ResearchGate

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: https://www.researchgate.net/publication/342513631

Geschlechtliche, sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung: Praxisorientierte Zugänge

Book · June 2020

DOI: 10.30820/9783837967999

CITATIONS
0

READS
501

18 authors, including:

Michaela Katzer
Hochschule Merseburg
10 PUBLICATIONS **176** CITATIONS
SEE PROFILE

Heinz-Juergen Voss
Merseburg University of Applied Sciences
110 PUBLICATIONS **135** CITATIONS
SEE PROFILE

Andreas Hechler
68 PUBLICATIONS **38** CITATIONS
SEE PROFILE

Katja Krolzik-Matthei
Hochschule Merseburg
14 PUBLICATIONS **21** CITATIONS
SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:

Project Antidiskriminierung View project

Project Essays on Racism, Capitalism and Sexual Politics View project

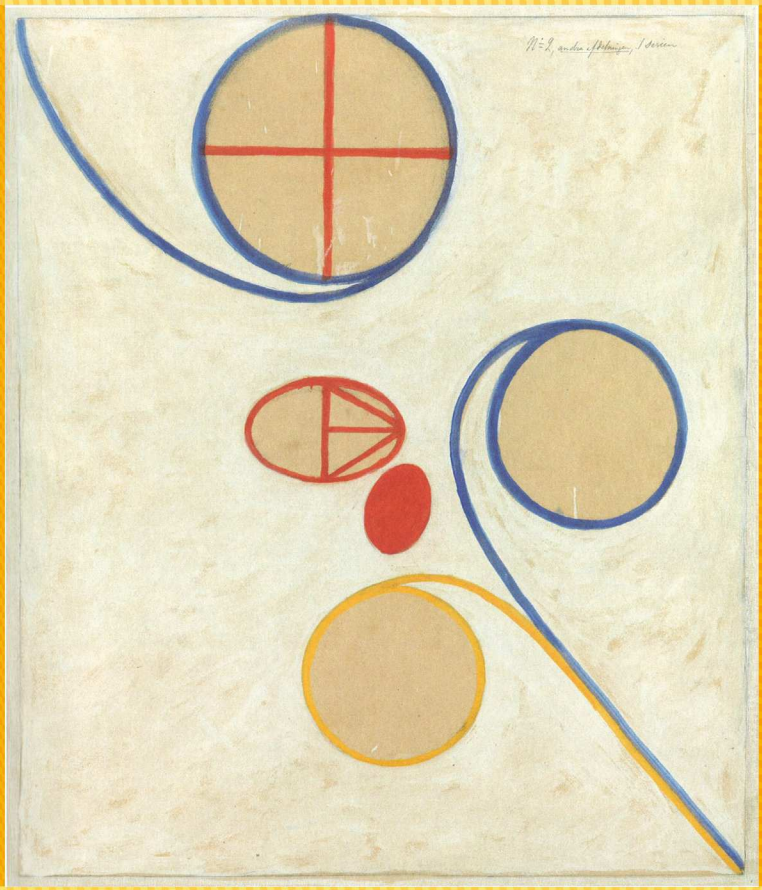
All content following this page was uploaded by Heinz-Juergen Voss on 28 June 2020.

The user has requested enhancement of the downloaded file.

Michaela Katzer,
Heinz-Jürgen Voß (Hg.)

Geschlechtliche, sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung

Praxisorientierte Zugänge



Psychosozial-Verlag

Michaela Katzer, Heinz-Jürgen Voß (Hg.)
Geschlechtliche, sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung

Die Reihe »Angewandte Sexualwissenschaft« sucht den Dialog: Sie ist interdisziplinär angelegt und zielt insbesondere auf die Verbindung von Theorie und Praxis. Vertreter_innen aus wissenschaftlichen Institutionen und aus Praxisprojekten wie Beratungsstellen und Selbstorganisationen kommen auf Augenhöhe miteinander ins Gespräch. Auf diese Weise sollen die bisher oft langwierigen Transferprozesse verringert werden, durch die praktische Erfahrungen erst spät in wissenschaftlichen Institutionen Eingang finden. Gleichzeitig kann die Wissenschaft so zur Fundierung und Kontextualisierung neuer Konzepte beitragen.

Der Reihe liegt ein positives Verständnis von Sexualität zugrunde. Der Fokus liegt auf der Frage, wie ein selbstbestimmter und wertschätzender Umgang mit Geschlecht und Sexualität in der Gesellschaft gefördert werden kann. Sexualität wird dabei in ihrer Eingebundenheit in gesellschaftliche Zusammenhänge betrachtet: In der modernen bürgerlichen Gesellschaft ist sie ein Lebensbereich, in dem sich Geschlechter-, Klassen- und rassistische Verhältnisse sowie weltanschauliche Vorgaben – oft konflikthaft – verschränken. Zugleich erfolgen hier Aushandlungen über die offene und Vielfalt akzeptierende Fortentwicklung der Gesellschaft.

Band 5
Angewandte Sexualwissenschaft

Herausgegeben von Ulrike Busch, Harald Stumpe,
Heinz-Jürgen Voß und Konrad Weller,
Institut für Angewandte Sexualwissenschaft
an der Hochschule Merseburg

Michaela Katzer, Heinz-Jürgen Voß (Hg.)

Geschlechtliche, sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung

Praxisorientierte Zugänge

Mit Beiträgen von Anne Allex, Markus Bauer, Heike Bödeker, Jens Borchert, Diana Demiel, Andreas Hechler, Michaela Katzer, Torsten Klemm, Katja Krolzik-Matthei, Anja Kruber, Alina Mertens, Andrzej Profus, Nadine Schlag, Heino Stöver, Manuela Tillmanns, Daniela Truffer, Heinz-Jürgen Voß und Marlen Weller-Menzel

Psychosozial-Verlag

Die Open-Access-Publikation wurde durch eine Förderung des Bundesministerium für Bildung und Forschung ermöglicht.

Dieses Werk ist lizenziert unter der Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 DE Lizenz (CC BY-NC-ND 3.0 DE).
Diese Lizenz erlaubt die private Nutzung und unveränderte Weitergabe, verbietet jedoch die Bearbeitung und kommerzielle Nutzung.
Weitere Informationen finden Sie unter:
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/de/

In Kooperation mit dem Gunda-Werner-Institut in der Heinrich-Böll-Stifung

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Originalausgabe
© 2016 Psychosozial-Verlag, Gießen
E-Mail: info@psychosozial-verlag.de
www.psychosozial-verlag.de
Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.
Umschlagabbildung: Hilma af Klint, »Der Siebenstern«, 1908
Umschlaggestaltung und Innenlayout: Hanspeter Ludwig,Wetzlar
www.imaginary-world.de
Satz: metiTEC-Software, me-ti GmbH, Berlin
ISBN 978-3-8379-2546-3 (Print)
ISBN 978-3-8379-6799-9(E-Book-PDF)
ISSN 2367-2420 (Print)
https://doi.org/10.30820/9783837967999

Inhalt

Einleitung: Perspektiven auf »Selbstbestimmung« 9
Michaela Katzer & Heinz-Jürgen Voß

I. Geschlechtliche Selbstbestimmung

Der Selbstbestimmung von Trans*-zum Durchbruch verhelfen 19
Anne Allex & Diana Demiel

Trans* und sexuell?! 41
Transidentität, sexuelle Zufriedenheit und Sexualberatung
Anja Kruber

Ärztliche Erfahrungen und Empfehlungen hinsichtlich Transsexualismus und Intersexualität 85
Michaela Katzer

Intersexualität, Individualität, Selbstbestimmtheit und Psychoanalyse 117
Ein Besinnungsaufsatz
Heike Bödeker

Intersex und Selbstbestimmung 137
Markus Bauer & Daniela Truffer

»Was ist es denn?« 161
Intergeschlechtlichkeit in Bildung,
Pädagogik und Sozialer Arbeit
Andreas Hechler

Intergeschlechtlichkeit und Beratungshilfen 187
Manuela Tillmanns

II. Sexuelle Selbstbestimmung

Asexualität 209
Eine diskursive Annäherung
Nadine Schlag

Unsichtbares sichtbar machen 225
Asexualität als sexuelle Orientierung
Andrzej Profus

Gefängnis und Sexualität 243
Jens Borchert

Sexualität, Gewalt und Homophobie 255
Folgen der Tabuisierung im Gefängnis
Heino Stöver

Liebesbedürfnis und Sexualität in Haft 267
Torsten Klemm

III. Reproduktive Selbstbestimmung

Selbstbestimmung und das Recht auf Abtreibung 299
Katja Krolzik-Matthei

Behinderung und reproduktive Selbstbestimmung 315
Alina Mertens

Gewinn durch Vielfalt 333
Reproduktion außerhalb des heteronormativen Kontextes
Marlen Weller-Menzel

Autorinnen und Autoren 353

Einleitung: Perspektiven auf »Selbstbestimmung«

Michaela Katzer & Heinz-Jürgen Voß

Der vorliegende Sammelband lädt ein, sehr grundsätzlich über aktuelle gesellschaftliche Entwicklungen nachzudenken. In vielerlei Weise ist heute von geschlechtlicher und sexueller Pluralisierung die Rede. Vormals – also insbesondere im 20. Jahrhundert – als schambehaftet und problematisch angesehene Geschlechtlichkeiten und Sexualitäten würden zunehmend gesellschaftlich anerkannt. »Neosexualitäten« ist eines der gebräuchlichen Stichworte (Sigusch, 2005). Diese Sichtweise geht davon aus, dass Menschen sich zunehmend geschlechtlich und sexuell *selbstbestimmt* entfalten könnten.

Der vorliegende Band *Geschlechtliche, sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung: Praxisorientierte Zugänge* eröffnet andere Perspektiven. Er wählt explizit die Dreiteilung der das Geschlechtliche betreffenden Selbstbestimmung. Sie erscheint nötig, um analytisch präzise die unterschiedlichen Facetten im Blick zu behalten. Vorgebeugt wird so insbesondere einem »alten« Verständnis von Sexualität, in dem Reproduktion/Fortpflanzung hoch gewichtet ist. Gleichzeitig werden für das Themenfeld der Reproduktion (hier als Fortpflanzung verstanden) auch aktuelle Entwicklungen sichtbar, die diesbezügliche Selbstbestimmung zunehmend einschränken – sei es durch Reproduktionstechniken, die zentral die Entscheidungsfindung von schwangeren Personen und werdenden Eltern beeinflussen, sei es durch ein restriktiveres Abtreibungsrecht, das, von der alten BRD ausgehend, nach dem Zusammenschluss mit der DDR für die gesamte Bundesrepublik Anwendung findet.

Aber auch für Fragen geschlechtlicher sowie sexueller Selbstbestimmung wendet sich der Sammelband schwerpunktmäßig den Bereichen zu, in denen die Beschränkungen der individuellen Selbstbestimmung und in denen Fremdbestimmung in krasser Weise deutlich werden. In Bezug auf *geschlechtliche Selbst-*

bestimmung: Trans*-Geschlechtlichkeiten bzw. Menschen, die im Kontext mit Transsexualität betrachtet werden, sind im gesellschaftlichen Umgang in Deutschland weitreichender Reglementierung, Fremdbestimmung und Stigmatisierung unterworfen – dies zeigt sich über den juristischen und medizinischen Blick hinaus in einem transphoben gesellschaftlichen Klima. Intersexualität bzw. die nicht-typische geschlechtliche Ausprägung von »nur weiblichen« oder »nur männlichen« körperlichen Merkmalen wird gesellschaftlich noch immer weitgehend als »Problemfall« angesehen, der vermieden, »behoben« oder getilgt werden müsse. Noch immer wird an medizinischen Praxen der geschlechtlichen »Zuweisung« und »Vereindeutigung« von Genitalien und anderen Merkmalen festgehalten – geändert haben sich lediglich Kommunikation und Dokumentation, um einem Anschein von Ethik zu genügen und gegenüber juristischer Anfechtung besser widerstehen zu können; dies alles, obwohl die Behandlungen von denjenigen Menschen, die ihnen ausgesetzt waren, vielfach als Fremdbestimmung und Beeinträchtigung kritisiert werden. *Sexuelle Selbstbestimmung:* Bzgl. sexuellem Begehren und Möglichkeiten, dieses auszuleben, fokussiert der Sammelband auf noch selten thematisierte Bereiche. Asexualität kommt, angestoßen durch asexuelle Aktivist_innen, erst seit einigen Jahren und zögerlich in den Blick wissenschaftlicher Betrachtung und findet erst nach und nach auch in emanzipatorischen aktivistischen Bereichen anderer Themenfelder Beachtung. Gesellschaftlich und sexualwissenschaftlich verbreitet ist die Sicht, dass jeder »gesunde« erwachsene Mensch sexuell sein müsse – Sichtweisen, die eine solche Kausalität bestreiten, sowie die Perspektiven asexueller Menschen selbst werden bislang noch nicht als gleichberechtigte Positionen respektiert. Der zweite Schwerpunkt des auf sexuelles Begehren fokussierten Kapitels widmet sich dem Kontext von Sexualität und Freiheitsentzug – Sexualität und Gefängnis. Dabei spielt die Marginalisierung insbesondere von heterosexuellen Kontakten im Haftalltag eine Rolle. Sie sind im geschlechtshomogenen Gefängnis nicht vorgesehen und nur in Ausnahmen wird dort andersgeschlechtlicher Sex zugelassen. Es entsteht der Eindruck, dass das Vorenthalten von Sexualität noch immer als Teil bzw. Fortsetzung der Bestrafung zu sehen ist. Geht man von der oben umrissenen allgemein angenommenen großen Bedeutung sexuellen Erlebens für die (psychische und physische) Gesundheit des Menschen auch für das Leben im Gefängnis aus, wird ersichtlich, dass für dort untergebrachte Menschen durch diese Reglementierungen des Sexuellen schwierige bzw. prekäre Situationen entstehen können. In den drei entsprechenden thematischen Beiträgen werden auch Möglichkeiten und Grenzverletzungen bzgl. dennoch stattfindender Sexualität im Gefängnis thematisiert.

Es wird deutlich, dass Entwicklungen hin zu (mehr) Selbstbestimmung nicht alle Menschen gleichermaßen betreffen. Gleichzeitig bleibt der Begriff Selbstbestimmung auch für die übrigen Personengruppen – etwa Heterosexuelle, Lesben und Schwule in Freiheit – unterbestimmt. Wird er im allgemeinen Sprachgebrauch häufig im Sinne autonomer Entscheidung gebraucht – im ersten Teil[1] der Definition im Online-Duden heißt es in diesem Sinne zu Selbstbestimmung: »[...] (Politik, Soziologie) Unabhängigkeit des bzw. der Einzelnen von jeder Art der Fremdbestimmung (z. B. durch gesellschaftliche Zwänge, staatliche Gewalt)« (Duden, 2015) –, so wurden bereits in den vorangegangenen Absätzen Grenzen deutlich, auch Grenzen der als plural verhandelten »Neosexualitäten«. Einerseits zeigte sich die Bedeutung staatlicher Institutionen und gesellschaftlicher Aushandlungen, die diese Grenzen wesentlich bestimmen. War in den 1960er Jahren in der Bundesrepublik schwuler Sex weitreichend reglementiert und gab es jedes Jahr mehrere Tausend Verurteilungen von Männern nach §175, so wurde mit der Abschaffung des Strafparagrafen im Jahr 1994[2] die Reglementierung abgemildert. Schwuler Sex ist heute in Ordnung, sofern er in Beziehungen stattfindet, die eine gewisse Stetigkeit versprechen und gesundheitliche gesellschaftliche Vorgaben einhalten (Oesterle-Schwerin, 1991, S. 34; Voß, 2013b) – Mehrfachbeziehungen hingegen und selbst bestimmter ungeschützter Sex werden gesellschaftlich stigmatisiert. Gleichzeitig werden unter dem Label »Schutz vor Hasskriminalität« als migrantisch markierte (Çetin & Taş, 2015) und arme (Wellgraf, 2012) Menschen – auch solche, die schwulen Sex haben – von der Mehrheitsgesellschaft als bedrohlich imaginiert und polizeilich besonders observiert und verfolgt. Diese Stigmatisierung bestimmter Personengruppen – armer, migrantischer – wird als Bestandteil einer Politik geschlechtlicher und sexueller Selbstbestimmung gerechtfertigt – womit dabei klar wird, dass nur die Selbstbestimmung einer einigermaßen gut situierten Mittelklasse gemeint sein kann (für die USA: Hanhardt, 2013; für die BRD mit Fokus rassistische Ausschlüsse etwa: Wolter, 2014; Tsianos, 2013).

Andererseits wird die Begrenzung von Selbstbestimmung ersichtlich, wirft man einen Blick auf die Gesellschaftlichkeit des Menschen. Jeder Mensch ist schon in seiner Entwicklung nicht von Gesellschaft unabhängig. Nach der Geburt kann er nur überleben, weil sich Menschen um ihn kümmern – und dabei

1 Im zweiten Teil wird dann die »Unabhängigkeit des Individuums von eigenen Trieben, Begierden u.Ä.« hinzugefügt (Duden, 2015).

2 Im Strafrecht der DDR wurde der vergleichbare Paragraf von der Volkskammer 1988 gestrichen; gemäß Einigungsvertrag fand StGB §175 keine Anwendung im Beitrittsgebiet.

stets auch gesellschaftliche Vorstellungen vermitteln. Neben zentralen Kategoriesystemen – wie Geschlecht und Nationalität –, die junge Menschen bereits ab dem Kindesalter auf sich und andere anzuwenden lernen, spielt beispielsweise schon eine Rolle, wie viel Aufmerksamkeit ein Kind erfährt, wie schnell und auf welche Weise auf seine artikulierten Bedürfnisse reagiert wird und wie es medizinischer Aufsicht unterliegt (z. B. in Bezug auf gesundheitliche Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen etc.). In lebensbedrohlichen Situationen werden in der Regel konkrete Maßnahmen ergriffen, um das Leben des Kindes zu sichern. Durch die Gesellschaftlichkeit entsteht ein Rahmen, der auch die Möglichkeiten des jeweiligen Menschen beeinflusst, sich selbst zu verhalten. Beispielsweise ist Geschlecht – und zudem in einer Zweigeschlechtlichkeit – so dominant gesellschaftlich vorhanden, dass sich jeder Mensch zu Geschlecht und Zweigeschlechtlichkeit verhalten muss. Jeder Mensch in der Bundesrepublik lernt selbstverständlich »weiblich« oder »männlich« zu sein; auch wenn er diese Einordnung ablehnt, muss er sich doch dazu verhalten.[3] Bzgl. Sexualität gibt es mittlerweile zahlreiche Ausarbeitungen, die darlegen, wie die aktuelle Kategorisierung sexuellen Begehrens und Tuns als heterosexuell, homosexuell und bisexuell erst in einem jungen historischen Prozess aufgekommen ist. Erst seit dem späten 19. Jahrhundert gibt es entsprechende klar zuordnende Begrifflichkeiten und ist ein Verständnis aufgekommen, dass das sexuelle und geschlechtliche Tun der Menschen eindeutig eingeordnet und sichtbar gemacht[4] werden sowie unbedingter Bestandteil der Persönlichkeitsstruktur jedes Menschen sein müsste (Klauda, 2008; Bauer, 2011; vgl. Voß, 2013a). Dass das sexuelle Tun der Menschen gesellschaftlich anders behandelt werden kann, dass in anderen gesellschaftlichen Ordnungssystemen der Ambiguität – Widersprüchlichkeit, Widerspenstigkeit – von Menschen Raum gelassen wurde, machen u. a. Georg Klauda in *Die Vertreibung aus dem Serail* (2008) und Thomas Bauer in *Die Kultur der Ambiguität* (2011) anschaulich deutlich. Widersprüchlichkeit und Widerspenstigkeit könnten zentrale Bestandteile der Selbstbestimmung von Menschen sein. Sie könnten bedeuten, dass sich Menschen nicht klar und widerspruchsfrei verhalten müssen, dass ein Wechsel zwischen verschiedenen Identitäten zeitlebens erfolgen könnte, dass sie sich einmal so und später oder auch gleichzeitig anders verstehen und definieren könnten.

3 Noch immer dominieren aber auch hier restriktive geschlechtliche Zuweisungen: Intergeschlechtliche werden mit als traumatisierend erlebten geschlechtszuweisenden und -vereindeutigenden Eingriffen noch immer auf ein »typisch weibliches« oder »typisch männliches« Erscheinungsbild zugerichtet; Trans*-Personen wird die institutionelle und gesellschaftliche Akzeptanz ihres gelebten Geschlechts erschwert und teilweise verwehrt.

4 Vgl. Çetin, Voß & Wolter, 2016.

Auch solches Verhalten würde mit gesellschaftlichen Ordnungskategorien umgehen müssen, hätte aber mehr Spielraum.

In Bezug auf reproduktive Selbstbestimmung hat Silja Samerski in ihrem Aufsatz *Entmündigende Selbstbestimmung: Wie die genetische Beratung schwangere Frauen zu einer unmöglichen Entscheidung befähigt* (2003) die Grenzen des aktuellen Selbstbestimmungsparadigmas benannt:

> »Die Entscheidung, zu der eine schwangere Frau in der genetischen Beratung befähigt werden soll, ist in vierfacher Hinsicht paradox: Sie ist erzwungen, technikabhängig, dienstleistungsbedürftig und beratungsvermittelt. Das sind vier Eigenschaften, die genau diejenigen Fähigkeiten zerstören, für die der Begriff ›Selbstbestimmung‹ bisher stand: Sie machen eine eigensinnige Wahrnehmung, ein unabhängiges Urteil und selbständiges Handeln unmöglich« (Samerski, 2003, S. 217).

Die Entscheidung für oder gegen das Austragen einer Schwangerschaft ist in diesem Sinne in einen komplexen gesellschaftlichen, medizinischen und technischen Prozess eingewoben. Auch Frauen, die sich das Austragen einer Schwangerschaft nicht vorstellen können, werden in einen keineswegs offenen Beratungsprozess gezwungen. Die Durchsetzung ihres Wunsches findet vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Stigmatisierung von Schwangerschaftsabbrüchen statt und beinhaltet eine als notwendig begründete Beratung, die Suche nach einer der wenigen Kliniken und Ärzt_innen, die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, und schließlich die Abrechnungsmodalitäten (vgl. Busch & Hahn, 2015).

Es wird deutlich, dass »Selbstbestimmung« und »selbstbestimmte Entscheidung« nicht außerhalb gesellschaftlicher Rahmenbedingungen und Übereinkünfte steht.

Der vorliegende Band kann und möchte keine Klärung des Begriffes Selbstbestimmung leisten. Er möchte vielmehr einerseits den dehnbaren »Charakter« des Wortes thematisieren. Andererseits – und hauptsächlich – fokussiert er aktuelle gesellschaftliche Grenzen der Selbstbestimmung, mit Auswirkungen auf ganz konkrete Menschen. Selbstbestimmung ist nicht von den ökonomischen und technischen Bedingungen, in denen Menschen leben, ablösbar, und sie ist eingewoben in die gesellschaftlichen Herrschaftsverhältnisse: Rassismus, Geschlechterverhältnis und Klassenverhältnis.

Nun folgt – etwas konkreter – ein Überblick über die einzelnen Beiträge: Den Band und das erste Kapitel *Geschlechtliche Selbstbestimmung* eröffnet der Beitrag von Anne Allex und Diana Demiel, die sich im Anschluss an die Initiative »Stop Trans*-Pathologisierung« dem Streiten von Trans*-Aktivist_innen für Selbstbe-

stimmung zuwenden. Der sich anschließende Beitrag von Anja Kruber fokussiert ebenfalls geschlechtlich auf Trans*. Kruber wendet sich Fragen des sexuellen Begehrens und der sexuellen Zufriedenheit von Trans*-Personen zu. Im Weiteren beleuchtet Michaela Katzer sowohl zur Transsexualität als auch hinsichtlich Intergeschlechtlichkeit Aspekte im Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmungsstreben und Pathologisierungen – ohne sich letzteren gänzlich zu entziehen. Heike Bödeker sowie Markus Bauer/Daniela Truffer thematisieren in ihren Beiträgen ausführlicher die Selbstbestimmung intergeschlechtlicher Menschen. Sie diskutieren dafür bisherige – auch gewalttätige – Fremdbestimmung und eröffnen im Anschluss an aktivistisches Streiten Perspektiven für Selbstbestimmung. Andreas Hechler schließt mit Vorschlägen an, wie Intergeschlechtlichkeit in der pädagogischen Arbeit thematisiert werden kann. Im abschließenden Beitrag des Kapitels wendet sich Manuela Tillmanns Anforderungen an Beratungshilfen zu, die bzgl. Intergeschlechtlichkeit sensibel bzw. diesbezüglich spezifisch sind. Sie verweist auch auf bereits bestehende Beratungsangebote bei Intersexuelle Menschen e. V. und der – neuen – Beratungsstelle in Emden, die explizit auf Inter* orientiert.

Das zweite Kapitel *Sexuelle Selbstbestimmung* eröffnet, wie oben bereits kurz angesprochen, mit zwei Beiträgen zu Asexualität. Nadine Schlag und Andrzej Profus geben in ihren beiden Beiträgen eine sensible und wertschätzende Einführung in die Thematik und die dazu vertretenen Positionen. Thematisiert werden dabei verschiedene disziplinäre Zugänge – historische und psychologische. Die drei folgenden Beiträge von Jens Borchert, Heino Stöver und Torsten Klemm bieten, das sei ergänzend zu den bereits erfolgten Ausführungen gesagt, ein Kompendium des aktuellen Wissensstandes zu Sexualität und Gefängnis in der Bundesrepublik Deutschland. Borchert und Stöver erarbeiten präzise die zentralen soziologischen Zugänge und eröffnen den Blick auf psychologische. Klemm setzt hier fort und arbeitet Ergebnisse empirischer Untersuchungen ein.

Das abschließende Kapitel *Reproduktive Selbstbestimmung* ist heterogener angelegt als die zwei vorangegangenen. Katja Krolzik-Matthei, die zuletzt auch den Band *§218: Feministische Perspektiven auf die Abtreibungsdebatte in Deutschland* vorgelegt hat, erläutert die Situation von Frauen, die sich vor der Frage sehen, eine Schwangerschaft auszutragen oder abzubrechen. Sie zeigt auf, dass das Recht auf Abtreibung aktuell gesellschaftlich ausgehöhlt ist. Anders verhält es sich gesellschaftlich in Bezug auf behinderte Menschen. Alina Mertens blickt auf die Situation, in der sich behinderte Menschen befinden, wenn sie ein Kind austragen möchten. Anders als bei nicht-behinderten Menschen wird Schwangerschaft – und nicht Schwangerschaftsabbruch – gesellschaftlich für behinderte Menschen problematisiert. Der Band wird von Marlen Weller-Menzel beschlossen, die sich

Reproduktion (als Fortpflanzung) in lesbischen, schwulen und queeren Kontexten zuwendet. Welche Möglichkeiten stehen nicht-heterosexuellen Menschen mit Kinderwunsch zur Verfügung, mit welchen Hemmnissen sind sie konfrontiert?

Es freut uns besonders, dass wir fachlich versierte Autor_innen aus wissenschaftlichen, beraterischen und praktisch-aktivistischen Kontexten gewinnen konnten. Die Buchreihe »Angewandte Sexualwissenschaft« möchte den Austausch zwischen theoretischen Debatten und praktisch orientierten Perspektiven von Beratungsstellen und Selbstorganisationen fördern, da praktisch viele Entwicklungen längst vollzogen sind, bevor sie in der theoretischen Reflexion ankommen. Aus der Praxis zu lernen heißt für die Arbeit in theoretisch-wissenschaftlichen Perspektiven, rascher (und teilweise überhaupt) aktuelle Entwicklungen wahrnehmen zu können. Die frühzeitige theoretische Begleitung von neuen aktivistischen Entwicklungen kann praktisches Handeln wiederum weiter fundieren und qualifizieren. Der Band *Geschlechtliche, sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung: Praxisorientierte Zugänge* profitiert von den unterschiedlichen Perspektiven, und wir bedanken uns herzlich bei allen Autor_innen für die gute gemeinsame Arbeit. Dem Team des Psychosozial-Verlags danken wir für die offene und wertschätzende Begleitung sowie wertvolle Hinweise. Ihnen wünschen wir eine gute Lektüre! Wenn Sie Anregungen für uns haben, schreiben Sie sehr gern – michaela.katzer@hs-merseburg.de sowie heinz-juergen.voss@hs-merseburg.de.

Merseburg im Oktober 2015

Literatur

Bauer, T. (2011). *Die Kultur der Ambiguität. Eine andere Geschichte des Islams.* Berlin: Verlag der Weltreligionen im Insel Verlag.

Busch, U. & Hahn, D. (Hrsg.). (2015). *Abtreibung. Diskurse und Tendenzen.* Bielefeld: Transcript.

Çetin, Z. & Taş, S. (Hrsg.). (2015). *Gespräche über Rassismus. Perspektiven & Widerstände.* Berlin: Yılmaz-Günay.

Çetin, Z., Voß, H.-J. & Wolter, S. (2016). *Schwule Sichtbarkeit – schwule Identität*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Duden (2015). Selbstbestimmung. http://www.duden.de/rechtschreibung/Selbstbestimmung (24.05.2015).

Hanhardt, C. B. (2013). *Safe Space: Gay Neighborhood History and the Politics of Violence.* Durham: Duke University Press.

Klauda, G. (2008). *Die Vertreibung aus dem Serail: Europa und die Heteronormalisierung der islamischen Welt*. Hamburg: Männerschwarm.

Krolzik-Matthei, K. (2015). *§218 – Feministische Perspektiven auf die Abtreibungsdebatte in Deutschland.* Münster: Unrast.

Oesterle-Schwerin, J. (1991). Assimilation oder Emanzipation? In K. Laabs (Hrsg.), *Lesben. Schwule.Standesamt. Die Debatte um die Homoehe* (S. 28–38). Berlin: Ch. Links.

Samerski, S. (2003). Entmündigende Selbstbestimmung. Wie die genetische Beratung schwangere Frauen zu einer unmöglichen Entscheidung befähigt. In S. Graumann & I. Schneider (Hrsg.), *Verkörperte Technik – Entkörperte Frau. Biopolitik und* Geschlecht (S. 213–229). Frankfurt/M.: Campus,

Sigusch, V. (2005). *Neosexualitäten. Über den kulturellen Wandel von Liebe und Perversion.* Frankfurt/M.: Campus.

Tsianos, V. (2013). Urbane Paniken. Zur Entstehung des antimuslimischen Urbanismus. In D. Gürsel, Z. Çetin & Allmende e. V. (Hrsg.), *Wer MACHT Demo_kratie? Kritische Beiträge zu Migration und Machtverhältnissen* (S. 22–42). Münster: Edition Assemblage.

Voß, H.-J. (2013a). *Biologie & Homosexualität. Theorie und Anwendung im gesellschaftlichen Kontext.* Münster: Unrast.

Voß, H.-J. (2013b). Homo-Ehe oder Solidaritätsvertrag? *PROKLA – Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft 173, 43*(4), 615–629.

Wellgraf, S. (2012). *Hauptschüler. Zur gesellschaftlichen Produktion von Verachtung.* Bielefeld: transcript.

Wolter, S. (2014). Ist Krieg oder was? Queer Nation Building in Berlin-Schöneberg. In K. Yılmaz-Günay (Hrsg.), *Karriere eines konstruierten Gegensatzes: zehn Jahre »Muslime versus Schwule«* (Neuausgabe; S. 15–24). Münster: Edition Assemblage.

I. Geschlechtliche Selbstbestimmung

Der Selbstbestimmung von Trans*- zum Durchbruch verhelfen[1]

Anne Allex & Diana Demiel[2]

I. Internationale Kampagne »Stop Trans*-Pathologisierung«

Um die Revisionsprozesse des Handbuchs der Amerikanischen Psychiater_innenorganisation (APA, 2000) und des Internationalen Krankheitsklassifikationssystems ICD der Weltgesundheitsorganisation der Vereinten Nationen (WHO) kritisch zu begleiten und die Pathologisierung von Trans* zu beenden, entwickelte sich 2007 in Spanien (und Frankreich) die Internationale Kampagne »Stop Trans*-Pathologisierung« (Internationale STP-Kampagne). Sie wollte gegen die Auswirkungen von Transphobie mobilisieren, die internationale Gegenwehr und die Selbsthilfe von Trans* sowie die Vernetzung von Trans*-Gruppen anregen. Ein Ziel des STP-Netzwerkes und seiner gleichnamigen Kampagne war eine weltweite soziale Mobilisierung, die darauf aufmerksam machen sollte, dass Trans*-Ausdrucksweisen und -Identitäten in den internationalen Krankheitskatalogen als psychische Störungen angesehen werden. Dieses erste Ziel wurde erreicht. Der Kampf zur Beendigung der Pathologisierung der Trans*-Identitäten ist zu ei-

---

1 Hinweis: Im Anschluss an diesen Beitrag findet sich ein kurzes Glossar, in dem die im Beitrag verwendeten Abkürzungen und einige zentrale Begriffe erläutert werden.

2 *Anne Allex* und *Diana Demiel* sind Mitstreiter_innen des Berliner STP-Bündnisses, das im Jahr 2010 entstand. Das Bündnis besteht aus LSBTIQ-und CIS-Personen, die in queer-feministischen, psychiatriekritischen, antifaschistischen, antirassistischen, Erwerbslosen- und anderen emanzipatorischen und sozialen Gruppen aktiv sind. Sie wollen die Anliegen der internationalen Trans*-Bewegung zur Selbstbestimmung von Trans* in sozialen Bewegungen publik machen, ihre Ziele dort implementieren und solidarische gegenseitige Unterstützung entwickeln.

nem wichtigen Thema in der Agenda von vielen Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Trans*-, Inter*- und queeren Personen (LSBTIQ) geworden. Das Thema wurde ebenso in einigen internationalen Organisationen für Menschenrechte, in einigen öffentlichen Verwaltungen, bei Sozialwissenschaftler_innen, Ärzt_innen und Psychiater_innen und anderen Initiativen aufgegriffen.

Hauptziel ist die Beendigung der Pathologisierung von Trans*-Identitäten, konkret die Streichung der stigmatisierenden Diagnose-Kategorien aus den Krankheitskatalogen. Trans*-Identitäten müssen von einem medizinisch-psychiatrischen Krankheitsbegriff gelöst werden. Strukturell bedeutet das ein Abgehen von der herrschenden Zweigeschlechternorm und die Anerkennung von Geschlechtervielfalt. Um internationale und nationale Regelungen für eine menschenrechtlich adäquate und entpathologisierende Gesundheitsversorgung zu ermöglichen, müssen die Verquickungen von Psychiatrie und einer Trans*-Gesundheitsversorgung getrennt werden. Gegebenenfalls benötigte medizinische Optionen sollten in einem eigenen Kapitel der ICD ähnlich wie Schwangerschaft und Geburt definiert werden. Dies sind Bedingungen für eine selbstbestimmte Trans*-Gesundheitsversorgung, für eine Veränderung des kulturellen Verständnisses von Trans* und für ein nicht diskriminierendes Verhalten in der sozialen Umwelt. Ebenso sollte eine gesetzliche Regelung zur Änderung des Personenstandes (Änderung des Geschlechtseintrages im Geburtsregister und anderen behördlichen Dokumenten) unabhängig von medizinisch-psychiatrischen Diagnosen oder Behandlungen erfolgen.

Beeinflusst wurde die Trans*-Bewegung von den Kämpfen der Homosexuellen seit den 1970er Jahren, an denen auch Trans*-Personen beteiligt waren. Im Jahre 1990 wurde eine Streichung der Homosexualität als Kategorie psychischer Krankheit aus den internationalen Katalogen erwirkt.

Die in Spanien arbeitende Koordinierungsgruppe der Internationalen STP-Kampagne informiert über aktuelle Veränderungen und Beschlüsse zu den o. g. Handbüchern, erarbeitet Manifeste der Kritik und mobilisiert seit 2009 jedes Jahr Trans*-Initiativen und Netzwerke zu einem internationalen Aktionstag im Oktober.

> »Im Oktober 2014 fanden mehr als 90 Aktionen in 45 Städten in verschiedenen Weltregionen statt, koordiniert von 108 Gruppen und Organisationen im Rahmen des STP-Aufrufes. Außerdem unterstützen 390 Gruppen, Organisationen und Netzwerke in Afrika, Asien, Europa, Lateinamerika, Nordamerika und Ozeanien die Kampagne (Oktober 2014)«.[3]

3 http://www.stp2012.info/old/de (20.11.2015).

Sie interveniert in überstaatlichen Gremien (z. B. WPATH) und Institutionen (z. B. EU-Parlament), um Unterstützung für ihre Forderungen zu gewinnen. In Zusammenarbeit mit Trans*-NGOs wie der europäischen Trans*-Organisation Trans-Gender-Europe (TGEU), dem internationalen Netzwerk »Global Action for Trans* Equality« (GATE) oder regionalen Gruppen wie Gender DynamiX aus Südafrika sowie mit anderen Menschenrechtsorganisationen nimmt sie Impulse aus Menschenrechtsdebatten, z. B. des EU-Menschenrechtskommissars und den Yogyakarta-Prinzipien, auf.

II. Voraussetzungen und Folgen

Die Krankheitsklassifikationssysteme

Das diagnostische und statistische Handbuch psychischer Störungen DSM ist ein Krankheitsklassifikationssystem, das die APA erstmals 1952 in den USA herausgab. Es enthält nationale Krankheitsnormen für die USA. Eine deutsche Übersetzung existiert seit 1996. Die inhaltliche Bestimmung des DSM unterliegt der APA, um psychiatrische Diagnosen für klinische Anwendungen handhabbar zu machen, um die Finanzierung von Medikamenten und Therapien zu klären und selbige für Patient_innen und US-Versicherungsgesellschaften abzurechnen. Interessanterweise sollen alle Katalog-Autor_innen von der Pharmaindustrie finanziell unterstützt werden.

> »Jörg Blech weist in seinem Artikel (Blech, 2013) darauf hin, dass 70 Prozent der aktuellen DSM-Autoren als Berater für Pharmafirmen arbeiten. Der DSM betreibe ›Seelsorge für die Industrie‹, in dem er gesellschaftlich nicht erwünschte, störende Verhaltensweisen pathologisiere und damit für eine medikamentöse Behandlung zurechtrücke« (Eisenberg, 2014).

Der DSM umfasst verschiedene psychiatrische Diagnose-Kategorien wie z. B. »Störungen in Kindheit und Jugend«, »substanzinduzierte Störungen« oder »Schizophrenie u. a. psychotische Störungen«. Unter Kategorie 8. werden im DSM IV »Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität« aufgeführt.

Ein anderer weltweit anerkannter Krankheitskatalog ist die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD), die von der WHO herausgegeben wird. In Deutschland gibt es wie in anderen Ländern modifizierte Versionen. Die ICD-10 hat eine interkulturelle

Perspektive und zielt auch auf die Anwendung in der »Dritten Welt«. Seit 1952 ist eine massive Ausweitung der Diagnosen im ICD zu beobachten: Während es damals ca. 50 Diagnosen gab, sind es heute bereits mehr als 350. Die Diagnose F.64 »Störungen der Geschlechtsidentität«, in dem Abschnitt »Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen« aufgeführt, wurde mit der Option ausgeweitet, Psychiater_ innen einen weiteren Interpretationsspielraum zu geben. Die ICD-10 hat eigene und andere Klassifikationsschlüssel als das DSM. Der Anwendungsbereich des DSM liegt stärker in der U. S.-amerikanischen klinisch-psychologischen Forschung, der der ICD hingegen in den verschiedenen medizinisch-psychologischen Einrichtungen für Diagnosen und deren Klassifizierung.

Der Störungsbegriff

Der Begriff »psychische Krankheit« wurde im ICD-10 durch »psychische Störungen« ersetzt. Ersterer Begriff bezeichnete eine (quasi lebenslang) feststehende Krankheit: »psychische Störung« hingegen weist auf seelische bzw. psychische Zustände verschiedener Grade hin sowie auf deren temporären Charakter.

> »Psychische Störungen [zeigen] einen klinisch erkennbaren Komplex von Symptomen [...] an, die immer auf der individuellen und oft auch auf der Gruppen- oder sozialen Ebene mit [...] Beeinträchtigungen von Funktionen verbunden sind« (Dilling et al., 1998, S. 37).

In Folge von länger dauernden psychischen Beeinträchtigungen können Behinderungen entstehen, die von der WHO »als verminderte Bewältigungsfähigkeit von Alltagsaktivitäten definiert« sind (ebd., S. 23).

»Aus streng naturwissenschaftlicher Perspektive wird die psychiatrische Theorie oft als uneindeutig, irrational, willkürlich und nicht wissenschaftlich« (Shorter, 1999) angesehen. Die Validität dieser psychischen Diagnosen wird von einigen renommierten Expert_innen verneint.

> »Die Stärke jeder dieser Ausgaben des DSM war ›Reliabilität‹ – jede Edition stellte sicher, dass Kliniker dieselben Begriffe in derselben Weise benutzten. Seine Schwäche ist sein Mangel an Validität. Anders als bei unseren Definitionen der Ischämischen Herzkrankheit [...] beruhen die DSM-Diagnosen auf dem Konsens über Muster klinischer Symptome, nicht auf [...] objektiven Labor-Daten. In der übrigen Medizin wurden [...] symptombasierte Diagnosen [...] im letzten halben

> Jahrhundert weitgehend ersetzt, weil wir verstanden haben, dass Symptome selten die beste Wahl der Behandlung anzeigen. Patienten mit psychischen Störungen haben Besseres verdient« (Insel, 2013).

Eine sichere psychiatrische Diagnosestellung nach den Kriterien von ICD bzw. DSM ist oft unmöglich. Denn subjektive Empfindungen wie Stimmungen, Weltanschauungen, Identitätsgefühle sind weder äußerlich sichtbar noch objektivierbar und deshalb nicht diagnostizierbar, ebenso wenig wie das geschlechtliche Empfinden. Psychodiagnostik kann »nur im Dialog und im Beziehungserleben des/der Therapeuten_in« (Güldenring, 2013, S. 12) »zum/zur Patienten_in aus der subjektiven Sicht des/der Therapeuten_in wahrgenommen und beschrieben werden« (ebd., S. 11f.).

Geschlechtsidentitätsstörung

Die unter F64 im ICD 10 aufgeführten »Störungen der Geschlechtsidentität« werden unterteilt in F64.0 »Transsexualismus«, F64.1 »Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen«, F64.2 »Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters«, F64.8 Sonstige Störungen der Geschlechtsidentität etc. (Demiel, 2014, S. 46f.).

Der Begriff »Geschlechtsidentität« umschreibt das subjektiv empfundene Geschlecht einer Person, das zwar nicht an »Äußerlichkeiten« (Körpermerkmalen, Kleidung, Verhalten etc.) direkt erkennbar ist, aber durch psychiatrische Diagnosen letztlich daran »festgemacht« und somit festgeschrieben wird. Der Begriff und weitere Unterbegriffe unterstellen, dass Trans*-Identitäten im Einzelfalle ein »regelwidriger, vom Leitbild des gesunden Menschen abweichender Körper- und Geisteszustand« (BSG 1 RK 14/92, S. 72, 96, 98) sind. Dies vermittelt die Norm, nach der es nur Männer oder Frauen in einer Gesellschaft geben würde. Vermeintliche Abweichungen von der Zweigeschlechterordnung werden als krankhaft angesehen. Die Medizin bietet daher Unterstützung zu einer angeblichen Geschlechtsangleichung an: als »Männlichkeitsmerkmale« definierte Phänomene zu einem »Frau-Sein« (oder umgekehrt scheinbare »Weiblichkeitsmerkmale« zu einem »Mann-Sein«) durch operative, hormonelle und andere Maßnahmen »anzugleichen«, um somit wieder Ordnung im binären Geschlechtersystem zu schaffen. Nach dem psychiatrischen Weltbild leben Trans* Menschen im »falschen Körper«, der durch medizinisch-psychiatrische Interventionen korrigiert werden sollte und dessen »Wahrheit« quasi erst durch »Begutachtung«

bestätigt werden müsse: ein Prozess, der einem Ritual zwischen forensischer Ermittlung und katholischer Beichte gleicht. Für zwischen den Geschlechtern sich »verortende« Transgender und die reale Vielfalt anderer geschlechtlicher Ausdrucksweisen gibt es in diesem starren System keinen Platz.

Folgen für Trans*-Personen

Auf der Basis dieser Festschreibungen werden Trans*-Personen als krank nicht nur im psychischen, sondern auch im körperlichen Sinne, in der sozialen Interaktion und in der kulturellen Dimension angesehen. Dies ist eine Grundlage von Transphobie als einer Form der strukturellen Gewalt. Menschen mit einem geschlechtsuneindeutigen Auftreten werden überdurchschnittlich häufig Opfer von trans- und homophober Gewalt, deren Zahl erschreckend zunimmt. Das »Trans Murder Monitoring Projekt« der TGEU zählte anlässlich des »Transgender Day of Rembrance« (TDOR), einem jährlichen Gedenktag, insgesamt 1612 gemeldete Morde an Trans* Menschen in 62 Ländern aus allen Kontinenten vom 1. Januar 2008 bis zum 1. Oktober 2014.

Die meisten Morde von Trans*-Menschen werden aus Mittel- und Südamerika registriert (ca. 80%). In Europa wurden 90 Morde an Trans*-Menschen aus 13 Ländern berichtet, davon 37 aus der Türkei und 27 aus Italien.

Die Transphobie geht mit individuellen und gruppenspezifischen Stigmatisierungen einher und erzeugt (Mehrfach-)Diskriminierungen. Diese Tatsachen drängen Trans*-Personen an den Rand der Gesellschaft. Sie grenzen aus der Erwerbsarbeit, ja oftmals sogar aus der Möglichkeit, eine Wohnung zu mieten, aus. In vielen Teilen der Welt haben Trans*-Personen keinen Zugang zu öffentlich finanzierten trans*-spezifischen Gesundheitsleistungen (Hormone, Operationen etc.). In nur wenigen Ländern existieren Gesetze zur Personenstandsänderung, z. B. in der BRD das Transsexuellengesetz (TSG). Psychiatrische Gutachten mit entsprechend stigmatisierenden Diagnosen sind ebenso Voraussetzung, wie in anderen EU-Ländern oft bürger- und menschenrechtsverletztende Sterilisation oder Genitaloperationen vorausgesetzt werden. Die auch im TSG ursprünglich verlangte Sterilisation wurde vom Bundesverfassungsgericht im Jahr 2011 als nicht verfassungsgemäß gerügt und findet seither keine Anwendung mehr. In anderen Ländern wiederum gibt es immer noch ein gesetzliches Verbot von Genitaloperationen und/oder Crossdressing (STP, 2012, S. 3). Der Stigmatisierung »psychisch gestört« folgen weitere Diskriminierungen im Gesundheitswesen selbst. Folge sind Selbstmedikation und Selbstbehandlungen (z. B. mit indus-

triellem Silikon) sowie medizinische Behandlungen unter unhygienischen und risikobehafteten Bedingungen. »Konversionstherapien« (zur »Angleichung« des Verhaltens an das sog. Geburtsgeschlecht) und andere Formen von institutionalisierter Gewalt und nicht auf Konsens beruhende »Therapien« negieren das Menschenrecht auf Selbstbestimmung und freie Entfaltung der Persönlichkeit.

III. Kritik und Forderungen

Selbst kritische Psychiater_innen sind der Ansicht, dass sich Trans*-Identität nicht begutachten lässt. Bis heute gibt es keinen Nachweis, keine wissenschaftliche Untersuchung, die belegt, dass Trans*-Identität eine psychische Störung sein könnte. Im Gegenteil: Seit fast 100 Jahren stellen Psychotherapeut_innen und Psychiater_innen unter anderem fest, dass Trans*-Menschen nicht therapierbar sind bzw. sich Transidentität durch Psychotherapie nicht ändern lässt. Empirische Untersuchungen belegen auch, dass Trans*- Personen nicht »psychisch gestörter« sind als andere Menschen.

> »Dipl.-Psych. Dr. rer. nat. Kurt Seikowski von der Gesellschaft für Sexualwissenschaft e. V. untersuchte Trans*-Menschen auf ihre psychische Gesundheit: In einer Untersuchung an 95 Männern, … und 76 Frauen, […] wurden sie auf psychosomatische Beschwerden, Verhaltensprobleme, Persönlichkeitsmerkmale und ›neuroserelevante Einschränkungen im zwischenmenschlichen Bereich‹ abgeklopft« (Atme, 2012, S. 16ff.).

