

Aspekte einer »gerechten« Inter*-Beratung

Der folgende Abschnitt versteht sich als Versuch, bestimmte Inhalte und Bereiche von Beratung so zusammenzustellen, dass sie den Ansprüchen von Pluralität, Vielfalt und Diversität auf unterschiedlichen Ebenen, durch verschiedene Inhalte und anhand diverser Formen gerecht und praktisch handhabbar werden. Dabei greife ich auf einen wertvollen Fundus bereits existierender Theorien und Praxisfelder von Beratung zurück und unterziehe diese einer Vorauswahl. Zunächst stelle ich Zugänge zu Beratung im Allgemeinen vor. Im Anschluss daran arbeite ich den Ansatz der psychosozialen Beratung als maßgebend für die vorliegende Veröffentlichung heraus und erläutere ihn in seinen Grundzügen. Aus dem Pool der Methoden für die allgemeine Beratungsarbeit wähle ich unter dem Aspekt der Inter*-Beratung solche Vorgehensweisen und Handlungsansätze aus, die mir als besonders geeignet für die praktische Beratungsarbeit mit der Zielgruppe Inter* erscheinen. Bewährtes wird in diesem Zusammenhang aufgegriffen, neu kontextualisiert und an den Beratungsauftrag angepasst. Es bleibt immer wieder aufs Neue zu prüfen, welcher konkrete Beratungsansatz, welche Methode der jeweiligen Beratungssituation angemessen erscheint und als zielführend empfunden wird. Die Sicht auf und die Handhabung von Beratung muss dabei immer flexibel bleiben. Eine einzig richtige inter*-spezifische Beratung kann es nicht geben. Zu divers sind die Kontexte, in denen sich Menschen bewegen. Obwohl alle hier adressierten Personen eint, dass sie inter* sind, lässt dies keine Rückschlüsse auf die vermeintliche Homogenität einer Gruppe zu. Lebensumstände und -realitäten können sich aufgrund ähnlicher medizinischer oder anderer Erfahrungen, die in engem Zusammenhang mit der Intergeschlechtlichkeit stehen, zwar gleichen, dennoch existiert eine Vielzahl anderer Aspekte, die nicht wegen der Intergeschlechtlichkeit, sondern beispielsweise aufgrund struktureller Probleme schwer zu bewältigen sind:

»[Die] meisten intersexuellen Menschen leiden nicht darunter, dass sie intersexuell sind, sondern [...] weil das aufgrund [...] des Umgangs von außen immer defizitär gesehen wird« (Veith, 2014, S. 3).

Dieser Ansicht schließt sich auch Phoebe Hart an und konkretisiert:

»Durch die vielen Gespräche mit intergeschlechtlichen Männern und Frauen in den letzten 10 Jahren bin ich zu der Überzeugung gelangt, dass die meisten kein Problem mit ihrer Intergeschlechtlichkeit haben, aber sehr wohl mit den damit einhergehenden »gesellschaftlichen« Schwierigkeiten. Intergeschlechtliche Menschen leiden unter sozialer Stigmatisierung, darunter, als »anders« oder »abartig« gesehen zu werden und von Ärzt_innen und Familienmitgliedern entsprechend behandelt zu werden. Medizinische Behandlungen tragen wesentlich zu dem Gefühl der sozialen Minderwertigkeit und Scham bei: Kosmetische Chirurgie soll abweichende Körper normalisieren, indem sie intergeschlechtliche Personen entweder männlich(er) oder weiblich(er) macht. Faktisch stellt eine solche Pathologisierung eine gesellschaftliche Verschiebung dar, hin zu der Absonderung der intergeschlechtlichen Personen von der normalen Bevölkerung« (Hart, 2013, S. 84).

Wie es Rosa von Praunheim bereits 1970 in ihrem_seinem Film *Nicht der Homosexuelle ist pervers, sondern die Situation, in der er lebt*⁵⁴ für Homosexualität formulierte (vgl. Praunheim, 1970), so handelt es sich auch bei Intergeschlechtlichkeit primär um ein soziales »Problem« (vgl. Wiesendanger, 2004, S. 245). Sowohl im Umgang mit homosexuellem Begehren als auch im Fall von Intergeschlechtlichkeit scheint die Gesellschaft an Grenzen zu stoßen (vgl. ebd.).

Ebenso kann es vorkommen, dass Inters* Beratung und Unterstützung suchen, ohne jemals ihre Intergeschlechtlichkeit als Teil des Beratungsbedarfs zu sehen. Es ist daher sehr wichtig, von Beginn an den konkreten Auftrag zu klären.

Allgemeine Beratungszugänge und -formate

Mit dem Begriff »Beratung« werden gesamtgesellschaftlich unterschiedliche Vorstellungen verknüpft, die oft an Erwartungen eines bestimmten Verhaltens, einer Vorgehensweise oder des inhaltlich Gesagten gekoppelt sind und nicht zu-

⁵⁴ Siehe hierzu http://www.rosavonpraunheim.de/werke/rosafilme/70homo/w_pervers_1.html (Zugriff: 04.08.2014).

letzt zu missverständlichen Interpretationen führen. Engel et al. (2004) verweisen auf zwei gängige Vorstellungsmodelle. Einerseits werde Beratung als Informationsvermittlung mithilfe »einer besonderen Gesprächstechnik, die recht leicht, lehr- und lernbar ist« (Engel et al., 2004, S. 33) verstanden. Andererseits suggeriert Beratung eine weniger ausführliche und zeitlich kürzere Form von Therapie (vgl. ebd.). Während das erste Modell weniger hohe Erwartungen an den Beratungsvorgang und dessen Ergebnis knüpft, wird im zweiten deutlich, dass Beratung als etwas Professionelles angesehen wird, dessen Effizienz im Vordergrund steht.

Die Formalisierungsgrade von Beratungen beschreiben einen fließenden Übergang zwischen alltäglichem und professionellem (fachlich spezialisiertem) Handeln. Einrichtungen der Sozialen Arbeit, darunter beispielsweise Beratungsstellen oder Hilfetelefone, sind »Arbeitsfelder explizit ausgewiesener Beratung durch Personal mit zumeist professioneller ›Beratungsqualifikation‹« (Sickendiek et al., 1999, S. 21). Definitorische Ansätze wie dieser reichen jedoch nicht aus, um Reichweite und Intensität diversifizierter Praxisfelder von Beratungen klar zu umreißen. Institutionalisierte Formen sind ebenso wie Gespräche im Alltag dem Bereich der Beratungen zuzuordnen (vgl. ebd.). Anknüpfend daran stelle ich nun die drei maßgeblichen Professionalisierungsgrade von Beratungen vor: nicht-standardisierte, halb-standardisierte und standardisierte Beratung.

Unter nicht-standardisierter Beratung werden alle Formate informeller Beratung gefasst, die außerhalb eines professionell-institutionellen Handlungsrahmens stattfindet (vgl. ebd., S. 22). In Form praktischer oder emotionaler Unterstützung greift sie alltägliche Situationen sozialer Interaktionen auf und beschreibt auf diesem Weg die »Zuwendung zwischen Menschen außerhalb definierter beruflicher Zusammenhänge« (ebd.). Schlussfolgernd daraus kommt ihr als verbindendes Element eine sogenannte Querschnittsfunktion zu, die verschiedene Themen und Tätigkeiten miteinander verbindet (vgl. Nestmann, 2008, S. 74). Beratende Inhalte werden demnach in Settings vermittelt, die auf den ersten Blick nicht als Beratungsgespräche erkannt werden. Beziehungsprobleme, gesundheitliche Sorgen, berufliche oder schulische Schwierigkeiten gelten beispielsweise als klassische Themen von Alltagsberatung. Der Freund_innenkreis, die Familie oder aber auch das Kollegium werden als konkrete Akteur_innen benannt. Verschiedene Anlässe und Motivationen begünstigen das Zustandekommen dieses Beratungsprofils. Dazu zählen vorrangig das Bedürfnis, »sich den Frust von der Seele zu reden« oder das Profitieren von der und die Wertschätzung der Meinung und der Erfahrungen des Gegenübers. Obwohl sie als Formen nicht-professioneller Beratungen gelten, ist wissenschaftlich anerkannt, dass der Großteil der Belastungen allgemeiner Lebensführung und sozialer Konflikte über

diesen Austausch in Alltagsberatungen bewältigt wird (vgl. Sickendiek et al., 1999, S. 22).

Lassen sich Problemlagen hingegen nicht (ausreichend) im sozialen Nahraum lösen, kann dies dazu führen, dass formelle bzw. halb-standardisierte Beratungsinstanzen aufgesucht werden. Menschen, die sozial isoliert leben, über geringe Gesprächskontakte verfügen oder ihre Problemlage als zu verfahren, zu komplex oder zu massiv einschätzen, um das persönliche Umfeld damit zu konfrontieren, wenden sich an Beratungsstrukturen, die ein höheres Maß an Fachwissen und -kompetenzen aufweisen als die Strukturen der nicht-standardisierten Beratung. Auch Scham und das Bedürfnis nach Schutz der Intimsphäre können als Gründe angeführt werden. Zudem kann es innerhalb des sozialen Bezugsrahmens zu Situationen kommen, in denen eine sachliche und unbefangene Beratungsperson gewünscht wird. Die Kontaktaufnahme erfolgt entweder, indem jemand eigenständig um Hilfe nachsucht, oder sie wird durch andere initiiert (vgl. ebd.). In diesem Fall ist es jedoch nicht vorrangig wichtig, dass die ausgewählten Beratenden über dezidierte Beratungsqualifikationen verfügen. So fungieren auch Personen als Fachleute, die »aufgrund ihrer Profession, Ausbildung oder sozialen Stellung über ExpertInnenwissen verfügen und zu deren Tätigkeit u. a. Beratung zählt« (Sickendiek et al., 1999, S. 23). Als klassisches Beratungsfeld hierfür gilt die Selbsthilfe. Weiterhin konkretisieren Sickendiek et al., dass »halb-formalisierte Beratung als genuiner Anteil unterschiedlicher sozialpädagogischer und psychosozialer Berufe und weiterer sozialer, psychologischer, medizinischer oder juristischer Tätigkeiten, in [denen] die Betroffenen als Professionelle angesprochen sind« (ebd.), anzusehen ist. Dazu zählen zum Beispiel Beratungen im medizinischen Sektor, da Ärzt_innen in der Regel nicht über explizit ausgewiesene Beratungsqualifikationen verfügen.

Für standardisierte Beratungen hingegen ist einerseits eine starke Formalisierung charakteristisch, andererseits sind sie ausdrücklich als professionelle Beratungen in speziellen Einrichtungen ausgewiesen, deren beratendes Expert_innen-Team fundiert ausgebildet ist und über dezidiertes inhaltliches Fachwissen und spezifische methodisch-kommunikative Kompetenzen verfügt (vgl. ebd.).

Im Wesentlichen haben alle Formen von Beratung gemein, dass sie als interaktiver Austausch zwischen mindestens zwei Personen zu verstehen sind, der mithilfe einer praktischen Annäherung das Ziel verfolgt, eine Aufgabe zu lösen bzw. miteinander Lösungsansätze zu erarbeiten (vgl. Zwicker-Pelzer, 2010, S. 13). Beratung orientiert sich laut Zwicker-Pelzer in der Regel an einer akuten Situation, einer aktuellen Entscheidung oder wird als konkrete Problem- bzw. Krisenbewältigung wahrgenommen. Das Beziehungsverhältnis zwischen der be-

ratenden und der Rat suchenden Person⁵⁵ basiert dabei immer auf Freiwilligkeit (vgl. ebd., S. 21). Die sogenannte »Problemeinsicht« ist der erste Schritt, um Beratung selbstbestimmt in Anspruch zu nehmen. Das impliziert in gleicher Weise, dass der eigene Unterstützungsbedarf erkannt wird und ein generelles Vertrauen in Beratungsangebote besteht. Zwangsberatung ist demnach keine Beratung, da Kontrolle und das schlichte Gewähren von Leistungen in formeller und institutioneller Hinsicht Beratungsgrundsätzen widersprechen und von ihnen getrennt werden müssen (vgl. Sickendiek et al., 1999, S. 224f.).

Der Ansatz psychosozialer Beratung

Ausgehend von den historischen Entwicklungen und »Anfangsmomenten« von Beratungen Mitte der 1970er Jahre⁵⁶ hat sich die psychosoziale Beratung heute als eigenständige Fachdisziplin etabliert. Resultierend aus der diskursiven Auseinandersetzung der Antipsychiatrie-Bewegung Anfang der 1970er Jahre stehen heutzutage im Hinblick auf psychosoziale Beratung nicht Menschen im Mittelpunkt,

»die Heilung bei Krankheit oder psychischer Störung [suchen], sondern Menschen in verschiedensten, meist belastenden Lebenskonstellationen, die bei unterschiedlichen Anforderungen, Problemen und Krisen professionelle Hilfe bei der Orientierung, bei der Entscheidung und Planung von Veränderung, bei der Wahl ihrer Ziele und Problemlösungen sowie beim Einschlagen, Gehen und Überprüfen der veränderten, neuen Wege suchen. Diese Herkunft prägt noch heute die Identität psychosozialer Beratung« (Nestmann, 2008, S. 73).

Die Neuausrichtungen infolge des inhaltlichen Paradigmenwechsels gehen nicht zuletzt auf die Initiative engagierter Selbsthilfeverbände zurück, deren Einflussnahme das allgemeine Ansehen sozialer Dienste aufwertete und zugleich

- ⁵⁵ Auf die Bezeichnung »Klient_in« wird verzichtet, da diese Begrifflichkeit professionelle Devianz charakterisiert (vgl. Zwicker-Pelzer, 2010, S. 24) und somit als stigmatisierend wahrgenommen werden könnte. Im Hinblick auf eine herrschaftskritische Analyse impliziert die Bezeichnung Klient_in nach Tuggener eine Subjekt-Objekt-Beziehung anstelle einer anzustrebenden Subjekt-Subjekt-Interaktion auf gleicher Ebene (vgl. Tuggener, 1983, zit. n. Zwicker-Pelzer, 2010, S. 24). Letztendlich ist ein kritisch-reflexiver Umgang anzustreben.
- ⁵⁶ Die 1970er Jahre gelten als Dekade der Herausbildung von Beratungen und beschreiben einen regelrechten Entwicklungsboom, indem zahlreiche Publikationen zum Thema erschienen und die ersten Versuche unternommen wurden, Beratung als Element von Ausbildung und Forschung zu verankern (vgl. Nestmann, 2008, S. 72).

wesentlich zur Entwicklung von Beratungen und ihrer sozialpädagogischen Kernstrukturen beitrug. Die wohl bekanntesten Beratungsprojekte jener Zeit sind u. a. im Bereich der autonomen Frauenhäuser sowie der feministischen Frauengesundheitszentren bis heute existent (vgl. ebd., S. 72).

Psychosoziale Beratung leistet einen wichtigen Beitrag zur Professionalisierung sozialer Arbeit. Ihr wesentlicher Grundzug lässt sich wie folgt kennzeichnen: eine unabhängige Expertise, die durch eine freiwillige Inanspruchnahme der Unterstützung, durch individuelle Selbstbestimmung und in Form niedrigschwelliger Einzel- und Gruppenangebote Impulse von sozialpädagogischer und psychologischer Handlungsorientierung miteinander verbindet. Bis dato waren beratende Tätigkeiten auf den Bereich der klinisch-psychologischen Diagnostik beschränkt und durch Stigmatisierung, Kontrolle, Zwang und Dirigismus gekennzeichnet (vgl. ebd., S. 73f.). Als Kennzeichen gegenwärtiger psychosozialer Beratungen werden an dieser Stelle vier Identitätspfeiler vorgestellt, die die zentralen Funktionen in beratenden Unterstützungsprozessen darstellen: Informationsbalance und Entscheidungsmanagement, Prävention und Gesundheitsförderung, Bewältigungshilfe sowie Entwicklungsförderung und Lebenslaufbegleitung (vgl. ebd., S. 78).

Informationsbalance und Entscheidungsmanagement

Der Begriff »Informationsbalance« geht auf Frank Engel zurück und beschreibt, dass Beratungen seit dem Aufkommen neuer Kommunikationsmedien über eine bloße Weitergabe von Informationen hinausgehen und ein ausgewogenes Verhältnis zwischen informativen und beratenden Inhalten bieten müssen (vgl. Engel, 2002, zit. n. Nestmann, 2008, S. 79). Zwar sei es weiterhin Aufgabe von Beratung, Informationslücken zu schließen, doch sehen sich die Beratungsinstanzen derzeit mit einer Fülle an ungefilterten Überinformationen konfrontiert, die nicht zwingend zu einer besseren Informiertheit der Beratenen führt. Entscheidungsschwierigkeiten der betreffenden Personen werden dadurch nicht unbedingt gelöst (vgl. Nestmann, 2008, S. 79). Fachwissen muss demnach vermittelbar gestaltet sein und kompetent umgesetzt werden. So spricht Nestmann davon, dass »neben der professionellen psychosozialen Beratung meist auch informelle Einflussnahme erfolgt« (ebd., S. 80), zum Beispiel durch Alltagsgespräche oder selbstständiges Informieren (vgl. ebd.). Diese Tatsache tritt auch im Bereich von Inter*-Beratung zutage. Nicht selten passiert es, dass Inters* besser informiert sind als Ärzt_innen und/oder Berater_innen. Dies ist vor allem darauf zurück zu

führen, dass reguläre Praxen und Beratungsstellen nicht in jedem Bereich über Spezialwissen verfügen (können), was wiederum zu der Annahme führt, dass im Kontext von Intergeschlechtlichkeit die Implementierung spezialisierter Fachberatungsstellen sinnvoll erscheint.

