

Kapitel IV

Pathologisierung und Geheimhaltung als Mittel der Normalisierung

Ich denke, dass mein Körper durch die medizinischen Eingriffe, denen ich von Anfang an unterworfen war, sehr verletzlich wurde und die erlittenen Traumata bis heute nicht vergessen hat.

(SEBASTIAN IN BARTH ET AL. 2013: 12)

Alle untersuchten Biographien sind in besonderer Weise Biographien des Geschlecht-Werdens: Geschlecht wird auf der Vorderbühne verhandelt – ebenso wie der Körper. Während zweiter als biographische Kategorie und Aspekt von Geschlecht im folgenden Kapitel verhandelt wird, möchte ich mich für die Erfassung von Geschlecht im Sinne des Forschungsgegenstandes darauf konzentrieren, vor allem herauszuarbeiten, welche Ereignisse und Erfahrungen es provoziert haben, dass Geschlecht derart thematisiert wird – wie sich zeigt: thematisiert werden *muss*. Bei allen untersuchten Biographien handelt es sich um biographische Konstruktionen der Intersexualisierung, also der geschlechtlichen Zurichtung aufgrund diagnostizierter ‚Intersexualität‘. Die medizinische Zurichtung strukturiert in allen Fällen die Geschichtlichkeit der Biographie, entlang dieser Medikalisierungserfahrungen wird die Biographie verzeitlicht.

1. TECHNIKEN DER ZURICHTUNG: UMRISS MEDIZINISCHER PATHOLOGISIERUNGSMECHANISMEN¹

Irmas Biographie bietet sich für eine Orientierung bei der Darstellung der Konturierung der Pathologisierungsmechanismen deshalb ganz besonders an, weil sie in der Haupterzählung, also jenem Teil der Erzählung, die noch einzig ihrer eigenen Strukturierung unterworfen ist, ohne dass ich bereits mit Nachfragen den Erzählfluss ‚gestört‘ habe, eine recht vollständige Darstellung ihrer Erfahrungen mit dem Medizindiskurs vornimmt. Die Passagen, in denen Lisa von Zurichtungserfahrungen erzählt, liefern insofern eine gute Ergänzung, als dass bei ihr die von Irma als latente Bedrohung mitschwingende mögliche Kastration im frühkindlichen Alter tatsächlich durchgeführt wird, sie einer jährlichen Untersuchungsroutine unterworfen ist und dadurch die Intersexualisierung eine andere Position in der Erfahrungsaufschichtung hat.

1.1 Geburtsnarrativ

Das Geburtsnarrativ kann in jeder Biographie nur die Rekonstruktion von geteilten Erfahrungen anderer sein. Da sich Befragte in der Regel nicht an die Umstände ihrer Geburt erinnern können, muss sich auf Schilderungen von Zeug_innen berufen werden. Zunächst ist die Schilderung zu Beginn einer Stehgreiferzählung die – in biographischen Erzählungen oft zu findende und recht nahe liegende – Entscheidung, mit der biographischen Konstruktion hier zu beginnen: Die Heldin der Geschichte wird eingeführt (vgl. Nielsson 2002)². Die Umstände ihrer Geburt schildert Irma wie folgt – und weist ihr neben dem Beginn der Erzählung weitere Funktionen für die Erzählung zu, die anschließend expliziert werden:

ja.: ähm: (2) ich bin: Ende der Siebziger zur Welt gekommen:, und hatte: als, ganz, normales in=Anführungszeichen **Mädchen** also eigentlich relativ **unauffällig** bis auf: die Tatsache dass ich nen doppelseitigen Leistenbruch hatte. was: bei: Mädchen sehr **selten** vorkommt, das ist eigentlich häufiger bei Jungs und=n: (1) Arzt, der für das Thema- der sich mit dem Thema vielleicht ein bisschen besser ausgekannt hätte hätte **da** schon: n bisschen hellhörig werden können [mhm] weil wie gesagt bei Mädchen ist das eigentlich sehr **untypisch**, äh: ich hatte dann: zwei Tage nach den Geburt ne Leistenbruchoperation, und: das war: das Einzige was: **rückblickend** gesehen schon: darauf hingedeutet hat.

-
- 1 Einige der im Folgenden entlang der Biographie von Irma formulierten Überlegungen und Interpretationen finden sich bereits in meinem Artikel von 2012; dies gilt zudem für einige Punkte im VI.1.
 - 2 Näheres dazu findet sich in der Systematisierung in Abschnitt VI.2.1.

Nach einem verzögernden Rahmenschaltelement, das das Erzählsegment einleitet, grenzt Irma den Zeitpunkt ihrer Geburt auf eine Zeitspanne von wenigen Jahren ein, ohne jedoch konkret zu werden. Auffällig ist, dass es in dieser Schilderung nicht bei so genannten *chronicles* (Nielsson 2002: 55), also einer zeitlichen und räumlichen Verortung des Auf-die-Welt-Kommens der Protagonistin, bleibt. Irma kommentiert zudem die Umstände der Geburt als „relativ unauffällig“, grenzt diese Bewertung aber mit der Darstellung der weiteren Ereignisse um den bereits bei der Geburt vorliegenden Leistenbruch ein. Irma markiert damit ihre Biographie bereits als eine auffällige, sie stellt einen noch nicht explizierten Zusammenhang her zwischen dem Ereignis der Geburt und der weiteren Entwicklung ihrer Biographie. Fritz Schütze (1987) spricht hierbei von einer ANKÜNDIGUNG DES DARZUSTELLENDEN. Die Ankündigung vollzieht sich mit der Gegenüberstellung der Einordnung als „ganz, normales in=Anführungszeichen **Mädchen**“ und der Geburt als „relativ **unauffällig** bis auf: die Tatsache“, dass sie „einen doppelseitigen Leistenbruch hatte“. Die ‚Normalität‘ der Geschlechtszuweisung erhält durch den Kommentar, dass ein Leistenbruch „bei: Mädchen sehr **selten** vorkommt“, einen Bruch. Irma bereitet hier bereits die Schilderung einer Biographie vor, die durch die Entdeckung ihrer Inter-geschlechtlichkeit beeinflusst werden wird. Zudem nimmt sie für die Dramaturgie der Erzählung entsprechende Formulierungen vor: Der behandelnde Arzt „hätte **da** schon: n bisschen hellhörig werden können“, wenn er sich besser ausgekannt hätte, weil es „eigentlich sehr untypisch“ ist, dass ein Leistenbruch in Kombination mit der Diagnose, es sei gerade ein Mädchen geboren worden, auftritt. Dann berichtet sie von der Operation, die im Alter von zwei Tagen an ihr durchgeführt wird, um den Leistenbruch zu beheben und schließt dieses Erzählsegment mit einem bewertenden Kommentar: „und: das war: das Einzige was: **rückblickend** gesehen schon: darauf hingedeutet hat.“.

An die Schilderung der Geburtssituation schließt sich ein Segment an, das das Geschehene weiter kontextualisiert: Bei einer späteren Sichtung der Krankenakte und des betreffenden Untersuchungsberichtes stellt Irma fest, dass die behandelnden Mediziner_innen die Gonaden als Ovarien identifiziert hatten, die in den Leistenkanal gerutscht waren.

ich hab dann: später: als ich so in dem Prozess war mich mit: dieser ganzen: Geschichte ein bisschen intensiver **auseinander** zu setzen, (1) nachgeforscht, und hab auch dann den **Arzt**-brief damals aus der: Kinderklinik, bekommen, und da ist es so dass in dem Arztbrief von **Ovarien** die Rede ist also von **Eierstöcken** die in den- die zurück- die im Leistenkanal saßen [mhm] und zurückverlagert wurden und das ist was was mir bis heute noch so=n bisschen unklar ist ob die: ähm: Ärzte da einfach aus Unwissenheit was anderes reingeschrieben haben weil das waren eben de facto Hoden oder Hodengewebe, und=ähm ob man das ohne histologische Untersuchung einfach so vom: Draufgucken: unterscheiden kann weiß ich halt nicht [mhm] und deswegen weiß ich nicht genau ob, die damals einfach ein bisschen blöd waren

oder: ob es so ist dass sie das eigentlich schon gecheckt haben [mhm] und aber in den Arztbrief was anderes reingeschrieben haben. de facto ist es auch so dass meinen Eltern: **nichts gesagt wurde**. [mhm] also das haben die auch **unabhängig** voneinander gesagt und da bin ich mir auch ziemlich sicher dass das dann **stimmt**.

Die Narration der Operation an der Neugeborenen bündelt hier das Potential verschiedenster möglicher biographischer Konstruktionen. Die Mediziner_innen haben die Gonaden fälschlicherweise als Ovarien identifiziert. Irma mutmaßt: Wäre ei_ne Mediziner_in anwesend gewesen, der die vorhandenen Indizien als mögliche Hinweise auf eine vorliegende Intergeschlechtlichkeit gelesen und der daraufhin die Gonaden einer genaueren Diagnose unterzogen hätte, so hätte die Möglichkeit bestanden, dass im drastischsten Fall die ‚Hoden‘ bereits bei dieser frühkindlichen Operation entfernt worden wären. Irma entgeht einem frühkindlichen Eingriff, weil die behandelnden Mediziner_innen ihren Körper qua Geschlechtszuweisung als weiblich wahrnehmen. Die imaginierte Bedrohung wird durch den ‚normierten Blick‘ der Mediziner_innen abgewendet: Es kann abgeleitet werden, dass mit der Information, es liege ein Mädchen auf dem Operationstisch, die Gonaden möglicherweise aus sinnlogischen Gründen auch für Ovarien gehalten wurden. Es wird gemutmaßt, dass die Verbindung von Stereotypen mit dem zugeschriebenen Geschlecht einer Person auch auf innere Organe übertragen werden kann (also mit der Zuschreibung eines Geschlechts die Organe als eben diesem Geschlecht entsprechend eingelesen werden) und Mediziner_innen nicht frei von zweigeschlechtlichen Sozialisationsparametern sind, wenn sie das Geschlecht der zu behandelnden Person kennen und das Innere eines Körpers betrachten. Irma ist sich bewusst, dass die frühkindliche geschlechtliche Zurichtung ein mögliches Ergebnis der ersten Untersuchungen hätte gewesen sein können, das aber eben nicht eingetreten ist. Sie mutmaßt, dass ihr, weil die Ärzte vielleicht kein tiefergehendes Wissen über ‚Intersexualität‘ bei Kindern und deren ‚Symptome‘ hatten, eine frühkindliche Kastration erspart geblieben ist. Die Geburtsergebnisse werden an dieser Stelle auch genutzt, um das Misstrauen gegen die medizinische Kompetenz der behandelnden Mediziner_innen bereits ein erstes Mal zu formulieren. Die Geburtsnarration ist damit stark verknüpft mit der Bewertung medizinischer Diagnostik und Behandlungsmethoden. Der Kommentar von Irma, dass ihre Eltern „ziemlich sicher“ nichts wussten, lässt eine Unsicherheit zurück darüber, ob dem wirklich so ist; diese Stelle verweist bereits ein erstes Mal auf die Verunsicherung darüber, was wahr ist, nachdem Irma aus heutiger Perspektive verschiedene Lücken in ihrer Biographie mit Informationen aus der Krankenakte gefüllt hat.

Das Bewusstsein der ausgebliebenen Geschlechtsangleichung als Neugeborene lässt Irma die Leistenbruchoperation nicht als Eingriff im Rahmen der Interventionen gegen ihre Intergeschlechtlichkeit deuten, auch wenn die mögliche Bedrohung und das Potential (frühkindlich kastriert worden zu sein), das dieses Ereignis für

den Verlauf ihrer intersexuellen Biographie hatte, kritisch von ihr bemerkt werden. An späterer Stelle betont sie, dass sie sich eher als Feministin denn als intergeschlechtliche Betroffene versteht und verdeutlicht damit noch einmal, dass die Leistenbruchoperation als solche von ihr nicht als ein maßgebliches Moment für ihre biographische Entwicklung eingeordnet wird: Sie stellt hier die Bedeutung der nicht eingetretenen Kastration heraus, um daran ihre Perspektive auf die Pathologisierung und ‚Korrektur‘ intergeschlechtlicher Körper gleich von Beginn an deutlich zu machen. Es ist die Ankündigung einer medizinkritischen Erzählung eines Menschen, der in der Folge Medikalisationserfahrungen aufgrund seiner Intergeschlechtlichkeit gemacht hat. Die Schilderung der Geburt und ihrer Folgen hat damit die Funktion der Einleitung des SUPRASEGMENTALEN DARSTELLUNGSZUSAMMENHANGS. Sofort zu Beginn der Erzählung bietet Irma damit einen möglichen sinnlogischen Impetus der Gesamtgestalt der Biographie als kognitive Figur an: Die Geschichte der Medikalisation ihrer Intergeschlechtlichkeit, die Rolle behandelnder Mediziner_innen für ihre biographische Entwicklung und die Geschichte davon, wie sie sich die Kompetenz angeeignet hat, Untersuchungsberichte lesen und verstehen zu können. Gerade weil bereits zwei Tage nach der Geburt eine Operation stattfindet, bei der die Intergeschlechtlichkeit hätte entdeckt werden können, werden die Geburt und ihre Folgen derart erzählt und kommentiert. Das Potential der Ereignisse, das nicht ausgeschöpft wurde oder werden konnte, wird hier zur Figur des ‚imaginierten anderen Lebens‘.

Gerade jene Operationen, die in einem Alter durchgeführt werden, in dem die Betroffenen noch nicht zustimmungsfähig sind, sind vor dem Hintergrund der zu leistenden ‚Patient_innen‘information über und -einwilligung³ in medizinische Eingriffe kontrovers diskutiert. Während Irma als „ganz normales Mädchen“ aufwächst, macht Lisa ab ihrem sechsten Lebensjahr ihre ersten bewussten Medikalisationserfahrungen. Die folgende Passage steht recht zu Beginn von Lisas Biogra-

3 Elwyn, Edwards und Kinnorsley (1999) stellen in ihrem Artikel drei verschiedene Formen der Patient_inneninformation und -behandlung vor: den Paternalismus, die am häufigsten angewendete Praxis, bei dem di_er behandelnde Mediziner_in wohlwollend entscheidet, welche Behandlung durchgeführt wird (*paternalistic model*); das entgegengesetzte Modell, die selbstständige Entscheidung von Patient_innen in der Rolle ein_er ‚Konsument_in medizinischer Dienstleistungen‘ (*consumerism*); die informierte Wahl, bei der Patient_innen alle notwendigen Informationen erhalten und die Behandlungsentscheidungen letztlich auf sich gestellt treffen (*informed choice*); die informierte Einwilligung, bei der eine Zustimmung zu den von de_r Mediziner_in vorgeschlagenene Behandlungen gegeben wird, nachdem ausreichend informiert wurde (*informed consent*) und die gemeinsame Entscheidungsfindung (*shared decision-making*) (vgl. Ebd.). Einen herzlichen Dank an Marion und Michaela für den Hinweis!

phie. In einer Passage vor dieser angeführten nimmt Lisa die Ankündigung des Darzustellenden und die Einordnung ihrer Biographie als Geschlechtsbiographie vor: „und, eigentlich wusste ich, (2) ja. bis Oktober, 2004, (2) eigentlich auch nicht so viel, ä h m, da komm ich dann nachher dazu,“. Lisa deutet mit dieser Formulierung bereits die Entdeckung ihrer Intergeschlechtlichkeit zu einem späteren Zeitpunkt ihrer Biographie an, wie sie auch in Irmas Biographie zu finden ist. In der Folge beschreibt Lisa ebenfalls die Erlebnisse um ihre Geburt, auch dieses Narrativ geht weit über die üblichen *chronicles* hinaus (s.o.):

also ich wurde geboren im September, 76, (1) ähm, (2) mit uneindeutigem Genitale, [mhm] u n d sechs: Tage später wurde ich dann verlegt, in eine. spezialisierte. ähm. Universitätsklinik, in Großstadt, (1) u n d da sind halt erstmal zahlreiche Tests gemacht worden. (1) ähm, (1) es wurde **damals** relativ schnell festgestellt dass ich einen XY-Chromosomensatz habe, [mhm] (1) u n d ja. (1) ich glaub da war ich so: (1) na anderthalbe bis zwei Wochen, in der Uni, und dann bin ich das erste Mal äh nach Hause gekommen, (1) bis ich, mit **neun** Monaten, äh von meiner Mutter dann wieder in Krankenhaus gebracht wurde 'also' ins: Universitätsklinikum, ä h m weil, halt ein Leistenbruch aufgetreten war, der halt, operiert werden sollte mh: (1) [...] dann wurde dann halt äh, der Leistenbruch operiert, dabei wurde: die äh: rechte Gonade, entfernt, [mhm] ä h m (1) die: Diagnostik damals, (1) bei mir, zählte von. CAIS⁴, bis echter Hermaphrodit, [mhm] eigentlich, alles durch, über die ganzen Jahre gesehen, ähm, (1) gut. aus heutiger Sicht kann ich natürlich sagen CAIS ist natürlich absoluter Quatschsinn, ähm: weil. da wär kein kein uneindeutiges Genital vor,handen gewesen, und äh: ja. so zog sich das halt durch, aus, (1) der Sicht von heute, sag ich mir wars eigentlich auch klar warum se die rechte Gonade, entfernt haben, [mhm] ä h m, das deutete wirklich auch so= n bisschen auf den auf den ersten, ähm **Verdacht** auch hin ähm echter Hermaphrodit, (1) u n d, ja. die die linke Gonade wurde dann halt in den ähm Bauchraum verlagert, (1) mh: joh dann, bin ich mit dreizehn, Monaten, **wieder**, in der Uni gewesen, wurde operiert, da wurde dann halt, äh: das Genitale, korrigiert, u n d ja. dann wurde ich einmal im Jahr, zur ambulanten Endokrinologie, vorgestellt, (3) bis ich dann mit ((atmet hörbar aus)) fünfteinhalb Jahren, ähm, zum zweiten Mal, endgültig gonadektomiert, oder wie man auch so schön sagt **kastriert** wurde, u n d ähm, (1) von von dieser Operation mit fünfteinhalb Jahren ist auch **meine** allererste äh Erinnerung als ich damals i m: Aufwachraum lag, und hab halt nur geschnü- äh gespürt dass ich halt Schmerzen habe, und ähm, joh.

