found the ultimate necessary, for-all-time answer to what it means to be of a certain sex“ (Dreger 1998: 9).

1. EINE GESCHICHTE DER MEDIKALISIERUNG DER GESCHLECHTSZUWEISUNG¹⁶

Wie ein weiblicher resp. männlicher Körper auszusehen hat, dafür bieten medizinische Veröffentlichungen diverse Tabellen und Graphiken, die die äußerliche Erscheinung der Genitalien ebenso definieren wie kleinste Details der innerlichen Geschlechtsentwicklung im Menschen. Von den Keimdrüsen bis zu Vorgängen auf genetischer Ebene sind unzählige Vorgänge im menschlichen Körper verzweigeschlechtlich (vgl. Voß 2010). Passt ein Mensch nicht in die gängigen Definitionen von Männlichkeit oder Weiblichkeit, so greift die Medizin hier bislang regelmäßig regulierend ein. Bis heute wird die operative Zurichtung intergeschlechtlicher Kinder von vielen Mediziner_innen als einzige Option gesehen (vgl. u.a. Warne 2012). Heutige Behandlungsrichtlinien in der Medizin sind nicht erst eine Erfindung jüngster Diskursentwicklungen, sondern gehen zurück auf eine lange Geschichte der Pathologisierung von Zwischengeschlechtlichkeit, die bereits mit der Antike beginnt.¹⁷ Der medizinische Diskurs um Zwischengeschlechtlichkeit ist ein „Brennpunkt für Praktiken, die darauf ausgerichtet sind, Grenzen zwischen männlichem/weiblichem und eindeutigem/uneindeutigem Geschlecht sowie normaler/abweichender Sexualität zu ziehen, festzulegen und zu kontrollieren“ (Klöppel 2010: 15f.). Über die Zeit finden sich verschiedenste Bedeutungen zum Terminus des Dritten Geschlechts¹⁸, die im Folgenden mit Blick auf die durchzuführende Unter-

-
- 16 Im Folgenden werde ich in den Passagen, in denen historische Entwicklungen wiedergegeben werden, den der jeweiligen Epoche entsprechenden Begriff für Intergeschlechtlichkeit verwenden, um den Begriffswandel über die Zeit offen zu legen. Der Begriffswandel dokumentiert in der Regel auch eine Verschiebung der Definition, die entsprechend ausgeführt ist.
 - 17 Für die Auseinandersetzung mit dem Umgang mit intergeschlechtlichen Menschen im Nationalsozialismus, auf die aus Gründen der bislang lückenhaften Forschung zu diesem Zeitschnitt im Rahmen dieser Studie nicht eingegangen werden kann, sei auf die Literaturhinweise von Heinz-Jürgen Voß (2010; Anm. 544) verwiesen. Festzuhalten bleibt für diesen Zeitraum, dass intergeschlechtliche Menschen ebenso wie homosexuelle in Vernichtungslagern getötet wurden.
 - 18 Der Begriff des Dritten Geschlechts beschränkt sich nicht auf eine dritte *körperliche* Geschlechtskategorie, sondern fungiert seit seiner Einführung als Sammelbezeichnung für von der Heterosexualität abweichende Phänomene. Er ist aber immer, wie sich auch im Folgenden und insbesondere in Abschnitt 1.4 dieses Kapitels zeigen wird, in irgendeiner Weise mit ANDROGYNITÄT verknüpft. Michael Groneberg (2008) arbeitet heraus, dass insbesondere in der Antike Androgynität und Hermaphroditismus synonym verwendet werden (vgl. Ebd.: 102), Dorothee Alfermann (1995) definiert Androgynität hingegen

suchung nur skizziert und stark fokussiert dargestellt werden. Der folgende Abschnitt hat damit zunächst einen vor allem dokumentierenden Charakter.

1.1 Zwischengeschlechter in der Antike

In der Antike (etwa 8. Jh. v.u.Z bis 500 n.u.Z.) steht das Bild des Hermaphroditen für Vollkommenheit und Ganzheit, diese positive Sicht auf Zwischengeschlechtlichkeit verbleibt jedoch auf der symbolischen Ebene und unterscheidet sich eklatant von der gesellschaftlichen Praxis. Die Symbolkraft des Ganzheitlich-Göttlichen wird mit Augustinus' Bibelauslegungen (die als richtungsweisend für den nachfolgenden Diskurs gesehen werden können) gebrochen, wenn dieser die Androgynie des ersten Menschen verneint und die Vorherrschaft des Mannes über die Frau mit der Schöpfungsgeschichte begründet, indem *adam*, eigentlich *Mensch*, als *Mann* übersetzt und seine Eingeschlechtlichkeit nachdrücklich herausgestellt wird.

Mythen und Dokumente gesellschaftlichen Lebens

Die Idee eines dritten Geschlechts findet sich erstmals in Platons *Symposium* (entstanden nach 385 v.u.Z.; vgl. Groneberg 2008: 86). In diesem Dialog berichtet Aristophanes im Rahmen seiner Rede zu Ehren Eros` über einen früheren Zustand der Natur, der ein anderer war als der jetzige:

Zunächst nämlich gab es damals drei Geschlechter von Menschen, nicht nur zwei wie jetzt, männlich und weiblich, sondern ihnen gesellte sich noch ein drittes hinzu, eine Verschmelzung jener beiden, von dem jetzt nur noch der Name übrig ist; es selbst ist verschwunden. Es gab nämlich damals ein mannweibliches Geschlecht nicht bloß dem Namen nach, sondern auch als wirkliches Naturgebilde, aus beiden, dem männlichen und dem weiblichen zusammengesetzt, während es jetzt nur noch den Namen gibt und zwar nur als Schimpfname. (Platon 1998a: 190a)

Aristophanes berichtet weiter, die drei Geschlechter verfügten über außerordentliche Körperkraft und glaubten deshalb, sie seien den Göttern ebenbürtig. Also machten sie sich auf den Weg zum Himmel, um sie herauszufordern. Zeus jedoch ver-

psychologisch als „Geschlechtsrollenidentität [...], die sowohl maskuline wie feminine Eigenschaften in sich vereint“ (ebd.: 29). Während also Groneberg hier eine eher körperbasierte Definition anführt, bedient sich Alfermann einer eher auf der Geschlechtsidentität basierenden. Im Folgenden werde ich deshalb gegebenenfalls entweder von körperlicher oder psychischer Androgynität sprechen. Benutze ich das Wort ohne diesen Zusatz, beschreibe ich damit Menschen, die sowohl körperlich als auch in ihrer Geschlechtsidentität Merkmale beider gültigen Geschlechter aufweisen.

hindere den Angriff, indem er sie in zwei Hälften schneide und so die Menschen erschaffen habe, wie sie heute seien. Als Hälfte eines Ganzen suchten sie seither beständig nach ihrer Ergänzung. (Vgl. Ebd. 190c-193e)¹⁹

Die prominenteste antike Geschichte zum Thema ist vermutlich diejenige über Hermaphroditos, Bruder des o.g. Eros, die sich in den *Metamorphosen* von Ovid findet: Hermaphroditos, Sohn von Hermes und Aphrodite, kommt auf einer Wanderrung an den Quellsee der Nymphe Salmakis. Die Nymphe verliebt sich in ihn, er jedoch weist sie ab. Salmakis vereint sich daraufhin mit ihm zu einem Körper mit männlichen und weiblichen Merkmalen, als er in ihrer Quelle badet, indem sie ihn umarmt und die Götter anruft; „keine zwei sind es [mehr], sondern eine zweifache Gestalt, die man nicht Frau noch Junge nennen kann; wie keins von beiden sieht sie aus und [doch] wie beide“ (Übers. Groneberg 2008: 95; geklammerte Begriffe wurden von Groneberg zur besseren Lesbarkeit eingefügt). Hermaphroditos und Salmakis verschmelzen zu einer „*forma duplex*“ (ebd.: 96), dessen Gestalt zwischen einem geschlechtlichen *sowohl-als auch (utrumque)* und *weder-noch (neutrūm)* schwankt. Hermaphroditos nach der Metamorphose steht für eine „Ganzheit, der an nichts mangelt [sic]“ und repräsentiert damit als Drittes Geschlecht symbolisch die Sehnsucht nach Vollkommenheit, die „jedoch keineswegs auf die real existierenden HERMAPHRODITEN übertragen [wurde], sondern [...] in krassem Gegensatz zu deren Behandlung [steht]“ (beide ebd.: 100). In der griechischen wie römischen Gesellschaft gehen Mythos und Realität stark auseinander: Während doppelgeschlechtliche Gottheiten Vollkommenheit und sexuelle Vereinigung symbolisieren, werden zwischengeschlechtliche Menschen zu dieser Zeit im antiken Griechenland als etwas betrachtet, das Unglück und Unheil bringt, und nach der Geburt ausgesetzt oder ermordet (vgl. Voß 2010: 50f.), im antiken Rom wird die Geburt eines *monstra* in ähnlicher Weise als böses Vorzeichen gedeutet. Es werden hier im Anschluss an die Tötung Reinigungszeremonien durchgeführt, um das gute Verhältnis zu den Gottheiten zu rehabilitieren (vgl. Groneberg 2008: 108f.). Körperlich androgynen Menschen gelten als missgestaltet, auch solche, die erst in der Adoleszenz oder dem Erwachsenenalter körperlich androgyn Merkmale aufweisen, werden getötet.²⁰

19 Die Geschichte Aristophanes' gilt häufig als die Repräsentation der Auffassung Platons.

Michael Groneberg (2008) jedoch stellt heraus, dass Platon seine Auffassung normalerweise durch die Figur Sokrates ausdrückt. Aristophanes kommt in seiner Rede zu dem Schluss, dass Liebe das Streben nach dem Begehrten und dem Ganzen sei. Sokrates weist diese Ansicht später zurück mit dem Hinweis, das Begehrten sich nicht auf etwas Verlorenes richte, sondern auf das Gute und dessen andauerndem Besitz (vgl. Ebd.: 87; Platon 1998: 206a und für eine Begründung dieser These ausführlich Platons *Politeia* /2008b/).

20 Verschiedentlich, auch und gerade bei Laqueur (1990) wird behauptet, körperlich zwischengeschlechtliche Menschen hätten mit eindeutigem *gender* in diesen Gesellschaften

Erst im römischen Kaiserreich wird ein Vorschlag römischer Juristen aus dem 3. Jh. berücksichtigt, nach dem ‚uneindeutigen‘ Neugeborenen ein Geschlecht zugewiesen wird, statt ihnen das Leben zu nehmen (vgl. Hirschauer 1993: 69).²¹

Die griechischen und römischen Mythen über Kugelwesen und die Metamorphose Hermaphroditos` verknüpfen beide auf unterschiedliche Weise die Zweigeschlechtlichkeit mit Heterosexualität. Jene Verknüpfung ist auch für den weiteren Umgang mit zwischengeschlechtlichen Menschen konstitutiv. Von der These ausgehend, dass seit der Verbreitung der Bibel in der Luther-Übersetzung (als Lesebuch, das christliche Werte leicht verständlich in die Gesellschaft tragen sollte) deren Inhalte weitreichenden Einfluss auf die gesellschaftlichen Entwicklung des ‚westlichen‘ Raumes hatten und haben, bleiben Diskussionen über die Auslegung bestimmter Bibelstellen in (sozial)wissenschaftlichen Kreisen für die Auslegung unserer christlich durchdrungenen Gesellschaft auch aktuell von Bedeutung.

Rezeption der Schöpfungsgeschichte

Über die Schöpfungsgeschichte wird bis heute eine intensive theologische, sozialphilosophische und sozialpolitische Diskussion geführt: *War der erste Mensch [adam] androgyn oder männlich?* Die Antwort auf diese Frage ist für eine entsprechende Begründung der geeigneteren Leitidee (Differenz vs. Einheit/Gleichheit) für theoretische Überlegungen zur Gestaltung einer geschlechtergerechten Gesellschaft relevant (vgl. Groneberg 2008: 104) und repräsentiert damit eine der wichtigsten, wenn nicht *die* Streitfrage feministischer Theorie. Die Frage nach adams Geschlecht ist über einen kleinen Spezialdiskurs hinaus relevant, weil damit „das grundlegende Herrschaftsverhältnis menschlicher Gemeinschaft“ (ebd.: 103) verhandelt wird: Während mit der ersten Lesart nicht nur eine produktive Geschlechterdifferenz, sondern andererseits auch ganz leicht die Dominanz des Mannes über die Frau begründet werden kann (Eva wäre demnach nur Abbild des Mannes, nicht Gottes), legt die zweite, vor allem in der rabbinischen Tradition rezipierte Lesart neben der Annahme gleicher Voraussetzungen aller Menschen nahe, Männer und Frauen hätten bereits in der Schöpfungsgeschichte eine egalitäre Position inne, die

leben können. Diese Annahme basiert auf der Lehre Galenos` von Pergamon, die besagt, Frauen und Männer hätten die gleichen Genitalien, nur wäre ihre Lage anders (er begründet dies u.a. mit der mangelnden ‚Hitze‘ der Frau und stilisiert sie damit zu einem unvollkommenen Mann). Da hier jedoch insbesondere der Umgang mit intergeschlechtlichen Menschen betrachtet werden soll, sei an dieser Stelle für eine weiterführende Diskussion der Thesen Galenos` auf Laqueur (1990) und Voß (2010) verwiesen.

21 Für eine tiefergehende Auseinandersetzung mit Zwischengeschlechtlichkeit in der Rechtsgeschichte sei auf die ausgezeichnete Dissertation von Angela Kolbe (2010) verwiesen.

ein ebensolches Geschlechterverhältnis auch gegenwärtig nahelegt: Das hebräische Wort *zela* bedeutet nicht nur *Rippe*, sondern auch *Seite*; Gott hätte *adam* demnach – ähnlich der Geschichte im *Symposium* – in zwei (gleiche) Hälften geteilt (vgl. Ebd. 104ff.). Augustinus verteidigt später in *Über den Wortlaut der Genesis* die erste Lesart, die sich danach in der christlichen Lehre durchsetzt und so die schriftliche/geistliche Grundlage für die gesellschaftliche Nachordnung der Frau und des Weiblichen bildet; Augustinus geht so weit zu konstatieren, die Frau könne keine angemessene Gehilfin des Mannes sein, da sich für eine „tatkräftige Unterstützung“ (Groneberg 2008: 107) ebenso wie für die Freundschaft andere Männer weit besser eignen würden. Die Frau würde lediglich dem Zweck dienen, dem Mann Kinder zu gebären. Augustinus erkennt in *Vom Gottesstaat* die Existenz einzelner „Androgynie, die man auch Hermaphroditen nennt“ an, verweist aber noch einmal deutlich auf die männliche Form als die bessere, „denn niemand würde von Androgyninnen oder Hermaphroditinnen sprechen“ (Augustinus zit. n. Groneberg 2008: 106ff.).

Bis in die frühe Neuzeit setzen religiöse Dogmen dem wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn und, hier besonders relevant, medizinischen Interpretationen Grenzen: Die römisch-katholische Kirche mit ihren Glaubenssätzen wird im Verlaufe des Mittelalters und der frühen Neuzeit im europäischen (später: „westlichen“) Raum hegemoniale Instanz, indem sie heidnische und jüdische Heiler verdrängt und deren Wissen für ihre Praxis übernimmt: Die „heidnische Philosophie und Wissenschaft, zum Teil aus der griechischen Antike übernommen und weiterentwickelt, stellten eine faszinierende Wissensfülle dar, die von der Kirche nicht einfach verbannt oder mit Stillschweigen übergangen werden konnte“ (Bochnik 1985: 28). Ambrosius von Mailand formuliert etwa 370 n.u.Z., also zur Zeit Augustinus‘, ethische Regeln für die Medizin, die auf christlicher Dogmatik beruhen (vgl. Ebd.: 27). Die normativen Kräfte dieser Zeit haben eine theologische Fundierung, Michael Groneberg (2008) konstatiert, dass diese Fundierung im Zuge der Aufklärung durch eine medizinische Normierung ersetzt wird (vgl. Ebd.: 111; s. Abschnitt I.1.3). Peter A. Bochnik (1985) hingegen bemerkt, dass medizinische Lehren letztlich bis heute nicht ohne weiteres von christlicher Dogmatik getrennt betrachtet werden können: Er deutet die Axiome der katholischen Kirche als ursächlich für eine misogynie und antisemitische Medizin, deren „Nachbeben“ bis heute im Diskurs zu spüren sind: Bochnik kommt zu dem Ergebnis, dass „Frauenfeindlichkeit in der Medizin“ ebenso wie „Antisemitismus bis hin zu den Menschenversuchen in den KZs“ keine „„Bastarde“ dieser „ethisch so hochstehenden Kunst““ sind, sondern „die „legitimen Kinder“ ihrer Entstehungsgeschichte“ (alle Zitate ebd.: 111). Die Macht des (christlich-)medizinischen Blicks als Wahrheitsinstrument bleibe bis heute gewahrt, durchdringe gesellschaftliche Bereiche und materialisiere sich diskursiv u.a. in seiner Deutungsmacht über den Geschlechtskörper, wie im Folgenden zu zeigen sein wird. Die Voraussetzungen für diese Entwicklungen werden bereits in der frühen Neuzeit geschaffen, in der nach Klöppel (2010) die „Trans-/

Formationen im Zuge der Professionalisierung, Vernaturwissenschaftlichung und fachlichen Ausdifferenzierung der Medizin“ ihren Anfang nimmt. Es ist der „Beginn einer genuin medizinischen Problematisierung uneindeutigen Geschlechts“ (beide: ebd.:131) und damit der Beginn einer Geschichte der Medikalisierung der Geschlechtszuweisung.

1.2 Medikalisierung des Hermaphroditen: Frühe Neuzeit

Hermaphroditismus beim Menschen wird im 16. Jahrhundert zum Gegenstand medizinischer und Naturforschung; die Zuteilung zu einem der Geschlechter ist zu diesem Zeitpunkt keine allein in ärztlicher Hand liegende Entscheidung, Hermaphroditismus wird nicht gänzlich pathologisiert. Stattdessen werden Hermaphroditen verschiedentlich als Verkörperung des fließenden Übergangs vom männlichen zum weiblichen Körper gesehen. „Der Hermaphrodit wurde als eine eigentümliche Existenz neben Mann und Frau begriffen“ (Klöppel 2010: 133) – und zählt damit zu den ‚Monstern‘ und ‚Wundern‘ dieser Zeit.

Auch jenes Wesen ist ein Monster, welches zwei Geschlechter hat und von dem man folglich nicht weiß, ob man es als Junge oder als Mädchen behalten soll; ob man es heiraten lassen kann und wenn ja, wen überhaupt; ob es der Empfänger kirchlicher Benefizien werden darf; ob es die kirchlichen Sakramente empfangen darf usf. (Foucault 2007: 90)

Klöppel (2010) stellt mit ihrer im Folgenden dargestellten Systematisierung von Foucaults Überlegungen heraus, dass das „Erkenntnisinteresse an den Grenz- und Mischgestalten und die sittlich-juridische Sorge“ (ebd.), die zwei Leitmotive der Konstruktion des Phänomens in der Frühen Neuzeit, den „Beginn der Differenzierung in eine epistemologische und eine sozialregulative Problematisierung des uneindeutigen Geschlechts“ (ebd.: 134f.) zeitigen. Nach Foucault (2007) handelt es sich bei der Monstrosität um ein Phänomen mit zwei unterschiedlichen Konstruktionsebenen, die konstitutiv miteinander verzahnt sind, er spricht vom *biologisch-rechtlichen Erscheinungsfeld* (vgl. Ebd. 77): Monster bewegen sich auf der Grenze zwischen zwei Bereichen (männlich-weiblich; menschlich-tierisch), an der sich Erkenntnisse über die Ordnung der Natur abzuarbeiten hatten (*epistemologische Ebene*; Klöppel 2010: 134). Neben dieser Überschreitung der Naturgesetze beinhaltete Monstrosität immer auch die Überschreitung bürgerlich-rechtlicher Gesetzgebung (*sozialregulative Ebene*; ebd.). Der Hermaphrodit fungiert sowohl in der sozialen Ordnung als auch im wissenschaftlichen Erkenntnisprozess als „*Grenzgestalt* der natürlichen und sozialen Ordnung“ (ebd. 161; Herv. ag); als ‚Dazwischen‘,

das die GRENZZIEHUNG zwischen den Geschlechtern erst ermöglicht.²² Dieses ‚Dazwischen‘ gilt auch für die Interpretation des Hermaphroditismus: Die Einordnung des Phänomens bewegt sich in der Frühen Neuzeit im Spannungsfeld zwischen einer ‚widernatürlichen‘ oder ‚übernatürlichen‘ Erscheinung und der Anerkennung als Phänomen, das auf das Wirken der Natur zurück zu führen ist. Das Spannungsfeld von Ähnlichkeit und Differenz der Geschlechter, das Klöppel in ihrer Studie herausarbeitet, widerspricht damit der Auffassung Thomas Laqueurs (1990), es habe vor dem 18. Jahrhundert das so genannte EIN-GESCHLECHT-MODELL²³ vorgeherrscht und erst danach habe sich das ZWEI-GESCHLECHTER-MODELL²⁴ sukzessive durchgesetzt: Klöppel (2010) greift für ihre Analyse unter anderem auf die Untersuchung von Katharine Park und Lorraine J. Daston (1981) zurück und legt plausibel dar, warum Laqueurs Annahme nicht haltbar ist: „Laqueurs Ein-Geschlecht-Modell [reduziert] in der Tat Diskursivierungen der Ähnlichkeit von Mann und Frau einseitig auf ein Identitätsmodell“ anstatt auch anderen Aspekten von Geschlecht einen Raum zu geben; stattdessen müsste vielmehr der „Zusammenhang von Ähnlichkeit und Differenz der Geschlechter und die Koexistenz divergierender Geschlechtertheorien“ (beide Köppel 2010: 149) beschrieben werden.²⁵ Heinz-Jürgen Voß (2010) leistet – zeitlich in etwa parallel zu Klöppels Arbeit – eben dies: Er arbeitet die „Komplexität historischer (auch antiker) Geschlechtermodelle“ heraus und kommt zu dem Ergebnis, dass „das heutige binäre Differenzdenken der Kategorie Geschlecht, auch biologisch und medizinisch, als gesellschaftlich geprägt“ (beide ebd.: 87) zu betrachten ist. Neben Voß und Klöppel (sowie

22 Hier sei auch an das bereits zu Beginn des Kapitels angeführte Zitat von Lena Eckert (2010) erinnert, nach dem die Kategorien männlich/weiblich maßgeblich abhängig sind von dem Dazwischen.

23 Das Ein-Geschlecht-Modell meint, dass kein grundsätzlicher Unterschied zwischen männlichem und weiblichem Geschlechtskörper gemacht wird; der weibliche ist lediglich eine mangelhafte Version des männlichen (vgl. Laqueur 1990: 62), die Vagina ein nach innen gestülpter Penis. „In the Blood, semen, milk, and other fluids of the one-sex body, there is no female and no sharp boundary between the sexes. Instead, a physiology of fungible fluids and corporeal flux represents in a different register the absence of specifically genital sex“ (ebd.: 35).

24 Das Zwei-Geschlechter-Modell meint hingegen, dass männlicher und weiblicher Körper als grundsätzlich verschieden gedacht werden – Die Vulva ist ein völlig anderes Organ als der Penis. Bemerkenswert für die Intergeschlechtlichkeitsforschung ist an dieser Auffassung, dass der Shift von einem zum anderen eine recht klare Erklärungsgrundlage für die Pathologisierung des Zwitters als eigentlich männliches resp. weibliches Individuum liefert.