Die Bereitschaft ratsuchender Personen, sich innerhalb von Beratungssituationen zu öffnen, erfordert ein aktives Vertrauen zwischen Beratungsinstanzen und Ratsuchenden. Vertrauensaufbau auf der einen, Begrenztheit dauerhaft gesicherter Expert_innenaussagen auf der anderen Seite stellen die Beratung vor eine große Herausforderung. Was heute noch als gesicherte wissenschaftliche Aussage gilt, kann morgen schon widerlegt sein. Es gilt, sowohl als Beratende_r, als auch als Beratene_r flexibel zu bleiben und zu erkennen, dass auch Beratung gesellschaftlichen Veränderungen und realen Paradoxien, Unsicherheits- und Ambiguitätsfaktoren unterliegt (vgl. ebd.). Dies erfordert seitens der Beratenen die Einsicht einer »positiven Nichtsicherheit«. Dieses auf H. B. Gelatt zurückgehende Konzept umschreibt im Wesentlichen, dass sich Meinungen und Ansichten ändern können, ohne dass daraus zwangsläufig oder in einem kausalen Zusammenhang Unsicherheiten entstehen müssen. Vielmehr gehe es darum, »Ambiguität sowie Inkonsistenz akzeptieren zu können und Intuition ernst zu nehmen« (ebd., S. 81). Ferner bedeutet dies, ein subjektives Körpergefühl zu entwickeln, um sensibel auf das eigene »Bauchgefühl« zu reagieren. Es geht dabei nicht mehr nur um wissenschaftlich gesicherte Aussagen, die als unumstößliche faktische Wahrheit gesehen werden; vielmehr gewinnen auch die »Intelligenz des Unbewussten« wie auch die »Macht der Intuition« wissenschaftlich an Ansehen (vgl. ebd., S. 82). Dieser neue Blick, der sich auf das positive Zutrauen in eigene Ansichten und Einschätzungen richtet, führt zu einem Wandel der Rolle der Ratsuchenden. Sie verlieren dementsprechend den Status ihrer Passivität, werden selbst aktiv und in den Beratungsverlauf mit einbezogen. Sie konsumieren nicht mehr nur Fachwissen, sondern gestalten den Prozess selbstbestimmt, nach eigenem Ermessen und mit dem Fokus auf eigene Bedürfnisse, mit. So heißt es bei Nestmann:

»Entscheidungsprozesse werden immer mehr zu >Entdeckungs-<Prozessen. Ziele zu entdecken, auch andere und neue, statt nur ein Ziel erreichen zu wollen, wird wichtig: eine Abkehr von einem radikalen >Sei realistisch< hin zu einem >Nicht sicher – aber Für-möglich-halten<. Wichtig ist, Anregung für neue Bedürfnisse, Wünsche und Ziele zu bekommen. Immer nur klare Ziele können eingrenzen und halten oft von neuen Möglichkeiten ab. Beraten heißt somit auch helfen, Subjektivität zu entwickeln und Überzeugungen aufgeben zu können oder Entscheidungen auf die Probe zu stellen« (Nestmann, 2008, S. 81).

Prävention und Gesundheitsförderung

Anspruch emanzipatorischer Beratungsansätze ist es, Beratung nicht mehr im Schatten eines medizinischen Modells von Behandlung und Versorgung zu verorten (vgl. Sickendiek et al., 1999, S. 222). Insofern setzt Prävention da an, wo der »fatalen Logik des ausschließlichen Reagierens, kurativen Hinterherhinkens und Wiederherstellens von Normalität und Funktionsfähigkeit« (Nestmann, 2008, S. 82) Einhalt geboten wird, neue Denkrichtungen entwickelt und Schwerpunkte gesetzt werden (vgl. ebd.). Die allgemeine Tendenz, Beratungskontakte erst im Falle länger andauernder und verschärfter Problemlagen aufzunehmen, zeigt nicht selten bereits ernste und irreparable Belastungsfolgen auf (vgl. Sickendiek et al., 1999, S. 222). Je mehr sich Beratung als präventiv orientierte Profession versteht, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, Menschen bereits im Vorfeld der Problemstellung zu erreichen (vgl. ebd.). Präventive Ansätze haben das Potenzial, zukünftige Risiken vorwegzunehmen, Chancen frühzeitig abzuwägen und mögliche Handlungskonsequenzen zu reflektieren (vgl. Nestmann, 2008, S. 82). Somit wirkt Beratung im Vorfeld bereits nachhaltig. Allerdings ist bei ebendiesen Aussagen und Grundhaltungen darauf zu achten, dass dies nicht in gleichem Maß für den Bereich präventiver Diagnostik gilt. In der Vergangenheit wurde nicht selten unter Zuhilfenahme von Wahrscheinlichkeiten präventiv in Behandlungsprozessen argumentiert, zum Beispiel in Bezug auf mögliche Tumorrisiken als Begründung für eine empfohlene Gonadektomie. Konkret bezieht sich präventives Handeln auf die Förderung und Erleichterung der Lebensführung durch das konkrete »Stärken von individuellen Kompetenzen und Selbsthilferessourcen zur Erreichung von Handlungsfähigkeit und Lebenszufriedenheit, [...] eingebunden in die Förderung von stützenden und hilfreichen Gemeinschaften und in das Gestalten sozial- und gesundheitsförderlicher Lebensverhältnisse« (Nestmann 2002, zit. n. Nestmann, 2008, S. 82f.). Dabei kommt der Orientierung an individueller Lebenswelt und Alltag⁵⁷ eine besondere Bedeutung zu. Auch hier ist es ratsam, zu beachten, dass durch einseitige Argumentationen »für Prävention« Personen-

57 Alltags- und Lebensweltorientierung geht auf das Konzept von Hans Thiersch zurück und beeinflusste maßgeblich die Entwicklung von Beratungen (vgl. Nestmann, 2008, S. 75). Lebenswelt und Alltag als zentrale Ansatz- und Bezugspunkte von psychosozialer Beratung greifen konkrete Beratungsaufträge da auf, wo sie entstehen. Mit Blick auf eine mögliche Ursachenanalyse im sozialen, ökonomischen und ökologischen Umfeld erarbeiten sie gemeinsam-partizipativ und in akzeptierender sowie solidarischer Grundhaltung Möglichkeiten, die Rat suchende Person zu unterstützen, selbst aktiv zu werden und dabei ihre Lebenssituation zu erleichtern (vgl. ebd.).

kreise, die nicht alle Risiken im Vorfeld bedenken wollen oder können – indem sie zum Beispiel »Bare Backing«⁵⁸ praktizieren oder, im Fall von Schwangerschaft, auf prädiktive Diagnostik verzichten –, zunehmend stigmatisiert werden.

Im Kontext von Beratung geht es darum, »bisher unreflektierte und unverrückbare Positionen [zu] hinterfragen, neue Perspektiven und Handlungsformen [zu] ermöglichen, alltägliche Einschränkungen und Routinen in ihren Ursachen [zu] klären und neue Entwicklungsräume [zu] öffnen sowie Gelegenheit zum Üben von neuem Denken, Fühlen und Handeln [zu] schaffen« (Nestmann, 2008, S. 83). Die Gesamtansicht des Lebenskontextes von Personen ist wichtig, um mögliche Einschränkungen zu eruieren und präventive Handlungsmöglichkeiten zu gewinnen (vgl. Sickendiek et al., 1999, S. 222). Allerdings ist dabei immer der Aspekt der Freiwilligkeit mitzudenken. Entscheidungen gegen ein mögliches Vorgehen müssen von der Beratungsperson gegen jede vermeintliche Sinnhaftigkeit akzeptiert und mitgetragen werden. Daraus resultiert die Einsicht, dass es nie nur ein einziger Grund ist, der zu belastenden Situationen führt. In der Regel ergeben sich Schwierigkeiten aus einem Komplex unterschiedlicher Zusammenhänge, die auf mehreren Ebenen ihren Ursprung haben und in der Äußerung einer mehr oder weniger konkreten Problemstellung zusammenkommen. Genau deshalb ist es wichtig, nicht nur die Ursachengese in den Blick zu nehmen. Soziale, ökonomische, ökologische und kulturelle Bedingungen müssen zusammen analysiert werden (vgl. ebd.).

Insgesamt hat sich Beratung in Richtung basaler Bedürfnisse und Forderungen geöffnet und sieht darin die Möglichkeit für beratene Personen, selbstaktiv zu handeln. Demnach ist es von besonderer Wichtigkeit, dass psychosoziale Beratung in Lebensweltkontexte integriert wird. Konsequenterweise muss sie demnach auch vor Ort angeboten werden. Praktisch bedeutet das, die herkömmliche »Komm-Struktur« sozialpädagogischer Beratungsstellen zu verlassen, um aufsuchende und niedrigschwellige Sozialarbeit bzw. mobile Beratung als anzustrebendes Beratungsprofil anzubieten. Orte, Räume und zeitliche Strukturen von klassischen Beratungsbedingungen müssen ihre starre Rahmung zugunsten einer höheren Flexibilität aufgeben. Besonders bedeutsam werden zukünftig virtuelle Settings. Nestmann empfiehlt diesbezüglich, die klassische Face-to-Face-Beratung und Online-Angebote im Wechsel bzw. gleichermaßen anzubieten. Dieses methodische Vorgehen ist in der Wissenschaft unter der Bezeichnung »Blended Counseling« bekannt (vgl. Nestmann, 2008, S. 84). Soziale Beziehungen

58 »Bare Backing« bezeichnet die bewusste Entscheidung des ungeschützten Geschlechtsverkehrs (unter Umständen an unsicheren Orten) unter Männern.

gelten zwar einerseits als mögliche Ursachenquellen von Stress und Problemen, sind andererseits aber auch eine wertvolle Stütze bei der Problembewältigung oder aber auch bereits im Vorfeld bei der Vermeidung von und dem Schutz vor schwierigen Lebenslagen. Ein Netz sich gegenseitig unterstützender Vertrauter (Familie, Freund_innenkreis, Partner_innen, Nachbar_innen, Kollegium) oder Peers übernimmt die Funktion der »wichtigsten präventiven wie belastungs- und stresspuffernden Potenziale unseres Lebens« (ebd.). Im Sinne einer präventiven und gesundheitsfördernden Beratung kann nicht nur der Mensch isoliert betrachtet werden. Vielmehr müssen auch die jeweiligen Lebensumstände und äußeren Faktoren berücksichtigt werden, denn:

»Beziehungen können Sicherheit, Einbettung, soziale Anerkennung, Würdigung des Einzelnen bieten, sie tragen zur Lebensführung bei und verhindern krankmachende Isolation und Einsamkeit. Sie haben das Potenzial der frühen Wahrnehmung von Risiken [...] und beeinflussen schließlich unseren Zugang zur professionellen Beratung« (ebd.).

Aus den im Vorfeld genannten Gründen lässt sich die Wichtigkeit von Peer-Support und Peer-Beratung ableiten. Für die sozialpädagogische und psychosoziale Arbeit mit Inters* sind sie demnach unerlässlich.

Bewältigungshilfe

Als wesentliche Hilfe zur Problembewältigung wird das Beratungsgespräch angesehen. Meist in einer Eins-zu-eins-Kombination (zum Beispiel »face to face« oder im virtuellen Raum), ermöglicht diese Beratungssituation, Kontakt aufzunehmen und im Gegenüber auf jemanden zu treffen, der_die aktiv zuhört. Die Kommunikation innerhalb dieser geschützten Struktur hat das Potenzial parallel auf den Alltag übertragen zu werden. In der Regel ist es so, dass sich in Beratungssituationen der gesellschaftliche Alltag in Form von Rollen und Verhaltensmustern widerspiegelt. Das heißt, Probleme, die im Alltag auftauchen, werden auch innerhalb beratender Strukturen sichtbar und umgekehrt. Ebenso heißt dies aber auch: Verlaufen Gesprächsaufnahmen in der Beratung gut und zufriedenstellend, kann dies auch in der Übertragung auf den Alltag glücken (vgl. Nestmann, 2008, S. 86). Beratungen bieten in ihrer Rolle der Bewältigungshilfe an, die eigene Identität (wieder) zu finden und zu sichern und vermitteln die Einsicht, aktiv das eigene Leben mitgestalten zu können. Beratungen in diesem Sinn schaffen Raum, um

neue Selbstentwürfe auszuprobieren (vgl. ebd.), sie befähigen zum selbstaktiven Handeln. Somit übernimmt Beratung eine Schwellenfunktion, die als Weg zurück zu gesellschaftlicher Teilhabe und Verhandlung persönlicher Angelegenheiten zu verstehen ist (vgl. ebd.). Grundsätzlich beschreibt dieser Identitätspfeiler den Prozess der Reintegration in den Lebensalltag durch das Wiedererlangen eigener Handlungsfähigkeiten. In Abkehr von rein problemfixierten Beratungs- und Therapieansichten entspricht diese Haltung einem ressourcenorientierten und -fördernden Ansatz, der den Kerngedanken psychosozialer Beratung erfasst (vgl. ebd.). Im Mittelpunkt des Interesses steht das Ansetzen an persönlichen Stärken und interpersonalen Potenzialen der Ratsuchenden bei gleichzeitiger Orientierung an ihrem sozialen Netz, um diesen Prozess anhand eines systemischen Ansatzes zu unterstützen, indem Kontext- und Umweltressourcen einbezogen werden (vgl. ebd., S. 88). Insbesondere geht es dabei um die Stärkung des Selbstwert- und Kohärenzgefühls⁵⁹, was sich in positiver Weise auf Wohlbefinden und Gesundheit auswirkt und darüber wiederum durch Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten zum Bewältigungserfolg führen kann. Es stellt also im Resultat dar, was allgemein unter dem Begriff »Hilfe zur Selbsthilfe« zu verstehen ist. Damit eng verknüpft, zeigt sich auch in diesem Fall wieder der Einfluss ökonomischer und ökologischer Faktoren, zum Beispiel durch Schule, Beruf und/oder kulturelle Einbettung. Im Gegensatz zu anderen Beratungsansätzen werden hier »Betroffene« selbst als die markanten sozialen Akteur_innen angesehen – als Expert_innen in eigener Sache. In einer gemeinnützigen Weise stellen sie wiederum ihre Ressourcen ihrer sozialen Umgebung zur Verfügung. Sie integrieren die Hilfeleistung in weitere soziale Bezugssysteme, formieren und unterstützen Prozesse der Selbstorganisation von Peers und verknüpfen formelle mit alltäglichen Hilfequellen. Die Organisationsformen des »Peer-Supports« haben großen Einfluss und Auswirkungen auf die Wiedererlangung und die Stabilisierung persönlicher Lebensbewältigungsstrategien und nehmen dementsprechend einen überaus wichtigen Stellenwert hinsichtlich psychosozialer Beratung im Allgemeinen und einer gerechten Inter*-Beratung im Speziellen ein (vgl. ebd.).

Im Hinblick auf gesellschaftliche Veränderungen und eine historisch etablierte Pluralisierung von Lebensentwürfen und Begehrensformen müssen sich Beratungsstile neuen und vielfältigen Nutzer_innengruppen öffnen. Die Akzep-

59 Damit ist nicht eine Kohärenz im Sinne Butler'scher Geschlechtertheorie gemeint (siehe Butler, 1991, S. 38); vielmehr geht der Ausdruck auf das Konzept der Salutogenese nach Aaron Antonovsky (1997) zurück. In diesem Ansatz wird Gesundheit nicht mehr nur als Abwesenheit von Krankheit charakterisiert, sondern bezieht soziale und psychische Dimension ein (vgl. Antonovsky, 1997, S. 29ff.).

tanz und der Einbezug von Diversität und inklusiven Bestrebungen kommen vor allem den Gruppen zugute, die bislang übersehen oder bewusst ausgeschlossen wurden (vgl. ebd.). Das stellt insbesondere für Inters* eine Chance und Möglichkeit dar, wahrgenommen zu werden und ihre Bedürfnisse, Rechte und Forderungen adäquat geltend zu machen. Für die Beratungspraxis heißt das, Zugänge zu Beratungen, Ab- und Verläufe von Beratungsprozessen sowie Arten und Formen der Unterstützungsleistungen divers zu gestalten (vgl. ebd., S. 89). In Fachkreisen als »Counseling Diversity« bezeichnet, werden neue und offene Konzepte uniformen Programmen gegenübergestellt. Ausgehend von dieser neuen Denkrichtung fordern psychosoziale Beratungen Toleranz und den Erwerb von Kompetenzen im Umgang mit erweiterter Normalität (vgl. ebd.). Sie verstehen sich als Interventionsformen gegen (Hetero-)Normativität und beziehen explizit intersektionale⁶⁰ Aspekte und Zusammenhänge, zum Beispiel Gender und Migration, einschließlich der kritischen Analyse der zugrunde liegenden Herrschaftsverhältnisse, in ihre (Beratungs-)Konzepte ein. Der Reflexion der eigenen Rolle als Berater_in kommt dementsprechend eine wichtige Aufgabe zu. Durch das Realisieren eigener struktureller Vorteile wird die gesamte Beratungsbeziehung neu kontextualisiert und in Szene gesetzt. Empathie und Sensibilität verlieren ihren paternalistischen Anspruch und erfahren völlig neue Bedeutungen, da sie erstmalig mit eigenen Handlungen und Mechanismen kritisch in Verbindung gebracht werden. Ebenso tragen Reflexionsprozesse dazu bei, sich mit dem Gegenüber, der Struktur und dem, was man bereits als Ansatz im Kopf für richtig erachtet, auseinanderzusetzen – insofern, als Unterschiede nicht mehr automatisch in Machtdifferenzen und Ungleichheiten münden. Sobald »Machtungleichheiten bestehen, können Stereotype auch in der Beratung zur Verstärkung von Marginalisierung und Ausschluss der ohnmächtigeren Gruppe beitragen« (Nestmann, 2008, S. 90). Um diese Ansätze auch in den Bereich des Methodenpools zu integrieren, müssen neue, vielfältigere Ideen folgende Kriterien erfüllen bzw. bestehende Methoden ihnen angeglichen, überarbeitet oder erweitert werden. Als inklusives Kriterium gilt es, wenn Methoden »reflexiv, aufklärend, unterstützend, konfrontativ, ressourcenfördernd, übend, kathartisch

60 Das komplexe Ineinandergreifen unterschiedlicher machtvoller Kategorien wird unter wissenschaftlicher Betrachtung als Intersektionalität bezeichnet (vgl. Smykalla & Vinz, 2011, S. 9). Hierarchische Differenzlinien (Geschlecht, Sexualität, Klasse, Alter, Ability, Herkunft) bilden die Grundlage moderner Gesellschaftsorganisationen. Differenzen sind dabei als Resultat sozialer Konstruktionen zu begreifen und verstärken sich gegenseitig (vgl. Tuijter, 2008, S. 256). Sie beschreiben keine inhaltliche, sondern eine strukturelle Art des Unterschieds (vgl. Smykalla & Vinz, 2011, S. 232). Ihre Verschränkungspunkte bilden sogenannte »inter-sections«.

und katalytisch [sind] [...], vor allem auch dann, wenn psychosoziale Beratung über Individuen hinaus sich auf soziale Aggregate richtet« (ebd.).