4 Zur Erinnerung: CAIS bezeichnet eine Insensitivität des auf dem X-Chromosom kodierten Androgenrezeptors.

Lisa verknüpft die kompakte Zusammenfassung der nur mittelbar durch das Wissen Dritter⁵ zugänglichen Ereignisse nach ihrer Geburt und jener Zeit der Medikalisation, die ihr aus eigener Erinnerung zugänglich ist, indem sie hörbar ausatmet. Diese Verkörperung des Übertretens der Grenze zum eingekörperten Wissen, an dem auch der Körper als Erfahrungsspeicher partizipiert und der in Lisas erster Erinnerung das Medium des postoperativen Schmerzes ist, leitet die Erzählung einer Biographie der engmaschigen Überprüfung der Entwicklung ihres Geschlechtsstatus' ein. Lisa ist eine der Befragten, die (früh)kindliche Zurichtungen erfahren hat. Ihre Kindheit ist geprägt von einer jährlichen Routine medizinischer Begutachtung und Kontrolle. In der Pubertät lehnt sie das Anlegen einer Neovagina im Gespräch mit dem behandelnden Arzt ab (s.u.), die Hormonersatztherapie ist mit der frühkindlichen Operation aber bereits indiziert. Was bei Irma ein imaginiertes anderes Leben ist, das als Reflexionsperspektive des Unzugänglichen in den Ereignissen um ihre Geburt funktioniert, wird für Lisa zur Realität. Ihr nicht den medizinischen Parametern entsprechendes Genital gibt den Mediziner_innen durch deren Anblick den Hinweis auf eine mögliche ‚Intersexualität‘, die in der Folge bestätigt, aber (bis heute) nicht letztgültig in einem ‚Syndrom‘ ausdifferenziert wird. Während bei Irma die Möglichkeit bestand, dass die Mediziner_innen ihre ‚Hoden‘ aufgrund des ‚kongruierenden Blicks‘ als Ovarien eingelesen haben, weist Lisas intergeschlechtliches Genital explizit ihre ‚Auffälligkeit‘ aus und wird mit der Entfernung einer ihrer Gonaden bereits im frühen Kindesalter entsprechend dem zugewiesenen Geschlecht zugerichtet.

1.2 Pathologisierung

Die Tatsache, dass Irmas Vertrauen in die Medizin im weiteren Umgang mit Mediziner_innen enttäuscht wurde, zeigt sich bereits in der nächsten Erfahrung mit Beginn der Pubertät. Aufgrund ihrer Körpergröße soll eine Handwurzelknochenuntersuchung bei ihr vorgenommen werden:

ja und dann: bin ich erstmal so: als: M ä d c h e n **groß** geworden, (2) und: (2) dann: (3) wars: (1) so: **nee=nee** es war so- **genau**. es gab dann: als ich: elf oder **zwölf** war glaub ich so um den Dreh, war ich mal mit meiner Mutter: in der Kinderklinik, zur Handwurzelknochenuntersuchung, weil ich, damals schon sehr groß war: und 'äh' mein Vater ist halt auch sehr=sehr groß und es war so=n bisschen die Frage wo geht das noch hin mit dem Kind [mhm] wie groß wills noch werden und da kann man ja diese Handwurzelknochen:messung: machen: um: so

5 Gemeint sind damit ebenso Lisas Mutter, die ihr mit ca. sieben Jahren erklärt, dass sie „eigentlich, ein Junge hätte werden sollen“ und einen XY-Chromosomensatz hat, wie auch die Dokumente ihrer Krankenakte, die Lisa im Jahr 2007 zugänglich werden.

die die Größe zu berechnen. [mhm] ((holt Luft)) und: da: wars so dass der: Arzt in der:- im Kinderkrankenhaus dann aus irgendwelchen Gründen, auf die Idee gekommen ist dass er mich mal: **untersuchen könnte**, (nee) ich glaub ich war schon ein bisschen älter ich war glaub ich wahrscheinlich eher so dreizehn vierzehn, ähm, und: (2) ähm: (2) ja so=ne Art kleine gynäkologische Untersuchung gemacht hat ich weiß auch bis heute wie gesagt nicht so genau wie er da drauf **gekommen** ist und äh: (1) **da fiel dann** das erste M a l so der Begriff äh: Pseudohermaphroditismus masculinus. als: irgendwie so- also wie gesagt ich war da auch noch, relativ: **jung** und: hab das auch alles nicht so **ganz** verstanden, ((holt Luft)) **aber**: seitdem war dann immer so was: **im Hinterkopf**.

Mit dem Resümee „ja und dann: bin ich erstmal so: als: M ä d c h e n **groß** geworden“ schließt Irma die Schilderungen um ihre Geburt ab und leitet die nächste medizinische Erfahrung zu Beginn der Pubertät ein. Die Pausen am Beginn der folgenden Passage nach dieser resümierenden Aussage, die gleichzeitig die gesamten Erfahrungen der Kindheit als die eines Mädchens einordnet, das auch dadurch in die Länge gezogene „(2) und: (2) dann: (3) wars: (1) so:“ verweisen einerseits auf den Abschluss der ersten Erzähleinheit, verdeutlichen aber auch, dass Irma an dieser Stelle entscheiden muss, wie sie die Geschichte über ihr Leben weiter erzählen möchte. Während sie mit dem in der letztendlichen biographischen Konstruktion als ‚Resümee‘ funktionierenden Einschub zunächst einen Erzählstrang andeutet, der möglicherweise stärker auf ihr Aufwachsen und soziale Rahmenbedingungen fokussiert hätte, entscheidet sie sich nach kurzem Nachdenken für die Schilderung jener Untersuchung, bei der sie zum ersten Mal bewusst eine Medikalisierung ihres intergeschlechtlichen Körpers erlebt. An dieser Stelle wird besonders deutlich, dass eine biographische (Re)Konstruktion der Medikalisierungserfahrungen einen selektiven Strang der Erfahrungsaufschichtung darstellt; die Befragten definieren sich selbstverständlich nicht nur über ihre Intergeschlechtlichkeit, sondern diese ist ein Aspekt ihres Selbst neben anderen. Eine besondere Stellung nimmt hier das Wort „**groß**“ ein: es könnte andeuten, dass sie die Pubertät in der Erzählung möglicherweise überspringen hätte wollen – gleichzeitig verweist es auf ihre Körpergröße als Mädchen – und leitet die folgenden Schilderungen ein.⁶

6 Rasloa berichtet über eine ähnliche Erfahrung: Auch sie wird aufgrund der zu erwartenden Körpergröße medikalisiert. Im Unterschied zu Irma ist sie bereits als ‚intersexuell‘ diagnostiziert und erhält Östrogene, um das Wachstum zu stoppen: „meine Eltern haben unterschrieben, ähm, dass sie ner Hormonbehandlung zustimmen, weil, ich nämlich ziemlich groß werden sollte. [mhm] wohl einsdreißig, oder so, die haben dann so Knochen, gemessen, Wachstumsfugen gemessen, mit denen meiner Schwester verglichen, (1) u n d ähm: (2) ham dann irgendwann gesagt nee dann musst du. eben diese Tabletten schlucken. [mhm] was das war weiß ich nicht, (1) irgendwann hab ich später

Im Gegensatz zu anderen medizinischen Vorgängen oder Begriffen⁷ erläutert sie hier den Sinn und Zweck der Untersuchung. Dies mag Auswirkung des *Detaillierungszwangs* sein: Irma muss erläutern, was es mit der Untersuchung auf sich hat, um der Dramaturgie dieser Passage im Folgenden gerecht zu werden (und also die Überraschung, die sie während der tatsächlichen Handlung erlebte, auch im Sprachhandeln zu entwerfen) einerseits und um später in der Reflexion des Erlebnisses auf die Handwurzelknochenuntersuchung zurückkommen zu können andererseits. Möglicherweise nimmt sie diese Detaillierung auch vor, weil sie diese Begegnung mit der Medizin als ihre erste bewusste erlebt hat und bei der Reflexion aus eigenen Erinnerungen schöpfen kann. Die Einleitung der folgenden Ereignisse beginnt, nachdem sie hörbar Luft geholt hat, mit dem Satz „((holt Luft)) und: da: wars so dass der: Arzt in der:- im Kinderkrankenhaus dann aus irgendwelchen Gründen, auf die Idee gekommen ist dass er mich mal: **untersuchen könnte**„. Diese Äußerung überrascht vor dem Hintergrund der angekündigten Untersuchung zunächst: Warum sollte der Arzt bei einem vereinbarten Termin auch *nicht* auf die Idee kommen, Irma zu untersuchen? Nachdem sie ihr Alter von eingangs „elf oder zwölf“ auf „wahrscheinlich eher so dreizehn, vierzehn“ korrigiert hat, spezifiziert sie diese Untersuchung jedoch als eine gynäkologische, die im Rahmen einer Handwurzelknochenuntersuchung nicht erforderlich ist und für die Irma „bis heute“ keine plausible Begründung erhalten hat. Sie verleiht damit ihrer vorherigen Formulierung „aus irgendwelchen Gründen“ Gehalt. Als Ergebnis dieser Untersuchung hört sie zum ersten Mal die Diagnose *Pseudohermaphroditismus masculinus*. Das Ergebnis der eigentlichen Handwurzelknochenuntersuchung berichtet sie hingegen nicht mehr – ein Verweis auf die Funktion dieser Passage, deren Ziel es nicht war, etwas über ihre Handwurzelknochen und Körpergröße, sondern über die erste Begegnung mit dem medizinischen Diskurs aufgrund ihrer Intergeschlechtlichkeit zu berichten. Das Erlebnis der gynäkologischen Untersuchung dominiert über den eigentlichen Grund für das Aufsuchen des Arztes. Die Erzählung bringt insbesondere Irmas Ratlosigkeit über den Verlauf der Behandlung zum Ausdruck. Der Arzt hat sein Handeln nicht näher erläutert und die gynäkologische Untersuchung durchgeführt, ohne Irma darüber weitergehend aufzuklären. Die Motivation des Arztes ist ihr bis heute unbekannt. Das ist auch deshalb bemerkenswert, weil Irma bei den vorherigen Erörterungen zur Leistenbruchoperation Informationen aus ihrer Kran-

rausgekriegt dass es wahrscheinlich Östrogene waren, denn meine Freundin, hatte unregelmäßige Blutungen, [mhm] und, die musste eine davon nehmen. [mhm] irgendwie damit sich das normalisierte. was das war weiß ich aber nicht mehr. [mhm] und ich hab aber zwölf morgens und zwölf abends genommen.“

7 Beispielsweise den „doppelten Leistenbruch“ bei der Geburt oder die nicht durchgeführte „histologische Untersuchung“ der Gonaden.

kenakte anführt. Es gibt damit scheinbar keine Erklärung im Bericht zur Untersuchung, die ihr dieses Erlebnis nachträglich zugänglich machen könnte. Während es über die Leistenbruchoperation einen Bericht gibt, den sie nachvollziehen und interpretieren kann, liegt hier scheinbar kein Eintrag vor, auf den sie sich berufen könnte. Sie hätte in einem direkten Gespräch vom Arzt aufgeklärt werden können, ihr wurde die Untersuchung jedoch nicht näher erläutert. Erneut konstatiert Irma mangelnde Transparenz durch behandelnde Mediziner_innen.

Wenn Irma weiter sagt, sie habe „das auch alles nicht so ganz verstanden“, dann kann sie den damals erstmals gefallenen Begriff *Pseudohermaphroditismus masculinus* meinen, aufgrund der Erzählstruktur der Passage kann diese Aussage zudem so verstanden werden, dass damit der Vorgang der Untersuchung gemeint ist. Es bleibt zu vermuten, dass die Diagnose Irma damals kaum zugänglich war und die Erzählung durchmischt ist mit Kenntnissen, die sie aus dem Untersuchungsbericht zitiert. Vielmehr als die Diagnose scheint durch den überraschenden Behandlungsverlauf die Diagnostik bei ihr das Gefühl „im Hinterkopf“ hinterlassen zu haben, dass etwas nicht stimmt. Die Diagnose und/oder Diagnostik sind das *Auffällige*, das in Irmas Geburtsnarration angekündigt wurde: Es wird aus dem ‚unauffälligen‘ Mädchen ein ‚auffälliges‘ intergeschlechtliches Kind. Dass irgendetwas an ihr ‚anders‘ ist, wird ihr mit der gynäkologischen Untersuchung vermittelt: Vom physischen Erleben dieser Behandlung abgesehen vermittelt allein das Durchführen von Untersuchungen über die Handwurzelknochenmessung hinaus das Gefühl, dass etwas anders ist, als es sein sollte. Der gynäkologische Eingriff in ihren Körper wird als ein Gefühl der Alterität eingekörpert.

Irma kommt in einem Einschub erneut auf die Handwurzelknochenuntersuchung zu sprechen. Als sie ein weiteres Mal erwähnt, es sei etwas im Hinterkopf geblieben, fällt sie zurück in die Überlegungen über mögliche Begründungen der Motivation des Kinderarztes für die unangekündigte Untersuchung.

und: (1) wie gesagt weiß ich bis heute nicht so genau wie der damals da drauf gekommen ist ich kann mir nur vorstellen dass er entweder auch diesen: **Arztbrief** aus meiner Kinderklinik hatte dass der irgendwie in meinen Krankenakten war und er meine komplette Krankenakte hatte **oder** äh: (2) e=es ist eben auch so dass mit dieser Handwurzelknochen- dass es wohl so ist dass wenn dann die **Hormonproduktion** richtig einsetzt sich da irgendwelche *W a c h s t u m s f u g e n* schließen [mhm] und dadurch dann das Wachstum abgeschlossen ist und wenn das bei Mädchen in einem bestimmten Alter noch nicht passiert ist spricht das dann kann das dann eben auch- also das hängt, **irgendwie**, mit der Hormonproduktion auch zusammen [mhm] und deswegen (1) kann dann ein Arzt, der, der das so=n bisschen auf dem Schirm hat wohl darüber auch: **Rückschlüsse** ziehen [mhm] und auf auf die Idee kommen in=in die Richtung weiter zu schauen. 'hat mir mal irgendjemand gesagt.'

Sie benennt zwei mögliche Erklärungen: Entweder der Arzt kannte die Krankenakte und zog aus dem doppelten Leistenbruch seine Schlüsse oder der Arzt kam auf die Idee, weil die Handwurzelknochenuntersuchung ein für Mädchen untypisches Ergebnis zeigte. Nachdem Irma erläutert hat, dass der Zeitpunkt der Schließung der Wachstumsfugen in der Medizin ebenfalls vergeschlechtlicht ist (ein Indiz für die im ersten Kapitel herausgearbeitete tiefgehende und ausnahmslose Vergeschlechtlichung des Körpers), damit sie einen Hinweis auf ihre Intergeschlechtlichkeit geben kann, die der Arzt erkannt haben könnte, fügt sie leise hinzu: „Hat mir mal jemand gesagt.“ Dieser Hinweis auf eine andere Person eröffnet eine neue Perspektive auf das ärztliche Vorgehen: Hier konkurriert Irmas Annahme, ihr seien erneut Informationen vorenthalten worden, mit einer alternativen Erklärung von einer außenstehenden Person, die gerade die Kompetenz des Arztes in den Blick nimmt. Irmas eigene Auslegung folgt damit zumindest einem Deutungsmuster, das ärztliche Kompetenz als Faktor nicht primär einbezieht. Erst die Ausführungen einer anderen Person rufen ihr die Möglichkeit eines kompetenzgeleiteten Handelns in Erinnerung. Die primäre Sicht auf die Medizin bleibt auch hier geprägt von Misstrauen aufgrund mangelnder Transparenz, trotzdem führt sie differenzierende Meinungen an und signalisiert so ihre Bereitschaft zu einer differenzierten Betrachtung ihrer Erlebnisse – und damit die Bereitschaft wie Fähigkeit zur Erfahrungsauf- und -umschichtung. Indirekt verweist Irma erneut auf die Geburtsergebnisse: Indem sie ihre bereits vorhandene Krankenakte anspricht, die der Kinderarzt möglicherweise angefordert hatte, misst sie diesen damit eine zukunftsweisende Funktion zu. Irma beendet den Einschub zur Handwurzelknochenuntersuchung im Folgenden:

naja aber es war so dass äh- wir sind dann da: nicht noch mal **hingegangen**, der wollte wohl auch gerne irgendwelche Folgeuntersuchungen mit mir machen, das hab ich dann später erfahren als ich dann irgendwann mal mit meiner **Mutter** angefangen habe über das Thema ein bisschen mehr im Detail zu sprechen, und sie **meinte** dann zu mir dass sie das Gefühl hatte dass er: mich so=n bisschen als **Versuchskaninchen** gesehen hat oder da so diese medizinische Neugier vor allem vorgeherrscht hat und sie mich, einfach davor **schützen** wollte [mhm] und nicht wollte dass irgendwelche Ärzte an mir rum: **fuhrwerken** und ist deswegen dann nicht wieder da mit mir hingegangen. und ich denk so, da ist sicherlich was **dran**, ich kann mir aber auch vorstellen, äh: (1) dass es auch, so=n bisschen Vermeidungsstrategie war. [mhm] (und dieses) weil meine Mutter ist eher so=n bisschen- bei **manchen Sachen**, grad auch so bei bei medizinischen Sachen vielleicht eher so=n bisschen Kopf in den **Sand**, [mhm] **Taktik**, u n d (1) ja dass sie da vielleicht auch einfach: (2) nicht: so richtig ranwollte weil sonst hätte man ja auch sagen können o.k. dieser Arzt, **ist irgendwie komisch**, aber dann könnte man ja zu einem anderen gehen, [mhm] wenn man **da** mit dem- mit der Person ein schlechtes Gefühl hat und deswegen denk ich mal wars so=n bisschen eine Kombination aus vielleicht diesen beiden Faktoren.