25 Vgl. dazu ausführlich Klöppels (2010) Ausführungen auf den Seiten 146-150.

Park/Daston) kritisiert u.a. bereits Susanne Schröter (2002), Laqueurs These verkürze „die Vielfalt der Vorstellungen zugunsten eines homogenen Ideensystems, das dem Denken des zwanzigsten Jahrhunderts [und damit dem Denken in Identitäten (s.o.); ag] entspricht, aus den von ihm zitierten Quellen aber nicht ersichtlich wird“, zudem stellt sie heraus, dass die „besprochenen Auffassungen ohnehin nur einer gebildeten Oberschicht entstammen“ (ebd.: 67). Angela Kolbe (2010) verweist zudem und mit einer ähnlichen Stoßrichtung auf die Kritik Stolbergs (2003), der konstatiert, Laqueur habe „diverse medizinische Quellen, [...] da sie auf lateinisch verfasst waren, nicht berücksichtigt“. (Kolbe 2010: 37) Mit anderen Worten: Die Annahme Laqueurs, die Geschlechtersystematik des ‚westlichen‘ Raums sei in eine Ära des Ein-Geschlecht-Modells vor der Aufklärung und eine Zwei-Geschlechter-Ära seit der Aufklärung einzuteilen, ist verschiedentlich in Frage gestellt worden. Weiter, das soll ergänzend kurz angeführt werden, stellen Andrea Maihofer (1995) und Barbara Duden (1991) heraus, dass es Laqueurs Ansatz an der Perspektive des Leibes mangele. Trotz vielgestaltiger Kritik an *dieser* These seiner Untersuchung dient sie weiterhin und abseits dieser Kritik als bedeutsame Aufarbeitung der „Veränderung der Wahrnehmung des geschlechtlichen Körpers in den aufkommenden medizinischen und anatomischen Wissenschaften“ (Degele 2008: 61) des Quellenkorpus akademischer (nicht-lateinischer) Schriften zur Geschlechterdifferenz.

Klöppel (2010) spricht über die Entwicklungen in der frühen Neuzeit als „erste Stufe der Naturalisierung der Monstrositäten“, die „sogar als ‚Schlüssel zum Verständnis der Natur‘“ betrachtet werden (beide: ebd. 140). Sie arbeitet heraus, dass die Betrachtung des Hermaphroditismus in der medizinischen Literatur des 16. und 17. Jahrhunderts deutlich zunimmt und Beschreibungen der Genitalien von Hermaphroditen immer detaillierter werden – dies dient nicht nur der MEDIKALISIERUNG DES HERMAPHRODITEN (und damit der Medikalisierung der Grenze zwischen den zwei Geschlechtern), sondern allgemein der Unterteilung von Körpern in reguläre und abweichende (vgl. Ebd. 142). Die Entwicklungen gehen einher mit der allmählichen Etablierung der Anatomie als medizinische Disziplin seit dem „epochenmachenden Werk“ (Becker 2002: 9) *De humani corporis fabrica libri septem* (1534) von Andreas Vesalius, führen zu diesem Zeitpunkt jedoch noch nicht zu einer alleinigen Zuständigkeit der Medizin für die Geschlechtszuweisung (vgl. Klöppel 2010: 153). Die Frühe Neuzeit zeitigt zunächst Ereignisse, die die hegemoniale Stellung des Medizindiskurses als Wissenschaft vom Menschen sukzessive etablieren: U.a. werden die Hebammenordnungen ausgerufen, nach denen Hebammen im Zweifelsfall Vorgesetzte zu informieren und also die Entscheidung über das ‚wahre‘ Geschlecht eines zwischengeschlechtlichen Kindes einem Mediziner oder Ac-

coucheur²⁶ zu überlassen hätten (vgl. Ebd.). Klöppel beschreibt, dass ab dem 17. Jahrhundert die Bemühungen der Mediziner, „die medizinische Zuständigkeit in Fragen der Geschlechtszuweisung von Hermaphroditen zu behaupten oder vielmehr zu reklamieren“ (ebd.), zwar von Rechtskommentaren unterstützt werden, eine gesetzliche Grundlage dafür jedoch nicht existiert. Als solche dient weiterhin das oben bereits angeführte römische Zivilrecht und dessen frühneuzeitliche Kommentierungen (vgl. dazu Wacke 1989: 883ff.), wonach der Vater bei der Geburt das Geschlecht festlegt²⁷, die betreffende Person mit Eintritt in das Erwachsenenalter ihr Geschlecht jedoch ggf. entsprechend dem eigenen Empfinden noch einmal ändern kann. Das Gesetz verlangt die anschließende VEREIDIGUNG DER ENTSCHEIDUNG für ein Geschlecht sowie einen entsprechenden AUSDRUCK DER WAHL insbesondere in der Kleidung.²⁸ Wird dieser Eid gebrochen, droht der vereidigten Person der Tod durch Verbrennung – eine naheliegende Strafe zu Zeiten der Hexenverbrennungen.

Es gibt damit bereits in der Frühen Neuzeit erste Ansätze einer Medikalisierung der Geschlechtszuweisung, die auf der Medikalisierung des Hermaphroditen fußen; diese werden im Zuge der Epoche der Aufklärung weiter ausgebaut zu einer Konstruktion von KÖRPERGESCHLECHT ALS DICHOTOME KATEGORIE.

26 Arzt der Geburtshilfe.

27 Die Zuweisungspraxis und die Namensgebung bei der Taufe bezeichnet Wacke (1989) als ein *in dubio pro masculo* (vgl. Ebd.: 887): Da den Zwittern die männlichen Privilegien nicht vorenthalten werden sollten – und ein männliches Kind das Erbe der Familie antreten konnte – wurde den Neugeborenen vom Vater in der Regel das männliche Geschlecht zugeordnet und von der Kirche ein männlicher Name gegeben.

28 Wacke (1989) führt Rechtskommentare zum Kanonischen Recht an, die eine „*inspectio corporis* wegen der Gefahr eines Meineids und eine Täuschung des angehenden Ehepartners“ (ebd. 885) forderten. Hier zeigt sich implizit, dass zu dieser Zeit die *heterosexuelle* Ehe „als einzige gottgefällige Form für sexuelle Betätigungen“ gilt. Mit Blick auf die hinführenden Bemerkungen über die strukturelle Bedeutung der Kategorie Geschlecht und deren Verknüpfung mit Sexualität und Reproduktion kann die Stellung der Ehe und deren rigide Verteidigung als heterosexuelle Institution (nicht erst seit der Frühen Neuzeit; vgl. etwa Voß 2010: 38-51) als Sedimentierung dieser bis dato gültigen Normen betrachtet werden. Hermaphroditen der Frühen Neuzeit mussten sich also allein deshalb einem Geschlecht zuordnen und diese Entscheidungen unter Eid schwören, damit die konstitutive Heterosexualität und deren Verschränkungen mit und Einflüsse auf die soziale Ordnung nicht gefährdet wurden.

1.3 Medikalisierung der Geschlechtszuweisung: Epoche der Aufklärung

Die aufgeklärte akademische Medizin in Europa postuliert, hinter der Fassade eines zwischengeschlechtlichen Menschen das ‚wahre‘ Geschlecht entziffern zu können (vgl. Klöppel 2010: 167). In diesem Zuge wird die Gynäkologie im Rahmen der Entwicklung einer ‚Wissenschaft vom Weibe‘ (vgl. Honnegger 1992: 116) konstituiert; Claudia Honnegger stellt mit Foucault heraus, dass in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts die „Verwissenschaftlichung der Differenz“ (ebd.: 113) entsteht: Alle Erscheinungen, die das ‚Normale‘ in Frage stellen – ‚Irre‘, ‚Fremde‘, ‚Wilde‘, ‚Primitive‘ und Frauen –, werden erforscht und ermöglichen Definitionen der Ränder der Rahmung des ‚Normalen‘ (männlichen) als das ‚Eigentliche‘. Die „physikalische“ Theorie der Weiblichkeit“, die „weibliche Sonderanthropologie“ (beide: Honnepgger 1992: 116), wird in der Folge mit den politischen Problemen und Kämpfen etwa um Gleichstellung der Geschlechter verknüpft (vgl. Ebd. 113ff. und Voß 2010: 89ff.). Die toten Körper zwischengeschlechtlicher Menschen werden für Untersuchungen zur Analyse der exakten Grenzziehung zwischen den Körpergeschlechtern weiblich und männlich genutzt. Die Definition und Erforschung des Anormalen dient der Rahmung dessen, was als Normales gelten kann, und aus diesem Grund fungieren ZWITTER (wie auch andere ‚Monstrositäten‘) als „Modellobjekte für anatomische und physiologische sowie insbesondere für embryologische Untersuchungen“ (Klöppel 2010: 220). Während also für das Weibliche einerseits eine Sonderanthropologie entwickelt wird, die in der Folge auch auf politischer Ebene für Begründungen der Niedrigerstellung der Frauen gegenüber den Männern herangezogen werden, wird diese Differenz als Zweikörpergeschlechtlichkeit sukzessive etabliert, indem der davon abweichende zwischengeschlechtliche Körper detailliert erforscht und auch anhand dieser Erkenntnisse die zwei gültigen Geschlechtskörper als verschiedene für eine umfassende Erforschung der menschlichen Physis kartographiert werden.²⁹ Zu diesem Zeitpunkt ist das Ziel, eine „integrierte[] Wissenschaft des Menschen“ zu entwickeln, indem „Körperkunde (Arzeykunst) mit der Philosophie als Seelenlehre“ (beide: ebd.: 117) verknüpft werden.

29 Die Untersuchung des ‚Fehlerhaften‘ für eine Erforschung des ‚Gesunden‘ oder ‚Intakten‘ ist bis heute eine erkenntnisleitende Strategie, nicht nur im Kontext biomedizinischer Forschung. Die Soziologie arbeitet, folgt man Hartmut Rosa (2009), letztlich ähnlich: „Soziologisches Denken entspringt per se einem kritischen Impuls. Soziologie beginnt mit der Wahrnehmung, dass in den sozialen Verhältnissen *etwas nicht stimmt*, dass die Dinge nicht so laufen, wie sie sollten“ (ebd.: 23; Herv.i.O.).

Die Codierung der Geschlechter in der Moderne verdankt sich wesentlich der Systematisierung einer sozialtheoretisch angeleiteten Empirie natürlicher Ungleichheit. ... [Es entstehen] Analogien, die virtuose Anatomie um 1800 zur kunstvollen Ausdeutung der in nächtlichen Seancen an offengelegten Leibern erblickten knöchernen und faserigen Tatsachen ersonnen und zu Universalien des menschlichen Lebens stilisiert haben. (ebd.: 214f.)

Die medizinische Geschlechtszuordnung ist eng verknüpft mit der Entdeckung der im Zitat bereits angeführten OBDUKTION als wichtige medizinische Praxis zur umfassenden Beschreibung der Geschlechtergrenze und der BEGRÜNDUNG DER PATHOLOGISCHEN ANATOMIE als medizinische Disziplin: Klöppel (2010) stellt heraus, dass die Obduktion von Leichen bereits seit dem 13. Jahrhundert praktiziert wird und im 18. Jahrhundert fest etabliert ist (vgl. Ebd. 184); Foucault begründet die späte Disziplinierung der pathologischen Anatomie mit dem aufklärerischen Duktus der vernunftgeleiteten Erkenntnis und damit der Emanzipation von kirchlichen Werten und Normen: „Dann kam die Aufklärung; der Tod durfte ans Tageslicht und wurde für den philosophischen Geist Gegenstand und Quelle des Wissens“ (Foucault 2011: 137f.). Die Obduktion monströser Körper dient der Erforschung ‚normaler‘ Körpereigenschaften, ermöglicht die Grenzziehung zwischen männlich/weiblich und im gleichen Zug die Grenzziehung zwischen Normal und Anormal – die Pathologisierung intergeschlechtlicher Körper ist zugleich die medizinische ERFINDUNG DES KÖRPERLICHEN GESCHLECHTS (vgl. Dreger 1998).

Die Ausformulierung eindeutiger körperlicher Geschlechtergrenzen gerade mit Hilfe der Erforschung zwittriger Körper, die erstmalige ‚Dreidimensionalisierung des Patienten‘ durch die Obduktion (vgl. Foucault 2011: 176ff.) und die sukzessive Etablierung der Medizin als „Leitwissenschaft vom Menschen“ (Schröter 2002: 74) ermöglichen im Ergebnis eine durchgängige Pathologisierung des Zwitters: Der Hermaphrodit mit seinem symbolischen (Vollkommenheit) und realen Gehalt (*monstra*) wird in der Aufklärung ersetzt durch die Vorstellung vom Zwitter als „abweichendes, unvollkommenes, jedoch in Wahrheit männliches resp. weibliches Individuum“ (Klöppel 2010: 231).³⁰ Hirschauer (1993) illustriert diese Pathologisierung mit den Ausführungen des Mediziners Thon in einem Enzyklopädie-Artikel

30 Diese „Verwerfung der Doppelgeschlechtlichkeit“ dient zum einen der Etablierung der akademischen (christlichen) Medizin als aufgeklärte und damit vernunftgeleitete Wissenschaft, zum anderen hat diese Entwicklung „einen weiter ausgreifenden politischen Charakter“ (beide: Klöppel 2010: 179): Analog zu einer gesellschaftlichen *querelle des sexes* findet die oben beschriebene biologisch-medizinische *querelle des sexes* statt (vgl. Voß 2010: 313), die die soziale und rechtliche Ungleichbehandlung von Männern und Frauen mit einer ‚natürlichen‘ Ungleichheit in der körperlichen und geistigen Verfassung begründet.

aus dem Jahr 1829 als Ergebnis der Entwicklungen in der Epoche der Aufklärung. Thon leugne die Existenz menschlichen Hermaphroditismus und führe dann drei Kategorien „pathologischer Mißbildungen“ (ebd.: 72) an: den Zwitter männlichen Geschlechts, den Zwitter weiblichen Geschlechts und den Zwitter mit zweideutigem Geschlecht – wobei er die Berichte über den dritten Typen für „unsichere Beobachtungen“ (Thon 1829 zit. n. Hirschauer 1993: 72) halte und dennoch detaillierte Beschreibungen zwittriger Genitale liefere; unter anderem verweise Thon auf ein „schönes Wachspräparat dieser Mißbildung“, die sich „auf dem anatomischen Museum zu Jena“ (ebd.) finde (vgl. Hirschauer 1993: 71f.).

Rechtlich wird die Pathologisierung im so genannten ZWITTER-PARAGRAPHEN im *Allgemeinen Landrecht für die Preußischen Staaten (PrALR)* repräsentiert, das 1794 erlassen wird³¹: Die Geschlechtswahl durch die Eltern (in der Regel: den Vater) und später die betreffende Person selbst rückt gegenüber dem medizinischen Urteil durch einen Sachverständigen (Arzt) in den Hintergrund; es sind zwar noch beide Elemente enthalten, jedoch dominiert bereits das medizinische Urteil (vgl. Groneberg 2008: 110):

§19 Wenn Zwölften geboren werden, so bestimmen die Aeltern, zu welchem Geschlecht sie erzogen werden sollen.

§20 Jedoch steht einem solchen Menschen, nach zurückgelegtem achtzehntem Jahre, die Wahl frey, zu welchem Geschlecht er sich halten wolle.

§21 nach dieser Wahl werden seine Rechte künftig beurteilt.

§22 Sind aber Rechte eines Dritten von dem Geschlecht eines vermeintlichen Zwitters abhängig, so kann ersterer auf Untersuchung durch Sachverständige antragen.

§23 *Der Befund der Sachverständigen entscheidet, auch gegen die Wahl des Zwitters und seiner Aeltern.* (PrALR, Erster Teil, Erster Titel; Herv. ag)³²

31 Schon zuvor werden Hermaphroditen in juristischen Texten berücksichtigt: Im *Project eines Corpori Juris Fridericiani* von 1749/1751 und im Bayrischen *Codex Maximilianeus* von 1756 wird festgelegt, dass bei Hermaphroditen eine Untersuchung stattfinden muss, um das ‚eigentliche‘ Geschlecht herauszufinden. Kann keines der zwei gültigen Geschlechter festgestellt werden, können die Personen selbst ein Geschlecht wählen, dass sie nicht mehr wechseln können – oder eine harte Bestrafung zu fürchten haben. In beiden Passagen wird auf die Notwendigkeit einer Entscheidung durch Untersuchungen verwiesen, im Codex Maximilianeus ist sogar von Sachverständigen die Rede, die das ‚wahre‘ Geschlecht herausfinden sollen. Schon vor dem PrALR gibt es damit juristische Materialisierungen der allmäßlichen Pathologisierung zwischengeschlechtlicher Menschen. (Vgl. Kolbe 2010: 78ff.)

32 N.O.Body (1993 [1907]) beschreibt, dass er zwar gesetzlich als Zwitter repräsentiert ist und sein Geschlecht entsprechend ändern kann; gesellschaftlich sind damit jedoch un-

Diese zweigeschlechtliche Logik mit dem Zwitter als Pathologie des Männlichen/Weiblichen etabliert sich³³, und mit ihr die „biopolitische Kontrolle“ intergeschlechtlicher Körper (vgl. Ebd.: 217). Das zwischengeschlechtliche Genital wird nun beispielsweise als vergrößerte Klitoris, Hypospadie³⁴ oder Gebärmuttervorfall diagnostiziert, mit der Existenz ‚echter‘ Hermaphroditen wird damit nach und nach aufgeräumt (vgl. Klöppel 2010: 168). Da „ein vollständiges Urtheil sogar erst nach dem Tode des betreffenden Individuums durch die Section zu erlangen“ war (Thon zit. n. Hirschauer 1993: 72), wurden zur Diagnose bei geschlechtlicher ‚Uneindeutigkeit‘ verschiedene Eigenschaften herangezogen, um das Geschlecht der Zwitters festzustellen. Heinz-Jürgen Voß (2010) beschreibt

[Z]ahlreiche physische, psychologische und psychische Merkmale [...]: Zu den medizinischen Kriterien zur Feststellung des Geschlechts zählten Beischlaf- und Fortpflanzungsfähigkeit, die körperliche Erscheinung (Gestalt äußerer Genitalien, Beckenförmigkeit, Gestalt der Brüste, Körperbehaarung), physiologische Prozesse (Männer sollten ejakulieren, Frauen menstruieren können) sowie die insbesondere auf Sexualität orientierte Geschlechterrolle (ausgehend von der sexuellen Orientierung auf das Gegengeschlecht) [...]. Im Zweifelsfall galten Verhaltensmerkmale als sicheres Zeichen des ‚wahren Geschlechts‘. (ebd.: 197)³⁵

Auch Hirschauer (1993) führt mit der Darstellung von Thons Artikel an, dass „besonders der Richtung des Geschlechtstrieb“ (ebd.: 72) Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte. Ein heterosexuelles Begehrten war damit für eine Geschlechtszuordnung von besonderer Bedeutung. Foucault (1983) belegt diese Annahme mit der

überwindbare verwaltungstechnische Probleme verbunden: „Meine Zeugnisse lauten eben auf Nora O. Body und sind für den jungen Norbert fast wertlos.“ (ebd.: 156; Herv.i.O.)

Die Biographie von N.O.Body, *Aus eines Mannes Mädchenjahren*, wurde erstmals 1907 von Magnus Hirschfeld veröffentlicht, der durch einen befreundeten Arzt mit N.O.Body bekannt gemacht wird. Die Biographie beschreibt die Geschichte eines 1884 als Junge geborenen Kindes, das als Mädchen aufwächst und 1906 auf behördlichem Wege das Geschlecht zum männlichen wechselt – nachdem er sich in eine Frau verliebt hat.

- 33 Dabei werden sich über die Zeit die jeweiligen Maßgaben ändern, was genau am Zwitter pathologisch sei; dies wird in den folgenden Abschnitten noch deutlich.
- 34 Hypospadie wird diagnostiziert, wenn die Harnröhre nicht an der erwarteten Stelle an einem Penis mündet.
- 35 Voß beschreibt zudem zwei Fälle geschlechtszuweisender Operationen an Kindern aus den Jahren 1787 und 1849 (vgl. Ebd. 198f.) und weist so darauf hin, dass frühkindliche Operationen bereits weit vor ihrer theoretischen Legitimierung durch das BALTIMORER BEHANDLUNGSKONZEPT (s. I.1.6) stattfanden.

Analyse der allmählichen Verknüpfung von Sexualität und Körper seit Ende des 18. Jahrhunderts, die in ein Dispositiv mündet, mit dem Sexualität als eines dieser „Machtdispositive [sich] direkt an den Körper schalte[t] – an Körper, Funktionen, physiologische Prozesse, Empfindungen, Lüste“ (ebd.: 146). Zu diesem Zeitpunkt beginnt die sukzessive Verschränkung von Körper, Sexualität und (Geschlechts-)Identität (Groneberg 2008: 111), die sich bis heute in einem Heterosexualitätsdispositiv bei der Zurichtung intergeschlechtlicher Menschen materialisiert.³⁶

Wichtiger als die Verhaltensmerkmale waren jedoch Hoden, Hodensack und Penis zu Lebzeiten des Zwitters, das Begehrten diente vor allem der Untermauerung der Diagnose (s.u.). Auch Ulrike Klöppel (2010) verweist darauf, dass sich die Mediziner der Aufklärung „lebhaft für die Hoden und den Penis“ interessierten (ebd.: 185) und zeigt, dass diese Entwicklung die Folge des Aufkommens der epigenetischen Zeugungstheorie ist. Erst deren Ausgangsgedanke, dass sich Menschen durch allmähliche Differenzierung aus dem Ei zu Männern und Frauen entwickeln würden (und Hermaphroditen in einem ‚Zwischenstadium‘ dieser Entwicklung stehen blieben), ermöglichte über verschiedene Theorien der Ausbildung geschlechtlicher Körper – und insbesondere deren Genitalien – in der Folge die Konzentration der Unterscheidung auf das Vorhandensein entsprechender Gonaden (Keimdrüsen): Zunächst galt das Vorhandensein des Penis‘ als eindeutiges Zeichen für Männlichkeit, ohne sein Vorhandensein galten die Hoden nicht zwingend als hinreichendes Merkmal (vgl. Ebd.: 186f.). Mit den Erkenntnissen aus Obduktionen intergeschlechtlicher Körper treten die Gonaden als Merkmal für das ‚wahre‘ Geschlecht in den Vordergrund. Dabei war zunächst lediglich das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein von Hoden entscheidend; erst ab dem 19. Jahrhundert wurden auch die Eierstöcke als weibliche Geschlechtsmerkmale relevant.

36 Zur Relevanz des heterosexuellen Begehrens als Marker für die Geschlechtszuordnung siehe Zehnder (2010). Garry L. Warne, praktizierender Kinder-Endokrinologe in Melbourne, beschreibt in einem aktuellen Artikel die bis heute gültige Maßgabe der Heterosexualität (Penetrationsmöglichkeit der Neovagina oder die *vaginale* Penetrationsfähigkeit des Penoiden) bei der Geschlechtszuweisung und -zurichtung (vgl. Warne 2012: 297).