Entwicklungsförderung und Lebenslaufbegleitung

Im Zuge von präventiven Maßnahmen und Ressourcenförderung übernimmt die Entwicklungsförderung eine Unterstützungsaufgabe, die Anreize schafft und Schutzzräume errichtet, um ein eigenes Selbstbild, die eigene Identität zu entfalten. Entwicklungsförderung bezeichnet den Interaktionismus zwischen Personen und ihrem Umfeld und bezieht immer auch zugleich Ressourcen größerer, überindividueller Systeme wie Familien, Gruppen oder Organisationen ein. Dabei geht es explizit darum, Möglichkeiten zu schaffen, in soziale Interaktion zu treten, um sich auszuprobieren und sich unabhängig von gesellschaftlichen Normierungen zu entdecken (vgl. Nestmann, 2008, S. 91). Im Kontext von Intergeschlechtlichkeit bedeutet dies die Förderung der Entwicklung eines stabilen Selbstwertes und die Negierung und Verweigerung eines lebensbegleitenden Schweigegebots innerhalb der eigenen sozialen Familiensysteme und Freund_innenkreise. Es bedeutet ein Aufwachsen in einer offenen Geschlechtsidentität, ohne Zwang zur Heteronormativität. Es bedeutet für Eltern unter Umständen, Kompromisse schließen zu müssen, um ihren Kindern ein Aufwachsen in einer nicht bipolaren Geschlechtsidentität ohne Scham, ohne Verbote und ohne Rechtfertigungsdruck gegenüber Dritten zu ermöglichen. Psychosoziale Beratung bietet dabei Orientierung, fördert Entscheidungen und unterstützt die Beratenen in ihrem Handeln (vgl. ebd., S. 92f.). Sie übernimmt die Aufgabe individueller und alltäglicher Selbsthilfeförderung. Zentrale Merkmale sind Akzeptanz, Bedürfnisorientierung und Selbstbestimmung. Erst durch die Aktivierung von Selbstbestimmungsbestrebungen werden Strategien sozialer Teilhabe nutzbar. Eigene Bedürfnisse und Rechte werden erkannt und eingefordert. Diese Selbstermächtigung durch Empowerment bringt die Menschen dazu, Einfluss auf und Kontrolle über das eigene Leben wiederzuerlangen. Mit steigender Selbstständigkeit der Beratenen übernimmt Beratung die Funktion der Prozessbegleitung. Durch das Üben neuer Denk- und Handlungsmuster und das Ausprobieren dieser verschiedenen Optionen in realen Zusammenhängen erwerben die Beratenen eine Fülle an Kompetenzen. Jedoch verlaufen Beratungsprozesse nicht immer kongruent und somit ist es wichtig, in akuten Situationen erneut Anbindung an Beratungsinstanzen zu finden (vgl. ebd.). Eine Gewährleistung dessen unterstreicht den dynamischen Charakter psychosozialer Beratungen.

Methoden psychosozialer Inter*-Beratung

Beratungen übernehmen nicht nur im psychosozialen Bereich eine wichtige Funktion, sondern auch im Hinblick auf Gesundheitsförderung, im Bildungs- und beruflichen Sektor, in der Erziehung und im Kontext gruppenspezifischer Anforderungen (Alter, sexuelle Orientierung, Eltern). Eine inter*-spezifische Beratung braucht soziale und psychosoziale Impulse, die durch unterschiedliche Disziplinen vorangetrieben werden. Es erscheint daher zukünftig unerlässlich, eine eigenständige professionelle Beratungsidentität für den Bereich Interengeschlechtlichkeit zu entwickeln und zu verankern. Eine interdisziplinäre multidimensionale Inter*-Beratung muss auf vier Ebenen umgesetzt werden: theoretisch-konzeptionell, praktisch-methodisch, berufspolitisch-institutionell sowie in Wissenschaft und Forschung (vgl. Nestmann, 2008, S. 92f.). Soziale Konstellationen und methodische Dimensionen des Beratungshandelns sind vielfältig und abhängig von der jeweiligen Ausgangssituation. Grundsätzlich ist eine reflektierende Handlungspraxis zum Erschließen diversifizierter Unterstützungsquellen maßgeblich.

Innerhalb der Beratungsverläufe stehen die Methoden im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Nestmann beschreibt Methoden als »Nahtstelle zwischen Erkenntnis des Problems, Handlungskonsequenzen und Zieldefinition« und bezeichnet sie als »Problembearbeitung im Felde der Problemstellung« (ebd., S. 75). Abgeleitet aus klient_innenzentrierten und psychotherapeutischen Konzepten von Beratung vereinen diese Arbeitsansätze Kommunikations- und Gesprächsführungstechniken grundlegender Beratungsstrategien, darunter sowohl Methoden des aktiven Zuhörens, des Feedbacks und des Paraphrasierens⁶¹ als auch das Verbalisieren und Fokussieren von Emotionen (vgl. Sickendiek et al., 1999, S. 133). Diesem Verständnis zufolge handelt es sich bei einer Methode um »eine bewusst und geplant eingesetzte, häufig bereits erprobte Handlungsweise, mit der ein bestimmtes Ziel erreicht werden soll« (ebd.). Eine bloße Reduktion von Beratungen auf Techniken der Gesprächsführung wäre hingegen verkürzt. Ziel methodischen Handelns ist ebenso die Erprobung neuer Lernerfahrungen, die Lernen am Modell ermöglicht und nicht auf die Tätigkeit professionell ausgebildeter Berater_innen begrenzt ist (vgl. ebd.).

Auch die Organisierung in Selbsthilfegruppen in Form des Peer-Counseling trägt wesentlich dazu bei, neue Identifikationsmöglichkeiten zu erschließen.

61 Paraphrasieren ist eine Technik der Gesprächsführung, um etwas sinngemäß in eigenen Worten zusammenzufassen, wiederzugeben und um zu überprüfen, ob das Gesagte so verstanden wurde, wie es intendiert war.

Ausgehend von entwicklungs-, sozial- und gesundheitspsychologischen Erklärungsmodellen sind diese neueren Formen der Interaktion ursprünglich vor dem Hintergrund der HIV/Aids-Prävention und der Gesundheitsförderung entstanden und werden zur Stabilisierung von Peers eingesetzt (vgl. Backes, 2004, S. 19f.). Peer-Counseling kann sich auf unterschiedliche Bereiche und Themen beziehen, vereint jedoch grundsätzlich Menschen, die gleiche Lebensumstände und Erfahrungen teilen, zum Beispiel durch einen ähnlichen soziokulturellen Hintergrund oder das Erleben bestimmter Ausgrenzungserfahrungen (vgl. Berliner Zentrum für Selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen e. V., 2014). Durch das Wissen um gleiche Erfahrungen und Ausgangssituationen, die Fähigkeit, sich in die Lage des Gegenübers hineinzuversetzen und mitzufühlen, entwickelt sich eine gemeinsame Vertrauensbasis (vgl. ebd.). Peer-Ansätzen wird »das Potential zugeschrieben, Randgruppen anzusprechen, die durch andere Präventionsstrategien nur schlecht zu erreichen sind« (Appel, 2002, S. 22). Sie dienen demnach insbesondere sowohl der Stressbewältigung als auch der »Stärkung individueller Widerstandskompetenzen gegen negativen Druck« (Backes, 2004, S. 19). Im Rahmen der Selbsthilfe wird ersichtlich, dass Peer-basierte Arbeitsansätze stark aktionsorientiert sind und auf Netzwerkförderung und Empowerment abzielen (vgl. ebd., S. 19f.). Sie ermöglichen anderen »Betroffenen«, ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre aktuelle Lebenssituation zu erreichen (vgl. Appel, 2002, S. 21).

Nicht immer verfügen Peer-Counselors über dezidierte Beratungsqualifikationen. Umso wichtiger ist es auch hier, sich gegenüber einer potenziellen Überforderung durch die gravierenden Probleme der Ratsuchenden zu schützen. Wichtig für Multiplikator_innen ist es, die eigenen Grenzen zu kennen und zu wahren (vgl. ebd., S. 20). Ein professioneller Umgang wäre, entweder Weitervermittlungskompetenzen zu erwerben oder eine Kooperation mit standardisierten Beratungsinstitutionen einzugehen. Der letztgenannte Punkt spricht eindeutig dafür, professionelle inter*-spezifische Beratungsangebote, die in enger Zusammenarbeit mit den Selbsthilfeorganisationen stehen, zu implementieren. Prinzipiell gilt es sowohl für Peer-basierte als auch für andere Formen der inter*-spezifischen Beratung, sich an folgenden Kriterien zu orientieren (vgl. Berliner Zentrum für Selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen e. V., 2014):

- Ressourcen- anstelle von Problem- und Defizitorientierung
- Bejahung statt Verdrängung der eigenen Intergeschlechtlichkeit
- Förderung eines den eigenen Bedürfnissen gerechten Umgangs mit der geschlechtlichen Varianz

- Erkennen und Abkehr von zugeschriebenen Rollen (Marginalisierung⁶² und (Selbst-)Viktimisierung) und Abhängigkeiten (Paternalismus⁶³, medizinische Autoritäten)
- Entwicklung und Förderung von Selbstermächtigungsstrategien (Peer-Support) und Organisation von Widerstand
- Achtung der eigenen und anderer Persönlichkeiten durch Egalität, Akzeptanz, Wertschätzung und Einfühlungsvermögen
- nicht-direktive Gesprächsführung und Krisenbewältigung (z. B. klient_innenzentrierte und systemische Ansätze)
- Prozesshaftigkeit gewährleisten und Begleitung außerhalb beratender Strukturen anbieten (z. B. zur Agentur für Arbeit bzw. zum Jobcenter), Unterstützung bei der Suche nach qualifiziertem medizinischem Personal (z. B. zu Endokrinolog_innen, Therapeut_innen, zur Akteneinsicht in medizinischen Kliniken etc.), Strategien zur Problemlösung gemeinsam entwickeln (z. B. Methodik der persönlichen Zukunftsplanung und partizipativen Qualitätsentwicklung)

Um diversen Lebensumständen, Persönlichkeiten und Kontexten gerecht zu werden, bedarf es einer spezifizierten Differenzierung der Methodenvielfalt (vgl. Sickendiek et al., 1999, S. 134). Als Orientierung dient die Vorstellung, dass sich aus einer konkreten Problemlage ein klar definiertes Beratungsziel entwickeln und somit ein interaktiver Beratungsprozess initiieren lässt. Methoden gelten dabei als wesentliche Grundlage des Beratungs- und Beziehungshandelns. Abhängig von Person und Anliegen, dem anvisierten Ziel, der Beratungskonzeption, -rolle und -funktion, dem Setting und der jeweiligen Phase im Beratungsprozess ist Beratung multimethodisch gefordert und muss die geeigneten Methoden ziel- und personenspezifisch auswählen und kombinieren (vgl. ebd., S. 135). Es ist ratsam, unterschiedliche Disziplinen mitzudenken:

»[Ich] halte das für sehr sinnvoll, dass das Menschen aus der Sexualpädagogik machen, [...] ich glaube, das ist schon wichtig, weil die auch noch mal andere Methoden haben. [...] [Die] ganze Geschichte kann man ja auch ein bisschen spielerischer angehen. [...] Dadurch nimmt man ihm ja so diese [...] klinische Schwere. Und darin

62 Marginalisierung ist ein Prozess, der Abweichungen bzw. Akteur_innen eines von dem der hegemonialen Gesellschaftsnorm abweichenden Verhaltens ausschließt. Umgangssprachlich ist die Rede von Randgruppen.

63 Paternalismus suggeriert affirmative Fürsorge und Wohlwollen, ist aber letztendlich eine Form der Bevormundung.

sehe ich schon eine Chance. Ich glaube auch, dass, [...] wenn wir dazu kommen, dass wir [...] zu einem generellen Beratungsangebot [...] für intersexuelle Kinder und ihre Familien kommen, [...] dann werden [...] diese Beratungsgespräche auch nicht mehr so schwer sein. Das, was wir bisher immer [hatten], das war immer Opfer-Beratung« (Veith, 2014, S. 26).

Anforderungen und Belastungen sind häufig sehr komplex und treffen auf heterogene Konstellationen von Personen und Problemen (vgl. Sickendiek et al., 1999, S. 136). Aus diesem Grund wird das Methodenspektrum »gerade in psychosozialen und sozialpädagogischen Beratungszusammenhängen erweitert, wo multidimensionale Problemstellungen auch multidimensionale Beratungsanstrengungen erfordern« (ebd., S. 135). Somit ist Beratung nicht nur multime-thodisch angelegt, sondern auch »eklektisch-integrativ« orientiert. Eklektische Methoden bedienen sich unterschiedlicher Stile und setzen die Elemente gemäß der konkreten Anforderung der Fallkonstellationen systematisch neu zusammen, bei gleichzeitiger Abkehr vom klassisch festgelegten Methodenkanon (vgl. ebd., S. 137). Das Streben nach immer effektiveren und passenderen Hilfen erfordert eine vielfältige Bandbreite beraterischer und therapeutischer Techniken und Kompetenzen (vgl. ebd., S. 136f.). Untersuchungen der »Common-Factor-Forschung«⁶⁴ resultieren in der Annahme, dass Wirkungsweisen und Effektivität des gewählten Methodenpools neben ihren Inhalten auch in ihren Funktionen begründet liegen. Demzufolge bieten eklektische Techniken Aussicht auf neue Lernerfahrungen, steigern das Vertrauen in Besserung, räumen Fortschritte und Erfolgserlebnisse ein, agieren im sozialen Kontext wider demoralisierende Entfremdung und bieten emotionale Anregungen (vgl. ebd., S. 137ff.).

Die elaboriertesten Ergebnisse dieser Analysen weist die Forscher_innen-gruppe um Klaus Grawe vor. Das erste der vier zentralen Prinzipien beschreibt die »aktive Hilfe zur Problembewältigung« mit dem Leitsatz: »Vom Nicht-anders-Können zum Besser-Können« (vgl. Grawe et al., 1995, zit. n. Sickendiek et al., 1999, S. 140). Im zweiten Prinzip steht die »Klärungsarbeit« im Vordergrund, um die Motive hinter den Problemen aufzudecken. Charakteristisch dafür steht: »Vom Nichtwissen und Nichtverstehen zum Erkennen und Sich-selbst-Verstehen« (vgl. ebd.). Im dritten Punkt, der »Problemaktualisierung«, geht es um die Erfahrbarkeit aktueller Prozesse im Hier und Jetzt, während der vierte und letzte Faktor gezielt an Potenzialen und Stärken, mit dem Schwerpunkt auf Res-

64 »Common-Factor-Forschung« bezeichnet Analysen genereller Wirkfaktoren von Beratung und Psychotherapie (vgl. Sickendiek et al., 1999, S. 137).

sourcenaktivierung und Bewältigungspotenzialen, arbeitet. Alle vier genannten Prinzipien sind nicht ohne eine positive Wechselwirkung innerhalb der Beziehung zwischen Berater_in und Beratene_in erfolgversprechend zu bearbeiten (vgl. Sickendiek et al., 1999, S. 140f.).

Im Wesentlichen werden die allgemeinen Interventionsstrategien von Beratung in folgenden methodischen Vorgehensweisen kategorisiert: Amplifizieren, Unterbrechen von Handlungsketten, Vereinfachen, Konfrontieren, Selbstaktivieren, Modellieren, Attribuieren, Rückmelden und Akzentuieren (vgl. ebd., S. 142). Grundsätzlich ist bei der Auswahl der Methoden darauf zu achten, dass sie sich nicht gegenseitig ausschließen, sondern ihr Potenzial durch verschiedene Kombinationen beweisen. Dafür müssen sie sorgsam aufeinander abgestimmt sein. Das bezieht sich präzise auf die Beratungskonstellationen, die Beziehungsgestaltung der Akteur_innen, das Setting und auf das konkrete Beratungsanliegen (vgl. ebd.). Auch das Verhalten von Berater_innen kann methodisch verhandelt werden. Auf vier Ebenen werden Formen des nichtverbalen (Mimik, Gestik, Körpersprache), verbalen (offene/geschlossene Fragen, Ermutigungen, Interpretationen) und verdeckten Verhaltens (unausgesprochene Strategien) diskutiert und unter spezifischen psychotherapieorientierten Beratungskonzepten zusammengefasst (vgl. ebd., S. 143). Diese Konzepte orientieren sich in ihren Grundsätzen an der sogenannten »komplexen Berater_innenreaktion«, die als Basis zur Konstituierung von Aus- und Weiterbildungen angesehen wird. Konkret beinhaltet sie die Kenntnis und Handhabung der Paraphrasetechnik⁶⁵, der Wiederholung und Reflexion, sie greift nichtverbales Verhalten auf und mündet in der Zusammenfassung einer einzelnen Sitzung und/oder eines kompletten Beratungsverlaufs (vgl. ebd., S. 147).