Die Behandlung wird durch die Mutter abgebrochen, nachdem der Arzt angekündigt hatte, weitere Untersuchungen zur Bestätigung seiner Diagnose machen zu wollen. Irma erfährt davon, als sie ihre Mutter im späteren Auseinandersetzungsprozess damit konfrontiert. Irmas Mutter verhindert damit potentielle irreversible Eingriffe in Irmas Körper, die Motivation dafür bleibt Irma in letzter Konsequenz unklar. Auf die Deutungen des Verhaltens der Mutter werde ich in diesem Rahmen und aufgrund der gesetzten Fokussierung auf die Medikalisierungserfahrungen und das Geschlecht-Werden in der biographischen Konstruktion nicht eingehen, dass Irma hier ein weiteres Mal zwei Perspektiven auf die Handlung eröffnet, verweist aber wiederum auf ihre erhöhte Aufmerksamkeit für die Reflexion ihrer Erfahrungen.

Zum zweiten Mal entgeht Irma knapp einer medizinischen Zurichtung ihrer Geschlechtlichkeit: Beim ersten Mal verhindert möglicherweise die zweigeschlechtlich-normative Sichtweise der Mediziner_innen auf das Körperinnere eine Diagnose ihrer Gonaden als ‚Hoden‘, auf die recht sicher eine umgehende, mindestens zeitnahe Gonadektomie gefolgt wäre. In der oben geschilderten Situation verhindert ihre Mutter eine umfassende Diagnostik (und die möglicherweise anschließende Gonadektomie), indem sie die Behandlung abbricht. Die Bedrohung der operativen Eingriffe in Irmas Körper wird von außenstehenden Personen abgewendet – ob beabsichtigt oder nicht.

Lisa hingegen erlebt im gleichen Alter weitergehende zuweisende Eingriffe. In ihrem Fall zeigt sich, was Michel Reiter (1998) mit „It’s easier to make a hole than to build a pole“ beschreibt: Die Feminisierung des intergeschlechtlichen Körpers ist technisch einfacher, als die Konstruktion eines Penoiden und aus diesem Grund werden Kinder eher dem weiblichen als dem männlichen Geschlecht zugeordnet. Die Maskulinisierung bei einem Y im Chromosomensatz „hat zwar ideellen Vorrang, setzt jedoch hohe Maßstäbe und führt daher in der Praxis eher selten zu einer Maskulinisierung“ (ebd.). Lisa wird denn auch mit etwa dreizehn Jahren das Anlegen einer Neovagina nahegelegt, sie verweigert sich dieser Operation jedoch. Die Versuche des Arztes, sie doch noch zu der Operation zu bewegen, rekurrieren auf heterosexuelle Normen einerseits, markieren Lisa andererseits jedoch und im Widerspruch dazu als nicht für heterosexuelle Partner_innenschaften kompatibel:

ja in einem doch. recht. **freundlichen** Gespräch, in dem es zum **ersten** Mal halt ähm, auch so= n bisschen Erklärungen gab, (2) ä h m: (1) halt das Thema der: Neovagina, (1) äh, thematisiert, und der Arzt sagte mir halt damals ä h m: dass ohne diese letzte Operation, äh: ich nie Geschlechtsverkehr haben könnte, [mhm] u n d ähm: dann hab ich gesagt ich möchte das aber nicht, 'weil.' Scham und. [mhm] Traumata und ähm. [...] ja. also der Arzt. redete halt auf mich **ein**, ähm dass ich diese, diese Operation **machen** lassen müsste, ich wollte ja schließlich eine richtige Frau sein, (1) u n d (da hab=ich gesagt) okay, ja, ich will ne richtige Frau sein, u n d (1) aber ich möchte diese Operation nicht. [mhm] [...] und dann sagte der Arzt zu mir

(1) naja, ähm, ohne diese Operation, wär=s halt nicht möglich, mit nem Mann zu schlafen, u n d ich müsste. (1) mir aber sowieso bewusst sein, ähm, dass ich nie einen Partner finden würde, (1) und dann dachte ich halt auch so ja okay wenn du nie n Partner finden wirst, denn, was sollst du diese Operation machen lassen. [mhm] gut. ich hab mich dann ähm, geweigert, (2) 'äh:' diese Operation machen zu lassen, ich hab sie bis heute nicht machen lassen,

Der Arzt konstruiert im Verlaufe des Gespräches ein *double bind*: Während er Lisa einerseits zum Anlegen der Neovagina überreden will mit dem Hinweis, dass sie nur dann ‚richtigen‘, also heterosexuellen Penetrationssex haben könne, erklärt er ihr im gleichen Zuge, dass für sie die Option, einen „Partner“ für eine Beziehung zu finden, überhaupt nicht besteht. Lisa steht als 13-jährige damit vor der Herausforderung, diese zwei widersprüchlichen Aussagen des Arztes für sich zu ordnen; in der Gänze auflösen wird sie den logischen Konflikt letztlich nicht: Wenn der Arzt der Meinung ist, dass die nie Sex haben wird, wozu dann der nachdrückliche Versuch, sie zu den Operationen für das Anlegen einer Neovagina zu überreden? Sie entzieht sich der Situation, indem sie sich auf die Aussagen des Arztes stützt und diese *selbständig* logisch auflöst: Wenn ich nie einen Partner finden werde, dann benötige ich auch keine Neovagina. Unabhängig von der wiederum ambivalenten Position des Arztes entweder zur anzulegenden Neovagina oder der Möglichkeit für Lisa, den Geschlechtnormen überhaupt jemals zu entsprechen (und stattdessen eine versehrte Intersexuelle zu sein), lässt er Lisa hier die Möglichkeit, sich ohne Zustimmung ihrer Mutter gegen die feminisierende operative Zurichtung zu entscheiden. Während diese Szene für sich zunächst als ein – höchst ambivalentes – Beispiel der *informed choice* stehen könnte, geht ihr jedoch eine vorbereitende Untersuchung durch den gleichen Arzt voraus, die nicht von einer solchen Form der Mitsprache und Transparenz zeugt. Lisa berichtet von einer Blasenspiegelung, die an ihr mit elf Jahren durchgeführt wird, um das Anlegen der Neovagina vorzubereiten:

u n d im Jahr drauf, wieder, in der Universitätsklinik in der- äh: Großstadt I, ä h m: ging halt, oder sollten die Vorbereitungen stattfinden, für die. geplante Neovagina, [mhm] OP, (1) mh: (3) welche Untersuchungen da gemacht wurden, wurden mir eigentlich nie erklärt, (3) ä h m: demzufolge ängstlich war man dann auch, (1) hab dann halt nur gesagt bekommen ä h m: (1) ja hier stehn drei Liter. (1) Limonade oder was das war keine Ahnung Wasser [mhm] n Kontrastmittel was ich jetzt trinken sollte und ich sollte dann halt dieser. ja. Schwester da Bescheid sagen wenn ich auf Toilette musste, okay ich hab dann halt dieses Kontrastmittel getrunken, und äh: so viel wie möglich Flüssigkeit, und dann hab ich dann irgendwann Bescheid gesagt ähm, dass ich halt auf Toilette muss, joh und denn fing das halt alles an ja ich sollte reinkommen, sollte mich ausziehen, ä h m: ich dachte eigentlich okay, ich. darf jetzt irgendwie mal auf Toilette gehen oder so, [mhm] **nee**, das war dann äh: halt nicht der Fall, ich sollte mich ausziehen dann hab ich so=n komisches Hemdchen anbekommen, (1) sollte mich

auf so=n. (1) Metalltisch da legen, u n d dann dauerte das immer nochmal. ne ganze Zeit lang und auf einmal standen da: fünf sechs Ärzte äh um mich rum, und äh. ja der Arzt meinte dann okay wir röntgen das jetzt, [mhm] währenddessen, äh ich die Blase entleeren sollte, (1) und da hab ich gesagt ich **kann** das nicht, (2) u n d. (1) ja ich habs dann halt probiert, und es ging und ging nicht, und dann. wurde der Arzt auch schon immer: äh: grantiger, u n d. (2) naja irgendwann funktionierte es dann **doch**, und dann haben sie ihre Röntgenbilder **gemacht** [mhm] und dann. dachte okay jetzt haste ähm. diese **peinliche** Situation überstanden, davor: fünf sechs Leuten, äh: (1) die **Blase** zu entleeren, und ähm. ja während=während äh während dem während dem Entleeren des Blase, ä h m kam dann irgendein Arzt mit einer, riesengroßen. äh Nadel noch und. [mhm] stach die dann irgendwie in in in die Region der Blase keene Ahnung, ähm, (2) was natürlich dann auch mit Schmerzen verbunden war, [mhm] und: (2) ja. also ich war denn irgendwie: (1) so traumatisiert von von von dieser Untersuchung, und denn: lag ich denn da im. auf diesem Tisch und denn kam dann irgendwann der Arzt rein mit den mit den Röntgenbildern, und äh: schnauzte mich an, dass ich diese **Untersuchung** sabotiert hätte, und. äh: ich jedes Mal **innegehalten** hätte wenn die **Fotos** ge- oder die **Röntgenbilder** gemacht wurden, und. ((holt tief Luft)) ((atmet aus)) /naja. ähm./ ich war dann irgendwann. **so** fertig, (1) ähm, (1) und dann hieß es dann okay, ich darf mich anziehen,

Lisa beginnt die Passage mit dem Hinweis, dass ihr keine Informationen über die Art der Untersuchungen gegeben wurden. Sie verweist damit implizit auf den Umstand, dass die Passage unter Umständen durch später erlangte Informationen angereichert ist. Weiter leitet sie die Passage bereits mit dem Hinweis ein, dass sie während der Untersuchung ängstlich war und bietet damit schon eine Lesart der Situation an. Lisa erhält in der Vorbereitung der Untersuchung lediglich die Informationen, die sie benötigt, damit die Untersuchung durchgeführt werden kann. Weiter wird ihr nicht erklärt, was passieren wird – sie geht davon aus, dass auf die Ansage, sie müsse auf die Toilette, das sozial Erwartbare eintritt: Sie würde nun auf die Toilette verwiesen. Stattdessen wird sie für eine Untersuchung vorbereitet, bei der ihre körperliche Integrität verschiedentlich unterminiert wird. Es wird eine schmerzhaft Untersuchung an ihr durchgeführt, die ihr nicht angekündigt oder begleitend erklärt wird. Mehrere unbekannte Mediziner_innen sind bei einer Untersuchung anwesend, bei der Lisa auf Anweisung die Blase entleeren soll. Sie beschreibt das Erlebnis als „peinlich“ und verweist damit auf die Schamhaftigkeit der Situation. Die Formulierung „riesengroße Nadel“ markiert die Unverfügbarkeit der Situation und wie beängstigend diese und ihr Kontext für Lisa gewesen sein muss; gleichzeitig befähigt sie vermutlich die nachträgliche Information über diese Untersuchung anhand der Untersuchungsunterlagen, den Ort des Einstichs im Bereich der Blase zu vermuten. Nach der Scham über das Urinieren-Müssen vor den anwesenden Mediziner_innen und den Schmerzen durch die große Nadel kommt zudem der (oben bereits genannte) behandelnde Arzt in den Behandlungsraum und „schnauzt“ sie dafür „an“, dass sie die Anweisungen nicht richtig befolgt und so die Untersu-

chung boykottiert habe. Lisa wird von dem Arzt wie ein Untersuchungsobjekt behandelt, nicht wie ein elfjähriges Kind mit individuellen Vorstellungen und Bedürfnissen. Die Interaktion zwischen beiden ist deutlich hierarchisiert. Lisa erklärt, sie sei von der Untersuchung traumatisiert worden – ein Grund dafür, warum sie das Anlegen der Neovagina ablehnt: „dann hab ich gesagt ich möchte das aber nicht, 'weil.' Scham und. Traumata und ähm“.

Während Lisas Geschlecht-Werden von ihrer Geburt an pathologisiert und dadurch *othering* praktiziert wurde, kann Irma die ontologische Sicherheit, ein Mädchen/eine Frau zu sein, bis zu ihrem 17 Lebensjahr grundsätzlich aufrechterhalten. Mit der standartmäßigen Gynäkologisierung weiblicher Körper und damit einer Beobachtung, Vermessung, Abbildung und Katalogisierung der inneren Fortpflanzungsorgane setzt die entscheidende Phase der Intersexualisierung von Irmas Körper ein.

1.3 Gynäkologisierung und operative Zurichtung

Nachdem die Erklärung, sie ähnele in der pubertären Entwicklung ihrer Großmutter, für Irma an Plausibilität verliert und das Gefühl, dass „ja doch irgendwas anders“ ist, dominiert, sucht sie eine Frauenärztin auf, um die Ursache abzuklären:

naja und dann: mit, sechz e h n, glaub ich war das da war- hat dann auch irgendwann dieses Oma hat auch erst sehr spät ihre Regel bekommen Argument dann **wirklich** nicht mehr funktioniert, [mhm] und (2) dann: bin ich zum **Frauenarzt**, und dann weiß ich noch dass die ne **Ultraschalluntersuchung** gemacht hat, und ich noch so meinte ((spricht mit höherer Stimme)) /ACH, ICH KANN DA JA IMMER SO ÜBERHAUPT NICHTS ERKENNEN./ und sie guckte: äh: ((lachend)) /mich nur ziemlich/ betreten an und sagte nicht viel, ja. und=ähm, hinterher kam dann raus dass man- dass ich äh auch nichts hätte erkennen **können**, ((Schmalzlaut mit der Zunge)) **w e i l** nichts da war. also da=da war dann schon, **sofort klar**, ich hab eben keine, keine Gebärmutter, keine Eierstöcke das ist alles, aus irgendwelchen mysteriösen Gründen nicht da, und dann wurde (1) halt: **Chromosomenanalyse** gemacht, also das weiß ich jetzt dass das gemacht wurde und äh: Hormonstatus und so weiter und so fort, und dann kams zu einer, Diagnosestellung, u n d meine Frauenärztin hat mir dann: erzählt dass ich einen Rezeptorendefekt habe, und dass äh (1) dadurch dass (1) äh: die=die **Hormone nicht richtig** wirken können, und dass das eben dazu geführt hat dass=dass sich äh die inneren **Geschlechtsorgane** nicht ausgebildet haben, ja.

Das Ereignis ist neben der Handwurzelknochenuntersuchung eine der Schlüsselszenen der biographischen Konstruktion der Medikalisierung. Irma erzählt die Szene, in der ihre Intergeschlechtlichkeit auch für sie erfahrbar wird, mit verschiedenen Betonungen, verstellter Stimme und in verschiedenen Lautstärken. Auffällig ist,

dass sie jene Stelle verlacht, an der sie erstmals unmissverständlich von einer Person mit ihrer ‚Andersartigkeit‘ konfrontiert wird. Diese *coping*-Strategie zeigt sie (wie auch Rasloa; vgl. V.1.2) auch an weiteren für sie emotional schwierigen Stellen.⁸

Die Passage unterscheidet sich in einigen bedeutenden Punkten von der Handwurzelknochenuntersuchung: Erstens ist Irma bereits älter und nimmt die Ereignisse vermutlich anders wahr auch aufgrund weiterer und gerade auch vergangener Erfahrungen mit dem Medizindiskurs, die sie integriert hat. Zweitens ist die Interaktion begleitet von einem bildgebenden Medium, das der Frauenärztin (und in gewisser Weise auch Irma) visualisiert, dass Irma weder Gebärmutter noch Eierstöcke hat. Das Ultraschallgerät spielt hier als Vergegenständlichung des eigenen Zustandes eine so entscheidende Rolle, dass Irma gerade diese visualisierende Untersuchung auch Jahre später noch detailliert erzählen kann. Die mediale Manifestation von Wissen ist hier eine Art Versicherung und Untermauerung der Diagnose. Die Formulierung „aus irgendwelchen mysteriösen Gründen“ verweist auf die Dramaturgie der damaligen Erfahrung: Für Irma liegt zum Zeitpunkt der Untersuchung keine plausible Erklärung dafür vor, warum die inneren Fortpflanzungsorgane fehlen könnten – geschweige denn Wissen darüber, dass es möglich ist, als Frau keine inneren Fortpflanzungsorgane zu haben. Nach der Durchführung einer Chromosomenanalyse und eines Hormonstatus’, von denen Irma erst nach Einsicht in die Untersuchungsberichte erfährt, werden ihr innen liegende ‚Hoden‘ diagnostiziert. Das ist auch deshalb bemerkenswert, weil Irma in der Erzählung erwähnt, sie hätte nichts erkennen können, „ich hab eben keine, keine Gebärmutter, keine Eierstöcke“. Die Frauenärztin scheint nicht aufzuklären, dass Irma Gonaden *hat* – nur eben nicht die, die nach medizinischem Verständnis vorliegen sollten. Stattdessen erklärt sie Irma im Anschluss an die Untersuchungen, dass sie einen Rezeptorendefekt habe, durch den die Hormone nicht richtig wirken könnten. Dieser Defekt habe dazu geführt, dass die inneren Geschlechtsorgane sich nicht ausgebildet hätten. Die Frauenärztin entwirft ein Bild von einer ‚geschlechtsentwicklungsgestörten‘ Frau, statt die Intergeschlechtlichkeit zu thematisieren und das Vorhandensein der ‚Hoden‘ zu erklären. Dieses Vorgehen wiederum erklärt sich mit Zehnders Analyse des Medizindiskurses recht plausibel: „Männliche Gonaden sind an und für sich nicht pathologisch, werden es aber, wenn sie mit einem weiblichen äußeren Genitale auftreten“ (Zehnder 2010: 109). Die ‚Hoden‘ passen nicht in das Gesamtbild von

8 Im Bericht von der späteren Konfrontation der Frauenärztin (489); als sie von sich als dreifaches Scheidungskind spricht (629); als sie die Kommunikationsebene mit der Mutter zu Studienzeiten beschreibt (558); als sie von der Krise berichtet, die zur Therapie führt (597); als sie von ihrer Verunsicherung wegen der fehlenden Schambehaarung spricht (21/39-22/3).