1.4 Age of Gonads – 19. Jahrhundert³⁷

Während in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts zunächst noch der epigenetischen Differenzierungstheorie gefolgt wird, verschiebt sich in der Folge allmählich das Verständnis von Geschlecht und Hermaphroditismus. Mit der Diskussion über die Entstehung der Geschlechtsdifferenz entsteht eine Auseinandersetzung über die ursprüngliche Veranlagung der Genitalien als entweder weiblich oder geschlechtsneutral, die im Ergebnis wieder auf das Modell eines Geschlechterkontinuums (statt des Dimorphismus) zurückgreift, wie es in der Frühen Neuzeit bereits verwendet wurde – das Modell unterscheidet sich jedoch insofern vom frühneuzeitlichen, als es den Epigenese-Diskurs integriert und Zwitter nicht als außergewöhnliches Phänomen, sondern als Normabweichung definiert. Mit dem Kontinuum-Modell geht die Verschiebung und damit eine Wiederholung der Verwerfungen einher, die mit der „Degradierung“ des Hermaphroditen zum Zwitter als „Verkörperung des indifferennten Urgrunds zwischen dem männlichen und dem weiblichen Geschlecht“ (beide Klöppel 2010: 248) assoziiert waren.

Als Differenzierungsmerkmal gelten, wie oben bereits angedeutet, die Gonaden: Ein männlicher Körper weist Testikel (Hoden) auf, ein weiblicher Ovarien (Eierstöcke). Die Keimdrüsen werden von einem „wesentliche[n] Zeichen“ zum „Inbegriff des Geschlechts“ (ebd.: 257; Herv.i.O.), der bei der Diagnose von Zwittern auf das

³⁷ Die Bezeichnung *Age of Gonads* stammt von Alice D. Dreger (1998) und bezeichnet die Zeit ab den 1870er Jahren. Ulrike Klöppel (2009a, 2010) kritisiert an Dregers Analyse, dass dort der Zeitpunkt, ab dem die Gonaden zur Bestimmung des ‚wahren‘ Geschlechts herangezogen wurden, zu spät angesetzt wird, wenn sie als Begründer für das *Age of Gonads* Edwin Klebs (1873) benennt, der zwar das Klassifikationssystem für die Einordnung von Zwittern in *Pseudohermaphroditismus femininus* oder *masculinus* und *Hermaphroditismus verus* einführt, das „für die nächsten Jahrzehnte die Diskussion um die korrekte Einteilung der Formen des Hermaphroditismus dominier[t]“ (Klöppel 2010: 258); die Diagnose anhand der Gonaden beginnt jedoch bereits mehr als 70 Jahre früher (vgl. Ebd.; weiterführend zu Klebs‘ Klassifikationssystem in Voß 2010:201ff.) und wird im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts von Klebs ebenso wie anderen bekannten Mediziner_innen bereits wieder kritisch hinterfragt insofern, als dass doch nicht primär die Gonaden verantwortlich sind für eine körperschlechtliche Differenzierung (vgl. Klöppel 2009b: 173).

Ich verwende im Folgenden Dregers im Diskurs mittlerweile weithin bekannte und zitierte Bezeichnung, um die Relevanz der Gonaden für die Geschlechtsdiagnostik in dieser Epoche herauszustellen, schließe mich in der Definition des Zeitraums dieser Epoche Ulrike Klöppels Ausführungen an und verstehе unter dem *Age of Gonads* den Zeitraum des gesamten 19. Jahrhunderts.

,eigentliche‘ Geschlecht verweist. Dreger (1998) arbeitet am Fall einer zwischengeschlechtlichen Person, *Louise-Julia-Anna*, heraus, dass eine Unterscheidung zwischen *sex*, *gender* und *sexuality* (mit Butler: *desire*) zu diesem Zeitpunkt noch nicht existiert: Von den körperlichen Gegebenheiten schließen Mediziner_innen auf das entsprechende Verhalten und Begehrten, passen diese nicht zu den vorhandenen Körpereigenschaften, werden psychische Probleme diagnostiziert. Auch wenn eine erwachsene Person bereits seit der Geburt als Frau lebt, führt das Vorhandensein von ‚Hoden‘ und Mikropenis zur Diagnose ‚männlich‘ und ihr Begehrten für Männer wird damit zur psychischen Auffälligkeit³⁸ (vgl. Ebd.: 110ff.): „[E]ven if Louise-Julia-Anna did not know she was a man, her body would know it, and her internal masculine anatomy would drive her to desire women“ (ebd. 113). Fokussiert wird in der Auseinandersetzung mit der Rolle der Keimdrüsen insbesondere die Ausformung des weiblichen Geschlechtscharakters, sowohl psychische als auch physische geschlechtliche Eigenschaften werden auf die Physiologie der Gonaden zurückgeführt³⁹: Mit der Diskussion geschlechtsspezifischer „Verstandeskräfte“ wird das „Gehirn zum Austragungsort für Debatten um Geschlechterdifferenz und -gleichheit“ (beide Voß 2010: 165). An einen (anhand der Gonaden) vergeschlechtlichten Körper werden identitäre Zuschreibungen gebunden (vgl. Groneberg 2008: 111) – und an Identitätsmerkmale wird die Vorstellung von einem entsprechend vergeschlechtlichten Körper gebunden, die „doppelte Praxis von Normsetzung und Ausschluss“ (Herrn 2009: 33) wird an körperlichen Merkmalen verhandelt. Bricht sich diese Verschränkung in einem intergeschlechtlichen Körper, wird eine je nach Ausbildung der Gonaden entsprechende (entweder physische oder psychische) Pathologisierung vorgenommen. Die Basis dieser geschlechtlichen Zuteilung ist eine „polarisierte, dualistische Vorstellung von Geschlecht“ (Klöppel 2010: 258), innerhalb welcher jedoch eine kontroverse und beständige Problematisierung der Kennzeichen und Definitionen der Geschlechter stattfindet. In der zweiten Hälfte

38 Diese Psychopathologisierung von Homosexualität setzt sich letztlich bis in die 1970er fort; erst 1994 wird der §175, der Sexualkontakte zwischen Männern unter Strafe stellt, endgültig gestrichen.

39 Als besonders drastischen Vertreter dieser These und insbesondere bezogen auf die (dem Mann unterlegene) Physiologie und Psyche von Frauen nennt Klöppel Rudolf Virchow. Virchow ist Inhaber des ersten Lehrstuhls für pathologische Anatomie, der 1845 in Würzburg eingerichtet wird (vgl. Homepage des Deutschen Historischen Museums, <http://www.dhm.de/lemo/html/bio-grafien/VirchowRudolf/> [November 2013]). In seinen Publikationen werden die Ovarien „ein geschlechterpolitischer Schauplatz“ (Klöppel 2010: 257), mit denen er ein konservatives Frauenbild begründet, das er den emanzipatorischen Bestrebungen der so genannten ersten Welle der Frauenbewegungen entgegenhält (vgl. Ebd.).

des 19. Jahrhunderts kommen erste Studien auf, die die Gonaden als Geschlechtsindikatoren in Frage stellen – wiederum werden diese Erkenntnisse durch Forschungen an intergeschlechtlichen Körpern erzielt (vgl. Ebd.: 260). Mit Aufkommen der Sexualforschung und Genetik um 1900 differenziert sich die Diskussion immer weiter aus und es kommt zu einer erneuten Verschiebung der Kriterien der Geschlechtsbestimmung. Es geraten immer kleinere Einheiten der Geschlechtsbestimmung in den Blick, Annahmen über die genetische Determination von Geschlecht ebenso wie die Ausbildung des Geschlechts durch geschlechtsspezifische Sexualhormone kommen auf und lösen letztendlich die Gonaden als Geschlechtsmarker ab – die „unablässige Suche nach den Ursachen des Hermaphroditismus“ (vgl. Klöppel 2010: 299) erreicht die ‚nächstkleinere Ebene‘.

Mit dem Erlass des Personenstandsgesetz (PStG) 1875 und dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) 1900 wird der Zwitterparagraph gestrichen. Der Codex Maximilianeus, das PrALR (s.o.) und das Sächsische BGB waren damit die „letzten ‚deutschen‘ Gesetzbücher, die Vorschriften über die Rechtsstellung und die rechtliche Einordnung von Zwittern enthielten“ (Kolbe 2010: 81). Maßgeblich ist nun die Rechtsnorm, dass das Geschlecht eines neugeborenen Kindes dem zuständigen Amt innerhalb einer Woche zu melden sei (vgl. Ebd.). Die Kritik der Mediziner_innen (basierend auf der Zuschreibung qua vorhandener Gonaden) am Recht zur Wahl des Geschlechts hat zum Ziel, eine Etablierung ihres Berufsstandes als alleinzuständige Sachverständige für die Geschlechtszuweisung zu erreichen. Sie transformiert (basierend auf den neuen, relativierenden Erkenntnissen) nach der Streichung des Paragraphen zur Klage über die entstandene Gesetzeslücke, da ihnen zur Berücksichtigung der Neigungen und des Geschlechtstriebes des zwischengeschlechtlichen Kindes ein Aussetzen des Geschlechtseintrags als sinnvoll erschien, die später durch sachverständige Mediziner_innen in einen weiblichen oder männlichen Geschlechtsstatus geändert werden können (vgl. Klöppel 2010: 296). Auch wenn sich die Diskussion um ein ‚Moratorium‘ für die Zuordnung Neugeborener zu einem Geschlecht nicht durchsetzt, etabliert sich mit der Streichung des Zwitterparagraphen die Deutungsmacht der Medizin über zwischengeschlechtliche Körper – Fragen der Geschlechtszuordnung werden fortan immer über medizinisch ausgebildete Menschen verhandelt.

1.5 Entwicklungen von 1900 bis in die 1950er Jahre: Das ‚Dritte Geschlecht‘

Ein Aspekt, der sich bereits in den bisherigen Ausführungen andeutet und der die folgenden Entwicklungen (in gewisser Weise bis heute) beeinflusst, ist die Manifestierung der Verschränkung von (Zwischen)Geschlecht und (Homo)Sexualität.⁴⁰ Maßgabe ist die Annahme der Fortpflanzungsfähigkeit und -gewährleistung als Naturtatsache und die damit notwendig einhergehende klare Unterscheidung zwischen Männern und Frauen sowie deren heterosexuelles Begehrten für das je andere Geschlecht als natürlich gegeben (vgl. Klöppel 2009a: 5). Bereits Karl Heinrich Ulrichs (1899[1862]) hatte Mitte des 19. Jahrhunderts homosexuelles Begehrten zwischen Männern (in Anlehnung an den Planeten Uranus von ihm als ‚Uranismus‘ bezeichnet) als „eine Spezies von Hermaphroditismus“ (Ulrichs 1899 [1862]: 50) und später als „Körperlich-seelischer Hermaphroditismus“ (Ulrichs 1868) eingeordnet. Westphal (1870) systematisiert nicht-heterosexuelles Begehrten und Brüche mit der Zweigeschlechtlichkeit zur Sammel-Diagnose „conträre Sexualempfindung“ in der „Klasse der Geisteskrankheiten“ (ebd.: 73): Er nimmt an, dass ein gleichgeschlechtlich liebender „Mann sich als Weib, das [gleichgeschlechtlich liebende; ag] Weib als Mann fühlt“ (ebd.: 94), unterstellt damit schon eine gegen geschlechtliche Identität aufgrund der Homosexualität. Er fasst zudem Menschen unter diese Diagnose, die ‚gegengeschlechtliche Interessen‘ hegen (nähender und

40 Das Begehrten wird in allen Epochen in verschiedener Weise an das Geschlecht gebunden: Heterosexualität wird bereits in den römischen und griechischen Mythen mit Zweigeschlechtlichkeit verknüpft, bis zur Aufklärung basiert die juristische Verhaltensnormierung auf christlichen (und damit zweigeschlechtlich-heterosexuellen) Werten (vgl. Voß 2012a) und bis ins 20. Jahrhundert ist die Ehefähigkeit von Zwittern in der Diskussion (vgl. Klöppel 2010: (u.a.) 270). Der Unterschied zur Sexualmedizin des beginnenden 20. Jahrhunderts liegt vor allem darin, dass hier zwar eine differenziertere Auseinandersetzung mit Zwischengeschlechtlichkeit und Homosexualität stattfindet, die grundlegende Verknüpfung aber eben selbst dann nicht in Frage gestellt wird, wenn Homosexualität zwar als nicht-Hermaphroditismus konstatiert wird, eine grundsätzliche Loslösung einer unterstellten inhärenten Weiblichkeit bei Schwulen oder inhärenten Männlichkeit bei Lesben nicht stattfindet. Stattdessen setzt sich diese Unterstellung in einer Dominanz fort, die es bis heute erlaubt, Schwulen einen weiblichen und Lesben einen männlichen Habitus zu unterstellen, schwul‘ als Schimpfwort zu benutzen oder burschikose Mädchen als Lesbe/Mannweib zu bezeichnen. Anne Fausto-Sterling (2000) stellt zudem heraus, dass sich diese Auffassung, die sich auch als ‚zweigeschlechtlicher Blick‘ materialisiert, wenn sie sich in biologischen Forschungen an/über homosexuelle Ratten Ende des 20. Jahrhunderts fortsetzt (vgl. Ebd.: 14).

stickender Mann; vgl. Ebd. 104) und Männer, die einen „Hang zu Frauenkleider[n]“ (ebd.: 103) haben. In der Folge werden durch die heterosexuell-zweigeschlechtliche Perspektive auf ‚Anormales‘ Homosexualität und Hermaphroditismus als Pathologie miteinander verschränkt.

Diese Subsummierung von Homosexualität und Existenzweisen jenseits der Zweigeschlechtlichkeit wird um 1900 zunächst im Sinne Ulrichs fortgesetzt und insbesondere von Richard von Krafft-Ebing⁴¹ und Magnus Hirschfeld im Anschluss an ihn in verschiedenen Studien weitergeführt⁴². Hirschfeld (1918) greift den Terminus INTERSEXUALITÄT von Richard Goldschmidt als Sammelbegriff für alle nicht-heterosexuellen Begehrungs- und Lebensformen auf (er subsummiert Hermaphroditen, Androgyn, Homosexuelle und Transvestiten unter diesen Begriff)⁴³, so wie Ulrichs (1868) die URNINGE (männerliebende Männer) als eine Form des Hermaphroditismus herausgestellt hatte. Goldschmidt (1915) hingegen hatte den Begriff explizit im Hinblick auf die *Bestimmung des Geschlechts* eingeführt (vgl. Ebd. 565):

Ich werde in Zukunft die sexuellen Zwischenstufen als Interexe bezeichnen und von männlichen oder weiblichen Intersexen reden, je nachdem es sich um Männchen auf dem Weg zur Weiblichkeit oder Weibchen auf dem Weg zur Männlichkeit handelt; die Erscheinung selbst hieße dann Intersexualität. (Goldschmidt 1915: 566; Herv. i. O.)⁴⁴

-
- 41 Richard von Krafft-Ebing formuliert um 1900 zuerst die These, dass es ein zerebrales *psychosexuelles Zentrum* gebe, „das der organische Sitz der ‚sexualen Empfindung‘ beziehungsweise der ‚Träger der Bewusstseinsvorgänge‘ sei“ (Klöppel 2010: 290), die zu einer Vorstellung im Individuum führte, welchem Geschlecht es angehöre (vgl. Ebd.). Hirschfeld greift diese Überlegungen für seine Studien ebenso auf wie die Theorie von Ulrichs.
- 42 Dreh und Angelpunkt seiner Arbeiten ist wie für Ulrichs (vgl. insbes. 1898) der Nachweis des Angeborens von Homosexualität, um der Pathologisierung durch die mit „dem Vorzeichen der reproduktionsorientierten Evolutionstheorie Darwins“ (Herrn 2009: 37) argumentierenden Psychologen etwas entgegen zu setzen. (Vgl. Eckert 2010: 15)
- 43 Vgl. hierzu neben Hirschfeld (1918) die Graphik Intersexuelle Familie „Fenn“, abgebildet in Herrn 2009: 38.
- 44 1931 wird Goldschmidt seine Definition unter anderem insofern spezifizieren, als er zum einen bestrebt ist, Klarheit in die Bezeichnungsvielfalt zu bringen, die bis dato bei den Begriffen *Intersexualität*, *Hermaphroditismus verus* und *Pseudohermaphroditismus* herrscht (vgl. Goldschmidt 1931: 406-413); zum anderen wird er Homosexualität als verschieden von Intersexualität herausstellen, indem er Homosexualität als eine endokrine Störung im Gehirn fasst (ebd.: 432). Die Diskussion um die Definition des Begriffs Her-

Hirschfeld versteht unter Hermaphroditen jene Menschen, deren Genitalien nicht einem der zwei anerkannten Geschlechter entsprechen, Androgynen hingegen weisen „uneindeutige“ sekundäre Geschlechtsmerkmale auf. Er rekurriert hier also auf die körperliche Androgynie. Er führt außerdem den Begriff des Transvestiten ein; alle vier Phänomene fasst er als sexuelle Zwischenstufen trotz aller Unterschiede mit dem Begriff DRITTES GESCHLECHT zusammen (vgl. Hirschfeld 1918) und veröffentlicht seine Zwischenstufentheorie, die auf der Idee eines Geschlechterkontinuums fußt (vgl. Hirschfeld 1914). Er ist Herausgeber des *Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen* (1899–1923), das die Ansicht kolportiert, alle Individuen seien in je unterschiedlichem Maße bisexuell und/oder transgeschlechtlich (vgl. Eckert 2010: 15). Groneberg (2008) stellt heraus, dass der Sammelbegriff der sexuellen Zwischenstufen oder des Dritten Geschlechts aufkommt, weil *zum einen* Begehrten als grundsätzlich auf das Gegengeschlecht gerichtetes verstanden wird („inhärent heterosexuell“; ebd.: 113); ein homosexueller Mann muss damit eine weibliche Identität aufweisen, um dieser Logik zu entsprechen. *Zum anderen* spiegelt sich diese Logik auch im Begriff *Sexualität* wieder, der das Begehrten an das körperliche Geschlecht bindet⁴⁵; damit rückt bei der Betrachtung der Frage nach dem Begehrten einer Person das Geschlecht der begehrten Person in den Vordergrund, während andere Eigenschaften zweitrangig werden (vgl. Groneberg 2008: 113). Groneberg spricht hier von einer „Sexualisierung der Erotik“ (ebd.: 114): Über die Vermischung der Begriffe Sexualität und Geschlecht stehen die Erotik und das Geschlecht „in einer so engen Verknüpfung, dass man meinen könnte (und konnte), diese sei naturgegeben“ (ebd.).

Zur gleichen Zeit entwirft Sigmund Freud seine Theorie der KONSTITUTIONELLEN BISEXUALITÄT (vgl. Freud 1925): Er unterstellt damit allen Menschen eine „grundlegend androgyne psychische Konstitution“ (Groneberg 2008: 115) und verändert so mit seinen Schriften endgültig den Fokus der Untersuchungen von

maphroditismus findet sich u.a. auch bei Hirschfeld (1918) und ist für diese Zeit der „Neuorientierung“ nach dem *Age of Gonads* symptomatisch.

45 Groneberg untermauert seine Ausführungen mit dem deutschen Begriff *Geschlechtsverkehr*; ich möchte einschränkend ergänzen, dass Geschlecht eben nicht nur das Körperschlecht als männliches oder weibliches meint, sondern (neben der Verwendung für die Beschreibung von Verwandtschaftsbeziehungen) zudem als Beschreibung für die Genitalien verwendet wird; wird hier Geschlecht in diesem Sinne als Synonym für Genitalien verwendet, zeichnen sich andere Deutungshorizonte ab. Es handelt sich also um eine Mehrfachbedeutung des Begriffs, die eine angemessen genaue Beschreibung zu jenem Zeitpunkt verhindert – diese Feststellung unterläuft zwar Gronebergs Beispiel, stellt aber seine Analyse als solche nicht in Frage.

Hermaphroditismus. Lena Eckert (2010) identifiziert diesen Wandel der Auseinandersetzung mit Hermaphroditismus als wichtigen Einfluss auf den Diskurs.

Sigmund Freud's psychoanalytical theories of sexuality *influenced the scientific community and shifted the focus from the body to the psyche* (although the notion of somatic qualities of the homosexual was still held up). Freud's theories on innate bisexuality triggered a specific notion of hermaphroditism as an originary stage in human development. (ebd.: 17; Herv. ag)

Dieser Wandel ist gerade im Hinblick auf die Entwicklungen ab den 1950er Jahren von entscheidender Bedeutung. Eckert stellt heraus, dass erst Freuds späte Schriften eine starr heteronormative Ausrichtung von Verkörperung, Subjektivität und Begehrten (vgl. Ebd.) aufweisen, um dann in der Folge von Robert Stoller und John Money für die Begründung einer intersexuellen Identität beziehungsweise der Rechtfertigung frühkindlicher Zurichtungen intergeschlechtlicher Kinder herangezogen zu werden.⁴⁶

1.6 Age of Genitals:

Das Baltimorer Behandlungskonzept und seine Folgen⁴⁷

Bis in die 1950er Jahre hält sich die Empfehlung, medizinische Maßnahmen am Geschlechtsgefühl der ‚Intersexuellen‘ zu orientieren. Robert Stoller (1968), Mitglied eines Teams für das Fallmanagement intersexueller Menschen, ist der erste, der den Begriff *gender* derart verwendet, wie er heute noch gebräuchlich ist⁴⁸. Stollers Forschung fußt auf den Überlegungen seines Kollegen Harold Garfinkel, der „wichtige Paradigmen der Ethnomethodologie an Forschungsergebnissen über Hermaphroditen“ entwickelt (Dietze 2006: 48)⁴⁹. Stoller wie Garfinkel setzen mit ihrer Arbeit die Studien des Psychologen John Money fort, alle arbeiten in einem Team aus Expert_innen für das ‚Fallmanagement‘ Intersexueller (vgl. Ebd.; Eckert 2010). Money führt zuvor gemeinsam mit Joan Hampson und später auch John Hampson Forschungen an intersexuellen Menschen durch und arbeitet dabei Be-

46 Für eine ausführliche Betrachtung von Freuds Theorie mit Blick auf die Rezeption durch die Baltimorer Forscher_innen siehe Eckert 2010: 26ff.

47 Dieser und der folgende Abschnitt basieren auf Überlegungen, die ich in einem bereits erschienenen Artikel vorgestellt habe (vgl. Gregor 2014).

48 Vgl. dazu Dietze (2006); Money spricht zuvor von *sex* und *gender role* (vgl. Eckert 2010: 21ff).

49 Garfinkels in der Geschlechterforschung breit wie positiv rezipierte *Studies in Ethnomethodology* sind Ergebnis dieser Forschungen (vgl. ebd.).

handlungsmaßstäbe für die ‚Vereindeutigung‘ von Geschlecht heraus: Klöppel bezeichnet dieses Modell als BALTIMORER BEHANDLUNGSKONZEPT.

Inhalt

Der wichtigste Faktor für eine gelungene Identifizierung mit einem Geschlecht sind nach diesen Ergebnissen nicht biologische Aspekte, sondern die Zuweisung (*gender assignment*) zu einem der Geschlechter (vgl. Dietze 2003: 15f.). Eingriffe in den intersexuellen Körper werden daraufhin mit Bezugnahme auf die Ausführungen Freuds zur *konstitutionellen Bisexualität* legitimiert (vgl. Eckert 2010: 27). Die Psychiater_innen führen Forschungen an über 100 intergeschlechtlichen Menschen durch und arbeiten dabei Behandlungsmaßstäbe für die ‚Vereindeutigung‘ von Geschlecht heraus. Diese Überlegungen führen zur *gender-imprinting-theory* und der damit verknüpften *optimal gender policy* (OGP): Die *gender-imprinting-theory* besagt, dass das Aussehen der Genitalien für die psychosexuelle Entwicklung von maßgeblicher Bedeutung sei, da die Eltern eines Kindes dieses unter Rückbezug auf die Geschlechtlichkeit seiner Genitalien erziehen und so sein Geschlechtsverständnis prägen würden. Da die psychosexuelle Entwicklung nach dem dritten Lebensjahr weitgehend geprägt sei, sollten Geschlechtsumstellungen vorher erfolgen, um einer ansonsten „unausweichlichen Traumatisierung durch die Beibehaltung ambiger Genitalien“ (Dietze 2003: 16) vorzubeugen. Idealerweise sollten die Genitalien ebenfalls in dieser Zeit zugerichtet werden.