Professionalisierung

Psychosoziale Beratung für Inter* steht vor der Herausforderung, einerseits geeignete Strukturen zu implementieren, die spezifisch auf die Bedürfnisse intergeschlechtlicher Menschen zugeschnitten sind, andererseits der Thematik insgesamt

65 Die Technik des Paraphrasierens ist die wohl bekannteste Form verbaler Beratung und hat als festes Fundament innerhalb verschiedenster Beratungskonzepte ihren Platz, beispielsweise im Ansatz klient_innenzentrierter Beratung. Die vier Formen des Paraphrasierens »signalisieren aufmerksames und einfühlsames Zuhören und leiten zur Selbstexploration an, sie ermöglichen zudem, das Beraterverständnis vom Klienten selbst korrigieren zu lassen« (vgl. Sickendiek et al., 1999, S. 148).

gerecht zu werden und diese in einen größeren Kontext einzubetten. Beratung kann demnach nicht losgelöst von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen betrachtet werden. Bereits der Blick auf die Einsatzfelder psychosozialer Beratung lässt eine Spannweite an unterschiedlichen Hilfe- und Unterstützungsformen erkennen, wodurch psychosozialer Beratung die Funktion einer multidimensionalen Querschnittsarbeit zukommt. Ihre Aufgabenfelder lassen sich als heterogen segmentiert charakterisieren und variieren hinsichtlich Selbstverständnis, Beratungsstrukturen und der Ausgestaltung von Beratungsprozessen (vgl. Schiersmann & Thiel, 2004, S. 903). Generell kann zwischen personen-, gruppen- und organisationsbezogenen Einsatzfeldern unterschieden werden. Ihre sozialen Konstellationen differieren in Bezug auf plurale Beziehungsgefüge (Einzel-, Gruppen-, Paar- und Familienangebote), auf Strukturen (Beratungsformate) und formale Systeme (Organisationen, Selbsthilfe) (vgl. Sickendiek et al., 1999, S. 135). Weiterführend betrifft psychosoziale Beratung unterschiedliche soziale Versorgungs- und Beratungsbereiche. Während klassische Tätigkeitsfelder der Kinder-, Jugend-, Erwachsenen- und Altenarbeit unter dem Aspekt der Alters- und Zielgruppenspezifität gefasst werden, sind darüber hinaus auch themenbezogene Schwerpunktsetzungen vielfältig miteinander verschränkt (Erwerbslosen-, Migrations- oder Suchtberatung etc.). Als zentrale Aspekte werden Tätigkeiten in den Bereichen Schule und Bildung, allgemeine Lebensführung, Sozialrecht, Pflege, Jugendhilfe, Versorgungs- und Vernetzungstätigkeiten angesehen (vgl. Nestmann, 2008, S. 74).

Zur Umsetzung geeignet scheinen vor allem Modelle, in denen der Beratungsprozess immer auch ein Beziehungsprozess ist. Das erfordert zuallerst anzuerkennen, dass es sich beim professionellen Beraten um ein kooperatives Miteinander auf Augenhöhe handelt (Teamarbeit). Dabei geht ein professionelles Handeln über das erworbene Fachwissen hinaus und bezieht persönliche und spezielle Fähigkeiten und Geschicke der beratenden Person in den Prozess ein. Erst dadurch gewinnt Beratung an Flexibilität und Individualität und verliert den Ausdruck einer schematischen Abhandlung. Der jeweils eigene Beratungsstil wirkt immer, wenn auch unbewusst oder intuitiv, auf das Gegenüber. Um dieses gefühlsmäßige (intuitive) Wissen als Teil einer Professionalisierung im Arbeitsfeld für Beratungen nutzbar zu machen, muss es geeignete Rahmenbedingungen geben, die eine Reflexion und einen gegenseitigen Austausch ermöglichen. Dies kann in Form gesundheitserhaltender und qualitätssichernder Maßnahmen erfolgen, zum Beispiel durch Supervision, kollegiale Beratung, Mediation oder Methoden und Zugänge des Psychodramas, um an dieser Stelle eine Auswahl an Möglichkeiten zu nennen. Durch die Kommunikation im Team werden die Ergebnisse für die interdisziplinäre Zusammenarbeit bewusst und nachvollziehbar. Bleibt eine Re-

flexion dessen aus, erhält dieses individuelle und intuitive Handeln und Verhalten nicht selten den Anstrich von Zufall oder Beliebigkeit.

Um eine Professionalisierung inter*-spezifischer Beratung zu gewährleisten, sind insbesondere drei Ebenen zu berücksichtigen: informative (Sachebene), situative (Alltags- und Lebensweltorientierung) und biografieorientierte⁶⁶ Beratung (vgl. Schiersmann & Thiel, 2004, S. 899). Werden die genannten Ebenen in der Praxis miteinander verzahnt, kommt man einer ganzheitlichen Betrachtung der Beratungssituation von Inter*-Personen und des gesamten Beratungsprozesses am nächsten. Unabhängig von der äußeren Rahmung zeichnet sich ein professionalisierter Umgang innerhalb des Beratungsspektrums nicht zuletzt durch ein spezifisches Kompetenz-Design aus. Kernkompetenzen professioneller Beratung umfassen »Hard Skills« und »Soft Skills«. Den Hard Skills sind gleichermaßen psychosoziales Wissen (Beratungsmethoden und -strategien) wie auch nicht-psychologisches Sachwissen (z. B. Informationen über Personenstandsänderung) zuzuordnen (vgl. ebd., S. 899). Grundsätzlich vereinen sie Techniken, die erlernt und angeeignet werden können und agieren daher im Außen, während als Soft Skills jene Fähigkeiten bezeichnet werden, die nicht in Form von Weiterbildung oder Studium erlern- oder messbar sind (z. B. Intuition oder Empathie). Soft Skills sind eng an eigene Persönlichkeitsanteile gekoppelt und auf dem Weg der Selbsterfahrung zu erwerben. Dementsprechend agieren sie von innen heraus.

Auch in der wissenschaftlichen Forschungsliteratur wird in Bezug auf Beratung der Erwerb dezidierter Kompetenzen und Qualifikationen dringend empfohlen. Ferner heißt es sogar, dass eine beraterische Berufsausbildung allein nicht als ausreichend empfunden wird. Als besonders wertvoll wird neben berufsbegleitenden Fortbildungen auch der Erfahrungsaustausch unter Kolleg_innen angesehen (vgl. Sanders, 2004, S. 800). Neben der grundlegenden Fähigkeit des einführenden Verstehens (Empathie) und dem generellen Kriterium der Verlässlichkeit (vgl. Thiersch, 2004b, S. 706) zählen kommunikative, reflexive, systemische und kooperative Kompetenzen zu den Grundlagen einer professionell handelnden Beratungsperson (vgl. Schiersmann & Thiel, 2004, S. 900). Bestimmte Schlüsselkompetenzen (Kontextualisieren, zielbewusstes Handeln, selbstgesteuertes Lernen, soziale Kompetenzen) befruchten professionelles Beraten zusätzlich (vgl. Stark, 2004, S. 540). Neben fachspezifischem Wissen (z. B.

66 Biografieorientierte bzw. narrative Beratungsansätze sind in die inter*-spezifische Beratung einzubeziehen, da es eine heilsame Erfahrung für Inters* sein kann, ihre Geschichte zu erzählen bzw. erzählen zu können und dabei das Gefühl der Wertschätzung zu erfahren. In der Regel haben die meisten Inters* diesbezüglich in herkömmlichen Kontexten bislang wenig positive Erfahrungen gemacht.

umfassende Kenntnisse zu Lebenslagen von Inter*-Personen und zu Inter*-Diagnoseschlüsseln) kann eine vertiefende Reflexion der eigenen Sexualität und Geschlechtsidentität der Berater_in für das professionelle Handeln hilfreich sein und zugleich die Psychodynamik zwischen den Akteur_innen begünstigen. Diese Ansicht bezieht sich im Wesentlichen auf die Anerkennung eigener identitärer Anteile, die sich unter Umständen nicht kohärent zum sonstigen Lebens- oder Lebensstil verhalten. Konkret heißt dies für die praktische Umsetzung, im Falle gleichgeschlechtlicher Lebensweisen eigene homoerotische Vorlieben oder Fantasien weder zu verleugnen noch abzulehnen.

Im Folgenden stelle ich drei exemplarische Themenfelder im Kontext inter*-spezifischer Beratung vor und untersuche diese eingehender. Mit Blick auf Kriterien der Professionalisierung stellt sich die Frage, welche Schwerpunkte speziell bei der Inter*-Beratung von besonderer Bedeutung sind. Es geht mir darum, vom Theoretischen zum Spezifischen zu gelangen. Als eine neue Sichtweise hinsichtlich psychosozialer Beratung setze ich dem Paradigma der professionellen Distanz das Konzept der professionellen Nähe entgegen. Im Anschluss daran erfolgt eine herrschaftskritische Betrachtung der Beziehung zwischen beratender und beratener Person unter egalitären und emanzipatorischen Ansprüchen. Mit dem Wissen über diese beiden Arbeits- und Beratungsansätze wird der Fokus auf mögliche Rahmenbedingungen eines Erstgesprächs mit Eltern gelegt, die ein intergeschlechtliches Kind geboren haben. Abschließend werden Anregungen für die multidimensionale Betrachtung und Entwicklung sogenannter Standards of Care generiert.

Das Konzept professioneller Nähe

Das Spannungsfeld zwischen professioneller Distanz zum eigenen Schutz und Empathie gegenüber Beratenen stellt eine schwierige Herausforderung für in der Sozialen Arbeit und der Beratung tätige Menschen dar. Sich in die (Lebens-)Situation von Inter*s hineinzuversetzen kann helfen, einen adäquaten Umgang in Sprache und Verhalten zu wählen, und beugt der Gefahr einer Retraumatisierung im Beratungsprozess vor. Sich aufgrund einer möglichen emotionalen Involviertheit schützen zu wollen, um Neutralität zu bewahren und weiterhin professionell im Arbeitsfeld zu agieren, erscheint gleichermaßen nachvollziehbar und legitim. Doch geht es im Kontext von Intergeschlechtlichkeit und Beratung um einen Arbeitsansatz, der klar auf den Prinzipien von Parteilichkeit und Integrität fußt, sodass der Ansatz professioneller Distanz dementsprechend überdacht

werden muss. Diesem Konzept wird somit der Ansatz der professionellen Nähe gegenübergestellt. Aus der kritischen Sozialen Arbeit kommend untersucht und diskutiert dieses Konzept den Aspekt des Nähe-Distanz-Verhältnisses in der Beziehungsgestaltung zwischen Berater_in und beratener Person. In der alltäglichen Beratungsroutine, insbesondere im Bereich niedrigschwelliger Sozialarbeit, wird zunehmend darauf verwiesen, professionelle Distanz zum »Klientel« zu wahren, um sich von Inhalten und Situationen innerhalb des Arbeitskontextes abzugrenzen, die im Nachgang als belastend empfunden werden können, bzw. »wenn die Problemlagen der KlientInnen den Rahmen des gängigen Repertoires sprengen« (Dörrlamm, 2006, S. 155). Eine Distanzierung soll als Burn-out-Prävention die eigene Arbeitsfähigkeit sichern und wird demzufolge als Bestandteil professionellen Handelns angeführt. Jedoch erleben Beratene dieses Paradigma nicht selten als entwertend und zur Abwehr ihrer Ansprüche herangezogen. Hingegen lässt sich, indem professionelle Nähe einbezogen wird, die Balance von Nähe und Distanz in höherem Maß verhandeln. So plädiert Dörrlamm für eine Abkehr von der Distanz als zentralem Merkmal und für Nähe als Zentrum sozialarbeiterischer und beraterischer Überlegungen:

»Aus meiner Sicht findet erfolgreiche Soziale Arbeit nur durch ein überschießendes Moment statt, das die Bedürfnisse und Notwendigkeiten der Menschen, mit denen sie arbeitet, über die bestehenden Verhältnisse stellt« (Dörrlamm, 2006, S. 156).

Als Kernaspekte professioneller Nähe dienen vorrangig sowohl ein ständiges Hinterfragen aktueller Gegebenheiten als auch eine generelle Absage an Ausschlussmechanismen jeglicher Differenzkategorien. Demzufolge kritisiert Dörrlamm die (schein-)affirmative Haltung des Konzeptes professioneller Distanz:

»Faktisch konstituiert sie eine Soziale Arbeit, die nur noch die Zurichtung der KlientInnen erreichen will. Sie sollen wieder in Strukturen passen und passend gemacht werden, aus denen sie zuvor ausgeschlossen wurden. Erst durch diese Ausgrenzung werden sie schließlich zu KlientInnen gemacht. Scheitert dieser Versuch der Zurichtung, so sind weder die bestehenden Verhältnisse noch die in der Sozialen Arbeit Tätigen, sondern ausschließlich die widerständigen KlientInnen das Problem« (Dörrlamm, 2006, S. 157).

Dörrlamms grundlegende Ansicht verweist auf eine anti-hierarchische Beziehungsgestaltung, die mit der Anerkennung bestehender Verhältnisse als Ausgangspunkt Sozialer Arbeit einhergeht und ein beratendes Vorgehen auf Au-

genhöhe befürwortet. Die Möglichkeit, sich neuen Perspektiven zu öffnen und traditionelle Handlungsmaximen infrage zu stellen, soll nicht relativieren, dass es innerhalb der Beratung zu Grenzsituationen kommen kann. Ziel ist es, genau diese Situationen wahrzunehmen und zu reflektieren, um gemeinsam einen neuen Weg einzuschlagen – kritisch, zukunftsorientiert und nachhaltig. Nähe und Distanz bleiben somit flexibel und gewährleisten eine permanente Selbstüberprüfung der eigenen Haltung als Berater_in. Aus diesem Grund betont Dörrlamm, wie wichtig es für die Beziehungsarbeit ist, dass professionell Tätige Verantwortung übernehmen und als greifbare und authentische Personen in Erscheinung treten. Als Voraussetzung für das Konzept professioneller Nähe wird angesehen, »was gewöhnlich unter Professionalität gefasst wird. Vom umfassenden Überblick über die tatsächlichen Möglichkeiten des Hilfesystems über die Notwendigkeit, sich arbeitsfähig zu halten, bis zum Aufzeigen der aktuellen Defizite des Hilfesystems« (ebd., S. 159). Die Leitfrage, was das persönliche Handeln mit dem Ziel der eigenen Arbeit zu tun habe, erfordert die permanente Reflexion individueller, institutionell verankerter und gesellschaftlicher Bedingungen, und zwar immer im Hinblick auf den Umgang mit dem Gegenüber und der eigenen Rolle (vgl. ebd., S. 159f.).

Die Beratungsbeziehung

Das Aufeinandertreffen von beratenden und beratenen Personen geschieht im Rahmen eines institutionellen Zusammenhangs. Es ist davon auszugehen, dass ein Kennenlernen der Beteiligten im Alltag eher unwahrscheinlich ist. Die Art der Beziehung ist demnach kontextgebunden und benötigt grundlegende Überlegungen dazu, wie eine Beziehung zwischen Beratenen und Beratenden aussehen und gestaltet werden muss, um eine gemeinsame, zuverlässige und vertrauensvolle Basis zu erzielen. Der_die Vertreter_in der Kampagne Dritte Option beschreibt ihre_seine Wunschvorstellungen im Hinblick auf die Beziehung zwischen den Akteur_innen folgendermaßen:

»[Das] Eine, was wichtig wäre, ist, [...] dass es nicht so schnell darin übergeht, dass eine Person mir sagt, was ich machen soll, oder mir irgendwelche Tipps/[...] Empfehlungen oder Aufforderungen gibt, sondern tatsächlich einfach erst mal ganz viel auch zuhört, das andere [ist], [...] dass sie sich selber auch ein bisschen öffnen,[...] dass die Beratungsperson [...] mir auch einfach als [...]Mensch quasi gegenübertritt irgendwie,[...] was man halt einfach sehen muss, ist, [...] wenn ich bestimmte Sachen

von mir erzähle, dann[...] fühlt sich das für mich so an, als würde mich das irgendwo auch verletztlich oder angreifbar machen. Und das heißt halt quasi, dass[...] ich eine gewisse Form von [...] Vertrauen finden muss sozusagen. Und, das hat, glaube ich, dann auch ganz viel auch mit Kleinigkeiten zu tun, wie so eine Person mir gegenübertritt. Also, vielleicht auch eine gewisse Ausstrahlung, die ich halt irgendwie als akzeptierend oder als irgendwie empathisch oder so halt irgendwie wahrnehme, und das andere wäre, glaube ich schon, dass die Person einfach das ganz gut nachvollziehen kann oder nachempfinden kann, wie sich halt was für mich anfühlt. Ich glaube halt einfach, dass so ein Teil, warum dann so Ärztinnen oft irgendwie so komisch reagieren, halt einfach ist, dass die irgendwie gar nicht darüber nachdenken sozusagen, was das halt mit einem Menschen irgendwie vielleicht macht, wenn man da irgendwie so mit bestimmten Begriffen um sich schmeißt oder so, und ja, weiß nicht, wie das herzustellen ist, [...] das ist natürlich schön, wenn es da, wo es Beratung gibt, [...] auch so ein bisschen nett ist, [...] nach meiner Wunschvorstellung hat die Beratungsperson zum Beispiel auch Zeit, das haben halt Leute in Medizin in der Regel auch nicht, weil da halt noch so ein ganzes Wartezimmer sitzt so. Aber ich brauch da halt vielleicht Zeit irgendwie für mich, um dann halt bestimmte Sachen zu erklären« (Kampagne Dritte Option, 2014b, S. 13).