> »Daraus lässt sich einfach folgern: Transsexuelle sind psychisch so normal wie du und ich« (Demiel, 2014, S. 48).

> »Natürlich kann man ›Trans*‹ aus psychiatrischer Sicht gar nicht begutachten. Begutachtung bedeutet, dass Tatsachen objektiviert werden. Genau dies ist bei ›Trans*‹ nicht möglich, es gibt keinerlei objektivierbare Kriterien, anhand deren objektiv festgestellt werden könnte, ob jemand transsexuell ist oder nicht. Es gibt keinen Test oder/und auch keine sonstige Untersuchungsmethode, die eine solche Unterscheidung ermöglicht« (Haupt, 2013a, S. 117).

> »›Diagnostik mit der Schlüsselgewalt eines ICD-Schlüssels läuft Gefahr, »Menschen mittels an Stereotypen orientierten Beurteilungen zu kategorisieren, in dem nach Ankreuzen einer Anzahl von Symptomen Abweichungen von der Norm be-

stimmt werden«. [Denn die – d. V.] psychiatrische Diagnostik misst somit das »Non-Konforme«, »Abweichende« und das Ungewöhnliche‹ (Pohlen, Bautz-Holzherr 2001) ›nach durchschnittlichen Maßstäben, setzt [sie – d. V.] vielfach mit Krankhaftem, somit Behandlungsbedürftigem‹ (Güldenring, 2013, S. 12) gleich« (Allex & Demiel, 2014, S. 89f.).

Die Internationalen STP-Kampagne fordert deshalb:

- die Streichung der Kategorie »Geschlechtsidentitätsstörung« und ihrer weiteren Bestimmungen aus dem DSM und die völlige Streichung der Blöcke/Kategorien F64, F65.1 und F66 im Kapitel V des ICD,
- das Recht ein, Namen und Geschlechtsangaben in den offiziellen Dokumenten zu verändern, ohne Notwendigkeit einer medizinischen oder psychologischen Überprüfung;
- das Recht ein, »frei darüber entscheiden zu können, ob wir unsere Körper verändern wollen oder nicht bzw. wie weit, und unsere Entscheidung ohne institutionelle, politische und ökonomische Blockaden« und jegliche medizinische Zwänge zu treffen,[4]
- dass die Gesundheitssysteme gegen den Begriff »Störung der Geschlechtsidentität« unter Anerkennung der Transphobie, die der aktuellen Klassifizierung zugrunde liegt, Position beziehen und dass sie die klinischen Protokolle der Transsexualität verändern und die psychiatrische Begutachtung zu einem unnötigen Schritt sowie die psychotherapeutische Begleitung zu einer freiwilligen Option machen. »Wir fordern auch die Einstellung der Operationen an intersexuellen Neugeborenen.«
- dass »der Zugang zur Arbeitswelt und die Entwicklung spezifischer Politiken garantiert werden, um der Marginalisierung und Diskriminierung unseres Kollektivs ein Ende zu setzen«,
- »Gesundheits- und Sicherheitsbedingungen für die Sexarbeit und das Ende polizeilicher Verfolgung von Sexarbeiter_innen sowie das Ende des Menschenhandels«,
- »die unmittelbare Erteilung politischen Asyls« für migrierte Trans*-Personen, die auf der Flucht vor Situationen extremer Gewalt in unser Land kommen, und fordern gleichzeitig die vollständige rechtliche Gleichstellung der migrierten Personen. »Wir klagen die Auswirkungen der aktuellen Ausländerpolitik auf die sozial verletzlichsten Sektoren an.«
- uns nicht als Opfer zu betrachten, sondern als

4 Vgl. http://www.stp2012.info/old/de/news#erklaerung_abril2010 (20.11.2015).

»Personen, die über ihre eigene Identität aktiv bestimmen. Wir wollen auch an alle Aggressionen und Mordfälle an Trans*- Personen sowie an Selbstmorde von Trans*-Personen erinnern, die durch Transphobie ausgelöst wurden. Wir weisen auf die Schuld des Systems an diesen Gewaltakten hin. Das Schweigen bedeutet Komplizenschaft.

Schließlich wollen wir die extreme Starrheit offensichtlich machen, mit der sich das Binom Mann/Frau als einzige und ausschließliche Kategorie aufzwängt, ein Binom, das konstruiert ist und infrage gestellt werden kann. Allein unsere Existenz zeigt die Falschheit der Polarisierung und weist auf eine verschiedenartige und vielfältige Realität hin. Eine Vielfalt, die wir heute würdigen.«[5]

IV. Vorschläge

Zur Gewährleistung von öffentlich finanzierten Behandlungen schlug die Internationale STP-Kampagne im Jahr 2012 die Einführung einer nicht pathologisierenden Nennung von trans*-spezifischer Gesundheitsversorgung im ICD 11 vor – als eines Gesundheitsprozesses, der nicht auf Krankheit beruht. Aus einer Entpathologisierungs- und Menschenrechtsperspektive soll in das Kapitel XXI des ICD 11 »Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen« ein neuer Abschnitt für eine Trans*-Gesundheitsversorgung eingeführt werden. Das soll garantieren, dass die »Trans*-Gesundheitsversorgung« das selbstbestimmte Geschlecht einer Person unabhängig vom im Allgemeinen bei der Geburt zugewiesenen Geschlechtes anerkennt und bestätigt. Der Zugang zu »geschlechtsangleichenden« Behandlungen (Hormone, Brust-Operation, Hysterektomie, Genitaloperation, operative Nachsorge etc.) und allgemeiner Gesundheitsversorgungen, die Trans* betreffen (gynäkologische/urologische Vorsorge, reproduktive Gesundheit, Beratung und Psychotherapie etc.) soll freiwillig in einem Modell von Information, Beratung und aufgeklärter Einwilligung ohne psychiatrische Begutachtung erfolgen. Das schließt ein Recht für Kinder und Jugendliche auf Zugang zur Trans*-Gesundheitsversorgung mit ein, das zugleich vor nicht konsensuellen Behandlungen schützt und eine Medizinalisierung von vielfältigen Geschlechts-Ausdrucksweisen vermeidet.

Der Vorschlag enthält wesentliche Aspekte zur Förderung der geschlechtlichen, sexuellen und reproduktiven Selbstbestimmung von Trans*-Personen. Diese

5 Vgl. http://www.stp2012.info/old/de/manifest (20.11.2015).

beinhalten eine selbstbestimmte Vornamen- und Personenstandsänderung ohne psychologische Gutachten, einen selbstbestimmten Zugang zur Gesundheitsversorgung und Hormonen, eine Selbstbestimmung des Ziels und der Dauer des Transitionsprozesses entgegen einem staatlich autoritär gesetzten Zieles der Normalisierung, die Selbstbestimmung medizinischer Maßnahmen sowie nicht diskriminierende Gesundheitsangebote körperlicher und psychologischer Natur. Dazu zählt ebenfalls ein Offenbarungsschutz, der den Datenschutz und den Schutz der Privatsphäre beim »Passing« (Anerkennen der selbstbestimmten Geschlechtsidentität durch andere) beinhaltet (Hamm & Sauer, 2014, S. 27).

Hierzu sind Veränderungen in der institutionellen Infrastruktur erforderlich. Dazu gehören das Abgehen von der Normierung in einer Zweigeschlechterordnung, die Anerkennung der sexuellen und geschlechtlichen Vielfalt, die Abschaffung psychiatrischer Diagnosen bzgl. Trans*, eine Festlegung menschenrechtlich relevanter und nicht diskriminierender Gesundheitsmaßnahmen sowie die strafrechtliche Verfolgung von Gewaltverbrechen an Trans*.

V. Entwicklungen im DSM 5 und der ICD-11-Debatte

In der aktuellen Überarbeitung der internationalen Krankheitskataloge ist eine fortlaufende Pathologisierung nicht heteronormativer Geschlechtsidentitäten und Ausdrucksformen bei Kindern und die Ausweitung der pathologisierenden Kriterien bei Jugendlichen und Erwachsenen auf eine weite Bandbreite von nicht binären Ausdrucksformen zu erkennen. Sie bleibt damit nicht mehr nur auf Menschen beschränkt, die eine hormonelle oder chirurgische Behandlung anstreben.

Im Mai 2013 wurde das DSM 5 der APA veröffentlicht. Dort ist der Abschnitt »Störungen der Geschlechtsidentität« durch den Begriff »gender dysphoria« ersetzt. Die darin enthaltenen Modifizierungen enthalten keine Entpsychopathologisierung von trans*-Ausdrucksweisen und Identitäten (vgl. STP, 2013), da sie »weiterhin unter den diagnostischen Kategorien der ›Geschlechtsdysphorie‹ und der ›Transvestitischen Störung (APA, 2013a, S. 451, 702)‹ aufgeführt« sind. Der Inhalt von »gender dysphoria« sieht einen Zustand von »klinisch erheblichem Unwohlsein (Stress) oder Insuffizienz der Funktion im sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Gebieten« (Kriterium B) (APA, 2013a, S. 453) als relevantes Kriterium zur Anwendung der Diagnose an. »Geschlechtliche Nonkonformität [sei – d. V.] nicht ›an sich‹ eine Geistesstörung« (APA, 2013a, S. 1). Demnach fallen nicht alle, die von dem im Allgemeinen bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht »abweichen« unter die Diagnose »gender dysphoria«, sondern nur

diejenigen, die einen Leidensdruck verspüren, oder dieselben Personen fallen unter die o. g. Diagnose, wenn eine Transition erschwert[6] oder verwehrt wird bzw. wenn sie aus der Sicht der Umgebung sozusagen sozial auffällig werden. Mit dem Leidensdruck unterstellte Funktionseinschränkungen (sozial, beruflich etc.) sind eine Projektion von Geschlechtsrollenerwartungen der Akteur_innen der sozialen Umgebungen in die betreffende Person, der »abweichendes Verhalten« (vgl. Allex & Demiel, 2014, S. 91) bzw. »Unvermögen zum Ausfüllen von Rollenerwartungen« unterstellt wird. »Gender dysphoria« sieht auch den »Geschlechtsangleichungsprozess« als Behandlungsbedarf suggerierenden Leidenszustand an. Dies postuliert, dass Trans* grundsätzlich einen »leidvollen« Weg zum binären »Gegengeschlecht« beschreiten müssten, der bei »Ankunft im Gegengeschlecht« beendet sei. Trans*-Ausdrucksweisen jenseits der binären Norm werden unsichtbar gemacht. Unsinn ist ebenso die Annahme einer vorhersehbaren Wechselbeziehung zwischen Geschlechtsidentität und »sexueller Orientierung«. »Sowohl der als Mann geborene als auch die als Mädchen geborenen, werden fast alle sexuell angezogen von Personen ihres Geburtsgeschlechtes« (APA, 2013a, S. 455). Dies unterstellt, dass alle Trans* per se homosexuell seien. »Die Begriffsbenutzung von ›geborenes Mädchen‹/›geborener Junge‹, ›geborene Frau‹/›geborener Mann‹ (APA, 2013a, S. 453, 455) in der Fachsprache behindert ein Verständnis ›sich auf Trans*-Menschen in ihrer gelebten Geschlechtsidentität im Unterschied zu dem im Allgemeinen bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht zu beziehen‹« (STP, 2013). Ausdruck der Diagnosenausweitung im DSM 5 ist die Einbeziehung der Geschlechtsvielfalt von Kindern. (APA, 2013a, S. 452) (siehe Kritik ICD 11-E).

Die »Transvestitische Störung« (APA, 2013a, S. 702) steht weiterhin im DSM-5 und wird ausgedehnt auf nicht belegte Hypothesen über Fetischismus wie »Autogynäkophilie« und »Autoandrophilie«, die »in der vorherigen Version des Entwurfs der Kategorie [bereits – d. V.] vorgesehen war (Knudson, De Cuypere & Bockting, 2011, S. 10). Selbst der kanadische Psychiater Blanchard, der diese Theorien entwickelt hat, beschied seine Konstrukte nur als theoretische Annahmen« (Allex & Demiel, 2014, S. 94).

Amerikanische Psychiater_innen reformierten ihr Spielfeld. Die Diagnose »Gender dysphoria« ist nur entstigmatisierend umhüllt. Scheinbar sind mit dem neuen Begriff die Kritiken an der bisherigen Diagnose »Geschlechtsidentitätsstörung« aufgenommen. Aber bei näherem Hinsehen werden unter dem neuen

6 Zum Beispiel durch den sogenannten Alltagstest, der zur Bestätigung einer Diagnose für einen längeren Zeitraum verlangt, ohne vorgenommene körperliche Veränderungen im subjektiv empfundenen »Gegengeschlecht« in der Öffentlichkeit aufzutreten.

Gewand nur alte reaktionäre Klamotten erkennbar. Die Neufassung des DSM bestätigt die Zweigeschlechterordnung, bleibt Bestandteil des Handbuches »psychischer Krankheiten«, erweitert die Optionen für Psychopathologisierung auf weitere »abweichende« Ausdruckweisen, inkl. sexueller Orientierungen, aus und projiziert die Ursache für »gestörte soziale Beziehungen« in die Trans*-Person selbst hinein.

> »In Anbetracht des Charakters des DSM als ›Diagnostisches und statistisches Handbuch von geistigen Störungen‹, sind wir besonders besorgt über das Risiko, das einem Psychopathologisierungsprozess von Geschlechtervielfalt innewohnt einschließlich der Gefahr der Exposition von Situationen von sozialer Diskriminierung, Konversionstherapien und andere Formen des iatrogenen Missbrauchs« (vgl. Bryant, 2006; Langer & Martin, 2004).

Aus diesen Gründen ist der Begriff in seiner Tragweite »an und für sich« ein Rückschritt. Derartige institutionelle Festsetzungen schüren eine »Genderhysterie«, die sowohl Trans*-Personen als auch alle diejenigen, die sich in einem progressiven Sinne mit Genderausdrucksweisen und politischen Forderungen befassen, mit handfester Trans*-bzw. Homophobie bedroht. Die Diagnose »Gender dysphoria« ist aus dem DSM zu entfernen.

Zwiespältige Ansätze im ICD-Prozess

Die ICD-Arbeitsgruppe zur Klassifikation von sexuellen Störungen und sexueller Gesundheit wollte die Psychopathologisierung trans*-spezifischer Kategorien in der ICD beenden (Drescher et al., 2012, S. 575). Sie schlug einen Ansatz vor, der »(1) reflektierender von aktuellen wissenschaftlichen Beweisen und besten Methoden ist; (2) mehr auf die Bedürfnisse, Erfahrung und Menschenrechte dieser verwundbaren Population eingeht; und (3) unterstützender in der Bereithaltung von zugänglichen und hochwertigen Dienstleistungen für die Gesundheitsfürsorge« ist (ebd.). Dies entsprach der Einführung »einer nicht pathologisierenden Kategorie trans*-spezifischer Gesundheitsversorgung im ICD, außerhalb des 5. Kapitels ›Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen‹ mit dem Ziel der öffentlichen Deckung der Kosten weltweit«.

Ihr Vorschlag im ICD-11-beta-online-Entwurf für die Weltgesundheitsversammlung enthält aktuell die Kategorien ›Geschlechtsinkongruenz in der Adoleszenz und bei Erwachsenen‹ und ›Geschlechtsinkongruenz in der Kindheit‹.

Beide Kategorien sollen in einem neu geschaffenen Abschnitt im ICD-11: Kapitel 06 ›Bedingungen, die sich auf sexuelle Gesundheit beziehen‹ erscheinen. Zum »ersten Mal in der Geschichte« schlösse »die WHO Trans* Themen in einem getrennten Kapitel unabhängig vom Kapitel über ›Psychische und Verhaltensstörungen‹ ein« (vgl. GATE & STP, 2014). Die WHO-Arbeitsgruppe ist damit erstmals dem Anspruch der Trans*-Bewegung auf Entpathologisierung teilweise entgegen gekommen. Dennoch ist das Ziel einer Entpathologisierung von Trans*-Erwachsenen und Kindern sowie der Vielfalt von Identitäten und Körpern nicht erreicht. Titel und Inhalte des Vorschlages bedürfen einer Überarbeitung, um die Verbindung von Trans*-Gesundheitsthemen und anderen pathologisierenden Kategorien zu beenden. Auch sollte die neue Version des ICD nicht wieder Geschlechtsstereotypen hervorbringen. Neben den bisherigen Forderungen verlangen GATE und die STP-Kampagne von der WHO eine »fortlaufende Beteiligung der Trans*-Bewegung im ICD-Revisionsprozess« (STP, 2013, S. 5).

Der Titel »Sexual Health and Sexual Disorders« (Drescher, 2013, S. 574, 11) des Erstentwurfes und der Inhalt der trans*-spezifischen Kategorien »Gender Incongruence« (ebd., S. 569, 11) sind pathologisierend. So z. B. der Störungs-Begriff (vgl. STP, 2013, S. 2) und der den Zustand vor einer sog. Geschlechtsangleichung und den Prozess der sog. Geschlechtsangleichung selbst pathologisierende Name »Gender Inkongruenz«, der vom normativen Zustand einer binären »Kongruenz« ausgeht. »Der psychologisch-psychiatrische Charakter des Begriffes intendiert eine fortlaufende Konzeptualisierung der sog. Geschlechtsangleichung als psychisches Problem« (Allex & Demiel, 2014, S. 98) auch außerhalb des Kapitels V ICD. »Dadurch werden die gegenwärtigen klinischen Praktiken der psychologisch-psychiatrischen Evaluation für den Zugang zu trans*-spezifischen Behandlungen bestärkt« (STP, 2013, S. 2). Die Bezeichnung bestätigt »die Psychiatrie in ihrer Rolle als ›gate-keeper‹ (Türwächter) von trans*-geschlechtlicher Gesundheitsversorgung« (Allex & Demiel, 2014, S. 99). Abgelehnt werden der Diagnoseentwurf »Geschlechtsinkongruenz in der Kindheit«[7] (Drescher et al., 2012, S. 570; Drescher, 2013, S. 11) für den ICD 11 sowie der Begriff »Gender/Body Divergence«, wie ihn auch die WPATH (WPATH, 2013, S. 2) befürwortet.

> »Die Erforschung von Gender-Ausdrucksweisen während der Kindheit, die sich von dem im Allgemeinen bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht unterscheiden, [beruht – d. V.] nicht notwendigerweise auf einer Erfahrung von Stress oder einem

7 »Gender Incongruence of Childhood«

> Konzept von Krankheit, Störung oder einer Bedingung, die gesundheitliche Versorgung benötigt, besonders nicht in affirmativen kulturellen Kontexten« (Gómez, 2004).

Die Kategorie ist deshalb klinisch unnötig. Wenn solche Kinder »psychologische und soziale Beratung bezüglich einer Erforschung von Gender-Ausdrucksweisen oder Erfahrungen von Diskriminierung benötigen, ebenso wie Eltern und andere sozial nahestehende Personen«, bedarf es dazu nur einer »Verfügbarkeit von Professionellen in einem Rahmen, der sowohl nicht pathologisierend als auch offen für die Gendervielfalt ist« (vgl. STP, 2013, S. 2). Eine Diagnose »Geschlechtsinkongruenz in der Kindheit« enthält außerdem das Risiko sowohl »einer Pathologisierung als auch einer Medikalisierung einer freien kindlichen Erforschung von Gender Ausdrucksweisen und Identitäten« (Ansara & Hegarty, 2011).

> »Kinder sind besonders verletzlich für Situationen von Diskriminierung, medizinischem Missbrauch oder Konversionstherapien, aufgrund einer häufig fehlenden Anerkennung ihrer partizipativen Rechte in klinischen Entscheidungen. Dadurch laufen sie auch Gefahr, das bioethische Prinzip von ›nonmaleficence‹ (vgl. Beauchamp, Childress 1999 [1979]: 114) zu brechen« (STP, 2013, S. 4).

Zudem widerspricht »Geschlechtsinkongruenz in der Kindheit« den Prinzipien verschiedener internationaler Menschenrechtsvereinbarungen.

VI. Ausblicke

Die Forderungen der STP-Kampagne konnten durch Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit Einfluss auf die Gestaltung von Gesetzestexten verschiedener Länder gewinnen.

Am 10. Mai 2012 wurde im argentinischen Senat mit 55 Stimmen, bei einer Enthaltung und ohne Gegenstimmen, das weltweit einmalige Gesetz Nr. 26.743 »Recht auf Geschlechtsidentität« beschlossen. Es erfordert keine Diagnose zur Erlangung einer rechtlichen Personenstandsänderung oder zum Zugang zu einer medizinischen Behandlung. Es nimmt das Menschenrecht auf Selbstbestimmung der Identität ernst und etabliert eine konsensuelle Arzt-Patient-Beziehung als »Best Practice« für den Trans*-Zugang zum Gesundheitssystem. Unter Berufung auf die Menschenrechtsprinzipien von Yogyakarta (2007) wird Geschlechts-

identität als selbstbestimmte, eigenständig von einer Person wahrgenommene Identität angesehen, die eine Person innerlich fühlt, unabhängig von dem im Allgemeinen bei Geburt zugewiesenen Geschlecht. Eine Diagnose ist daher unnötig.

Eine Namensänderung erfolgt auf Antragstellung. Alle medizinischen Maßnahmen unterliegen der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht, die Behandlung ist kostenlos, auch wenn jemand privat oder beruflich krankenversichert ist. Bei Geburt als uneindeutig angesehene Säuglinge werden nicht mehr operativ einem Geschlecht zugeordnet. Minderjährige erhalten das Recht, Namen, Geschlecht und Bild im Pass selbst zu wählen – in Übereinstimmung mit ihren Eltern oder einem Vormund. Auch Ausländer_innen mit dauerhaftem Wohnsitz in Argentinien haben das Recht auf Personenstandsänderung, insbesondere wenn sie eine Erklärung abgeben, dass in ihrem Ursprungsland eine Transition nicht möglich ist.

Am 01.09.2014 trat in Dänemark ein lange diskutiertes Gesetz zur Personenstandsänderung für Erwachsene ab dem 18. Lebensjahr ohne eine psychiatrische Diagnose oder andere vorausgesetzte medizinische Prozeduren (Sterilisation o.ä.) in Kraft. Erstmalig ist dies in Europa durch ein selbstbestimmtes, administratives Antragsverfahren geregelt. Allerdings muss nach einer Warteperiode von sechs Monaten der Antrag vor endgültiger Bearbeitung ein zweites Mal erneut gestellt werden, da die Antrag stellende Person davor bewahrt werden soll, Irrtümer in der Wahrnehmung ihres Geschlechtes zu riskieren. Wir sehen darin eine pathologisierende Unterstellung, dass Trans*-Menschen sich nicht über ihr eigenes Geschlecht bewusst seien. Wir fordern wie die TGEU (Presseerklärung 01.09.2014) die Aufhebung der Beschränkung auf Erwachsene und die sofortige Streichung der Warteperiode.

Entpathologisierende Schritte sind auch in anderen Ländern wahrnehmbar. Am 18.07.2014 wurde von der andalusischen Regionalregierung eine Selbstbestimmung im Gesetz zur Personenstandsänderung festgelegt, die ebenfalls ein administratives Antragsverfahren ohne Psycho-Diagnose bzw. andere medizinischen Voraussetzungen vorsieht.[8] Es widerspricht allerdings den in Spanien auf nationaler Ebene gültigen gesetzlichen Regelungen, die vorrangig sind. In Andalusien kann zudem die Wartezeit für operative Maßnahmen bis zu 10 Jahren betragen!

Nachdem sich in Schweden eine Trans*-Frau weigerte, sich von einem schwedischen »Genderteam« diagnostizieren zu lassen, gelangte das Stockholmer Ver-

8 http://www.juntadeandalucia.es/boja/2014/139/BOJA14-139-00010-12568-01_00051976.pdf (20.11.2015).

waltungsgericht am 22.05.2014 zu dem Urteil, dass eine psychiatrische Diagnose zur Personenstandsänderung nicht erforderlich sei. Denn im schwedischen Gesetzestext ist nicht explizit eine Psycho-Diagnose als Kriterium der Geschlechtsanerkennung vorgesehen.

Am 30.05.2014 veröffentlichte die WHO ein Statement gegen erzwungene Sterilisierung, die ausdrücklich Trans* und Inter* mit einschließt.

In Norwegen, das keine gesetzlichen Regelungen zur Personenstandsänderung kennt, wurde in einer Entscheidung der norwegischen Ombuds-Gleichheitskörperschaft die in der Praxis gängige Voraussetzung einer Sterilisation gerügt. Es wurde hervorgehoben, dass diese Praxis dem Anti-Diskriminierungsgesetz widerspricht.

Rückschläge in der Homosexuellengesetzgebung gibt es allerdings z. B. in Russland und Indien.

In Deutschland steht die Abschaffung des TSG bei den Trans*-Initiativen im Fokus. Überdies ist es erstmals gelungen, dass zwei Trans*-Aktivist_innen in der Leitlinien-Arbeitsgruppe »Geschlechtsdysphorie« zur Überarbeitung der »Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen« mitarbeiten. Ziele und Mittel dieser Arbeitsgruppe sehen wir wegen deren Zusammensetzung und unserer o. g. Kritik an der Kategorie »Geschlechtsdysphorie« skeptisch.

Begriffserläuterungen zu diesem Artikel

APA – Dieser Artikel verwendet diese Abkürzung ausschließlich in Bezug auf die American Psychiatric Association, deutsch: Amerikanische Psychiatrische Vereinigung. Dieser Artikel nimmt keinen Bezug auf die American Psychological Association, die sich ebenfalls APA abkürzt.

Autoandrophilie – Seit etwa 2000 aufgekommenes Theoriekonstrukt, welches das Erleben und Verhalten einer Person als »dranghaft« und »abweichend« beschreibt, die sexuell erregend empfindet, ihren eigenen Körper als männlich wahrzunehmen oder zu fantasieren, mit der Konnotation, dass sie sich quasi als Mann selbst fetischisiert.

Autogynophilie – Theoriekonstrukt, welches das Erleben und Verhalten eines Menschen als »dranghaft« und »abweichend« beschreibt, der sexuell erregend empfindet, seinen eigenen Körper als weiblich wahrzunehmen oder zu fantasieren, mit der Konnotation, dass er sich quasi als Frau selbst fetischisiert. Dieses

Theoriekonzept kam in den 1980er Jahren auf, nach der Beobachtung, dass eine Reihe von Menschen, die vorher als Männer galten und als heterosexuell wahrgenommene Beziehungen führten, verweiblichende Maßnahmen, jedoch keine sexuelle Beziehung zu einem Mann anstrebten und unternahmen.

cisgender – Menschen, deren Geschlechtsrolle (und im Allgemeinen auch deren sog. »Geschlechtsidentität«) als zu ihren körperlichen Geschlechtsmerkmalen passend wahrgenommen wird.

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; deutsch: Diagnostisches und statistisches Handbuch psychischer Störungen. Geltungsbereich sind die USA, es dient insbesondere zu Abrechnungszwecken.

GATE – Global Action for Trans*Equality, internationales Trans*Netzwerk

Gender/Body Divergence – Gender und Körper Divergenz bzw. Nicht-Übereinstimmung

gender dysphoria – In den 1980er Jahren aufgebrachter Begriff, um Transsexualismus begrifflich zu entschärfen und zu ersetzen. In den 1990er Jahren wurde die Psychopathologisierung durch den Begriff »Geschlechtsidentitätsstörung« vorangetrieben. Da diese Psychopathologisierung in den letzten Jahren auch von sog. Fachkreisen seit 2010 infrage gestellt wird, erfährt der Begriff gender dysphoria – zu deutsch: Geschlechtsdysphorie – eine gewisse Wiederkehr, um (einen generell unterstellten, aber eigentlich erst durch die sozialen Verhältnisse erzeugten) Leidensdruck zwischen sog. »Geschlechtsidentität« einerseits und andererseits körperlichen Merkmalen sowie gesellschaftlicher Wahrnehmung auszudrücken.

genderdiversity – geschlechtliche Vielfalt

Genderhysterie – ist eine transphobe Steigerung der Ablehnung von genderkritischen Positionen, die sich in der Bedrohung von Genderkritiker_innen sowie der konkreten Androhung von Gewalt äußert.

Genderinkongruenz – geschlechtliche Nichtübereinstimmung

Gendernormativität – Im Sinne des Artikels ist die Vorstellung gemeint, Hauptgründe der Diskriminierung von Trans*-Menschen seien vorrangig Resultat ver-

schiedener sozialer Praktiken und Institutionen, die jene legitimieren und begünstigen, die sich mit dem ihnen (im Allgemeinen von klein auf) zugeschriebenem Geschlecht identifizieren in einer Gesellschaft, die nur zwei polare Geschlechtsrollen anerkennt; dabei wird einer Normierung durch Medizin (insbesondere Psychiatrie) und deren internationale Klassifikationen von Krankheiten eine entscheidende Rolle zugeschrieben. Daneben kann dieser Begriff außerhalb des Artikels auch die Beobachtung beschreiben, dass Menschen diskriminiert werden, deren körperliche Merkmale und Verhaltensweisen als abweichend von geschlechtsbezogenen gesellschaftlichen Erwartungen auffallen, oder wenn die Information (oder auch nur das Gerücht) aufkommt, physische Merkmale oder Sozialisationserfahrungen eines Menschen wichen von geschlechtsbezogenen gesellschaftlichen Erwartungen ab.

GIS – »Geschlechtsidentitätsstörung«

ICD – International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; deutsch: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme

Insuffizienz – Synonyme: Unzulänglichkeit, Unvermögen, Mangelhaftigkeit, Funktionsschwäche

Intersexualität – medizinischer Oberbegriff für Phänomene, bei denen der Körper nicht eindeutig und ausschließlich »männliche« oder aber nicht eindeutig und ausschließlich »weibliche« Geschlechtsmerkmale aufweist bzw. entwickelt

Inter* – von manchen Menschen mit Intersexualität präferierter Begriff, der im Rahmen dieses Artikels Anwendung findet; eine Auseinandersetzung hierüber und über andere Bezeichnungen ist nicht Gegenstand dieses Artikels.

Kongruenz – Übereinstimmung

Konversionstherapien – (meist Psycho-)Therapien, die darauf abzielen, die sog. »Geschlechtsidentität« und/oder ihre sexuelle Orientierung zu verändern. Das angestrebt Paradigma ist gewöhnlich heteronormativ. Eine Akzeptanz der zugedachten Geschlechtsrolle wird gewöhnlich gegenüber der sexuellen Orientierung priorisiert.

LSBTIQ – Lesben, Schwule, Bisexuelle, Trans*-, Intersexuelle und queere Personen

Nonkonformität – Abweichung von der Norm.

Normalisierung – Anpassung an die Norm.

Psychopathologisierung – Darstellung von Verhaltensweisen, Empfindungen, Wahrnehmungen, Gedanken, sozialen Verhältnissen oder zwischenmenschlichen Beziehungen als krankhaft. Diese negative Deklaration dient dazu die jeweilige Person nicht ernst nehmen zu müssen und um über ihren Kopf hinweg entscheiden zu können.

queer – (englisch: schmutzig, dreckig, schräg, abartig, pervers o.Ä.), ursprünglich im anglo-amerikanischen Kulturraum: kämpferische Wiederaneignung einer Beschimpfung als Selbstbezeichnung seitens Aktivist_innen zur Kennzeichnung der Ablehnung von sozialen, geschlechtlichen und sonstigen Identitäts- und Rollenzuweisungen. Im Deutschen von Teilen der schwul-lesbischen Bewegung unreflektiert als Eigenbezeichnung (»schwul«-»lesbisch«) benutzt, auch als Mode- und Partylabel, was wenigstens seit 2000 von deutschsprachigen Lesbenzusammenhängen durchaus problematisiert wird.

Trans* – Überbegriff, der sich auf all die Menschen beziehen soll, deren Geschlechtidentität und/oder Geschlechtsausdruck sich von ihren Geschlechtsmerkmalen unterscheidet, mitunter auch vom ihnen (im Allgemeinen von klein auf) zugeschriebenen Geschlecht. Dies soll Menschen umfassen, die als Transsexuelle, Transidentisch, Transgender, Transvestit/Crossdresser, Androgyn, Polygender, Genderqueer, No-gender, Gender variant oder mit irgendeiner anderen Geschlechtsidentität, die nicht dem Standard »Mann« oder »Frau« entspricht, beschrieben werden können, und die ihr Geschlecht in der Wahl ihrer Bekleidung, Darstellung oder Körpermodifizierung ausdrücken, was verschiedene chirurgische Eingriffe einschließen kann aber nicht muss.

Transgender – Gegenteil von Cisgender, Oberbegriff für alle Personen, für die das gelebte Geschlecht keine zwingende Folge des (im allgemeinen von klein auf) zugeschriebenen Geschlechts ist, oder die sich mit diesem nicht identifizieren können, sowie Selbstbezeichnung von Personen, die ihre Geschlechtsidentität jenseits der »Zwei-Geschlechterordnung« leben und damit eine unterstellte Geschlechtergegensätzlichkeit von Frau und Mann infrage stellen.

Transsexuelle – medizinische Bezeichnung von Personen, die mittels Operationen und/oder Hormonen ihren Körper an ihr erlebtes Geschlecht anpassen lassen wollen.

Transition – Im Rahmen dieses Artikels ist der gesamte Geschlechtsanpassungsprozess gemeint, andernorts z. T. vorrangig der »soziale Wechsel«.

TSG – Transsexuellengesetz

WHO – World Health Organisation (engl.), Weltgesundheitsorganisation. Aus der von der WHO vertretenen Definition von Gesundheit als »Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens« ist die Definition von Krankheit als Störung von Gesundheit abgeleitet. Diese Definition wird auch als bio-psycho-soziales Krankheitsmodell bezeichnet.

WPATH – World Professional Association for Transgender Health; deutsch: weltweite Berufsvereinigung für Trans*-Gesundheit

Zwei-Geschlechter-Ordnung in den Gesellschaften zeitgenössischer Industriestaaten wird vorherrschend angenommen, dass es genau zwei zueinander komplementäre Geschlechter geben würde.

Literatur

Allex, A. (Hrsg.). (2014). *Stop Trans*-Pathologisierung. Berliner Positionen zur Internationalen Kampagne* (3. überarb. Aufl.). Neu-Ulm: AG SPAK Bücher.

Allex, A. & Demiel, D. (2014). Entpathologisierung von Trans* – ein dorniger Weg. In A. Allex (Hrsg.), *Stop Trans*-Pathologisierung. Berliner Positionen zur Internationalen Kampagne* (3. überarb. Auflage; S. 86–111). Neu-Ulm: AG SPAK Bücher.

Ansara, Y. G. & Hegarty, P. (2011). Cisgenderism in Psychology. Pathologizing and Misgendering Children From 1999 to 2008. *Psychology & Sexuality, 3*(2), 137–160. DOI: 10.1080/19419899.2011.576696.

APA – American Psychiatric Association (2000). DSM-IV-TR, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Arlington: American Psychiatric Publishing.

APA – American Psychiatric Association (2013a). *DSM-5, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5thEdition*. Arlington: American Psychiatric Publishing.

APA – American Psychiatric Association (2013b). *American Psychiatric Association Releases DSM-5. Publication of diagnostic manual culminates 14-year development process*, May 17, 2013. http://www.psychiatry.org/File%20Library/Advocacy%20and%20Newsroom/Press%20Releases/2013%20Releases/13-31-DSM-5-Publication-News-Release.pdf (29.07.2013).

Atme e. V. (2012). *Stellungnahme an die WHO zur notwendigen Abschaffung der Diagnose F.64.0 bis F.64.9*, 2012, unter: http://atme-ev.de/texte/WHO-Deutsch-3.pdf (24.10.2014).

Berliner Bündnis STP (2012): What the fuck sind überhaupt »Geschlechtsidentitätsstörungen?« [Rede vom 24.10.2010 vor dem Sexualwissenschaftlichen Institut der Charité]. In A. Allex, *Stop Trans*-Pathologisierung. Berliner Beiträge für eine internationale Kampagne* (2. Aufl. 2013; S. 48). Neu-Ulm: AG SPAK Bücher.

Beauchamp, T. L., Childress J. F. (1999 [1979]). *Principios de Ética Biomédica*. Barcelona: Masson.

Blech, J. (2013). Wahnsinn wird normal. *DER SPIEGEL, 04/2013*.

Bryant, K. (2006). Making gender identity disorder of childhood: Historical lessons for contemporary debates. *Sexuality Research & Social Policy. A Journal of the NSRC, 3,* 23–39. DOI: 10.1525/srsp.2006.3.3.23.

BSG (Bundessozialgericht). 3 RK 15/86 vom 06.08.1987.

Demiel, D. (2014). Was bedeuten DSM-IV und ICD-10? In A. Allex (Hrsg.), *Stop Trans*-Pathologisierung. Berliner Positionen zur Internationalen Kampagne* (3. überarb. Aufl.; S. 43–49). Neu-Ulm: AG SPAK Bücher.

Dilling, H. Mombour, W. & Schmidt, H. (Hrsg.). (1998). *Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. Bern: Hans Huber.

Drescher, J., Cohen-Kettenis, P. & Winter S. (2012). Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *International Review of Psychiatry, 24*(6), 568–577.

Drescher, J. (2013). Controversies in Gender Diagnoses. *LGBT Health, 1*(1), 9–13. DOI: 10.1089/lgbt.2013.1500; http://online.liebertpub.com/doi/pdfplus/10.1089/lgbt.2013.1500 (29.07.2013).

Eisenberg, G. (2014). Psychiatrie als »Polizey-Wissenschaft«. In *NachDenkSeiten*, 21.01.2013. http://www.nachdenkseiten.de/?p=15917#more-15917 (13.01.2014).

GATE (Globale Aktion für Trans* Gleichheit) & STP, die Internationale Kampagne Stop Trans Pathologisierung (2014). Neue Entwicklungen im ICD Revisionsprozess. http://www.stp2012.info/old/en/news (22.11.2015).

Gómez, A. (2004). Trascendiendo. *Desacatos, Revista de Antropología Social, 14–15*, 199–208.

Güldenring, A.-K. (2013). Zur »Psychodiagnostik von Geschlechtsidentität« im Rahmen des Transsexuellengesetzes. *Zeitschrift für Sexualforschung, 26*(2), 160–174.

Hamm, J. A. & Sauer, A. T. (2014). Perspektivenwechsel. Vorschläge für eine menschenrechts- und bedürfnisorientierte Trans*-Gesundheitsversorgung. *Zeitschrift für Sexualforschung, 27*(1), 4–76.

Haupt, H.-J. (2013a). Trans*-Betreuung/Begleitung ohne transphobe Scheuklappen. In A. Allex (Hrsg.). (2014), *Stop Trans*-Pathologisierung. Berliner Positionen zur Internationalen Kampagne* (3. überarb. Aufl.; S. 111–129). Neu-Ulm: AG SPAK Bücher.

Haupt, H.-J. (2013b). Workshop-Manuskript der Transtagung Schweiz »Born this way!«, veranstaltet vom Transgender Network Switzerland am 07.09.2013 in Bern (S. 1–17).

ICD-11 Beta Draft. http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en (24.10.2014).

Insel, T. (2013). Director's Blog: Transforming Diagnosis. http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml (24.10.2014).

Knudson, G, DeCuypere, G. & Bockting W. (2011). Second Response of the World Professional Association for Transgender Health to the Proposed Revision of the Diagnosis of Transvestic Disorder for DSM 5. *International Journal of Transgenderism, 13*(1), 9–12.

Langer S. & Martin J. (2004). How Dresses can Make you Mentally Ill. Examining Gender Identity Disorder in Children. *Child & Adolescent Social Work Journal, 21,* 5–23.

Pohlen, M. & Bautz-Holzherr, M. (2001). *Eine andere Psychodynamik*. Bern: Hans Huber.

Praag, H. van (2000). Nosologomania. A Disorder of Psychiatry. *World J Biol Psychiatr, 1,* 151–158.

Shorter, E. (1999). *Geschichte der Psychiatrie*. Berlin: Alexander Fest Verlag.

STP – Internationale Kampagne Stop Trans*-Pathologisierung (2009). MANIFEST Internationales Netzwerk für Trans*-Entpathologisierung (06.12.2015).
STP – Internationale Kampagne Stop Trans*-Pathologisierung (2012). Reflexionen über den ICD-Revisionsprozess aus einer Entpathologisierungs- und Menschensrechtsperspektive, STP 2012 Koordinationsteam, Internationale Kampagne Stop Trans Pathologization. http://www.stp2012.info/STP2012_Reflexionen_ICD.pdf (24.07.2012).
STP – Internationale Kampagne Stop Trans*-Pathologisierung (2013). Reflexionen der STP bezüglich des ICD Überarbeitungsprozesses und der Veröffentlichung des DSM 5. http://stp2012.info/STP_Communique_August2013.pdf (24.10.2014).
TGEU (2014). Die Position der TGEU zur Revision des ICD 10. Pressemitteilung vom 06/04/2014. http://www.tgeu.org/TGEU_Position_on_the_revision_of_the_ICD_10#attachments (24.10.2014).
WPATH (2010). De-Psychopatholisation Statement. http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/de-psychopathologisation%205-26-10%20on%20letterhead.pdf (24.10.2014).

Trans* und sexuell?!

Transidentität, sexuelle Zufriedenheit und Sexualberatung

Anja Kruber

1. Einleitung

Trans* und sexuell zu sein, gilt im medizinisch-psychologischen Establishment nicht als unproblematisiert selbstverständlich – deswegen das Fragezeichen. Die vermeintliche (geschlechtliche) Identitätsproblematik der Betreffenden überlagert oft den Blick auf ihre Sexualität, obwohl jeweils die eine auch Grundlage der anderen ist. Es ist notwendig, den Fokus auf die sexuellen Bedürfnisse von trans* Personen und eine Sexualberatung für transidentifizierte Menschen zu richten – zur Bekräftigung deshalb das Ausrufezeichen.

Transidentität[1] ist eine Variation im Spektrum von Geschlechtlichkeit und ihrer Erlebensweise. In den meisten zeitgenössischen industrialisierten Gesellschaften ist die Vorstellung einer nahezu ausschließlichen Zweigeschlechtlichkeit hegemonial; sie strukturiert grundlegend viele Lebensbereiche wie Schule, Arbeit, Familie sowie Freundschaften und andere soziale Kontakte und spiegelt sich in diesen. »Identitäten und soziale Interaktionen sind vergeschlechtlicht« (Stein-Hilbers, 2000, S. 54).

Wenn Personen keinem der beiden sozial legitimierten Geschlechter zugeordnet werden können bzw. sich nicht zuordnen lassen wollen oder gesellschaftliche gesetzte Geschlechtergrenzen in äußerer Erscheinung und Habitus überschreiten, wird vermeintlich Naturgegebenes plötzlich als keineswegs selbstverständlich enttarnt.

---

1 Im Folgenden werden die Begriffe Transidentität, Transsexualität und Transgender durch die Schreibweise »Trans*« wiedergegeben. Das Sternchen symbolisiert den Raum für vielfältige Identitätsentwürfe innerhalb der Trans*Population. Das »*« wird für Substantive (Trans*) und Adjektive (trans*) genutzt.

Trans* Personen, die die quasi-natürliche Zweigeschlechternorm herausfordern, können Irritationen bei ihren Interaktions- bzw. Sexualpartner_innen hervorrufen. Sie selbst durchlaufen oftmals Verunsicherung und körperliche sowie zwischenmenschliche Unwägbarkeiten, um zu einer selbstbestimmten und zufriedenstellenden Sexualität zu finden und diese zu entwickeln. Im Gegensatz zum früheren medizinisch-psychologischen Paradigma, das sexuelles Begehren, Wünsche und Erleben von trans* Menschen negierte (vgl. Sigusch, 1979), wird trans* Personen durch das wissenschaftliche Ensemble, vor allem auch um Sigusch, »heute nicht mehr abgesprochen, sich als sexuelle Wesen zu erleben« (Sigusch, 2001, S. 568). Aber als gesellschaftliche Minderheit sind transidente Menschen noch immer von Diskriminierung und Exotisierung betroffen.

Mit der Sexualität, genauer der sexuellen Zufriedenheit, derjenigen Menschen, die sich als trans* identifizieren, beschäftigt sich dieser Beitrag. Dies bedeutet nicht, dass die Sexualität bei Trans* per se problematisch ist, auch wenn Trans* einen problematischeren Zugang zur Sexualität haben als nicht-trans* Menschen, wenn ihre Genitalien nicht »stimmig« sind (vgl. Lautmann, 2002, S. 403).

Erkenntnisziel und Konzept

Ziel dieser Untersuchung ist es, im Gespräch mit Betreffenden eine Annäherung an die sexuelle Zufriedenheit transidenter Menschen zu schaffen und aus den Ergebnissen praxisrelevante Ideen zur Sexualberatung transidenter Menschen abzuleiten, damit ein Angebot geschaffen werden kann, welches diejenigen auf dem Weg zu einer selbstbestimmten, lustvollen und konfliktarmen Sexualität unterstützt, die dies möchten.

Dabei stehen folgende Fragen im Fokus:

- Sind es dieselben Prädiktoren, die anzeigen, dass Transsexuelle ein erfülltes Sexualleben haben, die auch für nicht-transsexuelle Menschen gelten, oder stellen sich andere Bedürfnisse heraus?
- Wie gelingt es den Interviewten, diese Bedürfnisse zu realisieren?
- Was macht für sie Zufriedenheit aus?
- Wie kann eine Sexualberatung für Trans* aussehen?

Noch ist diese Zielgruppe in der Beratungslandschaft unterrepräsentiert. Beratungsstellen beziehen sich meist auf psychosoziale Anliegen oder Fragen rund um den Transitionsprozess. Sexualität wird in der trans* Selbstorganisation oder gegenüber Ärzt_innen meist operativer Disziplinen thematisiert, aber eine profes-

sionalisierte Sexualberatung explizit für trans* Personen stellt aus sexualpädagogischer Sicht eine zu schließende Vakanz dar. Im medizinisch-psychologischen Verfahren, welches trans* Menschen im Laufe ihrer Angleichung absolvieren müssen, begegnen sie zahlreichen Ärzt_innen und Therapeut_innen, jedoch ist die »sexualmedizinische und therapeutische Kompetenz vieler ÄrztInnen nach wie vor lückenhaft« (Buddeberg, 2005, S. 99). Oftmals haben auch Therapeut_innen, die nicht speziell auf dem Gebiet der Sexualberatung weitergebildet sind, Berührungsängste und sprechen Klient_innen nicht von sich aus auf das Thema Sexualität an. Es gilt also ein affirmatives und unterstützendes Beratungsangebot für transidentifizierte Menschen zu etablieren. Zunächst wird das Phänomen Trans* vorgestellt. Seit den 1990er Jahren wird über Trans* als Geschlechtsidentitätsstörung gesprochen. Um dieser pathologisierenden Sichtweise eine Alternative an die Seite zu stellen, werden kritische Stimmen, vor allem auch der Selbstorganisation von Trans* berücksichtigt. Das zweite und dritte Kapitel widmen sich der Definition und den Studien zu sexueller Zufriedenheit. Des Weiteren wird der rare Studienfundus betrachtet, welcher explizit die Sexualität von Trans* unter verschiedenen Perspektiven beleuchtet. In diesen wird die vorliegende Untersuchung eingebettet. Anschließend werden die Interviews unter verschiedenen Aspekten ausgewertet. Schließlich werden im letzten Kapitel aus den Ergebnissen Ideen und Empfehlungen für die Praxis der Sexualberatung von trans* Menschen abgeleitet.

2. Transidentität

Um Trans* sozial wahrzunehmen, muss ein Geschlechtsmodell mit sich gegenüber stehenden Geschlechtscharakteren existieren. Ohne die Norm der Zweigeschlechtlichkeit würde das Phänomen Transsexualität keine soziale Bedeutung erlangen und auch nicht als solches klassifiziert werden. Transgeschlechtlichkeit wird erst vor dem Hintergrund der alltäglichen Normalität zum Phänomen, indem sie gelebte Praktiken in Unordnung bringt und sie durch »unpassendes« Verhalten oder Fühlen bricht.