Theoretische Grundlage für derartige Maßgaben war eine Trennung des Erziehungsgeschlechts vom Körpersgeschlecht, die Trennung von *sex* und *gender role*. Das psychosoziale Geschlecht erscheint vom biologischen abkoppelbar, indem vor allem Erziehung und soziale Prägung (*imprinting*) als entscheidend herausgestellt werden. Diese Prägung findet laut Money, Hampson und Hampson in den ersten beiden Lebensjahren statt⁵⁰. Da mit der Annahme der sozialen Determination des Geschlechts eine Willkürlichkeit der *gender role* annehmbar wäre, zogen die Forscher_innen die Genitalien als versicherndes Zeichen zur Entwicklung der Geschlechtsidentität heran. Die Genitalien wurden so zum Scharnier zwischen medizinischer Theorie und medizinischer Praxis: Die Genitalien, als männlich oder weiblich diagnostiziert (und/oder zugerichtet), sind *der* Orientierungspunkt für die soziale Interpretation. Die soziale Prägung und die biologische Grundlage werden zudem analogisiert, indem beiden Aspekten ähnlich tiefgreifende Langzeitwirkungen zugeschrieben werden. (Vgl. Klöppel 2010: 307ff.)

50 „From 1955 to 1957 the *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital* published six articles on so-called hermaphroditic conditions including an article on ‚Recommendations Concerning Assignment of Sex‘ by the authors John Money, Joan Hampson and John Hampson

Mit dieser Annahme geht einher, dass es, überspitzt ausgedrückt, letztendlich unerheblich ist, welches Genital angelegt wird, wenn die anschließende Erziehung entsprechend ausgerichtet wird. Während also im 18. Jahrhundert die Zuweisungspraxis vor allem nach dem Grundsatz *in dubio pro masculo* funktioniert hatte (s.o.), gilt nun der Grundsatz der chirurgischen Machbarkeit. Michel Reiter (1998) zitiert einen oft verwendeten Satz in der Beschreibung der Zuweisungspraxis unter Bezugnahme auf die *gender-imprinting-theory*: „It's easier to make a hole than to built a pole“ (ebd.). Da es technisch einfacher ist, eine Neo-Vagina herzustellen als einen Penoiden, werden Kinder häufiger zu Mädchen gemacht. Die *optimal gender policy* sollte eine ‚angemessene Umsetzung‘ der theoretisch begründeten geschlechtlichen Zuweisung intergeschlechtlicher Kinder ermöglichen und die Entscheidung unterstützen, welchem Geschlecht sie zuzuordnen seien. Diese Zuweisung eines Geschlechts sollte frühestmöglich geschehen, eine operative Angleichung an ein Geschlecht möglichst vor dem zweiten Lebensjahr erfolgen. Der Erfolg der Zuweisung basiert auf der Geheimhaltung der Diagnose gegenüber de_r Betroffenen ebenso wie das Verschweigen der Gründe für in der Kindheit erfolgten operativen Maßnahmen und Hormongaben (vgl. Money/Hampson/Hampson 1957). Wenn auch zum Teil und aufgrund der kritischen Stimmen intergeschlechtlicher Menschen zunehmend hinterfragt (vgl. Brinkmann et al. 2007: 130f.), ist sie bis heute Teil der medizinischen Auseinandersetzung mit Intergeschlechtlichkeit. Lena Eckert problematisiert das Vorgehen der Baltimorer Forscher_innengruppe wie folgt: „The scientific processes, which define the pathological, work from the assumption of the normal but in the same vein install the norm via pathologization.“ (Eckert 2010: 22f.)

Exkurs II: David Reimer

Ein oftmals angeführtes und auch deshalb mittlerweile so prominentes Beispiel für die Wirkungsweise der Behandlung stellt hier David Reimer dar.⁵¹ Reimer wird

(Volumes 96/6, 97/4, 98/1). [...] [T]his publication series marks the ‚birth‘ of the new treatment paradigm installed in intersexualization.“ (Eckert 2010: 20)

51 Für die vorliegende Arbeit ist eine kurze Rekonstruktion des Falles insofern von Bedeutung, als dass Feministinnen der 1960er und 70er Jahre die Veröffentlichungen von Money dankbar aufnahmen, ohne nach der Genese des *gender*-Konzepts zu fragen. Dietze (2006) führt Gayle Rubin als erste Theoretikerin an, die den *sex/gender*-Dualismus 1975 produktiv für die feministische Theorie wendet (ebd.: 47), Colapinto nennt Kate Millet (1970) als die erste, die den ‚erfolgreichen‘ Zwillingsfall als Beleg für die soziale Konstruktion von Geschlecht heranzieht (vgl. Ebd.: 9) und Cregan (2012) meint, dass generell Ann Oakley als die 1972 erste Soziologin gewürdigt wird, die für die *sex/gender*-Dichotomie argumentiert (vgl. Ebd.: 90). Judith Butler (2009) belegt in ihrem Artikel *Jeman-*

1965 als Bruce geboren. Bei ihm und seinem Zwillingsbruder wird eine beeinträchtigende Vorhautverengung diagnostiziert, die behoben werden muss. Die Operation wird mit einem Elektrokauter durchgeführt, einem Gerät, das durch einen kurzen, intensiven elektrischen Strom das Gewebe durchtrennt und verödet. Der Penis von Bruce wird bei dem Eingriff irreparabel beschädigt. Die Eltern suchen daraufhin Hilfe bei John Money, der auf der Basis der *gender-imprinting-theory* eine Zuweisung zum weiblichen Geschlecht durchführt: „Dr. Money was, indeed, listening. But then, Linda's cry for help was one that he might have been waiting for his entire professional life“ (Colapinto 1997: 3). Bruce erhält daraufhin den Namen Brenda und wird von den Eltern als Mädchen erzogen. Gleichzeitig werden die Zwillinge regelmäßig von Money in Therapiesitzungen begutachtet und psychologisch ‚begleitet‘. Colapinto (1997) beschreibt diese Zeit als „12-year program of social, mental and hormonal conditioning“ (ebd.: 1)⁵². Diese Begleitung umfasst auch Methoden wie die *Coital Mimikry*: „John Money befahl den sechs bis zehnjährigen Zwillingen [...] mehrfach, sich auszuziehen und forderte von dem Bruder, an seiner Schwester, die keine Vagina hatte, spielerisch Beischlafbewegungen auszuführen, damit sie sich mit ihrer Gender-Rolle anfreunde“ (Dietze 2003: 17) – hier wird die tragende Rolle und ‚Scharnierfunktion‘ der Genitalien für Moneys Theorie empirisch deutlich (Dietze spricht hier gar von „magischer Fixierung“, ebd.: 18). Brendas Prägung will jedoch nicht so recht gelingen: Mit 14 bricht Brenda⁵³ die Hormontherapie ab und beschließt den Geschlechtswechsel. Die Behandlung durch Money stoppt und der behandelnde Endokrinologe empfiehlt nach einer Sitzung mit Brenda, Brenda die Geschichte über Brendas Geschlecht zu erzählen. Die Eltern berichten den Zwillingen daraufhin von den Vorkommnissen bei der Beschneidung.

dem gerecht werden ihre Performativitätstheorie am Fall David Reimer und kritisiert das Vorgehen der beteiligten Wissenschaftlerinnen: „Es könnte in der Tat nützlich, wichtig und sogar gerecht sein, über einige Dinge nachzudenken, ehe wir eine Entscheidung treffen und ehe wir sicher sein können, dass überhaupt an uns ist, zu entscheiden“ (ebd.: 116).

- 52 Colapinto, John (1997): The True Story of John/Joan. Erstmals erschienen in *The Rolling Stone*, Dezember 11. S. 54-97, noch verfügbar unter <http://www.healthyplace.com/gender/inside-intersexuality/the-true-story-of-john-joan/> (Februar 2013). Die Geschichte findet sich dort auf 20 Einzelseiten, im Folgenden benutze ich diese für den Beleg von Inhalten aus dem Artikel.
- 53 Mit der Vermeidung von Personalpronomen möchte ich eine unangemessene geschlechtliche Verortung von David Reimer im Prozess der vergeschlechtlichenden Zugriffe umgehen. Zum ‚pronomenlosen Sprachhandeln‘ findet sich eine ausführliche Begründung in Kapitel III.

Brenda wechselt auch öffentlich zurück in das Geburtsgeschlecht, nennt sich von nun an David. Später heiratet er eine Frau mit zwei Kindern.

Im Interview bewertet David seine biographischen Erlebnisse durch das Baltimorer Behandlungskonzept:

„It was like brainwashing“, he is saying now as he lights a cigarette. „I'd give just about anything to go to a hypnotist to black out my whole past. Because it's torture. What they did to you in the body is sometimes not near as bad as what they did to you in the mind – with the psychological warfare in your head. (David Reimer in Colapinto 1997: 1)

Auch seine Perspektive auf die Verantwortlichkeiten für diese Erlebnisse formuliert er:

„My parents feel very guilty, as if the whole thing was their fault,“ John says. „But it wasn't like that. They did what they did out of kindness, and love and desperation. When you're desperate, you don't necessarily do all the right things.“ (David Reimer in Colapinto 1997: 2)

Reimer spricht seine Eltern hier von einer Verantwortung für die Emotionen und Gedanken frei, die er zum Zeitpunkt des Interviews als Folgen der Therapie durch John Money mit dieser verbindet. Diese jedoch enthalten starke negative Wertungen und verweisen auf eine krisenhafte Biographie aufgrund des Verschweigens von Davids Geburtsgeschlecht. Money hingegen stellt in seinen Veröffentlichungen bis 2000 wiederholt heraus, dass das Experiment ein Erfolg gewesen sei (vgl. Ebd.; Eckert 2010: 20).

Der ‚FALL‘ BRUCE/BRENDA (oder maskiert durch Colapinto: JOHN/JOAN,) ist heute ein häufig angeführter Beleg für die falschen Prämissen der *gender-imprinting-theory* und damit der frühkindlichen Geschlechtszuweisung – auch und bereits ohne Operationen. Er zeigt aber auch, auf welche Weise sich der Medizindiskurs eine bedeutende Position in den biographischen Konstruktionen von frühkindlich einem Geschlecht zugewiesenen Personen erhält. Zwar handelt es sich bei David noch um eine psychologische Zurichtung, in der Folge wird diese jedoch mit einer chirurgischen verschränkt.

Einordnung und Verbreitung des Konzepts

Die *gender-imprinting-theory* ist die Grundlage für eine als Bewertungsmaßstab herangezogene strikte Heteronormativität des medizinischen Diskurses. Kathrin Zehnder (2010) arbeitet in ihrer Dissertation zudem heraus, dass der Erfolg einer Geschlechtszuweisung maßgeblich davon abhängig gemacht wird, ob die zugerich-

tete Person ein heterosexuelles Begehen entwickelt (vgl. Ebd.: 93ff.)⁵⁴. Suzanne J. Kessler (1998) führt an, dass den Betreffenden Eingriffe während der Adoleszenz typischerweise als Korrekturen von ‚Fehlbildung der inneren Geschlechtsorgane‘ aufgrund ‚hormoneller Defekte‘ erklärt werden und nicht berichtet wird, dass sich die Organe aufgrund ihres Chromosomensatzes gar nicht entwickeln konnten; Begriffe wie ‚abnormal‘, ‚Störung‘, ‚Krankheit‘ oder ‚Hermaphroditismus‘ werden vermieden, wenn es um die Beschreibung der Symptome geht (vgl. Ebd.: 29f.): „In sum, the adolescent is typically told that certain internal organs did not form because of an endocrinological defect, not because those organs could never have developed in someone with her or his sex chromosomes“ (ebd.: 30). Die Durchführung normierender Eingriffe möglichst umgehend nach einer entsprechenden Diagnose (egal, in welchem Alter) stützt sich auf die Prämisse der Notwendigkeit eines kongruenten Geschlechts für die Entwicklung oder den Erhalt einer ‚gesunden‘ (weiblichen oder männlichen) Geschlechtsidentität.

Das Baltimorer Behandlungskonzept mit all seinen praktischen Implikationen (Operationen, Medikamentengabe, jahrelange psychologische Beobachtung etc.) leitet die *Ära der Genitalien* (Dietze 2003: 15) ein⁵⁵ – und damit einen paradigmatischen Wandel im Umgang mit intergeschlechtlichen Menschen. Das Modell der Baltimorer Forscher_innen wird in den USA bereits 1956 ausgezeichnet mit dem *Hofheimer Preis* der *American Psychiatric Association* und wird in der Folge auch im deutschsprachigen Raum aufgenommen: Nach anfänglichen Vorbehalten etwa von Seiten der Hamburger Universitätskinderklinik setzt sich das Behandlungsprogramm im Zuge der 1960er Jahre als „zumindest implizite Grundlage der Diskussion“ (Klöppel 2006: 235) durch (vgl. auch dies. 2010: 336; 538).

54 Unter den Artikeln befindet sich das *Chicagoer Consensus Papier* (2006) nicht; dort wird explizit betont, dass Homosexualität kein Zeichen für falsche Zuweisung ist: „Thus homosexual orientation (relative to sex of rearing) or strong cross-sex interest in an individual with DSD is not an indication of incorrect gender assignment.“ (Hughes et al. 2006: 554)

55 Dreger (1998) spricht vom *Age of Surgery*.

Nachhall

Das Baltimorer Konzept ebnnet den Weg für die präventive Behandlung zwischen-geschlechtlicher Menschen (möglichst: Kleinstkinder) zur aktiven Steuerung der psychosexuellen Entwicklung und Normalisierung des Geschlechts⁵⁶ (vgl. Klöppel 2010: 538f.). Bis heute finden sich Maßgaben der *optimal gender policy* im medizinischen Umgang mit Intergeschlechtlichkeit (vgl. Schweizer/Richter-Appelt 2012: 99ff.) und nehmen „MedizinerInnen und PsychologInnen [...] intergeschlechtliche Menschen weiterhin vor allem als Forschungsobjekte wahr und nicht etwa als Expert_Innen in eigener Sache“ (Klöppel 2010: 602). Dies deutet auch ein Zitat des Mediziners Martin Westenfelder im Rahmen des *Online-Diskurses* des Deutschen Ethikrates über den Umgang mit intergeschlechtlichen Menschen an:

Bei Betroffenen ist es wichtig, ihre Meinung und Erfahrung zu hören, zu verstehen und in den Denkprozess zu integrieren. Aber auch Betroffene können nur von sich berichten und nicht über DSD⁵⁷ urteilen, außer sie haben sich wissenschaftlich, z.B. als Arzt, ausgebildet und mit dem Thema beschäftigt. Das DSD- Phänomen [sic] ist zu komplex und zu sensibel, um generelle Meinungen dazu zuzulassen oder nach Meinung von Gruppen [gemeint sind nicht-medizinische; ag] Entscheidungen zu fällen. (Westenfelder 2011a)

56 An dieser Stelle zeigt sich noch einmal der Mehrwert der Verwendung des Begriffs *Geschlecht* statt *gender*: Die Normalisierung von Geschlecht kann hier als Beschreibung für eine Normalisierung auf mehreren Ebenen gelesen werden: Es geht nicht nur um die Normalisierung des sozialen Geschlechts, es geht ebenso um die Normalisierung der Genitalien – weshalb Dietze (2003) denn auch von der „Ära der Genitalien“ (ebd. 15) spricht, wenn sie sich auf die Zeit des Baltimorer Behandlungskonzepts bezieht. Einmal mehr um die Ecke gedacht erfasst diese Beschreibung auch die Normalisierung der Vorstellung von Familie – die eben nur dann funktioniert, wenn beide Beteiligte heterosexuell und gegengeschlechtlich zueinander positioniert sind.

57 DSD ist das Kürzel für *Disorders of Sex Development*; Westenfelder übersetzt den Terminus im angeführten Artikel mit ‚Störungen der sexuellen Differenzierung‘ – da *sex* das körperliche Geschlecht meint, kann diese Übersetzung als eine inhaltlich vollkommen falsche Auslegung des Terminus‘ gelesen werden (der eigentlich für *Störungen der Geschlechtsentwicklung* steht und nichts mit einer sexuellen Entwicklung oder Differenzierung zu tun hat) – ich vermute jedoch, dass sich in dieser ungenügenden Begriffsdifferenzierung die nahezu untrennbare (und hochproblematische) Verschränkung von Körper, Geschlecht und Sexualität zeigt, die der Medizindiskurs über die Zeit für sich etabliert und verselbstverständlicht hat. Zur inkonsistenten Verwendung und Übersetzung von DSD im deutschsprachigen Raum siehe I.3.3.

Westenfelder verteidigt den Medizindiskurs als exklusiven Raum, in dem die Rekrutierung intern kontrolliert wird und der sich so als Körperschaft konstituiert, die die Kriterien ihrer Kompetenz selbst festlegt (vgl. Foucault 2011: 92). Er rekurriert also dieell auf allgemeine Werte des Medizindiskurses, die bereits im 18. Jahrhundert mit der wachsenden Relevanz der Medizin als Wissenschaft vom Menschen mit ihrer Basis auf christlichen Werten und Handlungsgeboten entstanden – und deren Wirksamkeit mit solchen Äußerungen bis heute verteidigt wird. Auch gegenwärtig finden sich im medizinischen Diskurs Positionen, die die operative Geschlechtsveränderung intergeschlechtlicher Neugeborener in den ersten Lebensjahren aus psychologischen Gründen für notwendig erachten – und damit in der Tradition der *optimal gender policy* stehen.

Seit den 1990er Jahren werden Stimmen intergeschlechtlicher Menschen hörbar, die die bis dahin unhinterfragte und hegemoniale Stellung der Medizin im Umgang mit Intergeschlechtlichkeit (als ‚Intersexualität‘) scharf kritisieren. Um Intergeschlechtlichkeit, schreibt Barbara Jane Thomas 2005,

wird viel medizinische Aktivität entfaltet. Unter medizinischer Aktivität verstehe ich ‚Heilung von Krankheit‘. Aber es fragt sich, ob der Begriff ‚krank‘ im Sinne von körperlich, seelisch oder geistig nicht gesund bei Intersexuellen grundsätzlich zutreffend ist, es sei denn, man hat es mit Phänomenen wie dem Salzverlust bei AGS⁵⁸ zu tun. (ebd.: 20)

Die Aktivität, die gegenwärtig um das Phänomen entfaltet wird, beschränkt sich spätestens seit der STELLUNGNAHME DES DEUTSCHEN ETHIKRATES (2012)⁵⁹ nicht mehr nur auf die medizinische, auch die Perspektiven intergeschlechtlicher Menschen selbst bekommen seither mehr Raum in der Diskussion. Es stehen komplexe Fragen zur Diskussion, die auf ein „ethisches Dilemma“ (Zehnder/Streuli 2009: 395) unserer Gesellschaft verweisen:

[W]as soll geheilt werden und warum? Die Wirklichkeit eines intersexuellen Körpers lässt sich nicht heilen wie Krebs oder Bronchitis. Ist ein korrigierter Intersexueller geheilt? Oder ist Intersex nicht letztlich unheilbar, weil es da nichts zu heilen gibt? Kann es sein, dass vor allem unsere Haltung gegenüber dieser Wirklichkeit der Heilung bedarf? (Thomas 2005: 20)

58 Es handelt sich hier um eine der wenigen Formen von ‚Intersexualität‘, mit deren Ausbildung Entwicklungen einhergehen, die ohne medizinische Hilfe lebensbedrohlich sein können.

59 Im Folgenden: Ethikrat 2012.

Durch die öffentlichen, medialen⁶⁰ Auseinandersetzungen um die Medikalisierung und Pathologisierung intergeschlechtlicher Körper kommt der Medizindiskurs in letzter Konsequenz nicht umhin, seine Position ebenfalls öffentlich zu reflektieren, wenn beispielsweise im Rahmen solcher Auseinandersetzungen kritische Nachfragen an Fachärzte herangetragen werden oder interdisziplinäre Sammelbände wie *Intersexualität kontrovers* von Katinka Schweizer und Helga Richter-Appelt erscheinen; ein „interdisziplinären Buch mit internationaler Beteiligung“ (ebd.: 13), das den Anspruch hat, „Fragen aufzuwerfen, neu zu stellen und damit zu einer weiterführenden Diskussion anzuregen“ (ebd.: 15), indem Beiträge aus medizinischer wie medizinkritischer Perspektive bereitgestellt werden.

60 Es entstehen seit 2009 vermehrt kritische Reportagen und Dokumentationen zum Thema und sogar zwei Folgen des *Tatort* wurden seither darüber gedreht („Zwischen den Ohren“ ausgestrahlt am 18.09.2011 und „Skalpell“ am 28.05. 2012). Dieser Trend erhöht die Sicht- und Sagbarkeit des Phänomens und schafft so Bedingungen der Möglichkeit von Veränderungen.