Es sind vier Faktoren, die zum Aufbau und zur Sicherung einer solchen Basis von Bedeutung sind: Zeit, Vertrauen, Authentizität und Empathie. Eine solche Basis kann sich im Beratungsverlauf durch das Aufeinander-Beziehen zu einer dynamischen Beziehung zwischen Beratenden und Beratenen entwickeln. Sie gehen Aushandlungsprozesse miteinander ein und stehen durch die eingeschlagene Richtung sowie die permanente Überprüfung von Beratungsanliegen und -zielen im ständigen Austausch miteinander. Nach Mahoney kennzeichnet eine optimale Beratungsbeziehung »Sicherheit, offene Entwicklungsmöglichkeiten und [...] ein grundlegendes Interesse des Beraters für die Anliegen und Probleme des Klienten« (vgl. Mahoney, 1991, zit. n. Sickendiek et al., 1999, S. 152). Die Qualität der Beziehung zwischen den Akteur_innen ist ausschlaggebend für den Beratungserfolg (vgl. Sanders, 2004, S. 806). Nach den Kriterien einer optimalen Beratung muss Beratung da ansetzen, wo der_die Ratsuchende selbst einen Schwerpunkt setzt und den dringlichsten Auftrag formuliert, und nicht dort, wo der_die Berater_in ihn vermutet. Wenn also im Interview der Faktor Zeit benannt wird, um eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen, muss dies unbedingt in der Beziehungsgestaltung Berücksichtigung finden. Berater_innen müssen sich bewusst sein, dass sie es oft mit Personengruppen zu tun haben, die unter Umständen schwer traumatisiert sind:

»[Meistens] haben wir es ja mit Opfergruppen zu tun. Menschen die [...] meistens medizinische Interventionen hinter sich haben, die sich [...] a) nicht selbst entschieden haben, und b) bei denen es jede Art von informierter Einwilligung nicht gegeben hat« (Veith, 2014, S. 13).

Veith erkennt eine mögliche Interdependenz zwischen Beratung und dem Hervorrufen einer (Re-)Traumatisierung:

»[Ich] glaube, das ist [...] eine Gefahr, die auch unterschätzt wird, diese retraumatisierenden Gespräche und diese Krisen,[...] die so eine Beratung auslösen kann. Darauf muss man sehr sorgsam achten. [Ich] vereinbare zum Beispiel bei meinen Gesprächen immer ein paar Regeln vorher. [...] [Und] ich erkläre auch, was ein Trauma ist, an der Retraumatisierung« (Veith, 2014, S. 19).

Auch persönlich habe Veith bereits unsensible und grenzüberschreitende Beratungssituationen erfahren:

»[Ich] habe auch schon erlebt, dass [...] eine Beraterin [...] mich für Sachen abgefragt hat, ohne dass [...] ihr eigentlich bewusst war, was sie mich da eigentlich fragt, was sie da eigentlich in mir auslöste, welche Bilder sie auch wieder in mir auslöste, etwas, was ich sauber verpackt hatte, [...] weil ich das jetzt nachspüre, ohne das zu wollen.[...] Ja, [in einer anderen Situation habe ich] erlebt, [...] dass man Sachen angesprochen hat, die ich dann aber nicht bestätigt habe, weil ich noch gar nicht so weit war, dass ich darüber reden konnte. Und hätte man [...] mir diese Frage vier Wochen später noch mal gestellt, [...] dann hätte ich das bestätigt. [...] Da war das Vertrauen nicht ausreichend. Denn die meisten intersexuellen Menschen, die zum Opfer geworden sind, denen fehlt ja mal eine Geschichte ganz grundlegend, nämlich das [...] Vertrauen« (Veith, 2014, S. 19).

Infolgedessen muss die Beratungsperson sich die Zeit nehmen, um die Verunsicherung und den Druck abzubauen, mit dem Inter* in die Beratung kommen. In manchen Fällen stellt es für die Inter*-Person die letzte Möglichkeit dar, Zuversicht zu erlangen. So merkt Lucie Veith im Hinblick auf die hohe Verantwortung der Berater_innen an:

»[Ich muss] wahrnehmen, [...] dass ich einen Menschen in einer Krise da habe. [...] Es ist meistens auch eine schwere Krise. [...] [Wenn] dieser Mensch nie über sich und über diesen Zustand geredet hat, dann muss ich [in] jedem Fall auch den Suizid

immer im Hinterkopf haben. Dass das nämlich dann vielleicht auch noch mal [...] der letzte Versuch ist, noch mal etwas zu klären, und wenn das nicht klappt, eigentlich schon die Gewissheit zu haben, diese letzte Option zu wählen. Denn meistens ist es ja so, dass wir nur zwei Optionen sehen, wenn wir so dual denken. Und dann ist es tatsächlich so, entweder die helfen mir jetzt oder es hat sowieso keinen Zweck. Das haben wir ganz oft« (Veith, 2014, S. 6f.).

Ähnliche Erfahrungen werden auch aus dem Bereich der Homosexuellen-Beratung beschrieben:

»Suizidalität ist in diesem Zusammenhang ein wichtiges Thema, etwa wenn die Klientin oder der Klient ihre bzw. seine unerwünschte, vielleicht doch noch ganz uneingestandene Homosexualität als dermaßen identitätsbedrohend erlebt, dass er keinen anderen Ausweg [sieht], als sich das Leben zu nehmen« (Wiesendanger, 2004, S. 252).

Das Schaffen einer einladenden, angenehmen und ruhigen Atmosphäre bildet gerade zu Beginn einer Beratungssequenz eine sichere Grundlage. Die Dimensionen von Beratung müssen dem_der Beratenen transparent sein (Beratungsbeziehung, Beratungsgrundlagen, darunter u. a. methodisches Vorgehen). Beratungsarbeit muss personenzentriert sein, sich an Heterogenität orientieren und sensibel in Bezug auf intersektionale Verschränkungen (Klassen-, Geschlechter- und rassistische Verhältnisse) reagieren. Teilaspekte der Identität (z. B. sexuelle Orientierung, Armut, Religion) dürfen dabei nicht per se als zentraler Beratungsinhalt gesetzt werden. Vielmehr sind sie als Zuschreibungen zu verstehen, die von außen getätigt werden. Ziel und Inhalt von Beratung ist es, sich selbst in den eigenen Urteilen zurückzunehmen und empfänglich für das zu sein, was seitens der Rat-suchenden tatsächlich als problematisch benannt wird. Homosexualität ist nicht zwangsläufig Beratungsinhalt, nur weil bekannt ist, dass die betreffende Person homosexuell lebt – insbesondere wenn das Anliegen eigentlich ein ganz anderes ist. Da Beratung sehr komplex strukturiert ist und sich durch diverse Beratungsfelder, -ebenen und Zielgruppen auszeichnet, wird eine konkrete Klärung des Auftrags umso wichtiger:

»Also ich denke, [...] ein weiterer ganz wichtiger Punkt ist eben tatsächlich, dass man [...] Inter*-Beratung immer [...] multidimensional denken muss und auch immer klären muss, auf welcher Basis unterhalten wir uns jetzt eigentlich. Worum geht es eigentlich? Geht es da um Personenstand? Und geht es darum, wie Leute

dich wahrnehmen und wie du dich wahrnimmst, oder meinst du das eher in Bezug auf deine sexuelle Orientierung, also auch auf deine sexuelle Identität, wie siehst du dich, in [...] welcher Rolle siehst du dich, und in welcher Rolle wärest du gerne, und kann ich das erreichen, und wie [...] und da aber immer das Defizit rausnehmen, das ist die Kunst dabei, [...] auch den Ist-Zustand nie als Defizit wahrzunehmen« (Veith, 2014, S. 13).

Im Kontext von Intergeschlechtlichkeit ist oftmals nicht die Tatsache der eigenen Geschlechtlichkeit Grund für das Einholen von beratender Unterstützung, sondern die äußeren strukturellen Begebenheiten, die ein Leben als Inter* erschweren. Das zu berücksichtigen dient der Festigung einer sich entwickelnden, vertrauensvollen und sicheren Beziehungsgestaltung, deren Grundannahmen durch Akzeptanz und Offenheit charakterisiert sind. So ist es wichtig, dass sich der/die Beratende an der individuellen und persönlichen Lebens- und Deutungswelt der Beratenen orientiert und versucht, diese zu verstehen und zu respektieren (vgl. Mahoney, 1991, zit. n. Sickendiek et al., 1999, S. 152). Insbesondere bei der spezifischen Inter*-Beratung kommen die zuvor genannten Beratungs-Skills zum Tragen:

»[Inter*s] [...] fühlen sich [...] betrogen um ihr Leben zum Teil. Und das wieder annehmen zu können, dieses betrogene Leben, da muss man einen ganz schönen Perspektivwechsel (lacht) vollziehen, um das in einen positiven Blick wieder zu bekommen. Und [...] diese Traumata tatsächlich auch zu, [...] wie kann ich da eigentlich mit umgehen? Auch eine Technik anbieten. Das [...] muss ich draufhaben. Und das muss ich vielleicht auch mal, [...] am ersten oder zweiten Beratungstag, [...] und wahrscheinlich schon am ersten wäre es gut, wenn das ein großer Termin ist, dass man dann sagt: Und eine Sache möchte ich gerne nochmal üben, bevor wir hier ins Ganze gehen. Es kann sein, dass du dich mal schlecht fühlst. Und dann mach dir keine [...] Sorgen, dann ist das kein Angriff gewesen, sondern da wird was ausgelöst. Und das kannst du wieder einholen, wenn es dir ganz schlecht geht, dann setzt dich hin, und das üben wir jetzt mal. Mal eine kleine Meditation« (Veith, 2014, S. 19f.).

Was Lucie Veith hier als »kleine Meditation« benennt, wird den Beratenen in der traumapädagogischen Arbeit unter der Bezeichnung »Reise an einen sicheren Ort« als Angebot für den Umgang mit Trigger-auslösenden Situationen vorgeschlagen. Dies dient als eine Art unsichtbares Handwerkszeug und wird nicht selten als Coping-Strategie genutzt, um einen Umgang mit retraumatisie-

renden Situationen zu finden. Lucie Veith sieht es als absolut notwendig an, dass eine spezifische Inter*-Beratung über traumapädagogische Grundkenntnisse verfügt:

»Ich muss sie im Auge haben, wenn ich die nicht im Auge habe, geht die Beratung in die Hose. Ich muss Grundkenntnisse haben, unbedingt. Wenn ich die nicht habe, brauche ich das nicht machen. Dann [...] darf ich niemanden beraten, bei dem ich nicht hundertprozentig sicher bin, [...] dass es keine Übergriffe gegeben hat. Wenn das nicht geklärt ist, laufe ich ja immer Gefahr, dass ich irgendwas auslöse, was dann nicht kontrollierbar ist« (Veith, 2014, S. 20).

Beratung stellt im Kontext von Intergeschlechtlichkeit und vor allem im Kontext von Zielgruppen, die Gewalt erlebt haben, eine besondere Herausforderung dar. Hier geht es vor allem um Krisenintervention. Dadurch wird die Reichweite des gesamten Beratungsspektrums deutlich. Die grundsätzliche Frage nach generellen Grenzen von Beratung wirft die Überlegung auf, ob die Bearbeitung von Traumata im Bereich der Beratung angemessen umgesetzt werden kann. Lucie Veith siedelt Traumaarbeit einerseits an der Schnittstelle zwischen professioneller Beratung und Psychotherapie an, gegebenenfalls als gemeinsame Kooperationsaufgabe. Andererseits könne diese spezielle Krisenbewältigung auch in Form spezifischer traumapädagogischer Beratung getrennt von sowohl klassischer Beratung als auch von Psychotherapie als eigenständige Umgangs- und Beratungsform angeboten werden (vgl. ebd.). Wichtig ist hierbei, dass eine Bearbeitung von Traumata im Beratungsprozess spezifische und professionalisierte Kenntnisse benötigt.

Nicht alles, was im Beratungsprozess erzählt und besprochen wird, können Berater_innen leicht verarbeiten, finden sie gut oder schlecht, richtig oder falsch, nachvollziehbar oder auch nicht. Dennoch obliegt es Beratungs- und Fachpersonal nicht, Bewertungen vorzunehmen, wenn nicht explizit danach gefragt wurde (vgl. Sickendiek 2004, zit. n. Nestmann et al., 2004b, S. 772). Zu lernen, Dinge auszuhalten, ist eine wesentliche Berater_innenkompetenz. Nicht selten wird Beratenden eine Vorbildfunktion für einen vermeintlich intakten Lebensentwurf zugeschrieben. Dies kann sich zwar positiv auf das Wohlbefinden und die Widerstandsfähigkeit des Gegenübers auswirken, allerdings ist es empfehlenswert, ein realistisches und authentisches Bild von sich selbst in der Rolle der_des Ratgeber_in zu transportieren. Lernen, Grenzen und Schwächen zu akzeptieren, kann einen wichtigen Entwicklungsschritt und -erfolg im Beratungsverlauf darstellen und spiegelt darüber hinaus gesellschaftliche Realität

wider. Selbst(für)sorge ist für alle involvierten Akteur_innen von Beratungsbeziehungen eine verantwortungsvolle Angelegenheit und eng gekoppelt an den persönlichen Selbstwert sowie an individuelle Grenzen. So stellt sich die Frage, ob die Selbstexploration im Sinne einer sprachlich-dialogischen Reflexion über persönliche innere Erfahrungen im Beratungsprozess nicht auch heißt, sozial verantwortlich zu handeln bzw. handeln zu müssen. Das gilt ebenso für die Verantwortlichkeit jedes_r Einzelnen, eigene Entscheidungen zu treffen. Mahoney benennt an dieser Stelle die Wichtigkeit dessen, sich bewusst zu sein, dass innerhalb von Beratung »mit den Widerständen der Klienten, nicht gegen sie« gearbeitet werden muss (vgl. Mahoney, 1991, zit. n. Sickendiek et al., 1999, S. 153). Offenheit und Ehrlichkeit können dabei helfen, die Schwere bestimmter Thematiken zu verringern und ihnen realistisch zu begegnen. Diese Aussage wird auch von Lucie Veith durch einen Appell an die Selbstverantwortung der_des Ratsuchenden gestützt:

»Jetzt kann ich natürlich sagen, das ist ganz traurig, was du da erlebt hast, und das teilst du mit ganz vielen Menschen, die kannst du [zum Beispiel in der Selbsthilfe] auch kennenlernen, auf der anderen Seite, egal, was man mit uns macht, wir bleiben immer wir selbst. [...] Du hast das Recht darüber zu weinen und auch traurig zu sein, aber auf der anderen Seite hast du auch das Recht, dein Leben in die Hand zu nehmen, [...] jetzt darfst du beginnen, deinen Lebensentwurf zu bauen. Leider ist nicht mehr alles möglich, ein bisschen was hat man dir genommen, aber wir können ja mal [...] gucken, inwieweit deine Wünsche und deine Vorstellungen da noch erfüllt werden können. Das könnte man mal erarbeiten, so würde ich da herangehen, zum Beispiel« (Veith, 2014, S. 13).

Die Förderung von Empowerment und Selbstbestimmung ist wesentliches Grundprinzip emanzipatorischer Beratungskonzepte, das vor allem auch im Hinblick auf die Zielgruppe der Interess* Berücksichtigung finden muss. Empowerment-Prozesse operieren auf individueller, struktureller und auf Gruppen- und Organisationsebene (vgl. Stark, 2004, S. 537). Zielsetzung ist die Integration intergeschlechtlicher Menschen als aktive Subjekte in den Gesamtprozess mit Blick auf deren selbst-aktivierende Potenziale (vgl. Sickendiek et al., 1999, S. 71). Der Begriff des Empowerments intendiert »eine Form der weitestgehend selbstbestimmten Partizipation, die nicht expertendefiniert von außen gesetzt wird, sondern sich aus der Perspektive der direkt Betroffenen konstituiert« (vgl. Sickendiek et al., 1999, S. 72). Empowerment ist integraler Bestandteil von Beratung (vgl. Stark, 2004, S. 535), geht aber über die Grenzen persönlicher Problemebe-

wältigung hinaus und ist dadurch auch auf politischer Ebene wirksam (vgl. Vogt, 2004, S. 216).

Das Eltern-Erstgespräch

»Die Medizin ist seit meiner frühesten Kindheit in mein Leben involviert, genau genommen seit dem Augenblick meiner Geburt. Sie war zentral für einige meiner Probleme, sowie für einige Erkenntnisse. Ich denke, dass mein Körper durch die medizinischen Eingriffe, denen ich von Anfang an unterworfen war, sehr verletztlich wurde und die erlittenen Traumata bis heute nicht vergessen hat« (Sebastian, 2013, S. 11f.).