Trans* Personen verfügen über einen Körper, der sich gemäß der Ideologie des Zweigeschlechterkonzeptes in den herrschenden Geschlechtsdimorphismus einpassen ließe. Diesen Körper betrachten sie allerdings als dem falschen Geschlecht zugewiesen, denn er steht im Widerspruch zu ihrer geschlechtlichen Identität. Deshalb entscheiden sie sich (vielleicht!) zu einem Zeitpunkt ihres Lebens dafür, ihren Körper operativen und/oder hormonellen Eingriffen zu unterziehen,

um ihn ihrem subjektiven Geschlechtsempfinden anzugleichen (vgl. Lang, 2006, S. 290; Regh, 2002, S. 186f.; Jürgens, 2006, S. 234).

Das Phänomen Trans* ist nicht als homogenes Merkmalsbild zu verstehen. Es gibt eine Vielfalt von transgeschlechtlichen Identitätsentwürfen, Erlebensweisen bzw. transsexuellen Verläufen mit entsprechend verschiedenen Entwicklungswegen.

Trans* bedarf »grundsätzlich genauso viel und genauso wenig einer Begründung bzw. einer persönlichen Auseinandersetzung wie andere Formen des Geschlechtseins – nämlich keiner« (Lindemann, 2011, S. 23). In einer geschlechtlich normierenden Gesellschaft werden allerdings die Ursachen von Trans* in verschiedenen somatischen und psychogenetischen bzw. sozialkonstuktivistischen Ansätzen (vgl. Becker, 2004) zu erklären versucht, aber bisher »konnte selbstverständlich das Rätsel des Transsexualismus ätiologisch ebenso wenig gelöst werden wie das Rätsel des Zissexualismus« (Sigusch, 2001, S. 562). Der Begriff Transsexualität wirkt irreführend, weil »-sex-« hier der englische Begriff »sex« als Bezeichnung für das »körperliche Geschlecht« ist. Es geht nicht um Sexualität, sondern um Geschlechtsidentität. Viele Betreffende ziehen deshalb den Begriff Transidentität für ihre Selbstdefinition vor.

Medizinisch-psychiatrische Klassifikation

Um die Situation, der sich trans* Personen im Prozess der Transition vonseiten des medizinisch-psychiatrischen Establishments ausgesetzt sehen, abzubilden, wird im Folgenden ein Einblick in die Diagnoserichtlinien der »Expert_innen« gegeben.

Bis heute wird Trans* im ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als eine von mehreren Geschlechtsidentitätsstörungen innerhalb der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen eingeordnet (vgl. Nieder, 2012, S. 11). Trans* Personen wird ein eigenständiges, abgrenzbares Störungsbild unterstellt und relevante Symptome in den Richtlinien für eine Diagnose festgeschrieben.

Der Wunsch nach geschlechtsangleichenden Maßnahmen wird der Diagnose zugrunde gelegt (vgl. Hirschauer, 1993, S. 329f.; Nieder, 2012, S. 11). Aus dieser fragwürdigen Verquickung ergibt sich, dass eine Person, die ihr Geburtsgeschlecht als nicht bindend empfindet, aber operative Maßnahmen aus verschiedenen Gründen ablehnt, z. B. weil sie ihre Geschlechtsidentität als unabhängig von ihrem Körper empfindet oder das Risiko chirurgischer Eingriffe nicht eingehen möchte, nach ICD-10 aus den Diagnosekriterien für »Transsexualismus« fällt.

Dies minimiert die Chance auf Kostenübernahme nicht-chirurgischer Maßnahmen wie z. B. die Hormontherapie durch die Krankenkassen (vgl. Nieder, 2012).

Das Klassifikationssystem psychischer Störungen DSM-IV der American Psychiatric Association (APA) wurde 2013 durch die überarbeite Version DSM-V abgelöst. Vor der Neufassung war Trans* als »Geschlechtsidentitätsstörung« festgehalten und heißt nun »Genderdysphorie«, um die oft normierende und pathologisierende Perspektive des medizinisch-psychologischen Systems durch eine akzeptierendere Sicht abzulösen.

Die APA integrierte nun erstmals plurale und die geschlechterpolitische Kritik berücksichtigende Kriterien in die Diagnoserichtlinien und stellt heraus, dass es sich bei trans* Lebensweisen nicht um psychische Störungen handelt, dass jedoch infolge von Gender-Nonkonformität die Betreffenden sozialen Stigmata und Diskriminierungen ausgesetzt sind, die die Entwicklung psychischer Problemlagen befördern können. Bemerkenswert ist, dass hier explizit erwähnt und damit anerkannt wird, dass sich Personen in ihrer geschlechtlichen Identität außerhalb der binären Geschlechtermatrix verorten können – das Bestreben, *dem* anderen Geschlecht anzugehören, ist durch den Wunsch, *einem* anderen Geschlecht anzugehören, ersetzt worden (vgl. Becker, 2012). Neu ist somit, dass die Diagnose der Genderdysphorie auch für diejenigen gestellt werden kann, die jenseits der tradierten Geschlechtsrollenentwürfe von Mann und Frau leben möchten und sich auch nicht als solche identifizieren (vgl. Nieder, 2012). Damit trans* Personen weiterhin medizinisch-chirurgische Maßnahmen durch die Krankenkassen bewilligt werden, wird eine Diagnose erfordert, jedoch wird keine Kategorisierung der trans* Wirklichkeit mit ihren vielfältigen Identitäts- und Körperentwürfen gerecht. Es gibt keinen standardisierbaren Verlauf transsexueller Entwicklung und somit auch nicht *die* typische trans* Person (vgl. Rauchfleisch, 2012, S. 18). Trans* Menschen engagieren sich international dafür, dass ihre Art des Identitätsentwurfes entpathologisiert und aus jeglichen Klassifikationsmanualen psychischer Krankheiten gestrichen wird.[2] Neben der Feststellung, dass das medizinisch-psychologische Behandlungssystem gegen Menschenwürde und geschlechtliche sowie sexuelle Selbstbestimmung verstößt, kritisieren die Betreffenden, dass sich innerhalb dieser heteronormativen Normierungspraxis trans* Personen dem Zwang ausgesetzt sehen, tradierten Geschlechterklischees und »absurden Vorstellungen von Transsexualität bzw. von Männlichkeit und

2 Hier ist beispielhaft die Kampagne »Stop Trans Pathologization« (www.stp2012.info) zu nennen. Jedes Jahr findet seit 2007 ein internationaler Aktionstag für die Trans*-Entpathologisierung statt.

Weiblichkeit zu entsprechen« (Berliner Bündnis STP, 2012, S. 49), um medizinische und/oder juristische Maßnahmen bewilligt zu bekommen. Es geht darum, Fremdbestimmung durch Selbstermächtigung zu ersetzen, denn Trans* ist ein »Prozess der Selbst›diagnostik‹, in dem Psycholog_innen und Psychiater_innen generell weg von der Gate-Keeper Rolle hin zu einer unterstützenden Rolle finden müssen« (TrIQ, 2013).

3. Sexuelle Zufriedenheit

Der Begriff sexuelle Zufriedenheit wird in Untersuchungen entweder überhaupt nicht oder tautologisch definiert (vgl. Byers, 1999) Bei unterstellter Urteilsfähigkeit und Selbstreflexion des Individuums könnte sexuelle Zufriedenheit mit einer einzigen Frage erfasst werden (vgl. Renaud et al., 1997). Pragmatisch mutet die Definition von Kimlicka und Kolleg_innen (1983, zit. in Byers, 1999) an, nach welcher sexuelle Zufriedenheit gleichbedeutend mit sexuellem Vergnügen ist. Büsing, Hoppe und Liedtke (2001) weisen darauf hin, dass sexuelle Zufriedenheit als fortdauernde Gefühlsqualität von der aktuellen sexuellen Befriedigung als kurzfristigem Impuls abgegrenzt werden muss.

Auch Lawrance und Byers betonen, dass sexuelle Zufriedenheit nicht nur die Abwesenheit von sexueller Unzufriedenheit und Frustration ist, ebenso wenig wie Gesundheit nicht die bloße Abwesenheit von Krankheit ist (vgl. Byers, 1999, S. 96). Sexuelles Vergnügen führt nicht notwendigerweise auch zu sexueller Zufriedenheit, wenn beispielsweise die Partner_in nicht dieselben sexuellen Aktivitäten erregend findet oder die emotionale Komponente der Beziehung als unzureichend empfunden wird (vgl. ebd., S. 97). Sexuelle Zufriedenheit ist demnach mehr als körperliche Befriedigung, mehr als die Häufigkeit sexuellen Kontakts oder die Qualität von Orgasmen.

Lawrance und Byers konstruieren folgende Definition sexueller Zufriedenheit: »Sexual Satisfaction is an affective response arising from one's subjective evaluation of the positive and negative dimensions associated with one's sexual relationship« (Byers, 1999, S. 98).[3]

Diese Definition enthält sowohl eine emotionale als auch eine kognitiv bewertende Dimension, und sie unterscheidet sexuelle Zufriedenheit von bloßer emotionaler Zuneigung einerseits und ausschließlicher Bewertung des Erfolgs se-

3 Übersetzung A. K.: Sexuelle Zufriedenheit ist die emotionale Antwort, die sich aus der subjektiven Bewertung der positiven und negativen Faktoren der sexuellen Beziehung ergibt.

xueller Beziehungen andererseits. Sie erlaubt somit differenzierte Einschätzungen von sexueller Zufriedenheit (vgl. ebd.).

Jeder wissenschaftliche Versuch, sexuelle Zufriedenheit zu erfassen und dabei objektivierend zu wirken, ist letztlich auf die subjektive Einschätzung der Einzelnen angewiesen (vgl. Prenkti, 2010, S. 6) Um sexuelle Zufriedenheit voraussagen zu können, ist die Kenntnis darüber notwendig, »welche Informationen das Individuum berücksichtigt, um zu seiner subjektiven Einschätzung zu kommen« (ebd.) – auch, um den Fokus von der Dysfunktion und Unzufriedenheit auf eine Verbesserung des Sexual(er)lebens zu lenken.

Laut Lawrance und Byers ist sexuelle Zufriedenheit vor allem durch Kosten und Gewinne, die in sexuellen Interaktionen entstehen, sowie durch die Zufriedenheit mit der Beziehung insgesamt bestimmt. Nutzen oder Gewinne können Orgasmuserleben, sexuelles Vergnügen und emotionaler Ausdruck von Liebe und Zuneigung sein. Als Investitionen oder Kosten werden zum Beispiel sexuelle Dysfunktion oder ein Mangel an Öffnung oder Hingabe dem Partner gegenüber begriffen (vgl. Byers, 1999).

Studien zur sexuellen Zufriedenheit

Das Phänomen »sexuelle Zufriedenheit« wird jeweils im Licht verschiedener theoretischer Vorannahmen untersucht, wobei die Sexualität von Frauen weit häufiger Forschungsgegenstand als das sexuelle Erleben von Männern ist.

Es besteht ein Zusammenhang zwischen sexueller Zufriedenheit und der generellen Beziehungszufriedenheit. Die Qualität der Beziehung trägt entscheidend zur sexuellen Zufriedenheit bei (Byers & McNeill, 2007; Schmidt et al., 2004). Bei Frauen in der zweiten Lebenshälfte führen besonders partnerschaftliche Komponenten wie emotionale und körperliche Nähe, Akzeptanz, Kommunikation sowie ein positives Körperbild zu sexueller Zufriedenheit (vgl. Bucher et al., 2003). Ähnliches fanden Büsing, Hoppe und Liedtke (2001), die die sexuelle Zufriedenheit von Frauen in Partnerschaften untersuchten. Demnach korreliert sexuelle Zufriedenheit mit Selbstbestimmung, Erfüllung der Kommunikationswünsche und der Befriedigung des Zärtlichkeitsbedürfnisses. Birnbaum (2007) konstatierte bei Frauen einen negativen Einfluss von Bindungsangst auf sexuelle Zufriedenheit, Intimität, Erregungs- und Oragsmusfähigkeit sowie die Beziehungszufriedenheit.

Sydow (1992) stellte fest, dass das Erleben des Orgasmus sowie sexueller Genuss Prädiktoren einer lustvoll erlebten weiblichen Sexualität sind. Sexuelle Selbstbestimmung ist ebenfalls ein wichtiger Faktor für sexuelle Zufriedenheit

und meint, eigene Wünsche kommunizieren und ungewünschtes Sexualverhalten vermeiden zu können. Dies bestätigten die Studien von Lehmann (2010) und Prenkti (2010), die zu dem Ergebnis kommen, dass sexuelles Interesse, Orgasmuserleben, eine positive Erlebnisqualität der Sexualität und die Annäherung an die gewünschte Häufigkeit sexueller Kontakte Prädiktoren für die sexuelle Zufriedenheit von Frauen sind. Eng verknüpft mit sexueller Zufriedenheit waren aber auch die Zufriedenheit mit der Beziehung, Nähe, Gemeinsamkeit und partnerschaftliche Kommunikation (vgl. Lehmann, 2010; Prenkti, 2010).

Biss und Horne (2005) untersuchten homosexuelle Frauen und Männer und fanden, dass nicht nur die Zufriedenheit mit der Beziehung ausschlaggebend für sexuelle Zufriedenheit ist, sondern das generelle Vorhandensein eines Partners oder einer Partnerin. Darüber hinaus war es das allgemeine psychische Wohlbefinden der Frauen und Männern – dabei für Frauen mehr als für Männer –, welches mit der Bewertung ihrer sexuellen Zufriedenheit im Zusammenhang stand; je wohler sie sich fühlten, desto positiver bewerteten sie ihr Sexualleben.

Die Europäische Internet-Befragung schwuler und bisexueller Männer (EMIS, 2013) kam zu dem Ergebnis, dass diejenigen Befragten, die angeben, sexuell zufrieden zu sein, eher in Partnerschaft leben als diejenigen, die sexuell weniger zufrieden sind. Im Europäischen Durchschnitt sind 47% der bi- und homosexuellen Männer mit ihrem Sexualleben unzufrieden; der hauptsächliche Grund für ihre sexuelle Unzufriedenheit ist das Singledasein.

Sprecher und McKinney (1993) sowie Sprecher und Regan (1998) stellten die Häufigkeit sexueller Interaktionen als bedeutsames Kriterium für die Einschätzung der sexuellen Zufriedenheit heraus. Demnach war der Grad der sexuellen Zufriedenheit am höchsten bei Personen, die davon berichteten, in ihren Beziehungen sehr häufig miteinander zu schlafen. In diese Richtung weist auch die Arbeit von Pedersen und Blekesaune (2003), wonach die sexuelle Zufriedenheit von Männern mit der Anzahl ihrer Sexualpartnerinnen korreliert. Männer, die Erfahrungen mit sechs und mehr Partnerinnen angaben, waren mit ihrer Sexualität am zufriedensten, wobei hier wiederum diejenigen am zufriedensten waren, die Sex in festen Partnerschaften erlebten. Auch bei älteren Männern trägt die Frequenz partnerschaftlicher sexueller Aktivität zu sexueller Zufriedenheit bei (vgl. Bucher et al., 2003).

Besonders interessant für die vorliegende Untersuchung von trans* Menschen – stellen diese doch die Zuweisung tradierter Geschlechterrollen gemäß dem angeblichen Geburtsgeschlecht infrage – sind die Ergebnisse zum Zusammenhang von Genderkonformität und sexueller Zufriedenheit, den Sanchez, Crocker und Boike (2005) bei heterosexuellen Studierenden untersuchten. Es

wurde festgestellt, dass eine Anpassung an hegemoniale Vorstellungen von männlichem und weiblichem Agieren mit einem geringeren psychologischen Wohlbefinden einhergeht. Diejenigen Student_innen, die ihr Verhalten an restriktiven heteronormativen Gendernormen (z. B. er als der aktiv Nehmende und sie, die sich passiv nehmen lässt bzw. genommen wird) ausrichteten, zeigten häufiger eine große Unzufriedenheit mit ihrem Sexualleben (Sanchez et al., 2005).

Prädiktoren für sexuelle Zufriedenheit sind zusammenfassend das Vorhandensein und die Zufriedenheit mit der Beziehung, die Häufigkeit sexueller Interaktionen, die Lust darauf und das Erleben derselben, die Anzahl der Sexualpartner_innen, die emotionale Beteiligung und Kommunikation sowie das eigene Wohlbefinden und Abstraktion von herkömmlichen Geschlechtsnormen.

4. Trans* und sexuelle Zufriedenheit

Pfäfflin und Junge (1992) sichteten Studien aus 30 Jahren und konstatieren, dass über 80% der trans* Personen nach erfolgter geschlechtsangleichender Operation zufrieden sind, wobei Zufriedenheit jeweils unterschiedlich operationalisiert und gemessen wurde. Trans* Männer waren in den Untersuchungen zufriedener als trans* Frauen.

Hubschman und Lief (1993) untersuchten den Zusammenhang von Orgasmuserleben und der allgemeinen wie sexuellen Zufriedenheit postoperativer trans* Personen. Trans* Frauen berichteten über eine Einschränkung ihrer Orgasmusfähigkeit nach der geschlechtsangleichenden Operation, während bei trans* Männern die Fähigkeit zum Orgasmus zunahm. Trotz der Unterschiede im Orgasmuserleben war die allgemeine Zufriedenheit in beiden Gruppen mit 86% gleich ausgeprägt. Die Häufigkeit des sexuellen Kontakts stieg nach der Operation in beiden Gruppen um 75%–100% an. Bei trans* Männern spielt eine Phalloplastik bzw. die Fähigkeit zur Erektion nicht notwendigerweise eine Rolle dabei, einen Orgasmus zu bekommen und sexuell zufrieden zu sein.

Löwenberg und Kolleg_innen (2010) untersuchten trans* Frauen im Hinblick auf deren sexuelles Erleben und ihre Zufriedenheit nach der geschlechtsangleichenden Operation – mit dem Ergebnis, dass, bis auf wenige Ausnahmen, alle Patientinnen mit ihrer allgemeinen Lebenssituation und speziell mit dem Operationsergebnis zufrieden sind. Im sexuellen Bereich ist die Zufriedenheit dagegen geringer. 89% der Untersuchten sind orgasmusfähig, 75% nehmen nach dem Eingriff sexuelle Interaktionen auf, jedoch zeigen sich nur 60% mit ihrem Sexualleben nach der Operation zufrieden (vgl. Löwenberg et. al., 2010).

Trans in Partnerschaften*

Da Beziehungen der Kontext sind, in dem sexuelle Kontakte am häufigsten erlebt werden, ist es interessant, einen Blick auf das Beziehungsverhalten von trans* Personen zu werfen.

Kraemer und Kolleg_innen (2009) untersuchten Partnerschaft und Sexualität von trans* Männern. Dabei lag der Fokus der Forscher_innen in besonderem Maße auch auf deren Partnerinnen; eine Perspektive, die bisher wenig wissenschaftliche Beachtung fand. Alle Partnerinnen identifizierten sich als weiblich, heterosexuell bzw. bisexuell.

Die trans* Männer, welche ihren biologisch weiblichen Körper charakteristischerweise ablehnten, ließen sich an den von ihnen als typisch weiblich empfundenen Körperstellen nicht berühren, denn sonst würde das Gefühl, im falschen Körper zu sein, noch verstärkt (vgl. ebd., S. 11). Ihre Partnerinnen koalierten mit ihren Männern im Ignorieren der körperlichen »Weiblichkeit«, während jeweils beide die Normalität und Stabilität dieser heterosexuellen Beziehung betonten. Die trans* Männer wurden von ihren Partnerinnen in ihrer »neuen« Männlichkeit anerkannt und bestätigt (vgl. ebd., S. 4). Dies offenbart eine positive, Mut machende Perspektive für die Beratung von trans* Männern (ebd.).

Die Studie gibt auch Einblicke in die konkret gelebte Sexualität. Der Angleichungsprozess, körperlich, aber auch an eine neue Art, Sexualität zu leben, fordert von beiden Partner_innen große Flexibilität. Oft entwickelten sie sich vom homo- zum heterosexuellen Paar. Bei allen Paaren verbesserte sich das sexuelle Erleben nach der Operation des trans* Mannes (Mastektomie, Entfernung von Eierstöcken und Gebärmutter, ggf. Penoidaufbau). Im Vergleich zu der Zeit vor der Operation, die von Einschränkungen und Berührverboten seitens der trans* Männer geprägt war, berichteten die Paare, dass nach der Operation die Qualität der sexuellen Begegnungen bunter, lebendiger und befriedigender geworden sei. Alle Befragten gaben an, dass eine Rollenumkehr für sie nicht vorstellbar sei. Die Partnerinnen betonten das Besondere an trans* Männern im Vergleich zu den biologischen Männern, mit denen sie vorher Erfahrungen gemacht hatten: Trans* Männer seien besonders sensibel und einfühlsam. Die Frauen fühlten sich verstanden und fanden sich selbst mit ihren weiblichen Emotionen und Verhalten im trans* Mann wieder, was als stark verbindend wahrgenommen wurde (vgl. ebd., S. 14).

Es ist ein interessantes Paradox erkennbar: Einerseits sollte durch die klare Geschlechterrollenverteilung in der Sexualität der Status der »neu erworbenen«

Männlichkeit gesichert werden. Die trans* Männer waren die Aktiven. Sobald sie mit ihren weiblichen Geschlechtsmerkmalen in Berührung kamen, reagierten sie mit Scham, Zurückhaltung und Ablehnung. Gleichzeitig war es zentral für diese Beziehungen, dass der Partner seelisch etwas »Weibliches« hatte und sich die Partnerinnen deswegen so nahe und von ihm verstanden fühlten. Das Erkennen von Weiblichkeit im trans* Partner erzeugt die Nähe, die für das Funktionieren der Beziehung als essenziell betrachtet wird, bei gleichzeitiger Negation der biologisch weiblichen Geschlechtszugehörigkeit des trans* Mannes von beiden Partnern, um eine bruchfreie heterosexuelle Sexualität und Geschlechtsrollenverteilung zu leben (ebd., S. 18).

Zu ähnlichen Ergebnissen kamen ebenfalls Steiner und Bernstein (1981). Sie untersuchten trans* Männer und deren weibliche Partnerinnen in stabilen Langzeitbeziehungen. Die Partnerinnen berichteten, dass sie die Beziehung als heterosexuell erlebten und sie einen (echten) Penis nicht vermissten. Im Gegenteil, oftmals gaben sie an, vormals in unbefriedigenden Beziehungen mit biologischen Männern gelebt zu haben.

Kockott und Fahrner (1988) untersuchten das Beziehungsleben von trans* Frauen und trans* Männern. Sie stellten Unterschiede in Bezug auf Sozialverhalten, Partnerschaft und Sexualverhalten fest, unabhängig davon, ob sie bereits angleichende medizinisch-chirurgische Maßnahmen wahrgenommen hatten. Trans* Männer neigten eher dazu, stabile, heterosexuelle Partnerschaften mit Frauen zu führen und waren sexuell zufriedener als die trans* Frauen, welche meist homosexuelle Beziehungen mit Frauen führten. Trans* Männer waren allgemein besser sozial integriert als trans* Frauen, sowohl vor der Inanspruchnahme medizinisch-psychologischer Unterstützung als auch während und nach der Transition (vgl. auch Huxley et al., 1981a).

Zum Zeitpunkt der Diagnosestellung lebten zwei Drittel der trans* Männer und die Hälfte der trans* Frauen nach eigenen Angaben in einer Beziehung, wobei die trans* Männer mit ihren Partnerschaften zufriedener waren als die trans* Frauen. Die sexuelle Zufriedenheit der trans* Frauen stieg allerdings nach der geschlechtsangleichenden Operation.

Kockott und Fahrner versuchten dies zu erklären: Bereits lange vor der angleichenden Operation lebten trans* Männer erfolgreich in ihrer angestrebten Geschlechtsrolle und entwickelten anhaltende Beziehungen, wobei die Partner_innen über die Transidentität informiert waren und ihre trans* Männer durch den Angleichungsprozess und darüber hinaus begleiteten. Trans* Frauen dagegen ließen sich oft erst nach chirurgischen Eingriffen auf sexuelle Beziehungen ein, von denen sie sich oft enttäuscht zeigten. Für sie sei es schwieriger, vor

der Operation überzeugend im Identitätsgeschlecht zu leben und einen verständnisvollen Partner zu finden.

Huxley, Kenna und Brandon (1981a) stellen fest, dass die meisten Ehen und Partnerschaften von trans* Personen, die vor der Transition bestanden, im Laufe des Angleichungsprozess geschieden bzw. getrennt wurden. Meier und Kolleg_innen (2013) kommen zu einem weitaus positiveren Ergebnis, was die Beziehungsstabilität von trans* Männern betrifft. So berichtete die Hälfte der Untersuchten, dass ihre Beziehung auch über ihre Transition hinaus Bestand hatte.

Meist werden Partnerschaften untersucht, die nach dem Angleichungsprozess geschlossen wurden und es stehen heterosexuelle Frauen als Partner_innen von trans* Männern im Fokus. Brown (2010) widmet ihre Studie explizit dem sexuellen Erleben von Partner_innen, die sich als nicht-heterosexuell definieren und in Partnerschaften mit trans* Männern leben, die bereits vor der Transition geschlossen und von den Paaren zuvor als gleichgeschlechtlich verstanden worden waren (vgl. ebd., S. 561). Die Mehrheit der Befragten sah sich nach der Angleichung gezwungen, mit ihren Partnern Körperlichkeit und Sexualverhalten neu zu verhandeln. Der berichtete Einfluss der Transition auf das Sexualleben der Paare war unterschiedlich. Hatten die Parter_innen sexuelle Traumata in der Vergangenheit erlebt, an die sie nun das männliche Erscheinungsbild ihrer Partner wieder erinnerte, wirkte sich das negativ auf die Paarsexualität aus. Die Mehrheit berichtete jedoch, der Angleichungsprozess habe sich positiv auf Qualität und Quantität der partnerschaftlichen Sexualität ausgewirkt. Im Gegensatz zur problematischen Zeit vor Beginn des Prozesses, als die trans* Männer ihren weiblichen Körper ablehnten, sich von ihm entfremdet fühlten und meist nicht berührt werden wollten, fühlten sie sich nun wohler in ihrem Körper und wiesen eine gesteigerte Libido auf. Einige Proband_innen merkten an, dass eine bisexuelle oder queere sexuelle Identität und das Vermögen, sich heterosexuell auf den trans* Partner zu beziehen, das gemeinsame Sexualleben bereicherte. Die Tatsache, dass ihre Partner_innen zuvor sexuelle Erfahrungen mit nicht-trans* Männern gemacht hatten, erhöhte das sexuelle Selbstbewusstsein und bestätigte die Geschlechtsidentität der trans* Männer (ebd., S. 568). Es kam zu generellen Veränderungen der sexuellen Beziehungen wie dem Umbenennen bestimmter Körperteile, dem Aufgeben oder Einführen neuer sexueller Praktiken sowie der Möglichkeit, dass bekannte Praktiken für die Paare eine neue Bedeutung im Prozess der Angleichung gewannen (vgl. ebd., S. 566).

Eine Besonderheit in der Sexualität von trans* Menschen scheint ein erhöhtes Bedürfnis nach Kommunikation in der Paarsexualität zu sein: »When I am

with someone who is trans, we have to talk about sex. [...] Trans people don't take sex for granted« (Brown, 2010, S. 566f.). Die trans* Identität mache dies notwendig, um eine gemeinsame Sexualität erarbeiten zu können. Vermeintliche Selbstverständlichkeiten, auf die sich zissexuelle[4] Menschen stützen können, existieren in einer Beziehung, in der sich mindestens ein_e Partner_in als trans* definiert, nicht. Berührung, Zärtlichkeit und Sexualität müssen offenbar mehr als in zissexuellen Beziehungen verhandelt werden.

Happich (2006) untersuchte die Beziehungszufriedenheit, das sexuelle Erleben sowie die Zufriedenheit mit dem Geschlechtsrollenwechsel von trans* Frauen und trans* Männern. Nahezu 70% der Befragten waren nach der Operation mit ihrem Partnerstatus zufrieden oder sehr zufrieden. Im Gegensatz dazu beschrieb sich fast ein Viertel der Untersuchten als unzufrieden. Im Vergleich zum Zeitpunkt vor den Operationen wurden nach den Eingriffen etwas mehr Beziehungen aufgenommen, vor allem von anfangs als Single lebenden Trans* nach der Begutachtung zur Vornamensänderung. Der überwiegende Teil der Befragten ging Paarbeziehungen von längerer Dauer ein bzw. strebte diese an (vgl. Happich, S. 47f.). Mit ihrem sexuellen Erleben waren nach geschlechtsangleichenden Maßnahmen über 70% der Befragten zufrieden bzw. sehr zufrieden (vgl. ebd., S. 53). Es konnte eine leichte Zunahme sexueller Kontakte im Untersuchungszeitraum konstatiert werden. Vor allem die Untergruppe der sexuell nicht erfahrenen Patient_innen ging nach der Begutachtung zwischenzeitlich sexuelle Kontakte ein (vgl. ebd., S. 47).

5. Interviews zur sexuellen Zufriedenheit

Methode und Fallauswahl

Zur Betrachtung des Phänomens sexueller Zufriedenheit wurden halbstandardisierte Leitfadeninterviews mit acht trans* Personen durchgeführt, analysiert und ausgewertet.

Das entscheidende Auswahlkriterium bei der Fallauswahl war, dass sich die Interviewten selbst als transsexuell, transident oder transgender definierten, um

4 Zissexuell meint Menschen, bei denen Sex und Gender zusammenfallen, also der Gegenpol von transsexuell. Der Begriff Zissexualität wurde von Volkmar Sigusch geprägt, um zu betonen, dass eine Kongruenz von Körpergeschlecht und Geschlechtsidentität nicht selbstverständlich ist.

sicherzustellen, dass die gewählten Personen die zu untersuchende Gruppe weitestgehend typisierten.

Die Befragten wurden über Trans*-Gruppen und einen Aufruf in einer einschlägigen Mailinglist gefunden.[5]

Analyse der Interviews und Auswertung der Ergebnisse

Im Folgenden werden Tendenzen und Gemeinsamkeiten beschrieben, die sich aufgrund der Aussagen der Interviewten andeuten. Einen Anspruch auf Repräsentativität und Objektivierbarkeit können die Ergebnisse aufgrund der Fallzahl nicht erheben.

Identität und Selbstdefinition

Diese Kategorie steht basal am Anfang, denn »ohne Geschlechtsidentität ist eine strukturierte Sexualität gar nicht zu denken« (Sigusch, 2001, S. 568). Bereits in der begrenzten Fallzahl dieser Untersuchung zeigt sich die Varianz an Definitionen und Selbstbildern innerhalb der Kategorie trans*. Unter den Befragten sind trans* Frauen, welche sich eindeutig und ausschließlich als Frauen identifizieren und im Zuge dessen auch nahezu selbstverständlich die Hormontherapie aufgenommen und sich operativen Maßnahmen unterzogen haben bzw. diese unbedingt anstreben, um sich als Frau fühlen zu können und als solche (an)erkannt zu werden. Weiterhin sind unter den Befragten auch trans* Frauen, die ihrer Erinnerung nach schon immer Frauen waren und unter ihrem männlichen Körper litten sowie trans* Frauen, die ihre Identität in einer körperlichen Mischform verortet haben: »Damals habe ich noch davon geträumt, mit Brust und Penis zu sein.« Ebenso die Facette, vor der Transition die Männlichkeit auszuleben und sich damit wohlzufühlen: »Trotzdem hätte ich mich als männlich identifiziert. Und da war auch kein Leidensdruck. Hinter dem Vollbart habe ich mich nicht versteckt, sondern den habe ich gern getragen. Ich war gerne männlich.« Auch die trans* Männer (re)präsentieren verschiedene Männlichkeiten, zum Bei-

5 Weiterhin wurden die Aussagen zweier Befragter, A. und S., aus einer vorhergehenden Arbeit der Verfasserin (2008) genutzt. Die Passagen, die sich auf Sexualität beziehen, wurden unter der Perspektive der sexuellen Zufriedenheit interpretiert und in die Auswertung und Analyse integriert. Anja Kruber (2008). *Trans – und Intersexualität. Der Einfluss »abweichender« sexueller Identitäten auf die Zweigeschlechtlichkeit.* Diplomarbeit, Universität Leipzig, Fakultät Sozialwissenschaften und Philosophie, Institut für Soziologie.

spiel: »[...] dass ich mich eben nicht als Mann sehe, sondern immer als trans* Mann und immer irgendwie dazwischen.« Sie wählen unterschiedliche Methoden, um Männlichkeit bzw. Nicht-Weiblichkeit zu erzeugen, während sie (noch) auf jegliche medizinische Eingriffe verzichten oder bereits hormonelle oder/und chirurgische Maßnahmen wahrgenommen haben

Es gibt nicht »die« typische trans* Person. Transidente Lebensläufe sind heterogen, bunt und fluid im individuellen Lebenslauf. Eines haben sie gemeinsam – die Ablehnung des zugewiesenen Geschlechts und/oder der Geschlechterrolle zu irgendeinem Zeitpunkt im Leben. Inwieweit diese Ablehnung oder das Nicht-Passen auch unter die Haut geht im Sinne medizinisch-chirurgischer Angleichungsmethoden, ist höchst unterschiedlich. Manche leiden sehr früh unter ihrer Körperlichkeit, den Attributen und Erwartungen, die daraufhin von außen an sie herangetragen werden. Andere entscheiden sich selbstbestimmt, sich geschlechtlich anders zu verorten und empfinden ihr Umfeld als unterstützend und verständnisvoll. Nicht alle trans* Menschen, wie meist in der einschlägigen Literatur beschrieben (vgl. Eicher, 1997; Rauchfleisch, 2012), sind sich schon seit der frühen Kindheit über die Diskrepanz zwischen der ihnen zugeordneten Geschlechterrolle und -identität und ihrem eigenen Fühlen bewusst, sondern leben ohne Leidensdruck eine im binären Geschlechtersystem »passende« Identität, die sie zu einem bestimmten Zeitpunkt im Erwachsenenalter als nicht mehr passend für sich empfinden. Es sind individuelle Ausgangspunkte, von denen aus mäandernde und subjektive Wege in die Transidentität münden.

Vorher und Nachher der Hormoneinnahme und/oder OPs

Was die Veränderungen in Physiologie und Psyche im Zuge der Hormoneinnahme bzw. der geschlechtsangleichenden Operationen angeht, entsprechen die gewonnenen Feststellungen weitgehend den Forschungsergebnissen und Beschreibungen in der einschlägigen Literatur (z. B. Eicher, 1997; Rauchfleisch, 2012). Die trans* Frauen berichten von ausbleibenden Erektionen und Ejakulationen sowie einer reduzierten Libido und Brustwachstum infolge der gegengeschlechtlichen bzw. der Androgene unterdrückenden Hormoneinnahme, was alle durchgehend als positiv und befreiend erleben: »Jetzt ist dort tote Hose. Das ist sowas von herrlich.« Das Verabreichen der Hormoninjektion kann Hochgefühle auslösen: »Ich war glücklich.« Die Hormontherapie hat eine positive Wirkung auf das Erleben des Zielgeschlechts und die Identifikation mit demselben: »Ich denke wie eine Frau, ich fühle wie eine Frau. Ich kann auch, glaube ich, Emotionen zeigen

wie eine Frau. Man hat auch diese Stimmungsschwankungen, aber ich glaube, das kennt jede Frau.«

Die Aussagen der befragten trans* Frauen liefern Hinweise darauf, dass die Veränderungen nicht unidirektional auf die Wirkung der Hormone zurückzuführen sind. Vermutlich darf hier die Vorstellungskraft und ihre Wirkung auf Denken und Fühlen, aber auch auf physiologische Gegebenheiten und Prozesse nicht unterschätzt werden. Die Interviews werfen die Frage auf, inwieweit die körperlichen und psychischen Veränderungen durch eine modifizierte Biochemie infolge der Hormone verursacht werden und welche Rolle dabei Antizipation gemäß geschlechtstypischer Vorstellungen, denen natürlich trans* genau wie nicht-trans* Personen im Laufe ihrer Sozialisation unterliegen, spielt. Allein das Leben in der weiblichen Rolle (seit dem Alltagstest) kann das Erleben, Fühlen und somit auch das Auftreten nach außen verändern, was wiederum andere Erfahrungen herbeiführt: »Ich bin immer selbstbewusster geworden, sodass ich Weiblichkeit entwickeln konnte. Ja und dann konnte ich auch sexuelle Kontakte mit Männern haben.« Ähnlich ist es bei einem trans* Mann, der es für sich ausschließt Hormone einzunehmen: »Ich habe über die Jahre immer mehr Haare gekriegt und habe ja nichts dafür genommen.« Allein durch die Selbstdefinition als »trans« entsteht ein Vorher und Nachher im Erleben von Sexualität, auch ohne äußerliche Marker wie Hormoneinnahme und chirurgische Eingriffe. Sigusch weist darauf hin, »dass es Geschlechtswechsel und Transsexualismus im engeren Sinn nicht nur diesseits, sondern auch jenseits von Medizin und Psychologie gibt. Gott sein Dank« (Sigusch, 2001, S. 578).

Hormoneinnahme/Operation und Sexual(er)leben

Seit der Hormoneinnahme bzw. nach geschlechtsangleichenden Operationen hat sich bei den Befragten zumeist auch das sexuelle Erleben verändert: »Der Sex ist auf jeden Fall sinnlicher geworden als vor der Geschlechtsangleichung. Oder überhaupt vor dem Outing, vor dem Hormoneinnehmen.« Vor der endokrinologischen und chirurgischen Transition wurde Sex als »sehr unbefriedigend« und »unangenehm« erlebt.

Die Hormoneinnahme scheint neben den physiologischen Veränderungen auch einen sozialen Wandel infolge steigenden Selbstbewusstseins mit sich zu bringen. Offenbar wirkt das Wissen um die Hormoneinnahme wie ein Katalysator für den Mut, sich mit den mit dem Identitätsgeschlecht konnotierten Attributen zu schmücken. Sexuelle Kontakte wurden möglich, sobald die befragten trans* Frauen ihrem Bild von sich als Frau mit langen Haaren, Schmuck und

schicker Kleidung entsprachen. Meist reicht die Hormoneinnahme nicht aus, sich wohl im eigenen Körper bzw. sich bei sexuellen Kontakten als Frau zu fühlen. Der Penis ist für nicht operierte trans* Frauen ein großes Hindernis für die Fähigkeit, sich als Frau sehen zu können.

Es sind vermutlich individuelle Faktoren, die zur Zufriedenheit beitragen. Der Zufriedenheitsschub, zumindest was die Sexualität betrifft, ist nicht generalisierbar. Es wird deutlich, dass Zufriedenheit eine Fähigkeit ist und im besten Falle davon auszugehen ist, dass diese Fähigkeit erlernt werden kann.

Hormoneinnahme und genitalangleichende Operation bei trans* Frauen müssen getrennt betrachtet werden, denn sie wirken sich verschieden aus. Wie oben beschrieben, wird die Fähigkeit zur Erektion und Ejakulation durch die Androgensuppression eingedämmt und das Lustempfinden reduziert. Nach der Operation jedoch heißt es: »Wenn man diese starken Antiandrogene nicht mehr einnimmt, da habe ich das Gefühl, dass die Libido, der Sex wieder stärker werden.« Dies liegt vermutlich daran, dass dann zumindest die Androgene aus der Nebenniere wieder wirken können.

Ein trans* Mann berichtet, wie sich im Zuge der Hormoneinnahme das Verhältnis zu seinen Brüsten änderte:

> »Inzwischen kann ich damit auch umgehen und kann dem auch einen gewissen Spaß abgewinnen, wenn die von anderen Menschen berührt werden. Aber es war jahrelang eine starke Tabuzone. Und auch etwas, was mich sehr behindert hat in meiner Sexualität oder meiner Körperlichkeit mit anderen Menschen.«

Inwieweit und ob dieser Sachverhalt sich auf die Hormone zurückführen lässt, muss ungeklärt bleiben. Denkbar ist, dass ein gefestigtes Selbstbild, Mann oder zumindest nicht Frau zu sein, sich auf die individuelle Bedeutung der weiblichen Brust ausgewirkt hat.

Die psychische und soziale Transition ohne Hormoneinnahme kann die Sexualität ebenfalls beeinflussen:

> »Da hat sich mein Sex noch mal ganz schön verändert. Liegt es vielleicht auch an den Sexpartys? Liegt es vielleicht daran, dass ich mich mir selbst angenähert habe? Also vielleicht ist mein Testo auch ein bisschen gestiegen. Durch was auch immer. Und vielleicht trägt das dazu bei, dass ich mit Sex freier bin«.

Nicht alle Befragten schildern positive Veränderungen. S. schildert trotz oder gerade wegen des Penoidaufbaus die Zeit im weiblichen Körper und als »lesbi-

sche Frau« als sexuell unverfänglich, weil sein Körper noch der gesellschaftlichen Norm entsprach und er »schnell mal One-Night-Stand-mäßig konnte. Das kann man ja jetzt trotzdem nicht. Das kann man ja keinem unterjubeln.« Konflikte trug er damals in seinem Inneren aus. Um sexuelle Kontakte zulassen zu können, musste er seinen weiblichen »Körper verdrängen«. Es gab nur ihn und seinen für ihn nicht stimmigen Körper. Er konnte die »Zähne zusammenbeißen«, um sexuelle Erfahrungen zu machen. Mit seinem transformierten Körper muss er die Reaktionen der Partnerinnen mitdenken. Trans* ist nicht zu verschweigen, wenn es um Intimitäten geht und solange die Operationen noch nicht den gewünschten Erfolg für das zweifelsfreie Passing gebracht haben. S. vermeidet sexuellen Kontakt unter der Verwendung von Ausreden, bis er sich sicher ist, als Mann gesehen zu werden.

Allgemein berichten die Interviewten von einem verbesserten Verhältnis zum eigenen Körper infolge der Hormoneinnahme. Ehemalige Tabuzonen verwandeln sich in Körperstellen, an denen es angenehm sein kann, berührt zu werden. Die gelebte Sexualität wird reicher. Es wurde von einem ersten Orgasmus infolge der Transition und dem erstarkten Selbstbewusstsein berichtet und dass sich Orgasmen nun intensiver als vorher anfühlen. Dies entspricht den Ergebnissen von Brown (2010) und Kraemer und Kolleg_innen (2009).

Nicht alle Befragten waren nach Beginn der Hormongabe zufriedener mit ihrer Sexualität, wohl aber glücklich darüber, dass die ersehnte Behandlung endlich begonnen hat. Damit werden die Ergebnisse von Löwenberg und Kolleg_innen (2010) nachgezeichnet, nach denen Transfrauen mit den körperlichen Veränderungen zufriedener sind als mit ihrem sexuellen Erleben während und nach der Transition.

Masturbation

Autoerotik ist ein selbstverständlicher Teil der Sexualität der Interviewten, wobei bei den trans* Frauen allerdings eine »Ja-Aber«-Haltung zu dominieren scheint. Ja, ich befriedige mich gern selbst, aber um sexuell zufrieden zu sein, wünsche ich mir eine_n (festen) Partner_in und eine erfüllende Beziehung. Masturbation scheint kein unabhängiger Indikator sexueller Zufriedenheit zu sein. Sie wird eher als Notlösung bzw. als zusätzliche, eigenständige sexuelle Aktivität betrachtet, welche partnerschaftlicher Sexualität nachgeordnet ist. Eine Zufriedenheit mit dem Masturbationserleben im Sinne einer positiven Verbindung zum Selbst und zum eigenen Körper konnte auch festgestellt werden: »Ich habe jetzt erst in letzter Zeit herausgefunden, dass, wenn ich mich penetriere mit Sexspielzeug,

dass ich dann nur durch dieses Penetrieren meiner Neovagina auch zum Orgasmus kommen kann. Das finde ich total cool und ist ein ganz anderes Gefühl.« Dennoch bleibt auch bei ihr wie bei anderen befragten trans* Frauen Selbstbefriedigung in der individuellen Zufriedenheitsbilanz außen vor. Es wird auch bei genereller Unzufriedenheit mit dem eigenen (Geschlechts-)Körper masturbiert.

Die trans* Männer haben einen eher positiven und bejahenden Umgang mit Masturbation. Sie ist Teil und Symbol eines selbstbestimmten und erfüllten Sexuallebens. Über Selbstbefriedigung kann sich das Gefühl sexueller Unabhängigkeit herausbilden: »Früher war ich da ziemlich angewiesen auf andere Leute. Mittlerweile kann ich das selber auch prima.«

Es ist festzuhalten, dass unabhängig von der Geschlechtsidentität, diejenigen Befragten einen positiven Zugang zu Selbstbefriedigung haben, die auch anderweitig sexuell aktiv sind, also Sexualkontakte bzw. Beziehungen zu anderen pflegen. Selbstbefriedigung wird als Bereicherung angesehen, wenn sie als Zusatz zu partnerschaftlicher Sexualität und nicht als Ersatz derselben verstanden und gelebt wird.

Zufriedenheit mit dem eigenen Körper

Die Aussagen der Interviewten lassen den Schluss zu, dass ein positives Körperbild im Allgemeinen und ein individuell stimmiges Verhältnis von Körperlichkeit und Geschlechtsidentität im Speziellen einen direkten Einfluss auf die sexuelle Zufriedenheit haben: »Ich bin einfach mit dem weiblichen Körper und in dem weiblichen Körper glücklicher und fühle mich besser, als mit so einem Penis. Klar, wenn man sich dann bestätigter und besser fühlt, attraktiver fühlt, ist dann auch der Sex besser.« Im Kontrast dazu gibt es diejenigen, die die Abneigung gegen ihren Körper, zum Beispiel gegen den Penis, ausdrücken: »Ich kann dieses Geschlechtsteil eigentlich nicht mehr ersehen.«

Diejenigen, die mit ihrem Körper, auch wenn er (noch) nicht ihren Wünschen entspricht, ausgesöhnt sind, sind mit ihrem Sexualleben zufriedener:

> »Ich mag meine Brüste nicht, kann aber trotzdem oben ohne auf den Partys rumlaufen. Ich kann das auch auseinander nehmen – Körper, den ich nicht mag, aber Nacktsein, das ich mag. Kann das eine machen auf den Partys und das andere sozusagen wegschieben. Und das konnte ich davor, glaube ich, nicht.«

Die trans* Männer betonen, dass die tiefer werdende Stimme mit ihrer externalen Wirkung eine sehr wichtige Position im geschlechtlichen Übergang einnimmt

und sie ihre Maskulinität markiert. Dagegen stellt die Stimmhöhe für die interviewten trans* Frauen ein erhebliches Problem dar, unterstellt sie doch, dass ihr Geschlecht, unter der herrschenden Prämisse der Kongruenz von Körpergeschlecht und Geschlechtsidentität, kein seiendes, sondern ein gewordenes ist. Das Passing als Frau wird mit einer tiefen Stimme extrem erschwert und die Transition so verlängert: »Mit der Stimme komme ich an meine psychischen Grenzen.« Trans* Frauen müssen ihrem Umfeld gegenüber immer wieder beweisen, dass auch sie Frauen sind. Drei der vier weiblichen Befragten nehmen logopädische Sitzungen wahr, um ihre Stimme zu erhöhen und eine weibliche Intonation zu erlernen.