2. ZWISCHENFAZIT: GRENZPOSTEN DER GESCHLECHTER?!

Simone De Beauvoir (1968) stellt die „Spaltung der Individuen in Männchen und Weibchen [...] als eine gleichzeitig unabänderliche und doch zufällige Tatsache“ (ebd.: 25) heraus und verweist damit bereits implizit auf die Willkürlichkeit der (kulturellen) Zweigeschlechtlichkeit, die ihrer Meinung nach keine zwingende Folge der Arterhaltung darstellt: „Die Tatsache bleibt deswegen nicht weniger bestehen, daß ein Bewußtsein ohne Körper, ein unsterblicher Mensch absolut undenkbar sind, während man sich eine Gesellschaft vorstellen kann, die sich durch Parthenogenese fortpflanzt oder aus Hermaphroditen besteht“ (ebd.: 26). Zwar bezieht sie sich nur implizit auf den menschlichen Hermaphroditismus, wenn sie zur Illustration ihrer Thesen Pflanzen und niedere Tiere heranzieht (ebd.: 8); in ihren Schlussfolgerungen stellt sie jedoch heraus: „Im übrigen ist die Menschheit etwas anderes als eine Gattung, sie ist ein geschichtliches Werden“ (ebd.: 668) – und das gilt, das sollten die Ausführungen in I.1 gezeigt haben, eben auch für die Form der gegenwärtigen Unterteilung in zwei Geschlechter. Foucault (1983) arbeitet neben dem geistigen Anormalen und dessen Zurichtung und Organisation durch die Psychiatrie auch für das körperliche Geschlecht heraus, dass eine Vereindeutigung der geschlechtlichen Zweideutigkeit – ein Mensch ist *entweder* Mann *oder* Frau, nie beides – der gesellschaftlichen Zurichtung im Sinne der BIO-MACHT dient: Sex⁶¹ „bildet das Scharnier zwischen den beiden Entwicklungsachsen der politischen Technologie des Lebens“ (ebd.: 140), der Bevölkerungsregulierung und der Disziplinierung des Körpers.⁶²

Die heutige ‚Schulmedizin‘ etablierte sich durch die Kontrolle zu lernender Inhalte mittels kanonisierter, universitärer Ausbildung einerseits und die Reglementierung ärztlicher Praxis mittels religiöser Dogmatik andererseits. Hier sind, wie oben bereits angedeutet, zunächst und insbesondere christliche Werte ein Orientierungsrahmen (vgl. Bochnik 1985) – Heinz-Jürgen Voß’ (2012) Ausführungen untermauern dies auf einer weiteren Ebene, wenn er zeigt, dass sich „Moralvorstellungen zum geschlechtlichen und sexuellen Umgang mit Menschen etablierten und befestigten“, indem die Kirche „zu der Instanz [wurde], die über das Geschlechtliche und das Sittliche betreffende Fragen zu befinden hatte“ (ebd.: 25). Sie setzt sich fort als Praxis der Beherrschung von Natur unter Berufung auf aufklärerische Wer-

61 Immer verstanden als heterosexueller Akt.

62 ...zu einem kapitalistisch verwertbaren; vgl. ausführlicher beispielsweise Foucault 1976: 107ff.

te⁶³: Zygmunt Bauman (1995) arbeitet die Praxis der Kategorisierung zur Beherrschung der Ambivalenz als Akt des Zwangs und der Gewalt heraus und zeigt, dass die der wissenschaftlichen Praxis inhärente „erfreuliche[] Vision der Kontrolle, Verwaltung und Verbesserung der Dinge (d.h. von der Vision, sie fügsamer, gehorsamer dienstwilliger zu machen“ (ebd.: 57) gerade in der Medizin mittels der „Mystik der weißen Kittel“ (Simpson 1988 zit. n. Bauman 1995: 59) als Rationalität legitimiert werden kann. Fritz Schütze (2013) bezeichnet diesen Mechanismus des innerhalb des Diskurses zirkulierende und für Außenstehende nur schwer zugängliche Wissen als „Sonderwissen eines geschlossenen Sinnbezirks beziehungsweise einer höhersymbolischen Sinnwelt“ (ebd.: 227). Er stellt heraus, dass die medizinischen „Prozessbewegungs- und Verursachungsmechanismen‘ als ganz spezifische Erklärungsgesichtspunkte“ die „gelebte Gesamtgestalt der Fallproblematik beziehungsweise Krankheitsproblematik mit ihrer lebensgeschichtlichen und existenzweltlichen Einbettung notgedrungen ausblenden“ müssen (ebd.). Die Geschlossenheit des Diskurses, seine Binnenlogik ebenso wie die Praxen der Rekrutierung neuer Mitglieder und die Reproduktion und Sicherung des MACHT-WISSENS⁶⁴ nach außen sind charakterisierende Merkmale des medizinischen Diskurses als hegemoniale Instanz für die Ausübung einer Wissenschaft vom Menschen. Diese Geschlossenheit ist *ein* Aspekt, den es bei der Auseinandersetzung mit dem Wesen der Medikalisierung von Intergeschlechtlichkeit zu bedenken gilt; es ist aber nicht der einzige.

Der medizinische Umgang mit Intergeschlechtlichkeit ist mit Bauman (1995) ein Symptom der gesellschaftlichen Praxis, Unentschiedenheit zu tilgen. Hier materialisiert sich in einem speziellen Feld das Bestreben des zuständigen hegemonialen Diskurses, der Angst, die sich mit der Erfahrung der Ambivalenz einstellt, mit Klassifizierung zu begegnen, die (vermeintliche) Ordnung herstellt und die etablierte gesellschaftliche Struktur erhält (vgl. Ebd. 13f.). Seit dem 20. Jahrhundert verharrt diese Tilgung der Ambivalenz, gleichsam ‚diskursiv verordnet‘, nicht mehr nur auf der Ebene der Katalogisierung und Benennung⁶⁵: Nun wird „die Idealität

63 Vgl. zuerst: Adorno/Horkheimer 2004; ich beziehe mich hier jedoch auf Zygmunt Bauman (1995), der mit *Moderne und Ambivalenz* „versucht, historisches und soziologisches Fleisch um das Skelett der ‚Dialektik der Aufklärung‘ zu hüllen“ (ebd.: 32).

64 Foucault (2011) führt all diese Punkte in *Die Geburt der Klinik* aus. Zudem sei zur tiefergehenden Lektüre des Foucaultschen Macht/Wissen/Subjekt(ivierung)-Komplex auf dessen Ausführungen in *Überwachen und Strafen* (1995) verwiesen, die er dort auf den Seiten 39ff. vornimmt ebenso wie auf seinen Artikel *Subjekt und Macht* (1982).

65 Zwar sind Klitorisreduktionen oder Eingriffe in den Bauchraum intergeschlechtlicher Menschen bereits zu früherer Zeit nachweisbar, dieser Umgang entsprach jedoch nicht

einer geschlechtsspezifischen Morphologie buchstäblich dem Fleisch eingraviert“ (Butler 2009: 92). Mit der ‚medizinischen Erfindung des sex‘ (siehe I.1.4) verlagert sich der Fokus bei der Zuordnung zwischengeschlechtlicher Menschen explizit auf den Körper. Während es zuvor Praktiken gab, die als *GENDERED TREATMENT* bezeichnet werden könnten, weil sie sich zumindest in der letztendlichen öffentlichen Performance ausschließlich auf der sozialen Ebene bewegten (und also unabhängig vom Körper die Wahl des Geschlechts den betreffenden Menschen überlässt, sie vereidigt und die Entscheidung an das Tragen der entsprechenden Kleidung bindet), transformiert der Umgang sukzessive zu einem *SEXED TREATMENT*: Praktiken auf der sozialen Ebene werden in Abhängigkeit zur medizinischen Zuordnung des Körpers definiert und gegebenenfalls mit Hilfe psychologischer Theorien pathologisiert (s. I.1.6).⁶⁶ Der medizinische Umgang mit Ambivalenzen des Körpersgeschlechts – die operative Zurichtung ambivalenter Körper zu einem ‚eindeutigen‘ – wird zum Problem, weil nicht nur qua medizinischer Diagnose keine andere Option zulässig ist. Alternativen wurden (und werden bis heute) aus dem Bereich des (sozial) Leb-baren gedrängt, die umfängliche Zuständigkeit für diese Ambivalenz wurde dem Medizindiskurs über die Zeit zugeschrieben und wird weiterhin nur marginal kritisch verhandelt. Lena Eckert (2013) vertritt die Position, Intergeschlechtlichkeit sei „kein Phänomen, vielmehr das Reden über intersex* und das Bestreben intersex* zu definieren, sind das Phänomen“ (ebd.: 157). Ich halte ihre Analyse insofern für richtig und wichtig, als dass erst die Medikalisierung der Geschlechtszuweisung zu einem Reden über und Einordnen von Intergeschlechtlichkeit geführt hat. Sprache hat aber performativen Charakter: Der medizinische Diskurs hat in letzter Konsequenz ein soziales Phänomen *materialisiert*, indem eine diskursive Regulierung installiert wurde. Die Rolle des (in sich geschlossenen und sich selbst reproduzierenden) Medizindiskurses als machtvolle Instanz in der Definition und ‚Behandlung‘ intergeschlechtlicher Menschen ist die einer ‚EXEKUTIVE‘ FÜR DIE UMSETZUNG GESELLSCHAFTLICH VERHANDELTER UND DURCHGESETZTER GESCHLECHTER-NORMEN AM KÖRPER.

Die Ambivalenz wird zugunsten klar abgegrenzter und definierbarer Gruppen mit medizinischen Mitteln getilgt. Es werden in jedem dokumentierten Zeitab-

den damals als üblich geltenden Praktiken. Erst mit dem Baltimorer Behandlungskonzept werden obligatorische medizinische Zugriffe paradigmatisch.

66 Das könnte einer der Gründe sein, warum sich in der Folge auch der Psychologie-Diskurs als weiterer Expert_innen- oder unterstützender Diskurs um Intergeschlechtlichkeit etabliert: Nach den ‚paradigmatischen‘ Arbeiten der Psycholog_innen Money/Hampson/Hampson und deren direkter Nachfolger Stoller können dazu aktuell Hertha Richter-Appelt und Katinka Schweizer gezählt werden. (Vgl. dazu exemplarisch meine ausführliche Rezension von Schweizer/Richter Appelt 2012; Gregor 2013)

schnitt unterschiedliche Maßgaben angelegt, welche Kriterien über die Geschlechtlichkeit einer Person entscheiden und wie mit Intergeschlechtlichkeit umzugehen sei. Dabei werden diese mit jeder technischen Entwicklung immer detaillierter ausformuliert und die Einheiten, die als Indikatorinnen für das eine, andere oder *dritte* Geschlecht herangezogen werden, immer kleiner: Vom Aussehen der primären und sekundären Geschlechtsmerkmale eines Körpers (Frühe Neuzeit) verlagert sich der Blick zunächst und mit Hilfe der Obduktion vom Äußeren auf das Innere, dies führt zu einer Naturalisierung und durchgehenden Pathologisierung zwischen-geschlechtlicher Körper (Aufklärung). Sie werden hier erstmals als Modelle herangezogen, an denen das ‚wahre‘ Geschlecht des Körpers herausseziert wird. Lena Eckert (2010) stellt heraus, dass der wissenschaftliche Prozess, der das Pathologische definiert, vom Normalen ausgeht, gleichzeitig jedoch die Norm erst über die Pathologisierung herstellt (vgl. Ebd.: 22f) – die Vermessung, Einordnung und Katalogisierung DES DRITEN ALS ZUSTAND EINES ‚DAZWISCHEN‘ wie auch schon zu diesem Zeitpunkt dessen vereinzelte Zurichtung wird hier erstmals zur Bedingung der Möglichkeit einer Ausformulierung der *Grenze* zwischen männlichem und weiblichem Körper. Die Definition und Erforschung des Anormalen dienen hier der Rahmung dessen, was als Normales gelten kann. Die Zwitter der Aufklärung erfüllen eine Doppelfunktion: Während ihre Körper selbst als anormal und damit weibliche und männliche Körper als normal klassifiziert werden können, ermöglicht die Erforschung des zwischengeschlechtlichen Körpers darüber hinaus die Grenzziehung zwischen den zwei Komponenten der nun *ausschließend*-dichotom definierten Kategorie. Die Erkenntnisse über Zwitter werden herangezogen, um die Grenzen zwischen männlichem und weiblichem Körper zunächst zu etablieren und in der Folge diese Linie immer tiefer zu ziehen, indem immer kleinere und feinere Einheiten zur Bestimmung des Geschlechts herangezogen werden – von den Gonaden (19. Jh.) über Hormone und Gene (19./20. Jh.) bis zu den Botenstoffen, die Gene aktivieren (20./21. Jh.). Die immer weiter gehende Vergeschlechtlichung von immer kleineren Körperkomponenten deutet das Problem, das sich im Umgang mit Ambivalenz ergibt, bereits an:

Und doch sind die Anwendung solcher Kriterien und die Aktivität, deren Fortschritt sie überwachen sollen, letztlich die Quellen der Ambivalenz und die Gründe, die es äußerst unwahrscheinlich machen, daß Ambivalenz jemals wahrhaft ausstirbt, wie groß das Ausmaß und die Leidenschaft der strukturierenden/ordnenden Anstrengung auch immer sein mag. (Bauman 1995: 15)

Ambivalenz ist das Konstituens für Ordnung, *Zwischenkörpergeschlechtlichkeit wird zum Konstituens für eine klar dimensionalisierte Zweikörpergeschlechtlichkeit* – seine Klassifikation als Pathologie des Normalen ist die Ordnung des Chaos. Da es ohne Chaos *per definitionem* aber keine Ordnung geben kann, sind beide

existenziell voneinander abhängig – und bilden dennoch keine Symmetrie. Das Verhältnis zwischen Zweikörpergeschlechtlichkeit und ihrem Außen ist eines von „*Subjekt* und *Objekt*, [...] von Herrschen und Beherrschtwerten“ (Bauman 1995: 75; Herv.i.O.). Alles, was nicht der Ordnung der Gesellschaft (also ihrer STRUKTUR) unterworfen ist, ist Natur, die es zu beherrschen gilt, die „aus dem Zustand der Formlosigkeit in eine Form überführt werden muß“ (ebd.: 20). Diese Überführung bedeutet (wissenschaftliche) Anstrengung und Gewalt.

3. TRANSFORMATION ODER STAGNATION? AKTUELLE POSITIONEN DES MEDIZINDISKURSES

Zehnder (2010) untersucht in ihrer Studie *Zwitter beim Namen nennen* „zwei unterschiedliche Diskursfelder bezüglich ihrer Deutung von Intersexualität“ (ebd.: 40; Herv. ag). Während ihre Analyse der medizinkritischen Perspektive intergeschlechtlicher Aktivist_innen in den folgenden Kapiteln noch zur Anwendung kommen wird, nehme ich hier den ersten Teil ihrer Studie, die kritische Rekonstruktion des medizinischen Diskurses, als Ausgangspunkt für eine kurze Bestandsaufnahme hinsichtlich möglicher Diskursverschiebungen im Umgang mit ‚Intersexualität‘ seit Erscheinen der Stellungnahme des Ethikrates. Anlass ist die breitere öffentliche Repräsentation und Diskussion des Themas auch in den Medien und die sich mir daraus ergebende Frage, in welcher Weise der medizinische Diskurs auf diese gesellschaftlichen Verschiebungen reagiert (hat). Nach der Ausführung der Ergebnisse aus Zehnders Untersuchung stelle ich kurz die Positionen des Ethikrates dar. Anschließend folgt die stichprobenhafte Darstellung medizinischer Positionen⁶⁷ in Aufsätzen, die zeitlich parallel zur oder nach der Stellungnahme erschienen sind. Ziel dieses Abschnitts ist eine (wenn auch kurзорische) Bestandsaufnahme zu den aktuellsten Ereignissen im und am ‚westlichen‘ Medizindiskurs⁶⁸ um Interge-

67 Es sei darauf hingewiesen, dass es sich explizit nicht um eine Analyse des Diskurses, sondern um die Darstellung einiger Positionen von Mediziner_innen handelt, die nach der Stellungnahme des Ethikrates Aufsätze zum Thema veröffentlicht haben. Während ich einerseits Aufsätze von Mediziner_innen verwendet habe, die im Rahmen der Diskussion um Intergeschlechtlichkeit immer wieder als Expert_innen herangezogen werden, habe ich andererseits darauf geachtet, kontrastierende Positionen einzubeziehen.

68 Inwiefern diese Verallgemeinerung für den Umgang mit Intergeschlechtlichkeit vorgenommen werden kann, sollte der Abschnitt 1.6 gezeigt haben; dass in „Gegenden, in denen die westliche Schulmedizin vorherrscht“ (Ghattas 2013: 19), intergeschlechtliche Menschen in ähnlicher Weise medizinisch pathologisiert und rechtlich nicht repräsentiert

schlechtlichkeit. Diese bedient sich für die Untersuchung aktueller Diskursbeiträge der bisherigen Ausführungen zur Entwicklung der Struktur des Medizindiskurses als *eine „Exekutive kultureller Körpernormen“ zur Wahrung normativer Geschlechtsvorstellungen* durch ihre stete (Re)Produktion als Folie.

3.1 Doing Sex

Zehnders Studie hat bereits den in der vorliegenden Arbeit erneu(er)t formulierten Anspruch, den Einfluss der Kritik intergeschlechtlicher Menschen am Medizindiskurs auf medizinische Veröffentlichungen herauszuarbeiten (vgl. Ebd.: 43f.). Sie stellt zunächst heraus, was mit den Ausführungen im ersten Teil dieses Kapitels historisch belegt und begründet werden wollte:

Im Diskursfeld der Medizin wird [...] davon ausgegangen, dass sich jedes Individuum nach bestimmten Kriterien zum männlichen oder weiblichen Geschlecht zuordnen lässt. Wenn diese Zuordnung aus irgendeinem Grund fragwürdig oder schwierig erscheint, besteht der Verdacht einer vorliegenden Intersexualität. (ebd.: 42)

Ihre Diskursanalyse bezieht sich auf Lehrmaterialien der Endokrinologie, Gynäkologie und Embryologie aus dem Jahr 2005, medizinische Fachtexte insbesondere aus den 1990er und 2000er Jahren sowie Leitlinien und Empfehlungen zum Umgang mit „Intersexualität“ aus den „einschlägigen Disziplinen“ (ebd.: 63). Diese „diskursiven Dokumente“ werden ergänzt durch vier Expert_inneninterviews mit Mediziner_innen aus der Endokrinologie und pädiatrischen Endokrinologie (vgl. Ebd.: 62). Dabei fragt sie nach den „Regeln und Normen der medizinischen Geschlechtsbestimmung, deren Zuordnungs- und Ausschlusskriterien“ (ebd.: 43), indem sie auch Kontroversen innerhalb des Diskurses untersucht. Ziel ist es, „anhand von Theorien des „Abnormen“ die Norm [zu] verstehen“ – Zehnder folgt damit notwendiger- wie konsequenterweise dem sinnlogischen Vorgehen der Medizin, deren Verständnis von Geschlecht (als Zweigeschlechtlichkeit) anhand seiner Abweichungen zu definieren und so die Verschiebung des sozialen Determinismus (in der Tradition Moneys) hin zu einem biologischen nachzuvollziehen.⁶⁹ Hier legt

werden, zeigt Ghattas Studie eindrücklich, deren Ergebnisse am Ende des Kapitels noch einmal explizit erläutert werden.

69 Auch dieser Binnenlogik des Diskurses liegt eine (erneuerte) Form der optimal gender policy zugrunde. Entwickelt von Heino Meyer-Bahlburg (1998) lautet diese wie folgt: 1. Die Reproduktionsfähigkeit soll (wenn überhaupt möglich) erhalten/hergestellt werden; 2. sexuelle Funktionsfähigkeit ist herzustellen; 3. dafür sollen nur minimale medizinische Interventionen erfolgen; 4. ein allgemeines geschlechtstypisches Erscheinungsbild muss

sie ein besonderes Augenmerk auf die Gründe für die ‚Theorie-Praxis-Abweichung‘: Die Verschiebung des Determinismus, so stellt sie heraus, habe keine praktische Verschiebung im Umgang mit ‚Intersexualität‘ nach sich gezogen (vgl. Ebd.).

Die Ergebnisse ihrer Diskursanalyse belegen empirisch und aktualisiert eben jene Eigenschaften des Medizindiskurses, die bereits Foucault (2011) herausarbeitet: Die Legitimation der Beforschung und Zurichtung des Anormalen⁷⁰ durch die Medizin als Wissenschaft vom Menschen und Geschlecht.

Gleichgültig, ob Intersexuelle als Stigmatisierte oder Verworfene, als unintelligibel oder ohne Existenzweise gesehen werden, sie erfüllen jedenfalls nicht die Bedingungen, unter denen ein Mensch aus medizinischer Sicht ins Leben entlassen werden kann. (Zehnder 2010: 402)⁷¹

Auch in den hier untersuchten Interviews finden sich verschiedene Schilderungen von medizinischen Interventionen, die von intergeschlechtlichen Aktivist_innen als unangemessen oder grenzüberschreitend eingeordnet werden (vgl. dazu insbesondere IV.1). Ebenso fragwürdig ist das geschilderte Vorgehen, seltene medizinische Phänomene für den medizinischen Nachwuchs zugänglich zu machen, etwa mit der Praxis, für die Erlangung des Facharzttitels Pflichteingriffe tätigen zu müssen, die einer angemessenen Prüfung der Notwendigkeit des operativen Eingriffes man-

herstellbar sein; 5. Ziel ist psychosoziales Wohlbefinden und eine stabile Geschlechtsidentität (Meyer-Bahlburg 1998 zit. n. Brinkmann et al. 2007: 130).

70 Vgl. Foucault 2007. Zur Normalisierung 71f.; explizite Ausführungen zum Hermaphroditen als Monster, „um welche[s] die Machtinstanzen und die Wissensfelder sich sorgsam reorganisieren“ (ebd.: 85), S. 92-107; pointiert zur Einführung der Disziplinierungstechniken mit Aufkommen der ‚Unkorrigierbaren‘ 424f. und 428f.

71 Diese Praxis lässt sich jedoch *rechtlich* schwerlich legitimieren. Darauf weist der Deutsche Ethikrat (2012) explizit hin, wenn in der Stellungnahme die Überschreitung des Rechts auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG) und das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung und Fortpflanzungsfreiheit (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) durch operative Eingriffe vor der Einwilligungsfähigkeit der betreffenden Personen verweist (vgl. Ebd.: 155). Des Weiteren weist er darauf hin, dass operative Eingriffe grundsätzlich den Straftatbestand und (zivilrechtlich) den Deliktstatbestand der Körperverletzung erfüllen, solange die betroffene Person nicht wirksam in den Eingriff eingewilligt hat (vgl. Ebd.: 146). Ohne die Entscheidungsfähigkeit der einwilligenden Person ist keine Einwilligung gegeben, dazu gehört auch, dass die betreffende Person vollumfänglich über den Eingriff und alle möglichen Folgen und Risiken aufgeklärt wird (vgl. Ebd.: 147).

geln⁷² oder aus „wissenschaftlicher Neugier“ (ebd.) durchgeführt werden. Zehnder (2010) weist weiter darauf hin, dass „weder personell noch institutionell eine Trennung zwischen wissenschaftlicher Forschung und konkreten Eingriffen an Intersexuellen gemacht wird“ (ebd.: 399). Während dieser Umstand bei anderen medizinischen Eingriffen möglicherweise keine oder kaum Einwände provoziert, wird er genau dann zum Problem, wenn intergeschlechtliche Menschen eben diesen Umstand als belastend und teilweise traumatisierend erleben (vgl. V.1). Eine negative Beurteilung dieser Praxis speist sich also gerade daraus, dass intergeschlechtliche Menschen sie vehement formulieren und etwa unter Berufung auf die eigene Würde, die Einhaltung der Menschenrechte und rechtlicher Normen eine Veränderung dieser Umstände fordern⁷³.

Das bedeutendste Ergebnis ist für Zehnder, „dass die Medizin gesellschaftliche und psychische Aspekte von Geschlecht mitdenkt, ja ihr diese zum Teil sogar fundamental wichtig sind [...], wenn es um die Begründung der Operationen intersexueller Kinder geht“ (ebd.: 143), während die komplexen Wechselwirkungen zwischen Psyche und Physis nicht reflektiert und stattdessen in einem simplifizierenden „Entweder-Oder“ (ebd.) aufgelöst werden. Das zeigt sich denn auch in der Definition des Verhältnisses von *sex* und *gender*: Während dem Körper Einfluss auf Psyche und Sozialverhalten zugesprochen wird, bleibt die Möglichkeit einer umgekehrten Beeinflussung in der medizinischen Forschung unbeachtet: „Sex [ist] zwar etwas anderes als Gender, aber Gender ist immer abhängig von Sex“ (beide: ebd.: 144). Gleichzeitig entscheidet im Falle von ‚Intersexualität‘ (als fehlerhafter Verkörperung von Geschlecht) aber *gender* über *sex* – es findet eine Zuweisung qua medizinischer Erfahrungswerte statt, das Wissen des Körpers, Emotionen und Gefühle (also der eigen-sinnige Körper, s. V.1) spielen bei der Entscheidung über die jeweilige Zuweisung jedoch kaum eine Rolle⁷⁴. Weiter zeigt Zehnder für den aktuellen Diskurs das, was bereits für den Beginn des 20. Jahrhunderts von Michael Groneberg (2008) als INHÄRENTE HETEROSEXUALITÄT beschrieben wurde: Begehrungsstrukturen werden in Abhängigkeit zur körperlichen Ausstattung gesetzt, Heterosexualität gilt demnach auch weiterhin als Anzeichen für eine erfolgreiche Zuweisung (vgl. Zehnder 2010: 95). Somit stehen nach dem Verständnis der Medizin *sex*, *gender* und *desire* bis dato in einem Verhältnis, in dem Heterosexualität ihr verbindendes Element einer gelungenen Zuweisung ist. Mit Zehnder „lässt sich

72 Oder indem intergeschlechtliche Menschen als seltene Fälle den Medizinstudierenden bei der Visite vorgeführt werden. Vgl. zu dieser Praxis beispielsweise Völling 2012: 78f.