Irma als Mädchen/Frau, und auch aus diesem Grund wird Irmas körperliche Erscheinung in der Folge weiter pathologisiert, indem ihr und ihrer Mutter mit der Begründung, innen liegende ‚Hoden‘ wiesen ein erhöhtes Krebsrisiko auf, deren Entfernung (Gonadektomie) nahe gelegt wird. Die folgende Passage schließt wieder direkt an die obige an. Das erwähne ich hier deshalb noch einmal so deutlich, weil es keine weiteren Ausführungen zur Diagnose der Ärztin gibt und Irma hier direkt auf die Planung der Gonadektomie zu sprechen kommt:

ja. u n d (1) hat dann: auch gesagt, dass es in so einem Falle eben ein erhöhtes Erartun- Entartungsrisiko bei den **Keimdrüsen** gibt wobei ich auch nicht wusste was was **Keimdrüsen sind**, und dass das halt äh. die äh: dass das dann eben entweder die: äh: Ovarien oder die Hoden sind, ich hab aber auch nicht irgendwie nicht nicht **nachgefragt**, 'und hab' bin gar nicht auf die Idee gekommen dass das halt irgendwas anderes oder ein Ü=Über- Oberbegriff für was anderes sein könnt und hab- **ja**. hab das dann so so **hingegenommen**, hab gedacht aha Keimdrüsen und ähm: (3) **ja**. hab immer so- und ich hab- so **richtig** verstanden hab ichs **nicht**. und ich hab aber immer gedacht naja das liegt dann halt da dran dass mir so das medizinische Fachwissen fehlt dass ich das jetzt nicht so **ganz** genau verstehe, wie da was wodurch bedingt war. ja, und ähm: (1) als dann dieses Krebsargument im Raum stand hab ich dann: schon auch gedacht ja=gut das muss dann halt **gemacht** werden und meine Mutter w a r glaub ich einfach total panisch, und für **die** w a r, **völlig klar**. bevor das Kind Krebs kriegt, is=ist ja ganz **klar** dass das dann **gemacht** wird, vor allem wenn=wenn gesagt wird das ist keine große **Sache**, und danach, nimmt man dann halt Hormone: und damit hat sich: ((Telefon klingelt im Hintergrund)) /hat sich das, und i- ich weiß nicht ich w a r dann als die OP gemacht wurde ein paar Monate später war ich dann schon war ich auch siebzehn, also ich war **durchaus** in nem Alter wo man: da auch schon ne **Meinung** zu hat und kein, kein kleines Kind mehr ist/ aber auch für mich wars eben so, **ja**. wenn da gesagt wird Krebs und wenn meine Mutter der Meinung- auch der Meinung ist: ((Anrufbeantworter wird besprochen)) /dass das: mh **wichtig** ist oder dass das der richtige Schritt ist dann, dann **ist das so**. [mhm] (2) und=ähm: dann: hatte ich wie gesagt mit siebzehn glaub ich die: **Gonadektomie**, also die Entfernung der, Keimdrüsen,

Irma wird durch die für sie nicht verständliche und lückenhafte Erklärung nicht vollumfänglich aufgeklärt. Sie vertraut letztlich auf die Diagnostik der Ärztin, die Mutter stützt diese Entscheidung für die Entfernung krebgefährdeten Gewebes hier scheinbar durch ihre emotionale Reaktion „total panisch“. Diese ist es in letzter Konsequenz, die die Entscheidung für die Operation fällen muss, da Irma noch nicht volljährig ist. Dem Krebsrisiko gegenüber steht die Aussage, eine Gonadektomie sei „keine große Sache“, die im Anschluss mit Hormoneinnahme kompensiert werden kann. Aufgrund der Dramatik, mit der die Gonadektomie als notwendiges Mittel angebracht wird und der dieser entgegenstehenden Entdramatisierung der Hormonsubstitutionstherapie, entscheiden sich Irma und ihre Mutter für eine

Operation. Irma deutet hier an, dass sie am Entscheidungsprozess in irgendeiner Weise beteiligt war und die Entscheidung ihrer Mutter für die Gonadektomie mitträgt. Das Krebsrisiko, das bei Erhalt der Gonaden im Raum steht, veranlasst hier zu einem Schritt, der aufgrund des Vertrauens in die (Kompetenz der) Frauenärztin und der Angst vor einer lebensbedrohlichen Krankheit ohne weiterführende Informationen gegangen wird. In der biographischen Konstruktion nimmt die Erläuterung der unvollständigen Information hier einen recht großen Raum ein, die Entscheidung wird ausführlich auch aus der Perspektive der Mutter begründet. Irma erklärt, dass sie aus ihrer Sicht stärker in die Entscheidung hätte einbezogen werden können, da sie bereits in einem Alter war, „wo man: da auch schon ne **Meinung** zu hat und kein, kein kleines Kind mehr ist“. Irma versteht sich mit 17 Jahren als mündige Person. Ihre Anmerkung, sie sei bereits in einem Alter gewesen, in dem sie „schon eine Meinung hat“, spielt auf die fehlende umfassende Information durch die Frauenärztin an. Die Krebsprognose als Dramatisierung ihres zwischengeschlechtlichen Zustandes verunmöglicht Irma ebenso wie ihrer Mutter eine reflektierte und besonnene Herangehensweise. Irmas Schilderungen wirken zunächst, als wolle sie die Verantwortung für das Geschehene bei sich und ihrer Mutter suchen, als sie dann aber auf den Einfluss zu sprechen kommt, den die Krebsprognose auf sie beide hatte, kann das auch als eine Kritik an der mangelnden Transparenz der Frauenärztin gelesen werden. Neben dem Verschweigen wichtiger Informationen sorgt die Dramatisierung durch die Benennung einer potentiellen Krebserkrankung für ein Einwilligen in die Gonadektomie, die eine lebenslange Hormonersatztherapie zur Folge hat.⁹

Die Dramaturgie der Passage enthält bereits die Ankündigung des noch Darzustellenden; das Verschweigen der Ärztin wird in der folgenden Passage von Irma selbst aufgedeckt. Ihre beste Freundin, der sie von den Ereignissen um ihre Intergeschlechtlichkeit erzählt, zeigt ihr nach der Operation in einem Biologiebuch die Beschreibung der CAIS.

(1) u n d d a n n: (2) hab ich eigentlich **nur** durch **Zufall**, später davon erfahren, was was eigentlich los ist beziehungsweise es war **so**, ich hatte äh meine meine beste **Freundin**, damals hatte äh: die- m=mit der hab ich das- der hab ich das alles **erzählt**, und die wusste eben Bescheid und die hatte dann im/[AB-Besprechen endet; ag] Bioleistungskurs ne Unter-

9 Die Hormonsubstitution ist ein Standardverfahren (vgl. beispielsweise Deutsche Gesellschaft für Humangenetik 2008; Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde 2011) und nicht individualisiert. Soll bei der Vereindeutigung des Geschlechts im Sinne der „Kombinationslogik des medizinischen Diskurses“ (Zehnder 2010: 122) ein weiblicher Körper hergestellt werden, werden Östrogene verschrieben, bei der Herstellung eines männlichen wird Testosteron verabreicht.

richtseinheit zum Thema Männer Frauen, was auch dann vor allem so um **neurologische** Sachen ging und Gehirn und Denkweisen und **weiß** ich nicht was, und äh, hatten dann so= n Buch, was auch einen Abschnitt zu: Geschlechtentwicklung gab. wo dann auch ein paar B=Besonderheiten oder: V=Versionen: erwähnt wurden was auch **anders** laufen kann, und, (1) ja, dann kam sie mit diesem Buch an und da=und **da** war eben auch n=komplette **Androgenresistenz** beschrieben. und da meinte sie ja lies dir das mal durch, kann das nicht sein dass das das ist was du hast. und da stand eben dann auch das drin mit dem XY-Chromosomensatz was- wovon ich vorher noch nie: **gehört hatte** und was sowohl äh mir von meiner Frauenärztin als auch dann von dem ähm Professor in der Klinik, **n i e** erwähnt wurde. da war eben immer nur von Hormonen und **Rezeptoren** die Rede, und **nie** irgendwie vom Chromosomensatz. und, ((anderes Telefon klingelt)) /mit dieser: äh, Chromosomen,satz,erklärung hat das dann auch plötzlich auf einmal alles irgendwie **Sinn** gemacht. [mhm] (und da) hab ich das dann auch verstehen können und es war dann **klar** vorher es lag nicht an meinem fehlenden medizinischen **Fachwissen** dass ich das nicht richtig verstanden habe sondern einfach daran dass: das die **w i c h t i g s t e** Grundsatz und Basisinformation mir einfach **vorenthalten** worden war./

Irma erklärt, dass sie das Wissen über ihre körperliche Verfasstheit nur durch einen *Zufall* erhält. Die eigenständige Informationsbeschaffung, ermöglicht durch die Freundin mit Hilfe eines Biologiebuches aus dem Schulunterricht, in dem die Erklärung über das Vorhandensein eines untypischen Chromosomensatzes stattfindet, lässt Irma ihre Situation neu sehen und verstehen. Irma beschreibt, dass erst der XY-Chromosomensatz als Erklärung ihr ein Verständnis von ihrer körperlichen Verfasstheit als komplette Androgenresistenz ermöglicht, die bisherigen Ereignisse aus diesem neuen Blickwinkel einen (neuen) Sinn ergeben. Das Wissen um den für ein Mädchen untypischen Chromosomensatz ist für sie die wichtigste Information zum Verständnis ihrer körperlichen Verfasstheit. Irma bemängelt, dass die Frauenärztin die Gonadektomie angeordnet hatte, ohne sicher zu gehen, dass Irma angemessen informiert ist. Es zeichnet sich hier ab, dass Irma bestimmte Erwartungen an medizinisch ausgebildetes Personal hat, die hier nicht erfüllt werden und sich so *ex negativo* zeigen: Mediziner_innen sollten ‚Patient_innen‘ vollständig ohne Auslassungen über ihren körperlichen Zustand informieren und sicher gehen, dass die ‚Patient_innen‘ ganz sicher verstanden haben, was sie ihnen erklären. Irma stellt damit heraus, dass Mediziner_innen ihres Erachtens nach in der Verantwortung stehen, ihren Beruf nach bestem Wissen auszuführen, fehlendes Wissen gegebenenfalls anzueignen; gleichzeitig ist ein solcher Umgang mit ‚Patient_innen‘ notwendig, um ihnen Entscheidungen auf der Basis vollumfänglicher Informationsvermittlung zu ermöglichen. Die Mediziner_innen müssten also ihr medizinisches Fachwissen soweit mit ihren ‚Patient_innen‘ zu teilen, dass diese zu verantwort-

tungsfähigen Entscheidungsträger_innen werden (*informed choice*).¹⁰ Ohne eine *vollständige Beschreibung* ihres körperlichen Zustands war sie nicht in der Lage, die Situation vollständig zu verstehen und angemessen zu bewerten; die Kastration wird damit retrospektiv zu einem uneingewilligten Eingriff. Irma konfrontiert ihre Frauenärztin im Anschluss an ihre zufällige Entdeckung mit der vermuteten Diagnose:

u n d dann:, bin ich mit dieser Info dann zu meiner Frauenärztin und hab gemeint ja:, das und das, und so ich hab das und das gelesen und äh kann das sein dass das das ist was was **ich** auch hab und da meinte sie ja, äh, das ist so. ja. das war dann, natürlich schon erstmal: **'ziemlich krass'**, so damals als ich so- als diese erste Diagnosestellung oder Teildiagnose war fand ichs vor allem schlimm, zu erfahren dass ich keine Kinder kriegen kann, weil bis dahin hatte ich zwar immer so in so einer: **Radikalität** der Jugend gesagt **ja, und man kann eh keine Kinder, in diese Welt setzen die so schrecklich ist und wenn dann muss man welche adoptieren/** und hab dann so in dem Moment gemerkt dass es tief drinnen aber schon eigentlich auch so=n **anderes** Gefühl gab [mhm] und ich wahrscheinlich schon eigentlich gerne auch eigene Kinder gehabt hätte und das war so das was damals im **Vordergrund** stand. oder so=so=so im ersten Moment. (2) traurig. und- (1) und **schlimm** war,- naja, und das mit diesem mit dem **Chromosomensatz** war dann schon noch mal ne andere Nummer. also meine Frauenärztin meinte dann auch gleich: dass: ich trotzdem deswegen ne ganz normale Frau bin:, und dass das jetzt nicht mein- meine Geschlechtsidentität in Frage stellt, u n d hat da glaub ich schon: versucht sehr **unterstützend** zu sein,

Neben der Schilderung der Ereignisse bei der Konfrontation der Frauenärztin mit dem neu erworbenen Wissen ergänzt Irma in dieser Passage zudem ihre Reaktion auf die Diagnosestellung der Frauenärztin nach der Ultraschalluntersuchung: Zum damaligen Zeitpunkt hatte Irma bereits erfahren, dass sie keine Kinder bekommen kann. Sie grenzt die emotionale Reaktion auf diese erste Information qualitativ von jener auf „das mit dem Chromosomensatz“ ab, für sie funktionieren diese beiden Informationen auf unterschiedlichen Ebenen. Während die Unfähigkeit, Kinder zu bekommen, ihr vor Augen führt, dass ihre Weiblichkeitskonstruktion implizit zumindest die Fähigkeit zum Kinder bekommen beinhaltet, auch wenn diese nicht genutzt werden sollte, vergegenständlicht der XY-Chromosomensatz eine andere Ebene ihres Geschlechtsverständnisses. Die notwendige Transformation ihres Verständnisses von der Gebärfähigkeit als aus moralisch motivierten Gründen nicht zu

10 Im Falle intergeschlechtlicher ‚Patient_innen‘, so wird sich im folgenden Abschnitt noch einmal deutlich zeigen, ist dieser Maßstab deshalb in besonderer Weise heraus zu stellen, weil ihm der medizinische Umgang mit Intergeschlechtlichkeit verschiedentlich widerspricht.

nutzende Fähigkeit hin zu einer ihr fehlenden Fähigkeit und der Notwendigkeit der Anerkennung der bislang ausschließlich theoretischen Erwägungen zum Kinder bekommen als zu bewältigende Realität gelingt ihr, indem sie den hinter ihren moralischen Überzeugungen liegenden Kinderwunsch als nicht realisierbar verarbeitet. Die Auseinandersetzung mit der Erkenntnis, dass sie einen ‚geschlechtsuntypischen Chromosomensatz‘ aufweist, findet auf einer anderen Ebene statt. Die Frauenärztin versichert ihr, dass sie dennoch eine „ganz normale Frau“ (157) sei; Irma signalisiert damit, dass die fehlende Gebärfähigkeit ihre Weiblichkeit aus Sicht der Frauenärztin nicht in Frage gestellt hatte, während die Information über den untypischen XY-Chromosomensatz dies zu bewirken fähig wäre. Hier wird das Verständnis von einer körperlich inkongruenten Geschlechtlichkeit als Belastung für die ‚Patient_in‘ deutlich, die die Frauenärztin möglicherweise deshalb vor Irma verbergen wollte.

In der biographischen Konstruktion schildert Irma an dieser Stelle nun nach den für sie entscheidenden Medikalisierungserfahrungen aufgrund ihrer Intergeschlechtlichkeit ihre Reflexionsleistungen im Anschluss an die Verunsicherung ihrer ontologischen Stattsicherheit eines Mädchens/einer Frau durch die Information über einen untypischen Chromosomensatz. Ich möchte an dieser Stelle jedoch zuvor eine Passage einfügen, in der Irma einige Jahre später, nachdem sie ihre ärztlichen Unterlagen eingefordert und so eigenständig alle möglichen Informationen zu ihrer körperlichen Verfasstheit aus medizinischer Perspektive zusammen getragen hat, diese Frauenärztin erneut konfrontiert. Gestärkt durch die *Selbstermächtigung*, die aus der Unterstützung durch andere intergeschlechtliche Menschen resultiert, und das daraus entstehende Gefühl, die eigenen Erfahrungen müssen nicht allein bewältigt werden, sondern können mit Personen geteilt werden, die ähnliches erlebt haben, sucht sie ihre Frauenärztin auf und fordert ihre Unterlagen ein.

und das war bei mir dann eben auch so dass ich danach dann auch zu meiner Frauenärztin noch mal gegangen bin, und=ähm, die mich damals behandelt hat (1) und mit ((auflachend)) /der/ ein recht konfliktreiches Gespräch hatte, und da dann eben: meine Unterlagen, eingefordert hab oder: sie halt haben wollte. und die sie mir dann auch gegeben hat.

Irma markiert hier mit einem Auflachen die Konflikthaftigkeit des Gesprächs¹¹. Sie stellt sich hier erstmals nach der eigenen Auseinandersetzung mit ihrer Intergeschlechtlichkeit der Person, die die Kastration veranlasst hat.

ich hätte da auch nicht mehr **hingehen** können. weil ich: immer: glaub ich gedacht hätte naja wer weiß:, was sie mir als nächstes nicht erzählt. [mhm] ah=genau weil es gab dann dieses,

11 Zum Lachen als ‚Übersprunghandlung‘ vgl. Abschnitt V.1.

dieses **Gespräch** mit ihr, im Zusammenhang mit dieser Krankenakte, und=äh: wo=wo ich sie einfach gefragt hab warum sie mir das damals nicht erzählt hat und warum sie mir die ganze Wahrheit nicht erzählt hat und sie meinte dann damals **ja**: sie hatte das Gefühl dass sie mir das- dass: äh: man mir das nicht zumuten kann [mhm] und dass ich da nicht: ((atmet tief ein)) **stabil** genug gewesen wäre um: das: auszuhalten. [mhm] und da hab ich dann auch dann so im Nachhinein dann gedacht **ja**. ich meine wer weiß was sie mir dann als **nächstes**- wo sie dann als **nächstes** der Meinung gewesen wäre dass sie mir das nicht zumuten kann und wo dann für mich ganz, **klar war, da** gibts kein **Vertrauensverhältnis** mehr.

Die Ärztin erklärt hier, dass sie unter Rückgriff auf Annahmen über Irmas psychische Konstitution geschwiegen habe. Hier wird die Annahme, dass die Frauenärztin Irma aus ihrer Perspektive als Medizinerin und dem damit verbundenen gelehrten Verständnis von gesundem Geschlecht als ausschließlich binär organisierte Körperausprägung vor einer tiefergehenden Verunsicherung ihrer Geschlechtsidentität schützen wollte, expliziert.¹² Es wird eine *Wissenshierarchie* erzeugt, die Irma nachhaltig im Umgang mit der Medizin beeinflusst. Irma stellt trotz neuen Wohnorts und neuer behandelnder Mediziner_innen heraus, dass sie nach dem Vertrauensbruch ihrer Frauenärztin keine Behandlung mehr bei ihr in Betracht gezogen hätte. Gerade der Nachdruck, mit dem sie auf die Unmöglichkeit einer erneuten Behandlung durch die Ärztin verweist, obwohl diese praktisch gar nicht zur Debatte steht, deutet auf die starke Bedeutung des Vertrauensbruchs hin. Das Verhältnis zu ihrer früheren Frauenärztin und die dafür verantwortlichen auslösenden Erfahrungen, die Irma mit ihr macht, als sie 17 Jahre alt ist, sind die Initiationsmomente eines misstrauischen und ambivalenten Verhältnisses zur Medizin im Allgemeinen. Sie nimmt an, dass Informationen vorenthalten werden und medizinische Informationen damit immer potentiell intransparent gehalten werden.¹³

12 Diese Praxis mag aus den damaligen Behandlungsempfehlungen bei Intergeschlechtlichkeit gefolgt sein: Zum Zeitpunkt der Gonadektomie (Mitte der 1990er Jahre) gibt es noch keinen kritischen Diskurs aus der Inter*-Bewegung, die AGGPG als erste medizinkritische Vereinigung intergeschlechtlicher Menschen gründet sich 1992. Es ist also anzunehmen, dass die Frauenärztin nach bestem Wissen gehandelt hat.