Während zuvor das Hauptaugenmerk auf dem Personenkreis lag, der aus eigener Initiative heraus Beratungsangebote aufsucht, wird nun die Zielgruppe sehr junger Inters* und ihrer Eltern in den Blick genommen. Ausgehend von der Tatsache, dass Inter*-Kinder bereits im frühen Alter medizinische Gewalt erleben, besteht diesbezüglich erheblicher Beratungsbedarf – zum einen gegenüber den Eltern, zum anderen, kindgerecht, gegenüber den Inters*. So konstatiert Kate Bornstein:

»The first question we usually ask new parents is: >Is it a boy or a girl?<. There is a great answer to that one going around: >We don't know; it hasn't told us yet.< Personally, I think no question containing >either/or< deserves a serious answer, and that includes the question of gender« (Bornstein, 2014).

(»Als erstes fragen wir neue Eltern normalerweise: >Ist es ein Junge oder ein Mädchen?<. Auf diese Frage ist eine großartige Antwort im Umlauf: >Wir wissen es nicht, es hat uns das noch nicht verraten.< Ich persönlich finde, dass keine Entweder-Oder-Frage eine ernsthafte Antwort verdient, und die Frage nach dem Geschlecht ist eine davon«) (eigene Übersetzung).

In der Regel erfahren Eltern frühestens zum Zeitpunkt der Geburt, dass ihr Kind intergeschlechtlich ist bzw. keinem Geschlecht eindeutig zugewiesen werden kann. Umso größer ist anschließend die Verunsicherung und Überforderung, was Intergeschlechtlichkeit für sie als Eltern, für ihr Kind und das gemeinsame Familienleben bedeutet und mit welchen konkreten Auswirkungen sie sich konfrontiert sehen (vgl. Sabisch, 2014, S. 57; IMeV, 2009, S. 3). Zunächst sorgen sich Eltern oft um ihr Kind und seine Gesundheit. In einem nächsten Schritt entstehen

Gefühle von Angst und Unsicherheit vor den Reaktionen des sozialen Umfeldes und der Gesellschaft. Sowohl die anfängliche Unsicherheit der Eltern als auch die des erweiterten Nahraums ist vorwiegend auf ein Unwissen über Intergeschlechtlichkeit zurückzuführen. Somit scheint es Aufgabe von Beratungspersonen zu sein, sich dieser Situation anzunehmen und »Brücken zu bauen«, um Eltern zu einem offenen Umgang mit der Intergeschlechtlichkeit ihres Kindes zu befähigen. Der Zugang zu Fachinformationen stärkt eine akzeptierende Grundhaltung und unterbindet Ablehnung und Irritation. Diese Erkenntnis und auch der unbefangene Umgang von Kindern mit ihrer eigenen Geschlechtlichkeit befördern eine generelle Veralltäglichsung von Intergeschlechtlichkeit (vgl. Sabisch, 2014, S. 58f.). Hier gilt es, die Eltern zu ermutigen und ihre Ressourcen dahingehend zu stärken. Intergeschlechtlichkeit muss im Alltag normalisiert behandelt werden, was ein regelmäßiges »Darüber-Sprechen« zwischen Eltern und Kind erfordert.

Nicht selten fühlen sich Eltern unter einem Rechtfertigungsdruck, sowohl gegenüber dem engeren Bekanntenkreis als auch gegenüber medizinischen Instanzen, hinsichtlich der Entscheidung für oder gegen eine geschlechtszuweisende und geschlechtsvereindeutigende Operation. Die Studie zum erinnerten Erziehungs- und Bindungsverhalten der Eltern, die durch die Hamburger Forscher_innengruppe 2006 erhoben wurde, konstatiert, dass viele Eltern* ihre Eltern im Rückblick als wenig fürsorglich erlebt haben (vgl. Schweizer & Richter-Appelt, 2012b, S. 198). Als Begründung geben die Autor_innen an, »dass auch die Eltern durch die Intersexualität ihres Kindes und den lange üblichen Umgang der Geheimhaltung und schnellstmöglichen Geschlechtsanpassung verunsichert wurden und diese Verunsicherung weitergegeben haben« (ebd.). Dieses Resultat bestätigt die Annahme, dass auch der Bereich der Elternberatung einen nicht zu vernachlässigenden Faktor darstellt. Ferner stellt J. M. Pulvermüller, Mutter eines intergeschlechtlichen Kindes, die These auf,

»dass Eltern, die selber die Erfahrung einer fürsorglichen, akzeptierenden und ermutigenden Begleitung, insbesondere bei der Geburt ihres intersexuellen Kindes, erlebt haben, eine solche Haltung auch eher ihrem Kind entgegenbringen konnten als solche, denen mit Unsicherheit, Angst und Verleugnung der intersexuellen Wirklichkeit des Kindes begegnet wurde« (Pulvermüller, 2012, S. 198).

Anknüpfend an diese Aussage liefert der folgende Abschnitt zwar keine allumfassende Beratungshilfe für die »Notsituation«, wenn Eltern vor der Frage eines medizinischen Eingriffs stehen, und auch keinen vollständig ausgereiften Leitfaden zur kindgerechten Aufklärung von Eltern*. Dennoch wird das zielgrup-

penspezifische Beratungsfeld der Eltern aufgegriffen und hinsichtlich zentraler theoretischer Kriterien und Rahmenbedingungen für ein mögliches Erstgespräch nach der Geburt bzw. begleitend zur Diagnosemitteilung exemplarisch durchdacht. Professionelle Handlungsansätze für die Zukunft lassen sich sowohl daraus ableiten als auch diesbezüglich ausbauen.

Der Beginn einer Beratungssequenz unterliegt keinem routiniert-festgelegten Schema. Das Beratungsgespräch selbst konstituiert sich aus dem Aufeinander-treffen der Akteur_innen und ihrem interaktionellen Handeln. Ausgehend davon stellt sich generell die Frage nach der Sinnhaftigkeit von Beratungsmanualen und Leitfäden (vgl. Nestmann et al., 2004b, S. 744). Dennoch gibt es hinsichtlich potenzieller Erstgespräche bereits Ansätze, die durchaus hilfreich für den Erstkontakt sein können. In Anlehnung an den Hebammen-Leitfaden des Vereins Intersexuelle Menschen zur Unterstützung und Entwicklung von Verhaltensweisen im Umgang mit intergeschlechtlichen Neugeborenen und ihren Eltern benennen diese Handlungsempfehlungen wichtige Aspekte, die es aufzugreifen und ebenfalls im psychosozialen Beratungsverlauf mit Eltern bzw. Familiensystemen zu berücksichtigen gilt. Übergeordnete Ziele sind einerseits, Eltern hilfreich zur Seite zu stehen, und andererseits, dem Kind ein »Leben in Würde, körperlicher Unversehrtheit und Selbstbestimmung« zu gewährleisten (IMeV, 2009, Danksagung).

Ein Erstkontakt, der innerhalb der entscheidenden Phase nach der Entbindung, meist noch im Krankenhaus, stattfindet, ist immer situationsabhängig und durch viele Faktoren bestimmt. Der Geburtsverlauf, die physische und psychische Kondition der Eltern bzw. der Mutter sind Beispiele möglicher Einflussfaktoren. Darüber hinaus ist es ebenso wissenswert, ob bereits ein ärztliches Gespräch stattgefunden hat, ob und in welcher Form die Diagnose übermittelt wurde und welche fachlichen Hilfen darüber hinaus installiert sind (zum Beispiel Hebammen, Psycholog_innen, etc.). Es ist daher sinnvoll, sich mit allen beteiligten Fachdisziplinen vorab zu besprechen, um den Eltern überfordernde oder sich mehrfach wiederholende Situationen zu ersparen – eine Anregung, die für eine flächendeckende Implementierung transdisziplinärer Beratungsteams spricht. Eine goldene Regel gilt es generell bei diesem Erstkontakt zu berücksichtigen: die Schaffung einer angemessenen Atmosphäre. Die erste Beratungssituation sollte so viel Ruhe und Geborgenheit wie möglich vermitteln, Vertrauen ausstrahlen, um ohne Zeitdruck transparent und offen über die Intergeschlechtlichkeit des Kindes und die damit einhergehenden Befindlichkeiten der Eltern zu sprechen (vgl. IMeV, 2009, S. 2). Ebenso müssen Eltern über den anschließenden Prozess ausreichend in Kenntnis gesetzt werden. Denn in der Regel wissen sie nicht,

dass ein umfassender diagnostischer Vorgang mit langen Wartezeiten verbunden sein kann. Wichtig für die Beratungsperson ist dabei, nicht voreilig aus eigenem Handlungsdruck heraus zu reagieren (vgl. Reutlinger, 2004, S. 1196). Oft braucht es Zeit, die Tragweite der neuen Situation zu überblicken. Es ist diesbezüglich sinnvoll, eine längerfristige psychosoziale Prozessbegleitung anzubieten. Auch das Einsetzen sogenannter »Sofortpaten«⁶⁷ für Familien mit intergeschlechtlichem Kind ist als Option durchaus denkbar und sichert, dass eine Vertrauensperson vorhanden ist. Empfehlenswert ist die parallel laufende Vermittlung sowohl zu verfügbaren Selbsthilfe- und Versorgungsstrukturen, darunter zum Beispiel Elterngruppen und/oder spezialisiertes (medizinisches) Fachpersonal, als auch zu inter*-spezifischen Kompetenzzentren (vgl. IMeV, 2009, S. 3).

Jeder »Fall« von Intergeschlechtlichkeit ist individuell unterschiedlich. Eltern hoffen oft auf allgemeingültige, entlastende Aussagen, die ihnen in diesem Zusammenhang nicht geboten werden können bzw. sollten (vgl. ebd., S. 1). Dennoch ist es möglich, der Angst der Eltern zu begegnen, indem man sie darüber aufklärt, dass die meisten Formen von Intergeschlechtlichkeit grundsätzlich weder die Gesundheit noch die frühkindliche Entwicklung des Kindes beeinträchtigen (vgl. ebd., S. 2). In Bezug auf die Rolle der Berater_in bzw. des Beratungsteams wird angeraten, Sachlichkeit zu wahren und persönliche Bewertungen bzw. Meinungen zurückzuhalten. Sexualität und Geschlecht stellen für viele Menschen Themen persönlicher Intimität dar. Nicht jede Person ist gewohnt, offen darüber zu sprechen (vgl. ebd., S. 3). Auch in Bezug auf die professionelle Rolle des_r Berater_in müssen eigene Gefühle von Scham und Verunsicherung aufgearbeitet werden (vgl. Arbeitsgruppe Ethik, 2008, S. 244). Des Weiteren muss die Reflexion eigener verinnerlichter dichotomer Denkkategorien stattgefunden haben. In Anbetracht der genannten Gründe ist eine Sensibilisierung hinsichtlich möglicher Grenzüberschreitungen dringend geboten. Es ist ratsam, dass diese Hinweise auch an Ärzt_innen und Pflegefachkräfte vermittelt werden.

Da Erstdiagnosen häufig zu Verunsicherung und Überforderungsgefühlen bei den Eltern führen, ist eine Rückzugsmöglichkeit, beispielsweise durch das Angebot eines Einzelzimmers, zu gewähren. Somit können die Eltern ihre neue Situation in Ruhe reflektieren und wirken lassen (vgl. IMeV, 2009, S. 3). Im güns-

67 Sofortpaten entstammen meistens dem Umfeld der Selbsthilfe. Ihre Kontaktdaten liegen in den Kliniken vor, sodass sie bei Geburt eines intergeschlechtlichen Kindes eine Begleitung der Eltern anbieten können, solange diese noch mit ihrem Kind in der Klinik sind. Weitere Informationen sind beim Verein Intersexuelle Menschen e.V. zu erfragen (vgl. IMeV, 2009, S. 4).

tigsten Fall reduziert dies sogar die empfundene Belastung der »Betroffenen« und ihrer Eltern. Von zentraler Bedeutung ist es, den Unterstützungs- und Hilfesuchenden keine vorgefertigten Kategorien überzustreichen und zu bedenken, dass gängige Muster im Zweifelsfall nicht anwendbar sind (vgl. Zehnder, 2008, S. 29). Somit ist Inhalt und Aufgabe einer Beratung, die im Sinne von Inter* agiert, von jeglichen chirurgischen Maßnahmen abzuraten, solange keine medizinische Indikation vorliegt. In Anlehnung an die Änderungen des Personenstandsgesetzes von 2013 ist zudem die Geschlechtskategorie (zunächst) offen zu lassen:

»Kann das Kind weder dem weiblichen noch dem männlichen Geschlecht zugeordnet werden, so ist der Personenstandsfall ohne eine solche Angabe in das Geburtenregister einzutragen« (Tolmein, 2014, S. 12).

Trotz der Kritik, dass diese Gesetzesänderung als Vorschrift anstelle einer Wahlmöglichkeit fungiert und keinen progressiven Paradigmenwechsel hinsichtlich der Akzeptanz geschlechtlicher Vielfalt initiiert und rechtlich stützt, ist sie zumindest hinsichtlich eines vermeintlichen Handlungsdrucks als entgegenkommende Entschleunigung⁶⁸ zu sehen. Denn medizinische Entscheidungen werden hier häufig überstürzt getätigt und sind in den meisten Fällen irreversibel. Aus- und Nebenwirkungen sowie Nachbehandlungen und generelle Risiken einer solchen Maßnahme sind zu diesem Zeitpunkt in der Regel nicht in vollem Ausmaß ein- und abschätzbar. Oft wird dabei nicht bedacht, dass geschlechtsvereinseitigende und geschlechtszuweisende Genitaloperationen wesentliche Körperfunktionen beeinträchtigen können, beispielsweise die sexuelle Empfindsamkeit (vgl. IMeV, 2009, S. 3). Deshalb formulieren Empfehlungen unter ethischen Gesichtspunkten eine abwartende Haltung und stützen die Forderungen »Betroffener« nach einem Moratorium. Die Arbeitsgruppe Ethik im Netzwerk Intersexualität vertritt eine ähnliche Haltung. Sie bestätigt, dass »geschlechtliche Uneindeutigkeit per se keine behandlungsbedürftige Kondition [ist]« (vgl. Arbeitsgruppe Ethik im Netzwerk Intersexualität, 2008, S. 242).

Die Mediziner_innen, die Eltern zu einer umgehenden geschlechtszuweisenden Operation raten, stützen sich in der Regel auf das Argument der vermuteten

68 Der Begriff der Entschleunigung ist in diesem Zusammenhang durchaus kontrovers zu betrachten. Seitens der Wissenschaft und Medizin ist die Bezeichnung zutreffend, da im medizinischen Diskurs momentan der Fokus auf ausführlicherer Beratung im Sinne von Qualitätsstandards gelegt wird. Andererseits kann der Druck auf die Eltern durch diese Änderung sogar steigen, weil sie folglich nur durch medizinische Eingriffe einen eindeutigen Geschlechtseintrag erwirken können.

Alltagsdiskriminierung der Kinder (vgl. Sabisch, 2014, S. 59). Eine wissenschaftliche Untersuchung⁶⁹ zu Lebenslagen von Familien mit Inter*-Kindern zeigt aber, »dass eine offen gelebte Zwischengeschlechtlichkeit im Kindesalter keine Diskriminierungen mit sich bringen muss« (ebd.). Ferner muss sich eine psychosoziale Beratungspraxis diesbezüglich an Partizipationsrechten von Inter*-Kindern orientieren, dem Auftrag zur Sicherung ihres Kindeswohls nachkommen und den kindlichen Anspruch auf eine liebevolle und fürsorgliche Eltern-Kind-Beziehung als Handlungsauftrag unterstützen und gegebenenfalls begleiten. Demzufolge ist es hinreichend zu erkennen, dass »Eltern nicht nur als Stellvertreter ihrer Kinder in allen Behandlungsentscheidungen, sondern auch als Betroffene, die selbst Hilfe und Unterstützung benötigen« (Arbeitsgruppe Ethik im Netzwerk Intersexualität, 2008, S. 244), wahrgenommen werden müssen. Entscheidungen hinsichtlich des Kindes sind immer so zu treffen, dass das Kind auch als später erwachsene Person mitgedacht wird. Demzufolge zielen ethische Prinzipien über die Entscheidung möglicher Eingriffe vor allem auch auf körperliche Integrität, allgemeine Lebensqualität, Reproduktionsfähigkeit, sexuelles Erleben und die freie Persönlichkeitsentfaltung ab (vgl. ebd.). So heißt es in den Empfehlungen der Arbeitsgruppe Ethik:

»Bei der Beurteilung des Kindeswohls sind eine mögliche Verunsicherung und Traumatisierung durch operative Maßnahmen, Korrektureingriffe und wiederholte Untersuchungen im Intimbereich ebenso zu berücksichtigen wie eine mögliche Einschränkung der sexuellen Erlebnisfähigkeit und der Fortpflanzungsfähigkeit des zukünftigen Erwachsenen. Sie müssen gegen die Vorteile oder ggf. biologisch eindeutige Geschlechtsidentität für das Kind abgewogen werden« (Arbeitsgruppe Ethik im Netzwerk Intersexualität, 2008, S. 245).