73 Vgl. dazu den letzten Abschnitt dieses Kapitels.

74 Siehe dazu insbesondere Zehnder 2010: 350-353.

Butlers heterosexuelle Matrix um die einzelnen Aspekte des Sex erweitern“⁷⁵ (ebd.: 144f.), da auch diese im Sinne der „Kombinationslogik des medizinischen Diskurses“ (ebd.: 122) zuordenbar sein müssen, damit medizinisch von einem gesunden Mann oder einer gesunden Frau gesprochen werden kann. Stimmen die einzelnen Komponenten nicht überein, steht ein medizinischer Eingriff weiterhin nicht in Frage, lediglich der angemessene Zeitpunkt von Operationen wird diskutiert:

Das biologisch-medizinische Geschlechtermodell der somatosexuellen Differenzierung und Determinierung und die damit verbundene Definition von Intersexualität als Krankheit verlangen in der medizinischen Logik eine ‚Behandlung‘ des Phänomens. (ebd.: 145)

Zehnder stellt weiter heraus, dass die kontinuierliche Vorstellung einer je individuellen Geschlechtsidentität in der Psychologie und Psychiatrie zwar verhandelt wird, im Umgang mit Intergeschlechtlichkeit jedoch nicht zur Anwendung kommt. Obwohl Geschlechtsidentität als eine relationale Kategorie mit fließenden Grenzen angesehen wird, nicht messbar ist und also nur über Vergleiche beschrieben werden kann, wird sie bei der Behandlung von intergeschlechtlichen Menschen dual gesetzt und als Faktor für die Bewertung des Erfolges eines medizinischen Eingriffs herangezogen. Zehnder spricht von der Herstellung des ‚eindeutigen‘ Körperschlechts bei intergeschlechtlichen Menschen als *doing sex*: Sie stellt mit Bezugnahme auf die Theorien zur interaktiven Herstellung von Geschlecht (*doing gender*) und unter Berücksichtigung von Judith Butlers Erkenntnis, dass *sex*, *gender* (und *desire*⁷⁶) untrennbar miteinander verschränkt sind, heraus, dass bei der ‚Behandlung‘ intergeschlechtlicher Menschen einem *circulus vitiosus* gleich „Biopolarität produziert und reifiziert“ (ebd.: 341) wird: „Es gibt nur zwei Geschlechter. Aufgrund dieses Modells wird behandelt und weil behandelt wird, kann sich dieses Modell auch nicht ändern“ (ebd.).

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Analyse ist die höchst unterschiedlich ausgeprägte Bezugnahme von Medizindiskurs und intergeschlechtlichen Menschen (Zehnder spricht von Aktivist_innen⁷⁷) auf die je anderen. Zehnder arbeitet heraus,

75 Zehnder nennt hier Chromosomen, Gonaden, Hormone, Fertilität und den (genitalen) Phänotyp (vgl. Ebd.: 111).

76 Ich ergänze diesen Aspekt von Butlers Theorem nur noch einmal zur Verdeutlichung des gleichsam untrennbaren Zusammenhangs von *sex/gender* und *desire* im medizinischen Diskurs um Zwischengeschlechtlichkeit – mit dem Hinweis, dass Zehnder es an der angegebenen Stelle zwar nicht explizit nennt, jenen Zusammenhang jedoch bereits zuvor deutlich herausarbeitet.

77 Ich möchte hier von intergeschlechtlichen Menschen sprechen und meine damit nicht nur jene, die durch politisches Engagement versuchen, Einfluss auf den Medizindiskurs zu

dass der Medizindiskurs die Kritik und die Anliegen der intergeschlechtlichen Menschen „nur marginal“ (ebd.: 342) einbezieht, während intergeschlechtliche Menschen durch die operative und medikamentöse Veränderung ihrer Körper zur Auseinandersetzung mit medizinischem Wissen und Handeln nahezu gezwungen sind⁷⁸. Zum Zeitpunkt der Studie ist die Perspektive auf kritische intersexualisierte Menschen von Seiten des Medizindiskurses skeptisch:

Im medizinischen Diskurs wird argumentiert, die Intersexuellen, die sich kritisch gegen die aktuelle Behandlungspraxis äußern würden, stellten eine absolute Minderheit dar und die meisten Betroffenen seien mit den Ergebnissen der ‚Behandlung‘ und der Zuweisung zu einem Geschlecht zufrieden. (ebd.: 342)

Die Forschungsergebnisse werden insbesondere an Fachkolleg_innen gerichtet, die Forschung finde nicht *mit*, sondern *über* intergeschlechtliche Menschen statt (vgl. Ebd.: 345). Zehnder stellt das Netzwerk Intersexualität (mittlerweile: Netzwerk DSD) als einzige Institution heraus, die die Kommunikation zwischen ‚Patient_innen‘ und Mediziner_innen explizit fördern wolle (vgl. Ebd.) – dieser Anspruch zeigt sich auch in den Veröffentlichungen, die mit dem Netzwerk assoziiert sind⁷⁹. Zehnder resümiert zum Zeitpunkt der Studie: „In Bezug auf Intersexualität fungiert die Medizin also nach wie vor quasi als einzige legitime Sprecherin“ (ebd.). Die Schilderungen der Befragten der vorliegenden Arbeit stützen diese These insofern, als die Befragten verschiedentlich Erlebnisse schildern, die mit Bezug auf bisherige juristische Auslegungen fragwürdig erschienen. Diese Sprecher_innenposition wird mit der Stellungnahme des Deutschen Ethikrates erstmals von offizieller Seite zumindest tendenziell hinterfragt, wenn hier auch gesellschaftliche, juristische und ethische Aspekte einbezogen werden. Im Folgenden werden die Empfehlungen, die der Ethikrat im Februar 2012 veröffentlichte, dargestellt und mit Blick auf die kritischen Stimmen zum Papier von Seiten des medizinkritischen Diskurses diskutiert.

nehmen. Ich möchte so auch jene Personen mit einbeziehen, die als Einzelpersonen beispielsweise Rückmeldung an behandelnde Mediziner_innen geben, an Studien teilnehmen oder das Phänomen und die durch die Medikalisierung entstehenden Probleme anderweitig bekannt machen und kritisieren.

78 Vgl. hierzu insbesondere Zehnders Auswertung S. 191-211.

79 Hierzu zählen auch jene der *Forschergruppe Intersexualität* (mittlerweile: *Sexualität und Geschlecht*) in Hamburg; exemplarisch dazu Schweitzer/Richter-Appelt 2012.

3.2 Die Stellungnahme des Ethikrates und Reaktionen

Aufgrund des CEDAW-SCHATTENBERICHTS der Gruppe *Intersexuelle Menschen e.V.* (2008) zum Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland an den UN-Ausschuss stellt dieser 2009 die Forderung an die deutsche Bundesregierung, in den Dialog mit intergeschlechtlichen Menschen zu treten. Ziel müsse es sein, „ein besseres Verständnis für deren Anliegen zu erlangen und wirksame Maßnahmen zum Schutz ihrer Menschenrechte zu ergreifen“ (Ethikrat 2012: 9f.).⁸⁰ Der Deutsche Ethikrat erhält von der Bundesregierung daraufhin den Auftrag (Dezember 2010), eine Stellungnahme zum Thema zu verfassen.⁸¹ Für dieses Vorhaben veranlasst dieser zuerst eine Online-Befragung von intergeschlechtlichen Menschen (bei Minderjährigen: deren Eltern) und holt Meinungen wissenschaftlicher Expert_innen ein (Mai und Juni 2011). Anschließend veranstaltet er eine öffentliche Anhörung (Juni 2011) und eröffnet den oben bereits genannten Online-Diskurs (Juni bis August 2011)⁸². Im Februar 2012 wird die Stellungnahme veröffentlicht. (Vgl. Ethikrat 2012: 9ff.)

Inhalt

Der Ethikrat formuliert die Stellungnahme mit dem Ziel, „die Situation intersexueller Menschen [...] unter Einbeziehung der therapeutischen, ethischen, sozialwissenschaftlichen und juristischen Sichtweisen im Dialog mit den Betroffenen und ihren Selbsthilfeorganisationen aufzuarbeiten“ (ebd.: 172). Nach dem Problemaufriss, einer Hinführung, in der neben dem Entstehungshintergrund und grundlegenden Vorbemerkungen (Begriffsverwendung, statistische Werte, beteiligte Expert_innen u.a.) vor allem zwei Fallberichte aus den beiden genannten Schattenberichten dokumentiert wurden, wird in einem ersten Teil das Phänomen zunächst umrissen und definiert (Kapitel 2 und 3), anschließend die medizinische Einordnung, Therapie und Diagnostik reproduziert (Kapitel 4 und 5). Kapitel 6 beschreibt die *Lebenswirklichkeit und Lebensqualität*⁸³ intergeschlechtlicher Menschen. Im Kapitel 7 werden ethische Aspekte des bisherigen Umgangs mit intergeschlechtlichen Menschen herausgestellt und erste Hinweise zu einem wünschenswerten zukünftigen Umgang formuliert. Ausführlich wird die rechtliche Situation intergeschlechtlicher Men-

⁸⁰ Vgl. *UN Committee on the Elimination of Discrimination against Women* (2009). Im Folgenden: CEDAW 2009.

⁸¹ Zu diesem Zeitpunkt hatte Intergeschlechtliche Menschen e.V. bereits den CESCR-Schattenbericht verfasst (vgl. *Intersexuelle Menschen e.V.* 2010).

⁸² <http://diskurs.ethikrat.org/archiv/> (18. Februar 2014).

⁸³ Bei den Kursivsetzungen handelt es sich um Kapiteltüberschriften, nicht um meine eigene Wortwahl.

schen betrachtet: Nach einem kurzen historischen Überblick erörtert der Ethikrat die *Rechtslage im Personenstandsrecht* und betrachtet anschließend den *rechtlichen Rahmen medizinischer Eingriffe an Minderjährigen bei DSD*. Beide Diskussionen sind seit längerem Bestandteil der juristischen Auseinandersetzung mit Intergeschlechtlichkeit⁸⁴. Die Stellungnahme schließt mit den Empfehlungen zur medizinischen Praxis und zum Personenstandsrecht.

Ziel dieser Empfehlungen ist es, Entwicklungen zu unterstützen, „Intersexuelle [...] vor medizinischen Fehlentwicklungen und Diskriminierungen in der Gesellschaft“ (ebd.: 172f.) zu schützen, Eltern intergeschlechtlicher Kinder fachkundig zu beraten und eine breite Wissensvermittlung zum Thema zu fördern, um den Respekt und die Unterstützung intergeschlechtlicher Menschen in der Gesellschaft voranzubringen (vgl. Ebd.: 173). Inwiefern sich diese Ziele mit dem Papier umsetzen lassen, bleibt im Anschluss an die Darstellung der Empfehlungen zu diskutieren. Diese wurden anhand signifikanter Eckpunkte zusammengefasst:

Zur medizinischen Behandlung⁸⁵

Interdisziplinäre Kompetenzzentren und qualifizierte Beratung: Der Ethikrat empfiehlt die Einrichtung qualifizierter interdisziplinär zusammengesetzter Kompetenzzentren. Als mögliche teilnehmende Professionen finden sich über das Dokument verteilt die (pädiatrische) Endokrinologie, Urologie und die Psychologie; der Ethikrat spricht sich nicht klar für bestimmte Professionen aus, sondern nennt „Ärzte[] und Experten aus allen betroffenen Disziplinen“ (ebd.: 173). Diese sollen erstens für die Diagnostik und Behandlung intergeschlechtlicher Menschen zuständig sein und fungieren als fachärztliches Zentrum zur Überweisung durch niedergelassene Ärzte oder Allgemeinkrankenhäuser. Zweitens sollte hier auch die Aufklärung der intergeschlechtlichen Menschen und ggf. ihrer Angehörigen über „alle zu erwartenden Folgen einschließlich der physiologischen und psychologischen Neben- und Langzeitwirkungen“ (ebd.: 175) möglicher medizinischer Eingriffe geleistet werden. Neben den Kompetenzzentren spricht sich der Ethikrat für die Einrichtung unabhängiger qualifizierter Beratungsstellen „in räumlich ausgewogener Verteilung und mit Erreichbarkeit in angemessenem Zeitaufwand“ (ebd.: 173) aus. In beiden Einrichtungen sei zudem die Möglichkeit einer Peer-Beratung (durch andere intergeschlechtliche Menschen und Selbsthilfegruppen) sicher zu stellen.

Aus- und Fortbildung: Das gesamte medizinische Personal, Geburtshelfer_innen (Hebammen) und Psychotherapeut_innen sollten im Hinblick auf den Umgang mit Intergeschlechtlichkeit geschult werden, um unangemessenem und unsensiblem Umgang vorzubeugen und die ‚Patient_innen‘ ggf. an die o.g. Kompetenzzentren

84 Vgl. etwa die Arbeiten von Kolbe (2010 und 2012), Tolmein (2012) Plett (2012).

85 Für die folgenden Ausführungen vgl. Ebd.: 173-176.

überweisen zu können. Ob dies die Aufnahme der umfassenden Information über Intergeschlechtlichkeit in die Curricula der jeweiligen Ausbildungen bedeutet, wird nicht ausgeführt.

Forschung: Der Ethikrat empfiehlt zudem die begleitende Forschung zur Versorgungsqualität und der Qualität der psychologisch-psychotherapeutischen Begleitung und die „Einrichtung einer europaweiten anonymisierten Datenbank für Forschungszwecke“ (ebd.: 176). Welche Rolle dabei intersexuelle Menschen als Beforschte spielen, führt der Ethikrat nicht aus.

,patient_innen‘zentriertes Vorgehen: Da der Ethikrat die Entscheidungen über irreversible medizinische Eingriffe als höchstpersönlich definiert, müssen diese von den betreffenden Personen selbst getroffen werden. Sollte dies bei unabwendbaren (weil beispielsweise lebensrettenden) Eingriffen nicht möglich sein, weil es sich etwa um ein Neugeborenes oder Kleinkind handelt, sind zu treffende Entscheidungen mit dem Kindeswohl abzuwägen. Dieses fußt neben den entsprechenden Rechtsnormen auf dem Recht auf körperliche Unversehrtheit, Wahrung der geschlechtlichen und sexuellen Identität, dem Recht auf offene Zukunft und dem Recht auf Fortpflanzungsfreiheit. Sollten sich die Wünsche und Vorstellungen des Kindes und der sorgeberechtigten Personen widersprechen, ist eine Entscheidung des Familiengerichts einzuholen.⁸⁶ Des Weiteren spricht sich der Ethikrat für die Aussetzung der Verjährung für Eingriffe an Kindern bis zur Volljährigkeit aus, „durch die die (zukünftige) Fortpflanzungsfähigkeit und/oder die sexuelle Empfindungsfähigkeit irreversibel beeinträchtigt wurde“ (ebd.: 176), die Verjährung entsprechender zivilrechtlicher Ansprüche sollte bis zum 21. Lebensjahr ausgesetzt werden. Es ist eine vollständige Dokumentation aller Eingriffe sicherzustellen und mindestens 40 Jahre aufzubewahren, die nur für die ‚Patient_innen‘ selbst zugänglich gehalten wird.

Finanzielle Entschädigungen, Förderung und rechtliche Unterstützung: Der Ethikrat empfiehlt die Einrichtung eines Fonds, „um den DSD-Betroffenen Anerkennung und Hilfe zukommen zu lassen“ (ebd.: 176) und die öffentliche Finanzierung von Selbsthilfegruppen und Verbänden.

Zum Personenstandsrecht⁸⁷

Geschlechtseintrag: Der Ethikrat empfiehlt dem Gesetzgeber, die Notwendigkeit des Geschlechtseintrags grundsätzlich zu überprüfen. Zunächst sind seines Erachtens die Einträge ‚weiblich‘ und ‚männlich‘ um ‚anderes‘ zu ergänzen. Zusätzlich sollte es eine Fristenregelung geben für eine mögliche Auslassung des Eintrags bis zur endgültigen Entscheidung durch die betreffende Person selbst. Hier

⁸⁶ Hierfür wäre, dieser Hinweis fehlt in den Empfehlungen, auch eine entsprechende Aus- und Fortbildung des juristischen Personals notwendig.

⁸⁷ Für die folgenden Ausführungen vgl. Ebd.: 177f.

bleibt unklar, ob diese Regelung nur für intergeschlechtliche Menschen gelten soll oder grundsätzlich, und wenn sie nur für intergeschlechtliche Personen gelten soll, wie das ggf. belegt werden sollte.

Änderung des Geschlechtseintrags: Intergeschlechtliche Personen sollen die Möglichkeit der Änderung des Eintrags „über die bestehende Möglichkeit der Änderung eines Eintrags nach § 47 Abs. 2 PStG hinaus“ (ebd.: 177) bekommen, sollte sich der bisherige Eintrag als nicht angemessen erweisen.

Ehe und eingetragene Lebenspartnerschaft (ELP): Durch die Möglichkeit des Eintrags ‚anderes‘ wird eine Auseinandersetzung mit den rechtlichen Rahmen der Ehe oder ELP notwendig. Welches der beiden Gesetze entsprechend geändert werden soll, lässt der Ethikrat insofern offen, als dass er mitteilt, dass sich im Rat „mit überwiegender Mehrheit“ (ebd.) für die Öffnung der ELP ausgesprochen wurde.

Die Empfehlungen erzeugten ein recht breites mediales Echo. Es finden sich beispielsweise Artikel in großen Wochen- und Tageszeitungen wie der *Zeit*, im *Freitag*, in der *Süddeutschen*, bei *Spiegel Online* oder *Focus online*.⁸⁸

Kritik an den Empfehlungen

Bei der ersten Sichtung der kompletten Stellungnahme fällt zunächst auf, dass die Publikation die Rolle der Medizin im Umgang mit dem Phänomen in unserer Gesellschaft spiegelt: Die Darstellung des medizinischen Umgangs mit allen zugehörigen Aspekten (Definitionen, rechtliche Einordnung medizinischer Eingriffe etc.) macht etwa ein Drittel des Papiers aus. Das Vokabular bleibt insgesamt angelehnt an das des Medizindiskurses, wenn etwa DSD (verstanden als *differences of sex development*; vgl. Ebd. 12) als Sammelbegriff verwendet wird, gleichzeitig jedoch solche Formen von DSD nicht berücksichtigt werden, bei denen bestimmte Varianten auf chromosomaler Ebene vorliegen (beispielsweise XXY, XYY, XO oder XXX etc.), weil es sich bei Menschen mit derartigen Chromosomensätzen um „eindeutig zuzuordnende Individuen [handelt,] die anatomisch keine zwischengeschlechtlichen Merkmale aufweisen“ (ebd.). Von ‚Intersexualität‘ spricht der Ethikrat, wenn neben den medizinischen auch die „ethische, soziale oder juristische Problematik behandelt wird“ (ebd.).

„Intersexualität“ wird vom Ethikrat damit also als ein Phänomen definiert, dessen Diskussion sich über den medizinischen Diskurs hinaus in den ethischen, juristischen und sozialen erstreckt, die primäre semantische Orientierung am Medizindiskurs bleibt aber erhalten: Es ist beispielsweise die Rede vom „wahre[n]

⁸⁸ Ein Pressespiegel findet sich unter <http://www.ethikrat.org/presse/presse-spiegel/2012/februar/pressespiegel-23-02-2012> (Februar 2014).

Geschlecht“ (ebd.: 50), „Fehlbildungen“ (ebd.: 46)⁸⁹, vielfach von „Syndrom“ (besonders ebd. 35ff.), „Angleichung der Genitalien“ (ebd.: 174), „dysfunktional“ (ebd.: 39) oder „Androgenunterfunktion“ (ebd. 41f.) und -überfunktion (vgl. Ebd. 43ff.) – Heinz Jürgen Voß (2012b) kritisiert hier die fehlende Distanz zum medizinischen Vokabular; als Reflexionsmethode zur Distanzierung vom bislang das Phänomen definierenden und normalisierenden Diskurs ein m.E. höchst sinnvoller Hinweis, führt ein_e sich die Funktion des Rates als Beratungsgremium des Bundes vor Augen. Markus Kluge (2013) formuliert pointiert:

Die flexibel-normalistische Integration von DSD in den Normalbereich geschlechtlicher Entwicklung scheint in diesem Sinne von einem Protonormalismus konterkariert zu werden. Zwischen dem Bereich der Normalität, innerhalb dessen sich die eindeutige Geschlechtszuweisung ansiedelt, und dem der von Syndromen und Symptomen charakterisierten Anormalität zieht die Diagnose eine harte und normative Grenze. Das Überschreiten der Grenzlinien in Richtung Anormalität hat zur Folge, dass Eingriffe von (medizinischen) Institutionen für notwendig erachtet werden. (ebd.)

Das Zitat verweist auf einen weiteren kontrovers diskutierten Aspekt des Papiers: Die Rolle operativer Eingriffe in den intergeschlechtlichen Körper. Zuerst: Die Empfehlung, qualifizierte interdisziplinär zusammengesetzte Kompetenzzentren einzurichten, institutionalisiert Intergeschlechtlichkeit zusätzlich und ganz ‚material‘ als Anomalie, statt sie zu integrieren. Die Empfehlung weitergehender Forschung stützt die staatlich finanzierte Medikalisierung intergeschlechtlicher Menschen zusätzlich. Lucie Veith, erste Vorsitzende des Vereins Intersexuelle Menschen e.V., kritisiert die begleitenden Forschungen ebenso wie die Einrichtung der oben bereits genannten Datenbank (vgl. Veith 2012), da in den Empfehlungen die ‚Patient_innen‘-kontrolle über die Forschungen und die Daten nicht angemahnt werde.