13 Mit Blick auf bisherige Veröffentlichungen intergeschlechtlicher Aktivist_innen ist diese Haltung nachvollziehbar: In den untersuchten Biographien bestätigen sich konkret die dort generalisierten Aussagen, Mediziner_innen hielten Informationen (aus welchen Gründen auch immer) zurück und verhinderten so eine ‚patient_innen‘orientierte Behandlung und Mediziner_innen unterstützten mit diesem Vorgehen die Ausübung diskursiv angelegter Parameter der ausschließenden Zweigeschlechtlichkeit mit der ‚Intersexualität‘ als Pathologie. Siehe etwa <http://blog.zwischengeschlecht.info>; Völling 2010; Auslegungen der Internationalen Vereinigung intergeschlechtlicher Menschen (IVIM) auf

Während bei Irmas Kastration als Folge der Gynäkologisierung im Alter von 17 Jahren durchgeführt und ihr in der Folge umgehend Hormone verschrieben werden, um das Fehlen der bis dahin körpereigenen Hormonproduzentinnen zu kompensieren, erhält Lisa bereits mit zwölf Jahren die Hormonersatztherapie, um die Pubertät einzuleiten:

bei dem: Besuch mit. (1) zwölf Jahren, wurden dann auch. Hormone verschrieben, (2) weibliche Hormone klar, ((schlägt die Hände hörbar zusammen)) war ja äh: in die weibliche Richtung, [mhm] ähm, angeglichen oder zumindest der Versuch, mich in die weibliche Richtung zu drängen, u n d mir wurde damals auch gesagt, dass wenn ich diese Hormone, nehme, ich zu einer richtigen **Frau** werde, (1) ich mich körperlich in, in Form von, einer **Frau** entwickeln würde **Brüste** entwickeln würde, (1) ich würde meine **Tage** bekommen, und da hab ich mir damals auch gedacht so ah toll, bist ja doch nicht so abartig so=n so=n Monster, das war halt wie so=n so=n so=n so=n Licht am Ende des Tunnels, was ich da: äh gesehen hab,

Mit einem Händeklatschen markiert Lisa die Ohnmacht gegenüber der medizinischen Praxis, weiblich zugeordneten intergeschlechtlichen Menschen „weibliche Hormone“ (Östrogene) zur Feminisierung (und damit ‚Normalisierung‘) ihres Körpers zu verschreiben. Das Klatschen als Zeichen für eine ‚aktive Anerkennung der eigenen Passivität‘ drückt aus, dass Lisa diese medikamentöse Zurichtung als der Logik des medizinischen Diskurses entsprechende identifiziert, diese aber nicht als zwingende Konsequenz ansieht. Dass sie diese normierende Praxis als Zuordnungszwang begreift, zeigt sich in der Aussage, dass sie sich in die weibliche Richtung „gedrängt“ fühlt. Der zwölfjährigen Lisa werden zudem Wirkungen der Hormonersatztherapie in Aussicht gestellt, die nicht eintreten *können*: Ohne eine Gebärmutter, also das für die Blutungen notwendige Organ, ist es nicht möglich, dass Lisas Menstruation einsetzt. Der behandelnde Arzt belügt Lisa, verspricht ihr eine vollständige Verweiblichung ihres Körpers, um sie zur Einnahme der Hormone zu bewegen. Lisa nimmt diese Behandlung an in dem Glauben, sich dadurch ‚normalisieren‘ zu können und das Gefühl zu verlieren, ein „Monster“ zu sein. Diese Selbstbezeichnung drückt deutlich das Bild der jugendlichen Lisa von sich als widernatürlicher Mensch aus; die Aussage vermittelt ihr Bild von sich selbst als Resultat der engmaschigen Kontrolluntersuchungen ihres intergeschlechtlichen Körpers durch verschiedene Mediziner_innen als belastende Erfahrungen. Mit dem Versprechen von den genuin als weiblich verorteten Körpervorgängen der Menstruation, des Brustwachstums und der Ausbildung der „körperlichen Form von einer Frau“ generiert der Arzt eine unerfüllbare Hoffnung und stellt ihr fälschlicherweise

in Aussicht, Prozesse initiieren zu können, die sie sich letztendlich vollständig und unauffällig der Gruppe ‚Frauen‘ zuordnen lassen. Als Lisa nach etwa einem Dreivierteljahr feststellen muss, dass ihre Menstruation nicht einsetzt, setzt sie die Medikamente ab. Die fehlende Aufklärung darüber, welche weiteren wichtigen Funktionen Östrogene für verschiedene Körpervorgänge haben (beispielsweise Unterstützung des Knochenstoffwechsels und damit Vorbeugung/Verhinderung einer Osteoporose)¹⁴, lässt Lisa annehmen, dass die Medikamente ausschließlich für die Verweiblichung ihres Körpers einzunehmen sind. Nachdem eben dieser Prozess nicht im gewünschten Maße einsetzt, entscheidet sie sich gegen die weitere Einnahme.

und hab dann eigentlich auch bis zum: achtundzwanzigsten Lebensjahr gar keine Hormone mehr genommen, [mhm] (2) über d i e: Konsequenzen, (1) war ich mir natürlich absolut nicht im Klaren, ähm, das wurde mir auch nicht erklärt, für was das wichtig ist

Hier zeigt sich erneut, was Irma im ersten Zitat dieses Abschnitts in der Einordnung ihrer eigenen Kastration und der daraus folgenden Hormonsubstitution expliziert: Die fehlende umfassende Aufklärung über die Notwendigkeit und den Zweck (irgend)einer Hormonsubstitution für den Körper jenseits der Folgen für die mit der Geschlechtlichkeit in Zusammenhang stehenden Aspekte.

1.4 Reflexion der Intersexualisierungserfahrungen

Irma ordnet ihre Intersexualisierung insgesamt als ein Vorgehen ein, das ohne eine vollumfängliche Information durchgeführt wurde, nachdem sie ihre Geschichte der Geschlechtszuweisung auch mit Hilfe ihrer medizinischen Unterlagen rekonstruiert hat. Die Gonadektomie wird als notwendige Maßnahme einer Krebsvorsorge definiert, Irma und ihre Mutter stellen daraufhin die Entscheidung für eine Entfernung der ‚Hoden‘ nicht weitergehend in Frage: Das „Krebsargument“ dramatisiert die

14 Das Fehlen der Keimdrüsen führt zu einem Hormonungleichgewicht im Körper, das substituiert werden muss. Die sog. Sexualhormone wirken auf die Entwicklung des Körpers: Während Östrogene u.a. für die Entwicklung verschiedener Organe, die Knochendichte und die Entwicklung des Gehirns notwendig ist, steuert Testosteron u.a. den Energiehaushalt des Körpers (vgl. Fausto-Sterling 2000: 147). Sexualhormone sind nicht geschlechtsspezifisch, sie kommen lediglich in unterschiedlichen Konzentrationen in unterschiedlichen Körpern vor und lassen nicht zwingend einen Schluss auf das Geschlecht einer Person zu (vgl. Christiansen 1995); diese Komplexität wird problematisch, wenn gonadektomierten Personen ohne umfassende Diagnostik (also gleichsam ‚komplexitätsreduziert‘) Hormone zur Substitution des Mangels verschrieben werden.

Entscheidungssituation und lässt die Operation für beide als unumgängliche Notwendigkeit erscheinen. Im gleichen Zuge wird die anschließend notwendige lebenslange Hormonsubstitutionstherapie und ihre Folgen nicht umfassend erklärt und dadurch bagatellisiert. Irma kritisiert im Verlauf des Interviews, dass dieser irreversible Eingriff in ihren Körperstoffwechsel und damit die Funktion ihres Körpers stattgefunden hat, dessen volles Ausmaß ihr nicht transparent gemacht wurde:

und andererseits äh: isse ne: ein Schritt der sehr **weitreichende** Konsequenzen hat. weil es eben eine ganz starke: äh:=äh: ein ganz starker Eingriff in den in=in den **Stoffwechsel** [mhm] ist, äh, die gen- gesamte Geschlechtshormonproduktion steht dann ja auch wieder in Rückkopplung mit den ganzen **anderen** Hormon und Stoffwechselgeschichten, äh: wenn man muss dann **Hormonersatztherapie** machen [...] keiner **weiß** wirklich, was die Langzeitrisiken sind [...] und wo ich dann so denke **wie**: wie pervers ist das, dass man mit nem **eventuell** bestehenden Entartungsrisiko so=ne Operation begründet, **überhaupt nicht** die Patienten über die: äh: **Folgen** für=für den **Körperstoffwechsel** aufklärt und dann jahrzehntelang auf **Hormonersatztherapie** angewiesen ist die hat auch total: krasse Nebenwirkungen haben kann, [mhm] und das=das wird halt einfach so **gemacht**.

Erst die spätere selbstorganisierte Informationsbeschaffung ermöglicht ihr diese Einschätzung. Irma wertet den Vorgang der Gonadektomie bei intergeschlechtlichen Menschen als „pervers“; sie deutet damit ihr Verständnis vom medizinischen Umgang mit intergeschlechtlichen Menschen als eine widernatürliche und abnormale Praxis an und positioniert sich nicht nur medizinkritisch, sondern legt zudem nahe, dass ein unversehrter intergeschlechtlicher Körper die Norm sein sollte, statt der Kastration als Standardverfahren.

Lisa erlebt durch die frühkindlichen Eingriffe ihren Körper als für sie unverfügbar und fremd. Die jährliche Untersuchungskontrolle und die medikamentöse Einleitung ihrer Pubertät verunmöglichen von Beginn an eine unverstelltes Verhältnis zum Körper; die erste körperliche Erfahrung, an die sie sich erinnert, sind Schmerzen nach einer Operation, die mit fünf Jahren an ihr durchgeführt wird. Ihre kindlichen Erinnerungen an die Intersexualisierung sind vor allem geprägt von Angst und mangelnder Entscheidungsfreiheit. Daneben kann sie heute, nachdem sie ihre Akte einsehen und fehlende Informationen hinzuziehen kann, für alle medizinischen Eingriffe in ihren Körper begründete Kritiken formulieren und wünscht sich einen unversehrten Körper.

also es=es hätte auf jeden Fall, (2) Offenheit, (2) äh: gelten sollen von [mhm] von von den Ärzten her, ((atmet ein)) nicht dieses ((ausatmend)) /ä h: Verheimlichen./ man hätte, auch offen sagen sollen wir machen jetzt die und die Untersuchung, die ist da und dafür äh da, [mhm]dann. wär hat **viel**, (1) Unverständnis oder Angst schon=mal abgebaut gewesen, [mhm] ä h: man hätte, die Freiheiten lassen sollen, zu sagen nein das möchte ich nicht, (4) ä h m h (2)

heute würde ich mir natürlich wünschen, (1) man hätte mich nicht gonadektomiert, [mhm] (2) weil die eigene Hormonproduktion ist natürlich doch tausendmal besser wie. die externe, [mhm] (2) ä h m: dabei ist natürlich die Gefahr, (1) der Entartung, (2) ähm, aber selbst damals, gab es schon die Möglichkeiten, zu untersuchen, ob äh [mhm] ne Entartung vorhanden ist oder nicht, ((atmet tief ein und aus)) ähm, ((räuspert sich)) (3) ich sag mal, von dem was ich heute weiß, (3) was von dem uneindeutigen Genitale vorhanden war, ((atmet ein und aus)) ist schwer zu sagen. (2) ob man, da hätte was machen sollen oder nicht, oder nur n Teil, [mhm] ähm. (3) es wurde, entsprechend, ne Klitorisreduktion durchgeführt, d i e mit Einbußen der Sensibilität, (1) zwangsläufig einhergeht, (2) und. in dem Punkt hätte ich mir natürlich dann halt auch gewünscht äh: dass man da die Finger von lässt,

In diesem Sinne ist eine Geschlechtszuweisung immer als eine normativ verankerte Zurichtung zu sehen, bei der die produktive Wirksamkeit der foucaultschen Biomacht sich in der operativen Normalisierung intergeschlechtlicher Körper nicht mehr nur implizit materialisiert; die Medizin wird gleichsam zur Exekutive kultureller Körperrormen (s.o.) und materialisiert durch einen solchen Umgang mit intergeschlechtlichen Menschen Biographien, die den Befragten bis zum Zeitpunkt der eigenständigen Informationsbeschaffung nicht recht ‚gehören‘ – damit eng im Zusammenhang steht die bereits angedeutete fehlende ‚Patient_innen‘information über ihr Vorgehen. Die Intersexualisierung, kann sie mit Einsicht in die Krankenakte wie hier biographisch integriert werden, verzeitlicht in allen vorliegenden Fällen die biographische Konstruktion als verkörpertes Zurichtungsprozedere. Die ‚Chronologie der Intersexualisierung‘ wird biographisch verzeitlicht.

2. TECHNIKEN DES WISSENSTRANSFERS ALS KONSTITUTIVES MOMENT DER MEDIKALISIERUNG¹⁵

Wie die obigen Ausführungen bereits andeuten, spielt die Ordnung des Wissens als Praktik der Macht in der Interaktion zwischen ‚Patient_innen‘ und Mediziner_innen eine bedeutsame Rolle. Wie ich im ersten Kapitel der Arbeit bereits herausgearbeitet habe, ist die Medikalisierung der Geschlechtszuweisung ein historisch rekonstruierbarer Prozess, der heute die ‚Materialisierungen‘ der Reproduktion des Macht-Wissens zeitigt, das den Subjekten (wie etwa der Frauenärztin von Irma) als solches nicht zwingend zugänglich sein muss, sondern als das handlungsstrukturierende Wissen des Diskurses für das ‚richtige‘ befunden wird. Aus dem untersuchten Material lassen sich aus meiner Sicht drei Linien ableiten, entlang derer die Prakti-

15 Dieser Abschnitt führt Überlegungen aus, die ich bereits in dem Artikel „Medikalisierung der Geschlechtszuweisung“ (Gregor 2014) angestellt, teilweise dort nur angedeutet habe.

ken des Wissenstransfers beschrieben werden können: Auf der Ebene der Interaktion(en) in der medizinischen Behandlung, der Ebene des Diskurses, auf der Techniken des Wissenstransfers innerhalb des Feldes nachgezeichnet werden können und auf der Ebene der individuellen Positionen der sozialen Ordnung. Im Folgenden werde ich die bisherigen ersten Anhaltspunkte zu dieser Ordnung des Wissens anhand weiterer Passagen aus den übrigen Interviews weiter ausführen.

2.1 Medizinische Interaktion zwischen Patient_innen und Mediziner_innen

Die erste hier ausgewiesene Praktik der Geheimhaltung auf der Ebene der Interaktion ist die *Zurückhaltung von Informationen* vor operativen und daraus folgenden medikamentösen Eingriffen in den intergeschlechtlichen Körper und die *Weitergabe falscher Informationen* (Lügen). In den obigen Ausführungen zu Irmas und Lisas Medikalisationserfahrungen lassen sich bereits verschiedene INTERAKTIONSPARAMETER ableiten: Wissen wird nur fragmentiert weitergegeben, beispielsweise wenn Irma darüber informiert wird, dass sie eine entwicklungsgestörte Frau ist, statt sie über ihre Intergeschlechtlichkeit zu informieren. Dieses Vorgehen erlebt auch Zwaantje. Ihr wird erklärt, dass „meine Eierstöcke und meine Gebärmutter, (1) ä h m: sich nicht richtig entwickelt hätten. [mhm] ansonsten wäre bei mir alles in Ordnung, und, ich wäre ein **tolles** Mädchen und ich würde toll aussehen und. [mhm] alles wäre gut.“. Lisa wird unter Vorspiegelung falscher Tatsachen die Notwendigkeit der Hormonersatztherapie begründet, Rasloa schildert eine ähnliche Situation: Als Jugendliche führt sie mit ihrem behandelnden Arzt ein ‚Patient_innen‘gespräch, in dem dieser ihr die Verantwortung für die ausbleibende Regelblutung überträgt, indem er sie belügt, statt sie darüber aufzuklären, dass sie aufgrund ihrer körperlichen Verfasstheit nie eine Regelblutung bekommen wird (und kei_ne irgendeine Verantwortung für das Ausbleiben der Menstruation trägt):

aber vorher gabs noch n anderes Gespräch warte ma. (2) da hat er mich gefragt, ähm, (2) wie siehts denn eigentlich mit ner Regel- äh wie mit 'mit' mit ner Regelblutung aus. du willst doch nicht bluten oder? da hab ich gesagt, nö. sagt er ja **wer will schon bluten**. ich sag ja. ja gut dass wir das geklärt haben, ((lachend)) /und dann./ ((lacht)) ((lachend)) /doch/ ((lacht)) und dann, ähm, hatt ich mich also gegen ne Regelblutung entschieden. und dann w a r: ja konnt ich auch nicht jammern, [mhm] also ich hab dann die Verantwortung letztlich dafür gehabt das war- ist mir später klar geworden das war ganz schrecklich, [mhm] ich hab die Verantwortung dafür gehabt dass ich dann keine Regelblutung bekam. Weil ich hab ja gesagt nee will ich nicht. [mhm] das war ganz furchtbar. [mhm] denn, ich hatt da. ja. ich konnte gar nichts anderes, ((lacht auf)), (2) tun, ich konnts auch nicht erklären es hat mir auch niemand erklärt was da nun überhaupt ist, [mhm] sondern die die Frage stand einfach im Raum willst

du och n=nö: und dann, wirklich so hintenrum wer will schon gerne, [mhm] das war sehr, ganz eigenartig. (1) also (2) war irgendwie nicht so klasse.