Manche trans* Männer nehmen eine eher pragmatische Perspektive ein, die es ihnen vermutlich erleichtert, die körperlichen Realitäten vorerst anzunehmen auf dem Weg, sie operativ gemäß ihrer Identität zu modellieren:

> »Ich kann zum Beispiel, wenn ich keinen BH oder Binder trage, keinem Bus hinterher rennen oder Sport machen. Das ist einfach total nervig. Nicht nur, weil ich denke, ich finde sie nicht schön, sondern ich finde sie auch total unpraktisch. Ich habe bislang keine Vorteile davon. Sie sind beim Sex nicht schön, ich will sie ja eh nicht angefasst haben.«

Es besteht eine Wechselwirkung zwischen der sexuellen Aktivität und der Zufriedenheit mit dem eigenen Körper; auch in dem Sinne, dass sinnliche Körpererfahrungen einen positiven Einfluss auf Körpergefühl und Selbstwahrnehmung haben. Einige Befragte sind vor angleichenden Maßnahmen sehr unzufrieden mit ihrem Körper und fühlen sich deswegen teilweise auch sexuell gehemmt. Manche benötigen länger für den Prozess – warten lange auf ersehnte Gutachten, damit sie endlich die geschlechtsangleichende Operation durchführen lassen können, während andere mit ihrem Körper mehr oder weniger zufrieden sind bzw. nicht die Risiken eines chirurgischen Eingriffs auf sich nehmen wollen. Die Ergebnisse entsprechen vorhandenen Forschungsarbeiten zu diesem Thema (vgl. Bucher et al., 2003; Pfäfflin & Junge, 1992). Die Ergebnisse legen jedoch den Schluss nahe, dass Körperlichkeit und die Zufriedenheit damit anders als für zissexuelle Menschen eine stärkere Gewichtung in der Gesamtheit der Faktoren, die die sexuelle Zufriedenheit beeinflussen, aufweist. Dies verwundert nicht, denn zumeist ist der (Geschlechts-)Körper transsexueller Menschen das Schlachtfeld, auf dem die Kämpfe um Identität und die Anerkennung dieser ausgetragen werden, denn der Körper ist kulturell überformt und agiert immer in sozialen Bezügen. Nur durch diese ist er auch subjektiv erkennbar und erfahrbar. Vor dem Gefühl, ein Mann oder eine Frau zu sein, steht schon immer die soziale Spaltung der Lebenswelt

in zwei Geschlechter. Am Körper lässt sich die soziale Ordnung, in der er sich bewegt und von welcher er systematisch geformt wird, ablesen. Gleichzeitig produziert der Körper das gesellschaftliche Gefüge, in dem er sich bewegt, mit (vgl. Hahn & Meuser, 2002, S. 8).

In der Untersuchung spiegelt sich ein Paradox wider, welches Lindemann (2011) beschreibt. Einerseits verdeutlichen Trans*, dass sich Geschlecht über eine persönliche Komponente des Fühlens und der Entscheidung konstituiert; von der Körperbiologie als bestimmender Grundlage gelöst ist. Andererseits sind trans* Personen auf Leiblichkeit angewiesen, um ihre Identität zu leben, denn sie ersehnen ja meist einen anderen Körper. Außerdem offenbart der Bezug auf die somatische geschlechtliche Vergangenheit das Geschlecht immer wieder als ein gewordenes und keines, das schon immer existiert hat. Sie weist darauf hin, dass trans* Frauen diesem Paradox stärker als trans* Männer ausgesetzt sind (vgl. Lindemann, 2011, S. 294f.).

Bedeutung (Neo-)Vagina/Brüste und (Neo-)Penis

Neovagina

Nicht nur auf körperlich-sinnlicher Ebene hat die Neovagina eine Bedeutung für die befragten trans* Frauen. Sie können sich durch sie eher als Frau fühlen: »Ich brauche diese primären und sekundären Geschlechtsattribute, um mich gut zu fühlen, um mich attraktiv zu fühlen und auch ein Körperempfinden zu haben, was mir gefällt und mit dem ich mich wohlfühle.« Die Vagina gehört unbedingt zur Weiblichkeit bzw. hilft, diese bezüglich des Selbst- und Fremdbildes zu konstituieren, gerade weil trans* Frauen ein weniger einfaches und stimmiges Passing als trans* Männer haben.

Trans* Frauen, die ihrer OP noch entgegen sehnen, setzen Hoffnung in ihre zukünftige Vagina: »Wenn man wirklich dann die Vagina hat, dann fühlt man sich vielleicht noch mehr als jetzt als richtige Frau. Ich versuche jetzt schon, so gut es geht, eine richtige Frau zu sein.« Sie berichten über die Unmöglichkeit, mit Penis Sexualität als Frau zu leben »Ich fühle zwar als Frau, aber ich könnte den Geschlechtsverkehr nicht als Frau genießen. So macht es mir keinen Spaß, weil ich ja auch die Vagina haben möchte und habe sie aber nicht.« Die Neovagina stiftet Identität – »Es gibt eine Rückkopplung auf die sexuelle Identität, eine Vagina zu haben« – und verschafft einen sozialen Vorteil: »Ich würde mich dann, glaube ich, auch außerhalb von der Großstadt freier bewegen können. In sexuellen Zusammenhängen.«

Penis

Die trans* Frauen, welche noch über einen Penis verfügen, sehen diesen als Hindernis. Sie bereichten von »Scham« und »Hass«: »Für mich hat der eigentlich gar keine Bedeutung mehr. Nur, dass ich ihn noch zum Pinkeln brauche. Von mir aus könnten sie ihn sofort abschneiden.« Er wirft sie immer wieder auf Männlichkeit zurück, sei es in Form der Reaktionen der Interaktionspartner_innen oder im eigenen Gefühl, dass dieser Körperteil für sie nicht (mehr) stimmig ist: »Das Geschlechtsteil passt nicht zu meinem Körper.« Oder anders: »Dieses feste, fast wehtuende Harte. Wenn ich erregt bin, möchte ich auch entscheiden, ob mein Gegenüber das beim Tanzen merkt oder nicht. Es gibt ja Wege, das mitzuteilen. Da muss nicht mein Körper was anzeigen.« Ihre Abneigung und innere Distanz zum Penis wird in der Art, über ihn zu sprechen deutlich. Sie alle nutzen »der« oder »das Ding«, als würde mit der sprachlichen Distanz und der Nicht-Identifikation der Penis verschwinden. Aus ihrem Bewusstsein tut er das auch zeitweise. Nach der genitalangleichenden OP wird über »sinnlichen« Sex berichtet.

Für die trans* Männern hat der Penis erwarteter Weise eine andere Bedeutung. Allerdings unterscheiden sich die Befragten sehr in ihrem Bestreben, einen Penis dauerhaft am eigenen Körper spüren zu wollen und ebenfalls darin, welche Rolle sie dem Penis in seiner Bedeutung für ihr jeweiliges Bild von Männlichkeit zusprechen. Er wird auch als wichtig erachtet, weil es an Alternativen mangelt und die Medizin nur Eindeutigkeit kennt. Es gibt keine legitime Möglichkeit, sein Geschlecht chirurgisch zu veruneindeutigen. Man kann nur den Wunsch, entweder männlich oder weiblich zu sein, chirurgisch umsetzen lassen. Ein trans* Mann, der zumindest keine Frau sein möchte, entschied sich für eine Phalloplastik und sagt so pragmatisch wie hilflos: »Ich weiß ja nicht, was ich mir da sonst dranmachen lassen soll.« Er hat es sich fast so vorgestellt, obwohl sein Penis jetzt »einfach nur ein Hautlappen« ist und nicht »wie der typische Pimmel« aussieht.

Lindemann konstatiert, dass es für alle prä-operativen trans* Männer, die sie interviewt hat, ein Problem darstellte, keine Hoden und keinen Penis zu haben, obwohl sie zu dem Ergebnis kommt, dass trans* Männer dennoch den Penoidaufbau nicht in Betracht ziehen. Die Einschätzungen der befragten trans* Männer bestätigen einerseits Lindemanns Resultate, anderseits widersprechen sie ihnen. Lindemanns Befragte scheuten sich vor sexuellen Kontakten, ob homo- oder heterosexueller Art, denn sie hatten Bedenken, nicht als männlich zu gelten (vgl. Lindemann, 1993, S. 200f.). Auch dies konnte in dieser Arbeit nicht bestätigt werden.

Der Penis besitzt eine hohe Signifikanz in der Definition von »Mannsein«. Die Unterstellung der Existenz eines Penis seitens seines sozialen Umfelds reicht aus, um als Mann klassifiziert und anerkannt zu werden: »Ich glaube, dass da die gewissen Zentimeter als das entscheidende Merkmal genommen wurden, zu sagen okay, das ist jetzt wirklich ein Mann. Auch wenn die da noch gar nicht da waren, aber das hab ich ja bewusst auch ausgelassen.« Dies ist zu erwarten in einer Gesellschaft, die den Zusammenhang zwischen Geschlecht und Geschlechtsidentität als hegemonial und quasi-natürlich setzt. Im nahen Umfeld, bei fehlender Anonymität, ist es einfacher, aber auch unumgänglich, ehrlich zu sein. Sexualität entblößt diesen »Widerspruch« des Auseinanderfallens von Sex und Gender.

Der unterstellte Penis reicht zwar gemeinsam mit den hormonellen Veränderungen des Erscheinungsbildes für die Außenwirkung als Mann aus, aber für das männliche Selbstverständnis und intime Kontakte wird die reale Existenz von manchen trans* Männern als notwendig erachtet, allerdings sind in Deutschland die Operationstechniken nicht genügend ausgereift, als dass das Ergebnis überzeugend wäre: »Die Sachen, die's hier gibt, sind einfach Münchner Weißwurst. Da ist Anfang und da Ende und fertig.«

Nicht alle Befragten benötigen einen Penis, um ihre Geschlechtsidentität nach innen und außen abzusichern. Es konnte auch ein pragmatischer Zugang festgestellt werden. Es scheint, als hätten sie den hegemonialen Zusammenhang von Körpergeschlecht und Geschlechtsidentität transzendiert und ihren höchst persönlichen Weg gefunden, ihr Geschlecht zu inszenieren und sind »sehr zufrieden mit, ich sage mal, untenrum. Ich hätte am liebsten einen Körper, der überall flach ist, also auch unten. Nicht wieder etwas Neues, was da so herumbaumelt. Und wenn ich einen Schwanz haben will, schnalle ich mir einen um.«

Brüste

Bei allen männlich identifizierten Befragten wird deutlich, dass sie ihre Brust als störend empfinden oder empfanden. Ein trans* Mann spricht abwertend von »Titten«, die er unbedingt entfernt haben wolle. Lindemann konstatiert: »Der Körper ist das Geschlecht« (Lindemann, 1993, S. 229). Sie tragen oder trugen bewusst Kleidung, die die Körperformen neutralisiert, um nicht als Frau gelesen zu werden.

> »Es ist die durchgängige Erfahrung von transsexuellen Männern, dass sie ihre Brust verbergen müssen, wenn sie als Mann wirken wollen. [...] Einen Geschlechtskörper zu haben, heißt, sein eigenes Geschlecht schon dargestellt zu haben, noch bevor

> man in einer Situation eine Geste gemacht, einen Blick geworfen oder ein Wort gesprochen hat« (ebd., S. 37f.).

Die befragten trans* Männer erleben es sehr befreiend, wenn das sichtbarste Symbol der Weiblichkeit entfernt ist und haben »weniger Angst, wenn einen jemand mal aus Versehen berührt oder einen necken will«. Sie können sich soziale Räume, wie Schwimmbäder wieder zugänglich machen, ohne wegen ihres Äußeren Verstörung, Verärgerung bis hin zum Rauswurf hervorzurufen.

Resultiert das Unbehagen aus einem körperlichen Missempfinden oder sind die Reaktionen des Umfeldes auf die Brust ursächlich für den Amputationswunsch? Auch leiblich-affektives Empfinden, das so natürlich erscheint, weil es unmittelbar spürbar ist, wird durch geschlechterpolitische Diskurse determiniert. Die Frage, ob es einen trans* Kaspar Hauser geben kann, also ob das Gefühl im falschen Körper gefangen zu sein bereits vordiskursiv wahrgenommen werden kann, kann wohl nie beantwortet werden, da ein Leben jenseits der Einflüsse des Sozialen nicht möglich ist.

Über Ähnliches denkt ein Befagter nach, wenn er über seine geschlechtliche Definition reflektiert: »Bin ich trans*, weil ich meine Brüste nicht mag oder mag ich meine Brüste nicht, weil ich trans* bin?« Dies ist eine Frage, die aus demselben Grund unbeantwortet bleiben muss – der Körper ist immer schon sozial und kulturell überformt.

Nicht alle Befragten verorten sich im binären Geschlechtersystem. Sie sind zwar männlich identifiziert, stoßen dabei aber weniger an körperliche Grenzen, obwohl auch sie ihre Körper verändern wollen. So möchte einer der Befragten keinen Penis und ein anderer trägt nach zehn Jahren Hormoneinnahme seine Brüste mit einem gewissen Stolz, da er gern vorgefertigte Geschlechterbilder aufbricht und darüber mit Menschen ins Gespräch kommt. »Weil ich halt gern damit spiele, so einen Bruch in meinem Aussehen zu haben. Ich habe seit ein paar Jahren ein eher männliches Passing und dann sind sehr viele Leute irritiert, wenn sie dann sehen, dass ich Brüste habe.« Natürlich ist hier zu vermuten, dass er spielen und seine Brüste als »Stilmittel« einsetzen kann, gerade weil er in sozialen Situationen als Mann angenommen wird. Er gilt sozial als genug Mann, um weibliche Attribute zu besitzen, ohne dass sie seine Männlichkeit infrage stellen könnten. Er ist eben (noch) ein Mann mit Brüsten, der aber auch eine Mastektomie begehrt: »Es ist irgendwie anstrengend auf der Straße, wenn Leute mich angucken, dadurch, dass ich sie nicht so stark abbinde.«

Die befragten trans* Frauen wünschen sich alle eine weibliche Brust bzw. sind bereits zufrieden, wenn die Brust nicht mehr allzu »männlich« erscheint. Wenn

die Hormone noch nicht das gewünschte Volumen gebracht haben, helfen sie nach, um sich ihrem ästhetischen Bild eines weiblichen Busens anzunähern:

> »Sexuell ist mein wachsender Busen ein sehr wichtiges Merkmal. Es war eine Zeit lang für mich eine Tabuzone, als es noch eine flache Brust war, und seitdem das gewachsen ist, ist es für mich eine sehr wichtige Stelle, wenn ich da berührt werde. Das spielt schon sehr direkt in mein Rollenverständnis, in meine Identität.«

Einerseits ist die weibliche Brust essenziell für das Selbstbild und andererseits ist sie notwendig für die Außenwahrnehmung. Dadurch, dass die Brust vorhanden ist, treten die Frauen sicherer auf in sexuellen Interkationen. Der Brustbereich ist keine hemmende Tabuzone mehr. Die Befragten werden auf der Straße nicht mehr »blöd angemacht«. Der Busen steht also auch für eine befreite Sexualität.

Partnerschaft

Allen Befragten ist gemeinsam, dass sie Partnerschaft als positiv und unterstützend bewerten. Unterhalten sie (gerade) keine Partnerschaft, so wünschen sie sich eine, aus denselben Gründen wie diejenigen, die in Partnerschaft sind, diese Verbindung schätzen – Nähe, Zärtlichkeit, Vertrauen etc. Hier spielen weniger sexuelle Aspekte eine Rolle, auch wenn Partnerschaft als Feld für sexuelle Erfahrungen wahrgenommen wird, vor allem von denjenigen, die zum Interviewzeitpunkt Singles waren. Es zeichnet sich ab, dass diejenigen, die bereits vor ihrer Transition Beziehungserfahrungen sammeln konnten, auch während bzw. nach dem Angleichungsprozess einfacher Partner_innen finden und Partnerschaften eingehen. Festzustellen ist, dass alle befragten trans* Frauen nicht in einer Beziehung leben, sich dies aber wünschen.

Die Transition einer Partner_in stellt eine Belastungsprobe für Paarbeziehungen dar, mit der zissexuelle Paare nicht konfrontiert sind. Hier liegt ein entscheidender Unterschied. Der Angleichungsprozess ist für viele Paare vom Outing einer Partner_in bis durch den Angleichungsprozess eine psychosoziale Herausforderung. Viele Partnerschaften halten dieser Belastung nicht stand, was den Ergebnissen von Huxley, Kenna und Brandon (1981a) entspricht. Eine Betreffende hat in ihrer Ehe nicht viel über ihre Transidentität gesprochen. Es war ein Tabuthema, obwohl ihre Ex-Frau fast von Beginn an wusste, dass sich ihre Partnerin als Frau fühlte. Sie konnte den Wunsch nie akzeptieren, fand es »abstoßend« und unterstütze sie auch nicht auf diesem Weg. Heute, nach der Scheidung der über 20-jährigen Ehe, möchte sie nicht, dass sich ihr Ex-»Mann«

in Frauenkleidern in der Nähe der Wohnung aufhält. Über die Zeit nach ihrem Coming Out in der Ehe berichtet die Betreffende: »Dann war es vorbei, denn wir haben im Prinzip nur zum Kinderzeugen zusammen geschlafen.«

Für die sexuelle Zufriedenheit ist es sehr wichtig, positive Beziehungserfahrungen zu machen. Die trans* Männer wurden von ihren Partner_innen, wenn vorhanden, unterstützt und begleitet, auch wenn die Partnerschaften nicht über die gesamte Zeit der Transition bestanden. Aber auch die jeweils neuen Partner_innen bestärken die trans* Männer auf ihrem Weg. Allen Befragten ist die Möglichkeit, offen über ihr trans*-Sein sprechen zu können und von ihren Partner_innen unterstützt zu werden, sehr wichtig.

Es erfordert Bereitschaft und Kompetenz der Partner_innen, sich mit ihrer eigenen Sexualität, sexuellen Identität und ihrer Begehrensstruktur auseinanderzusetzen, um die trans* Person auf ihrem Weg zu begleiten und zu ermuntern:

> »Die Frau, mit der ich damals zusammen war, war eine lesbische Frau als Selbstdefinition. Das hat natürlich mit ihr noch mal einiges gemacht. Dass sie dann über sich nachgedacht hat, okay, haben wir jetzt eine homosexuelle oder eine heterosexuelle oder irgendwie eine was auch immer Beziehung.«

Nicht jede_r ist dazu bereit, in diesen Prozess einzusteigen und so reflexiv mit der eigenen Persönlichkeit umzugehen.

Aufgefallen ist, dass der Beziehungswunsch während der Transition ambivalent ist. Das Thema Transidentität kann das Leben so sehr dominieren und Aufmerksamkeit absorbieren, dass trotz Beziehungswunsch kein Raum für eine Partnerschaft bleibt:

> »Ich würde mir schon eine Beziehung wünschen, dass ich auch jemanden kennen lerne, aber im Moment weiß ich eben echt nicht, was für mich besser wäre. Sexualität ist mir im Moment überhaupt nicht wichtig. Ich will erst mal sehen, wie weit ich jetzt alles durch kriege.«

Das Vorhandensein einer Partnerschaft stellte sich als Voraussetzung und Indikator sexueller Zufriedenheit heraus. Diejenigen, die nicht zufrieden mit ihrer Sexualität sind, nannten eine Partnerschaft als Kriterium, das erfüllt sein müsste, um zufriedener zu sein. Sie suchen »etwas Andauerndes, etwas Geborgenes und Intimes mit Zärtlichkeit«. Es besteht Angst, »dass es noch sehr lange dauert, bis ich eine Beziehung habe, wo ich meine Sexualität auch ausleben kann. Die Zeit zwischen den verschiedenen sexuellen Kontakten, ist einfach zu groß, um

eine gesunde Sexualität zu haben.« Diejenigen, die sich mit ihrer Sexualität als zufrieden beschreiben, befinden sich in einer Partnerschaft, die sie als unterstützend und sexuell bereichernd erleben. Die Erfüllung psychosozialer Bedürfnisse nach Nähe, Akzeptanz und Geborgenheit spielten dabei eine größere Rolle als die Befriedigung sexueller Wünsche. Von einer Intimpartner_in wird am ehesten angenommen, diese Bedürfnisse zu erfüllen. Diese Feststellung entspricht den Ergebnissen der zitierten Studien (vgl. Biss & Horne, 2005; Byers & McNeill, 2007; EMIS, 2013).

Genauer betrachtet, sind es die trans* Männer, die in Partnerschaft leben und auch während ihres Prozesses begleitet werden. Dies entspricht den Ergebnissen von Kockott und Fahrner (1988), dass trans* Männer zufriedener mit ihrer Sexualität sind und häufiger in Partnerschaft leben als trans* Frauen.

Aus den Erfahrungen derjenigen Befragten, die in Beziehungen leben, kann abgeleitet werden, dass Kommunikation, Verständnis und Wissen Bedingungen sind, die Partnerschaften auch durch den Transitionsprozess und möglicherweise darüber hinaus festigen können.

Interessant ist, dass bei Vorhandsein einer Partnerschaft auch sexuelle Motive, wie die Häufigkeit von sexueller Aktivität und der Orgasmus in die Bewertung einfließen: »Lange Zeit hatte ich das Ziel, mal einen Orgasmus zu haben. Das habe ich ja geschafft. Ich habe gerade genug Sex und der ist total gut.« Partnerschaft wird aber von allen Befragten, auch denjenigen, die Sexpartys besuchen, als der primäre Ort für sexuellen Kontakt angesehen. Die Erweiterung des Begehrenshorizontes ist eine wichtige Komponente: »Es hat sich gewandelt von einer nur auf Frauen fixierten Sexualität zu einer Sexualität oder sexuellem Begehren, was sehr offen ausgelegt ist.« Daraus ergibt sich das Ausleben der sexuellen Identität als Bedingung für sexuelle Zufriedenheit.

Coming-Out

Das Coming-Out hängt stark mit Partnerschaft zusammen, geht es doch primär um die Offenbarung gegenüber Partner_innen oder potenziellen Partner_innen und deren Reaktionen, die den weiteren Fortgang der Beziehung determinieren. Hier zeigt sich, dass diejenigen, die gut in soziale Netzwerke, d. h. die transqueere Subkultur, eingebettet sind, die niedrigsten Hürden beim Coming-Out überwinden müssen und mit ihrer Transidentität generell auf größere Akzeptanz stoßen. Mariella, die sexuell eher unzufrieden ist, erlebt auch das Coming-Out als schwierig: »Die Erfahrungen der letzten Jahre haben schon gezeigt, dass bei vielen Berührungsängste bestehen.« Es wird ein weiteres Mal deutlich, wie wichtig

Unterstützung und Angenommensein für die sexuelle Zufriedenheit ist. Anzunehmen ist, dass der eigene offene und selbstsichere Umgang mit dem Trans*-Sein die Akzeptanz des Umfeldes positiv beeinflusst.

Die Befragten berichten, dass die meisten potenziellen (Sexual-)Partner_innen bereits vor der Anbahnung sexueller Kontakte wissen, dass sie trans* sind; entweder weil das (noch) nicht eindeutige Passing dies offenbart oder weil die Interviewten bereits vorher mit den Interaktionspartner_innen bekannt waren.

Outing kann auch als unfreiwilliges Erkanntwerden gesehen werden. Damit haben ausnahmslos alle Befragten bereits Erfahrungen gemacht, welche negativ geprägt waren. Angst vor den Reaktionen des sozialen Umfeldes spielt eine Rolle. Es ist zu vermuten, dass Diskriminierungserfahrungen sich mittelbar auf die sexuelle Zufriedenheit auswirken können, wenn nicht Wege gefunden werden, sich selbstbewusst abzugrenzen. An den Aussagen lässt sich ablesen, wie stigmatisiert trans* Menschen sind und dass sie mit Diskriminierung konfrontiert sind, z. B. passiert es immer wieder, dass sie im Schwimmbad in die »richtige« Umkleidekabine geschickt werden. Gleichzeitig wird aber auch deutlich, dass die Interviewten Kompetenzen entwickeln, damit umzugehen:

> »Ich nehme jetzt auch schon seit mehr als zehn Jahren Hormone. Ab dem Punkt, wo ich dann mit mir selber im Reinen war oder das Gefühl hatte, okay, ich weiß jetzt, wer ich bin, ich weiß, wo ich hin will und kann auch auf doofe Blicke und doofe Fragen gut reagieren.«

Imagination als sexuelle Strategie

Es fällt auf, dass die Befragten die Fähigkeit haben, physische Gegebenheiten zu ignorieren bzw. zu imaginieren, was ihnen jeweils hilft, beim Sex die Rolle einzunehmen, in der sie sich wohl und passend fühlen. Es ist also anzunehmen, dass diese Fähigkeit zur Imagination als pragmatischer – »Naja, es geht halt, wenn ich mich selbst nicht dabei angucke« – und gleichzeitig fantasievoller – »Ich kann wie ein 18-jähriger Typ werden und mein Gegenüber sieht mich dann auch so. Da lässt sich auch viel mit Genderrollen spielen« – Lösungsansatz zur sexuellen Zufriedenheit beträgt.

Eine trans* Frau schildert, dass es ihr nur durch Imagination möglich war, mit ihrer ehemaligen Frau Geschlechtsverkehr zu haben. Um sich als Frau imaginieren zu können, waren für sie weiblich konnotierte Accessoires notwendig: »Das zweite und dritte Kind habe ich in Frauensachen gezeugt. Sonst ging es gar nicht.«

Die Klitoris ist »mit Qualitäten ausgestattet, die es erlauben, in ihr eine unvollständige Version des Organs zu sehen. Auf diese Weise bildet die Klitoris ein wirksames Substitut des Penis« (Lindemann, 1993, S. 207). Ein trans* Mann stellt dazu fest: »Und dann kann ich mir das auch ziemlich gut vorstellen. Ich brauche keinen, der da immer ist.« Wenn ein Penis bei intimen Kontakten als fehlend erlebt wird, kann er imaginiert werden.

Die kulturelle Wichtigkeit des Penis schreibt sich in das körperliche Empfinden der Befragten ein. Dies ist keine Besonderheit von trans* Männern. Auch für nicht-trans* Männer ist das Vorhandensein beziehungsweise die Fähigkeit des Penis zur Penetration wichtig für ihr Selbstverständnis als Mann. Dies wird deutlich in Anbetracht der psychischen Krisen, in die impotente Männer geraten, und ebenfalls am Markterfolg von Viagra.

Die Fähigkeit, Genitalien zu imaginieren, deutet darauf hin, dass nicht die reale Existenz des Penis ausschlaggebend ist, sondern vielmehr die Überzeugung, über einen Penis zu verfügen. Studienergebnisse legen auch nahe, dass Intimpartner_innen gleichfalls vom Vorhandensein des Penis überzeugt werden können (vgl. Lindemann, 1993; Kraemer et al., 2009).

Mittels Gedankenkraft beim Sex gelingt es, die körperliche Realität zu modifizieren und so den intimen Kontakt zu ermöglichen bzw. für sich angenehm zu gestalten: »Ich habe mir dabei gedacht, dass ich jetzt auch eine Brust haben könnte. Und dass mein Geschlechtsteil auch weiblich wäre.«

Wichtig ist, ob diese Imagination zwischen den Partner_innen geteilt wird, also gemeinsames Mittel ist und dadurch spielerisch und verbindend wirken kann, oder ob Imagination ausschließlich individuell und von den Interaktionspartner_innen unbemerkt eingesetzt wird, um Sexualität überhaupt leben und ertragen zu können. Diese Art der sexuellen »Überlebensstrategie« ist funktional und in ihrem Kontext sinnhaft, trägt aber wahrscheinlich nicht zu sexueller Zufriedenheit bei, da sie die partnerschaftliche Komponente nicht unterstützt. Vermutlich schafft diese eigene, ungeteilte Vorstellungswelt eher Distanz als Nähe – Distanz zu Partner_innen und zur sexuellen Situation an sich, denn die Betreffenden befinden sich affektiv permanent woanders bzw. sind nicht die Person, für welche sie die Interaktionspartner_innen halten.

Sexpartys als Strategie sexueller Zufriedenheit

»Sexpartys als Strategie sexueller Zufriedenheit.« Klingt das nicht nach einer gewagten These ohne empirisches Fundament? Da es sich ergab, dass drei Interviewte an Sexpartys teilnehmen und sich zudem zeigte, dass sie gleichzeitig

die größte Zufriedenheit berichten, ist es erkenntniserhellend, den Fokus hier verweilen zu lassen und zu explorieren, was mit den Protagonist_innen dieser Sexpartys geschieht und warum dies in ihrem Fall offenbar zu erhöhter sexueller Zufriedenheit beiträgt.

Seit seiner Jugend hat R. das Gefühl, sich in seinem Körper nicht frei bewegen zu können. Er hat auf verschiedene Art versucht, diese Hemmung aufzulösen und in seinem Körper anzukommen, bis er schließlich mit dieser Motivation seine erste Sexparty besuchte: »Mein Plan war, mit meinem Körper besser klarzukommen und das hat geklappt. Ich wollte gar nicht unbedingt meinen Sex verbessern.«

Die Sexpartys scheinen ein Mikrokosmos zu sein, in dem die Faktoren, die gemäß bisheriger Forschung sexuelle Zufriedenheit mit determinieren, vergrößert und prägnanter erscheinen. Die Partys können offenbar als Katalysator für die Realisierung dieser Faktoren fungieren, indem sie den Kosmos des Sexuellen so komprimieren und präzisieren, dass sie ein perfektes Experimentierfeld für die Besucher_innen sind. Zur Verdeutlichung zwei Schilderungen:

> »Sexualität als Vehikel für Selbstbewusstsein und wissen, was ich will und darüber reden können. Dieses Wissen, was ich will, und Methoden finden, wie ich es kriegen kann. Auf Sexpartys ist auch ein cooler Raum, um Gendervorurteile noch mal ein bisschen abzubauen.«

Und:

> »Dadurch habe ich sehr viel über mich und meine Sexualität gelernt, weil ich mit vielen Menschen Kontakt hatte und dadurch immer wieder auch bestimmte Sachen abklären musste und noch mal anders reflektieren konnte.«

Neben den genannten Zugewinnen der Sexpartys wie einem positiven Körperbild, gestiegenem Selbstvertrauen, Reflexion über das eigene Sexualleben und die eigenen Wünsche und Grenzen sowie der Relativierung und Aufkündigung von Geschlechterrollen liegt das größte Potenzial dieser Veranstaltungen wohl im Erlernen und Testen von Kommunikationsfähigkeiten (dazu mehr in der Auswertung der nachfolgenden Kategorie »Kommunikation«).

Ein Befragter vergleicht lakonisch Therapiestunden mit Sexpartys und kommt zu dem Schluss, dass beides »allen Leuten gut tun« würde. Sie sollten »einfach nur da sein, gucken und sich mit ihrem eigenen Sex auseinandersetzen«.

Kommunikation

In der Auswertung der Interviews tritt ein Kriterium stark hervor, welches sich auf die sexuelle Zufriedenheit der Befragten positiv auszuwirken scheint und auch selbst mehrfach von ihnen angesprochen und in seiner Wichtigkeit betont wird – Kommunikation. Diejenigen, die mit ihren (Sexual-)Partner_innen offen über sexuelle Wünsche und Vorstellungen, Grenzen und Tabus sprechen, sind sexuell zufriedener als diejenigen, die dies nicht tun. Die Befragten kontrastieren ihren eigenen Weg, wie sie diese Fähigkeit erlangten, mit dem Ist-Zustand. Es wird deutlich, dass Kommunikation Fähigkeiten voraussetzt, die erlernt werden können. Die Befragten dieser Untersuchung nutzten dafür den Raum der Sexpartys, was eine Möglichkeit unter vielen darstellt, sich auszuprobieren. Wie oben beschrieben, sind diese offenbar eine sehr gute Gelegenheit, Kommunikationskompetenz zu erwerben, da man wenig Zeit hat, sich oft kaum kennt und deshalb miteinander reden muss, um »erfolgreich« das gemeinsame Ziel »Befriedigender Sex« zu erreichen. An bestimmten Körperstellen nicht berührt werden zu wollen, muss kommuniziert werden, um nicht in einer unangenehmen oder schmerzhaften Situation zu enden: »Ich habe durch die Sexpartys gelernt, schneller zu sagen, das will ich nicht, das mag ich nicht. Vorher konnte ich nicht so gut kommunizieren. Da habe ich dann eher Sachen mit mir machen lassen, die ich nicht wollte.«

Diejenigen, die unzufrieden sind, verfügen über keine ausgeprägte Gesprächskultur mit ihren Sexualpartner_innen: »Ich habe nie großartig jemandem gesagt, dass ich mich als Frau fühle, bis auf den schwulen Partner, aber ansonsten habe ich das keinem gesagt Ich habe das eigentlich immer mit mir selber ausgemacht.« Sie hat den Eindruck, dass es ihren Sexualpartner_innen »egal« ist.

Durch Kommunikation fanden Lernprozesse statt, welche die Betreffenden sukzessive offener im Umgang mit ihrer Trans* und Sexualität gemacht haben: »Ich bin da halt rein geraten in dieses Redenmüssen, durch meine, sagen wir mal, nicht ganz der Norm entsprechende Rolle.« Sie spricht von »Sicherheit«, die durch die Kommunikation für beide Seiten geschaffen wird. Sicherheit trägt vermutlich zu sexueller Zufriedenheit bei, denn sie eliminiert hemmende Bedenken und schafft Nähe und Vertrauen- »Man muss es aushandeln« – was es erleichtert, sich sexuell fallen zu lassen. Dies entspricht dem Ergebnis von Brown (2010), wonach für Trans* eine erhöhte Notwendigkeit zur Kommunikation in der Paarsexualität besteht, denn heteronormative Selbstverständlichkeiten helfen ihnen nicht. Berührung, Zärtlichkeit und Sexualität müssen anders verhandelt

werden. Gedacht sei hier an die von den Interviewten erwähnten körperlichen Tabuzonen oder die sexuellen Veränderungen im Zuge des Angleichungsprozesses. Natürlich können auch in nicht-transsexuellen Beziehungen verschiedene Problemkonstellationen einen besonderen Kommunikationsbedarf bedingen. Die Befragten verfügen über unterschiedliche Fähigkeiten zur Kommunikation, aber alle stellen es als für sich wichtig heraus.

Rollenverständnis

Es lässt sich die allgemeine Tendenz beobachten, dass die trans* Frauen bei tendenzieller Unzufriedenheit eher genderkonformes Sexualverhalten präferieren. Die trans* Männer spalten sich, was ihr Rollenverhalten bzw. ihre Rollenvorstellungen betrifft. Die Zufriedenen gestalten Geschlechtsrollen eher situativ, individuell und fluid aus, wohingegen die weniger Zufriedenen sich eher in tradierten Rollen verorten. Die nicht geschlechtsrollenkonformen Interviewten bestätigen die Ergebnisse von Sanchez, Crocker und Boike (2005), die das Sexualverhalten zissexueller Menschen untersuchten. Trans* Frauen haben ein schwierigeres Passing und werden von ihrem sozialen Umfeld oft nicht als Frauen (an)erkannt, weswegen die Ergebnisse gleichzeitig auch belegen, dass sie eher als trans* Männer tradierte Geschlechtsnormen aufgreifen, um den Status als Frauen zu erwerben. Sie beziehen ihren Wert als Frau von außen über die soziale Anerkennung durch Interaktionspartner_innen und sind sexuell meist unzufriedener als die untersuchten trans* Männer.

Es konnte festgestellt werden, dass diejenigen, die sich in queeren bzw. trans* Kontexten bewegen, offener mit ihren Rollen umgehen, in der Sexualität verschiedene Rollen einnehmen und zwischen ihnen wechseln können und dies als Erweiterung und Bereicherung wahrnehmen. Sie abstrahieren im sexuellen Erleben von Geschlechterrollen und können sexuelle Handlungen frei von Genderaspekten wahrnehmen und erleben. Es scheint, als vergessen sie ihre eigene und die Geschlechtlichkeit des Gegenübers in der sexuellen Interaktion. N. besetzt für sich einen Platz im Spektrum von Männlichkeit, den er allerdings offen definiert und den er nicht im binären Geschlechtersystem verortet. Zu seiner Sexualität sagt er:

> »Es gibt Menschen, die brauchen Rollen in ihrer Sexualität und es gibt Menschen, die haben Sexualität fernab von irgendwelchen Rollen. Und ich gehöre zur zweiten Gruppe. Ich würde sagen, dass ich weder der Aktive noch der Passive bin. Mal trägt sie einen Harness, mal ich.«

Abseits der heteronormativen Sexualordnung öffnet sich ein alternativer Raum mit pluralen und flexiblen Rollenbildern.

Notwendigkeit zur Vernetzung

Unabhängig von den Sexpartys scheint eine Voraussetzung für ein relativ konfliktfreies Ausleben der eigenen Sexualität und somit auch ein Kriterium für sexuelle Zufriedenheit zu sein, dass die Betreffenden sich verstanden fühlen und in ihrer Identität bestätigt und nicht durch Unwissen und Unverständnis stets durch ihr Umfeld und potenzielle Sexualpartner_innen hinterfragt werden. Dasselbe gilt natürlich auch für zissexuelle Menschen. Diese banal und selbstverständlich erscheinende Tatsache tritt jedoch erst zutage, wenn sie für bestimmte Männlichkeiten und Weiblichkeiten eben nicht mehr gilt. Es ist ein Privileg, als die Identität (an)erkannt zu werden, die man im Inneren ist. In einer Gesellschaft, in der vom binären Geschlechtercode abweichende sexuelle Identitäten sich diese Anerkennung erst erwerben müssen, findet sich diese tendenziell unter Gleichen. Über den alltäglichen heteronormativ geprägten Raum berichtet eine Person:

> »Da bewege ich mich nicht, was Flirten und Sexualität angeht. Ich bewege mich schon viel lieber im queeren, trans*-affirmativen Raum, als in einem Raum, in dem ich nicht nur erklären muss, dass ich trans* bin, sondern auch noch, was trans* ist.«

Die Aussagen »Ich habe das eigentlich immer mit mir selber ausgemacht« und »Ansonsten habe ich keinen mehr, mit dem ich über so etwas reden kann«, zeigen, wie wichtig eine Vernetzung mit anderen trans* bzw. sich als queer definierenden Menschen ist, um das »Anderssein« auszublenden und sich selbstverständlich als der Mann oder die Frau oder wer auch immer man ist bewegen zu können und dadurch selbstsicherer zu werden – auch als Voraussetzung, offen auf potenzielle Partner_innen zuzugehen. Die Treffen der Trans*-Gruppen sind für die Besucher_innen sehr wichtig: »Ein paar Leute braucht man schon. Allein schafft man es nicht.«

In den Interviews zeigt sich, dass diejenigen, die gut vernetzt sind, auch zufriedener mit ihrem Sexualleben sind. Dies gilt für Freundesnetzwerke als auch für das Bewegen in der trans*-queeren Subkultur und allgemein der Infrastruktur für trans* Menschen, soweit diese im Umfeld der Befragten vorhanden war. In den speziellen Fällen der hier Befragten ist allerdings zu bedenken, dass gelebte

Sexualität ein Bestandteil der trans*-queeren Subkultur in Form von Sexpartys ist.

Die Infrastruktur für und von Transsexuellen wird meist so lange genutzt, bis die letzten Hürden der Angleichung genommen sind. Dem Aufsuchen der trans* Infrastruktur liegen offenbar bestimmte Persönlichkeitsmerkmale zugrunde – für sich zu sorgen, die Offenheit und Fähigkeit, Problemfelder nicht auszuklammern, sondern zu kommunizieren, Vertrauen in das eigene Handeln, Selbstwirksamkeitserwartung, aktiv das eigene Leben in die Hand zu nehmen etc. – die auch im Erleben von Sexualität und im Aufsuchen von Sexualberatung eine Rolle spielen.

Beratungsbedarf

Die Aussagen der Befragten lassen auf den Beratungsbedarf von trans* Menschen schließen: »Es ist wichtig. Gerade für Leute, die einsteigen.« Ein Befragter erhofft sich, dass es bald eine Sexualberatung explizit für Trans* geben wird und möchte sich auch persönlich engagieren: »Ich würde das ja selbst auch gern anbieten und denke, was kann man denn machen, damit es Leuten leichter fällt?« A. blickt auf die Probleme zurück, die sie aufgrund ihres Trans*seins in ihrer Ehe hatte: »Sexualberatung. Ich hätte vielleicht mit meiner Frau damals hingehen sollen.«

Zusammenfassung der Ergebnisse[6]

Die Befragten differenzieren zwischen den partnerschaftlichen und den körperlich-sinnlichen Aspekten von Sexualität und kommen dabei zu unterschiedlichen Bewertungen. Hier wird deutlich, dass die von Byers vorgeschlagene Definition sexueller Zufriedenheit auf die in dieser Untersuchung Befragten zutrifft und den kognitiven Prozess, wie sie zu ihren Einschätzungen gelangten, nachvollziehbar macht: Sexuelle Zufriedenheit sei »[a]n affective response arising from one's subjective evaluation of the positive and negative dimensions associated with one's sexual relationship« (Byers, 1999, S. 98). Welche Aspekte als positiv und negativ bewertet werden, ist dabei individuell verschieden: »Auf der körperlichen Ebe-

6 Es bleibt die Frage offen, welche Ergebnisse mit Transsexualität in Zusammenhang stehen bzw. durch diese erklärbar sind und inwieweit sich Transsexuelle von anderen Stichproben unterscheiden. Die genauen Wirkzusammenhänge müssten Teil einer repräsentativen Untersuchung sein.

ne ist alles okay. Da ist der Sex gut und ich bin ganz zufrieden. Auf emotionaler Ebene – es ist schwer, eine Partnerin zu finden.«

Die positiven Veränderungen, die die Befragten in Persönlichkeit und sexuellem Erleben durchlaufen haben, zeigen, dass Zufriedenheit eine Fähigkeit ist, die erlernt werden kann. Befragte, die sexuell aktiv sind und ihre Bedürfnisse kommunizieren, sind auch zufriedener mit ihrer Sexualität. Die Ergebnisse legen nahe, dass diejenigen Eigenschaften gefördert und verstärkt werden können, die mit erhöhter Zufriedenheit in Zusammenhang stehen – Sexpartys stehen dabei lediglich für eine von vielen Möglichkeiten.

Diejenigen, welche die Fähigkeit zur Imagination mitbringen, sind sexuell zufriedener, denn sie begreifen sich als wirksam handelnde Subjekte, die ihr eigenes Wohlbefinden positiv und lustvoll beeinflussen können.

Partnerschaft ist das wichtigste Kriterium für sexuelle Zufriedenheit; Aspekte wie partnerschaftliche Nähe, Verbundenheit, Geborgenheit und vor allem gelingende Kommunikation sind ebenfalls von Bedeutung. Wenn Beziehungen bestehen, werden unmittelbar sexuelle Komponenten in die Bewertung mit einbezogen – wie Häufigkeit der sexuellen Aktivität, Vorhandensein und Qualität des Orgasmus, die Fähigkeit, sexuelle Wünsche realisieren zu können sowie die sexuelle Identität erweitern und ausleben zu können.

Veränderungswünschen bzw. bereits durchgeführten angleichenden Maßnahmen bezüglich des (Geschlechts-)Körpers, also das Ersehnen bzw. Ablehnen von Penis, Brüsten und Vagina, kann ebenfalls ein großer Einfluss auf die sexuelle Zufriedenheit attestiert werden.

Können sich die Befragten von sozialer Stigmatisierung und Diskriminierung abgrenzen, dann sind sie sexuell zufriedener. Distanz zu unangenehmen Erfahrungen zu gewinnen, gelingt denjenigen Interviewten am besten, die in der transqueeren Subkultur vernetzt sind.

Es sind zu einem großen Teil dieselben Prädiktoren, die anzeigen, dass trans* Personen ein erfülltes Sexualleben haben, die auch für nicht-trans* Menschen gelten. Sie werden jedoch von den Betreffenden mit einer anderen Gewichtung belegt. Verschobene Wichtigkeiten ergeben sich in der Prägnanz der körperlichen Komponente, dem Finden der sexuellen Identität jenseits etablierter heteronormativer Modelle und der Notwendigkeit der sozialen Vernetzung sowie dem negativen Einfluss von Diskriminierungserfahrungen.

Die größte Gemeinsamkeit zwischen trans* und nicht-trans* Personen scheint die Bedeutung von Partnerschaft für die sexuelle Zufriedenheit zu sein. Hier jedoch liegt auch ein bedeutsamer Unterschied, denn trans* Menschen haben es auf der Partner_innensuche ungleich schwerer, zumindest, wenn sie sich in der

heteronormativen Wirklichkeit bewegen. Sie müssen sich außerhalb ihrer Subkultur immer wieder als »anders« outen. Diesen Unterschieden gilt es in einer Sexualberatung für diese Zielgruppe gerecht zu werden.

6. Sexualberatung für Trans*!

Trans* Menschen verlassen nach ihrem Angleichungsprozess oft die bestehende Infrastruktur, zum Beispiel Selbsthilfegruppen oder Therapeut_innen. Vor allem die formalen Strukturen werden abgelehnt, da dieses institutionalisierte Arrangement oft als Zwangsinstrument erlebt wird. Es ist zu überlegen, wie und wo eine Sexualberatung niedrigschwellig platziert werden kann.

Trans* Lebensläufe und die subjektiven Wege in die Transidentität differieren stark. Dies sollten ein wertschätzendes Beratungskonzept und speziell geschulte Berater_innen berücksichtigen. Es ist essenziell, den Klient_innen ohne feste Vorannahmen, was »trans*/transident/transsexuell« bedeutet, zu begegnen. Die Interviews zeigen, dass dies an der Realität der Betreffenden vorbei gehen würde, denn gerade die individuelle (Trans-)Identität spielt eine wichtige Rolle im Handeln und Erleben von Sexualität.

Der angenommene Zusammenhang zwischen der Psyche im Sinne der Antizipation und emotionalen Besetzung körperlicher Veränderungen einerseits und einer körperlichen Modifikation durch die Hormoneinnahme andererseits kann für eine ganzheitliche Sexualberatung Transidenter genutzt werden. Dies kann geschehen, indem gezielt Übungen zur Imagination und Visualisierung angeboten werden, die die Vorstellung davon, wie sich die Klient_in im Identitätsgeschlecht sieht und mit bestimmten Attributen bewegt, entwickeln und stärken, sodass die Klient_innen diese sozusagen inkorporieren – sie können auf diesem Wege werden, wer sie sind. Sie machen sich die schöpferische Kraft der Vorstellung zunutze. Die Anwendung dieser Methode wäre in Workshops mit kleinen Gruppen denkbar – gerade auch für diejenigen, die invasive Eingriffe ablehnen.

Die positive Wirkung sexueller Erfahrungen auf das Körpererleben und die eigene körperliche Wahrnehmung wird als Ergebnis dieser Untersuchung bestätigt. Wenn Sexualität als Mittel für sinnliche Körpererfahrung in Ermangelung einer Partner_in oder aus anderen Gründen jedoch aktuell nicht zugänglich ist, kann dieser Zusammenhang dennoch genutzt werden. In der Arbeit mit trans* Klient_innen, die mit ihrer Körperlichkeit nicht ausgesöhnt sind, sollte es darum gehen, einen Raum zu schaffen, in dem sinnliche Körpererfahrungen gemacht

werden können. Eine Beratung sollte Klient_innen die Möglichkeit und Ermutigung geben, den eigenen Körper zu entdecken und neben den ungewünschten Attributen auch schöne Seiten herauszustellen und die eigene Wahrnehmung auf diese zu fokussieren. Es gilt, die Sinnlichkeit, die der eigene Körper spenden kann, aufzuspüren, zu erkunden und dieses Potenzial zu festigen und zu erhalten. Dabei handelt es sich um eine Sinnlichkeit jenseits des Geschlechtskörpers – ähnlich Masters und Johnsons Sensate Focus-Übungen[7]: den eigenen Körper auf einer ganzheitlichen Ebene als lustvoll erleben – Sexualität aussparen, um sie dadurch wieder zu ermöglichen. Ziel ist es, den abgelehnten Körper wieder in die eigene Wahrnehmung zu integrieren, ohne den Operationswunsch zu negieren oder den Klient_innen auszureden. Hierbei ist es wichtig, Wünsche, Hoffnungen, Träume bewusst zu machen und ernst zu nehmen.

Diese Selbsterfahrung kann in Form von Workshops in Kleingruppen oder individuell mit der Berater_in erfolgen, je nachdem, wie weit sich die Klient_in traut. Zu empfehlen ist jedoch der Erfahrungsaustausch mit anderen in einer professionell moderierten oder auch selbstorganisierten Form.

Da diejenigen mit ihrer Sexualität am zufriedensten sind, die von Gendernormen abstrahieren und eigene Wege der sexuellen Interaktion finden, sollte eine Sexualberatung für Trans* einen Raum bieten, sich mit der eigenen Männlichkeit und Weiblichkeit auseinanderzusetzen. Dabei ist es wichtig zu reflektieren, wie sich die Klient_innen selbst als Geschlechtsperson sehen und was davon individuell geformt ist und inwieweit sie von tradierten Rollenbildern beeinflusst sind. Es soll eine Möglichkeit geschaffen werden, Neues zu entdecken und individuelle Formen von Weiblichkeit und Männlichkeit zu etablieren sowie gegebenenfalls einengende Vorstellungen und Überzeugungen zu verwerfen.