Die weiteren Empfehlungen zielen dann vor allem auf den Umgang mit operativen Zuweisungen entsprechend der gültigen Zweikörpergeschlechtlichkeit ab. Der Ethikrat distanziert sich nicht grundsätzlich von den operativen und medikamentösen Eingriffen bei Neugeborenen und Kleinkindern, stattdessen verweist er auf die Notwendigkeit der Expertise bei einer Entscheidung darüber – und (re)establiert damit die medizinische Deutungsmacht über den intergeschlechtlichen Körper. Wenn im Papier herausgestellt wird, dass „[f]ür die Entscheidung über die Unterlassung von Eingriffen [...] entsprechend hohe Anforderungen gelten“ (ebd.: 175)

⁸⁹ Genau genommen spricht der Ethikrat von „behandlungsbedürftigen Fehlbildungen“ (ebd.). Diese Formulierung legt m.E. jedoch nahe, dass es auch ‚nicht behandlungsbedürftige Fehlbildungen‘ gibt – dies ist nach derzeitiger Logik aber nicht der Fall.

sollten, dann scheint damit gemeint zu sein, dass vor allem das Aussetzen operativer Zuweisungen einer Rechtfertigung unterliegt. Der Ethikrat spricht bei der Durchführung dieser Operationen von „umfassender Abwägung der medizinischen, psychologischen und psychosozialen Vor- und Nachteile einer frühen Operation“ (ebd.: 174), bei der im Zweifelsfall die Entscheidungsfähigkeit der betreffenden Person abgewartet werden sollte, deren Wünsche „so weit wie möglich berücksichtigt werden“ (ebd.: 174f.) sollten, ebenso wie ihre „deutlich ablehnende Haltung“ (ebd.: 175) – die eben nicht automatisch zu einem Aussetzen der Entscheidung über den Eingriff bis zum Eintritt der betreffenden Person ins entscheidungsfähige Alter (in der Rechtslehre 14 bis 16 Jahre; vgl. Ebd.: 147) führen. Während Interessenverbände, wie beispielsweise *Intergeschlechtliche Menschen e.V.*, *Zwischengeschlecht.org* oder die *Internationale Vereinigung Intergeschlechtlicher Menschen (IVIM)*, ein grundsätzliches Verbot frühkindlicher operativer Eingriffe fordern, empfiehlt der Ethikrat hier eine Einschränkung, die laut Birnbaum et al. (2013) von medizinischer Seite längst mit dem Ergebnispapier der *Chicago Consensus Conference* seit 2006 gewährleistet ist (vgl. Hughes et al. 2006).⁹⁰

Die Empfehlungen zum Personenstandsgesetz verweisen mit der vorgeschlagenen dritten Eintragsmöglichkeit ‚anderes‘ weiterhin auf die ‚eigentlichen‘: ‚männlich‘ und ‚weiblich‘. Weiter stellt sich hier die Frage, inwiefern eine Diagnose ‚Intersexualität‘ vorliegen muss, damit ein solcher Eintrag ermöglicht wird. Interge-

90 In jener Stellungnahme werden als generelle Behandlungsmaßstäbe genannt: i. die Geschlechtszuweisung muss bis zur Beurteilung durch einen Experten vermieden werden; ii. Beurteilung und Langzeitbetreuung müssen in einem multidisziplinären Kompetenzzentrum („center with an experienced multidisciplinary team“; ebd.: 555) vorgenommen werden; iii. alle Individuen sollten eine Geschlechtszuweisung (*gender assignment*) erhalten; iv. die Anliegen von ‚Patient_in‘ und Familie sollten respektiert werden und streng vertraulich behandelt werden. Daneben wird der Verzicht auf kosmetische Operationen im ersten Lebensjahr angeraten, weil dadurch bei den Eltern Verzweiflung und Leid (*distress*) verringert und die Eltern-Kind-Bindung verbessert werde (vgl. Ebd. 557). Auf die heterosexuelle Funktionsfähigkeit der Genitalien wird nicht eingegangen, stattdessen werden Vorgehensweisen diskutiert, die die Empfindsamkeit der Klitoris erhalten (ebd.). Eine bemerkenswerte Empfehlung ist die für den Umgang mit „undermasculinised males“ (ebd. 558): Während in vielen Auseinandersetzungen die oben genannte Praxis, vornehmlich weibliche Genitalien herzustellen, als überholt bewertet wird, wird hier explizit eine Empfehlung für eine feminisierende Operation ausgesprochen, obwohl die Mediziner_innen di_en Patient_in als männlich identifizieren: „Feminising as opposed to masculinising genitoplasty requires less surgery to achieve an acceptable outcome and results in fewer urological difficulties“ (ebd.). Weiter kann kritisiert werden, dass die Mitsprache de_r ‚Patient_in‘ hier keine Erwähnung findet.

schlechtliche Menschen wären damit weiterhin auf die Diagnostik der Medizin angewiesen und deren hegemoniale Stellung in der Intersexualitätsforschung wäre auch hier untermauert. Das Zweigeschlechtersystem des Rechts wird mit den Forderungen des Ethikrates damit nicht unterlaufen, stattdessen erhalten intergeschlechtliche Menschen (mit einer entsprechenden Diagnose) eine *außergewöhnliche Regelung*.⁹¹

Ein weiterer Kritikpunkt betrifft die herangezogenen Studien zur Behandlungsfähigkeit: Heinz-Jürgen Voß (2012a) stellt heraus, dass aktuelle internationale wissenschaftliche Evaluationen der medizinischen Eingriffe nicht herangezogen wurden (vgl. Ebd.: 6f.), stattdessen stützte sich der Ethikrat auf „zwei weiter zurückliegende deutschsprachige Arbeiten und eine kleinere eigene Online-Befragung“ (ebd.: 7):

Dabei wendet sich [...] eine der deutschsprachigen Studien gar nicht der „Kernfrage“ zu, die den Ethikrat interessiert. Die Studie um Richter-Appelt erhob nicht das Outcome der Behandlungen. Stattdessen prüfte sie, ob sich bei den Behandelten eine stabile und eindeutige Geschlechtsidentität [...] ausgeprägt hatte. 2007 – zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der Studienergebnisse – sahen die Autorinnen um Richter-Appelt diese Ausprägung eindeutiger Geschlechtsidentität schon dann als beeinträchtigt an, wenn sich Homosexualität zeigte. (Voß 2012b)

Im Sinne der Begriffsdiskussion, die dieser Arbeit zugrunde liegt (s. Einleitung), ist die Verwendung der Bezeichnung ‚Intersexualität‘ damit eine angemessene Entscheidung: Intergeschlechtlichkeit wird hier immer am medizinischen Diskurs entlang gedacht und nicht als genuin soziales Phänomen. Kluge (2013) arbeitet resümierend in seiner Untersuchung der Stellungnahme heraus, dass „Intersexualität beziehungsweise DSD sowohl implizit als auch explizit in seiner vorrangigen Charakterisierung als Problem der körperlichen Erscheinung und Abweichung von einer ‚normalen‘ geschlechtlichen Entwicklung im Bereich der Anormalität verhaftet bleibt“ (ebd.).

Im Folgenden werden nun einige medizinische Artikel auf eine mögliche Berücksichtigung der Empfehlungen des Ethikrates untersucht. Ausgehend von Zehnders Ergebnissen nehme ich neben der Erwähnung der oder den impliziten Verweis auf die Empfehlungen insbesondere in den Blick, in welcher Weise zuweisende Operationen verhandelt werden und welche Rolle Heterosexualität (beispielsweise als ‚Erfolgsmarker‘) in den Auseinandersetzungen spielt.

91 Die Neuerungen des §22 des PStG werden in I.4 mit verhandelt.

3.3 Medizinische Positionen nach der Stellungnahme

Zuerst wird das Positionspapier der *Deutschen Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -diabetologie (DGKED)* gesondert dargestellt, in dem Birnbaum et al. (2013) im Auftrag der DGKED die Stellungnahme explizit kommentieren. In den anschließend betrachteten Aufsätzen⁹² fällt zuerst auf, dass es (möglicherweise mit der Einführung der Änderung der Nomenklatur 2006 von Intersexualität zu DSD [*disorders of sex development*]) eine tendenzielle Begriffsverwirrung, mindestens jedoch keine einheitliche Bezeichnungspraxis mehr zu geben scheint⁹³. Während einige aufgrund der Kritik an dem pathologisierenden Begriff mittlerweile von *differences of sex development* sprechen (etwa Holterhus 2013), übersetzt Krege (2014) die „Störungen der sexuellen Differenzierung“ (ebd.: 1) stattdessen mit *disorders of sexual differentiation* und greift damit einen Begriff auf, der im englischsprachigen Raum bereits in den 1970er Jahren verwendet wird (vgl. Allen 1976 zit. n. Westenfelder 2011b). Holterhus (2013) verweist darauf, dass „der Begriff ‚Intersexualität‘ [...] im deutschen Sprachraum in den letzten Jahren allerdings eine Renaissance“ (ebd.: 1686) erlebe und spielt damit möglicherweise auf Auswirkungen der vom Ethikrat praktizierten Begriffsverwendung an, die „biologisch-medizinische Beschreibung eines körperlichen Befundes“ als DSD zu bezeichnen, während „Intersexualität im Zusammenhang mit den lebensweltlichen und psychologischen Folgen, die der Befund und seine körperlichen Wirkungen für das Individuum haben, Verwendung findet“ (beide: Birnbaum et al. 2013: 146). Krieg et al. (2013) wiederum scheinen bei der diagnostischen Zuordnung die DSD-Nomenklatur zu verwenden, während sie für die Beschreibung von Körpermerkmalen, die keinem der zwei gültigen Geschlechter zugeordnet werden können, beispielsweise von „intersexuellem Genitale“ (ebd.: 105) sprechen. In den Aufsätzen wird zwischen DSD oder Störungen/Besonderheiten der Geschlechtsentwicklung und ‚Intersexualität‘ gewechselt, ohne dass deutlich wird, welchem Muster die Verwendung der jeweiligen Begriffe folgt.

92 Bei der Stichprobe handelt es sich neben Birnbaum et al. 2013 um Anthuber/Anthuber 2013, Birnbaum et al. 2012, Holterhus 2013, Krege 2014, Krieg et al. 2013, Westenfelder 2011b, Wünsch et al. 2012.

93 Darauf macht auch Westenfelder 2011b aufmerksam, mit der Begründung, dass DSD Formen einschließe, „die vorher nichts mit Intersexualität zu tun hatten“ (ebd.: 594).

Positionspapier der DGKED zur Stellungnahme

Das Positionspapier von Birnbaum et al. (2013) orientiert sich, wie oben angeführt, an der Begriffsverwendung des Ethikrates: Mit der Veröffentlichung des Positionspapiers⁹⁴ verfolgen die Autor_innen das Ziel, eine Grundlage für die weitergehende Erarbeitung eines Konsensus und neuer Leitlinien im Umgang mit ‚Intersexualität‘ zu schaffen. Hervorzuheben ist – auch aufgrund der im Fazit durch die Autor_innen vorgenommenen Pointierung – die Rolle der Einrichtung von Kompetenzzentren: Im Artikel wird betont, dass bereits auf der o.g. Konsensuskonferenz von 2006 das multidisziplinäre Team in einem entsprechenden Zentrum „als Schlüsselement zu einer fundierten Betreuung für Menschen mit DSD“ (ebd.: 147) benannt worden sei. Der Ethikrat unterstützt diesen bereits formulierten Aspekt also insofern, als dass er als Beratungsgremium der Bundesregierung mit der öffentlichen Forderung dieser Zentren ihre Einrichtung bestenfalls begünstigt. Verschiedentlich finden sich Formulierungen aus dem Konsensuspapier im Positionspapier wieder, die um Forderungen aus den Empfehlungen ergänzt werden. Für operative Eingriffe verweisen die Verfasser_innen auf die Notwendigkeit, dass diese „erfahrenen Operateuren mit Expertise für DSD vorbehalten bleiben“ (ebd.: 150) und fordern neue Leitlinien, die die Empfehlungen zum Umgang mit operativen Eingriffen berücksichtigen und so „verhindern, dass Operateure zu nichtindizierten Eingriffen instrumentalisiert werden“ (ebd.: 151). Grundsätzlich äußert sich die DGKED positiv zur Stellungnahme und „unterstützt [diese] ausdrücklich“ (ebd.: 147). Die Autor_innen verweisen jedoch kritisch auf notwendige weiterführende Forschungen u.a. zu der Gabe von Hormonpräparaten im Rahmen eines so genannten *off-label-use*⁹⁵, bevor diese Empfehlung des Ethikrates (mit Verweis auf Erfahrungsberichte von Menschen, die Selbstversuche durchgeführt haben) umgesetzt werden könne.

Weitere medizinische Artikel

Birnbaum et al. (2012) kündigen eine solche *off-label-use*-Studie bereits an. Es ist die bislang einzige Studie, die eine ‚gegengeschlechtliche‘ Hormonsubstitution prüft, nachdem intergeschlechtliche Menschen im Selbstversuch die bessere Lebensqualität mit Testosteron statt Östrogen als Substitut getestet haben (vgl. Ebd.:

94 In einer kurzen Information benennen sie die Gutachter_innen (Holterhus, Richter-Unruh, Korsch, Köhler und der Vorstand der DGKED) und stellen damit noch einmal die Gültigkeit des Papiers als offizielle Position der Gesellschaft zur Stellungnahme heraus.

95 *Off-label-use* meint, dass einer Person, die das eine oder andere gültige Geschlecht auch auf der Chipkarte für die Krankenversicherung vermerkt hat, Hormonpräparate verschrieben werden, die nicht dem vermerkten Geschlecht entsprechen, also Testosteron für zugewiesene Frauen und umgekehrt.

191)⁹⁶ und steht vermutlich im Zusammenhang mit den von Wünsch et al (2012) veröffentlichten Forschungsergebnissen zu Verfahren, die es erlauben, in einigen Fällen die im Bauchraum liegenden ‚Hoden‘ nicht zu entfernen und so eine Hormonersatztherapie zu verhindern. Im Aufsatz wird konstatiert, dass bei CAIS (*complete androgen insensitivity syndrome*)⁹⁷ eine Entfernung der Gonaden nicht notwendig erscheint. Unter anderem auf dieses Ergebnis beziehen sich auch Anthuber und Anthuber (2013), wenn sie von uneingewilligten verweiblichen Operatio-nen im Genitalbereich abraten:

Geschlechtsangleichende Operationen und insbesondere die Anlage einer Neovagina [...] sollten nur im Konsens und bei entsprechender körperlicher und geistiger Reife der Betroffenen durchgeführt werden. Das Recht der Eltern auf Information und stellvertretende Entscheidung für ihre minderjährigen Kinder ist dabei zu beachten. Die Gonadektomie bei der CAIS ist mittlerweile kritisch zu sehen. Der Erhalt der körperlichen Integrität ist nach gründlicher Aufklärung für die Betroffenen eine Option, da die Gonaden sonographisch in der Regel gut überwacht werden können (ebd.: 1085).

Auf die Möglichkeit einer Vermeidung von Kastrationen verweisen auch Birnbaum et al. (2012), Krieg et al. (2013) hingegen sprechen sich mehrfach auch wegen des „Risiko[s] der [...] androgenisierenden Wirkung“ (ebd.: 103) durch die Resthormone aus den Gonaden für ihre Entfernung aus (vgl. Ebd.: 103, 104, 106 und 108)⁹⁸. Nur Anthuber/Anthuber (2013) stellen jedoch eine Notwendigkeit von Operationen vor der Einwilligungsfähigkeit intergeschlechtlicher Kinder grundsätzlich in Frage⁹⁹ – und beziehen die Empfehlungen des Ethikrates interesseranterweise *nicht* ein – auch wenn Birnbaum et al. (2012) mit dem Verweis auf das „überschätzt erhöhte

96 Einige der befragten Personen sind eben jene ‚Vorreiter_innen‘, deren Erfahrungen gleichsam als Movens für diese nun institutionelle Beforschung dieser Möglichkeit gesehen werden können.

97 Beim CAIS liegt eine Insensitivität des auf dem X-Chromosom kodierten Androgenrezeptors vor. Das Gen für den Rezeptor ist so mutiert, dass dieser entweder kein Testosteron binden kann oder dadurch nicht aktiviert wird. Es bleibt daher eine ‚männliche Geschlechtsdifferenzierung‘ aus.

98 Auch aus nicht-medizinischer Perspektive stellt sich hier die Frage, wie Personen durch Resthormone virilisieren sollen, wenn doch ihre Androgenrezeptoren Testosteron entweder nicht binden können oder nicht aktiviert werden?

99 „Die Entscheidung zur Anlage einer Neovagina und der Zeitpunkt der Operation liegt ausschließlich bei den Betroffenen. Bei Minderjährigen werden allerdings die Eltern in die Therapie mit einbezogen.“ (ebd.: 1085)

Risiko für eine maligne Entartung“ (ebd.: 191) eine vorschnelle Entfernung zumindest andeutungsweise in Frage stellen.

Krege (2014) diskutiert in ihrem Artikel die Operationspraktiken bei feminisierenden Operationen an Menschen mit AGS (s. FN 58, Kap.I) und richtet ihre Ausführungen damit klar an ein Fachpublikum. Der Artikel ist geprägt von der Beschreibung entsprechender Techniken. Krege bezieht sich am Ende des Artikels auf die Empfehlungen des Ethikrates und spricht sich gegen Operationen im „Frühkindsalter“ (ebd.: 211) aus, stellt zuweisende Operationen aber nicht grundsätzlich in Frage – ebenso wenig wie Holterhus (2013), Krieg et al. (2013) und Westenfelder (2011b). Formulierungen wie „[d]ie Art der Vaginalrekonstruktion hatte auf die sexuellen Funktionen keinen Einfluss“ (ebd.: 210) deuten die von Zehnder bereits herausgearbeitete inhärente Heterosexualität an (s.o.), die auch bei Holterhus (2013) zu finden ist: „Möglichkeiten für Geschlechtsverkehr [...] sollten berücksichtigt werden“ (ebd.: 1691) – immerhin sind sexuelle Praktiken jenseits vaginaler Penetration vorstellbar, für die es lediglich eines empfindungsfähigen Genitals bedarf. Mit dieser ‚ent-heterosexualisierten Perspektive‘ auf Sexualität wäre eine Diskussion operativer Eingriffe entlang der (vermeintlichen) *Ermöglichung* von Geschlechtsverkehr obsolet. Bei den Ausführungen Holterhus‘ (2013) ist gesondert hervor zuheben, dass er mit seinen Formulierungen die Position nahe legt, *sex beeinflusse gender*. Er stellt heraus, genetische und endokrine Faktoren beeinflussen in unterschiedlicher Weise das psychische Geschlecht (vgl. Ebd.: 1691f.). Holterhus stellt damit eine andere Lesart zur Diskussion, als Zehnder sie bis dato als grundlegend herausstellt. Krieg et al. (2013) setzen ausdrücklich „langfristig kohabitationsfähige Geschlechtsorgane“ (ebd.: 108) als Ziel von Operationen im Genitalbereich und verweisen hierfür auf die eventuelle Notwendigkeit einer „vaginalen Dehnungstherapie“ (ebd.: 104) – ebenso wie dies Krege bemerkt (dies. 2014: 209). Auffällig bei Krieg et al. (2013) ist, dass sie sich für ein auch bei Hughes et al. (2006) vertretenen *in dubio pro femino* aussprechen: „Die operative Rekonstruktion eines funktionsfähigen Penis ist heute zwar möglich, aber schwierig. Das Geschlecht als weiblich zu definieren, auch bei 46, XY-Kindern, muss dennoch immer kritisch diskutiert werden“ (Krieg et al 2013: 108). Sie setzen in ihrem Lehrbuch die Geschlechtszuweisung bei Menschen mit nicht männlich oder weiblich einzuordnenden Genitalien als Ziel des praktischen Vorgehens, mahnen jedoch an, dass das Geschlecht „primär nicht definitiv festgelegt werden“ (ebd.) sollte und verweisen zuletzt auf die Empfehlungen des Ethikrates: „Allerdings sollte man mit definitiven operativen Interventionen zurückhaltend sein. Diesbezüglich erarbeitete der Deutsche Ethikrat mit Initiative vom Juni 2011 Vorschläge zum Vorgehen bei Geburt eines intersexuellen Kindes“ (ebd.).

Eine Sonderstellung in Bezug auf Argumentation, Wortwahl und Positionierung nimmt Martin Westenfelder (2011b) ein. Sein Papier erscheint in dem Zeitraum, in dem der Ethikrat die Stellungnahmen von Expert_innen einholt und steht in einer

Linie mit seiner oben bereits genannten Eingabe zum Online-Diskurs. Westenfelder bezeichnet die sich äußernden intergeschlechtlichen Menschen als „einige wenige, aber sehr militante Selbsthilfegruppen“ (ebd.: 593) und bezichtigt die Medien, aus rein sexuellen Beweggründen und aus Sensationslust das Thema zu diskutieren (vgl. Ebd.: 596, 597f.). Zudem wirft er dem Netzwerk DSD unprofessionelle Arbeit vor: „Leider hat auch das Netzwerk Intersexualität, welches, um Wissen und Daten zu sammeln, gegründet wurde, (finanziell unterstützt vom Bund) keine zuverlässigen Daten liefern können, weil die Durchführung zu unprofessionell war“ (ebd.: 598). Er ist der Meinung, dass „an der Notwendigkeit ihrer [intergeschlechtlicher Menschen; ag] Korrektur [...] niemand zweifeln“ (ebd.: 596) könne und die Forderungen daher rührten, dass ‚Intersexualität‘ „unkritisch als ein ‚Phänomen‘ unter dem Begriff des Hermaphroditismus subsumiert [würde] und mit anderen Varianten der Geschlechtsempfindung gleichgestellt beziehungsweise verwechselt, wie Bi-, Trans-, Homosexualität oder Transvestismus“ (ebd.).

Lena Eckert (2010) zeigt, dass die Maßgaben zum Erfolg von geschlechtlichen Zurichtungen, nämlich eine ‚normale‘ Fähigkeit zum heterosexuellen Geschlechtsverkehr zu gewährleisten, bis heute angewendet werden (vgl. Ebd.: 36-40) – auch die kurze Durchsicht aktueller medizinischer Artikel bestätigt zumindest die weiterhin existierende Stoßrichtung. Angemessene Penetrationsmöglichkeit und -fähigkeit sind die entscheidenden Größen für die Beurteilung eines ‚gelungenen‘ Genitals:

The criteria for the success of the surgery are [...] the woman’s ability to accommodate a penis without pain or discomfort. [...] Money stated that „at the minimum extreme, an erected penis must be something over two and a half inches [-6 cm; ag] in length to penetrate far enough into a vagina for a man to begin to feel satisfied with what he can do for his partner“ (Money/Tucker 1975: 56) [...] Intersexualization conveyed in phalloplasty materializes the phallogocentric organization of society in its purest form. (Eckert 2010: 36ff.)¹⁰⁰

Die gesellschaftlichen Normen der Zweigeschlechtlichkeit und Heterosexualität (vgl. Zehnder 2010: 93f.)¹⁰¹ sind phallogatisch organisiert (vgl. Eckert 2010: 38) und materialisieren sich in bis heute mindestens als zur Orientierung herangezogene

100 Eckert zeigt hier, dass der Penis neben seiner biologischen Funktion zudem als kulturelles Symbol aufgeladen wird, wenn die Größe des Organs mit Werten wie Selbstbewusstsein, Inkompetenz und Scham verwoben wird (vgl. Eckert 2010: 38).

101 Es ist „das erklärte Ziel der medizinischen ‚Behandlung‘, gleichgeschlechtliche Orientierungen zu vermeiden. Heterosexuelle Orientierung gilt als ein Erfolgsfaktor der Behandlung.“ (Zehnder 1010: 94) Auch Fausto-Sterling (2000) stellt heraus: „a healthy intersexual is a straight intersexual!“ (Ebd.: 71)

nen Behandlungsrichtlinien, die nur zwei gültige Zielidentitäten und -geschlechtskörper zulassen und die die biologische Funktion des Penis‘ mit seiner symbolischen vermischen (vgl. Eckert 2010: 38). Die untersuchten Artikel lassen zwar annehmen, dass der derzeitige Umgang mit Intergeschlechtlichkeit in Deutschland stark von den verantwortlichen Mediziner_innen abhängt. „Intersexualität“/DSD bleibt aber ein medizinisches Phänomen und die Forschungen ebenso wie die Lehrmeinung von Krieg et al. (2013) deuten an, dass es zur Pathologisierung weiterhin kaum Alternativen zu geben scheint – lediglich Anthuber/Anthuber (2013) stellen die Notwendigkeit eines alternativen, „patient_innen“zentrierten Ansatzes heraus. Der Hinweis von Krege, es würden interdisziplinäre Leitlinien verfasst, birgt die Möglichkeit, dass es in naher Zukunft einen einheitlichen medizinischen Umgang mit Intergeschlechtlichkeit geben könnte – dies erscheint im derzeit heterogenen Feld medizinischer Perspektiven auf Intergeschlechtlichkeit die Bedingung der Möglichkeit für eindeutig zu adressierende Kritik zu sein. Im folgenden Abschnitt unternehme ich nichtsdestoweniger den Versuch einer Systematisierung der bisher zunächst historisch und dann aus dem aktuellen Diskurs extrahierten Gesichtspunkte einer möglichen Dimensionalisierung von Intergeschlechtlichkeit als soziale Kategorie.