Aus den angestrebten Beratungszielen wird ersichtlich, dass die genannten Erwartungen nicht nur in Form eines Erstgesprächs abzuhandeln sind. Ein gut strukturierter und die grundsätzlichen Kriterien beachtender Erstkontakt ist jedoch nicht zu unterschätzen. Auch in nur einem Gespräch können Grundsteine gesetzt und Anstöße gegeben werden. Abhängig von individuellen Ausgangssituationen geht die allgemeine Tendenz psychosozialer Beratungsverläufe hin zu

69 Die genannte Untersuchung basiert auf drei narrativ geführten Interviews mit Eltern, die ihre Kinder in einer offenen Geschlechtskategorie aufwachsen lassen. Die analysierten Interviews wurden Anfang 2013 von Anike Krämer durchgeführt und im Rahmen ihrer Masterarbeit mit dem Titel »Inter* im Alltag. Eine empirische Forschungsarbeit zu Lebenslagen intersexueller Kinder und ihrer Eltern« an der Ruhr-Universität Bochum verfasst.

einem Angebot längerfristiger prozesshafter Begleitung. Durch Akzeptanz und Offenheit gegenüber dem Kind kann die Entwicklung eines Selbstwertes im Hinblick auf persönliche und geschlechtliche Identität durch die Prozessberatung professioneller gewährleistet werden (vgl. ebd.). Diese Form der Unterstützung ist in übergeordnetem Kontext als Ausdruck einer Flexibilisierung der Geschlechterordnung gekennzeichnet (vgl. Sabisch, 2014, S. 59). Als elementarer Anspruch an eine gesellschaftlich reflektierte Herangehensweise versteht sich folgendes Zitat der Arbeitsgruppe Ethik:

»Im Zweifel hat die psychische und soziale Unterstützung des Kindes und seiner Eltern einen höheren Wert als die Herstellung einer biologischen Normalität« (Arbeitsgruppe Ethik im Netzwerk Intersexualität, 2008, S. 245).

Weiterhin wird dem Kind bei einer Entscheidung gegen eine operative Maßnahme die Option zur Ausprägung einer eigenen selbstgewählten Geschlechtsidentität bzw. ein Wechsel der Geschlechtsidentität ermöglicht. Den Eltern sollte daher auch bereits im Erstgespräch angeboten werden, bei »prognostisch unsicheren Maßnahmen bis zur Entscheidungsreife des Kindes« (ebd.) abzuwarten. Das gilt ebenso für die Entnahme der Keimdrüsen. Besteht auch in diesem Kontext keine medizinische Indikation, so muss die Verfügung darüber den Inters* selbst überlassen werden. Können sie hierüber aufgrund ihres Alters noch nicht entscheiden, muss auch in diesem Fall bis zur Entscheidungsreife gewartet werden. Aktuell haben Inters* die Möglichkeit einer selbstbestimmten Entscheidung bereits beim Eintritt in das 14. Lebensjahr (vgl. ebd.). Vorher gilt es – und ist es somit auch grundlegender Handlungsauftrag von Beratung –, die Teilhaberechte des Kindes in vollem Maße zu berücksichtigen und diese kindgerecht umzusetzen. Dazu gehört das Anrecht auf vollständige Aufklärung in kindgemäßer Sprache und Form. Ebenso zählt dazu, bezüglich medizinischer Maßnahmen bereits am Willen des Kindes erkennbare Entscheidungen zu respektieren. Voraussetzung dafür ist, von Beginn an und konstant die Meinung des Kindes zu erfragen und es in Untersuchungs- und Behandlungsschritte einzubeziehen (vgl. ebd.).

Weniger existenziell für das Erstgespräch, aber dennoch elementar wichtig für die grundlegende Lebensqualität ist eine lückenlose Dokumentation des medizinischen Verlaufs, die im Erwachsenenalter von den betreffenden Inters* selbst jederzeit eingesehen werden kann – selbstverständlich unter Gewährleistung der Datenschutzbestimmungen und einhergehend mit einer ethischen Begleitforschung, die die Zufriedenheit der Inters* hinsichtlich der Begleitung und Beratung im transdisziplinären Team evaluiert (vgl. ebd.).

Anregungen zur Entwicklung von »Standards of Care«

Tabuisierung, Verunsicherung und Geheimhaltung sind Erfahrungen von Inters*, die für den Beratungsprozess von großer Bedeutung sind. Grundsätzlich ist von der Annahme auszugehen, dass Inters* die schwerste Hürde bereits überwunden haben, wenn sie sich auf psychosoziale Beratungsinstanzen einlassen (vgl. Reutlinger, 2004, S. 1194). Durch jahrelange offene und strukturelle Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen haben sie Coping-Strategien entwickelt, die ihnen in gewisser Weise Schutz geboten haben. Eine Möglichkeit des Umgangs schildert Ins A Kromminga, wenn er_sie aus eigener Erfahrung und gestützt auf den Austausch mit anderen Inters* berichtet:

»Der Humor, wenn auch häufig finster und zynisch, erleichtert den Zugang zu Themen, die in all ihrer Heftigkeit schwer aushaltbar oder sehr komplex sein können« (Kromminga, 2013, S. 102).

Oft sind Inters* noch nicht einmal Formen informeller Beratung, zum Beispiel im familiären Rahmen, zuteil geworden. Deshalb erfordert bereits der Erstkontakt ein hohes Maß an Sensibilität. Nicht immer ist es dabei ratsam, direkt an spezialisiertere Beratungsinstanzen weiterzuvermitteln, da dies von Ratsuchenden oft als »Abschiebung« und als Verlust einer Vertrauensperson wahrgenommen wird:

»[Oftmals] erfahren KlientInnen zwar ein Ernstgenommenwerden, aber dann gleichzeitig ein Abschiebenwollen zu professionelleren BeraterInnen« (Reutlinger, 2004, S. 1195).

Daher ist zu prüfen, »ob die Beratung nicht doch mithilfe von oder in Begleitung durch FachberaterInnen auch von der Vertrauensperson selbst gewährleistet werden kann« (ebd.). Dies erfordert eine unterstützende Vernetzung sozialer und psychologischer Hilfen, deren Konsolidierung als grundlegende Handlungsmaxime anzustreben ist, und den Aufbau solidarischer Kooperationen und Arbeitsbündnisse. Beratung und Begleitung mit von Gewalt Betroffenen bilden wichtige Arbeitsschwerpunkte, deren Grundelemente Offenheit und Transparenz sind. Neben dem Grundsatz der Freiwilligkeit zum Aufbau vertrauensvoller Beziehungen ist auch der Bereich der individuellen Grenzsetzung zum Herausfinden des geeigneten Nähe-Distanz-Verhältnisses sensibel zu erarbeiten. Der ehrliche Umgang mit den eigenen Grenzen kann auch eine positive Vorbildfunktion haben.

Er ermöglicht Beratenen zu erkennen, wie oft die eigenen Grenzen selbst ausgereizt und überschritten werden. Eine klare Sprache verhindert Verschleierungen und benennt Tatsachen (vgl. ebd.). Besteht Inter*-Personen gegenüber eine Unsicherheit in der Ansprache, so ist es empfehlenswert, sie selbst zu fragen, welches Pronomen sie bevorzugen. Berater_innen müssen sich darüber im Klaren sein, dass sie selbst nicht frei von Zuschreibungen und Stigmatisierungen sind, sondern diese verinnerlicht haben und unbewusst reproduzieren. Eine Reflexion und Überprüfung der eigenen Rolle und Haltung muss in regelmäßigen Abständen erfolgen. Als probate Methoden dafür haben sich zum Beispiel Supervision und kollegiale Beratung bewährt. Formen des Austauschs und der Reflexion tragen zur Qualitätssicherung der eigenen Tätigkeit bei.

Dieses Kapitel versteht sich als Zusammenfassung der wichtigsten Empfehlungen hinsichtlich einer gerechten Inter*-Beratung unter pädagogischen, sozialwissenschaftlichen und medizinischen Gesichtspunkten. Diese werden im Folgekapitel erneut aufgegriffen und auf ihre praktische Umsetzung hin abschließend diskutiert.

Pädagogische Standards

Um Intergeschlechtlichkeit als ernst zu nehmendes Thema in Pädagogik und Sozialer Arbeit zu etablieren, ist eine klare Haltung im Umgang mit ihr notwendig. Übergeordnetes Ziel ist es, gesellschaftskritisch die politische Dimension von Geschlecht zu begreifen. Dasselbe gilt für die Thematisierung des Umgangs mit Intergeschlechtlichkeit in übergeordnetem (gesellschaftlichem) Kontext. Eine angemessene Implementierung, im Sinne eines »Inter*-Mainstreamings«, in die Ausbildungsstandards von Schule, Beruf und Studium ist unerlässlich (vgl. Hechler, 2014, S. 51). Als Anliegen von Inter*-Verbänden steht die generelle Beendigung medizinischer Deutungshoheit klar im Vordergrund. Erst im Anschluss daran rücken Fragen zu Identität in den Fokus (vgl. ebd., S. 49). Die Aussage, dass Identitätsfragen nicht immer an erster Stelle zu verorten sind, wird auch von Lucie Veith gestützt:

»Ich kenne genug intersexuelle Menschen, die sind ganz zufrieden dass sie Männer oder Frauen sind. Die wollen auch nichts anderes hören. Egal, wie ihre Körperlichkeit ist [...]. Die sagen: Ach, dieser ganze Genderkram, der interessiert mich gar nicht. [...] Der andere sagt: Ach, ich glaube ich ändere noch mal eben meinen Personenstand, damit da noch mal politisch was sichtbar wird.[...] Aber das hat eigentlich nichts mehr mit der Identität dann zu tun, sondern eher mit einer politi-

schen Strategie. Da muss man [...] aufpassen, dass man wirklich erst mal ergründet, auf welcher Basis unterhalten wir uns hier eigentlich. [...] für mich steht der Mensch mit seinen Bedürfnissen eigentlich an erster Stelle« (Veith, 2014, S. 4).

Es wird empfohlen, den Einstieg ins Thema nicht über den medizinischen Blick zu nehmen, sondern sich über die Darstellung von individuellen Lebenswelten anzunähern.⁷⁰ Exemplarisch können Inters* als Expert_innen in eigener Sache eingeladen werden, um über persönliche oder übergeordnete Berührungspunkte und Inter*-Lebensrealitäten zu referieren. Eine Reduzierung auf das Merkmal Inter* sollte unterlassen werden. Vielmehr gilt es, dass Inters* »als eigenständige Menschen, als Individuen mit eigenen Interessen, Vorlieben, Wünschen, Bedürfnissen etc., die nichts mit ihrem Dasein als Inters* zu tun haben, sichtbar werden« (Hechler, 2014, S. 51). Die Gewalterfahrungen von Inters* sollen transparent gemacht und in den Kontext von Widerstandsbewegungen aus den eigenen Reihen eingebettet werden.

Bearbeitet man das Thema aus einer nicht-intergeschlechtlichen Perspektive, besteht die Gefahr, dass es durch Prozesse des »Othering«⁷¹ zu einem »Reden-Über« kommt (vgl. ebd., S. 50). Grundsätzlich ist im pädagogischen Handlungsfeld immer von einer Heterogenität in Gruppenkontexten auszugehen, die auch die Anwesenheit von Inters* einschließt. Diesbezüglich sind ein kritisches Bewusstsein und ein sensibler Umgang relevant. Es macht daher auch Sinn, Bündnisse mit anderen Bewegungen herzustellen (vgl. ebd., S. 51), zum Beispiel der LSBTTIQA-Bewegung, der Kinderrechts- oder der anti-kapitalistischen Bewegung.

Sozialwissenschaftliche Standards

Als Herausgeber_innen eines Sammelbandes zu Erfahrungen und Analysen von Geschlechtszuweisungen positionieren sich Groneberg und Zehnder eindeutig gegen medizinische Interventionen:

⁷⁰ Pädagogische Materialien für die Bildungs- und Beratungsarbeit sind rar (vgl. Hechler, 2014, S. 50). Einige wenige Schriftstücke und Filmbeiträge wurden bereits im Kapitel zum Forschungsstand und zur aktuellen Debatte vorgestellt.

⁷¹ Der Begriff des »Othering« geht auf Gayatri Chakravorty Spivak zurück und bezeichnet den Prozess einer Gruppenzugehörigkeit in Abgrenzung zu einer anderen Gruppe, der klare Attribute, Verhaltensweisen, Ideologien etc. zugeschrieben werden. Es erfolgt eine Aufwertung des Eigenen durch das Abwerten des Anderen (vgl. Spivak, 1985). Julia Reuter spricht in diesem Zusammenhang vom Prozess der »Veränderung« (vgl. Reuter, 2002).

»Zum einen ist auf diesem Hintergrund nicht mehr zu verantworten, bei Neugeborenen mit somatosexueller Uneindeutigkeit weiterhin unhinterfragt zur Operation zu schreiten oder zu raten. Zum anderen kann nicht davon ausgegangen werden, dass mit der chirurgischen und hormonellen Geschlechtsanpassung ›das Problem‹ behoben ist. Vielmehr muss zur Kenntnis genommen werden, dass viele Probleme erst durch die Behandlung entstehen« (Groneberg & Zehnder, 2008, S. 216).

Die Autor_innen fordern, dass eine medizinische Intervention nur bei einer akuten Lebensbedrohung des Kindes vorgenommen werden und das »Fehlen« von vermeintlicher Gesundheit nicht als ausreichend gelten dürfe (vgl. ebd.). Zudem müssen die Interessen des sozialen Beziehungsgefüges, also die des Kindes und der Eltern oder alternativer Familienkonzepte, mit bedacht und berücksichtigt werden. Insofern argumentieren sie für ein Moratorium, wie es auch der Verein Intersexuelle Menschen tut:

»Erst mal [...] müssen Schutzräume hergestellt werden, [...] nicht nur [...] im räumlichen, sondern auch in Zeitschienen. Wir brauchen [...] für jedes Kind zum Beispiel ein Moratorium. Und zwar in dem Moment, wo so was auffällt [...] muss klar sein, die nächsten drei Jahre geht da mal gar nichts. Sondern dieses Kind muss jetzt erst mal verstehen, was mit ihm selbst ist, und die Eltern müssen es verstehen, und die Umwelt muss sich darauf einstellen können, und je länger man sich damit beschäftigt, [...] je mehr wächst die [...] Gewissheit, dass alles gut ist, wie es ist« (Veith, 2014, S. 5).

Aus demselben Hintergrund leiten Groneberg und Zehnder (2008) wissenschaftliche Empfehlungen für die transdisziplinäre Arbeit und Auseinandersetzungen um Intergeschlechtlichkeit ab, die nicht zuletzt auch den Bereich der psychosozialen Beratung betreffen und bereichern. Sie legen den Schwerpunkt auf sechs Themenkreise, die im Folgenden skizziert werden: Erziehungsgeschlecht; Diagnostik, Unterstützung und Betreuung; Informationspolitik; chirurgische Eingriffe; Recht sowie Wissenschaft und Forschung.

Erziehungsgeschlecht

Auch das Anliegen des Deutschen Ethikrates zielte in seinen Grundgedanken darauf ab, aus Analysen Empfehlungen für eine gute Praxis abzuleiten. Michael Wunder sieht in der Möglichkeit eines offenen Erziehungsgeschlechts das Potenzial für einen Paradigmenwechsel:

»Alle Erfahrung zeigt, dass eine bis in Kindheit und Jugend reichende Erziehung, die die Geschlechtseinordnung offen lässt, möglich, wenn auch nicht einfach ist, aber weniger Leid bedeutet als frühzeitig festlegende Operationen, welche die Betroffenen später als traumatisch erleben und von denen ihr Leben gekennzeichnet ist« (Wunder, 2012, S. 39).

Groneberg, Werlen und Zehnder stützen Wunders Argumentation in ihren Ausführungen zum Erziehungsgeschlecht und merken an, dass es jede selbst gewählte Geschlechtsidentität anzuerkennen und zu respektieren gilt. Darüber hinaus wird angeraten, dass bei der Wahl des Erziehungsgeschlechts sexuelle Lebensqualität und genitale Sensibilität anzustreben sind (vgl. Groneberg & Zehnder, 2008, S. 217).

Diagnostik und Betreuung von Beratenen und ihrem Bezugssystem

Die Komplexität der Relation von Intergeschlechtlichkeit und psychosozialer Beratung nimmt in diesem Punkt einen wichtigen Stellenwert ein. Viele Argumentationsstränge, die in einem der vorherigen Teile dieser Arbeit bereits diskutiert wurden, finden sich hier wieder. Groneberg, Werlen und Zehnder sprechen sich ebenfalls für ein transdisziplinäres Betreuungsteam in einem spezialisierten Zentrum aus. Eine systematische Differenzierung von Sex, Gender und Gender Role, Identity und Desire ist anzustreben. Diese Geschlechtsidentität gilt es im weiteren Verlauf nicht anzuzweifeln. Eltern und Familie sollen in Hinblick auf die damit einhergehenden Herausforderungen durch eine intensive Begleitung durch Fachpersonal unterstützt werden. In der Regel benötigen eher die Eltern als die Kinder Unterstützung:

»Ich glaube, [...] dass [...] in den meisten Systemen mit intersexuellem Kind [...] gar nicht [...] das Kind das eigentliche Problem ist, sondern es sind die Eltern. Und [...] das ist auch eine Forderung von uns, wenn Eltern ein Problem haben, dann lässt die Hände weg von den Kindern« (Veith, 2014, S. 14f.).

Auch an diesem Punkt wird auf die Qualität der Selbsthilfe als Unterstützungs- und Identifikationsmöglichkeit verwiesen (vgl. Groneberg & Zehnder, 2008, S. 218). Da der Prozess der Begleitung unter Umständen bis ins Erwachsenenalter andauern kann, wird auch hier die Wichtigkeit einer vertrauensvollen Beratungsbeziehung herausgearbeitet. Unter dem Prinzip psychischer, physischer und emotionaler Unversehrtheit soll ein häufiger Wechsel der Kontakt- und Vertrauensperson nach Möglichkeit unterbunden werden. Zukünftig soll das längst

überholte Schweigegebot dem Aufklärungsrecht von Kindern »über den eigenen Körper und seine Bedeutung in der Gesellschaft« (ebd.) weichen.