Denkbar wäre dies spielerisch in Workshops in der Gruppe, da diese die Option bietet, in Rollenspielen verschiedene Identitätsanteile darzustellen und durch andere Gruppenmitglieder ein Feedback zu erhalten. Sicher hat es eine befreiende Wirkung, bisher unterdrückte und ungel(i)ebte Anteile im Spiel und mit Freude auszudrücken. Sie helfen den Betreffenden, einen Ausdruck für ihre Geschlechtsidentität zu finden bzw. diesen zu festigen, um die zu werden, die sie bereits sind. Diese Workshops können eine erste Plattform auf dem Weg zur Realisierung und Integration diverser Identitätsaspekte ins Alltagsleben darstellen. Gemäß den Erkenntnissen über die Wichtigkeit und zugleich Fragili-

7 Gestufte Übungen für Paare, um Intimität, Berührungen und die eigene Sinnlichkeit neu zu erleben und so die Aufmerksamkeit und Sensibilität für sich selbst und die Partner_in zu steigern, bei denen bewusst auf die Stimulierung der Sexualorgane verzichtet wird.

tät von Partnerschaft, gerade während des Transitionsprozesses, wird Paararbeit bzw. -beratung[8] vorgeschlagen. Diese soll die Beziehung durch diesen schwierigen Prozess begleiten und stärken. Um für Verständnis zu werben, ist Wissen aufseiten der Partner_innen notwendig. Wichtig ist es also, sachliche Informationen zum Thema Trans* zur Verfügung zu stellen. Dies kann mithilfe eigens für Partner_innen konzipierter Broschüren, die sich der speziellen Thematik »Partnerschaft und Trans*« widmen, sowie durch Filme und Informationsveranstaltungen geschehen.

Denkbar sind Partner_innen-Workshops, in denen beide durch Körperübungen lernen, der sich verändernden Körperlichkeit durch die Transition zu begegnen und Berührungsängste – im wahrsten Sinne des Wortes – abzubauen. Dabei spielt es keine Rolle, wie lange die Partnerschaften bestehen.

Trans* Personen können, ist der Angleichungsprozess erst einmal begonnen und vor allem, wenn das Coming Out vergleichsweise spät stattfand, sehr absorbiert von Themen rund um die Transition sein, sodass sie für partnerschaftliche und familiäre Belange zeitweise nicht sehr empfänglich sind und sich dem Vorwurf des Egozentrismus aussetzen müssen. Es ist deswegen angeraten, »trans*freie« Zeiten in die Partnerschaft einzuführen, in denen andere Themen, die das Paar und die Familie betreffen, bzw. vollkommen Anderes in den gemeinsamen Fokus treten können. Kurzum, es sollte auf Reziprozität in der Beziehung geachtet werden. Problematisch kann es sein, wenn die Transition die Zweisamkeit dauerhaft dominiert, auch wenn sie einen sehr wichtigen Aspekt im Paargeschehen darstellt. Die nicht-trans* Partner_in muss sich als Person gesehen und sich nicht als Erfüllungsgehilfe des Angleichungswunsches instrumentalisiert fühlen. In dieser Situation kann ein Kommunikationstraining für die Partner_innen unterstützend sein. Für Partner_innen kann es hilfreich sein, sich mit anderen Angehörigen in Form von Gesprächskreisen oder Selbsthilfegruppen auszutauschen. Dort können Ängste, Befürchtungen und alltägliche Angelegenheiten thematisiert werden.

Sexuelle Zufriedenheit korrespondiert mit der Fähigkeit zur Kommunikation. Für die Sexualberatung transidenter Menschen wird deshalb ein Kommunikationstraining vorgeschlagen. Hier können die Betreffenden die Scheu verlieren, über Intimes zu sprechen und einen Raum bekommen, ihre Bedürfnisse festzustellen und diese als zu sich gehörig zu akzeptieren. Gelernt werden kann, diese

8 Die Verfasserin spricht bewusst nicht von Therapie, da dieser Begriff mit Pathologie konnotiert ist, der Problemkonstellation, der Paare in dieser Situation gegenüberstehen, per se jedoch nichts Pathologisches anhaftet.

zu artikulieren und eine Kompetenz zur konstruktiven Rückmeldung zu entwickeln. Hierbei geht es oftmals um die bloße Benennung von Geschlechtsteilen, die ein Hindernis für die Kommunikation darstellen kann. Es können also gemeinsam spielerisch und in lockerer Atmosphäre Sprache und Begriffe für Sexuelles gefunden und diese durch häufiges Aussprechen und Hören normalisiert oder neutralisiert werden. Geübt werden kann ganz konkret, sexuelle Bedürfnisse zu äußern, aber auch die Fähigkeit der Abgrenzung in Situationen, die nicht mehr im Komfortbereich der Klient_innen liegen. Eine vertrauensvolle Kleingruppe stellt hierfür einen geeigneten Kontext dar. Es kann im intimen und vertraulichen Rahmen ausprobiert und entdeckt werden. Im Rollenspiel kann die Gesprächssituation mit einem Stellvertreter_in der Partner_in ohne Angst vor negativen Reaktionen, wie beispielsweise Ablehnung, trainiert werden. Dabei können verschiedene Strategien ausprobiert und ein direktes Feedback eingeholt werden. Die Klient_innen haben die Möglichkeit, sich im Rollenspiel in problematische Situationen bzw. in die Partner_in hineinzuversetzen und so beide Standpunkte nachzufühlen. Mit dieser Erfahrung können sie entscheiden, wie sie sich jeweils in der Realsituation verhalten. Eine Option ist natürlich auch das Kommunikationstraining als Paar. Dieses hätte die Besonderheit, dass es nicht eine Imitation der realen Situation darstellte, sondern die Betreffenden mit moderierender Unterstützung bereits »echt« kommunizieren könnten.

Dieses Training ist ebenfalls für nicht-partnerschaftliche Situationen denkbar – um das Coming Out vor Eltern und Freunden vorbereiten, auf Pöbeleien auf der Straße reagieren zu können oder unangenehme Fragen zur Transidentität schlagfertig und selbstbewusst beantworten zu können.

Da Vernetzung in einem positiven Zusammenhang mit sexueller Zufriedenheit angenommen wird, gilt es, die »Best Practice« funktionierender transqueerer Subkultur zu untersuchen und in bestehende Netzwerke zu integrieren bzw. neue trans-affirmative Räume zu etablieren und dabei Unterstützung anzubieten. Natürlich wirkt Vernetzung nur mittelbar auf sexuelle Zufriedenheit ein. Es ist jedoch hinreichend untersucht, dass soziale Kontakte zur allgemeinen Lebenszufriedenheit beitragen (vgl. Spörrle et al., 2009), die vermutlich grundlegend für jegliche positive Perspektive ist, also ebenfalls für sexuelle Zufriedenheit.

Eine Sexualberatung sollte im Sinne des Konzeptes der Salutogenese (Antonovsky & Franke, 1997) nicht defizitorientiert die Probleme oder Fehlleistungen in der Sexualität transsexueller Personen in den Mittelpunkt stellen, sondern die vorhandenen Ressourcen und Entwicklungspotenziale von Einzelnen oder Paaren. Es gilt, individuell zu eruieren, welche Erwartungen, Einstellungen, Wissensstand, Kompetenzen und Strategien als Ressourcen zur Verfügung stehen und

welche interpersonellen und sozialen Bedingungen zu sexueller Zufriedenheit beitragen und diese zu stabilisieren. Das Ziel der Sexualberatung, die natürlich auch die Paarberatung mit einschließt, ist es, die kommunikativen, sinnlichen und sexuellen Handlungs- und Erlebniskompetenzen zu stärken und transidentifizierte Menschen auf diesem Weg zu unterstützen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Sexualberatung für transidente Menschen in ihren Erfordernissen zum großen Teil Schnittmengen mit der Beratung von Menschen mit anderen Identitätsentwürfen bildet. Es gibt jedoch eine unterschiedliche Gewichtung der Bedürfnisse der Zielgruppen. So muss für die Sexualberatung von Trans* ein besonderes Maß an Sensibilität, Offenheit und spezifischer Sachkenntnis seitens der Berater_innen vorausgesetzt werden. Sexuelle Identitäten gründen nicht auf heteronormativen Selbstverständlichkeiten, sondern müssen in ihrem eigenen Universum verstanden werden. Sigusch weist darauf hin, dass die Behandlung bzw. Beratung »seltener« oder »komplizierter« Phänomene wie Trans* einer speziellen Qualifikation bedürfe (vgl. Sigusch, 2001, S. 610). Hier kommt selbstverständlich den Betreffenden als Expert_innen ihrer eigenen Situation eine besondere Bedeutung zu.

Ausblickend ist zu hoffen, dass im Zuge des sich wandelnden Diskurses um Trans* und der – vorsichtig ausgedrückt – zunehmenden Akzeptanz und Bestätigung vielfältiger Lebens- und Liebensentwürfe ebenfalls die Bedeutung einer erfüllten Sexualität für trans* Menschen in den Fokus der medizinisch-psychologischen Expert_innen rückt bzw. eine Sexualberatung von den Betreffenden selbst professionalisiert angeboten wird.

Literatur

American Psychiatric Assoziation (2013). Gender Dysphoria. Unter: http://www.dsm5.org/Documents/Gender%20Dysphoria%20Fact%20Sheet.pdf (11.01.2015).

Antonovsky, A. & Franke, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit.* Tübingen: Dgvt-Verlag.

Becker, S. (2004). Transsexualität – Geschlechtsidentitätsstörung. In G. Kockott & E. Fahrner (Hrsg.), *Sexualstörungen* (S. 153–201). Stuttgart: Thieme Verlag.

Becker, S. (2012). Transsexualität – Geschlechtsidentitätsstörung – Geschlechtsdysphorie. Diagnostik, Psychotherapie und Indikation zur somatischen Behandlung. *HIV&more, 2*.

Berliner Bündnis STP (2012). What the fuck sind überhaupt »Geschlechtsidentitätsstörungen«? In A. Allex (Hrsg.), *Stop Trans*-Pathologisierung. Berliner Beiträge für eine internationale Kampagne* (53–56). Neu-Ulm: AK Spak.

Birnbaum, G. E. (2007). Attachment orientations, sexual functioning, and relationship satisfaction in a community sample of women. *Journal of Social and Personal Relationships, 24,* 21–35. http://www.idc.ac.il/publications/files/306.pdf (11.01.2015).

Biss, W. J. & Horne, S. G. (2005). Sexual satisfaction as more than a gendered concept: The roles of psychological well-being and sexual orientation. *Journal of Constructivist Psychology, 18*, 25–38. http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10720530590523044?journalCode=upcy 20#.UeBBsW0cHIU (11.01.2015).

Brown, N. R. (2010). The Sexual Relationships of Sexual-Minority Women Partnered with Trans-Men. *A Qualitative Study. Archives of Sexual Behavior, 39*(2), 561–572.

Bucher T., Hornung, R. & Buddeberg, C. (2003). Sexualität in der zweiten Lebenshälfte. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. *Zeitschrift für Sexualforschung, 1*6, 249–271.

Buddeberg, C. (2005). *Sexualberatung. Eine Einführung für Ärzte, Psychotherapeuten und Familienberater*. Stuttgart: Thieme.

Butler, J. (1991). *Das Unbehagen der Geschlechter.* Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Büsing, S., Hoppe, C. & Liedtke R. (2001). Sexuelle Zufriedenheit von Frauen – Entwicklung und Ergebnisse eines Fragebogens. *PsychMed, 51*(2), 68–75. https://www.thieme-connect.com/ejournals/pdf/10.1055/s-2001-10757.pdf (11.01.2015).

Byers, E. S. (1999). The Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction. Implications for Sex Therapy with Couples. http://www.eric.ed.gov/PDFS/EJ590818.pdf (11.01.2015).

Byers, E. S. & McNeill, S. (2007). Further validation of the Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy, 32*, 53–69. http://europepmc.org/abstract/MED/16234226 (11.01.2015).

Eicher, W. (1997). *Transsexualismus*. Stuttgart: Fischer.

Europäische Internetbefragung schwuler und bisexueller Männer, EMIS (2013). »The EMIS Network. EMIS 2010: The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Findings from 38 countries. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control, 2013«. http://www.emis-project.eu/sites/default/files/public/publications/emis-community2_german.pdf (11.01.2015).

Hahn, K. & Meuser, M. (Hrsg.). (2002). *Körperrepräsentationen. Die Ordnung des Sozialen und der Körper*. Konstanz: UVK.

Happich, F. J. (2006). *Postoperative Ergebnisse bei Transsexualität unter besonderer Berücksichtigung der Zufriedenheit - eine Nachuntersuchung*. Inauguraldissertation, Medizinische Fakultät der Universität Essen-Duisburg. http://duepublico.uni-duisburg-essen.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-17896/diss2007_Happich.pdf (11.01.2015).

Hirschauer, S. (1993). *Die soziale Konstruktion der Transsexualität*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Hornung, R. & Gutscher, H. (1994). Gesundheitspsychologie: die sozialpsychologische Perspektive. In P. Schwenkmezger & L. R. Schmidt, *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (S. 65–87). Stuttgart: Enke.

Hubschman, L. & Lief, H. I. (1993). Orgasm in the postoperative transsexual. *Archives of Sexual Behavior, 22*(2), 145–155.

Huxley, P. J., Kenna, J. C. & Brandon, S. (1981a). Partnership in Transsexualism. Part I. Paired and nonpaired groups. *Archives of Sexual Behaviour, 10*(2), 133–141.

Huxley, P. J., Kenna, J. C. & Brandon, S. (1981b). Partnership in Transsexualism. Part II. The Nature of the Partnership. *Archives of Sexual Behaviour, 10*(2), 143–160.

Jürgens, P. (2006). »Die Seele ist alles«, sagte Aristoteles. Gedanken zum Crossdressing. Ein Plädoyer für Toleranz. In C. Kalka & S. Klocke-Daffa (Hrsg.), *Weiblich – männlich – anders? Geschlechterbeziehungen im Kulturvergleich* (S. 231–237). Münster: Waxmann.

Knoblauch, H. (2002). Die gesellschaftliche Konstruktion von Körper und Geschlecht. Oder: was die Soziologie des Körpers von den Transsexuellen lernen kann. In K. Hahn & M. Meuser (Hrsg.), *Körperrepräsentationen. Die Ordnung des Sozialen und der Körper* (S. 117–136). Konstanz: UVK.

Kockott, G., Fahrner, E.-M. (1988). Male-to-female and female-to-male transsexuals: A comparison. *Archives of Sexual Behavior, 17*(6), 539–546.

Kraemer, B., Hobi, S., Rufer, M., Hepp, U., Büchi, S. & Schnyder, U. (2009). *Partnerschaft und Sexualität von Frau-zu-Mann transsexuellen Männern.* http://www.zora.uzh.ch/26146/2/26146_manuscript_V.pdf (11.01.2015).

Kruber, A. (2008). *Trans- und Intersexualität. Der Einfluss »abweichender« sexueller Identitäten auf die Zweigeschlechtlichkeit.* Diplomarbeit. Universität Leipzig, Fakultät Sozialwissenschaften und Philosophie, Institut für Soziologie.

Lang, C. (2006). *Intersexualität. Menschen zwischen den Geschlechtern.* Frankfurt a. M.: Campus.

Lautmann, R. (2002). *Soziologie der Sexualität: Erotischer Körper, intimes Handeln und Sexualkultur*. Weinheim: Beltz Juventa.

Lehmann, Anja (2010). *Psychosoziale Einflussfaktoren auf das weibliche Sexualerleben* [Dissertation an der FU Berlin, Fachbereich Erziehungswissenschaften und Psychologie]. http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS_derivate_000000003146/ (11.01.2015).

Lindemann, G. (1993). *Das paradoxe Geschlecht. Transsexualität im Spannungsfeld von Körper, Leib und Gefühl*. Frankfurt a. M.: Fischer.

Lindemann, G. (2011). *Das paradoxe Geschlecht. Transsexualität im Spannungsfeld von Körper, Leib und Gefühl*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Löwenberg, H., Lax, H., Rossi Neto, R. & Krege, S. (2010). Komplikationen, subjektive Zufriedenheit und sexuelles Erleben nach geschlechtsangleichender Operation bei Mann-zu-Frau-Transsexualität. *Zeitschrift für Sexualforschung 23*(4), 328–347.

Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Weinheim und Basel: Beltz.

Meier, S. C., Sharp, C., Michonski, J., Babcock, J. C. & Fitzgerald, K. (2013). Romantic Relationships of Female-to-Male Trans Men: A Descriptive Study. *International Journal of Transgenderism, 14,* 75–85.

Nieder, T. (2012). Untersuchungen zur Binarität von Geschlecht im Kontext transsexueller Entwicklungen: Historische, entwicklungspsychologische und neurobiologische Perspektiven [Kurzzusammenfassung zur kumulativen Dissertation an der Fakultät Erziehungswissenschaft, Psychologie und Bewegungswissenschaft, Fachbereich Psychologie der Universität Hamburg].

Pedersen, W. & Blekesaune, M. (2003). Sexual satisfaction in young adulthood. Cohabition, commited dating or unattached live? *Acta Sociologica, 46*, 179–193.

Pfäfflin, F. & Junge, A. (1992). *Geschlechtsumwandlung. Abhandlung zur Transsexualität.* Stuttgart: Schattauer.

Prenkti, D. (2010). *Sexuelle Zufriedenheit von Frauen. Eine Studie zum Vergleich verschiedener Altersgruppen*. Hamburg: Diplomica.

Rauchfleisch, U. (2012). *Transsexualität und Transidentiät. Begutachtung. Begleitung. Therapie*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Regh, Alexander (2002). Transgender in Deutschland zwischen Transsexuellen-Selbsthilfe und Kritik an der Zweigeschlechterordnung. Quo Vadis, Trans(wasauchimmer)? In Polymorph (Hrsg.), *(K)ein Geschlecht oder viele? Transgender in politischer Perspektive* (S. 185–204). Berlin: Querverlag.

Renaud, C, Byers, E. S. & Pan, I. (1997). Sexual and relationship satisfaction in mainland China. *Journal of Sex Research, 34,*399–410.

Sanchez, D., Crocker, J., Boike, K. R. (2005). Doing gender in the bedroom: Investing in gender norms and the sexual experience. *Personality and Social Psychology Bulletin, 31,* 1445–1455. http://www.researchgate.net/publication/7617127_Doing_gender_in_the_bedroom_investing_in_gender_norms_and_the_sexual_experience/file/9fcfd50ac3a4a273b7.pdf (11.01.2015).

Schmidt, G., Matthiesen, S. & Meyerhof, U. (2004). Alter, Beziehungsform und Beziehungsdauer als Faktoren sexueller Aktivität in heterosexuellen Beziehungen. Eine empirische Studie an drei Generationen. *Zeitschrift für Sexualforschung, 17*, 116–133.

Sigusch, V. (1979). *Sexualität und Medizin.* Köln: Kiepenheuer & Witsch.

Sigusch, V. (1995). *Geschlechtswechsel.* Hamburg: Rotbuch.

Sigusch, V. (2001). *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung.* Stuttgart: Thieme.

Sigusch, V. (2008). *Geschichte der Sexualwissenschaft.* Frankfurt/New York: Campus.

Spörrle, M., Strobel, M. & Stadler, C. (2009). Netzwerkforschung im kulturellen Kontext: Eine kulturvergleichende Analyse des Zusammenhangs zwischen Merkmalen sozialer Netzwerke und Lebenszufriedenheit. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie, 8*(2), 297–319. http://link.springer.com/article/10.1007/s11620-009-0059-4 (14.01.2015).

Sprecher, S. & McKinney, K. (1993). *Sexuality.* Newbury Park: Sage.

Sprecher, S. & Regan, P.C. (1998). Passionate and compassionate love in courting and young married couples. *Sociological Inquiry, 68,* 163–185. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1475-682X.1998.tb00459.x/abstract (11.01.2015).

Stein-Hilbers, M. (2000). *Sexuell werden. Sexuelle Sozialisation und Geschlechterverhältnisse.* Opladen: Leske und Budrich.

Sydow, K. v. (1992). Weibliche Sexualität im mittleren und höheren Erwachsenenalter. Übersicht über vorliegende Forschungsarbeiten. *Zeitschrift für Gerontologie, 25,* 113–127.

TransInterQueer (2013). Positionen des Vereins TransInterQueer e. V. zur Gesundheitsversorgung von Trans*. Schriftliche Eingabe in den Überarbeitungsprozess der medizinischen Leitlinien zur Behandlung von Trans* Personen. http://www.transinterqueer.org/aktivitaten/positionen-des-vereins-transinterqueer-e-v-zur-gesundheitsversorgung-von-trans/ (11.01.2015).

Voß, H.-J. (2010). *Making Sex Revisited. Dekonstruktion des Geschlechts aus biologisch-medizinischer Perspektive.* Bielefeld: Transcript.

Ärztliche Erfahrungen und Empfehlungen hinsichtlich Transsexualismus und Intersexualität

Michaela Katzer

»Schluss mit genitalen Zwangsoperationen! Menschenrechte auch für Zwitter!« Diese Forderung der Menschenrechtsorganisation »Zwischengeschlecht« steht bewusst am Anfang dieses Artikels, falls manche ihn nicht weiter durchlesen werden.

Übersicht

Ärzte somatischer Disziplinen behandeln Patient_innen sowohl bei Transsexualismus als auch bei Intersexualität. Dieser Artikel liefert Informationen über diese Themenkomplexe, die für alle beteiligten Berufsgruppen hilfreich sind; klinische Daten werden dargelegt und ausgewertet. Ärztliche Erfahrungen und Forderungen von Betroffenenorganisationen gebieten Änderungen im Umgang mit diesen Patient_innengruppen. Die Verfasserin verzahnt in diesem Beitrag ihre Erfahrungen als Ärztin, die wissenschaftliche Perspektive und Positionen von Selbstorganisationen.

Vorbemerkungen

Die Abhandlung von Transsexualismus und Intersexualität innerhalb eines Artikels gilt als problematisch, denn es handelt sich um zwei sehr unterschiedliche Diskurse, die einander allenfalls gegenübergestellt, aber keineswegs miteinander vermengt werden dürfen. Der Diskursbegriff nach Foucault (Lang, 2006, S. 60) beschreibt sinngemäß eine Art Regelwerk, was zu einem bestimmten Themen-

komplex in einer bestimmten Epoche gesagt werden muss, was gesagt werden kann, und was nicht gesagt werden darf, ferner auch von wem es und wie es gesagt werden kann. Dieser Artikel unternimmt keine kritische Diskursanalyse, sondern legt vorrangig klinische Daten und Schlussfolgerungen in medizinisch-wissenschaftlicher Form dar.

Zum Teil wird auch auf Aussagen von Betroffenen Bezug genommen, was eine gewisse Subjektivität mit sich bringt, weshalb ich Missverständnisse oder dass jemand inzwischen etwas anders als damals sieht nicht ausschließen kann; teilweise haben aber auch verschiedene Betroffene Ähnliches, im Detail aber Unterschiedliches gesagt. Zielmaßstäbe ärztlichen Handelns sind langfristige Gesundheit und subjektives Wohlergehen aller in irgendeiner Form betroffenen Patient_innen.

Es handelt sich um zwei verschiedene und jeweils sehr inhomogene Patient_innenkollektive, zwischen denen es obendrein geringfügige, aber relevante Überschneidungen gibt. Verwechslungen finden mitunter in der öffentlichen Wahrnehmung und zum Teil auch in professionellen Kreisen statt; desto wichtiger ist es für Menschen aller Berufsgruppen, die regelmäßig oder auch nur gelegentlich mit derartigen Patient_innen befasst sind, über beide Themenkomplexe grundlegend Bescheid zu wissen.

Ausdrücklich danken möchte ich Prof. Fornara, bei dem ich von 2006 bis 2011 in der Universitätsklinik und Poliklinik für Urologie in Halle tätig war. Ebenfalls danke ich allen Vorgesetzten und Kolleg_innen – nicht nur den ärztlichen – in diesem Zeitraum, und auch auf meinen vorangegangenen und späteren Stellen. Weiterhin danke ich den Organisator_innen und den anderen Teilnehmenden an der Klausurwoche in Halle, aus der dieser Artikel hervorgeht. Ferner danke ich meiner Frau, meinen Eltern, meinen Freunden, und denen, ohne die dieser Artikel nicht zu Stande gekommen wäre: meinen Patient_innen.

Intersexualität

Begriffsbildung

Bis Anfang des 20. Jahrhunderts war diesbezüglich von Hermaphroditen und von Zwittern die Rede. Der Begriff Intersex kam 1908 erstmals (in der Mehrzahlform »Intersexes«) im Titel eines unter Pseudonym veröffentlichten Buches des US-Amerikaners Prime-Stevenson vor (Dreger, 1998, S. 208; Rosario, 2008, S. 278). Ungeachtet dessen führte der Biologe Richard Goldschmidt, ausgehend von sei-

ner Schmetterlingsforschung, 1915 den Begriff Intersexualität ein für das, was er als geschlechtliche Zwischenformen beschrieb; parallel dazu benutzte er auch wenigstens bis 1931 den Begriff »sexuelle Zwischenstufen« (Klöppel, 2010, S. 405). Letzteren Begriff hatte Magnus Hirschfeld (vgl. Hirschfeld, 1923) bereits seit 1899 für sein *Jahrbuch der sexuellen Zwischenstufen* geprägt, und 1923 schrieb er einen Brief an Goldschmidt und legte dar, dass das Konzept eben keineswegs neu sei. Durchgesetzt hat sich der Begriff Intersexualität im deutschen Sprachraum unter anderem durch das gleichnamige von Overzier herausgegebene medizinische Lehrbuch aus dem Jahre 1961 (Schweizer, 2012, S. 31; vgl. Klöppel, 2010, S. 388).

Definition

Dieser Artikel bedient sich einer möglichst umfassenden Definition von Intersexualität nach medizinisch-naturwissenschaftlichen Kriterien (Spektrum der Wissenschaft, 1999; DocCheck Flexikon, 2009): Intersexualität liegt demnach vor, wenn sich die physischen Geschlechtsmerkmale eines Menschen nicht so entwickeln wie typisch bei der Frau oder wie typisch beim Manne, ungeachtet dessen, ob dies bereits bei der Geburt oder erst später auffällt. Physische Geschlechtsmerkmale umfassen körperliche, histologische, genetische und hormonelle Merkmale (also auch Hypogonadismus). Entwicklung umfasst alles, was nicht durch nachgeburtliche äußere Einwirkung herbeigeführt wurde (vgl. Klöppel, 2010, S. 573). Diese Definition umfasst unter anderem alle von der sog. Chicago Consensus Conference 2005 als sog. »Disorders of Sex Development (DSD)« beschriebenen Konstellationen (Lee et al., 2006), und auch alle bekannten Beschreibungen von Intersex-Organisationen (z. B. AGGPG, 1998; OII international, 2012; IMeV, 2013; OII USA, 2013; OII Australia, 2013; vimö, 2014).

Damit umfasst Intersexualität sehr unterschiedliche körperliche Verfassungen; gemeinsam ist ihnen nur die Abweichung von sowohl dem, was als typisch weiblich gilt, als auch dem, was als typisch männlich gilt. Von manchen Expert_innen wurden beschränktere Definitionen benutzt (z. B. Sax, 2002; vgl. Lang, 2006, S. 100), was hier bewusst nicht geschieht, damit sich möglichst niemand in einem Spalt zwischen einer zu engen Definition von Intersexualität und einer zu entfernten geschlechtlichen »Normalität« missverstanden und ausgegrenzt fühlt (vgl. Schweizer, 2012b, S. 64); außerdem werden bei den disputierten Diagnosen weiterhin Operationen an Kindern durchgeführt, für die es keine gesundheitliche

Notwendigkeit gibt, und zwar unabhängig davon, ob nach aktueller Sichtweise Intersexualität vorliegt oder nicht (AGGPG 1998; Zwischengeschlecht, 2010, 2011).

Begriffsrevision

Allerdings wird der Begriff Intersexualität von relevanten Zahlen von Betroffenen und Angehörigen aus verschiedenen Gründen kritisiert und auch abgelehnt (vgl. ISNA, 2006; IMeV, 2013):

- der Wortbestandteil »sex« wird als anrüchig wahrgenommen,
- Ähnlichkeit zu Begriffen wie Heterosexualität, Homosexualität, Transsexualität etc.,
- Ablehnung einer möglichen, aber unerwünschten Fehldeutung, Benutzung oder Verallgemeinerung als spezielle »Identität«,
- unerwünschte klinisch-medizinische Konnotation.

Alternativ wurden bei gleicher Definition die Formulierungen *Besonderheiten, Varianten* oder *Divergenzen der Geschlechtsentwicklung* (Schweizer, 2012a, S. 36) vorgeschlagen; spezifischer soll hier u. a. von *atypischen* oder *abweichenden* oder *selteneren Entwicklungsformen körperlicher Geschlechtsmerkmale* die Rede sein. Bewusst vermieden wird an dieser Stelle der Begriff »Störung«, da dieser von den meisten Intersex-Organisationen nachdrücklich zurückgewiesen wird (Netzwerk Intersexualität, 2004; OII Australia, 2014). Dessen ungeachtet gibt es manche Betroffene, die den Begriff Störung für sich anwenden und dafür auch gute Gründe haben (vgl. Kraus-Kinsky, 2012, S. 161), woraus aber nicht auf die Gesamtheit aller Betroffenen geschlossen werden soll.

Formen von Intersexualität

Auflistungen von Diagnosen und Kategorien können dazu beitragen, die Vielfalt der selteneren Entwicklungsformen körperlicher Geschlechtsmerkmale und zumindest teilweise ihre biologischen Ursachen zu umreißen. So eine Liste kann grundsätzlich nicht vollständig und detailliert sein; und trotz diagnostischem Aufwand ist bei relativ vielen Patient_innen keine »definitive Diagnosestellung« möglich (AWMF, 2010), sondern es lässt sich allenfalls eine deskriptive Oberkategorie benennen. Dies gilt insbesondere, wenn Operationen oder andere

Behandlungen stattfanden (vgl. OII international, 2010). Ein Risiko liegt auch darin, dass Anwender_innen der Versuchung erliegen können, aus solchen Listen auf ein vermeintlich »wahres« Geschlecht schlussfolgern zu können, oder anfangen zu glauben, Beobachtungen über Häufigkeit von Zugehörigkeitsempfinden oder Partner_innenwahl hinsichtlich einer Kategorie würden geschlechtsverändernde Operationen an Minderjährigen rechtfertigen. Oder sie könnten der Versuchung erliegen, aus dem Fehlen einer Diagnose in einer Auflistung ließe sich darauf schließen, es läge deswegen keine Intersexualität vor. Ein guter Grund für so eine Auflistung liegt hingegen darin, auf manchmal einige Formen von Intersexualität begleitende Gesundheitsprobleme hinzuweisen, von denen etliche wenig mit den Geschlechtsmerkmalen zu tun haben, die Betroffenen aber desto mehr beeinträchtigen können, insbesondere angesichts des Umstandes, wie viel an vergleichsweise nachrangiger Aufmerksamkeit den Abweichungen der Geschlechtsmerkmale gewidmet wird (vgl. Zwischengeschlecht, 2008, 2008a; siehe auch Fallbeispiel B). Wichtig: Die überwiegende Mehrzahl der intersexuellen Menschen sind per se nicht krank und nicht behandlungsbedürftig (IMeV, 2013).

Diagnosen

Es folgt eine unvollständige Liste von Diagnosen, Syndromen und Symptomatiken (vgl. AGS-Eltern- und Patienteninitiative Schweiz, 2010; Bioglobe, 2009; Bishop, 1966; Bostwick, 2008, S. 659ff.; GIDinfo, 2005; GHR, 2008, 2014; Lang, 2006, S. 151; OMIM, 2005, 2011, 2011a, 2014, 2014a, 2015; Orphanet, 2013; Rajagoplan et al., 2005, S. 738; Rugarli, 1999; TSVD, 2008; Schweizer, 2012b, S. 51; Zwischengeschlecht, 2011, 2013), die *seltenere Entwicklungsformen körperlicher Geschlechtsmerkmale* darstellen bzw. mit solchen einhergehen:

- Aarskog-Syndrom
- AGS = adreno-genitales Syndrom
- Alström-Syndrom
- Androgenbiosynthesestörungen
- Androgenresistenz unterschiedlichen Ausmaßes
- Anorchie
- Aromatasemangel
- Börjeson-Forssman-Lehmann-Syndrom
- CHARGE-Syndrom
- (bestimmte Formen von) Chimärismus

- DAX1-Mutation bzw. Duplikation
- Diäthylstilböstrol(DES)-induzierte Formen
- Duogynon-induzierte oder durch andere Gestagene induzierte Formen
- Epispadie
- Blasen-Ekstrophie
- Fröhlich-Syndrom
- gemischte Gonadendysgenesie
- Gordan-Overstreet-Syndrom
- Gynäkomastie
- Hirsutismus unklarer Ursache
- Hodenhochstand
- Hypogonadismus
- Hypophysenvorderlappeninsuffizienz
- Hypospadie
- Kallmann-Syndrom
- Kennedy-Syndrom
- Klinefelter-Syndrom
- Laurence-Moon-Biedl-Bardet-Syndrom
- Leydigzell-Hypoplasie
- Meacham-Syndrom
- MRKH und MURCS
- Ovotestikuläre Intersexualität
- PCOS = polyzystisches Ovarien-Syndrom
- persistierende Müller-Strukturen
- Penis-Agenesie
- Poland-Syndrom
- Prader-Willi-Syndrom
- Sertoli-only-Syndrom
- SF1-Mutation
- Smith-Lemli-Opitz-Syndrom
- SOX9-Mutationen
- 46,XX sex reversal (u. a. SRY+, SOX9-Dup.)
- StAR-Defekt
- Swyer-Syndrom
- Turner-Syndrom
- WT1-Mutationen (u. a. Denys-Drash-Syndrom, Frasier-Syndrom, WAGR-Syndrom)
- XX-Gonadendysgenesie

- XXX-Syndrom
- XYY-Syndrom

Mögliche Gesundheitsprobleme

Es folgt eine unvollständige Liste relevanter Gesundheitsprobleme, die bei einigen Patient_innen mit einigen der *selteneren Entwicklungsformen körperlicher Geschlechtsmerkmale* einhergehen können (vgl. AGS-Eltern- und Patienteninitiative Schweiz, 2010; Bioglobe, 2009; Bishop, 1966; Bostwick, 2008, S. 659ff.; GIDinfo, 2005; GHR, 2008, 2014; Lang, 2006, S. 151; OMIM, 2005, 2011, 2011a, 2014, 2014a, 2015; Orphanet, 2013; Rajagoplan et al., 2005, S. 738; Rugarli, 1999; TSVD, 2008; Schweizer, 2012b, S. 51; Zwischengeschlecht, 2011, 2013):

- Abnorme Glukosetoleranz
- Addisonkrise
- Adipositas
- Akne
- Anämie
- Antriebsstörungen
- Autismusspektrumstörungen
- Blutdruckprobleme
- Depressionen
- erhöhte Leberenzyme
- Hernien
- Gehörstörungen
- Gonadoblastom
- Hufeisenniere
- Hypoglykämien
- kardiale Vitien
- Kardiomyopathie
- Niereninsuffizienz
- Nephroblastom
- Ovarialzysten
- rezidivierende Harnwegsinfekte
- Salzverlust
- Schilddrüsenprobleme
- Sehstörungen (u. a. Aniridie)

- TART = testikuläre adrenale Resttumore (benigne!)
- Teilleistungsstörungen
- Vitien der großen Gefäße

Wohlgemerkt tritt *keines* dieser Gesundheitsprobleme bei allen Formen von Intersexualität auf, und auch Gesundheitsprobleme, die in Zusammenhang mit einer *selteneren Entwicklungsform körperlicher Geschlechtsmerkmale* beschrieben wurden, treten durchaus *nicht* bei allen Betroffenen ein. Betroffene berichteten aber wiederholt, dass derartige Gesundheitsprobleme übersehen oder unzureichend behandelt wurden, weil zu viel Aufmerksamkeit auf Geschlechtsmerkmale gelegt wurde, oder weil Intersexualität gar nicht erst in Betracht gezogen wurde.

Transsexualismus

Begriff

Den Begriff Transsexualismus erwähnte Magnus Hirschfeld erstmals 1923 in seinem Essay »Die intersexuelle Konstitution« innerhalb des bereits erwähnten Jahrbuchs für sexuelle Zwischenstufen, allerdings noch ohne Verweis auf medizinische Maßnahmen. Erst 1949 beschrieb Cauldwell in einem Artikel als »Psychopathia transexualis« den Wunsch nach »operativer Geschlechtsumwandlung« – »the desire to undergo surgery which would [...] bring about sex transmutation« – (Cauldwell, 1949; vgl. Klöppel, 2010, S. 501). Durchgesetzt hat sich der Begriff insbesondere durch Harry Benjamins englischsprachige Veröffentlichungen (Benjamin, 1953, 1967), und durch Eichers deutschsprachige Monographie (Eicher, 1984) – der Gemeinsame Bibliotheksverbund (GBV) führt im Gemeinsamen Verbundkatalog (GVK) bei Abfrage dieses Begriffes nur neun Ergebnisse in den Jahren *vor* 1984 auf.

Definition

Für Transsexualismus gibt es offizielle Definitionen der Weltgesundheitsorganisation (vgl. DIMDI, 2004; Schedlbauer, 2011, S. 12):

- *ICD-9: 302.5 Transsexualismus:* »Fixierte Ablehnung der erkennbaren Geschlechtszugehörigkeit, daher gewöhnlich Wunsch nach operativer Veränderung der Geschlechtsorgane oder völlige Geheimhaltung des eigenen

körperlichen Geschlechts durch die Übernahme von Kleidung und Verhalten des anderen Geschlechts.«

➢ *ICD-10: F64.0 Transsexualismus:* »Der Wunsch, als Angehöriger des anderen Geschlechtes zu leben und anerkannt zu werden. Dieser geht meist mit Unbehagen oder dem Gefühl der Nichtzugehörigkeit zum eigenen anatomischen Geschlecht einher. Es besteht der Wunsch nach chirurgischer und hormoneller Behandlung, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht soweit wie möglich anzugleichen.«

Ein Vorteil der Formulierung nach ICD-9 lag darin, dass für 302.5 unerheblich war, ob ein Patient ein Operationsbegehren hegte oder nicht.

Begriffskritik und Tragweite

Die bisweilen geäußerte Kritik, die Wortbildung auf -ismus bedeute eine Geisteshaltung oder Ideologie, ist fachfremd und unbegründet; vielmehr wird ohne Wertung ein Umstand oder Vorgang beschrieben, vergleichbar den Begriffen Dauerkatheterismus, Hypogonadismus, Botulismus, Aphorismus, Journalismus oder Mechanismus. Dadurch wird auch die Annahme vermieden es handele sich – wie der Begriff »Transsexualität« vermuten lassen könnte – um eine disparate Form von Sexualität oder eine sog. »Neosexualität« (vgl. Sigusch, 2005); ebenfalls vermieden wird die Vorstellung, es handele sich um eine eigene »Identität«, die sich von derjenigen der übrigen Frauen respektive Männer unterscheidet – »Nach vollzogenem Geschlechtswechsel aber sind Transsexuelle keine Transsexuellen mehr und stehen auch nicht zwischen den Geschlechtern. Sie sind vielmehr Frauen und Männer […]« (Augstein, 1992, S. 255). Somit wird der Begriff Transsexualismus in Hinblick auf vom Patienten gewünschte medizinische Maßnahmen zur Veränderung von Geschlechtsmerkmalen benutzt, insbesondere Verordnung von Sexualhormonen sowie Operationen an Sexualorganen.

Die folgenden Darstellungen stützen sich auf praktische Erfahrungen aus der Urologie-Sprechstunde: Menschen, die keine somatomedizinische Behandlung wünschten oder zumindest in Erwägung zogen, suchten nicht die Sprechstunde der Urologie auf. Darüber hinaus erweist sich klinisch die Diagnosekategorie als entbehrlich, wenn die Patient_in nach äußerer Wahrnehmung sozusagen im entsprechenden Geschlecht angekommen ist, also keine Diskrepanz mehr zwischen Zugehörigkeitsempfinden und körperlichem Geschlechtseindruck besteht (vgl. ebd., S. 255).

Koinzidenz von Intersexualität und Transsexualismus – geht das?

Manche Quellen behaupten, wenn Intersexualität vorliege, dürfe keine Transsexualität diagnostiziert werden, oder Intersexualität habe »schon immer« ein »Ausschlusskriterium« für Transsexualität dargestellt (Richter-Appelt, 2013). Widerlegen lassen sich derartige Behauptungen leicht. Bereits Benjamin (1966, S. 33, 45, 69, 87) beschrieb bei 40% seiner transsexuellen Patienten nach klinischen Kriterien einen Hypogonadismus. Nevinny-Stickel und Hammerstein (1967) legten dar, dass die von ihnen beschriebenen Patient_innen »dem breiten Spektrum der Intersexualität zugehörig« sind. Augstein (1981) zeigte auf, dass für zumindest manche der transsexuellen Patient_innen eine Personenstandsberichtigung in Betracht kommt: »Im Rahmen der Intersexualität genügt im Prinzip jedes abweichende Merkmal. […] So genügen z. B. hormonelle, chromosomale oder genetische Anomalien, wenn gutachterlich festgestellt wird, daß sie nicht das Ergebnis einer Hormonbehandlung sein können.« Bleuler konstatierte ebenfalls, die »meisten Transsexuellen sind körperlich betrachtet keine Intersexe« (Bleuler, 1983, S. 552), eine Minderheit offensichtlich aber durchaus (vgl. ebd., S. 360). Die o. g. offiziellen WHO-Definitionen in ICD-9 und ICD-10 führen kein »Ausschlusskriterium« an. Und auch im sog. Transsexuellengesetz steht kein derartiges Ausschlusskriterium.

Vor allem aber zeigt die im Folgenden dargelegte klinische Erfahrung, dass sich immer wieder Patient_innen vorstellen, die als transsexuell diagnostiziert wurden, aber eben doch auch irgendwelche Formen von Intersexualität aufweisen.

Die Daten aus Halle 2009–2011

Stichprobe und Befunde

Bezug genommen wird auf alle Patient_innen, die von 2009 bis 2011 die Transsexualismus-Sprechstunde der Universitätsklinik und Poliklinik für Urologie am Universitätsklinikum Halle wegen Transsexualismus und/oder wegen Intersexualität aufsuchten. Die retrospektive Sichtung der Patientenakten erfolgte am Ende des genannten Zeitraumes. Neben Anamnese und klinischer Untersuchung wurden Hormonspiegel und Hormonstimulationstests, Befunde und Berichte über stattgehabte Operationen, histologische Befunde, Spermiogramme (im Rahmen

frustraner Kinderwunschbehandlungen), Karyogramme sowie genetische und molekularbiologische Befunde zusammengetragen. Geschaut wurde dabei nach physisch abweichenden Geschlechtsmerkmalen, die keine Folge einer Transsexualismus-Behandlung waren.

Dabei wurden 64 Patient_innen im Alter von 15 bis 61 Jahren erfasst, davon kamen 23 aus Sachsen-Anhalt, 24 aus Sachsen, acht aus Thüringen, und insgesamt neun aus anderen Ländern. Erhoben wurden folgende Befunde und Diagnosen:

- zwölfmal klinische und/oder genetische leichte Androgenresistenz
- achtmal Formen gestörter Androgen-Bildung
- viermal Nachweis gonosomaler Aneupolidien
- dreimal ein- oder beidseitige Hodenhypoplasie
- zweimal Orchidopexie bei ein- oder beidseitigem Maldescensus
- zweimal bestehende oder voroperierte Hypospadie
- zweimal late-onset-AGS
- einmal Mutation am Willms-Tumor-Gen
- einmal massive Genitaloperation mit beidseitiger Gonadektomie im Kleinkindalter

Weitere Befunde beinhalten Gynäkomastie, Sertoli-Cell-only-Syndrom, hypoplastischen Penis, sowie frustrane Kinderwunschabklärung bzw. -behandlung, wobei diese Befunde sich durch die bereits erhobenen Diagnosen erklären lassen bzw. aus ihnen resultieren. Gezählt wurden nur Befunde, wenn sich aus der Aktenlage sicher ergab, dass sie keine Folgeerscheinung einer Transsexualismus-Behandlung waren.

Insgesamt boten 29 der 64 Patient_innen mindestens eine der genannten körperlichen geschlechtlichen Abweichungen, die keine Folge einer Transsexualismus-Behandlung waren. Das sind 45% des gesamten Patientenkollektivs.

Das 2. Leitsymptom von Sigusch (1979, vgl. 1994, S. 1456) wurde somit ebenso *widerlegt* wie seine spätere Einlassung (1994, S. 1457), »[a]bweichende körperliche Befunde, die die bekannten Geschlechtsfaktoren betreffen, kommen bei Transsexuellen so oft vor wie in anderen Populationen auch«. Es ist mutzumaßen, dass derartige Äußerungen weniger auf klinischen körperlichen Untersuchungen basierten, sondern vielmehr dazu dienten, den Diskurs über Transsexualismus vorwiegend als einen Diskurs der »psychischen« Disziplinen (Psychiatrie, Psychotherapie, klinische Psychologie etc.) zu etablieren.

Bei den übrigen 35 Patient_innen ließ sich anhand der vorliegenden Befunde kein sicherer intersexueller Befund erheben (wobei anhand des klinischen Befundes bei fünf dieser 35 Patient_innen möglicherweise doch eine *seltenere Entwicklungsform körperlicher Geschlechtsmerkmale* vorliegen könnte; jedoch gab es im gegebenen Rahmen keine Möglichkeit oder Notwendigkeit, die einen höheren Aufwand gerechtfertigt hätte).

Alle Patient_innen, die von 2009 bis 2011 die Transsexualismus-Sprechstunde aufsuchten, waren einwilligungsfähig und konnten Bedeutung, Vorgehen, Tragweite und Risiken der von ihnen gewünschten Operationen und anderen medizinischen Maßnahmen erfassen und somit wirksam einwilligen. Unabhängig davon, ob eine psychotherapeutische Behandlung vorausgegangen war oder nicht, und unabhängig davon, ob eine *seltenere Entwicklungsform körperlicher Geschlechtsmerkmale* vorlag oder nicht – niemand von all diesen Patient_innen bot Anlass für die Feststellung einer erheblichen psychischen Beeinträchtigung ihrer Urteils- oder Handlungsfähigkeit. Die Behandlungen orientierten sich soweit erforderlich an den Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen (Becker, 1997).

Verglichen mit diesen »Standards« äußerte sich Bleuler (1983, S. 553) gradezu progressiv: »Die Entstehung der Störung bleibt deshalb zur Hauptsache rätselhaft. Ihre Einreihung unter psychogene Entwicklungen ist ein Notbehelf. [...] Zur zivilrechtlichen und operativen Geschlechtsumwandlung darf man höchstens raten, wenn der Transsexuelle keine anderen psychischen Störungen aufweist, seinen Willen dazu eindeutig und stetig kundgetan hat [...] und bereit und fähig ist, die Verantwortung für ein Mißlingen des Unternehmens zu tragen.« (Zu diesem Zeitpunkt sind bei Bleuler (1983, S. 360) mithin auch nicht mehr so abschätzige Positionen gegenüber Intersexuellen zu finden, wie Klöppel (2010, S. 491) sie seinen Äußerungen aus den 1950er Jahren attestierte.)

Das von Radix (2014) beschriebene Behandlungsmodell mit Zugang zu somatischer Behandlung durch informierte Zustimmung ohne verpflichtende psychotherapeutische oder psychiatrische Begleitung oder Begutachtung ist offenbar erfolgreich. Eine vergleichbare Umsetzung in Mitteleuropa ist wünschenswert, wobei nicht Aspekte der Kostenersparnis sondern eine Stärkung der Patient_innenautonomie anzustreben ist. Dem stehen die bisherigen Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen (Becker, 1997) leider noch im Wege.