4. WEITERGEHENDE KONTURIERUNGEN

Der geschichtliche Abriss ebenso wie der kurze Blick in Artikel der aktuellen Debatte um Intergeschlechtlichkeit dokumentieren die sukzessive *Verdrängung* der Zwischengeschlechtlichkeit aus allen Bereichen des kulturellen Lebens. Obwohl die Kritiken an den medizinischen Normierungen gegenwärtig auf unterschiedlichen Ebenen diskutiert werden, ist es wichtig zu bemerken, dass ein Einbezug medizinischer Perspektiven in allen Teildebatten stattfindet – was auf die Prägung intergeschlechtlichen Lebens durch die Medizin zurückzuführen ist, die durch die Auseinandersetzung mit und Folgen von irreversiblen Eingriffen eine bedeutsame Position in den Leben intergeschlechtlicher Menschen einnimmt. An das anatomische Geschlecht werden „soziale, ökonomische, politische, hierarchische oder psychische Aspekte“ (Calvi 2012: 5) geknüpft, indem von zwei und nur zwei Ausprägungen – männlich und weiblich – ausgegangen wird. Aus der medizinischen Konstruktion eines Problems, das behoben werden muss und das eng mit dem (normativ motivierten) Erhalt der Zweikörpergeschlechtlichkeit verknüpft ist, rekonstituiert sich seit den ersten Veröffentlichungen intergeschlechtlicher Aktivist_innen sukzessive wieder ein auch *soziales* Phänomen. In diesem Kapitel konnten nicht ausnahmslos alle Aspekte berücksichtigt werden, der Fokus lag auf jenen Gesichtspunkten, die für die folgende empirische Arbeit von Bedeutung sind. Die

Genese der bis heute wirksamen Medikalisierung, ihre Binnenlogik ebenso wie aktuelle gesellschaftliche Entwicklungen waren hier aufgrund der Medikalisierungserfahrungen der Befragten im Sinne einer gegenstandsbezogenen Forschung von vorgeordneter Bedeutung – eine ausführliche Konturierung durch den Vergleich mit Konzepten dritter Geschlechter in anderen Regionen der Welt etwa habe ich bislang nicht vorgenommen, oben aber bereits auf die sich ergebende eurozentristische Perspektive der Forschung aufmerksam gemacht. Für eine kurze Konturierung dieses Aspekts ziehe ich eine Studie von Susanne Schröter (2003) heran, die in dem Aufsatz *Intersexualität als soziale Kategorie* das Konzept der Zwischengeschlechtlichkeit¹⁰² in anderen Kulturen ausweist. Sie zeigt damit zum einen, dass ein anderer Umgang als die Verschleierung der Existenz zwischengeschlechtlicher Menschen durch die medizinische Zurichtung entsprechend binärer Geschlechtskörpernormen existiert, zum anderen wird Zwischengeschlechtlichkeit mittels einer interkulturellen Perspektive dimensionalisiert.

Intergeschlechtlichkeit wird etwa auf dem indischen Subkontinent auch aktuell positiv mit religiösen Werten aufgeladen. Die *hijras* in Indien werden mit der göttlichen Ordnung in Verbindung gesetzt, sie gehören der Kultgemeinschaft um die Göttin Bahuchara an. Diese religiöse Verehrung projiziert sich in der sozialen Wirklichkeit nicht auf die *hijras*, stattdessen leben diese in kleinen Verbänden, denen ei_ne Guru vorsteht und die „einem organisierten Bordellbetrieb“ (ebd.: 39) gleichen, als Bettler_innen und Prostituierte. Hier zeigt sich in aktuellem Kontext, was in ähnlicher Form für die Zwischengeschlechter in der Antike beschrieben wurde (s. I.1.1): Religiöse Verehrung und Idealisierung steht dem *othering* (Spivak) der *hijras* im gesellschaftlichen Leben gegenüber. Während Hermaphroditen in der Antike der Tod drohte, sind die *hijras* – wie auch die Konzepte von Geschlechtsentwürfen zwischen oder jenseits der zwei gültigen Geschlechter im ‚westlichen‘ Raum – über soziale Mechanismen ausgegrenzt¹⁰³. Weiter schreibt Schröter Kon-

102 Schröter, darauf sei allerdings verwiesen, versteht in ihrer Forschung ‚Intersexualität‘ wortwörtlich als Zwischengeschlechtlichkeit und zieht verschiedenste Konzepte heran, die zwischen den Geschlechtern angesiedelt sind. Sie grenzt Trans*-Konzepte nicht analytisch von Intergeschlechtlichkeit ab, wenn sie etwa die Performance der *travestis* als „perfekte intersexuelle Konstruktion“ (ebd.: 46) beschreibt. Für die vorliegende Arbeit sind einige ihrer systematischen Konklusionen nichtsdestoweniger wichtige Ergänzungen der bisherigen Ausführungen und werden entsprechend ausgewählt wiedergegeben.

103 Die Haupttätigkeit der *hijras* als Prostituierte und Bettler_innen (neben der Segnung Neugeborener und Heiratender zur Sicherung der Fruchtbarkeit) verortet sie ‚am Rand der indischen Gesellschaft‘. Sie haben keine eigene Kaste, und weil sie in ihre Subkaste (in etwa vorstellbar als eine Kaste, die sich quer zum System durch alle Ebenen zieht) nicht hineingeboren werden, hat diese zusätzlich eine andere Wertigkeit.

zepte wie die *geschworenen Jungfrauen (tobelja)*¹⁰⁴ in Albanien oder die *two-spirits*¹⁰⁵ indigener Bevölkerungen in den USA der „Intersexualität“ zu als „Metakategorie, um sozial und sexuell von der Norm abweichende Lebensentwürfe in eine heterosexuelle Maske [...] zu integrieren“ (beide: ebd.: 41). Was ich im zweiten Abschnitt des Kapitels mit einer Systematisierung des vorher Beschriebenen für Intergeschlechtlichkeit im ‚westlichen‘ Kontext zu zeigen versucht habe, muss als ein kritischer Kommentar zu Schröders Ausarbeitungen gelesen werden: Die *tobelja* ebenso wie die *two-spirits* sind dem Entwurf einer gegengeschlechtlichen *performance* verpflichtet, der die Grenze zwischen den Geschlechtern nicht weiter konterkariert (vgl. Ebd.: 44) – würden mit der hier zugrunde gelegten Terminologie damit als Konzepte von Trans* beschrieben werden und fallen mitnichten in die Kategorie Intergeschlechtlichkeit. Um dieser nach dem hier verhandelten Verständnis zu entsprechen, müsste es sich um Lebensentwürfe handeln, die körperlich in irgendeiner Weise *auf der Geschlechtergrenze* verortet sind. Auch wenn hier im Hinblick auf den restriktiven Umgang mit ‚Brüchen‘ mit diesen Konzepten eine gewisse Ähnlichkeit zum Umgang mit Intergeschlechtlichkeit im ‚westlichen‘ Raum besteht, gibt es neben der Verpflichtung zu einer ‚eindeutigen‘ Geschlechts-performance einen entscheidenden Unterschied: Während dort die Geschlechtszuweisung auf der Ebene sozialer Repräsentationen verbleibt, werden hier intergeschlechtliche Körper operativ zugewiesen, um der zugeordneten sozialen Erscheinung eine ‚biologische Grundlage‘ zu geben: „Als ‚Störung‘ oder ‚pathologischer Befund‘ gilt sie hauptsächlich in westlichen Gesellschaften“ (ebd.: 48f.).

Diese Binnenlogik des medizinischen Diskurses an ausgewählten medizinischen Artikeln nachzuzeichnen war Ziel des dritten Abschnitts. Es zeigt sich im Anschluss an die Ausführungen dieses Kapitels, dass zwar der medizinische Umgang mit intergeschlechtlichen Menschen abhängig ist von den behandelnden Mediziner_innen. Die Voraussetzungen für diesen Umgang sind jedoch vielfältig und lassen sich einerseits auf die kanonisierte Ausbildung von Mediziner_innen zurückführen, die die Basis für die Berechtigung zur medizinischen Praxis als die Anwendung gelernter, innerhalb des Diskurses gültiger Inhalte bildet. Andererseits stehen Mediziner_innen nie außerhalb einer Gesellschaft und ihrer Normen – der Begriff *Exekutive kultureller Körpernormen* sollte darauf bereits verweisen. Ihre Positionie-

104 Die *tobelja* schwören der Weiblichkeit ab und erhalten den rechtlichen und sozialen Status von Männern. Es sei hier auf die eindrucksvolle Fotostrecke von Pepa Hristova verwiesen, abzurufen unter <http://www.zeit.de/gesellschaft/2013-06/fs-sworn-virgins-hristova-2> (Mai 2014).

105 Schröter benennt diese mit dem älteren Begriff *berdache*. Ich habe mich hier für den von betreffenden Personen selbst gewählten und in der Forschung mittlerweile etablierten Begriff *two-spirits* entschieden; vgl. etwa Tietz 2003.

rung zum Umgang mit Intergeschlechtlichkeit ist damit immer auch eine Positionierung im komplexen Geflecht aus den produktiven wie regulierenden Wirkungen aller Normen, die in dem Konzept der heterosexuellen Matrix zusammen gefasst werden können, darüber hinaus wirkende Normen der Körperrepräsentationen, staatspolitischen Entwicklungen, politischen Aktivitäten intergeschlechtlicher Menschen, ihrer Expertise in eigener Sache und solchen Forscher_innen, die sich mit Zehnder (2010) im Feld MEDIZINKRITISCHER Forschungen verorten lassen. Dass der Umgang mit intergeschlechtlichen Menschen nicht nur in Fällen, in denen die ‚westliche Schulmedizin‘ angewandt wird, kollektiven Normierungslogiken folgt, zeigt Dan Christian Ghattas (2013) in seiner *Vorstudie zur Lebenssituation von Inter*Personen*¹⁰⁶:

In den überwiegend ländlichen Gebieten etwa Ugandas oder auch Teilen Südafrikas gilt die Geburt eines intergeschlechtlichen Kindes als Strafe für ein früheres Vergehen z.B. der Mutter. NGOs aus Uganda und aus Südafrika berichten von der Tötung intergeschlechtlicher Neugeborener; indem die Mütter die Kinder töten, bewahren sie sich den überlebensnotwendigen Platz in der Gemeinschaft. (Ghattas 2013: 20)

In solchen Fällen kann die Situation entstehen, dass eine Erklärung der Existenz der Neugeborenen mit schulmedizinischem Vokabular lebensrettend sein kann. In allen von Ghattas untersuchten Ländern wird Intergeschlechtlichkeit tabuisiert und es finden Diskriminierungen auch aufgrund von herrschenden Vorurteilen statt; letztere weisen zudem „eine deutliche Überschneidung mit homophober Diskriminierung“ (ebd.: 28) auf. In allen Ländern gibt es rechtlich nur zwei Geschlechter, was zum einen auf ein kulturelles System der Zweigeschlechtlichkeit verweist, zum anderen auf der praktischen Ebene einen ‚vereindeutigenden‘ Eintrag in das Melderegister des Landes verlangt. In Neuseeland ist ein vorübergehender Eintrag vorgesehen, in Frankreich muss der Eintrag innerhalb von drei Jahren erfolgen. Außer in Australien und Deutschland muss in allen anderen Ländern innerhalb von weniger als einer Woche (Uganda) bis zu drei Monaten (Belgien) eines der zwei gültigen Geschlechter eingetragen sein (vgl. Ebd.: 26). Australien bildet im Pool der untersuchten Länder seit kurzem eine Ausnahme: Hier ist es nun nach einer erfolgreichen Klage von Norrie May-Welby möglich, sich behördlich als *non-specific* regis-

106 Ghattas befragte Mitglieder von NGOs und intergeschlechtliche Aktivist_innen in 24 Ländern. Zurückgesendet wurden 16 Fragebögen aus 12 Ländern. In der Studien konnten so Daten aus Deutschland, Frankreich, Belgien, der Türkei, der Ukraine, Serbien, Taiwan, Uganda, Südafrika, Uruguay, Australien und Neuseeland dargestellt werden; zur Beschreibung der Probleme der Erhebung siehe S. 16ff. der Studie.

trieren zu lassen¹⁰⁷. Schon 2011 ermöglichte Australien neben den Eintragungen *m (male)* und *f (female)* die Option, *x (unspecified)* im Reisepass eintragen zu lassen (vgl. Tolmein 2011). In Deutschland wird seit dem 1. November 2013 der Geschlechtseintrag für intergeschlechtliche Neugeborene ausgesetzt, wenn kein Geschlecht bestimmt werden kann:

§ 22 Fehlende Angaben [...]

(3) Kann das Kind weder dem weiblichen noch dem männlichen Geschlecht zugeordnet werden, *so ist der Personenstandsfall ohne eine solche Angabe* in das Geburtenregister einzutragen. (Herv. ag)¹⁰⁸

Die Auslassung erfolgt ohne den Hinweis auf eine Frist, in der dieser Eintrag nachzuholen ist, die Angabepflicht des Geschlechts bleibt in §21 jedoch grundsätzlich bestehen, § 22 findet sich im Abschnitt 2 des fünften Kapitels des PStG, *Besonderheiten*. Dass es sich hier bisher nicht um einen ersten bewussten Schritt zur Auflösung der rechtlichen Geschlechtsbinarität handelt, zeigen die weiteren mit diesem Schritt vorgenommenen Änderungen des PStG: Zeitgleich mit obiger Rechtsnorm wird der Geschlechtseintrag bei einer Eheschließung obligatorisch (vgl. §15(1)2.)¹⁰⁹ – ohne Geschlecht können Menschen in Deutschland nun also weder eine Ehe noch eine ELP eingehen. Ein Geschlecht hat damit weiterhin nur, wer männlich oder weiblich ist – und *kein* Geschlecht bekommt nur, wem kein Geschlecht zugeordnet werden kann. Eine konsequente umfassende Einführung einer dritten Geschlechtskategorie würde die in sich recht stabile Verweisungsstruktur des Deutschen Rechts jedoch nicht grundlegend erschüttern, da die rechtliche Kategorie Geschlecht „mittlerweile doch in mehrfacher Hinsicht brüchig geworden ist“ (Plett 2012: 139) – das tatsächliche transformatorische Potential dieser Einlösung des Minimalkonsenses¹¹⁰ der Empfehlungen des Deutschen Ethikrates wird sich in der Zukunft zeigen.¹¹⁰ Die

107 Ghattas Studie kann dies aufgrund ihres Erscheinungsdatums nicht berücksichtigen; vgl. dazu beispielhaft Mullen 2014.

108 PStG, Fassung vom 28.08.2013, abzurufen unter <http://www.gesetze-im-internet.de/pstg/BJNR012210007.html#BJNR-012210007BJNG000700000> (Januar 2014).

109 Bis dato gab es keinen expliziten Verweis auf das notwendige unterschiedliche Geschlecht der sich verehelichen Personen. Diese Änderung mag eine Auswirkung der Diskussionen um die Gleichstellung der ELP sein, enthält aber zudem den expliziten Hinweis auf die notwendige zeitliche Begrenzung der Auslassung eines Geschlechtseintrags.

110 Weitere Kritik an der Änderung, insbesondere aus den Reihen intergeschlechtlicher Aktivist_innen, bezieht sich etwa auf die *notwendige* (Nicht-)Zuordnung eines Geschlechts qua medizinischer Diagnose: Bislang sind und blieben es weiterhin Medizi-

Medizin hat, so stellt Angela Kolbe in ihrer rechtswissenschaftlich ausgerichteten Dissertation heraus, auch gegenwärtig und – mit Blick auf die vermeintliche Fortentwicklung des PStG – weiterhin die Deutungsmacht über Intergeschlechtlichkeit (vgl. Kolbe 2010): Der juristische Diskurs stützt sich auf die Maßgaben des medizinischen und macht sich so strukturell abhängig von diesem (vgl. Klöppel 2010: 582).¹¹¹

Die Ausführungen des vorangegangenen Kapitels vor Augen, lässt sich die (gesellschaftlich bislang weitestgehend mitgetragene) Praxis der medizinischen Zurichtung intergeschlechtlicher Körper damit aus zwei Perspektiven beschreiben. Zum einen funktioniert sie über die Binnenlogik der Medizin (und anderer Naturwissenschaften), Abweichungen von der Norm als Untersuchungsgegenstand für die Beschreibung des ‚Normalen‘, ‚Eigentlichen‘ heranzuziehen (vgl. u.a. Eckert 2007, 2010; Kessler 1990). Zum anderen erfordert die gesellschaftliche Norm der Heterosexualität einen Umgang mit Phänomenen, die diese Norm bedrohen: Ausgrenzung, Diskriminierung bis hin zur Zuweisung eines anderen Geschlechts. Paradox hierbei ist, dass im Prozess der Zuweisung mit allen damit verbundenen Untersuchungen

ner_innen, die die Möglichkeit zur Vergeschlechtlichung eines Körpers innehätten – durch ihre Anrufung des Körpers als weiblich/Mädchen, männlich/Junge oder vorerst nicht zuordenbar/intersexuell‘ bei einer schwangerschaftsbegleitenden Untersuchung oder der Geburt und die daraus erwachsenden juristischen und sozialen Folgen. Die Internationale Vereinigung intergeschlechtlicher Menschen (IVIM) verweist in ihrer Pressemitteilung darauf, „dass es sich nicht um eine Wahlmöglichkeit, sondern um eine Vorschrift handelt“ (vgl. IVIM 2012).

111 Die juristische Auseinandersetzung mit der Rechtmäßigkeit medizinischen Umgangs findet erst seit jüngster Zeit statt und zeigt in verschiedenen Veröffentlichungen, dass Operationen im Genitalbereich vor der Volljährigkeit der ‚Patient_innen‘ rechtlich zweifelhaften Charakter aufweisen: Kolbe stellt heraus, dass die „bisherige medizinische Praxis [...] sowohl aus medizinischer als auch aus rechtlicher Perspektive problematisch“ ist (vgl. Kolbe 2010: 178). Die Entscheidung für eine Operation durch die Eltern ist laut Kolbe rechtswidrig, da es sich erstens nicht um eine Behandlung zum Wohl des Kindes handelt und zweitens die stellvertretende Entscheidung für Minderjährige durch die Eltern bei „höchstintensiven Eingriffen mit schwerwiegenden Folgen“ (ebd.: 179) ohne medizinische Notwendigkeit rechtlich nicht haltbar ist. Neben Angela Kolbe stellen beispielsweise Konstanze Plett und Oliver Tolmein die rechtliche Grauzone heraus, in der der Umgang mit intergeschlechtlichen Menschen in der BRD sich bewegt. Neben der Fraglichkeit der Rechtmäßigkeit von Operationen im Genitalbereich vor der Volljährigkeit wird die ausschließende Zweigeschlechtlichkeit des deutschen Rechts kritisch hinterfragt.

und Eingriffen in intergeschlechtliche Körper erstens Erkenntnisse gewonnen werden, die konstitutiv für das Zweikörpergeschlechtlichkeitssystem sind; Intergeschlechtlichkeit wird darüber zur produktiven Kategorie (im Sinne des konstituierenden Verworfenen), während sie gleichzeitig im Zuge der Pathologisierung überhaupt erst konstruiert wird. Intergeschlechtlichkeit wird zu einem ‚(SOZIAL) NICHT EXISTENTEN PHÄNOMEN‘: Ihre Existenz ermöglicht die Erforschung der Grenze zwischen den Geschlechtern, gleichzeitig müssen betreffende Individuen unsichtbar gemacht, also einem der zwei gültigen Geschlechter zugewiesen werden, um diese Dichotomie nicht zu gefährden und also die Geschlechtergrenze als ÜBERSCHREITBARE LINIE, nicht als besetzbares Terrain zu materialisieren. Zweitens werden aber eben nicht weibliche oder männliche, sondern versehrte intergeschlechtliche Körper konstruiert, die ein spezielles vergeschlechtlichtes Körpererleben aufweisen. Um noch einmal und im Anschluss an die Systematisierungen im dritten Abschnitt die Metaphern Baumans zu bemühen: Während die Kategorie Intergeschlechtlichkeit zum einen als *Feindin* (Antagonistin) zur Kategorie (Zweikörper)Geschlecht fungiert, die durch sie mitdefiniert wird und immer auch gleichzeitig ihrerseits die Versicherung der Zweigeschlechtlichkeit produziert, steht sie als *Fremde* immer außerhalb des (Zweikörper)Geschlechterverhältnisses, wenn sie als Drittes zum Ersten und Zweiten definiert ist (vgl. Bauman 1995: 73ff.). Einerseits handelt es sich um das vom Anerkannten Umschlossene, das ‚Dazwischen‘, das dessen interne Grenzziehung erst konkretisiert; andererseits materialisiert sich in ihm das Verworfene, das immer ein Außen ist und in seiner Funktion als beherrschtes Objekt die regulative Macht der Geschlechternormen provoziert, indem es sie als zu regulierendes Element gleichzeitig ermöglicht. Intergeschlechtlichkeit wird in seiner sozialen Position so zum VEXIERBILD zwischen außen und innen, Eingeschlossenem und Ausgeschlossenem. Eingeschlossen wie ausgeschlossen wird es vom Normalen konstituiert ebenso, wie es konstituierend auf das Normale wirkt.

Die Einkörperung der Erfahrungen medizinischer Eingriffe und deren Auswirkungen provoziert die Konstruktion ‚besonderer‘ Biographien, in der sich ihre Protagonist_innen zu der Tatsache verhalten müssen, dass ihre Körperschlechtlichkeit als problematisch und korrekturbefürigt eingeordnet wurde (und wird): Die biographischen Schilderungen intergeschlechtlicher Menschen mit medizinisch zugerichteten Körpern offenbaren im Verweisungszusammenhang *Erfahrung – Biographie – Geschlecht – Körper* eine besondere Form von Erfahrungsaufschichtungen, die im Sinne einer kritischen Gesellschaftstheorie emanzipatorisches Potential bergen. Eine solche doch recht starke These verlangt nach einem Verständnis von Biographie als die in der Konstruktion ver gegenständlichte Fähigkeit von Individuen, Erfahrungen sinnhaft und abhängig von den jeweiligen Erlebnissen und Krisen anzuhäufen und (neu) zu ordnen. Weiter muss die Frage beantwortet werden, wie der Prozess der Einkörperung von Sozialität gedacht werden kann. Im

nun folgenden Kapitel, das als solches meine theoretische ‚Lesebrille‘ für das Material expliziert, erläutere ich die hier bereits immer wieder angedeuteten theoretischen Prämissen meiner biographiezentrierten (Geschlechtlichkeits-)Forschung.