Die nüchterne Skandalisierung „war irgendwie nicht so klasse“ und das Verlachen der Erinnerung verweisen auf die Belastung, die Rasloa durch das Verfahren des Arztes in der Folge aushalten musste. Rasloa markiert die Geschichte auch durch die Art, wie sie sie erzählt als eine, zu der sie heute eine Distanz hat. Einerseits kann sie die emotionale Lage der Jugendlichen rekonstruieren, andererseits in eine kritisch-sardonische Haltung zur Methode des Arztes gehen. Die Passage transportiert erstens die Absurdität, die für Rasloa in dieser Verantwortungsanforderung an die Jugendliche liegt ebenso wie die Verletzungen, die für sie aus diesem Verhalten resultieren. Zweitens wird hier die *Mystifizierung von Geschlecht und Körper* deutlich, mit der Mediziner_innen Behandlungen plausibilisieren und Körpervorgänge im Rahmen der geschlechtlichen Norm (irrational) rechtfertigen.

Neben der Mystifizierung lassen sich Strategien der *Dramatisierung* nachzeichnen: Alle spät(er) gonadektomierten Befragten (Irma, Zwaantje, Rasloa) berichten von einer Inszenierung der unklaren Bedrohung durch Krebs, mit der die Entfernung der Keimdrüsen aus dem Bauchraum legitimiert wird. Krebs als bis dato nahezu unheilbare Krankheit wird zu einer Bedrohung, die für eine Einwilligung in die Gonadektomie eine unvollständige Erläuterung der Grenzen, Auswirkungen und Möglichkeiten dieser Operation zulässt, weil sie alle anderen Aspekte überschattet – diese Dramatisierung wurde bereits exemplarisch an Irmas Biographie dargelegt. Aufgrund der frühen Entfernung ihrer Keimdrüsen (mit neun Monaten und fünfeinhalb Jahren) kommt es bei Lisa nicht zu einer solchen Situation. Aber ebenso wie bei Irma und Zwaantje fehlt auch bei ihr eine umfassende Erklärung der geschlechtsbezogenen Hormonersatztherapie, die allen Interviewten nach der Entfernung der Gonaden verschrieben wurde. Über mögliche Folgeschäden und Nebenwirkungen bei der Einnahme von Östrogenen (oder deren Absetzen, wie bei Lisa) wurden alle drei Befragten nicht aufgeklärt. Zwaantje schiebt bei der Schilderung ihrer Gonadektomie eine Kritik des Vorgehens ein. Diese Passage verdeutlicht die Techniken des Wissenstransfers auf der Ebene der Interaktion von Mediziner_innen und ‚Patient_innen‘ eindrücklich:

man hat mir weder erzählt, äh, wie wichtig diese Gonaden sind, für meine. Gesundheit, [mhm] für mein. (1) für meine Libido, für meine, (1) für meine. mein Zuckerstoffwechsel, für meine Blutbildung, für meine, äh, für meinen allgemeinen Zustand, [mhm] für diese innere Spannung, [mhm] für all das, man hat mir auch **nicht** erzählt. dass es **Alternativen** gegeben hätte. indem man nämlich, damals gab auch schon, ä h: ä h: **Ultraschall**. [mhm] dass man das über Ultraschall hätte immer kontrollieren können. man **hat**, auch **nicht**, mir nicht erw- äh mir nicht erzählt, dass ich anschließend Hormone substituieren müsste. und dass man mir anschließend Östrogene geben will. [mhm] all das hab ich nicht gewusst. also eine. **Aufklä-**

rung. ist überhaupt nicht erfolgt. sondern man hat mir Angst gemacht, dass diese. Gonaden, entarten. [mhm]

Irma, Zwaantje, Lisa und Rasloa erhalten kaum weitergehende Erklärungen, weder für die Eingriffe selbst noch für deren Gründe oder die Umstände, unter denen diese durchgeführt werden. Alle vier berichten von Eingriffen in den Genitalbereich, die ungefragt und uninformiert geschehen. Lisa, Zwaantje und Rasloa werden zudem wiederholt mit einer Messlatte im Hintergrund fotografiert:

ich hab da: ((holt Luft)) ähm: ja weil die Dame mit dem. Fotoapparat ja erstmal kommen musste, (2) aus der Dokumentation, [mhm] aus äh: die kam dann auch, und ich kann mich erinnern an dieses Riesen.gerät an diese Riesen- äh an diese Riesen- an diesen Fotoapparat, wie sie immer näher an mein Genital ging, ((holt Luft)) und ich mich, an eine Latte stellen musste, einmal von der Seite, [mhm] einmal so von vorne denn ham=se den Kopf vermessen und das auch fotografiert, u n d, ich kannte diese Bilder. (1) [mhm] (1) aus den: KZs, aus diesen: äh aus diesen Rassebüchern. [mhm] äh: genau, (1) diese Aufnahmen sind äh: von mir gemacht worden, ähm: Arm hoch Arm runter weil ich ja keine Schambehaarung, und keine Achselbehaarung habe, [mhm] das wurde dann aus, (1) drücklich, dokumentiert (Zwaantje)

ähm, dann gab es diverse Fotoserien eine als Baby, [mhm] von denen ich aber nichts weiß, ähm, wo die sind, dann gab eine, da wollte einer ne Doktorarbeit schreiben. (1) ähm, das muss 77 oder 78 gewesen sein, da wurden Sippenfotos gemacht, ich hab ne Schwester die ist n Jahr jünger, (Rasloa)

u n d. (3) hab halt so halt auch äh herausgefunden, dass zum Beispiel eine: (1) Publikation von mir existiert, [mhm] (2) mit Fotos ohne Balken, (4) u n d das ist zum Beispiel was, äh, (2) wo ich sag das das darf eigentlich nicht sein, [mhm] es darf auch keine Publikation mit Balken, existieren, (1) [...] die ganzen Fotos, vom äh: vom Genital, Nahaufnahmen, (Lisa)

Den Vergleich mit Bildern aus KZ-Akten und die Bezeichnung „Sippenfotos“ verweisen auf die Dramatik, mit der diese Situationen für die Befragten belegt sind. Das Dokumentieren und Vermessen ihrer unbedeckten Körper, insbesondere des Genitalbereiches, wird als grenzüberschreitend erlebt. Den Befragten wird die Kontrolle über die Situation genommen, indem auf einen sensiblen Bereich ihrer Privatsphäre zugegriffen wird: Alle auffälligen Merkmale werden markiert, indem Aufnahmen, zum Teil aus nächster Nähe, davon gemacht werden – es entsteht so eine ‚visuelle Kartographie ihrer Anormalität‘, erzeugt durch den spezifischen fotografischen Blick der Medizin. In der Interaktion wird den Befragten ihre Verletzlichkeit und Ohnmacht im Umgang mit Mediziner_innen ausnehmend deutlich vor Augen geführt. Die drei Befragten berichten zudem, dass derartige Fotos sich ohne ihre Einwilligung dann in Medizinlehrbüchern oder wissenschaftlichen Arti-

keln wiederfinden und verdeutlichen dadurch ihr Gefühl eines fremdbestimmten Zugriffs auf ihre Körper. Alle Körper haben immer eine öffentliche Dimension (vgl. Butler 2009: 14); hier zeigt sich jedoch, dass die öffentliche Zurschaustellung intergeschlechtlicher Körper eine besondere Dimension annimmt: Bei ‚anormalen‘ Körpern, also solchen, die aus dem Normengefüge herausfallen, scheinen auch Interaktionen jenseits der gesellschaftlich geltenden Interaktionsnormen legitimiert.

Im vorliegenden Abschnitt wurde gezeigt, dass Mediziner_innen einerseits auf die geschlechtliche ‚Vereindeutigung‘ der Befragten fokussiert sind und ihnen dabei teils wissentlich wichtige Informationen für das Verstehen und Reflektieren ihrer biographischen Erfahrungen vorenthalten, andererseits aufgrund der ‚Anormalität‘ der Körper ungefragte und als grenzüberschreitend und schamhaft empfundene Eingriffe gerechtfertigt scheinen: Da den Befragten in solchen Situationen der Subjektstatus aberkannt wird, scheint es sich aus Sicht der Medizin, so legen die verschiedenen Schilderungen der *Objektivierungsmechanismen* nahe, um die Interaktion zwischen Subjekten (Mediziner_innen) und Objekt (‚Patient_in‘) zu handeln. Im nächsten Abschnitt wird nun auf solche Passagen fokussiert, die den Transfer von ‚Patient_innen‘daten innerhalb des Diskurses beschreiben, der – gewollt oder ungewollt – zum Erhalt der Definitionsmacht der Medizin beiträgt, indem über diese Technik die Schließung des Diskurses ebenso wie seine Grenzen gesichert werden. Zudem werden Techniken der Tabuisierung von Intergeschlechtlichkeit als soziales Phänomen beschrieben, deren Ergebnis die ‚Vereinzelung‘ der Befragten ist, weil sie nicht wissen, dass es andere intergeschlechtliche Menschen neben ihnen gibt.

2.2 Diskurs und Machtwissen: Datentransfers, Tabuisierung und Vereinzelung

Die Gestalt des Geheimnisses um die (Inter)Geschlechtlichkeit der Befragten materialisiert sich durch verschiedene Praktiken. Zunächst lässt sich das intendierte Produzieren von Nichtwissen bei den ‚Patient_innen‘ einteilen in *Nichtwissen, das durch Zutun der ‚Patient_innen‘ in Wissen transformiert werden kann*, indem beispielsweise Einsicht in die Akte gelingt und solches, *das Nichtwissen bleibt*, um das die ‚Patient_innen‘ jedoch wissen.¹⁶ Irma berichtet, dass sie bis heute keine Erklä-

16 Unverkennbar sollte sein, dass das ungewusste Nichtwissen in biographischen Stehgreiferzählungen schwerlich repräsentiert sein kann. Peter Wehling beschreibt jenes Nichtwissen als „*unerkanntes Nichtwissen*“, mit dem „fraglich [wird], inwieweit und unter welchen Bedingungen über Nichtwissen, und vor allem unerkanntes Nichtwissen, überhaupt etwas gelernt werden kann“ (Wehling 2006: 17; Herv.i.O.) Auch wenn es paradox erscheinen mag, muss dieses ungewusste Nichtwissen hier zumindest eine Erwähnung

nung für ihre erste gynäkologische Untersuchung hat, die bei dem Besuch im Krankenhaus zur Handwurzelknochenuntersuchung ohne Erklärung oder Ankündigung durchgeführt wurde und sucht etwa eine Antwort in der Vermutung, dass der Arzt die Unterlagen zu ihrer Leistenbruchoperation kennt. Sie berichtet, dass die Informationspolitik des Verschweigens sich zudem in ihren Unterlagen wiederfindet:

von dem Labor das den Chromosomen die Chromosomenanalyse gemacht hat steht halt auch drin dass äh sehr genau überlegt werden muss ob man der Patientin: die Wahrheit über ihre: (2) Geschlechtszugehörigkeit oder über ihren Chromosomensatz mitteilt.

Tatsächlich darf die Krankenakte ohne Zustimmung der ‚Patient_innen‘ unter *behandelnden* Mediziner_innen zirkuliert werden; gleichzeitig ist die Möglichkeit der vollumfänglichen Einsicht von ‚Patient_innen‘ in die eigene Akte rechtlich festgeschrieben. Während damit die uninformierte Weitergabe – im Hinblick auf die rechtlich gesicherte informationelle Selbstbestimmung von Personen als problematisch einzuordnen – zwar legal ist, ist es das Zurückhalten von Informationen aus der Akte gegenüber den ‚Patient_innen‘, wie im vorherigen Abschnitt dokumentiert, nicht (vgl. Hensche 2012). Zwaantje berichtet von einer Situation, in der diese unkontrollierbare Zirkulation der Krankenakte offensichtlich wird. Sie schildert hier den Transfer der Akte zu einem Kollegen in der Nähe des neuen Wohnortes, der die vorhandenen Adresdaten nutzt, um sie zu einem Termin zu laden.

ähm, ich hab meinen Mann damals gedrängt, nach Norddeutschland zurück zu ziehen, [mhm] das war alles in Großstadt, [mhm] das Ganze, und: in einer Hauruck-Aktion, hat mein Mann der Ingenieur ist sich: äh: einen Job in Großstadt2 gesucht, [mhm] und: wir sind nach Kleinstadt gezogen, [...] innerhalb von, von sechs Wochen, [mhm] wir sind umgezogen, und, (3) wir waren vielleicht vier Wochen in der Wohnung, in der neuen Wohnung, [mhm] ich hatte die alte, meine. meine Adresse weil noch ein paar Untersuchungsergebnisse, fehlten, hatte ich meine Adresse dagelassen, [mhm] bekam ich einen Brief. und zwar einen Brief aus dem UKG, aus d- vom: Universitätsklinikum **Großstadt2**. [mhm] ich möchte mich da doch melden, es wären einige al- Untersuchungsergebnisse, vom Kollegen in Großstadt dort gelandet [mhm] und die würde man mir gerne. in einem Gespräch, überlassen.[mhm] also man hatte mich sicher, (1) von, aus einer Hand, aus der Hand gegeben in die andere.

finden, um „auch und gerade das Unbekannte und Nicht-Gewusste bewusst und gezielt in Rechnung zu stellen“ (ebd.). In intergeschlechtlichen Biographien ist dieses unerkannte Nichtwissen eine stete Herausforderung für die biographische Konstruktion. Unerkanntes Nichtwissen ist als Bedrohung der gegenwärtigen erzählten Lebensgeschichte und gerade aufgrund der biographischen Erfahrungen mit Geheimhaltungen der Medizin immer in der biographischen Reflexion enthalten.

Während die Akte unter den Mediziner_innen ungehindert zirkuliert, schildern alle Befragten, dass es mit großem Aufwand verbunden war, Einsicht in die eigene Krankenakte zu erhalten und die Unterlagen für die eigene Ablage zu vervielfältigen. Der Zugang zu den vollständigen Unterlagen ist dermaßen erschwert, dass es beispielsweise für Rasloa und Lisa notwendig ist, betreffende Institutionen mehrfach anzuschreiben, um mit jeder Anfrage wieder die eine oder andere Unterlage zu erhalten, die bislang nicht übergeben wurde. Zwaantje dagegen hat die Gelegenheit, sich die Unterlagen selbstständig anzueignen:

und, die Sprechstundenhilfe kam und sagte **ah**, ich hab (1) Feierabend aber da ist noch einer drin, sie kennen sich ja aus, die ist gleich fertig, darf ich ihnen die Akte schon=mal in die Hand drücken. [mhm] [...] und ich hatte Zeit, in diesen ganzen Papierhaufen der da drin war, zu blättern. [mhm] und sah, Akten, aus, äh Briefe aus dem UKG. [mhm] und aus Großstadt. **alles** in dieser Akte. [mhm] und erst, konnt ich das gar nicht fassen, denn hab ich die schnell rausgenommen, also n ganzen Stapel und hab die einfach in die Handtasche. (1) gesteckt, [mhm] und bin einfach rein dann anschließend zu ihr, hatte so=n paar. Laborberichte mit drin gelassen, [mhm] und hab die einfach so mit nach Hause genommen und hab die erstmal, alle kopiert und alle, durchgelesen.

Lisa gibt aufgrund von Untersuchungen, die ihre Schwester durchführen lassen muss, eine Einwilligung in die Zusendung der betreffenden Untersuchungsunterlagen an deren behandelnde Ärztin. Ihre Schwester sendet ihr diese anschließend zu und nach einer kurzen Zeit, in der Lisa versucht, das Material zu ignorieren, nimmt sie die Untersuchungsberichte letztlich doch zur Hand. Sie schildert ihre Frustration, als sie die Akte zu lesen versucht:

und denn war dann die Neugierde, dann doch irgendwann so groß, dass ich dann, diesen Umschlag aufgemacht habe, (1) ja, (1) und dann trat relativ schnell. ne Frustration ein, (3) **weil**, ich überhaupt nichts verstanden hab von dem Zeug was da stand. [mhm] (1) ich wusste selber nicht viel über mich, ähm, ich dachte eigentlich ich **wusste** alles, heut sag ich okay, es war vielleicht ein Prozent, von dem, was ich heute weiß, (2) ähm, (3) ja. (2) dann hab ich mir diese Unterlagen durchgelesen und war dann ziemlich frustriert auch aufgewühl- aufgewühlt, (2) also n **bisschen** was versteht man ja **doch**, und, [mhm] aber halt auch- immer nur so=n ganz kleinen Bruchteil,

Diese Passage ist ein Marker für ein weiteres Set an Praktiken der Geheimhaltung: Über diskursinternes Vokabular findet eine Abgrenzung des Diskurses gegen alle statt, die nicht an ihm partizipieren, eine Aneignung des medizinischen Wissens ist für ‚Patient_innen‘ damit nicht ohne weiteres möglich. Die Untersuchungsunterlagen sind als Vergegenständlichungen des Medizindiskurses eng mit dessen fachspezifischer Binnenlogik verhaftet. Während damit unter jenen, die am Diskurs

partizipieren, Informationen exakt vermittelt werden können, sind jene, die nicht Teilnehmer_innen des Diskurses sind, über eine Verständigungsbarriere ausgeschlossen. Die Passage, in der Irma ihre Handwurzelknochenuntersuchung rekonstruiert, fällt ebenfalls in diese Kategorie: Der Kinderarzt *chiffriert* die Diagnose als *Pseudohermaphroditismus masculinus* und verwehrt Irma damit einen Zugang zum Wissen um ihre Körperkonstitution ebenso, wie er mit der Verfremdsprachlichung praktisch die ‚Grenzen des Diskurses zieht‘ – er hätte beispielsweise ebenso in einer kindgerechten Sprache erklären können, was es mit dieser Aussage auf sich hat. Bei Zwaantje findet eine ebensolche Markierung der Diskursgrenzen über die Verwendung fachspezifischer Sprache statt. Was bei Irma der *Pseudohermaphroditismus masculinus*, ist bei Zwaantje die *testikuläre Feminisierung*:

u n d (2) er [der behandelnde Arzt; ag] hat mir dann (1) nochmal erzählt, dass ich XY-Chromosome habe. und dass ich eine testikuläre Feminisierung habe. [ja] was ich überhaupt nicht verstanden [mhm] habe, und, ich habe wohl fünf oder sechsmal nachgefragt, weil ich das äh: (1) ich konnte das einfach nicht realisieren. was das überhaupt **ist**.