Fallbeispiele

Im Folgenden schildere ich zwei Fallbeispiele aus dem soeben beschriebenen Kollektiv der Transsexualismus-Sprechstunde, die zum Schutz der Persönlichkeit der Patient_innen verkürzt, verfremdet und anonymisiert wurden:

Fallbeispiel A

Patientin A hatte in der Kindheit als Junge gegolten. Bei schwacher Pubertät war eine Testosteronbehandlung begonnen, aber nicht lange toleriert worden. Als junge Erwachsene wirkte sie bekleidet unauffällig weiblich, und sie stellte sich an einer Behandlungseinrichtung wegen Transsexualität vor, weil sie eine Genitaloperation wünschte, um regulär mit ihrem Freund schlafen zu können. Mit einem kurzen Schreiben, dass sie bei Klinefelter-Syndrom nicht transsexuell sei, sondern *stattdessen* intersexuell, wurde ihr Personenstand ohne Probleme auf weiblich »berichtigt«. Für die gewünschte verweiblichende Genitaloperation verweigerte die Krankenkasse die Kostenübernahmeerklärung, weil das Klinefelter-Syndrom eine Form von Intersexualität sei, bei der sich die Patienten als männlich fühlen. Die bereits erwähnte Behandlungseinrichtung verfasste sodann ein Gutachten, dass sie bei vorliegendem Klinefelter-Syndrom eben *zusätzlich* transsexuell sei, und dass bei ihr eine verweiblichende Genitaloperation indiziert sei. Sie bekam die Kostenzusage und einen Termin in einer Klinik. Dort fiel der kleine Penis auf, was ja bei Klinefelter-Syndrom nicht ungewöhnlich ist, und auch die Unterlagen über das Klinefelter-Syndrom lagen vor. Obwohl bekannt war, dass sie mit ihrem Freund schlafen wollte, und obwohl abzusehen war, dass die Penishaut nicht zur Bildung einer kohabitationsfähigen Neovagina ausreichen würde, wurde die Patientin anscheinend nicht über dieses Problem aufgeklärt, sondern nach einer Standardmethode operiert. Rund um ihren Wohnort lehnten mehrere Ärzte ab, sich um die Nachsorge zu kümmern, und daran änderten auch Intersexualität und Personstandsberichtigung nichts. In einer anderen Klinik wurde mit gemeshter Spalthaut (mesh graft) eine tiefere Neovagina gebildet. Letztlich fand sich doch eine Frauenärztin zur Weiterbehandlung bereit. Insgesamt ein ungünstiger Verlauf, trotz unauffälligem oder sogar attraktivem weiblichen Erscheinungsbild und trotz bekannter Intersexualität – wobei sie den Begriff Transsexualität weiterhin passender fand.

Fallbeispiel B

Patientin B hatte in der Kindheit als Junge gegolten und wurde beidseits bei Maldescensus testis orchidopexiert. Die Mutter starb verhältnismäßig jung an Niereninsuffizienz. Trotz normaler Intelligenz galt sie als Außenseiter, unter anderem, weil ihre weibliche Statur und ihr weibliches Gesicht im Gegensatz zu ihren männlichen Papieren standen. Sie schlussfolgerte, dass sie intersexuell ist und darum besser als Frau leben könnte. Deswegen stellte sie sich bei verschiedenen Einrichtungen vor, um dies bestätigen zu lassen, was sich als langwieriger darstellte, als sie erwartet hatte. Mehrfach wurde ihr bedeutet, angesichts des Karyotyps 46,XY und männlicher Geschlechtseintragung sei sie nicht intersexuell. Trotz Kopien über die kinderchirurgische Behandlung erfolgte keine Abklärung der Befundkonstellation; ihr wurde mitgeteilt, sie solle sich lieber als transsexuell sehen und behandeln lassen, was sie nachdrücklich zurückwies und anscheinend nachhaltig im Sinne einer Aversion gegenüber der Beschreibung als transsexuell verarbeitete; psychotherapeutische Angebote wies die Patientin entschieden zurück, um jeglichen Anschein von Transsexualität zu vermeiden. Durch ihre Recherchen fand sie heraus, dass bestimmte Formen von Pseudohermaphroditismus mit Niereninsuffizienz einhergingen, die inzwischen auch bei ihr festgestellt worden war. Damit überzeugte sie ein humangenetisches Institut: Die molekularbiologische Untersuchung ergab eine Mutation am WT1-Gen, daraufhin wurde die Intersexualität anerkannt und der Personenstand auf weiblich »berichtigt«. Hinsichtlich der Kostenübernahme befürwortete danach eine endokrinologische Schwerpunktpraxis die von der Patientin gewünschte verweiblichende Genitaloperation, denn der histologische Befund solle klären, ob Intersexualität oder Transsexualismus vorliege – und das, obwohl der Befund und der gerichtliche Bescheid über die Personenstandsberichtigung wegen Intersexualität dort bereits vorgelegen hatte. Letztlich erhielt sie nach insgesamt knapp zehn Jahren die Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse, und sie stellte sich in Halle vor. Bei inzwischen präterminaler Niereninsuffizienz, weil sie keine sexuelle Beziehung anstrebte, und weil sie vom Personenstande ohnehin schon eine Frau war (im Sinne der Rechtsfiktion sogar schon immer), nahm sie nach Untersuchung und Beratung von ihrem Operationswunsch Abstand.

Diskussion

Diese beiden Beispiele demonstrieren, wie unterschiedlich Selbstverständnis und Verlaufsform bei medizinisch und juristisch zweifelsfrei intersexuellen Personen sein können, die als Erwachsene willentlich einen rechtlichen Geschlechtswechsel vollziehen und medizinische Maßnahmen hinsichtlich ihrer körperlichen Geschlechtsmerkmale vornehmen lassen (wollen). Bei beiden Patientinnen kam es zu medizinisch und sozial ungünstigen Verläufen. Unter den erwähnten insgesamt 29 Patient_innen mit nachgewiesener Variation der Entwicklung körperlicher Geschlechtsmerkmale war außer bei den beiden genannten noch bei einer weiteren Patient_in – nach ähnlich langjährigem Verlauf wie bei Patientin B – eine juristische Personenstandsberichtigung erfolgt. Zwei der Patient_innen hatten innerhalb des Beobachtungszeitraumes keine juristischen Maßnahmen erwogen. Die übrigen Patient_innen mit *abweichender Entwicklung körperlicher Geschlechtsmerkmale* hatten ein Verfahren nach Transsexuellengesetz unternommen, sie nahmen die Tatsache einer *selteneren Entwicklungsform körperlicher Geschlechtsmerkmale* überwiegend neutral und ohne nachhaltigen Einfluss auf ihr Selbstverständnis zur Kenntnis; eine Patientin wies sogar – trotz eindeutiger Anamnese und Befundkonstellation – die Kategorie »Intersexualität« entschieden zurück; sie beschrieb sich als eine »richtige Transsexuelle«, um anschließend eine eindeutige Frau sein zu können.

Als Ursache dafür ist unter anderem der – bezogen auf die Fallzahlen – expansive Diskurs über Transsexualismus oder Transgenderismus zu betrachten, in dessen Rahmen die längere psychotherapeutische Behandlung einen hohen, unumgänglich erscheinenden Stellenwert hat, oft lange bevor umfassende somatomedizinische Diagnostik durch erfahrene Kliniker_innen erfolgt.

Umgekehrt gab es unter den 35 Patient_innen ohne sicheren Hinweis auf abweichende körperliche Geschlechtsentwicklung niemanden, der sich für intersexuell hielt.

Kontrast

Zum Kontrast ein Beispiel von *abweichender Entwicklung somatischer Geschlechtsmerkmale* ohne Geschlechtswechsel und ohne Zweifel am geschlechtlichen Selbstverständnis; dieser Patient gehört nicht zum o. g. Kollektiv und stellte sich über die Notaufnahme vor; zum Schutz seiner Persönlichkeit wurden auch seine Daten verkürzt, verfremdet und anonymisiert:

Fallbeispiel Y

Patient Y stellte sich im Alter von 30 Jahren wegen postrenalem Nierenversagen vor. Als Ursache fand sich im damaligen Impfbuch eine Hypospadieoperation im Kindesalter, und in der retrograden Kontrastmitteldarstellung eine Urethralstriktur. Klinisch sah der Penis nahezu unauffällig aus, anamnestisch war der Harnstrahl über die Jahre schwächer geworden, was ihm wegen des langsamen Verlaufes jedoch nicht aufgefallen war; die letzte Nachuntersuchung erfolgte zwei Jahre nach der kinderurologischen Operation, bei scheinbar erfolgreichem Ergebnis war er auch nicht auf das Risiko späterer Komplikationen hingewiesen worden. Trotz Harnröhrensanierung und ausreichender Wasserdiurese bestand weiterhin Dialysepflichtigkeit.

Es sollte ohne weitere Erklärungen auch für Nichtmediziner_innen nachvollziehbar sein, dass Patient Y dadurch für sein weiteres Leben gesundheitlich sehr stark eingeschränkt sein wird, ähnlich wie Patientin B, ganz ohne dass Ys Geschlechtszugehörigkeit jemals Anlass zu Zweifeln bot.

Außerklinische Erfahrungen

Sporadische Gespräche mit Menschen mit *selteneren Entwicklungsformen körperlicher Geschlechtsmerkmale* (= Intersexualität) außerhalb des klinischen Rahmens lassen sich zwar kaum statistisch auswerten; dennoch kann die Schilderung zu einem umfassenderen Eindruck beitragen:

Ein große Gruppe dieser Menschen schilderte ungeachtet der Anerkenntnis dieser Tatsache wenig oder kein Diskrepanzempfinden zwischen eingetragenem Geschlecht und Selbstverständnis. Einige andere sahen sich aus besagtem Grund nicht als Frau oder Mann, unternahmen aber keine Bemühungen, den Geschlechtseintrag im binären Rahmen zu wechseln. Ob und wie viele Wechsel zum seit November 2013 möglichen »fehlenden Geschlechtseintrag« gewünscht wurden oder erfolgten, ist derzeit nicht zu überblicken. Wenige Menschen hatten eine Änderung ihres Geschlechtseintrages nach dem sog. Transsexuellengesetz erreicht, wobei bei einigen die *abweichende Entwicklung körperlicher Geschlechtsmerkmale* (= Intersexualität) bekannt und beschrieben worden war, bei anderen wurde sie übergangen oder gar nicht erst festgestellt. Und nur einzelne Menschen hatten eine Personenstandsberichtigung im binären Rahmen erreicht, sahen sich aber anscheinend zusätzlich oder vorwiegend weiterhin als intersexuell an.

Viele dieser Menschen klagten aber darüber, dass ohne ihr Wissen oder sogar gegen ihren Willen über sie entschieden wurde, auf welche Weise ihnen

gegenüber ein Geheimnis daraus gemacht wurde, und dass viele der diesbezüglichen ärztlichen Berichte anscheinend verschwunden sind oder angeblich vernichtet wurden. Sehr viele dieser Menschen klagen über körperliche Schäden infolge von Operationen, insbesondere Schmerzen, verminderte oder verlorene Empfindungsfähigkeit, und Nebenwirkungen bei falscher oder unzureichender Hormonsubstition, z. B. Hitzewallungen, Gewichtszunahme, und Osteoporose. Als weitere Folgen wurden geschildert: geringes Selbstwertgefühl, Depressionen, Traumatisierung durch wiederholte Untersuchungen ohne Erklärung, aber auch medizinische Zurschaustellungen, Einsamkeit, und Angst vor Intimkontakten. Diese Listen sind keineswegs vollständig.

Aus diesen Schilderungen kann und will ich keine statistischen Daten über das Selbstverständnis dieser Menschen herleiten; evident erscheint mir jedoch das Ausmaß an medizinisch verursachten und vermeidbaren Schäden. Hierzu wurden bereits andere umfassende Studien zumindest teilweise veröffentlicht; verwiesen sei ferner auf die Fallbeispiele in den Parallelberichten der Intersexuellen Menschen e. V. (2008, S. 22–30; 2010, S. 40–49; 2011, S. 37–41).

Statistik

Wie häufig liegt einem Transsexualismus eine Intersexualität zu Grunde?

45% der Patient_innen der Transsexualismus-Sprechstunde in Halle zeigten *seltenere Entwicklungsformen körperlicher Geschlechtsmerkmale*; dies ist eine große Minderheit, die nicht übersehen werden kann. Dies liegt in der gleichen Größenordnung wie die 40% an Patient_innen und Patienten, bei denen Benjamin (1966, S. 33, 45, 69, 87) nach klinischen Kriterien Hypogonadismus beschrieb. Das Patientenkollektiv der Transsexualismussprechstunde weicht diesbezüglich signifikant von der Gesamtbevölkerung ab (vgl. Katzer et al., 2010a).

Naheliegend ist die Einschätzung, dass Transsexualismus oft ein körperliches Korrelat haben kann. Die zu Grunde liegenden *selteneren Entwicklungsformen körperlicher Geschlechtsmerkmale* unterscheiden sich untereinander sehr, weshalb es nicht verwundert, dass andernorts durchgeführte Untersuchungen auf einzelne dezidiert umschriebene Abweichungen keine oder nur vage Ergebnisse lieferten. Somit läge auch nur wenig Sinn darin, nach einem monolithischen Substrat für geschlechtliches Selbstverständnis oder zur Indikation medizinischer oder chirurgischer Maßnahmen Ausschau zu halten.

Mögliche Gründe, warum bislang kaum vergleichbare Zahlen publiziert wurden, lauten:

- Nichterkennen bei Stress im klinischen Alltag,
- Bagatellisierung und bewusstes Übergehen,
- Verweigerung jeglicher Behandlung bei deutlicher Intersexualität,
- oder Herausnahme aus der Statistik mangels eigener Kategorie, somit Verlust an Aufmerksamkeit, in manchen Fällen auch sehr rasche Zuweisung zur Operation ohne umfassende Darlegung der Situation.

Betrachtungen zur Prävalenz

Weder hinsichtlich Intersexualität noch hinsichtlich Transsexualismus gibt es verlässliche Zahlen über die Häufigkeit innerhalb der Bevölkerung, was auch an der Tabuisierung beider Komplexe liegt. Weitgehende Einmütigkeit herrscht unter namhaften Expert_innen jedoch darüber, dass Intersexualität erheblich häufiger vorkomme als Transsexualismus.

Häufigkeit von Intersexualität

Frühere Zählungen hinsichtlich der Häufigkeit von Intersexualität sind untereinander nur bedingt vergleichbar, weil – wie bereits erwähnt – je nach lokaler Sichtweise unterschiedliche Formen ausgeklammert wurden. Als untere Schätzung wurden bislang Zahlen von 1:2000 gehandelt, was aber nur Neugeborene mit »auffälligen« Genitalien umfasste (vgl. Lilford, 1987). Als obere Schätzungen kamen Blackless und Kollegen (2000) auf 1,7% und die Biologin Fausto-Sterling auf 4% (Fausto-Sterling, 1993, S. 21). Aus klinischer Erfahrung erscheinen 4% als für zu hoch gegriffen; 2%, also 1:50, aber als durchaus plausibel. Neuere Studien über das gesamte Spektrum an *selteneren Entwicklungsformen körperlicher Geschlechtsmerkmale* liegen für Deutschland bislang nicht vor.

Häufigkeit von Transsexualismus

Schätzungen hinsichtlich der Häufigkeit von Transsexualismus unterscheiden sich untereinander ebenfalls erheblich, wozu unterschiedliche Operationalisierungen des Begriffes und im internationalen Vergleich erhebliche Unterschiede

der Lebensbedingungen beitragen. Eine Veröffentlichung aus Belgien (DeCuypere, 2006, S. 3) kam zu einer Schätzung von etwa 1:18.000. Aus der Tschechischen Republik wurden im Jahr 2000 Zahlen von 1:10.000 referiert (Heath, 2006, S. 17). Diese Schätzungen stützen jedenfalls die oben genannte Annahme, dass Intersexualität deutlich häufiger vorkommt als Transsexualismus.

Wie viele der Intersexuellen wollen medizinische Veränderungen ihrer Geschlechtsmerkmale?

»Menschen mit Intersexualität« und »Menschen mit Transsexualismus« sind jeweils Teilmengen der Gesamtbevölkerung; beide Teilmengen sind unterschiedlich mächtig und haben miteinander eine Schnittmenge. Die folgenden Berechnungen gehen davon aus, dass die angeführten Häufigkeitsschätzungen auf das Einzugsgebiet der Urologie in Halle anwendbar sind. Nachdem die relative Häufigkeit von Menschen mit *selteneren Entwicklungsformen körperlicher Geschlechtsmerkmale* innerhalb des Kollektivs an Menschen mit Wunsch nach medizinischer (hormoneller und/oder operativer) Behandlung ihrer körperlichen Geschlechtsmerkmale gefunden wurde, stellt sich nun die umgekehrte Frage: Wie viele von allen Menschen mit *selteneren Entwicklungsformen körperlicher Geschlechtsmerkmale* stellen sich von sich aus vor, weil sie medizinische Veränderungen ihrer Geschlechtsmerkmale erwägen oder durchführen lassen wollen? Um dies genauer einschätzen zu können, wird folgender Rahmen abgesteckt:

Bei der *Positivannahme* wird von einer hohen Prävalenz für Transsexualismus mit 1:10.000 ausgegangen, von einer geringen Prävalenz von Intersexualität mit 1:2.000, und von einem umgekehrten Anteil von 45% wie in den dargelegten Daten (s. o.); daraus resultieren dann im Dreisatz folgende Berechnungen:

2.000*0,45=900

Hiernach wollen intersexuelle Menschen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung 900 Mal so oft medizinische Veränderungen ihrer Geschlechtsmerkmale.

900/10.000=0,09=9%

Von allen intersexuellen Menschen wollen somit ungefähr 9% medizinische Veränderungen ihrer Geschlechtsmerkmale.

Bei der *Negativannahme* wird von einer niedrigen Prävalenz für Transsexualismus mit 1:18.000 ausgegangen, von einer hohen Prävalenz von Intersexualität mit 1:50, und von einem umgekehrten Anteil von 40% wie bei Benjamin (1966); daraus resultieren dann im Dreisatz folgende Berechnungen:

50*0,40=20

Hiernach wollen intersexuelle Menschen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung 20 Mal so oft medizinische Veränderungen ihrer Geschlechtsmerkmale.

20/18.000=0,001=0,1%

Von allen intersexuellen Menschen wollen somit ungefähr 0,1% medizinische Veränderungen ihrer Geschlechtsmerkmale.

Unter der geschilderten *Positivannahme* sind es also nur 9% aller intersexuellen Menschen, die medizinische Maßnahmen an ihren Geschlechtsmerkmalen unternehmen lassen wollen, unter der geschilderten *Negativannahme* handelt es sich um eine verschwindend kleine Minderheit von 0,1% – aber immer noch *erheblich* höher als die Prävalenz von Transsexualismus bezogen auf die Gesamtbevölkerung.

Wie viele der Intersexuellen hatten bereits als Kinder Operationen?

Es sei an dieser Stelle nachdrücklich betont, dass aus den vorliegenden Zahlen zu schließen ist, dass mindestens 91% der intersexuellen Menschen anscheinend *keine* medizinischen Veränderungen an ihren Geschlechtsmerkmalen wünschen bzw. sich zumindest nicht in der Urologie vorstellten. Auch wenn das nicht direkt zu vergleichen ist, so zeichnet sich dennoch ein erheblicher Gegensatz zu der Lübecker Studie des Netzwerkes Intersexualität ab: 90% der Erwachsenen wurden operiert (vermutlich größtenteils in Kindheit und Jugend), 24% der Erwachsenen sogar dreimal oder öfter (Zwischengeschlecht, 2012).

Zusammenfassung

Für eine Wertung, ob nur Patientinnen »mit« oder aber eben nur »ohne« Abweichung »echte« oder »primäre« Transsexuelle seien, besteht keine klinische Relevanz. Bestehende Abweichungen müssen bei der Behandlung berücksichtigt werden, insbesondere bei der Operationsplanung; sie stellen grundsätzlich weder eine Voraussetzung noch eine Kontraindikation zur Behandlung dar. Entscheidend für den Behandlungserfolg ist die umfassende Aufklärung und die bewusste und tragfähige Entscheidung des mündigen Patienten und seine zu erwartende verantwortungsvolle Mitwirkung und Nachsorge.

Besonders schlimm ist es, wenn an einem intersexuellen Kinde bereits Organe operativ verändert oder sogar entfernt wurden, und wenn das Kind später als

Erwachsener zu einem Selbstverständnis kommt, dem diese Organe unverändert besser entsprochen hätten. Trotz relativer Seltenheit handelt es sich um relevante Zahlen, und eine Aufgabe der Medizin besteht auch darin, die schwächsten und gefährdetsten Individuen zu schützen. Ebenso wie Fallbeispiel Y belegen Schilderungen Betroffener (Zwischengeschlecht, 2012a) und bereits von anderen Einrichtungen (Köhler, 2012, S. 19) veröffentlichte Zahlen die negativen Folgen *auch* von Operationen an Kindern und Jugendlichen mit *selteneren Entwicklungsformen körperlicher Geschlechtsmerkmale*, die später *keine* Veränderung ihrer Geschlechtsmerkmale und auch *keine* Änderung ihrer rechtlichen Zuordnung anstreben.

Deswegen sollten möglichst wenige Operationen an Kindern durchgeführt werden. Konkret ist zu fordern, dass nur dann Operationen an den Geschlechtsmerkmalen von Kindern durchgeführt werden dürfen, wenn dafür eine aktuelle und unaufschiebbare Notwendigkeit in Hinblick auf die physische Gesundheit besteht.

Die Erfahrung mit Transsexualismus-Patienten hat gezeigt: Aussehen und Beschaffenheit der Genitalien haben in den allermeisten Alltagssituationen keine Relevanz, insbesondere was Akzeptanz und Inklusion betrifft, weil Menschen von klein auf Kleidung tragen, sodass man ihre Genitalien nicht sieht.

Insgesamt ist geboten, jeden Menschen im von ihm behaupteten und empfundenen Geschlecht zu akzeptieren; Ärzt_innen üben dabei eine Vorbildfunktion für andere Berufsgruppen und die Gesellschaft generell aus. Kein Mensch soll äußeren Druck verspüren, sich behandeln zu lassen, um dadurch besser anerkannt zu werden.

Angesichts der Rahmenbedingungen werden bei Transsexualismus gewöhnlich nur dann Hormone verordnet, wenn zuvor eine psychiatrische oder psychologische Stellungnahme vorgelegt wurde, zur Operation wird zusätzlich eine Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse als erforderlich erachtet. Solche äußeren Zwänge beeinträchtigen die Arzt-Patienten-Beziehung, innerhalb derer es wichtig ist, Zugehörigkeitsempfinden und Selbstverständnis des Patienten nicht in Frage zu stellen.

Langfristig ist es möglich und erstrebenswert, mündige Patienten bei unauffälligem psychopathologischem Befund unter Einhaltung von Wartezeiten mit zwischenzeitlichen Kontakten und unter Einhaltung einer Beratungspflicht (ggf. durch eine andere vergleichbare Einrichtung), nach umfassender schriftlicher Aufklärung und Einwilligung zu Hormonbehandlung und Genitaloperation, die durch die Krankenkasse zu übernehmen sind, zuzulassen, denn ein Leidensdruck braucht nicht in Frage gestellt oder überprüft werden, wenn sich

Menschen solchen Behandlungen mit erheblichen Folgeerscheinungen unterziehen wollen.

Ungeachtet dessen können Angebote zur psychotherapeutischen Begleitung hilfreich und empfehlenswert sein, aber nur als neutrale Angebote ohne irgendwelchen Einfluss auf die Zulassung zu somatischen Behandlungsmaßnahmen.

Schlussfolgerungen, Thesen und Vorschläge

1. Operationen an den Geschlechtsmerkmalen von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen sollten verboten werden, soweit keine aktuelle und unaufschiebbare Notwendigkeit in Hinblick auf die langfristige physische Gesundheit besteht.
2. Um pathologisierende oder auf andere Weise strittige Begriffe wie »Störungen der Geschlechtsentwicklung«, »Pseudohermaphroditismus« oder »Intersexualität« zu vermeiden, kann von »selteneren Entwicklungsformen körperlicher Geschlechtsmerkmale« die Rede sein.
3. Der Wert einer Person ist unabhängig davon, ob und wie viel Nachwuchs sie in die Welt setzt, und ob und wie sehr sie in der Gesellschaft auffällt. Dementsprechend sollten Angebot und Qualität der ärztlichen Beratung und Behandlung nicht von derlei Kriterien abhängen.
4. Die einzelnen Formenbilder unter den selteneren Entwicklungsformen körperlicher Geschlechtsmerkmale kommen mit unterschiedlicher Häufigkeit vor, sodass Einschätzungen über mehrere Formenbilder mit jeweils weniger Betroffenen nicht dazu verleiten sollten, wenige oder ein einzelnes Formenbild mit relativ mehr Betroffenen zu vernachlässigen.
5. Auch innerhalb eines umschriebenen Formenbildes kommen Menschen mit sehr unterschiedlichen medizinischen Erfahrungen und auch sehr unterschiedlichem Selbstverständnis vor.
6. Unauffällig aussehende Genitalien zum Zeitpunkt der Geburt schließen *seltenere Entwicklungsformen körperlicher Geschlechtsmerkmale* nicht aus; vielmehr hatten die meisten Menschen mit selteneren Entwicklungsformen körperlicher Geschlechtsmerkmale zum Zeitpunkt der Geburt äußerlich unauffällige oder weitgehend unauffällig ausschauende Genitalien.
7. Aus dem Aussehen der Genitalien lässt sich keine sichere Prognose über das spätere geschlechtliche Zugehörigkeitsempfinden stellen.
8. Aus der Kenntnis einer Diagnose lässt sich keine sichere Prognose über das spätere geschlechtliche Zugehörigkeitsempfinden stellen.

9. Es gibt keine Hinweise darauf, dass die operative Anpassung der Genitalien im Säuglings- oder Kleinkindalter das spätere geschlechtliche Zugehörigkeitsempfinden verbessert.
10. Nachweislich führen Operationen an Minderjährigen ohne aktuelle Notwendigkeit für die körperliche Gesundheit oft zu nachhaltigen körperlichen und psychischen Folgeproblemen.
11. Da Kinder schon ab dem Säuglingsalter die allermeiste Zeit Kleidung tragen, stellen ungewöhnlich oder abweichend aussehende Genitalien keine Indikation zur Operation dar.
12. Die sexualkundliche Aufklärung im Schulunterricht kann und soll vermitteln, dass es eine natürliche Vielfalt hinsichtlich der Entwicklungen körperlicher Geschlechtsmerkmale bei Geburt und auch im Pubertätsalter gibt, und dass deswegen Kinder und Jugendliche, die sich anders entwickeln als die meisten anderen, sich nicht zu schämen brauchen und nicht von den anderen geärgert werden dürfen. Davon profitieren Schüler_innen mit dezidierter Intersexualiät genauso wie andere Schüler_innen, deren Abweichungen kein Gegenstand ärztlicher Sorge sind.
13. Generell ist ein Erziehungsstil aufzugeben, der Kinder motiviert und lobt, »ein gutes Mädchen« oder »ein richtiger Junge« (oder Vergleichbares) zu sein.
14. Geschlechtsbezogene Normen und Erwartungen sind aus Sportunterricht und insbesondere sog. »Bundesjugendspielen« zu verbannen; stattdessen soll jedes Kind nach seinen Möglichkeiten gefördert werden, Freude am eigenen Körper und an Bewegung zu finden.
15. Generell ist es möglich und hilfreich, wenn Menschen durch persönliche Erklärung und ggf. Latenzzeit, aber ohne Fremdurteil, ihren Geschlechtseintrag oder ihren Vornamen ändern lassen können.
16. Mittelfristig ist zu erwägen, den juristischen Geschlechtseintrag abzuschaffen.
17. Manche *seltenere Entwicklungsformen körperlicher Geschlechtsmerkmale* gehen gehäuft mit spezifischen gesundheitlichen Risiken oder Problemen einher. Diese abzuklären und ggf. zu behandeln ist für die Gesundheit und hinsichtlich der Lebensqualität meistens wichtiger als Überlegungen zur etwaigen Auffälligkeit der Geschlechtsmerkmale.
18. Mutmaßungen über erhöhte Krebsrisiken bei selteneren Entwicklungsformen körperlicher Geschlechtsmerkmale beruhen (nicht zuletzt auf Grund leichtfertig durchgeführter Gonadektomien) auf kleinen Zahlen aufgefallener und behandelter Patient_innen, sie sind somit unzuverlässig (vgl. Kastrationsspital, 2008).

19. Sofern kein aktuelles körperliches Gesundheitsproblem besteht, dürfen Operationen und andere invasive Maßnahmen nur nach umfassender und wertneutraler Aufklärung, mehrtägiger Bedenkzeit und höchstpersönlicher Einwilligung der (im allgemeinen) mündigen Patient_in durchgeführt werden.
20. Wenn auf Grund eines aktuellen körperlichen Gesundheitsproblems eine Operation oder eine invasive Maßnahme ohne höchstpersönliche Einwilligung der Patient_in erfolgt, so hat diese so zurückhaltend und so gewebe- und organschonend wie möglich durchgeführt zu werden; zuvor sind umfassende und wertneutrale Aufklärung, mehrtägige Bedenkzeit und Einwilligung der gesetzlichen Vertreter einzuholen.
21. Der Verdacht auf ein möglicherweise oder tatsächlich erhöhtes Krebsrisiko rechtfertigt keineswegs eine prophylaktische Organentfernung, sondern stellt eine Indikation zu regelmäßigen Vorsorge- bzw. Früherkennungsuntersuchungen dar (vgl. Kastrationsspital, 2008).
22. Vorsorgeuntersuchungen sind so zu planen und ggf. zu staffeln, dass sie für die Patient_in so wenig physisch und psychisch belastend wie möglich sind.
23. Wenn bei einer Vorsorgeuntersuchung Zwischenanamnese, klinischer Befund, nichtinvasive Bildgebung ohne ionisierende Strahlung sowie ggf. Blut- und/oder Urinparameter keinen Hinweis auf aktuelle Neoplasie oder ein anderes aktuelles Gesundheitsproblem (z. B. Harnstau) bieten, besteht keine Indikation zu invasiven oder strahlenbehafteten Maßnahmen, auch nicht zu Forschungszwecken.
24. Nur bei Biopsie mit definitiv maligner Histopathologie und nach erneuter Befundbesprechung darf eine partielle oder komplette Organentfernung durchgeführt werden, wobei dem partiellen Organerhalt Vorrang einzuräumen ist. Ein kontralaterales, im Übrigen unauffälliges Organ ist zu belassen. Angesichts der Mannigfaltigkeit sind Vorgehen nach intraoperativem Befund oder Schnellschnitt kontraindiziert, zumindest sofern durch mehrzeitiges Vorgehen keine aktuelle Lebensgefahr abgewendet wird.
25. Wenn sich eine Befundkonstellation intraoperativ anders darstellt als im Aufklärungsgespräch erwartet, so ist die Operation abzubrechen und der Situs regulär zu verschließen, sodass die Patient_in nach Aufklärung und mehrtägiger Bedenkzeit darüber entscheiden kann, ob und wie sie operiert werden möchte.
26. Da manche Menschen mit *selteneren Entwicklungsformen körperlicher Geschlechtsmerkmale* unangenehme Erfahrungen gemacht und zum Teil nach-

haltig verarbeitet haben, sollten ihnen psychotherapeutische Angebote gemacht werden, ohne andere Maßnahmen davon abhängig zu machen, ob diese Angebote genutzt werden.

27. Gesetzliche Krankenkasse und kassenärztliche Vereinigung haben einen Versorgungsauftrag; sie sollten sich verpflichtet sehen, wohnortnahe und qualifizierte psychotherapeutische Behandlung mit Beginn innerhalb von sechs Wochen ab Anfrage durch die Patient_in anzubieten.
28. Die Mehrzahl der Menschen mit *selteneren Entwicklungsformen körperlicher Geschlechtsmerkmale* stellt die Zugehörigkeit zu dem Geschlecht, als dessen Angehörige sie gelten, nicht nachhaltig in Frage.
29. Bei Menschen mit *selteneren Entwicklungsformen körperlicher Geschlechtsmerkmale* kommt es selten, aber relativ häufiger als in der unselektierten Gesamtbevölkerung dazu, dass sie medizinische Maßnahmen (Hormone, Operationen etc.) zur Beeinflussung ihrer körperlichen Geschlechtsmerkmale unternehmen.
30. Anscheinend tragen Umstände wie Verheimlichung, Operationen und an Stereotypen von Geschlechtsrollen orientierte Erziehung tendenziell häufiger zu einer Verunsicherung oder Zurückweisung bezüglich des eingetragenen Geschlechts bei, und nur selten zu einer besseren Annahme.
31. Nach ärztlicher Beobachtung sind Menschen generell zufriedener mit den Ergebnissen von Entscheidungen, die sie selber getroffen haben, als mit den Ergebnissen von Entscheidungen, die andere über sie getroffen haben, und zwar tendenziell auch dann, wenn von außen betrachtet das Ergebnis der Fremdentscheidung besser erscheint als das Ergebnis der eigenen Entscheidung.
32. Unter den Menschen, die Ärzt_innen somatischer Disziplinen aufsuchen, weil sie ihre rechtliche Geschlechtszugehörigkeit in Frage stellen oder ändern wollen, stellen Menschen mit *selteneren Entwicklungsformen körperlicher Geschlechtsmerkmale* eine große und somit relevante Minderheit von ungefähr 40% dar.
33. Ob eine Person, die ihre rechtliche Geschlechtszugehörigkeit in Frage stellt, oder die medizinische Maßnahmen zur Veränderung ihrer Geschlechtsmerkmale erwägt, eine *seltenere Entwicklungsform körperlicher Geschlechtsmerkmale* hat oder nicht, bedeutet nicht, dass sie »echter« oder »gerechtfertigter« oder »psychisch gesünder« ist, oder dass sie beschleunigt oder nachrangig zu behandeln sei.
34. Allen Menschen, die ihre rechtliche Geschlechtszugehörigkeit in Frage stellen, oder die medizinische Maßnahmen zur Veränderung ihrer Ge-

schlechtsmerkmale erwägen, sollte schon zu Beginn eine umfassende somato-medizinische Abklärung auf eine Weise angeboten werden, dass deren Ergebnis grundsätzlich keinen Einfluss auf den Behandlungsablauf hat.

35. Bei Menschen mit *selteneren Entwicklungsformen körperlicher Geschlechtsmerkmale*, die medizinische Maßnahmen zur Veränderung ihrer Geschlechtsmerkmale erwägen, kann im Allgemeinen auf die Kategorie »Transsexualismus« verzichtet werden.
36. Bei Menschen, deren rechtliche Einordnung nach juristischen Maßnahmen ihrem Zugehörigkeitsempfinden entspricht, und deren körperlicher Gesamteindruck nach medizinischen Maßnahmen ebenfalls ihrem Zugehörigkeitsempfinden entspricht, kann ebenfalls auf die Kategorie »Transsexualismus« verzichtet werden.
37. Auch wenn bei einer Patient_in ein Transsexualismus diagnostiziert wurde, kann durchaus gleichzeitig eine *seltenere Entwicklungsform körperlicher Geschlechtsmerkmale* vorliegen.
38. Auch wenn der Vorname oder der Geschlechtseintrag einer Patient_in nach dem sog. Transsexuellengesetz geändert wurde, kann durchaus gleichzeitig eine *seltenere Entwicklungsform körperlicher Geschlechtsmerkmale* vorliegen.
39. Abweichende Befunde müssen vor medizinischen Maßnahmen zur Veränderung von Geschlechtsmerkmalen erhoben und mitgeteilt werden, und sie müssen bei der Behandlung berücksichtigt werden.
40. Bei Menschen, die sich Operationen oder anderen medizinischen Maßnahmen (z. B. Hormonbehandlung) zur Veränderung von Geschlechtsmerkmalen unterziehen wollen, liegt regelmäßig ein erheblicher Leidensdruck vor, denn sonst würden sie sich nicht mit diesem Ansinnen vorstellen. Somit sind die gesetzlichen Krankenkassen zur Kostenübernahme verpflichtet.
41. Das Ansinnen, diesen Leidendruck durch Dritte zu verifizieren oder zu quantifizieren, kann das Leid der Patient_innen vergrößern und ihnen schaden; deswegen sollten derartige Praktiken unterbleiben.
42. Menschen, die ihre rechtliche Geschlechtszugehörigkeit in Frage stellen oder die sich medizinischen Maßnahmen zur Veränderung von Geschlechtsmerkmalen unterziehen wollen, sollte psychotherapeutische Begleitung angeboten werden, ohne andere Maßnahmen davon abhängig zu machen, ob diese Angebote genutzt werden.
43. Gesetzliche Krankenkasse und kassenärztliche Vereinigung haben einen Versorgungsauftrag; sie sollten sich verpflichtet sehen, wohnortnahe und qualifizierte psychotherapeutische Behandlung mit Beginn innerhalb von sechs Wochen ab Anfrage durch die Patient_in anzubieten.

44. Das Arzt-Patienten-Verhältnis zwischen Ärzt_innen somatischer Disziplinen und Patient_innen, die sich medizinischen Maßnahmen zur Veränderung von Geschlechtsmerkmalen unterziehen wollen, wird beeinträchtigt durch die derzeit vorherrschende Einschätzung, hierzu seien Indikationsschreiben oder Gutachten anderer Disziplinen sowie Kostenübernahmeerklärungen von Krankenkassen erforderlich.
45. Wie vor anderen Behandlungen auch können Ärzt_innen somatischer Disziplinen auch bei Patient_innen, die sich medizinischen Maßnahmen zur Veränderung von Geschlechtsmerkmalen unterziehen wollen, durchaus beurteilen, ob diese aufklärungs- und einwilligungsfähig sind, die Situation nicht verkennen, die umfassende Aufklärung verstehen (z. B. durch Kontrollfragen), und frei von äußerem Druck entscheiden.
46. Um Indikation, Leidensdruck, umfassende Aufklärung und informierte Einwilligung sicherzustellen und zu dokumentieren, sollte ein erfüllbares Schema entworfen und auch gegenüber den Patient_innen offengelegt werden.
47. Solange keine besseren Vorschläge kommen, wird folgende Kombination aus Beratungspflicht und Fristenregelung empfohlen: Bei einem Termin erfolgt die umfassende und schriftliche Aufklärung; ein Exemplar oder Durchschlag der Aufklärung wird der Patient_in mit nach Hause gegeben. Die Patient_in soll sich einen neuen Termin frühestens sechs Wochen nach dem vorherigen geben lassen, zu dem sie jeweils eine handschriftliche Abschrift der schriftlichen Aufklärung mitbringt und abgibt, und die Ärzt_in soll sich überzeugen, dass die Patient_in keine Anzeichen einer Minderung ihrer Entscheidungsfähigkeit aufweist, und Aufklärung, Tragweite, Risiken und Konsequenzen der geplanten Maßnahme versteht und damit einverstanden ist. Dies ist ein weiteres Mal zu wiederholen.
48. Für den Beginn der verweiblichenden oder vermännlichenden Hormonbehandlung ist dieses Vorgehen ausreichend; vor einer Operation sollte die letzte Aufklärung mindestens 36 Stunden und höchstens sieben Tage zurückliegen.
49. Die Patient_in soll das Recht haben, die verweiblichende oder vermännlichende Hormonbehandlung jederzeit zu unterbrechen und später fortzusetzen, ohne sich dafür erklären zu müssen.
50. Die Patient_in soll sodann das Recht auf einen Operationstermin innerhalb von vier Monaten haben, auch wenn sie von einem zuvor geplanten Operationstermin zurückgetreten ist, und ohne dass sie für den zwischenzeitlichen Rücktritt oder die erneute Entscheidung Gründe zu nennen hat.

51. Vor Beginn und regelmäßig im Laufe der Hormonbehandlung hat die Ärzt_in die Patient_in klinisch, labormäßig und ggf. apparativ zu untersuchen.
52. Wenn Zeichen der beginnenden Pubertät vorliegen und die Patient_in nachdrücklich äußert, darunter erheblich zu leiden, so kann und sollte nach umfassender klinischer und labortechnischer Untersuchung eine pubertätsaufschiebende Behandlung mit GnRH-Analoga begonnen werden, um Leid von der Patient_in abzuwenden.
53. Dies gilt insbesondere wenn die Zeichen der Pubertät in eine andere Richtung gehen als wie die Patient_in bis dahin betrachtet wurde und sich selber versteht, weil sich dadurch die Entscheidung über eine etwaige Gonadektomie zumindest aufschieben lässt.
54. Bei Pubertas praecox oder Pseudopubertas praecox sind Abklärung und Behandlung vertretbar und geboten, sofern keine schwerwiegenden Gründe dagegen sprechen.
55. Menschen, die sich Zeit dafür nehmen, an einer Studie oder Befragung teilzunehmen, haben einen Anspruch darauf, dass ihre Angaben ernst genommen, ausgewertet und veröffentlicht werden, und dass sie nicht aus irgendwelchen Vorwänden ausgesondert werden.

Interessenkonflikt und Ausblick

Die Verfasserin ist Mitglied verschiedener Fachgesellschaften und anderer Organisationen. Dieser Artikel referiert unter anderem klinisch-wissenschaftliche Daten und geschilderte Erfahrungen. Wenigstens einige der hier getätigten Interpretationen, Schlussfolgerungen und Empfehlungen unterscheiden sich wahrscheinlich von Positionen, wie sie von diesen Organisationen oder manchen Mitgliedern dieser Organisationen vertreten werden. Meiner Erfahrung nach kann es zu vielen derartigen Fragen unterschiedliche Auffassungen geben. Über einen sachlichen Austausch hinsichtlich der Differenzen würde ich mich freuen, denn ich kann nicht ausschließen, dass ich mich in einigen Aspekten irre und dadurch oder später ggf. zu einer anderen Einschätzung komme. Ich fände es mehr als schade, wenn derlei Differenzen dazu führen würden, mich ohne vorheriges Gespräch auszuschließen. Ebenfalls halte ich es für möglich und wahrscheinlich, dass manche meiner Beobachtungen und Empfehlungen schon andernorts getätigt wurden und somit hier ohne hinreichende Referenz oder Quellenangabe stehen, wofür ich mich hiermit prophylaktisch entschuldigen möchte.

Bedauerlichermaßen geht dieser Artikel vor allem auf Transsexualismus und auf Überschneidungen zwischen Transsexualismus und Intersexualität ein. In Ergänzung dazu ist die weitere – auch kritische – Auseinandersetzung mit Fachliteratur zum breiten Spektrum an *selteneren Entwicklungsformen körperlicher Geschlechtsmerkmale* erforderlich – auch in Hinblick auf die überwiegende Mehrheit betroffener Menschen, die ihre Geschlechtszugehörigkeit nicht in Frage stellen oder ändern wollen, und von denen sich viele auch nicht gut mit dem Begriff Intersexualität beschrieben fühlen. Die Forderung durchzusetzen, dass an Minderjährigen keine Operationen ohne aktuelle Notwendigkeit für die körperliche Gesundheit durchgeführt werden dürfen, ist derzeit der vorrangigste und wichtigste Schritt. Weitere haben darauf zu folgen.

Literatur

(Abruf aller angegebenen Internetseiten erfolgte im Februar 2015.)

AGGPG (1998). Flugblatt. http://www2.iisg.nl/id/Systematik.asp?cat=3&id=83

AGS-Eltern- und Patienteninitiative Schweiz (2010). TART (testikuläre adrenale Resttumore). http://ags-initiative.ch/index.php?id=25

Augstein, M. S. (1981). Unter 25 – was dann? *EZKU,* (2/August), 3–6.

Augstein, M. S. (1992). Transsexuelle sind Frauen und Männer. *Zeitschrift für Sexualforschung, 5*(3), 255–260.

AWMF (2010). Störungen der Geschlechtsentwicklung. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien027-022l_S1_Stoerungen_der_Geschlechtsentwicklung_2010_abgelaufen.pdf

Becker, S., Bosinski, H. A. G., Clement, U., Eicher, W., Goerlich, T.M., Hartmann, U., Kockott, G., Langer, D., Preuss, W.F., Schmidt, G., Springer, A. & Wille, R. (1997). Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen. *Zeitschrift für Sexualforschung, 10*(2), 147–156.

Benjamin, H. (1953). Transvestism and Transsexualism. *International Journal of Sexology, 7*, 12–14.

Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon.* New York: Julian Press.

Bioglobe (2009). Adrenogenitales Syndrom (AGS). http://www.bioglobe.net/files/bioglobe_congenital-adrenal-hyperplasia_deu.pdf

Bishop, P. M.F (1966). Intersexual States and Allied Conditions. *British medical Journal, 1,* 1255–1262.

Blackless, M., Charuvastra, A., Derryck, A., Fausto-Sterling, A., Lauzanne, K. & Lee, E. (2000). How Sexually Dimorphic Are We? Review and Synthesis. *American Journal of Human Biology, 12,* 151–166.

Bleuler, M. (1983). *Lehrbuch der Psychiatrie.* Berlin: Springer.

Bostwick, D. G. & Cheng, L. (2008). *Urologic Surgical Pathology.* Philadelphia: Elsevier.

Cauldwell, D. O. (2001). Psychopathia Transexualis. *International Journal of Transgenderism, 5*(2). http://www.iiav.nl/ezines/web/ijt/97-03/numbers/symposion/cauldwell/cauldwell_02.htm

DIMDI (2004). Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. Version 2004. German Modification. Vierstellige Allgemeine Systematik. http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2004/index.htm?gf60.htm+

DocCheck Flexikon (2009). Intersexualität. http://flexikon.doccheck.com/de/Intersexualität
Dreger, A. D. (1998). *Hermaphrodites and the Medical Invention of Sex.* Havard University Press Cambridge.
Eicher, W. (1984). *Transsexualismus. Möglichkeiten und Grenzen der Geschlechtsumwandlung.* Stuttgart: Fischer.
Fausto-Sterling, A. (1993). The five sexes: why male and female are not enough. *The Sciences*, (März/April), 20–24.
GHR = Genetics Home Reference (2008). NR0B1. http://ghr.nlm.nih.gov/gene/NR0B1.
GHR (2014). Aromatase deficiency. http://ghr.nlm.nih.gov/condition/aromatase-deficiency
GIDinfo (2005). Intersex Conditions. http://www.hemingways.org/GIDinfo/intersex.htm
Haggerty, G. E. & McGarry, M. (2007). *A Companion to Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Queer Studies.* Carlton: Blackwell Publishing.
Heath, R. A. (2006). *The Praeger handbook of transsexuality.* Westport: Praeger Publishers.
Hirschfeld, M. (1923). Die intersexuelle Konstitution. *Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen, 23*, 3–27.
Hughes, I. A., Houk, C., Ahmed, S.F. & Lee, P.A. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. *Archives of Disease in Childhood*, *91*(7), 554–563. DOI: 10.1136/adc.2006.098319
IMeV = Intersexuelle Menschen e. V. (2008). Schattenbericht zum 6. Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland zum Übereinkommen der Vereinten Nationen zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frau (CEDAW). http://intersex.schattenbericht.org/public/Schattenbericht_CEDAW_2008-Intersexuelle_Menschen_e_V.pdf
ImeV (2010). Parallelbericht zum 5. Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland zum Inter-nationalen Pakt der Vereinten Nationen über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (CESCR). http://intersex.schattenbericht.org/public/Schattenbericht_CESCR_2010_Intersexuelle_Menschen_e_V.pdf
IMeV (2011). Parallelbericht zum 5. Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe (CAT). http://intersex.schattenbericht.org/public/Schattenbericht_CAT_2011_Intersexuelle_Menschen_e_V.pdf
IMeV (2013). Intersexualität, was ist das? http://www.intersexuelle-menschen.net/intersexualitaet
ISNA (2006). Why is ISNA using »DSD«? http://www.isna.org/node/1066
Kastrationsspital (2008). Krebslüge & Zwangskastration an Zwittern. http://kastrationsspital.ch/post/2008/06/18/Krebsluge-Zwangskastrationen-an-Zwittern
Katzer, M., Wagner, S. & Fornara, P. (2010a). Abweichende Befunde bei Transsexualismus [Posterpräsentation auf der 22. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Andrologie (DGA), 29.–31.10.2010 in Hamburg].
Katzer, M., Wagner, S. & Fornara, P. (2010b). Meshgraft-neovagina bei Transsexualismus [Posterpräsentation auf der 22. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Andrologie (DGA), 29.–31.10.2010 in Hamburg].
Klöppel, U. (2010). *XX0XY ungelöst. Hermaphroditismus, Sex und Gender in der deutschen Medizin. Eine historische Studie zur Intersexualität.* Bielefeld: Transcript.
Köhler, B. (2012). Habilitationsschrift XY Störungen der Geschlechtsentwicklung (XY DSD). Die Rolle des Wilms-Tumorsuppressorgens (WT1) und des »Steroidogenic Factor 1« (NR5A1, SF1) sowie Langzeitergebnisse. http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS_derivate_000000014283/Habil-Kxhler_Bibliothek_23_10_13.pdf
Kraus-Kinsky, E. (2012). Adrenogenitales Syndrom. Persönliches Erleben zwischen eigener Lebensgeschichte und dem Dasein als Ärztin. In K. Schweizer & H. Richter-Appelt (Hrsg.),

Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen (S. 161–173). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Lang, C. (2006). *Intersexualität. Menschen zwischen den Geschlechtern.* Frankfurt/M.: Campus.