Informationspolitik

Die Aufklärung des Kindes über die Intergeschlechtlichkeit muss feinfühlig und sorgfältig erfolgen und in die soziale Lebens- und Wertewelt integriert werden, sodass sich anstelle einer Stigmatisierungserfahrung ein Selbstbewusstsein herausbildet. Es gilt auch die Eltern umfassend zu informieren. Im Zusammenhang mit operativen Maßnahmen müssen sie im Vorfeld und ohne Zeitdruck sowohl über Risiken als auch über Nebenwirkungen und Selbstaussagen von »Betroffenen« nach Operationen unterrichtet werden. Ebenso nennenswert bzw. notwendig ist es, über Forderungen von Selbsthilfe und solidarischen Unterstützer_innen nach einem Moratorium aufzuklären und den »Betroffenen« die Option zu eröffnen, auf einen Eingriff gänzlich zu verzichten. Vor allem medizinisches, aber auch soziales und psychologisches Fachpersonal muss (inter*)spezifisch geschult werden. Eine selbstverständliche Darstellung von Situationen und gesellschaftlichen Bildern erhöht die stabilisierende Wirkung auf »Betroffene«. Deshalb ist es umso wichtiger, daran zu arbeiten, dass die Ansicht eines vielfältigen Geschlechterverständnisses flächendeckend als selbstverständlich anerkannt wird, indem sie beispielsweise Einzug in Bildungspläne und Unterrichtsmaterialien erhält. Dabei ist insbesondere auf eine gendersensible Sprache zu achten und auf diffamierende Bezeichnungen zu verzichten (vgl. Groneberg & Zehnder, 2008, S. 219).

Medizinische Eingriffe

Da die meisten Formen intergeschlechtlicher Varianz nicht behandlungsbedürftig sind, stellt sich die generelle Frage nach der Notwendigkeit bzw. der Essenz medizinischer Operationen. Eine Stellvertreter_innen-Entscheidung durch die Eltern ist in allen Fällen kritisch zu hinterfragen und in gravierenden Fällen zu untersagen. Kosmetische Eingriffe können erst im einwilligungsfähigen Alter vorgenommen werden und auch nur dann, wenn die Person selbst sich dafür entscheidet. Auch die Argumentation eines erhöhten Krebsrisikos bei einer Nicht-Entfernung der Gonaden ist wissenschaftlich umstritten. Bei der Entscheidung für eine Gonadektomie muss über die Konsequenz einer lebenslangen Hormonsubstitution informiert werden. Bei einer Entscheidung gegen einen solchen Eingriff muss auf die Dringlichkeit regelmäßiger Kontrolluntersuchungen verwiesen werden. Generell gilt: Um reflektierte Entscheidungen hinsichtlich jeglicher medizinischer Interventionen treffen zu können, bedarf es einer grundlegenden,

allumfassenden Aufklärung über Alternativen und Konsequenzen. Viele Eingriffe erfordern lange Nachbehandlungen, deren Ausmaß weder die Eltern noch gar die Kinder abschätzen können. Deshalb ist es umso wichtiger, dass potenzielle Einwilligungs- und Entscheidungsphasen zeitlich offen sind und eine psychosoziale Betreuung innerhalb dieses Zeitrahmens, wenn nicht sogar darüber hinaus, unbedingt gewährleistet ist (vgl. Groneberg & Zehnder, 2008, S. 220).

Recht

In Bezug auf die rechtlichen Empfehlungen muss auf die Neuregelung des Personenstandsrechts von 2013 als aktuellste gesetzliche Grundlage verwiesen werden. Da Selbsthilfe-Verbände geschlechtszuweisende und geschlechtsvereindeutigende chirurgische Eingriffe unter dem Aspekt einer beeinträchtigten oder zerstörten genitalen Sensibilität gleichsetzen, muss auch in diesem Punkt Forderungen nach rechtlicher Wiedergutmachung bzw. rechtlichen Regelungen nachgekommen werden. Eine Akteneinsicht muss zu jedem Zeitpunkt möglich sein und der Zeitraum der Verjährungsfrist soll gemäß Inter*-Verbänden ausgeweitet werden. Die Erarbeitung von Richtlinien zur Sicherung eines Mindestmaßes an Rechtsansprüchen im transdisziplinären Zusammenschluss wird von den Autor_innen angeraten und gefordert (vgl. Groneberg & Zehnder, 2008, S. 221).

Wissenschaft und Forschung

Wissenschaftliche Forschung muss so aufgebaut sein, dass die aus den Resultaten folgenden und daran anschließenden Maßnahmen Inters* gerecht werden. Dies erfordert im Vorfeld eine kritische Betrachtung der eigenen Disziplin unter ethischen Maßstäben, die die Auswirkungen der Forschung auf das subjektive Erleben von Inters* berücksichtigen. Auch in diesem Punkt wird eine interdisziplinäre Zusammensetzung als sinnvoll und erforderlich erachtet (vgl. ebd., S. 221).

Medizinische Standards

Im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften (AMWF) entstanden 2007 Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (DGKJ), die sich an medizinisches Fachpersonal richten und Handlungsempfehlungen für Diagnostik und Therapie von intergeschlechtlichen Neugeborenen bereitstellen. Positiv hervorzuheben ist die Zusammenarbeit sowohl mit der XY-Elterngruppe als auch mit dem Verein AGS-Eltern- und Patienteninitiative, die wertvolle Anregungen beisteuerten. Im Falle

einer medizinischen Indikation⁷² soll unverzüglich ein diagnostisches Verfahren in Gang gesetzt werden, das Ursache und anschließendes Behandlungsprogramm eruieren und darüber hinaus die Beratung der Familie integrieren soll:

»Die Geschlechtszuordnung soll dabei auf der Grundlage einer Diagnostik und unter Einbeziehung von Experten, nach Möglichkeit in einem Zentrum mit einem erfahrenen multidisziplinären Team [...] und nach offener Darlegung und mit Beteiligung der Eltern und deren Beratern erfolgen« (Holterhus et al., 2007, S. 1).

Im genannten Beratungsteam sind nach Aussage der Autor_innen sowohl Vertreter_innen der Sozialen Arbeit als auch der Ethik inbegriffen (vgl. ebd.). In Anlehnung an die Konsensuskonferenz in Chicago übernimmt die Arbeitsgemeinschaft zwar den daraus hervorgegangenen Terminus der »Störungen der Geschlechtsentwicklung«, merkt aber zugleich an, dass dieser von »Betroffenenverbänden« nicht als Selbstbezeichnung angenommen wird (vgl. ebd.). Insgesamt spiegelt die verwendete Sprache jedoch eine stark medizinisch orientierte Perspektive wider. Der diagnostische Prozess soll einerseits der Diagnosestellung dienen, andererseits aber auch der Geschlechtszuweisung. Letzteres erfolgt zwar unter Einbeziehung der Eltern, schließt aber ein offenes Erziehungsgeschlecht gänzlich aus. Als dritter kritischer Punkt wird das Einleiten einer Langzeitbetreuung benannt (vgl. Holterhus et al., 2007, S. 2f.). Positiv ist die Öffnung medizinischen Handelns hinsichtlich sozialer Bezugssysteme, in diesem Fall der Eltern. Jedoch stellt Erziehung kein medizinisches Problem, sondern eine soziale Herausforderung dar, unabhängig davon, ob das Kind intergeschlechtlich geboren wird oder nicht. In dieser Hinsicht ist zu fragen, was genau sich die Arbeitsgemeinschaft unter einer Langzeitbetreuung vorstellt. Ob es sich dabei um die Stabilisierung des zugewiesenen Geschlechts handelt oder um eine Unterstützung der Belange des Kindes und der Familie, wird aus den Leitlinien nicht ersichtlich. Der Prozess der Diagnostik gliedert sich in mehrere Teilschritte: Anamnese, klinische und bildgebende Diagnostik, zytogenetische, hormonelle und molekulargenetische Diagnostik sowie auch weiterführende invasive Diagnostik und Nachweisdiagnostik (vgl. ebd., S. 3f.). Anhand dieser Teilbereiche lässt sich ableiten, dass die Phase der Diagnostik einen langen Zeitraum einnimmt.

Die persönliche Einschätzung von Inters* bezüglich diagnostischer Verfahren entwirft ein konträres Bild zur sachlichen Abhandlung der Leitlinien. Als Impres-

72 Hierzu zählen ausschließlich lebensbedrohliche Formen von Intergeschlechtlichkeit, zum Beispiel hervorgerufen durch Salzverlust oder eine Insuffizienz der Nebenniere.

sionen werden hier drei biografische Zitate subjektiver Erfahrungen aufgelistet, die jeweils medizinische Grenzüberschreitungen bis hin zu explizit gewalttätigen Handlungen beinhalten:

»Ein 17jähriges Mädchen verbringt ein Vierteljahr im Krankenhaus. Sie wird untersucht, vermessen, fotografiert, operiert, in den gynäkologischen Stuhl gelegt, besichtigt von Studententrupps, die einmarschieren, wenn sie schon zur Inspektion aufgebockt ist. Eine Erfahrung, die viele intersexuelle Kinder und Jugendliche machen: ihre Geschlechtsorgane üben große Faszination aus; das Hinsehen wie das Wegsehen der anderen sind gleichermaßen bedrückend. Für die Seele des Kindes und für sein Trauma aber interessiert sich keiner« (Fröhling, 2003, S. 32).

Nicht alle Menschen, die ein traumatisches Erlebnis hatten, erkrankten psychisch daran. Dennoch wird hieraus ersichtlich, wie wenig Beachtung dem emotionalen Empfinden und der Würde der Inters* in diagnostischen Prozessen zukommt. Die grundsätzliche Wahrung der Menschenrechte weicht einer Art ärztlichem Voyeurismus. Die Ablehnung dieses Umgangs muss aus ethischen Gesichtspunkten Inhalt von Handlungsempfehlungen für medizinisches Fachpersonal sein.

»Vor kurzem hat sie den Assistenzarzt von damals angerufen. Ein emeritierter Professor inzwischen. Der hat sich sofort erinnert und war ganz aufgeregt. »Sie waren doch mein erster Fall«, sagte er und erzählte, daß ihr »Fall« in mehreren medizinischen Artikeln dargestellt ist. Mindestens eine Promotionsarbeit gibt es über Anna. Sie bittet um Zusendung. Er zögert, hat Vorwände. Schließlich rückt er das Buch doch heraus. Sie schlägt es auf. Die Fotos sind bedrückend: ein einsames nacktes Mädchen mit Balken über dem Gesicht. Genitale Details. [...] »Natürlich war die Prozedur damals entwürdigend« (Fröhling, 2003, S. 37).

Das Zitat verdeutlicht, wie medizinische Diagnostik auf Personen wirkt, die diese über sich ergehen lassen mussten. Leitlinien, die am Wohlergehen des Gegenübers interessiert sind, müssen vorherrschende Umgangsformen kritisch reflektieren und sensibles Vorgehen explizit beinhalten. Auch wenn Holterhus et al. in manchen Punkten ihren Blickwinkel weiten, bleibt die Behandlungspraxis nach wie vor objektivierend.

»Erika beim Gynäkologen. Wegen schmerzhafter Spannungen in der Brust. Versehen mit einem Schreiben, das ihr der Hausarzt im verschlossenen Umschlag in die Hand gedrückt hatte. Der Gynäkologe liest den Brief, sagt: »Sie wissen ja, was

mit ihnen los ist.< In der Tat, sie wußte es wirklich, vor zwei Wochen hatte sie den Arztbrief geöffnet. >Dann setzen Sie sich mal auf den Stuhl<, sagt der Gynäkologe. Widerstandsunfähig zieht Erika sich aus und setzt sich auf den gynäkologischen Stuhl – eigentlich nicht das richtige Gerät zur Untersuchung von Brustspannungen. Bewegungsunfähig verharrt sie dort, während der Arzt ihr ohne Vorwarnung seinen Finger in die Scheide steckt. [...] Wie in Trance, wie gelähmt verharrt Erika weiterhin auf dem Stuhl. [...] >[S]agen Sie niemandem, was mit ihnen los ist. Das wäre ihr soziales Aus.< Und schließlich fällt ihm noch ein, weshalb sie eigentlich hier ist: >Das mit den Brustspannungen vergeht wieder.< Damit ist sie dann entlassen. >Abartig kalt<, so bleibt ihr diese Begegnung in Erinnerung« (Fröhling, 2003, S. 40).

Obwohl Erika Kasal Beschwerden äußerte, die nicht zwingend mit ihrer_seiner Intergeschlechtlichkeit zu tun haben mussten, wurde er_sie darauf beschränkt. Den Forderungen nach einer transparenten Informationspolitik, wie sie u. a. Gronenberg et al. und die Selbsthilfe proklamieren, entspricht solch ein Umgang nicht.

Für ein Therapiekonzept⁷³ werden folgende Kriterien als geeignet vorgeschlagen: die Einbeziehung verschiedener fachlicher Disziplinen, einhergehend mit einer umfassenden (medizinischen) Aufklärung der Eltern durch (medizinisches) Fachpersonal. Eltern müssen über die Möglichkeit informiert werden, sich gegen eine Operation zu entscheiden und das Kind in einer offenen Geschlechtskategorie zu erziehen. Es ist daher ratsam, einen Perspektivwechsel vorzunehmen um aus der Rolle des betreffenden Kindes zu argumentieren. Diese Leitlinien versäumen es jedoch, beide Alternativen aufzuzeigen. Diesbezüglich stellt sich die Frage nach der Entscheidungslegitimität der Eltern und nach ihrer Stellvertreter_innenposition im Hinblick auf Maßstäbe der Medizinethik. Allerdings wird darauf verwiesen, dass Operationen mit dem Ziel der chirurgischen Korrektur derzeit kontrovers in der Diskussion stehen. Die Autor_innen beziehen sich dabei auf die gravierenden Resultate der wissenschaftlichen Studien zur Behandlungszufriedenheit (vgl. Holterhus et al., 2007, S. 4f.). Gleichmaßen herrscht Uneinigkeit darüber, ab welchem Alter medizinische Eingriffe für sinnvoll erachtet werden. Während der Beginn einer Hormonersatztherapie erst im Zeitraum der Pubertät angeraten und verortet wird (vgl. ebd., S. 4), gehen die Meinungen bezüglich operativer Eingriffe auseinander. Meistens werden sie innerhalb des ersten Le-

73 Die Bezeichnung »Therapie« hat in diesem Zusammenhang keinen psychologischen Charakter, sondern bezieht sich auf das Behandlungsprogramm, das aufgrund des anatomischen »Ist-Zustands«, der Diagnose und des prognostizierten Entwicklungsverlaufs von ärztlicher Seite empfohlen wird (vgl. Holterhus et al., 2007, S. 4).

bensjahres des Kindes veranlasst. In Bezug auf Feminisierungsoperationen heißt es beispielsweise:

»Es wird bei fehlenden medizinischen Komplikationen davon abgeraten, operative Maßnahmen nach dem 12. Lebensmonat bis zur Adoleszenz durchzuführen und insbesondere auf vaginale Dilatationen zu verzichten« (Holterhus et al., 2007, S. 5).

Unter Einbeziehung von Anmerkungen der XY-Elterngruppe wird postuliert, dass »insbesondere die Indikation zur Klitorisreduktionsplastik bei einer Feminisierungsoperation zurückhaltend gestellt werden [sollte], da eine etwas vergrößerte Klitoris der weiblichen Selbstakzeptanz nicht im Wege steht« (ebd.). Dieser Verweis kann auch hinsichtlich der Erhaltung genitaler Sensitivität positiv vermerkt werden. Auch das »Entartungsrisiko« als Argument für die Durchführung einer Gonadektomie wird als nicht wissenschaftlich gesichert angegeben (vgl. ebd.). Dennoch distanziert sich die Arbeitsgemeinschaft in den Ausführungen der Leitlinien von diesen Eingriffen. Zumindest weisen die Autor_innen darauf hin, dass aufgrund des Eingriffs Nachsorgeuntersuchungen bis ins Jugendalter erfolgen müssen, die in einer weiteren Gonadenbiopsie münden (vgl. ebd.). Weiterhin führen sie als Anregung durch die XY-Elterngruppe an:

»Grundsätzlich sollte bei der Indikationsstellung zur Gonadektomie überprüft werden, ob die medizinischen Befunde zulassen, dass die Entscheidungsreife des Kindes abgewartet werden kann« (ebd.).

Alles, was nicht medizinisch indiziert werden kann, wird auch in Zukunft als »psychosozialer Notfall« deklariert. Im Zusammenhang damit werden in den Leitlinien einige wesentliche Punkte benannt (vgl. ebd.):

- Jegliche Entscheidung hinsichtlich medizinischer Maßnahmen muss ohne Zeitdruck und unter Einbeziehung sowohl der Eltern als auch eines interdisziplinären Teams erfolgen.
- Die Einbeziehung der Eltern in die Entscheidungsfindung muss stets und von Anfang an mit bedacht werden.
- Es muss dabei sichergestellt werden, dass die Eltern die Tragweite und die Bedeutung der Maßnahmen verstanden haben.
- Der Verweis auf ein offenes Erziehungsgeschlecht, um »das wahre Wesen des Kindes zu erkennen« (ebd.), wie es die XY-Elterngruppe fordert, erfolgt nur bei einer Unmöglichkeit der Geschlechtszuweisung.
- Die Herstellung von Kontakten zur Selbsthilfe soll ermöglicht werden.

Um öffentlichen Widerstand gegen medizinische Maßnahmen zu leisten, hat sich bereits 1996 die Arbeitsgruppe gegen Gewalt in der Pädiatrie und Gynäkologie (AGGPG) gegründet, deren vorrangiges Ziel im Verbot invasiver Medizin bei Inters* und in der Erhaltung des ursprünglichen Körpers bestand (vgl. Hechler, 2014, S. 49). Bis heute hat sich diese Forderung auf medizinischer Ebene nicht durchgesetzt.