Die lateinischen Bezeichnungen ebenso wie eine spezialisierte Fachsprache verschleiern *als* Diagnosen verschiedene Aspekte *der* Diagnosen und erlauben eine *Andeutung ohne Explikation*, die innerhalb des Diskurses als Information über den Zustand der Patientin gilt, jedoch außerhalb (also für alle Nicht-Mediziner_innen) als rätselhafte Chiffre daherkommt und so das Verständnis der ‚Patient_innen‘ für die Eingriffe, die in ihre Körper vorgenommen wurden, erschwert. Der Kontakt zum eigenen Körper als intergeschlechtlicher wird durch diese Praktiken behindert.

Weiter kann in den Biographien eine *tätige Tabuisierung* rekonstruiert werden, die dann zutage tritt, wenn Mediziner_innen ihre ‚Patient_innen‘ zum Schweigen anhalten oder ihnen verheimlichen, dass es weitere Personen gibt, die intergeschlechtlich sind:

ich erinner mich noch dran ich muss so: (1) 'ja.' circa neun, acht oder neun Jahre gewesen sein, dass ich den: behandelnden Arzt damals gefragt habe obs nicht, andere Menschen gibt. die so sind wie ich. u n d (1) ja da wurde mir damals gesagt äh. nee, äh: das wär so selten, ähm: das würde, niemand andern geben, und ich bräuchte auch nicht danach zu suchen, ä h m: weil, es würde keinen andern geben. 'gut.' (Lisa)

und dann kam plötzlich raus, jawohl XY-Chromosom. [mhm] ich wusste Bescheid. (2) dass meine Ärzte schon **vorher** Bescheid wussten. aber nichts gesagt haben auch meinen Eltern nichts gesagt haben [mhm] das äh is (n=echtes=Ding). das ist auch noch nicht ganz, noch nicht ganz vom Tisch. [mhm] (Rasloa)

dann hab ich noch, was ganz wichtig ist. man hatte mir, in Großstadt 1. in der ersten Klinik schon gesagt. wissen Sie, äh: Sie haben das falsche Geschlecht, reden Sie mit niemandem darüber, [mhm] das wird Sie sonst ins soziale Aus bringen. das versteht keiner. (2) also behalten Sies für sich. (1) den einzigen mit dem ich das besprochen habe, (1) war. mein Mann, (Zwaantje)

Alle Befragten werden durch die Aussagen der behandelnden Mediziner_innen dazu motiviert, ihre Intergeschlechtlichkeit geheim zu halten. Rasloas Eltern ebenso wie Lisas Mutter schirmen die konkreten Gründe für die jährlichen Kontrolluntersuchungen, operativen und medikamentösen Eingriffe ab. Während Lisa vermittelt wird, dass eine Suche nach anderen intergeschlechtlichen Menschen erfolglos verlaufen würde, wird Zwaantje die soziale Ausgrenzung in Aussicht gestellt¹⁷. Beide Narrative sind Praktiken der Verwerfung unintelligibler Existenzweisen, die Intergeschlechtlichkeit von Lisa und Zwaantje wird zum Medium der *Vereinzlung*, indem die beiden als einzigartige Singularität und/oder als sozial nicht lebbare Existenzweise eingeordnet werden. Der Arzt, den Lisa befragt, nutzt ein Mittel der Geheimhaltung, das – wie bereits seine Aussagen über die Wirkungsweise der Östrogene auf Lisas Körper, s.o. – als *Lüge* kategorisiert werden muss: Er macht eine Aussage, von der er weiß, mindestens aber vermuten muss, dass sie nicht der Wahrheit entspricht. Indem er Lisa als individuellen Einzelfall inszeniert, statt ihre Intergeschlechtlichkeit als soziales Phänomen anzuerkennen, das mit schätzungsweise ungefähr 2% in der Bevölkerung vertreten ist¹⁸, kann er behaupten, dass es einen Fall wie ihren kein zweites Mal gibt. Der Zusatz, Lisa brauche auch nicht

17 An anderer Stelle schildert auch Lisa diese Strategie: „man ja auch ä h m (1) erzählt bekommen hat man darf das keinem erzählen, die äh würden das nicht verstehen, man würde sich dann ausgrenzen,“.

18 Diese doppelte Verunsicherung der Aussage ist von mir beabsichtigt: „Der Anteil intersexueller Menschen an der Gesamtbevölkerung wird – je nachdem, welche Formen dazu gerechnet werden und je nach Interesse, die Zahl möglichst hoch oder möglichst niedrig anzusetzen – zwischen einer von 6.900 [0,014%; ag] und einer von 50 [2%; ag] Geburten angegeben.“ (Lang 2006: 11) Aufgrund einer hohen Dunkelziffer ist eine verlässliche Angabe über die Häufigkeit von Intergeschlechtlichkeit jedoch nicht zu machen; Michel Reiter spricht von 0,4-4% (vgl. Reiter 1998). Außerdem: Wo beginnt ein intergeschlechtlicher Körper wirklich, was macht einen weiblichen/männlichen Körper aus und wann ist ein körperlicher Widerspruch groß genug, um ‚Intersexualität‘ zu diagnostizieren, statt einen ‚behebaren Fehler der Weiblichkeit/Männlichkeit‘ zu behandeln? Mittlerweile hat es sich in der Diskussion um Intergeschlechtlichkeit durchgesetzt, von etwa 2% intergeschlechtlichen Personen auszugehen. Ich verwende deshalb hier diesen ‚Mittelwert‘.

nach anderen zu suchen, verhindert letztlich eine Repräsentation des Phänomens jenseits des medizinischen Kontexts. Zwaantjes behandelnde Mediziner_innen hingegen benennen explizit einen Aspekt, der im Sinne der *optimal gender policy* (vgl. I.1.6) auf die (vermeintlichen) Gefahren der Andersartigkeit verweist: Ihr wird die Warnung ausgesprochen (die auch als Drohung verstanden werden kann), dass sie sich selbst sozial exkludiert, wenn sie ihre körperliche Konstitution offen legt. Sowohl Lisa als auch Zwaantje verheimlichen daraufhin ihre Intergeschlechtlichkeit vor der Öffentlichkeit. Zwaantje redet nur mit ihrem Ehemann über ihre Erlebnisse, Lisa erfährt nach einer Untersuchung, dass ihre Mutter über den Grund für ihre jährlichen Kontrolluntersuchungen informiert war:

und denn: ähm sagte der Arzt, zu meiner Mutter, ach ja, äh: die Narben wären ja eigentlich ganz gut verheilt, [...] u n d da hab ich denn meine Mutter dann das erste Mal, drauf angesprochen, was das **heißt**, ähm, was haben die mit mir gemacht, **ja** da war meine Mutter n bisschen gezwungen mir: (1) n bisschen was zu erzählen, mh: und das war auch das Wissen was ich eigentlich bis Oktober 2004. **hatte**, [mhm] nämlich dass ich einen, XY-Chromosomensatz habe, dass ich eigentlich, ein Junge hätte werden sollen, (2) ähm: (1) ja und dass man mir die. Eierstöcke, entfernt hätte, [...] dann hat meine Mutter mir noch erzählt, ähm. ja dass ich, eigentlich ein Zwitter wäre, mh: oder auch Hermaphrodit genannt,

Auch die nahen Angehörigen werden in die Praktiken, aus denen eine Vereinzelung der Befragten resultiert, einbezogen. Lisa erhält von ihrer Mutter eine komprimierte Erklärung für die für sie rätselhafte Äußerung des Arztes. Der Nachsatz „und das war auch das Wissen was ich eigentlich bis Oktober 2004. **hatte**,“ deutet an, dass Lisa danach keine weitergehenden Gespräche mit ihrer Mutter über das Thema führt. Lisa ist die Bezeichnung Zwitter nur als Schimpfwort bekannt, und als ihre Mutter sie als Krankheit einordnet, reagiert Lisa mit sozialer Isolation.

u n d wenn ne Freundschaft dann halt. **zu** intensiv wurde, dann hab ich auch Freundschaften abgebrochen, [mhm] weil ich mir gedacht hab ähm also schlafen kannst bei. Freunden sowieso nicht, [...] ich hab mir halt gedacht jaha wenn de dann irgendwann, **nachts** davon erzählt und äh. die Freunde kriegen das dann **mit** so, wie willst du das ähm. denn dann erklären [mhm]

Diese aktive Vereinzelung durch die Mediziner_innen führt dazu, dass sich die Befragten aus Angst vor den Folgen sozial isolieren, mindestens jedoch bemüht sind, die Informationen über ihre körperliche Verfassung nicht an die Öffentlichkeit gelangen zu lassen. Die Narrative der Mediziner_innen lassen die Befragten annehmen, dass die ‚Krankheit‘, wegen der sie ‚behandelt werden müssen‘, bei Entdeckung durch andere große negative Folgen für ihr Sozialleben hat. Lisa deutet in einer Passage an, dass diese Isolationserfahrung eine geteilte Erfahrung ist:

Isolation, wie sagt- wie sagten andere Betroffene, ähm. diese diese. dicken Mauern. (1) ['mh'] oder dieses Schneckenhaus. aus dem man, (1) die- oder die man um sich rum gebaut hat

Jede_r ‚Patient_in‘ reagiert unterschiedlich auf das Erlebte, Aspekte der Isolierung finden sich jedoch in allen Biographien. Mindestens Teile der eigenen Verfasstheit (die Intergeschlechtlichkeit) werden vor der Öffentlichkeit verborgen. Wo Irma aus ihrem XY-Chromosomensatz ein Geheimnis macht und nur ausgewählten Freund_innen etwas über die Hormone in ihrem Körper und die fehlende Gebärfähigkeit sagt, verschließt sich Zwaantje nur nicht vor ihrem Mann und fällt in eine Depression: „hab mich dann ein halbes Jahr ins Bett gelegt und, hab mich, quasi, nicht mehr aus diesem Bett herausbewegt“. Und erklärt später dazu: „dass man in. Isolationshaft war, äh, (2) über Jahre, das erkennt man vielleicht äh, erst wenn man wieder draußen ist,“. Rasloa ist darum bemüht, dass neben den Menschen in ihrer Umgebung auch ihre Tochter noch nichts von ihrer Intergeschlechtlichkeit erfährt: „und wenn ich dann. sage okay jetzt äh kann i- jetzt äh brings mich eben nicht mehr so aus der **Fassung**. dann, kann ich ihr das vielleicht auch erzählen.“.

Die verschiedenen Techniken der Geheimhaltung im Umgang mit intergeschlechtlichen ‚Patient_innen‘ führen zu biographischen Konstruktionen, in denen sich einerseits immer wieder Äußerungen der Verunsicherung darüber finden, wer etwas wusste. Andererseits wird das Misstrauen gegen Mediziner_innen, das oben in der Erzählung von Irma bereits nachgezeichnet wurde, expliziert, zum Beispiel von Rasloa:

also hab das, seitdem eigentlich selber: organisiert. (2) [mhm] und mich da n bisschen eingesehen. (2) w e i l. (3) ich mir ja nicht sicher sein kann, oder konnte, (1) ob die da wirklich **Bescheid** wissen. oder ob sie mir das dann auch **sagen**. ich hab mir alles lass mir alles schriftlich geben. [mhm] (1) Original oder Kopie von irgendwelchen. Befundberichten, an mich. (1) [mhm] alles andere ist mir viel zu, viel zu riskant also ich glaub denen kein Wort.

Grundsätzlich ergibt sich aus der Pathologisierung der Intergeschlechtlichkeit ein heikles Spannungsfeld für die ‚Patient_innen‘: Bei ‚unnormalem‘ Verlauf der körperlichen Entwicklung/Auftreten von ‚Komplikationen‘ der Intergeschlechtlichkeit (Blutungen, ausbleibende Blutungen, Größe etc.) können *ausschließlich* Mediziner_innen bemüht werden, die diese Phänomene klären und ggf. versorgen, mit der Pathologisierung und operativen und/oder medikamentösen Eingriffen wird eine lebenslange Abhängigkeit von der ‚Behandlung‘ durch Mediziner_innen generiert. Rasloa fasst diesen Umstand pointiert zusammen: „ich kann mir die Rezepte ja nicht **selber** ausstellen“. Die medizinische Erzeugung versehrter intergeschlechtlicher Körper nötigt die Betroffenen, die Interaktion mit Mediziner_innen lebenslang fortzusetzen. An dieser Stelle stoßen die Befragten auf ein Problem, das ich als eine weitere Art des Nichtwissens einführen möchte, das den Umgang mit interge-

schlechtlichen Menschen strukturiert und das im Folgenden weiter ausgeführt wird: Die *tätige Unwissenheit* der Mediziner_innen.

2.3 Nichtwissen der Medizin: Unwissenheit als handlungsstrukturierende Komponente

Die *tätige Unwissenheit* der Mediziner_innen meint ein Nichtwissen, das durch die eigentätige Fort- und Weiterbildung in Wissen transferiert werden könnte. Kess schildert pointiert das Problem:

ja und dann: kommt eigentlich kaum noch ne Frage denn sag ich je ich bin halt **intersex**. und dann kriegen=se erstmal n irgendwie n großes Fragezeichen im Gesicht, und das von Mediziner_n. [mhm] wo ich mir sage o.k., die ham studiert, ne, die ham da n gewisses Grundwissen vermittelt bekommen und das wird einfach nicht mitgeteilt und **da** find ich das eigentlich wichtig, **genau** in dem Punkt **da** anzufangen. [mhm] nicht im Biologieunterricht da isses unwichtig.

In der Interaktion mit Mediziner_innen macht Kess wiederholt die Erfahrung, dass kein oder nur ungenügend Wissen existiert, um Kess' Bedürfnissen als ‚Patien_tin‘ zu begegnen. Kess führt zudem die Ausbildung der Mediziner_innen an – Kess selbst hat nicht studiert und so bekommt die Bemerkung als ein Hinweis auf die Wissenshierarchie, die eigentlich herrschen sollte, ein spezifisches Gewicht – und gibt hier, wenn auch andeutungsweise, den Hinweis auf Lücken im Ausbildungsplan von Mediziner_innen.

Irma beschreibt recht ausführlich die strukturellen Auswirkungen des fehlenden flächendeckenden Wissens über Intergeschlechtlichkeit im medizinischen Diskurs. Sie konstatiert, dass ihr Mediziner_innen fehlen, die eben jene Arbeit übernehmen können, die eigentlich auch ihre Aufgabe ist: Ihren kastrierten Körper adäquat zu behandeln, sie zu beraten und angemessene Entscheidungen im Sinne ihrer Gesundheit für sie zu treffen.¹⁹ Möchte sie eine hinreichende Behandlung, muss sie mehrere Stunden Anfahrtsweg auf sich nehmen:

19 Zur Veranschaulichung: Geht eine Person mit einer Blinddarmentzündung zu_r Mediziner_in, kann sie sich darauf verlassen, dass der Diagnose eine entsprechende Behandlung folgt. Der Drucktest und ein Blutbild bestätigen die Entzündung, bei einer Operation wird das entzündete Gewebe entfernt, anschließend gegebenenfalls Medikamente verschrieben und eine Bettruhe angeordnet etc. Irma kann sich hingegen nicht darauf verlassen, dass Mediziner_innen Wissen über die Behandlung ihrer Kastrationsfolgen haben. Stattdessen ist sie auf Kenntnisse über die Kompetenzen verschiedener Mediziner_innen in Deutschland angewiesen und darauf, diese dann auch erreichen zu können.

äh, u n d ähm. ja, es gibt sicherlich. (1) s c h o n den ein oder andern Arzt die ein oder andere Ärztin die n bisschen. **m e h r weiß** und sich auskennt aber man muss halt schon, suchen. [mhm] (2) **UND SCHON AL- SCHON ALLEIN DIE TATSACHE DASS MAN HALT- ICH MEINE SELBST WENN DANN** man irgendwo jemanden: **findet**, find ichs dann aber **auch** ungerecht dass ich halt dann da super lange suchen muss [mhm] und vielleicht irgendwie zwei Stunden in ne andere **Stadt fahren muss** um zu nem Arzt zu gehen, und andere Leute: müssen das halt **nicht**. [mhm] und das: das: nervt mich dann oft oder das find ich dann. **blöd**.

Irma stellt hier heraus, dass ihre Suche nach einer geeigneten medizinischen Versorgung keine alltägliche Praxis ist. Gerade die Bemerkung „und andere Leute müssen das halt nicht“ zeigt Irmas Bewusstsein für die Besonderheit und Alleinstellung ihrer Behandlung: Während sich für sie diese Suche als zeit- und raumaufwendig darstellt, „müssen das andere Leute nicht“. Sie empfindet die Situation, so wie sie ist, als ungerecht. Hier zeigt sich der implizite Wunsch, eine Person zu finden, die die Behandlung kompetent und ‚patient_innen‘zentriert durchführt, ihr Verantwortung abnehmen kann, die sie nicht tragen sollte. Im Umkehrschluss könnte gesagt werden: Irma wünscht sich eine raumdeckende, angemessene medizinische Versorgung auch für intergeschlechtliche Menschen, damit der Aufwand, eine solche Versorgung zu bekommen, ebenfalls angemessen wird.

weil eben: die Ärzte alle so blöd sind und kaum einer wirklich was **weiß**, und ichs dann ((atmet tief ein und aus)) **total (1) ätzend finde mich damit auseinander setzen zu müssen**. [mhm] und mir dann so auch so=n bisschen leid tue und denke das ist **eine Scheiße**, und äh: wenn man wenn man dann halt. anfängt sich auch mit den: **Nebenwirkungen** zu beschäftigen dies haben **könnte**, und dies dann auch auf **lange** Sicht haben könnte wenn man das eine nimmt oder wenn man das andere nimmt

Da kein_e Mediziner_in tatsächlich umfassende Kompetenzen im Bereich Intergeschlechtlichkeit hat, sieht Irma sich gezwungen, sich selbst mit ihrer Behandlungsbedürftigkeit auseinander zu setzen und eigenständig zu entscheiden, was gut für sie ist und was nicht.