Lee, P. A., Houk, C. P., Ahmed, S. F. & Hughes, I. A. (2006). Consensus Statement on Management of Intersex Disorders. *Pediatrics, 118*(2), e488-e500.

Lilford, R. J. & Dear, P. R. F. (1987). The intersex baby. *British Journal of Hospital Medicine, 37*, 28–34.

Marshall, J. D., Beck, S., Maffei, P. & Naggert, J. K. (2007). Alström Syndrome. *European Journal of Human Genetics, 15*, 1193–1202.

Netzwerk DSD (2008). Projekt D. Entwicklungsgene. http://www.netzwerk-dsd.uk-sh.de/index.php?id=211

Netzwerk Intersexualität (2004). Leserbrief. Kommunikation und Respekt. http://www.netzwerk-dsd.uk-sh.de/fileadmin/documents/aktuelles/GruendungAG_5_1.pdf

Nevinny-Stickel, J. & Hammerstein, J. (1967). Medizinisch-juristische Aspekte der menschlichen Transsexualität. *Neue Juristische Wochenschrift 20*(15), 663–666.

OII Australia (2013). What is intersex? Defining intersex. http://oii.org.au/18106/what-is-intersex

OII Australia (2014). Tony Briffa writes on »Disorders of Sex Development«. http://oii.org.au/26808/tony-briffa-on-dsd

OII international (2010). OII's policy concerning intersex, medical diagnoses and health information. http://oiiinternational.com/2713/oiis-policy-intersex-medical-diagnoses-health-information

OII international (2012). What is intersex? http://oiiinternational.com/intersex-library/intersex-articles/what-is.intersex

OII USA (2013). What is intersex? http://oii-usa.org/1128/intersex

OMIM (2005). Laurence-Moon Syndrome. http://omim.org/entry/245800

OMIM (2011). Aarskog-Scott Syndrome. http://omim.org/entry/305400

OMIM (2011a). Polycystic Ovary Syndrome 1. http://omim.org/entry/184700

OMIM (2014). Bardet-Biedl Syndrome 1. http://omim.org/entry/209900

OMIM (2014a). Prader-Willi Syndrome. http://omim.org/entry/176270

OMIM (2015). CHARGE Syndrome. http://omim.org/entry/214800

Orphanet (2013). Borjeson-Forssman-Lehmann syndrome. http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?lng=EN&Expert=127

Radix, A. & Eisfeld, J. (2014). Informierte Zustimmung in der Trans*-Gesundheitsversorgung. Erfahrungen eines US-amerikanischen Community Health Center. *Zeitschrift für Sexualforschung, 27*(1), 31–43.

Rajagopalan, S., Mukherjee, D. & Mohler, E.R. (2005). *Manual of Vascular Diseases.* LWW: Philadelphia.

Richter-Appelt, H. (2013). Intersexualität nicht Transsexualität. Abgrenzung, aktuelle Ergebnisse und Reformvorschläge. *Bundesgesundheitsblatt, 56,* 240–249.

Rosario, V. A. (2007). The History of Aphallia and the Intersexual Challenge to Sex/Gender. In G. E. Haggerty & M. McGarry (Hrsg.), *A Companion to Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer Studies.* Carlton: Blackwell Publishing.

Rugarli, E. I. (1999). Kallmann Syndrome and the Link between Olfactory and Reproductive Development. *American Journal of Human Genetics, 65,* 943–948.

Sax, L. (2002). How common is Intersex? *Journal of Sex Research, 39*(3), 174–178.

Schedlbauer, J. (2011). Stop Trans Pathologization. Diplomarbeit im Diplomlehrgang Sozialbegleitung des bfi Wien. http://www.transx.at/Dokumente/StopTransPathologisation.pdf

Schweizer, K. & Richter-Appelt, H. (Hrsg.). (2012). *Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen.* Gießen: Psychosozial-Verlag.

Schweizer, K. (2012a). Sprache und Begrifflichkeiten. Intersexualität benennen. In K. Schweizer & H. Richter-Appelt (Hrsg.), *Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen* (S. 19–39). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Schweizer, K. (2012b). Körperliche Geschlechtsentwicklung und zwischengeschlechtliche Formenvielfalt. In K. Schweizer & H. Richter-Appelt (Hrsg.), *Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen* (S. 43–67). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Sigusch, V., Meyenburg, B. & Reiche, R. (1979). Transsexualität. In V. Sigusch (Hrsg.), *Sexualität und Medizin* (S. 249–311). Köln: Kiepenheuer und Witsch.

Sigusch, V. (1994). Leitsymptome transsexueller Entwicklungen. Wandel und Revision. *Deutsches Ärzteblatt, 91*(20), A1455-A1458.

Sigusch, V. (2005). *Neosexualitäten. Über den kulturellen Wandel von Liebe und Perversion*. Frankfurt/M.: Campus.

Spektrum der Wissenschaft (1999). Lexikon der Biologie: Intersexualität. http://www.spektrum.de/lexikon/biologie/intersexualitaet/34345.

TSVD = Turner-Syndrom-Vereinigung-Deutschland e. V. (2008). Das Ullrich-Turner-Syndrom: Die Erkrankung im Überblick. http://www.turner-syndrom.de/info-uts/krankheitsdefinition/krankheitsdefinition.html.

vimö (2014). Intersexualität – was ist das? http://vimoe.at/intersexualitaet.

Whonamedit? (2002). Babinski-Fröhlich syndrome. http://www.whonamedit.com/synd.com/1792.html.

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

Zwischengeschlecht (2008a). Lügen, Zwangseingriffe, Schweigegebote. Ein Leben aus der Krankenakte (Teil II). http://blog.zwischengeschlecht.info/post/2008/06/12/Beurteilt-zugewiesen-und-verwaltet%3a-ein-Leben-aus-der-Krankenakte-Teil-II.

Zwischengeschlecht (2010). »EuroDSD«-Chef Olaf Hiort: »Intersexuelle« nur ein Bruchteil aller kosmetischen Genitaloperationen an Kindern mit »atypischen Genitalien« (IGM). http://blog.zwischengeschlecht.info/post/2010/07/12/"EuroDSD"-Chef Olaf Hiort: Zwitter-nur-Bruchteil-aller-Verstuemmmelten.

Zwischengeschlecht (2011). Intersex: Warum eine Diskussion um die Beendigung kosmetischer Genitaloperationen an Kindern unter Ausklammerung von »Hypospadiekorrekturen« unethisch ist. http://blog.zwischengeschlecht.info/post/2011/10/04/Ausklammerung-Hypospadie-unethisch.

Zwischengeschlecht (2012). Genitalverstümmelung an Kinderkliniken: Fehlende Einsicht der Täter – Nationale Ethikkommisson (NEK-CNE). http://blog.zwischengeschlecht.info/post/2011/12/18/Fehlende-Einsicht-der-Behandler-NEK-CNE.

Zwischengeschlecht (2012a). »Sehr taube Eichel nach Operation« vs. »unbehandelt gut leben«: Erfahrungsberichte zu Hypospadie. http://blog.zwischengeschlecht.info/post/2012/04/13/Erfahrungsberichte-zu-Hypospadie.

Zwischengeschlecht (2013). Vom Mut und der Hartnäckigkeit der Duogynon-Opfer lernen. http://blog.zwischengeschlecht.info/post/2013/05/02/Vom-Mut-der-Duogynon-Opfer-lernen.

Intersexualität, Individualität, Selbstbestimmtheit und Psychoanalyse

Ein Besinnungsaufsatz

Heike Bödeker

I

Als ich Ende August 2014 eine Einladung erhielt, etwas über Intersexualität zum vorliegenden Sammelband beizutragen, der sich mit »geschlechtlicher, sexueller und reproduktiver Selbstbestimmung« befassen sollte, fühlte ich mich einerseits sehr geehrt, umso mehr da ich seit immerhin Sommer bis Herbst 2000 über Intersexualität nicht mehr gearbeitet hatte (Bödeker, 2000, 2001; Castel et al., 2000).[1] Andererseits war meine eigene persönliche wie aktivistische Erfahrung mit Intersexualität in leider nicht zu geringen Teilen sogar *äußerst* negativ. Von Selbstbestimmtheit (und, für mich wesentlich: Würde), was Geschlecht und Sexualität anginge,[2] aber auch weiteren persönlichen Bereichen, hätte ich zumindest nach meinen eigenen Maßstäben, die nämlich ein sehr hohes Maß

---

1 Besonderen Dank schulde ich Michaela Katzer für ihre äußerst freundlichen Ermutigungen, mich trotz aller Bedenken an die Abfassung dieses Papieres zu wagen, sowie Pierre-Henri Castel für den äußerst anregenden Gedankenaustausch auf der Mailingliste Trans-Theory und in privaten Korrespondenzen in den Jahren 2000 und 2003.

2 Zu Reproduktion denke ich bedauerlicherweise noch weniger zu sagen zu haben, denn hier treffen sich die verschiedenen Register: im Realen erschweren bis verunmöglichen etliche intersexuelle Syndrome die Reproduktionsfähigkeit; im Imaginären und Symbolischen ist der entscheidende Faktor bei der Reproduktion die Beziehung der Eltern (vgl. Castel, 2003, S. 372). Lesern, die nicht mit der lacanianischen Psychoanalyse vertraut sind, sei die Lektüre einer der vielen mittlerweile erhältlichen Einführungen (ich empfehle Widmer, 1997, alternativ Danis, 1996) und die Benutzung eines psychoanalytischen Wörterbuches (etwa Laplanche & Pontalis, 1967; Rycroft, 1972 oder Chemama & Vandermersch, 1998) angeraten. Zum geistesgeschichtlichen Hintergrund des französischen Strukturalismus im Allgemeinen siehe etwa Schiwy (1984).

an Autonomie voraussetzten, im Zusammenhang mit Intersexualität erst gar nicht zu sprechen gewagt. Ich hätte dies durchaus leicht mit dem Sarkasmus abwehren[3] können wollen, dass für Intersexen das ohnehin schon oft genug missbrauchte (dazu vgl. etwa Castel, 2003, S. 390) Freud'sche Diktum »Anatomie ist [das] Schicksal« (Freud, 1924/1981, S. 155; vgl. 1925/1961) in einem *ganz* besonderen Maße gälte.[4] Zumindest hätte das für diejenigen Intersexen zu gelten, denen als Kindern und Jugendlichen quälerische chirurgische und endokrinologische Behandlungen und terroristische erzieherische Dressurakte als alternativlos aufgeherrscht wurden, ohne auch nur einen allergeringsten Ansatz eines Mitspracherechtes in Belangen eingeräumt zu bekommen, die doch sonst als die allerintimsten gelten sollen,[5] oder die mit Drohungen eingeschüchtert oder vermittels gezielter Falschinformationen manipuliert wurden, um sie gefügig, *compliant* zu machen. Es ist allerdings zu betonen, dass derlei rüde Umgangsformen sich mitnichten nur Mediziner zu Schulden kommen lassen, sondern auch Eltern, Geschwister und weitere Umfelder (vgl. Kreis-

3 Ich belasse es bei dieser Wortwahl, wohl eingedenk, dass der Begriff der Abwehr von Lacan (1981, S. 92, 117f., 120f., 164f., 175, 219, 222, 227, 244) teils abgelehnt, teils selbst verwendet wird.

4 Und *tatsächlich* spielen solche Erwägungen *auch* für Intersexen eine Rolle. Doch lassen wir Freud selbst ausführlicher sprechen: »Auch das weibliche Geschlecht entwickelt einen Ödipuskomplex, ein Über-Ich und eine Latenzzeit. Kann man ihm auch eine phallische Organisation und einen Kastrationskomplex zusprechen? Die Antwort lautet bejahend, aber es kann nicht dasselbe sein wie beim Knaben. Die feministische Forderung nach Gleichberechtigung der Geschlechter trägt hier nicht weit, der morphologische Unterschied muß sich in Verschiedenheiten der psychischen Entwicklung äußern. Die Anatomie ist das Schicksal, um ein Wort Napoleons zu variieren. Die Klitoris des Mädchens benimmt sich zunächst ganz wie ein Penis, aber das Kind nimmt durch die Vergleichung mit einem männlichen Gespielen wahr, daß es ›zu kurz gekommen‹ ist, und empfindet diese Tatsache als Benachteiligung und Grund zur Minderwertigkeit. Es tröstet sich noch eine Weile mit der Erwartung, später, wenn es heranwächst, ein ebenso großes Anhängsel wie ein Bub zu bekommen. Hier zweigt dann der Männlichkeitskomplex des Weibes ab. Seinen aktuellen Mangel versteht das weibliche Kind aber nicht als Geschlechtscharakter, sondern erklärt ihn durch die Annahme, daß es früher einmal ein ebenso großes Glied besessen und dann durch Kastration verloren hat. Es scheint diesen Schluß nicht von sich auf andere, erwachsene Frauen auszudehnen, sondern diesen, ganz im Sinne der phallischen Phase, ein großes und vollständiges, also männliches Genitale zuzumuten. Es ergibt sich also der wesentliche Unterschied, daß das Mädchen die Kastration als vollzogene Tatsache akzeptiert, während sich der Knabe vor der Möglichkeit ihrer Vollziehung fürchtet« (Freud, 1924/1981, S. 155).

5 Und wovon man denken möchte, dass sich Endosexen derartiges verbitten würden – welche naive Erwartung diese Klientel allerdings auch nur allzuoft Lügen straft. Und das ist Teil des Problems.

ler, 1970a). In vielerlei Hinsicht verhalten sich diese in Bezug auf Intersexen ähnlich wie Transsexuelle in Bezug auf sich selbst,[6] wobei sich letztere allerdings auch wiederum auf vielerlei fragwürdige Compliancen, nosoforme Co-Morbiditäten und aufrichtig gemeinte Unterstützung in verschiedenen gesellschaftlichen Segmenten verlassen können (vgl. Frignet, 2000). Angesichts der Tatsache, dass trans*[7] Behandlungsparadigmata nach dem Vorbild derer für Intersexe gestaltet wurden (hierzu Hausman, 1995; Castel, 2003),[8] nimmt es wenig Wunder, dass die Medizin hier eine allübergreifende Rolle spielt. Anders gefragt, wenn Transsexuelle, um Wittgenstein zu bemühen, »sich den Mund

---

6 Diesen Effekt versucht Shaffer (1995, S. 5) sich wie folgt zu erklären: »Nonetheless, for many, the decision to have adult sex reassignment surgery results in erotic and/or genetic suicide. Suicide implies feelings of self-loathing and worthlessness. Could it be that adult transgendered people have internalized the voices of the parents and pediatricians who loathe intersexed children?«

7 Ich verwende hierin trans* und Transperson als umfassende Bezeichnung für unverbildeterweise darunter subsumierte, wenn auch äußerst disparate Phänomena. Wo möglich differenziere ich jedoch gemäß der lacanianischen Unterscheidung von Transsexuellen und Transsexualisten.

8 Was freilich auf unverkennbaren vorwissenschaftlichen Konzeptionen beruht. Dies nivelliert allerdings mitnichten die Interessenunterschiede zwischen Intersexen und Transpersonen selbst. Auch ist die Rolle einer Öffentlichkeit, die im sogar zunehmend medikalisierten Verfahren mit erwachsenen wie inzwischen auch vermehrt minderjährigen Transpersonen eine Liberalisierung sehen möchte (Frignet, 2000), Intersexen jedoch keinen effektiven Schutz gewährt, nur dubios zu nennen. Jedoch ist die Erwartungshaltung auf trans* Seite oft sehr hoch, gerade seitens Intersexen Verständnis einfordern zu wollen. Die Gefahr ist allerdings die einer montage perverse, die von *forced feminization fantasies* (FFF) gespeist wird, wie sie nur allzu symptomatisch für die hysterische Symptomatik bei Transsexualisten (Frignet, 2000) ist: Man wünscht sich, dass einem doch von außen her etwas zustoßen möge, und schiene es noch so dramatisch, das man sich ohnehin in seinem Inneren verborgenerweise wünschte. Dies sagt natürlich viel über die dysfunktionalen Milieus aus, in denen viele Transpersonen leben, obschon sie mit diesen i. d. R. compliant sind und insbesondere ihren Familien allzu oft einen pauschalen Persilschein ausstellen. Es ist schließlich eine notorische Sorge der Eltern von trans* Kindern, dass sie als die »Schuldigen« ausgemacht werden könnten, die zu verantworten haben, dass ihre Kinder so geworden sind. Nicht wenige Transpersonen hegen die Fantasie, wären sie Intersexe, verschaffte dies ihnen mehr Legitimität. Zuvorderst trug dies ihnen im frühen Intersex Movement der 90er Jahre den Vorwurf ein, *wannabes* (»Möchtegerne«) zu sein. Es ist aber weitverbreitete Absurdität dieser Gesellschaft, die Forderung zu stellen, dass psychische Phänomene nur dann anzuerkennen sein sollten, wenn sie auf physische reduziert werden könnten. Zudem wäre ganz banal zu sagen, dass – völlig unabhängig davon, wie eine solche Kategorisierung zustande käme – ein intersexueller körperlicher Befund eben *kein* weiblicher wäre (wiewohl auch *kein* männlicher).

aussuchen, der ›ich‹ sagt« (Castel, 2003), was bringt Umfelder von Intersexen dazu, zu glauben, »sich den Mund aussuchen zu können, der ›du‹ sagen soll«? Denn immerhin ist der Andere *(Autre)* der Ort, an dem sich das sprechende Ich ∈ S *(je)* in der Interaktion mit demjenigen, der zuhört, konstituiert (Lacan, 1981, S. 309).

Die Aussichten, nachdem man so mit sich verfahren lassen musste, später dennoch zu etwas zu gelangen, das es wert ist, »Selbstbestimmtheit« genannt zu werden, möchte ich persönlich, wie schon angedeutet, skeptisch beurteilen. Und offensichtlich treffe ich mich darin mit doch so einigen Denkrichtungen der Psychoanalyse (Parker, 1997: *passim*). Ähnliches hätte allerdings auch, um es mit Lacan (1978, S. 372) zu sagen, für die ganzen skandalösen Geschichten *aller* Menschen zu gelten, die die Würze der Psychoanalyse ausmachen, und womit wir beim Problem der Beschwerung symbolischen Austausches durch imaginäre Übertragungen (*transmissions*, hier also nicht i. S. von *transfert* zu verstehen) wären (ebd.).

Einerseits ist für Lacan (gegen Freud, 1924/1981, S. 155) nicht Anatomie als biologische Realie das Schicksal, sondern es ist des Menschen Los, insofern als es sich um eine historisch und ethnografisch zu relativierende Praxis handelt, Körper zu segmentieren. Dies kann nicht ohne Konsequenzen dafür bleiben, wie Körper repräsentiert und erfahren werden (vgl. Parker, 2006). Anderseits geht Lacan (1978, S. 303f.) davon aus, dass die von Lévi-Strauss (1949) beschriebenen elementaren Strukturen der Verwandtschaft auch für unsere modernen Gesellschaften gelten, und dass man sich *nichts* als Illusionen hingibt, wenn man glaubt, diese geschichtlich längst überwunden zu haben. Das Inzestverbot soll allerdings keineswegs den sexuellen Verkehr mit mal mehr, mal weniger eng anverwandten Frauen vereiteln, sondern es ist vielmehr ein *Gebot*, sie als Wertobjekte – und auch diskursive Zeichen (im semiologischen Sinne) – zwischen Familien auszutauschen, was unbewusste Strukturen konstituiert (Schiwy, 1984, S. 46f.).

An der Schnittstelle der Register des Realen, des Symbolischen und des Imaginären wird Geschlecht so allerdings m. E. nicht lediglich zu einem historisch konstituierten Signifikanten, der als imaginärer Effekt einer realen Differenz operiert,[9] sondern wäre als ein Symptom (*sinthome*) i. S. von Morel (2008) an-

9 Etwa bei Klein (2003) wäre die Geschlechtszuweisung selbst bereits der Signifikant des Anderen (*Autre*), dem man seine Zustimmung erklärt oder nicht. Und der Begriff einer Geschlechtsidentität wäre mehr oder weniger eine Vergeschlechtlichung (*genderisation*) des Spiegelstadiums und würde nunmehr gemäß dem entsprechenden Geschlecht zu einer neuen konfliktfreien Sphäre.

zusehen,[10] das sich im Verlaufe einer analytischen Behandlung reduzieren bzw. modifizieren, aber dessen Funktion sich nicht unterdrücken lässt. Immerhin erlaubt das Symptom eine andernfalls nicht zu leistende Separation des Kindes von der Mutter, und dies dialektischerweise, während eine Verlängerung des Symptoms (*prolongement du symptôme*) von Eltern auf Kinder, aber auch von Lehranalytikern auf ihre Lehranalysanden stattfindet. Man möchte auch denken, dass das Symptom einen anderen Zugang zur Sexuation erlaube als durch bloße Identifikation; dennoch ist hier angesichts der individuellen Variabilität zu Vorsicht zu mahnen, denn es herrscht eine erstaunliche Vielfalt der Symptome, deren schöpferische Kreativität weit über Identifikation hinausgeht. Diese Symptome sind absolut singulär und originell, muten an wie eine Sammlung von Artefakten, die man zwar aneinandergereiht betrachten kann, die alleine deswegen aber mitnichten eine Klasse von Objekten bildeten, die identifizierbar wären, indem man nur vom einen auf das andere zu schließen hätte. Es gibt so viele Symptome, wie es Subjekte gibt (Morel, 2008, S. 33).

Es gibt kein Äquivalent zum Turing-Test[11] in der Psychoanalyse, denn den Äußerungen eines Menschen alleine könnte man nur manchmal, aber eben nicht immer entnehmen, ob es sich bei ihm denn um einen Mann oder eine Frau handelte.

Nun ist die Frage der Sexuation (Morel, 2000, 2008; Bödeker, 2000) für Intersexen sicherlich nicht flächendeckend abzuhandeln, denn es gibt eine Überfülle intersexueller Syndrome und eine noch unüberschaubarere Mengen psychosozia-

---

10 Das Genießen (*jouissance*) der Mutter konfrontiert das Kind mit enigmatischen Signifikanten (i. S. von Laplanche, 1989, 1992) mit der Gewalt eines Gesetzes (viz.: dem Gesetz der Mutter (*La loi de la mère*)), das das Kind zu einem Unterworfenen (*assujet* als eskalierendes Wortspiel zu *sujet* < lat. *subiectum* »unterworfenes«) macht. Es bliebt nur die Wahl zwischen Skylla und Kharybdis (wobei, wie ich schon lange, um bei dem Bilde zu verweilen, sagte: Man kann ein Schiff eher durch einen Strudel als durch einen Felsen navigieren): Entweder verliert sich das Kind bei gescheiterter Separation, was die gravierendste Pathologie wäre, oder es produziert das Symptom, das immerhin doch noch die Separation erlaubt.

11 Dieser Test stellt die Frage, ob man die Antworten eines Computers plausiblerweise für die eines Menschen halten könnte. Ich entsinne mich auch vage eines Threads auf der von Michael Bailey administrierten Mailing-Liste SexNet Ende der 90er Jahre, in dem die Frage aufgeworfen wurde, ob man aufgrund von Äußerungen im Internet bestimmen könnte, ob jemand ein Mann oder eine Frau sei. Es kursierten damals auch andernorts im Internet entsprechende Fragevorschläge, wie ob jemand die Größe und Stärke (also die DEN-Angabe) seiner Strumpfhosen nennen könne oder wisse, was eine Französische Maniküre sei (viz. eine mit Weißung der Nagelspitzen). Nun, ich bin immer noch ziemlich sicher, dass sich jede Menge Transvestiten finden werden, denen dazu spontan eine plausible Antwort einfällt.

ler Bedingungen, unter denen Intersexen aufwachsen können. Dennoch gibt es sehr wohl Fallvignetten, die zumindest einige Einblicke erlauben: so etwa Finesinger & al. (1942), Accard & al. (1969), Kreisler (1970a) mit einer ausführlichen Würdigung bei Castel (2003, S. 69–75), Fairbain (1931, 1936) mit Kritik bei Lacan (1978, S. 282ff., 290–296, 313–316), Morel (2000, S. 179–187) und Castel (2003, S. 456, Fn. 4, 458f., Fn. 20), ein Bericht über einen ähnlichen Fall von Sagnier (1996), wiederum mit kurzer Erwähnung bei Morel (2000, S. 190f., Fn. 15), des Weiteren die psychiatrische klinische Vignette von Stoller (1969) mit analytischer Kritik bei Morel (2000, S. 187–190).[12]

II

Ich möchte zunächst den Kritiken an Fairbairn (1931, 1936) hinzufügen, dass doch hätte auffallen sollen, wie das vordergründige Problem dieser intersexuellen Verfasstheit, nämlich einer Beeinträchtigung sexueller Möglichkeiten durch eine nur rudimentäre Vaginalanlage (Fairbairn 1931/1952, S. 220), aus der Perspektive der Patientin dahinter zurücktritt, dass sie Elemente vorgezeichneter typisch-weiblicher Lebenswege wie Menstruation, Heirat und Kinderaufzucht ohnehin nur als Belastungen empfand. Der Krankheitsgewinn aus ihrer Form der Intersexualität bestand für sie zunächst darin, dass sie glaubte, solcherlei Bürde entgehen zu können. Aus der Erleichterung, die sie sich davon versprach, wurde jedoch nichts, denn sie konterkarierte dies schon alleine durch ihre Berufswahl als Lehrerin. So verschob sich die Erziehung eigener Kinder auf die der ihr anvertrauten Schüler. Sie fühlte sich notorisch überfordert, scheiterte und endete arbeitsunfähig, was aber nun für den Analytiker hinter seiner einseitigen Fokussierung auf Penisneid und oral-sadistische Impulse verschwindet. Natürlich sollte dies nicht bedeuten, dass der Patientin (und anderen ähnlich Betroffenen) nicht andere Möglichkeiten des sexuellen Verkehrs (anal, oral) offengestanden hätten (worauf nicht zuletzt im Intersex Movement der 90er Jahre so notorisch hingewiesen wurde).

Ferner ist dieser Fall eine fatale Illustration der Möglichkeit eines Auftretens einer »post-analytischen« Paranoia (Lacan, 1978, S. 282ff.), in der das (Gegen-)Übertragungsgeschehen völlig entgleist, weil nur noch imaginäre Beziehungen nach dem Maßstab des Imaginären des Analytikers beurteilt werden können (Lacan, 1978, S. 295f., vgl. Widmer, ²1997, S. 174). Für Fairbairn, dessen objektbezogener Ansatz reale, symbolische und imaginäre Objekte konfundiert,

12 Die Arbeiten von Chiland (2004, 2010, 2011) konnte ich leider bislang nicht einsehen.

ist ein Zwangsneurotiker (als welcher er die Patientin bereits fehldiagnostiziert, s. Lacan, 1978, S. 313) auf vermeintlich »tieferer« Ebene ein Psychotiker, und was er zu sagen hat, hat nichts mit seinem Erleben zu tun, denn er bewahrt sein prekäres Gleichgewicht nur vermittels verbalem Konformismus, sozialer Sprachkonvention, erscheint damit aber stabilisiert, denn was wäre schwieriger zum Straucheln zu bringen als ein Zwangsneurotiker?[13] Diesen Widerstand will Fairbairn aber einer Paranoia anlasten und die Patientin vor ihrem vermeintlichen Verfolgungswahn schützen. Damit treibt er sie zwar nicht wirklich in den Wahnsinn, lässt sie aber nicht mehr weit davon entfernt fallen. Tatsächlich kann es aber in einem entsprechenden Milieu auch soweit kommen, dass man um zwar fiktive psychologische Probleme kreist, diesen damit aber Konsistenz verleiht (Lacan, 1978, S. 283, 290–296). In diesem Falle wollte Fairbairn die Triebe der Patientin reintegrieren bzw. sie ihres phallischen Komplexes gewahr werden lassen, was dann auch eintrat. Als sie Wirkung auf Männer hat und in depressive Krisen gerät, zieht er daraus den Fehlschluss, dass sie ihnen Böses wollen müsse, will sie diese aggressiven Triebe (re-?)integrieren lassen. Und währenddessen bewundert er sie die ganze Zeit, wie sie ihr Schicksal doch immer noch so relativ tapfer meistern könne. Er erwartet, dass ihre Aggressivität doch zu Schuldgefühlen führen müsse, und, oh wunder, oh staune, genau diese kann er dann auch beobachten. Zum einen verleiht er ihr also ein Ich ∈ I *(moi)* und bringt diesem bei, was es wirklich will, nämlich Männer zu beschädigen, zum anderen verleiht er ihr ein terroristisches Über-Ich, das ihr den Umgang mit Männern untersagt. Und dies nennt er nun die paranoide Phase der Analyse (Lacan, 1978, S. 314). Zudem erklärt er die Objekte ihrer Begierde zu narzisstischen Imagines ihrer selbst, was ihrer intersexuellen Verfasstheit anzulasten sei und Anlass zu depressiven Verstimmungen gebe (Lacan, 1978, S. 314f.). Dies lässt der Patientin kaum noch einen Weg zurück zu einem beruhigteren Leben offen (Lacan, 1978, S. 315f.).

Ebenso ist diese Patientin genau *kein* geeigneter Fall zur Demonstration von Penisneid (bzw. dem symbolischen Gebrauch des Phallus), denn die Frage nach ihrer symbolischen Signifikation als Mann oder Frau bleibt offen, zudem zur Realie ihrer intersexuellen Verfasstheit noch die der Auslöschung der männlichen Linie ihrer Familie tritt, die Triangulierung nur durch den Großvater mütterlicherseits geleistet werden konnte – und auch die Frage eines Erwerbs einer phallischen Funktion, und wenn ja, in welchem Umfange, nur mit Bezug auf diesen zu beantworten gewesen wäre (Lacan, 1978, S. 315). Der Penisneid wird

13 Mir drängt sich hier auch die alte Lästerei auf, je weniger sich Patient und Analytiker verstehen, desto gravierender fällt die Diagnose aus.

nicht als symbolischer Mangel theoretisiert, sondern als ganz konkreter Neid auf ein reales Objekt, in etwa wie ein verführerisches Naschwerk, das man aus dem Kühlschrank hatte entwenden wollen (Morel, 2000, S. 182). Fairbairns Technik besteht darin, die Patientin ihrer vermeintlich unmoralischen Wünsche zu beschuldigen (Morel, 2000, S. 182).[14] Anstatt ihren Kastrationskomplex darzulegen und ihr zu helfen, ihren Mangel am symbolischen Objekt des Phallus zu akzeptieren, was ihre durch den »Penisneid« verursachte Depression zum Verschwinden gebracht hätte, verbaute ihr Fairbairn diesen Weg, indem er den Wunsch nach einem Penis als den Wunsch nach einem realen Objekt angriff,[15] womit der Kastrationskomplex völlig ins Imaginäre deplaziert wurde. Auch die Person ihres Vaters erscheint in Fairbairns Darstellung nur als Marginalie. Wenn nun aber die Hysterie eine Neurose ist, welche die Ohnmacht des Vaters anprangert, dann kann eine Vernachlässigung dieses Symptoms nur zu dessen Verstärkung führen, indem alles der Beziehung zur Mutter und oralen Trieben zugeschrieben wird (Morel, 2000, S. 184–187). Die sich derart entwickelnde Symptomatik hat den Status des Artefaktes einer (Fehl-)Therapie, sehr zum Schaden der Patientin.

III

Bei dem von Stoller (1969) beschriebenen Fall wurde im Alter von 18 Jahren endlich ein Ulrich-Turner-Syndrom diagnostiziert, nachdem Brustwachstum und Menstruation ausgeblieben waren. Letzteres hatte bei ihr seit zwei bis drei Jahren zuvor Ängste ausgelöst, und sie träumte wiederholt, sie sei schwanger und »müsse« heiraten. Des Weiteren fühlte sie sich aufgrund ihrer nur rudimentären Vaginalanlage sexuell signifikant beeinträchtigt und wollte sich mit den klitoridalen Orgasmen, die sie durch Masturbation erreichen konnte, nicht zufrieden geben. Als man ihr anbot, eine Vaginalplastik vorzunehmen und ihr verweiblichende Hormone zu verabreichen, sagte sie voller Begeisterung zu, denn sie

14 Tatsächlich kann man Fairbairn nur einen Erz-Reaktionär schelten für seine Papiere über Kriegsneurosen und die Moral der Truppe (Fairbairn 1943/1952a-b, 1951/1952), sowie Therapie vs. Rehabilitation von Sexualstraftätern, zu welchen damals auch Homosexuelle gezählt wurden (Fairbairn 1946/1952). Auch insgesamt stellte sich mir die ketzerische Frage, ob eine re-psychologisierte Psychoanalyse nicht lediglich die ist, die zu dieser Art von Gesellschaft passt (vgl. auch Parker [1997] zur gesellschaftlichen Verortung und politischen Agenda verschiedener analytischer Schulen, einschließlich deren Rolle im Großbritannien des Zweiten Weltkrieges).

15 Auch hier erscheint wieder eine Inversion transsexueller Verhältnisse, indem sich der Analytiker zur intersexuellen Patientin verhält wie Transsexuelle in Bezug auf sich selbst.

erhoffte sich davon »normale« sexuelle Beziehungen zu Männern und eine stabile Ehe. Auffällig war auch ein gesteigertes Interesse an femininen Paraphernalia, für die sie ihr ganzes Geld ausgab, und diese Tendenz verstärkte sich sogar noch – allzu offensichtlich im Sinne einer Kompensation –, nachdem sie ihre Diagnose erfahren hatte.

Für Stoller zeigt der Fall dieses jungen Mädchens, dessen physiologische Entwicklung als *horribile dictu* neutral zu bewerten wäre, dass die Geschlechtszuweisung durch die Umgebung entscheidend ist. Diese Patientin wird somit zum Aushängeschild der *gender theory*, einer Art Ontologie, die nach einem Wesenskern *(noyeau d'être)* sucht, den das Subjekt vor allem vom Anderen *(Autre)* erhält (vgl. Morel, 2000, S. 189).

Die Patientin hat seit ihrer Kindheit weibliche Positionen bezogen, zeigte ausgeprägten körperbezogenen Narzissmus, der triebhafter Befriedigung vorausging, Gefallen an femininer Aufmachung, Wunsch nach Beziehungen zu Männern, starker Kinderwunsch etc. Die Eröffnung ihrer Diagnose war schmerzlich für sie, bestätigte aber ihre geschlechtliche Positionierung und ihre althergebrachten Wünsche (ebd., S. 189f.).

IV

Kreisler (1970a, S. 19) konstatiert eine sehr große Vielfalt somatischer, psychischer und sozialer Entwicklungen, die Systematisierungsversuche erschweren, die ihrerseits dann nur mit steter Regelmäßigkeit zu unvorhersehbaren Problemen führen. Insbesondere ist bei einigen Fällen mit sehr ähnlichen bis nahezu identischen körperlichen Befunden festzustellen, dass Behandlungen mal gelingen, mal schwere Störungen auslösen. Es gibt eine unüberschaubare Anzahl voneinander unabhängiger Faktoren, wiederum somatischer, psychischer und sozialer Natur, die in ihrem Zusammenspiel zu einer absoluten Singularisierung der intersexuellen Fälle führen, und die bewirken, dass statistische Methoden nichts zu deren *Erklärung* beitragen können (ebd., S. 23; Castel, 2003, S. 70).

Ein Ansatz wie der von Kreisler beinhaltet, dass man seine Sichten nicht in eine binäre Kategorisierung oder Quantifizierung einrahmen kann, die in Mitteln zur subjektiven Befriedigung, in elterlichem Einfluss oder endokrinologischen Messwerten ihren höchsten Ausdruck fänden. Erst jenseits all dessen kann man Fragen nach der *Kohärenz* der Narrative stellen. Hier nämlich zeigt sich nunmehr, wie das Leben des Patienten die Erwartungen und tatsächlichen Verhaltensweisen seiner Umgebung widerspiegelt, indem er versucht, Antworten darauf zu *arti-*

kulieren. Verschiedene Interpretationen des Verhaltens der Erwachsenen stehen nicht selten in Widerspruch zueinander. Eben diese Widersprüche wiederum werden seitens der Erwachsenen in Bezug auf ihr eigenes Geschlecht und ihre eigene Sexualität interpretiert. Diese Prozesse begleiten die kontinuierliche psychische Entwicklung der Kinder, tragen auch wiederum zur Subjektivierung ihres eigenen Geschlechtes durch die Kinder selbst bei (Castel, 2003, S. 70f.).

Für Kreisler gibt es *immer* einen komplexen psychopathologischen Hintergrund, denn die sexuelle Ambiguität bedeutet eine permanent destabilisierende Heimsuchung der intersexuellen Kinder ebenso wie der Erwachsenen und anderer Kinder. Und was nach Money'schen Maßstäben als erfolgreiche Adaption gelten könnte, kann für Kreisler als allenfalls eine nur mit Skepsis zu betrachtende Reaktionsformation zu beurteilen sein (ebd., S. 71).

Als Beispiel hierfür lässt sich eine der berüchtigten Money'schen Fallgegenüberstellungen anführen: Jocelyn, ein männlicher Pseudo-Hermaphrodit, mag oberflächlich die chirurgische Reduktion ihres Microphallus auf die Größe einer Klitoris akzeptiert haben, jedoch kann Kreisler aufdecken, dass es sich hierbei um ein von ihr dargebrachtes Opfer an die Medizin handelt, auf die sie so große Stücke hält. Und auch die notorische Angst ihrer Mutter, dass ihre Tochter in »Wirklichkeit« ein Junge sei, kann nicht einfach nur als völlig ungerechtfertigt abgetan werden. Und Claude, ein weiblicher Pseudo-Hermaphrodit, hat zwar seine Vagina erkundet, nichtsdestoweniger oberflächlich eine männliche psychosexuelle Haltung angenommen, womit er nur dieselbe Art von Hinterfragungen provoziert, denn was für eine Art von Männlichkeit sollte dies denn nun darstellen? (Kreisler, 1970a, S. 33f.; Castel, 2003, S. 71).

Noch tragischer sind Fälle späterer Zuweisungsrevisionen. Auch wenn das medizinische Personal sich selbst zu vordergründigen Erfolgen beglückwünschen möchte, kann man *realiter* gar nicht wissen, welche Entwicklungen man hiermit möglicherweise angestoßen hat. Eine sorgfältige Zusammenstellung der Vielfalt kontextueller Gegebenheiten verbietet Generalisierungen oder Annahmen konstanter Regulationsmechanismen. Etwa dürften bei Adoleszenten, die in ihre Feminisierung einwilligen, nicht selten, und auch mitnichten überraschenderweise, homosexuelle Neigungen eine Rolle spielen (Kreisler, 1970a, S. 116; Castel, 2003, S. 71). Und auch schulischer Erfolg ist nicht immer Gradmesser von Erfolg. So zeigte eine zunächst aufblühende intellektuelle Wissbegierde eines chirurgisch feminisierten Jungen alsbald den Charakter einer karikaturhaften Überkompensation. In dem Maße aber, wie die befreienden Effekte der Operation nachließen, kam es zu einer geistigen Abgestumpftheit, einer Apathie auf dem Hintergrund einer langanhaltenden Depression (Kreisler, 1970a, S. 79; Castel, 2003, S. 71).

Kurzum, je mehr man zu einem Verständnis der Beziehung des Patienten zu seiner Umgebung gelangt, desto mehr kommt man zur Einsicht, wie oberflächlich der gewalttätige Begriff der Konditionierung ist. Ein besonders eindringlicher Beleg wäre etwa der Fall von Thierry/Dominique, der ohne auch nur die geringste psychologische Vorbereitung operiert und vom Jungen zum Mädchen umzugewiesen wurde. Er musste nun zusehen, wie seine Mutter seine angeblich nicht mehr benötigten Spielsachen und Kleidungsstücke an andere Kinder verteilte. Alleine dadurch erhielt die Annahme des neuen Geschlechtes einen Zwangscharakter, aufgeherrscht durch den Willen der Mutter. Aber nicht genug damit, dass die Mutter diese Umerziehung wie einen Dressurakt betrieb, von solcher Zwanghaftigkeit waren auch die wechselseitigen Interpretationen ihrer jeweiligen Hoffnungen und Intentionen von Mutter und Kind bestimmt, mit anderen Worten ihr gegenseitiger Wunsch, sich auf die Wünsche des jeweils anderen einzustellen. Hinzu kam die tragische Ironie, dass die Mutter Trägerin des für Hämophilie verantwortlichen Gens ist, wovon Thierry nicht betroffen war, wohl aber sein endosexueller[16] Bruder. Für diesen bedeutete Thierry einmal sehr viel, denn bei ihm fand er einen Ausdruck von Männlichkeit, die nicht mit permanenter Todesgefahr assoziiert sein musste. Dominique beraubte ihn nun aber dieser stützenden Versicherung, worüber er der Depression verfiel (Kreisler, 1970a, S. 57f.; Castel, 2003, S. 71f.).

Die Lektüre jeder Fallvignette liefert *negative* Evidenz für eine Rolle der Geschlechtsidentität als Steuereinheit der Persönlichkeit (vgl. Kreisler, 1970a, S. 86).

---

16 Mit dieser Begriffsprägung aus dem Frühjahr 1999 wollte ich nicht lediglich ganz banal auf die genitalen Morphologien »Nicht-Intersexueller« abzielen als auf die von diesen i. d. R. gehegte Gruppenfantasie, dass sie ihr Geschlecht – in *allen* seinen Aspekten – *lediglich* eben dieser Morphologie verdankten, aus der alles weitere somit als bloßer Entfaltung hervorginge. Und es ist genau die Brüchigkeit einer solch pauschalisierbaren Bündelung, die Intersexualität – ganz entgegen dem, was diese ihre Benennung suggerieren möchte – zu genau *keinem* Zwischenzustand macht, sondern ihren so notorisch *defizitären* Charakter begründet. Diese Defizite sollen nun aber auch gar nicht einholbar sein, denn man braucht sie zur Ostension (delegativen Darstellung) negativer, extrem angstvoller Gruppenfantasien. Genauso wie man dialektischerweise nicht heterosexuell sein könnte, gäbe es keine Homosexuellen, wie man nicht cissexuell sein könnte, gäbe es keine Transsexuellen, so könnte man auch nicht endosexuell sein, gäbe es keine Intersexuellen. Oder auch ganz allgemeinhin, man könnte gar nicht »normal« sein, gäbe es keine Anormalität (meist mit der Implikation, es gäbe kein »drinnen«, gäbe es kein »draußen« – nämlich bezogen auf die Positionierung relativ zur Gruppe). Aber die Selbstversicherung ebenso wie die Versicherung durch den Anderen (*Autre*), man sei ja »normal«, impliziert die vom Anderen (*Autre*) ausgehende Frage, ob man denn nicht doch »anormal« (und damit zu marginalisieren bzw. gänzlich auszugrenzen) sein könnte.

Weder ist eine Geschlechtszuweisung lediglich das Produkt einer Konditionierung der Persönlichkeit, noch ist eine Geschlechtsidentität ein *Gefühl* wie jedes andere auch. Ganz im Gegenteil scheint es sich um *die* entscheidende Konditionierung zu handeln, ohne die sich Kreislers intersexuelle Patienten desorientiert wiederfinden, ohne eine sichere Position, von der aus sie sprechen könnten, ohne sich damit dem möglichen Einwand preiszugeben: »Was für ein Ich? Was hast du daraus gemacht?« Und diese zutiefst erschütternde Verunsicherung ist ubiquitär. Geschlechtsidentität scheint bei Kreisler nur *ex negativo* ihre funktionale Vorrangstellung zu offenbaren: Der Einsturz ihrer Fundamente reißt die ganze Struktur des Ichs ∈ I *(moi)* mit sich (Castel, 2003, S. 72).

Dies führte jedoch in eine völlige Ausweglosigkeit (Aporie), da ein konventioneller wissenschaftlicher Ansatz beinhaltete, verallgemeinerbare Kategorien und statistische Methoden zu akzeptieren, die die geradezu delikaten, aber ausschlaggebenden Unterschiede ausradieren. Und, noch ärger, bedeutete dies, den eigentlich *intentionalen* und *subjektiven* Charakter der Beziehung zur Umwelt zu verkennen (bestehend aus unterstellten Wünschen, wechselseitigen Interpretationen, im Nachhinein vorgenommenen Rationalisierungen und Vertrauen in die Aufrichtigkeit und Wohlgesonnenheit des Anderen), vor allem mit der Zielsetzung, den sozialen Einflüssen die Verursachung der Identität effektiver anlasten zu können. Doch nicht genug damit, auf empirische Positionen zu bestehen, die Individualisierung der Fälle zu betreiben bringt das Phänomen selbst zum Verschwinden, macht aus jeder Intersexe eine Gegenevidenz zum Hermaphroditismus. Und Kreislers Zweifel scheinen grenzenlos. Eine Stoller'sche »hermaphroditische Identität« erscheint als eine bedenkliche *Ad-hoc*-Kreation, und ganz grundlegend bezweifelt Kreisler schließlich die Existenz einer Geschlechtsidentität[17] (Castel, 2003, S. 72f.).

Kreislers Schlussfolgerung, immerhin über 20 Jahre vor der Entstehung des Intersex Movement der 1990er Jahre, kann nicht zuletzt auch als ethische Erwägung verstanden werden, nämlich infrage zu stellen, ob Indikationsstellungen zu

17 Freilich mit der Einschränkung, dass »il garde en réserve le projet de la reconsidérer complètement sur la base d'une théorie future de l'identification, dont ses observations sur les relations mère-enfant chez les hermaphrodites fourniront les éléments. Mais même à supposer qu'une telle théorie de l'identification voie le jour, les difficultés n'en seraient pas levées. Car il n'en demeure pas moins qu'il faut conserver à l'identité sexuelle un minimum de réalité accessible au bon sens pré-théorique, pour qu'on puisse évaluer ladite théorie de l'identification. L'identification, c'est ce qui explique l'identité, pas ce qui la remplace. En chaussant les lunettes du sexologue, on voit donc pointer sous la prudence de Kreisler, qui singularise chaque cas, l'amorce d'une spéculation de psychanalyste qui la contredit« (Castel, 2003, S. 73).

Operationen, deren Anpassungsbestreben derart von gutgemeinten[18] Absichten durchsetzt ist, nicht lediglich durch nie hinterfragte Vorurteile motiviert seien. Etwa wird ein seines Penis beraubter Mann unfähig sein, ein gewisses Gleichgewicht durch Sublimation und in der Ausgestaltung einer entsprechenden Libido oder auch der Nichtausübung einer Sexualität zu erreichen. Denn eine Ausübung wäre sehr wohl vorstellbar, wenn man sich von dem Konformismus befreite, der unsere Urteilsfähigkeit mitsamt ihren persönlichen wie soziokulturellen Implikationen belastet (Kreisler, 1970, S. 106; Castel, 2003, S. 73).