Dieser *Zwang zur Selbstdiagnostik und Selbstbehandlung* ist ein Strukturmoment aller untersuchten Biographien. Bei Irma lassen die damit verbundenen Anstrengungen den Wunsch nach einer medizinischen Betreuung aufkommen, die ihr diese Arbeit – im Sinne der eigentlichen Zweckmäßigkeit der Profession – abnehmen würde. Irma wünscht sich, vor dem Hintergrund der Realität, ohne vollständige Information kastriert worden und lebenslang auf die Einnahme von Ersatzhormonen angewiesen zu sein, eine adäquate und reflektierte Behandlung, die den Folgen der Kastration im Sinne einer Nachversorgung angemessen begegnet. Dass diese Versorgung im Sinne einer ‚patient_innen‘zentrierten und am Wohlbefinden orientier-

ten Nachbehandlung ein Verfahren ist, das die Betroffenen oft selbst organisieren müssen, zeigen die folgenden Passagen aus den Interviews verschiedentlich.

ein Arzt, oder der erste Arzt dort in ähm: Großstadt4, [mhm] bei dem ich war, da war. mein Mann mit, (1) und der hat, (1) mir, als ich ihm gesagt hab ich hätte gerne ähm. (1) Testosteron, das sollte er mit besch- das sollte er mir bitte verschreiben, [mhm] ähm, da hatter mir gesagt, also das Testosteron würde ich **nur** kriegen, wenn ich den Wunsch hätte, n echter Mann zu werden. [...] das war genau der Tag an dem ich mir die Diagnose [...] abholte dass ich **androgenresistent** bin. [mhm] also der hatte da die An- diese. Diagnose auf=m Tisch, dass ich nicht auf Androgene reagiere, [mhm] jedenfalls nicht in vermännlichender Weise [mhm] und hat trotzdem mir gesagt ja ich müsste dann schon mir bescheinigen lassen ein echter Mann werden zu wollen. (2) da hat denn mein **Mann** gesagt dat. geht ja irgendwie **gar** nicht. und ich hab. den Glauben an, an die **Welt** verloren. weil ich gedacht habe, **so doof** kann man doch gar nicht sein. und dann vermute ich, dass das Absicht ist.

Rasloa schildert hier die Schwierigkeit, als kastrierter, XY-chromosomaler und weiblich zugeordneter Mensch mit einer CAIS statt der in der Standardbehandlung vorgesehenen Östrogene Testosteron zu bekommen – das Hormon, das die Gonaden bis zu ihrer Entfernung produziert haben. Der Arzt verharrt in der zweigeschlechtlich-ausschließenden Kongruenzvorstellung, die ich mit Zehnder bereits mehrfach angesprochen habe: Wenn eine Person eine Frau ist (oder dem weiblichen Geschlecht zugeordnet wurde) und nicht den Wunsch hat, diese Zuordnung grundlegend hin zum männlichen Geschlecht zu ändern, ist die Gabe von Testosteron ausgeschlossen. Rasloa bringt hier eine Argumentation vor, die sehr plausibel erscheint – aber eben nur dann, wenn das Gegenüber ein Betreten der Geschlechtergrenze als vertretbare Praxis antizipiert/antizipieren kann. Rasloa trifft damit auf einen Arzt, der ihre Argumentation für die Gabe von Testosteron nicht anerkennt. Lisa hingegen schildert einen gegenteiligen Verlauf eines ‚Patient_innen‘gesprächs:

und was ich halt sehr sehr **bemerkenswert** fand von von dieser Ärztin war halt auch dass sie gesagt hat ähm: nach **relativ** kurzer Zeit, naja, phf 'ich mein' **ich** hab weniger Ahnung, also. sagte die Ärztin, [mhm] also sie. ich bin ähm: relativ am Anfang weil ich dachte okay, jetzt **musst** du, das Gespräch mit einer Ärztin führen, hab ich denn halt auch diese Fachausdrücke genommen, [mhm] u n d sie so. ich weiß nicht was sie mir **sagen** wollten. (1) ne, und dann habs denn halt, auf ne andere Art gesagt, und denn sagte sie mir öh sie haben sie haben mehr Ahnung. als ich. und das fand ich halt von von dieser Ärztin sehr sehr bemerkenswert und ähm das findet man heute selten.

Die Ärztin gibt zu, dass ihr Wissen über Lisas körperliche Konstitution nicht so groß ist wie das von Lisa selbst. Auch wenn die hier dokumentierte ‚patient_innen‘zentrierte Beratung von Mediziner_innen verschiedentlich in den Inter-

views geschildert und von den Befragten als positives Moment ihrer Pathologisierungsgeschichte eingeordnet wird, muss in Rechnung gestellt werden, dass dieses Zugeständnis an die ‚Patient_innen‘ ein Zugeständnis an ihren *Wissensvorsprung* ist. Diese Aneignung von Wissen ist ein entscheidendes Moment im Prozess der Wiederaneignung der eigenen Biographie (und der eigenen Geschlechtlichkeit), die in Kapitel VI noch einmal genauer betrachtet und systematisiert wird.

3. KONTEXTUALISIERENDE ZUSAMMENFASSUNG: EINE KRITIK DER INTERSEXUALISIERUNG

Für den Erhalt und die Reproduktion der Intergeschlechtlichkeit als medizinisches Phänomen spielen die *Nichtmitteilung* als Geheimhaltung, das „bewusst gewollte [...] Verbergen“ (Simmel 1992: 392), das auf Seiten der ‚Patient_innen‘ Nichtwissen produziert einerseits²⁰ und die *tätige Unwissenheit* als „tendenziell selbstverschuldete, manchmal sträfliche und darum im Prinzip behebbare Unkenntnis“ (ebd.) andererseits eine entscheidende Rolle. *Erstens* ist da die Geheimhaltung, wenn ‚Patient_innen‘ einerseits wissentlich Informationen vorenthalten werden, indem die Mediziner_innen Wissen über die Geschlechtlichkeit der ‚Patient_innen‘ erlangen, dabei aber weder den Weg der Erkenntnis (Diagnostik) noch die Ergebnisse ihrer Untersuchung (Diagnose) offenlegen. Das für sie potentiell Erkennbare wird verschwiegen, in der Krankenakte durch Fachtermini verschlüsselt festgehalten, die ohne Wissen der Betroffenen unter den beteiligten Diskursteilnehmer_innen (rechtlich legitimiert; s.o.) zirkuliert; der Erkenntnisprozess wird verschleiert, indem Erklärungen nicht gegeben oder Eingriffe (operativ, gynäkologisch oder medikamentös) nur unvollständig aufklärt werden. Die Medizin produziert damit Nichtwissen auf Seiten der behandelten Personen. Andererseits werden die ‚Patient_innen‘ selbst angehalten, mit niemandem über ihre Intergeschlechtlichkeit zu reden. Dieses Vorgehen ist Erbe der *gender-imprinting-theory* und gleichzeitig der Nachweis der gesellschaftlichen Tabuisierung weiterer Geschlechtsentwürfe jenseits von männlich/weiblich: Intergeschlechtlichkeit bestätigt die Norm als Anormales, weil die dichotome und hierarchische Konzeptualisierung normativer binärer Kategorien

20 Das zentrale Moment des Geheimnisses ist nach Sievers das Nichtmitteilen des Geheimnisträgers, nicht das Nichtwissen des Geheimnisadressaten (vgl. Sievers 1973: 378). Simmel, der erstmals Geheimnis und Geheimhaltung in den soziologischen Blick nimmt, stellt in *Das Geheimnis und die geheime Gesellschaft* heraus, dass das Vertrauen notwendiges Konstituens des Gelingens der Geheimhaltung ist: Vertrauen „ist als Hypothese ein mittlerer Zustand zwischen Wissen und Nichtwissen um den Menschen“ (Simmel 1992: 393).

von ihrem *Dazwischen* abhängt (vgl. auch Eckert 2010: 28). *Zweitens* ist da die „tätige Unwissenheit, die sich im vollen Besitz der Wahrheit wähnt“ (Seel 2009: 37): Die Mediziner_innen ‚bemächtigen‘ sich eines Phänomens, über das sie einerseits vollständige autoritative Kontrolle beanspruchen, während sie andererseits kein vollumfängliches Wissen über das Phänomen sammeln, bevor sie Entscheidungen über medizinische Eingriffe fällen und zudem nur eine eingeschränkte Fachperspektive zulassen, indem sie weitere (beispielsweise sozialwissenschaftliche) Perspektiven ausblenden. Ihre Legitimation ist ihre Partizipation am Diskurs (und damit am Wahrsprechen in seinem Namen) und ihr Nichtmitteilen ist im Zusammenhang mit tätiger Unwissenheit „hilfloses Schweigen, in das man zwangsläufig verfällt, wenn man nichts zu sagen weiß“ (Luhmann 1997: 114f.). Mit der *doppelten Kontrolle des Wissens* um das *Dazwischen* (Geheimhaltung der genauen Diagnostik/Diagnose und Anhalten zur Geheimhaltung der Geschlechtlichkeit) inszeniert sich der Medizindiskurs bis heute als hegemoniale Kraft im Umgang mit und der Bewertung der Intergeschlechtlichkeit²¹ und kann gerade durch diese Inanspruchnahme der Deutungsmacht das tätige Unwissen verschleiern. „Die Trennung von Wissen und Nicht-Wissen ist ein Machteffekt“ (Gugerli/Sarasin 2009: 7), und der Medizindiskurs manifestiert sich durch Wissenskontrolle in der hier untersuchten Konstellation des Geheimnisses als machtausübende Instanz:

[I]t was the opinion of the expert who was now authorized to evaluate, diagnose and to treat that individual. So, the production of medical knowledge about the phantasm of „intersexuality“ is intrinsically connected to power. The opinion of the expert is valued over the individual’s sense of self and sense of health. (Eckert 2010: 23)

Der Medizindiskurs wendet beim bewusst gewollten Verbergen von Informationen (und damit einer intendierten Produktion von Nichtwissen) verschiedene Geheimhaltungstaktiken an. Diese Taktiken agieren auf den verschiedenen Ebenen *Diskurs – medizinische Interaktion – sozialer Kontext*. Zudem werden auf den jeweiligen Ebenen unterschiedliche Praktiken zur Umsetzung genutzt. Auf der Ebene des *Diskurses* ist die Krankenakte entscheidendes Mittel zur Gewährleistung der Transparenz. Die Akte ist eine Art ‚Wahrheitsartefakt‘, in der mit Hilfe aller beteiligten

21 Dass sich diese Regulierung von Wissen auch mit und nach der öffentlichen Debatte um Intersexualität im Deutschen Ethikrat fortsetzt, zeigt sich u.a. in der Pressemitteilung der IVIM zur Stellungnahme des Ethikrates (vgl. IVIM 2012) und der kritischen Auseinandersetzung mit der Stellungnahme von Heinz-Jürgen Voß (2012a, 2012b). In beiden Kritiken wird deutlich, dass auch der Ethikrat verschiedentlich medizinische Werte anlegt, um das Phänomen Intergeschlechtlichkeit zu beurteilen, statt es umfänglich als soziales Phänomen anzuerkennen.

Mediziner_innen die Details der jeweiligen Intersexualisierung zusammengetragen werden. Diese Akte zirkuliert ohne Wissen und Kontrolle der Beteiligten im Diskurs, das Wissen über bereits vorgenommene Untersuchungen und deren Ergebnisse können so Eingang in die an anderer Stelle vorgenommenen Eingriffe finden. Gleichzeitig fungiert die gemeinsame Fachsprache als Chiffrierung des medizinischen Wissens und wird so zum Mittel der Exklusion. In der *Interaktion* mit den ‚Patient_innen‘ werden Diagnostik und Diagnose ebenso wie operative, gynäkologische und medikamentöse Eingriffe nicht oder unvollständig transparent gemacht. Einerseits ebenfalls eine diskursive Exklusion, handelt es sich andererseits um Eingriffe, bei denen die Begründung der Art und Weise des Vorgehens in allen Biographien auf der Ebene der einfachen Geheimhaltung operiert, so der Inhalt dieses Geheimnisses im Bereich der Spekulationen bleiben muss und auf diese Weise Einfluss auf die Struktur der biographischen Erzählung als kognitive Figur nimmt (s.u.). Eine mögliche Erklärung für das Verschweigen ist neben dem Schutz der ‚Patient_innen‘ deren ‚normale‘ geschlechtliche Entwicklung. Die Beteiligung mehrerer Mediziner_innen an der Diagnostik ebenso wie das Kartographieren und Vermessen der Körper mittels Messlatte und Fotografien verweist daneben auf die Möglichkeit einer Objektivierung im Namen der Wissenschaftlichkeit²² – ein seltenes Phänomen wird von so vielen Mediziner_innen wie möglich inspiziert. Auf der Ebene, die ich hier *sozialer Kontext* genannt habe, ordnen sich die Ereignisse ein, die zur gesellschaftlichen Unwissenheit über Intergeschlechtlichkeit durch die fortwährende Geschlossenheit des Diskurses (und dessen Praktiken des [Nicht]Wissenstransfers) beitragen, indem die Individuen selbst in ihrer Sozialität reglementiert werden – durch Warnungen/Drohungen einerseits, durch die intendierte Vereinzelung/Vereinsamung der Individuen durch das Verheimlichen der quantitativen Repräsentation von Intergeschlechtlichkeit andererseits. Die wahren Zahlen und Fakten zum Phänomen werden nicht mitgeteilt oder manipuliert, um diese Vereinzelung durchzusetzen: Die Befragten wurden belogen oder nur ungenügend aufgeklärt.

Die hier rekonstruierte Geheimhaltung der Intergeschlechtlichkeit geschieht, um eine stabile Geschlechtsidentität herzustellen: Nur wenn die ‚Patient_innen‘ nichts von ihrer zweifelhaften Geschlechtlichkeit erfahren, können sie eine kohärente

22 Ulrike Klöppel, oben bereits entsprechend angeführt, kommt zu dem Schluss, dass intergeschlechtliche Menschen bis heute „vor allem als Forschungsobjekte“ wahrgenommen werden und nicht als Personen mit der Fähigkeit, über die höchstgelegenen Belange selbstmächtig Entscheidungen zu treffen (Klöppel 2010: 602). Dieser Schluss liegt auch für die Schilderungen in den vorliegenden Biographien nahe. Christiane Völling beschreibt in ihrer Autobiographie das Vorgehen des Vorführens ihres intergeschlechtlichen Körpers vor Studierenden der Medizin „wie im Zoo“ (Völling 2010: 78).

Geschlechtsidentität im Sinne der zugewiesenen entwickeln (vgl. Voß 2012a: 46f.). Dies führt dazu, dass den ‚Patient_innen‘ vermittelt wird, sie seien eine kranke Frau/ein kranker Mann, die/der bestimmte Eingriffe erfahren muss, um ‚gesund‘ zu werden und/oder dass ihre Intergeschlechtlichkeit verheimlicht oder chiffriert und ihnen damit unzugänglich gemacht wird – ganz im Sinne der im ersten Kapitel erörterten und bis heute wirksamen *Logik des Zwitter als Pathologie*, dem Dazwischen als Konstituens für die Grenze zwischen den Geschlechtern. Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin empfehlen bis heute operative und medikamentöse Eingriffe zur Herstellung eines entsprechenden Genitals als Zeichen für die Geschlechtlichkeit bei Kindern und ihre schnellstmögliche Durchführung nach der Diagnosestellung.²³ Die Genitalien fungieren damit weiterhin als konstituierendes Zeichen für die Geschlechtsidentität. Der Deutsche Ethikrat empfiehlt in seiner Stellungnahme zwar die umfassende Abwägung chirurgischer Eingriffe, legt aber gleichzeitig die Sicherstellung der „Aus- und Fortbildung der Ärzte, Hebammen, Psychotherapeuten und des weiteren medizinischen Personals“ und eine „umfassende Informationen an die niedergelassenen Ärzte und Allgemeinkrankenhäuser“ nahe, damit „Betroffene so früh wie möglich erkannt und in ein qualifiziertes interdisziplinäres Kompetenzzentrum zur Diagnostik und Behandlung vermittelt werden können“ (Ethikrat 2012: 173). Die Empfehlung von Behandlung in interdisziplinären Kompetenzzentren folgt dem Anliegen von Mediziner_innen mit Spezialisierung im Bereich ‚Intersexualität‘ (vgl. u.a. Holterhus 2013; Warne 2012) und kann als Forderung nach angemessenen versorgenden Maßnahmen gelesen werden. Gleichzeitig eröffnen derartige Zentren aber die Möglichkeit, mit vielversprechenden Forschungsprojekten große Summen von Geldern einzuwerben, um bestehende Versuchsreihen fortzusetzen, Langzeitstudien an intergeschlechtlichen Menschen durchzuführen und die Verfeinerung bisheriger *sex-change-technologies* voranzutreiben. Intergeschlechtliche Personen behalten den Status von *Forschungsobjekten*, statt einen Möglichkeitsraum für ein individuelles und selbstbestimmtes Werden ihrer Geschlechtlichkeit zu erhalten. Der Raum zwischen männlich und weiblich wird damit weiterhin pathologisiert und Interge-

23 Die Leitlinien für die Therapie des Adrenogenitalen Syndroms lauten: „Genitalkorrekturoperationen durch erfahrene Kinderchirurgen/-urologen/-gynäkologen. Die chirurgische Korrektur umfasst die Klitorisreduktionsplastik unter Schonung des Gefäß-Nervenbündels, die Labienplastik und die Vaginalerweiterungsplastik. In der Regel wird die Operation in Deutschland im ersten Lebensjahr durchgeführt.“ (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin 2010: 3). In der Richtlinie zum Umgang mit „Störungen der Geschlechtsentwicklung“ werden für feminisierende und maskulinisierende Eingriffe Operationen vor dem 12. Lebensmonat beziehungsweise 24. Lebensmonat empfohlen (vgl. dies. 2011: 5).

schlechtlichkeit bleibt ‚Intersexualität‘ – ein medizinisch vereinnahmtes statt soziales Phänomen. Die Geheimhaltung und Pathologisierung des Unnormalen ist gleichsam die praktisch umgesetzte Möglichkeit der Nicht-Repräsentation gesellschaftlicher Normen.