Diese Unfähigkeit, sich die Entwicklung einer Sexualität jenseits der Konventionalität vorzustellen, ist nicht lediglich das Resultat einer normativen und konformistischen Einstellung, sondern stellt auch das Ausagieren einer (Gruppen-)Fantasie dar. Man kultiviert die Vorstellung, rein als Element des Imaginären, dass weibliche Anlagen unter den männlichen verborgen liegen könnten. Und dies geschieht nicht etwa in der Absicht, die Kinder in der Entwicklung beider nun einmal vorhandener Anlagen zu unterstützen, sondern sie vor einer von diesen zu beschützen (Castel, 2003, S. 74).[19] Man stellt sich vor, die optimale Gestalt *müsse* doch in ihrem Fleisch verborgen liegen, man müsse sie *nur* mittels eines Skalpells herausmodelieren.[20] Man kreiert so ein künstliches neues Wesen, ein Monstrum zweiten Grades, das aus der fantasmatischen Reparatur dessen ersten Grades hervorging.[21] Selbst die Endokrinologie liefert sich an sexualisierte Fantasmen aus, alleine schon in der Bezeichnung von Hormonen, so als ob ein

18 Durchaus im Sinne des Benn'schen *bonmôt* »Gut gemeint ist das Gegenteil von Kunst.«

19 Allzu bezeichnend ist m.E. hier das sexualisierte Missverständnis von Intersexualität als »Hermaphroditismus« (vgl. Castel, 2003, S. 74), noch dazu wo doch in der antiken Mythologie Hermaphroditos diesen Namen trug, weil er der Sohn (eindeutig ein Knabe also, keineswegs eine Intersexe) von Hermes und Aphrodite war. Und seine denkbarst innige Verschmelzung mit der Quellnymphe Salmakis in einen gemeinsamen Körper – die ihn später zudem doch noch gereuen sollte – hätte uns mehr zu denken zu geben, betreffend dessen, was wir heute unreife symbiotische Beziehungen zu nennen pflegen. Man beachte auch, dass das griechische Wort für Intersexe ανδρόγυνος andrógynos, wörtlich: Mann-Frau, was auch »Homosexueller« bedeuten kann, etwa eher dem heutigen *queer* entspricht (eben nicht: androgyn), und auf Hermaphroditos niemals angewendet wurde (Bödeker, 1998).

20 Auf die Spitze getrieben erscheint dies in der im letzten Jahrzehnt eingeführten Sprachregelung, zwischen »geschlechtsverdeutlichenden« und »geschlechtszuweisenden« Maßnahmen unterscheiden zu wollen.

21 Zwar empört sich der Mediziner Michel Fain: »Il ne viendrait à l'idée de personne de féminiser, avec création d'un vagin artificiel, un vrai garçon atteint d'hypospadias majeur sans structure féminine interne ; pas plus qu'un garçon présentant une atrophie ou une agénésie testiculaire primitive. Alors?« (*apud* Kreisler, 1970a, S. 98). Allerdings kamen andere Mediziner allzu offensichtlich sehr wohl auf solche Ideen (Castel, 2003, S. 74).

Molekül »männlich« oder »weiblich« sein könnte (Castel, 2003, S. 74). Wie aber sollte man dieses Imaginäre in Grenzen halten, das nur eine geringfügige Mangelhaftigkeit einer Männlichkeit für eine Indikationsstellung einer Feminisierung hält, und genauso leicht sich auf die auch nur geringste Andeutung einer vaginalen Furchung hier oder auf ein atrophisches Ovar dort stützen will, um sich ins Ausagieren zu stürzen? Und das nur umso mehr, je mehr wir einerseits über objektives Wissen verfügen, andererseits befremdlicherweise auch je mehr wir ohnmächtig an unser Alltagswissen über Geschlecht ausgeliefert werden, das sich so rein gar nicht von wissenschaftlichem Wissen zähmen lässt. Noch befremdlicher instrumentalisiert dieses naive Wissen die Wissenschaft, indem sie sie über ihre Grenzen hinausdrängt. Wäre es denn etwa unumgänglich, aus einem Kind, das nichts von einem Mädchen hat außer dem äußeren genitalen Erscheinungsbild, ein Wesen zu machen, das mit nichts als artifiziellen weiblichen Attributen ausgestattet ist, und das somit, im Grunde genommen, die Inszenierung eines Transsexuellen ist? (Kreisler, 1970a, S. 111; Castel, 2003, S. 74).

Man erhält nur selten derartige Einblicke in den Rausch, dem Mediziner verfallen, und eine klarere Darstellung der Tatsache, dass sie mitnichten einfach nur ein Angebot auf eine Nachfrage nach Umzuweisungen schaffen. Denn auf beiden Seiten steht dieselbe Übertretung, die die Fabrikation von Stereotypen verschleiert, denen zufolge Sexualität den geheiligten Gestus des heterosexuellen Koitus nachzumimen hätte, und man will in zynisch-bevormundender Art lästigen Fragen zuvorkommen, die intersexuelle Kinder eines Tages dann doch stellen könnten. In *dieser* Hinsicht wären die Probleme von Intersexen von denen von Transsexuellen nicht zu unterscheiden. Egal welchen Ansatz man bevorzugte – das Risiko statistischer Verallgemeinerung anglo-amerikanisch dominierter Schulen seit Money oder die Herausforderung eines klinischen Empirismus auf dem Boden der Psychoanalyse –, die Gewalt, die die Normalisation einzelner Phänomene, die unter eine bestimmte Kategorie fallen, unumgänglicherweise beinhaltet, ist wesentlich entscheidender als jegliche wissenschaftliche Fragestellung, denn hier geht es um menschliche Schicksalsfragen (vgl. Castel, 2003, S. 74f.).

V

Eine meiner eigenen Beobachtungen, die mich am meisten erstaunte, war, dass die Rolle der Eltern im frühen Intersex Movement der 90er Jahre in Diskussionen auf Mailinglisten (IS-Chat der Intersex Society of North America, Inter-Talk der Coalition for Intersex Activism and Education) nur von Raven Kaldera und mir

selbst berücksichtigt wurde. Stattdessen wurden »Weißkittel angeschwärzt, um Eltern reinzuwaschen« (»blackening whitecoats to whitewash parents«, wie ich mich auszudrücken beliebte), während sich zunehmend herausstellte, in welchem erbärmlichen Zustand die meisten Intersexe in diesem Milieu lebten. Auch waren ca. ⅔ auf *permanenter* Medikation mit Psychopharmaka.[22]

Die selige Kiira Triea, die immer für starke Worte gut war, brachte auf ihrer Website Intersex Voices (die sie als damaliger Webmaster der ISNA als komplementär zu deren Website konzipiert hatte) 1996 die spezifisch intersexuelle Misere auf den Punkt: »Intersexed people can be male or female, but they can't be themselves.« Und, wohl bei Weitem am übelsten in lacanianischer Sicht: »Talking means death«, denn die meisten Intersexen sind unter existenzieller Bedrohung zum Schweigen gebrachte *parlêtres*[23], und viele Endosexen hätten sich nur gewünscht, dieses Schweigen hätte nur immer weiter so angehalten.

An anderer Stelle sprach Triea einmal von einem »Intersex Stockholm Syndrome«. Dies ist allzu offensichtlich, wenn erwachsene Intersexe nach wie vor von einem Interesse geleitet sind, sich mit einer Familie, aber auch einem weiteren Umfeld (Kreisler, 1970a) zu arrangieren, auch wenn das recht einseitig ausfallen kann, und selbst wenn ihnen seitens dieser Menschen noch so Schlimmes angetan wurde. Dagegen müssen sie auf die Ärzte, denen sie von ihren Eltern ausgeliefert wurden, keinerlei Rücksicht nehmen. Zudem ist es für Eltern sicherlich nur allzu bequem, zu versuchen, sich ihrer (Mit-)Schuld zu entledigen, indem sie behaupten, sie seien von Ärzten zur Einwilligung in diverse Maßnahmen nachgerade genötigt worden. Und auch hier zeigt sich wieder eine Parallele zu Transsexuellen und Transsexualisten, die Gutachtern gegenüber allzu oft unverhohlen feindselig eingestellt sind (und an Therapie/Analyse gar nicht interessiert). Zwar sind sie von denen abhängig, aber nur für eine begrenzte Zeit und für ein Ziel, das nur Mittel zum Zweck ist. Dafür werden Operateure idealisiert (Frignet, 2000;

---

22 Michaela Katzer weist mich in einer Email von Do., 12. Feb. 2015 darauf hin, dass der Anteil von Intersexen auf Dauermedikation mit Psychopharmaka in der deutschen Szene nunmehr nur noch bei unter 50% liege, und dass »manch eine, die sonst auf Antidepressiva eingestellt worden wäre, […] sich erfolgreich durch Testosteron und/oder Hydrocortison behandeln« ließ. Letzteren Effekt bin ich allerdings geneigt, dem Stellenwert von Hormontherapien als restitutiven Maßnahmen – also dialektischerweise mitnichten unwillkommenen Symptombildungen (s. o.) – anzulasten (auch wenn diese meine Sicht Katzer ebenfalls zurückweist).

23 Lacanianisches Sprachspiel zum Ausdruck, dass der Mensch ein »sprechendes Wesen« *(être parlant)* ist (Widmer, 1997², S. 22). Man möchte hier makabererweise eine gewisse Versuchung empfinden, im Gegensatz dazu von *parêtres* (zu *paraître* »(er-)scheinen«) zu sprechen.

Castel, 2003) und es finden sich selbst die fragwürdigsten Arrangements mit Familien und weiteren Umfeldern.

Jenen radikalen Transgenderisten, die sich – als gängelnd und verstümmelnd abgelehnten – endokrinologischen und chirurgischen Behandlungen kategorisch verweigerten (eine Position, die auch Frignet [2000] als erwägenswert ansehen sollte), war kein Einfluss auf das Intersex Movement beschieden. Vermutlich lag das daran, dass dies kein – nachträglich – beschreitbarer Weg für Intersexen ist, die bereits in ihrer Kindheit und Jugend betreffend körperlicher Intaktheit wie psychischer Integrität schwerst beschädigt worden waren und damit in ihren eigenständigen Entwicklungsmöglichkeiten (ob mit oder ohne psychoanalytischer Unterstützung) fürderhin extrem eingeschränkt sind (und wohl i. d. R. auch die äußerst pessimistische Prognose haben, dies zu bleiben, wenn nicht sogar in Agonie zu verfallen – was sich nicht zuletzt im Niedergang der Zwitterbewegung in den 2000er Jahren reflektierte[24]). Nichtsdestoweniger war 1997–2015 immer wieder zu beobachten, dass Intersexen mit weiblicher Zuweisung sich an der überschüssigen und völlig veräußerlichten – und damit verfehlten, wenn auch einen gewissen Narzissmus bedienenden – restitutiven Maßnahme versuchten, Testosteron einzunehmen, wenn auch meist in niedrigen Dosierungen, ohne damit einhergehende trans* Selbstdefinition und ohne Äußerung eines Wunsches nach einer Zuweisungsrevision.

Aus aktivistischer Arbeit sind allerdings auch bei Intersexen trans* Phänomene von *crossdressing* (Travestition) bis Geschlechtswechseln bekannt. Auch »männliche« wie »weibliche« Homosexualitäten sind auffallend häufig. Neben der oft beklagten Anorgasmie hatten viele entweder keine oder nur seltene, problematische und daher auch oft äußerst kurze Beziehungen (*involuntary celibacy*[25], was per definitionem nicht selbstbestimmt sein kann), oder aber sie enthielten sich aus einem wie auch immer gearteten Begehrensmangel oder aus traumatischen Ängsten heraus (was bei oberflächlicher Betrachtung als *voluntary celibacy* erscheint, obschon zu fragen bliebe, wie »gewollt« bzw. wünschenswert ein solcher Lebensstil denn nun tatsächlich wäre). Es gibt auch sehr verblüffende Selbstverortungen an der Schnittstelle einer Identität-für-sich-selbst und einer Identität, die sich aus dem Beziehungsleben gründet, wie etwa eine Intersexe mit weiblicher Zuweisung auf der Mailing-Liste Inter-Talk im Jahre 1998 erwähnte, sie unterhielte Beziehungen nur mit Frauen, dem aber hinzufügte, welche mit Männern

24 Abgesehen davon, dass die Organisationsformen alter Schule die nachfolgenden Generationen nicht anzuziehen vermochten.

25 Die deutsche Szene nennt sich »Absolute Beginner« nach einem Lied von David Bowie.

zu pflegen, käme ihr dagegen beinahe schwul vor. Das hinterlässt mich bis heute nur hilflos fragend, welche Kapriolen Erziehungs- bzw. Sozialisationsversuche zu schlagen vermögen. Und schließlich finden sich aber auch Perversionen bei Intersexen (ob nun »nur« als Fantasie oder ausgelebt), auch wenn das ob der noch extremeren Stigmatisierung nur seltenst einmal zur Sprache kam. Freilich schiene das etwas verwunderlich angesichts der zunehmenden Akzeptanz oder zumindest Offenheit im Mainstream; allerdings scheinen sich Stigmata zu akkumulieren, was ein *stigma management* erschweren bis verunmöglichen kann. Aber belassen wir es abschließend bei den Worten, die dereinst der Altmeister der Züricher Schule, Morgenthaler, zur Beziehung zwischen Behinderung (auch wenn ich nur zögernd letztendlich eben doch Intersexualität als eine solche zu bezeichnen hätte) und Perversion fand:

> »Einer meiner ersten Analysanden war ein Schwachsinniger. Ich arbeitete damals in der Klinik. Paul L. war so debil, daß er nur den einfachsten linearen Kausalzusammenhang erfassen konnte, wie etwa: Mein Vater war sehr streng. Folglich mußte ich dauernd arbeiten. Oder: Die Suppe war zu heiß. Ich konnte sie nicht essen. Paul L. war dreieinhalb Jahre bei mir in Analyse. Drei Stunden wöchentlich. Nach drei Jahren erschien er einmal zu einer Stunde, setzte sich an meinen Tisch, legte den Kopf auf den Arm und weinte lange. Dann sagte er: ›Jetzt bin ich drauf gekommen: Ich bin schwachsinnig.‹ Er weinte fast die ganze Stunde über. Ich saß neben ihm, sprachlos. Paul L. ging nach der Stunde nach Hause und sagte zu seiner Frau: ›Ich und du, wir sind beide schwachsinnig. Wir werden keine Kinder machen, sonst gibt es ein Unglück.‹ Paul L. wurde im Verlauf der folgenden Monate Vorarbeiter in einer Gärtnerei. Dort arbeitete er während des ganzen Winters, weil er so tüchtig und umsichtig war. Er hatte vier Arbeiter unter sich, die er führte. Er konnte weder lesen noch schreiben. Einer seiner Arbeiter tat es für ihn.
>
> Mit Paul L. und unserer gemeinsamen Erfahrung habe ich zum ersten Mal über den Zaun der Psychoanalyse geblickt. Wie soll man das verstehen? Muß man einen Schwachsinnigen analysieren, um die Psychoanalyse zu verstehen? Oder soll der Vergleich bedeuten, daß Perverse wie Schwachsinnige zu behandeln wären? Man kann immer alles mißverstehen.
>
> Der debile Paul L. hat das Unwahrscheinlichste erfaßt, das, was auf der Hand lag für andere, unerforschbar für ihn selber. Gleichzeitig war es das Unabänderlichste, das, was ist. In der spielerischen Beziehung hat er das Ernsthafteste erfaßt. Mit der ernstzunehmenden Tatsache des Schwachsinns ist er dann mit spielerischer Weisheit umgegangen. Er war ein anderer, zwar immer er selbst, debil, aber anders. Der Schwachsinn Paul L.'s in meinem Beispiel ist bloß ein extremer Ausdruck für

> das, was in jeder Analyse schließlich vor sich geht. Es braucht sich dabei nicht um Schwachsinn zu handeln, wo Selbsterkenntnis infolge der geistigen Schwäche ohnehin schwer vorstellbar ist. Es ist in jedem Fall ein langer Prozeß, bis sich dem Ernst der Selbsterkenntnis über die eigenen Beschränkungen das Spielerische zugesellt. Für die Tätigkeit des Psychoanalytikers ist die Selbsterkenntnis Voraussetzung. Für den Analysanden, und ganz besonders für den Perversen in der Analyse wird es entscheidend sein, zu solcher Selbsterkenntnis vorzustoßen« (Morgenthaler, 1994, S. 181f.).

Literatur

Accard, J., Breton, J., Charbaut, J., Hivert, P., Philbert, M., Schaub, S. & Troisier, S. (1969). Problèmes médico-légaux et déontologiques de l'hermaphroditisme et du transsexualisme. XXXIIIe Congrès de médecine légale et de médecine sociale de langue française, Gênes.

Bödeker, H. (1998). Intersexualität (Hermaphroditismus) – Eine Fingerübung in Compliance? »Dazwischen«, »beides« oder »weder noch«? *Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis, 21*(49/50), 99–107.

Bödeker, H. (2000). Analytic aspects of intersex (Manuskript). Paper read at Symposium on Intersexuality, chaired by Milton Diamond, 5th EFS Congress, Berlin, June 30 – July 2, 2000; [German version read at Dialogprozeß Intersexualität – zwischen Disziplinen und Geschlechtern, chaired by Ilona Radandt, Humboldt-Universität zu Berlin, Sat., Jul. 1, 2000].

Bödeker, H. (2001). Μέθεξις im Algischen. *Sprache & Sprachen, 25/26*, 3–27.

Castel, P.-H. (2001). Algumas reflexões para estabelecer a cronologia do »fenômeno transexual« (1910–1995). *Revista Brasileira de História (São Paulo), 21/41*, 77–111.

Castel, P.-H. (2003). *La métamorphose impensable. Essai sur le transsexualisme et l'identité personnelle.* Paris: Gallimard.

Castel, P.-H. (2006). *À quoi résiste la psychanalyse?* Paris: PUF.

Castel, P.-H., Hausman, B., Bödeker, H. & Morel, G. (2000). Chronologie et bibliographie du transsexualisme et des pathologies connexes de l'identité sexuelle en France, en Europe et aux Etats-Unis, en psychiatrie, psychanalyse, sexologie, endocrinologie et chirurgie (avec les principaux événements institutionnels et les textes sociologiques, juridiques, littéraires ou critiques qui s'y rapportent), de 1910 à 1995. http://pierrehenri.castel.free.fr/chronobiblioTS1.htm (22.11.2015) [bis einschl. 1998 ergänzte Fassung in Castel, P.-H.: La métamorphose impensable: Essai sur le transsexualisme et l'identité personnelle. Paris: Gallimard 2003: 465–503].

Chemama, R. & Vandermersch, B. (1998). *Dictionnaire de la psychanalyse (Les Referents).* Paris: Larousse.

Chiland, C. (1997). *Changer de sexe.* Paris: Odile Jacob.

Chiland, C. (2004). La naissance de l'identité sexuée. In S. Lebovici, R. Diatkine & M. Soulé (Hrsg.), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, I. Collection* Quadrige (S. 297–317). Paris: Presses Universitaires de France.

Chiland, C. (2010). Identité sexuée et handicap. In R. Scelles, A. Ciccone, S. Korff-Sausse, S. Missonnier & R. Salbreux (Hrsg.), *Handicap, identité sexuée et vie sexuelle. Collection Connaissances de la diversité* (S. 25–42). Toulouse: ERES.

Chiland, C. (2011). Souffrance et genre identitaire. In M. Dugnat (Hrsg.), *Féminin, masculin, bébé. Collection Enfance et parentalité* (S. 209–216). Toulouse: ERES.

Danis, J. J. (1996). Einführung. In J. Lacan, *Narzißmus in Mann und Frau.* München: Edition Psychosymbolik.

Fairbairn, W. R. D. (1931/1952). *Features in the analysis of a patient with a genital abnormality. Psychoanalytic study of the personality* (S. 197–222). London: Routledge.

Fairbairn, W. R. D. (1936/1952). *The effect of a king's death upon patients undergoing analysis. Psychoanalytic study of the personality* (S. 222–229). London: Routledge.

Fairbairn, W. R. D. (1943/1952a). *The repression and the return of bad objects: With special reference to the »war neuroses«. Psychoanalytic study of the personality* (S. 59–81). London: Routledge.

Fairbairn, W. R. D. (1943/1952b). *The war neuroses: Their nature and significance. Psychoanalytic study of the personality* (S. 256–288). London: Routledge.

Fairbairn, W. R. D. (1946/1952). *The treatment and rehabilitation of sexual offenders. Psychoanalytic study of the personality* (S. 289–296). London: Routledge.

Fairbairn, W. R. D. (1951/1952). *A synopsis of the development of the author's views regarding the structure of the personality. Psychoanalytic study of the personality* (S. 162–179). London: Routledge.

Finesinger, J., Meigs, J. & Sulkowitch, H. (1942). Clinical, psychiatric and psychoanalytic study of a case of male pseudohermaphroditism. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 44,* 310–317.

Freud, S. (1924/1981). Der Untergang des Ödipuskomplexes. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse, 10*(3), 245–252 [Nachdr. in: *Beiträge zur Psychologie des Liebeslebens und andere Schriften* (S. 151–156). Frankfurt/M.: Fischer].

Freud, S. (1925/1961). Einige psychische Folgen des anatomischen Geschlechtsunterschieds. Nachdr. in *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie und verwandte Schriften. Auswahl und Nachwort von Alexander Mitscherlich* (S. 159–168). Frankfurt/M.: Fischer.

Freud, S. (1930/1953). *Das Unbehagen in der Kultur*. Nachdr. in: Abriß der Psychoanalyse. Das Unbehagen in der Kultur. Mit einer Rede von Thomas Mann als Nachwort (S. 89–191). Frankfurt/M.: Fischer.

Freud, S. (1938/1953). *Abriß der Psychoanalyse*. Nachdr. in: Abriß der Psychoanalyse. Das Unbehagen in der Kultur. Mit einer Rede von Thomas Mann als Nachwort (S. 5–87). Frankfurt/M.: Fischer.

Frignet, H. (2000). *Le transexualisme. (DDB Psychologie).* Paris: Desclée de Brouwer.

Hausman, B. L. (1995). *Changing sex: Transsexualism, technology, and the idea of gender.* Durham: Duke University Press.

Klein, R. (2003). The birth of gender. *Psychoanalytical Notebooks of the London Circle, 11*, 51–60.

Kreisler, L. (1970a). Les intersexuels avec ambiguïté génitale. *La psychiatrie de l'enfant, 13*(1), 5–127.

Kreisler, L. (1970b). Compte rendu de lecture du livre »Sex and gender« de R. Stoller. *La psychiatrie de l'enfant, 13*(1), 307–326.

Lacan, J. (1978). *Le séminaire, II: Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse (1954–55).* (Champ Freudien) Paris: Seuil.

Lacan, J. (1981). *Le séminaire, III: Les psychoses (1955–56).* (Champ Freudien) Paris: Seuil.

Laplanche, J. (1989). *New foundations for Psychoanalysis.* Oxford: Blackwell.

Laplanche, J. (1992). *Seduction, translation and the drives.* London: Institute of Contemporary Arts.

Laplanche, J. (1996). Psychoanalysis as anti-hermeneutics. *Radical Philosophy, 79,* 7–12.

Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse.* Paris: Presses Universitaires de France.

Lévi-Strauss, C. (1949). *Les structures élémentaires de la parenté.* Paris: Presses Universitaires de France.
Morel, G. (2000). *Ambiguïtés sexuelles: Sexuation et psychose.* (Collection Psychanalyse) Paris: Éd. Anthropos/Economica.
Morel, G. (2008). *La loi de la mère: Essai sur le sinthome sexuel.* (Collection Psychanalyse) Paris: Éd. Anthropos/Economica.
Morgenthaler, F. (1994). *Homosexualität, Heterosexualität, Perversion.* Mit einem Vorwort von H.-J. Heinrichs und einem biographischen Nachwort von P. Parin (Reihe Campus, 1077). Frankfurt a. M./New York, NY: Campus.
Parker, I. A. (1997). *Psychoanalytic culture: Psychoanalytic discourse in western society.* Thousand Oaks: Sage Publications.
Parker, I. A. (2006). The phallus is a signifier. *The Symptom, 8*. http://www.lacan.com/symptom8_articles/parker8.html (16.12.2014).
Rycroft, C. (1972). *A critical dictionary of Psychoanalysis*. London: Penguin.
Sangnier, A. (1996). *L'impossible castration de Monsieur C.: L'analyse d'un patient atteint d'un syndrome de Klinefelter. Figures du pousse-à-la-femme, Séminaire 1994–1996* (S. 67–72). Paris: Édition du Cercle franco-hellène de Paris de l'École européenne de psychanalyse.
Shaffer, J. D. (1995). Intergendered: Between the worlds. *Hermaphrodites with Attitude, 5*, 5.
Schiwy, G. (1984). *Der Französische Strukturalismus: Mode – Methode – Ideologie* (Rowohlts Enzyklopädie). Reinbek: Rowohlt.
Stoller, R. J. (1969). *Sex and gender, I. On the development of masculinity and femininity*. New York: Science House [Nachdr. (1984). London: Karnac Books].
Stoller, R. J. (1975). *Sex and gender, II. The transsexual experiment*. London: Hogarth.
Widmer, P. (1997). *Subversion des Begehrens: Eine Einführung in Jacques Lacans Werk.* Wien: Turia & Kant.

Intersex und Selbstbestimmung

Markus Bauer & Daniela Truffer

1. Einleitung

Intersex-Menschen, Zwitter, Hermaphroditen oder Menschen mit Varianten der Geschlechtsanatomie sind so alt wie die Menschheit selbst. Im Mittelalter waren sie in die Gesellschaft integriert und bis 1900 rechtlich anerkannt. Seit 1950 werden ihre Körper systematisch im Säuglingsalter medizinisch ausgelöscht. 60 Jahre später gewinnt der Kampf der Überlebenden um körperliche Unversehrtheit und Selbstbestimmung langsam an Fahrt.

Trotzdem werden in den Universitäts-Kinderkliniken immer noch jedes Jahr mehr Kinder nicht-eingewilligten, medizinisch nicht notwendigen, irreversiblen, kosmetischen Genitaloperationen, Hormonverabreichungen, sterilisierenden und weiteren Eingriffen unterworfen, unter denen die meisten ihr Leben lang körperlich und seelisch leiden. Dazu kommen exzessive Genitaluntersuchungen, wiederholte Genitalfotografien und »Freakshows« für Studierende und Klinik, die viele Betroffene als eine Form von sexualisierter Gewalt erleben.

Immer noch werden Intersex-Kinder und -Jugendliche unzureichend aufgeklärt, d. h. es wird versucht, ihnen ihre Besonderheit möglichst zu verheimlichen. Als Erwachsene wird ihnen der Zugang zu ihren medizinischen Akten regelmäßig verwehrt, und damit oft die einzige Chance, endlich die Wahrheit über sich selbst und ihre Geschichte zu erfahren. Durch die Verjährung von IGM-Praktiken schon bevor Überlebende volljährig oder in der Lage sind, die Tragweite des ihnen Angetanen zu überschauen, bleibt praktisch allen verwehrt, auf gerichtlichem Wege Wiedergutmachung einzufordern, wie dies Betroffenen von Gewalt oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung eigentlich zusteht. Diese Erfahrung sowie die andauernde Leugnung und Baga-

tellisierung des verursachten Leids u. a. durch Medizin und Politik wirken oft retraumatisierend.

Die meisten Intersex-Menschen leben als Männer oder Frauen, und für viele ist Intersex vor allem eine praktisch-politische Identität zur Selbstermächtigung und politischen Sichtbarmachung der Verletzungen ihrer Körper, Psychen und Menschenrechte. Einige leiden darunter, in amtlichen Dokumenten und im Personenstandsrecht keine dritte Option zur Verfügung zu haben, und kämpfen vor Gericht dafür. Für alle ist unhaltbar, wie mit dem Personenstand-Murks §22(3) PStG nun scheinbar »etwas für die Intersexuellen getan« wurde, jedoch ohne Betroffene und ihre Organisationen überhaupt zu konsultieren, während gleichzeitig die täglichen IGM-Praktiken und ihre Folgen unverändert ausgeblendet und verharmlost werden.

2. Varianten der Geschlechtsanatomie, Genitale Differenzierung, Häufigkeit

Der Begriff »Intersex« dient in öffentlichen, politischen und wissenschaftlichen Diskussionen oft in erster Linie als Projektionsfläche für Vorstellungen und Theorien von »Geschlecht« und politische Forderungen Dritter, die den körperlichen Realitäten, Lebenserfahrungen und Anliegen der Beschriebenen selten gerecht werden (Klauda, 2002). Deshalb sollen zunächst einige Grundlagen kurz umrissen werden.

Varianten der Geschlechtsanatomie: Nicht nur »uneindeutige Genitalien«

Intersex-Menschen, auch bekannt als Zwitter, Hermaphroditen, Menschen mit Besonderheiten der Geschlechtsentwicklung (DSD)[1], werden mit »atypischen« körperlichen Geschlechtsmerkmalen oder Varianten der Geschlechtsanatomie geboren, darunter:

a) »uneindeutige Genitalien«, z. B. äußere Geschlechtsteile, sekundäre körperliche Geschlechtsmerkmale, und/oder
b) »atypische« hormonproduzierende Organe oder »atypische« körperliche Verwertung von Sexualhormonen, z. B. ein Gemisch von Hoden- und

1 Der offizielle medizinische Begriff lautet »Störungen der Geschlechtsentwicklung/Disorders of Sex Development (DSD)«, festgelegt durch das »Chicago Consensus Statement 2006«. »Störungen« wird von den Betroffenen als stigmatisierend und pathologisierend abgelehnt und sollte deshalb nicht verwendet werden (Zwischengeschlecht.org et al., 2014, S. 12, 61).

Eierstockgewebe (Ovotestes), (teilweise) Produktion von Androgenen statt Cortisol in der Nebennierenrinde, niedrige körperliche Reaktion auf Testosteron (»Androgenresistenz (AIS)«), wenige Testosteron produzierende Leydigzellen in den Hoden, undifferenzierte Stranggonaden, und/oder

c) atypische Genetik, z. B. Karyotyp XXY oder X0, verschiedene Karyotypen in verschiedenen Zellen eines Körpers (»Mosaik«).

Varianten der Geschlechtsanatomie beinhalten:

- »atypische Merkmale« auf einer oder mehreren Ebenen a)–c),
- oder, während verschiedene Ebenen isoliert »absolut normal« erscheinen, »passen sie nicht zusammen«, z. B. ein Neugeborenes mit männlichem äußeren Genitale und Gebärmutter, Eierstöcken und Karyotyp XX (»Adrenogenitales Syndrom (AGS)«), oder ein Neugeborenes mit weiblichem äußeren Genitale und (Bauch-)Hoden und Karyotyp XY (»AIS«).

Nicht alle Intersex-Neugeborenen werden sogleich an »uneindeutigen Genitalien« erkannt. Durch zunehmende medizinische pränatale und Neugeborenen-Tests und Screenings werden zwar viele Intersex-Formen immer früher entdeckt, doch manche werden nach wie vor oft erst bei der Pubertät oder noch später festgestellt.

Genitale Differenzierung: Wir alle waren ursprünglich Zwitter

Um zu verstehen wie »atypische« Genitalien entstehen, ist es notwendig, sich folgende biologische Tatsache zu vergegenwärtigen, die leider im Biologieunterricht meist unterschlagen wird: Alle Menschen waren ursprünglich Zwitter – bis zur siebten Schwangerschaftswoche. Wir alle begannen mit denselben Vorstufen zu Eierstöcken wie auch Hoden im Bauchraum, und wir alle hatten ein »uneindeutiges Genital«.

Erst ab der siebten Schwangerschaftswoche differenzieren sich diese Vorstufen bei den meisten Menschen zu männlichen oder weiblichen Genitalien und Fortpflanzungsorganen (vgl. Abb. 1) – aus denselben Grundbestandteilen, darunter:

- »Genitalhöcker«: entwickelt sich bei typischen Mädchen zur Klitoris, und bei typischen Jungen zum Penis
- »labioskrotale Anlage« oder »Geschlechtswulst«: entwickelt sich bei typischen Mädchen zu den Schamlippen, und wächst bei typischen Jungen zum Hodensack zusammen

➢ »Urogenitalspalte«: erst gegen Ende der Differenzierung separiert sich daraus bei typischen Mädchen Harnröhre und Vagina, bei typischen Jungen wächst sie zur Harnröhre zusammen, während gleichzeitig die Harnröhrenöffnung zur Penisspitze »hochwandert« (wer sich schon fragte, warum typische männliche Genitale alle eine »Naht« haben – dies ist die Erklärung).

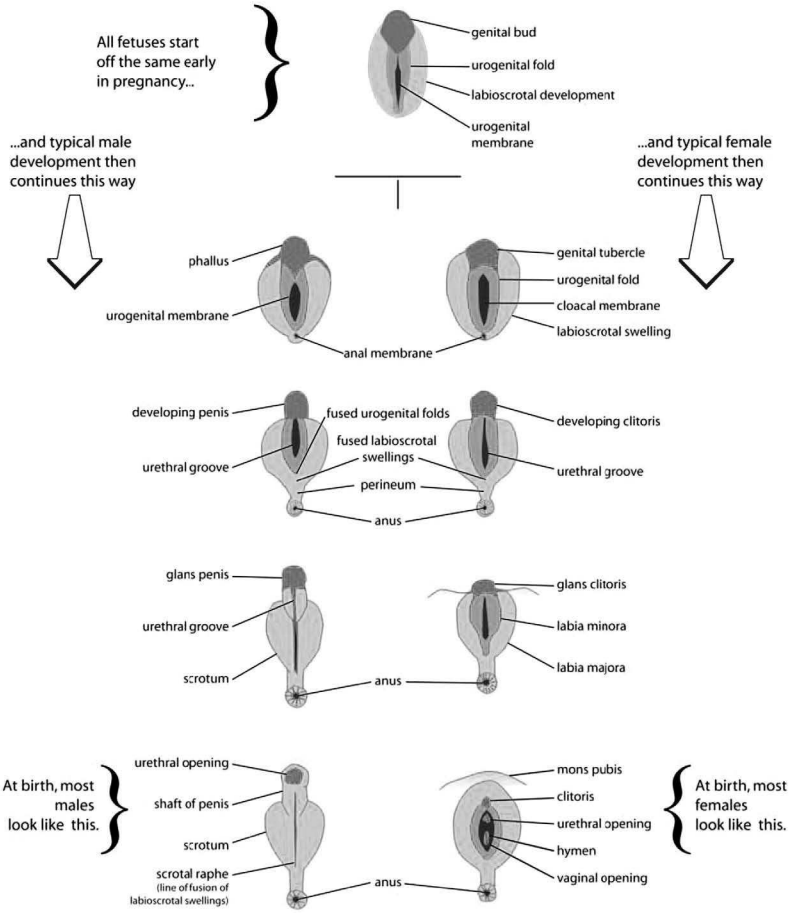


Abbildung 1: »Genitale Differenzierung vor der Geburt« (Quelle: Accord Alliance, 2006, Handbook for Parents, S. 72; http://www.accordalliance.org/dsdguidelines/parents.pdf)

Es ist jedoch auch möglich, dass Genitalien sich entlang eines weniger häufigen Weges entwickeln, verursacht z. B. durch ungewöhnlich niedrige oder hohe Konzentrationen von Sexualhormonen, oder durch eine ungewöhnlich niedrige oder hohe Reaktion des Körpers darauf, wodurch »uneindeutige«, »unbestimmte« oder »Zwischenformen« von typischen Genitalien entstehen können (vgl. Abb. 2).

Ebenso entwickeln sich die ursprünglich bi-potenzialen undifferenzierten Keimdrüsen (Gonaden) im Bauchraum bei typischen Mädchen zu Eierstöcken und bei typischen Jungen zu Hoden (die meist, aber nicht immer, vor der Geburt über die Leistenkanäle in den Hodensack absteigen). Weiter entsteht bei typischen Mädchen aus den Müller'schen Gängen Gebärmutter und die Eileiter (während die Wolff'schen Gänge sich zurückbilden), und bei typischen Jungen aus den Wolff'schen Gängen die Samenleiter (während die Müller'schen Gänge sich zurückbilden). Wiederum sind jedoch Entwicklungen entlang weniger häufigerer Pfade möglich, z. B. kann eine oder beide der bi-potenzialen Gonaden Mischungen aus Hoden- und Eierstockgewebe bilden (Ovotestes) oder undifferenziert bleiben (Stranggonaden), und/oder die »falschen« oder beide Gangstrukturen werden gebildet.

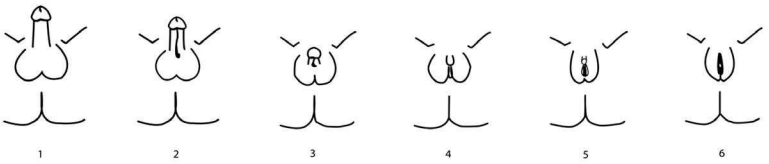


Abbildung 2: »Genitale Variation« (Diagramme 1–6 entsprechen Praderstufen 5–0) (Quelle: Accord Alliance, 2006, Handbook for Parents, S. 73; http://www.accordalliance.org/dsdguidelines/parents.pdf)

»Praderstufen«: Medizinische Klassifizierung »uneindeutiger Genitalien«

In der Medizin werden Varianten des äußeren Genitale gewöhnlich in sog. »Praderstufen 0–5« klassifiziert, benannt nach dem gleichnamigen Kinderendokrinologen (Prader, 1957), wobei »Prader 5« für ein typisch männliches Erscheinungsbild steht, »Prader 0« für ein typisch weibliches Erscheinungs-

bild, und »Prader 1–4« für Zwischenstufen (vgl. Abb. 2, Diagramme 1–6 dort entsprechen Praderstufen 5-0). Manche, aber nicht alle Intersex-Kinder kommen mit »atypischen« Genitalien auf die Welt. Kinder mit äußerem Erscheinungsbild entsprechend »Prader 2–4« werden oft willkürlich als »Jungen mit Hypospadie« diagnostiziert (und »vermännlichenden Hypospadiekorrekturen« unterworfen). Kinder mit äußerem Erscheinungsbild entsprechend »Prader 1–5« werden oft willkürlich als »Mädchen mit zu großer Klitoris« diagnostiziert (und »verweiblichenden Klitorisreduktionen« und »Vaginalplastiken« unterworfen).

Wie häufig sind Intersex-Varianten?

Da Kliniken, Krankenversicherungen und Behörden sich bis heute weigern, entsprechende Zahlen offenzulegen (vgl. Bundesregierung, 2014, S. 6), lautet die einzige ehrliche Antwort: Wir wissen es nicht. Es gibt keine exakten Zahlen oder seriöse Statistiken, sondern nur Hochrechnungen.

In der medizinischen Literatur wird je nach Bedarf mit zwei verschiedenen Zahlengruppen operiert:

- 1:1000 wenn es darum geht, neue Opfer für kosmetische Genitaloperationen auf den OP-Tisch zu kriegen (Finke & Höhne, 2008, S. 4).
- 1:4500 oder weniger wenn es darum geht, öffentlicher Kritik an menschenrechtswidrigen Zwangsbehandlungen entgegenzutreten, oft unter Fokussierung auf »schwerwiegendere [...] Abweichungen« und ohne Angabe von Zahlen zu allen Fällen (Bundesregierung, 2007, S. 3).

Aus einer Grund- und Menschenrechtsperspektive ist letztlich folgendes Kriterium ausschlaggebend: Wie viele Kinder kommen mit einer so offensichtlich »atypischen« Geschlechtsanatomie auf die Welt, dass sie Gefahr laufen, deswegen menschenrechtswidrigen Praktiken unterworfen zu werden, die ihr Selbstbestimmungsrecht unzulässig beschneiden, z. B. nicht-eingewilligten, medizinisch nicht notwendigen, irreversiblen, kosmetischen Genitaloperationen oder vergleichbaren Eingriffen?

Dazu lautet die seriöseste Einschätzung: 1:500–1:1000 Kinder werden (oft wiederholten) nicht-eingewilligten »Genitalkorrekturen« unterworfen (ISNA, o. J.).

3. Das Recht auf körperliche Unversehrtheit und Selbstbestimmung – IGM: Formen, Geschichte, Häufigkeit

Was sind Intersex-Genitalverstümmelungen (IGMs)?

Intersex-Genitalverstümmelungen (IGMs) sind laut Menschenrechts- und Ethik-Organen (vgl. Zwischengeschlecht.org et al., 2014, S. 13) nicht-eingewilligte, medizinisch unnötige, irreversible, kosmetische Genitaloperationen, sterilisierende Eingriffe, Hormongaben und/oder weitere Eingriffe, durchgeführt an Kindern mit Varianten der Geschlechtsanatomie, ohne Evidenz für einen Nutzen für diese Kinder, sondern gerechtfertigt durch »psychosoziale Indikationen [...] geprägt durch [...] kulturell-gesellschaftliche Wertvorstellungen« (Nationale Ethikkommission, 2012).

Die drei häufigsten IGM-Formen heute sind (in absteigender Reihenfolge):

- »Vermännlichende Genitalkorrekturen«,
- »Verweiblichende Genitalkorrekturen«,
- sterilisierende Eingriffe.

Weitere heutige IGM-Praktiken sind u. a.:

- Aufzwingung von Hormonen,
- erzwungene exzessive Genitaluntersuchungen, medizinische Zurschaustellung und Genitalfotografie (von Betroffenen erlebt als sexualisierte Gewalt),
- mangelhafte oder irreführende Aufklärung, systematische Lügen und Aufzwingung eines »Schweigegebotes« für Eltern, betroffene Kinder und ganze Familien,
- nicht-eingewilligte unkontrollierte Menschenversuche,
- Verweigerung benötigter medizinischer Therapie,
- »blinde« hormonelle Pränatal»therapie«,
- selektive (Spät-)Abtreibungen und Pränatal-Implantationsdiagnostik (PID) zur Aussonderung von Intersex-Feten (für eine Übersicht über die 17 geläufigsten Formen vgl. Zwischengeschlecht.org et al., 2014, S. 63–81 und Zwischengeschlecht.info, 2012a).

Während die MedizinerInnen versprechen, »normal aussehende« Genitalien herzustellen und dadurch Stigma sowie mangelndes Selbstwertgefühl der Betroffenen zu verhindern, berichten Betroffene, dass sie auch nach sogenannt »erfolgreichen Korrekturen« u. a. wegen Narben und »auffälligem« Erschei-

nungsbild gehänselt werden, insbesondere in denjenigen Fällen, welche die MedizinerInnen selbst als »schlechte Korrekturergebnisse« (Westenfelder, 2011, S. 594) bezeichnen. Weiter berichten Betroffene, dass ihr Selbstwertgefühl durch die »Korrekturoperationen« erst recht infrage gestellt und beeinträchtigt wird (»Man musste mich zuerst zurecht operieren, damit ich als akzeptabel überhaupt in Betracht gezogen werden konnte«).

Obwohl Komplikationen bei IGM-Praktiken beträchtlich sind und unumstritten wiederholt zu massiven tatsächlichen medizinischen Problemen führen, wo Betroffene vorher keine hatten, gibt es auch nach über 60 Jahren systematischer »Genitalkorrekturen« mit psychosozialer Indikation unverändert weder Evidenz für irgendwelchen tatsächlichen Nutzen für die Betroffenen noch tatsächliches Interesse der Medizin an Evidenz überhaupt (Dreger, 2006, S. 75).

IGM 1 – »Vermännlichende Genitalkorrekturen«

»Hypospadie«, d. h. wenn der Harnröhrenausgang sich nicht an der Penisspitze befindet, sondern weiter unten an der Penisunterseite, ist heute die wohl häufigste Diagnose für kosmetische Genitaloperationen an »atypischen« Kindern. Der Penis wird auseinandergeschnitten, um z. B. mittels Hauttransplantaten den »Harnröhrenausgang an die Penisspitze zu verlegen« – langfristig oft mit sehr hohen Komplikationsraten und schweren medizinischen Folgeschäden bis zu Nierenversagen. Auch geringere Komplikationen machen umfangreiche »Nachkorrekturen« nötig, jedes Mal mit erheblichem Risiko von Verminderung oder Verlust der sexuellen Empfindsamkeit.

Trotzdem empfiehlt die letzte AWMF-Leitlinie 006/026 (Evidenzstufe 1 = niedrigste) ausdrücklich Operationen »auch aus ästhetisch-psychologischen Gründen«. So empfiehlt die Medizinische Hochschule Hannover MHH (o. J.) aktuell: »Der günstigste Zeitpunkt für die Operation ist das 2. und 3. Lebensjahr.« Ebenso Kinderchirurginnen aus dem Altonaer Kinderkrankenhaus (AKK): »Die Operation sollte zwischen dem 9. und 15. Lebensmonat oder zwischen dem 3. und 6. Lebensjahr durchgeführt werden (›Psychologisches Fenster‹)« (Fisch & Riechardt, 2011). Oder das Universitätsklinikum Jena-Lobeda: »Beschwerden liegen [im ›unkorrigierten‹ Zustand] fast nie vor, auch die Harnentleerung bereitet nur in Ausnahmefällen Probleme.« Nichtsdestotrotz lautet die empfohlene »Therapie«: »Korrektur zwischen dem 12. und 24. Lebensmonat.« Offizielle »Begründung«: »Bei späteren Eingriffen kann bereits das Selbstwertgefühl der Männer leiden« (UK Jena, o. J.). 2010 führte allein die

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Klinikums Offenbach (Akademisches Lehrkrankenhaus der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main) nicht weniger als 466 »Hypospadiekorrekturen« durch (Klinikum Offenbach, 2011, S. 71).

Diese riskanten Eingriffe ohne medizinische Notwendigkeit werden wie folgt gerechtfertigt: Ein Junge muss im Stehen pinkeln können und später durch Penetration eine Frau befruchten, sonst ist er ein Versager und bringt sich um. Seit den 1990er Jahren werden zunehmend auch sprunghaft gestiegene medizinische Erwartungen an einen »perfekten Penis« als Rechtfertigung für »Korrekturoperationen« bemüht (Dreger, 2014).

Betroffene kritisieren als Folge von »Hypospadiekorrekturen« Verminderung oder Verlust der sexuellen Empfindungsfähigkeit und schmerzende Narben sowie lebenslange Traumatisierungen. Tiger Devore, der seit über 25 Jahren öffentlich redet, wurde 16 Mal operiert, zehnmal allein in den ersten zehn Lebensjahren:

> »Meine Kindheit war angefüllt mit Schmerz, Operationen, Hauttransplantationen und Isolation. Und ich muss mich immer noch hinsetzen beim Pinkeln. […] Ich hätte gut damit leben können, aus dem Schaft meines Penis zu pinkeln, statt aus der Spitze, aber dafür nicht in der Empfindsamkeit beeinträchtigt zu sein« (Devore, 2003).

Bei vielen Kindern hören regelmäßige »Nachkorrekturen« erst auf, wenn sie alt genug sind, sich weiteren Operationen erfolgreich zu widersetzen. Wie Chirurgen mittlerweile einräumen, sind medizinisch gefährliche Harnröhrenverengungen als (Spät-)Folge bei vielen »Hypospadiekorrekturen« unumgänglich bzw. die »natürliche Evolution im Verlaufe der Zeit« (Barbagli, 2010, S. 17–37). Die Sprache der MedizinerInnen ist verräterisch, z. B. erhalten hoffnungslos Kaputtoperierte die offizielle iatrogene Diagnose »Hypospadie-Krüppel«. Gleichzeitig schwärmen beteiligte ChirurgInnen unbeirrt von der »chirurgischen Herausforderung«.

Im Falle von Bauchhoden (ca. 10% aller Kinder mit Hypospadie) werden diese meist gleichzeitig chirurgisch »heruntergebracht« und im Hodensack vernäht mit dem Argument der Fruchtbarkeitserhaltung, obwohl Bauchhoden entgegen Annahmen der OperateurInnen normal lebensnotwendige Hormone produzieren und oft auch fortpflanzungsfähige Spermien (Czeloth et al., 2014).

Während die ÄrztInnen seit Jahr und Tag das Fehlen von Outcomestudien beklagen, weigern sie sich bis heute, solche endlich in Angriff zu nehmen. Eine kürzliche Studie offenbarte gar, dass Komplikationen bei »Hypospadiekorrekturen« in Fachpublikationen seit 2000 zunehmend gar nicht erst dokumentiert werden (Pfistermuller & Cuckow, 2012, S. 204). Gleichzeitig bestehen Chirur-

gInnen darauf, unbeirrbar weiter zu operieren: »[Erst] falls und wenn evidenzbasierte Daten dieses frühe Vorgehen widerlegen, sollten neue Leitlinien in Betracht gezogen werden« (Springer & Baskin, 2014, S. 197).

IGM 2 – »Verweiblichende Genitalkorrekturen«

Teilamputationen der Klitoris, oft in Verbindung mit chirurgischer »Eröffnung« oder Erweiterung der Vagina sowie »Harnröhrenverlegung«, sind heute die wohl zweithäufigste kosmetische Genitaloperation. Die wahrscheinlich häufigste Diagnose ist »46,XX Adrenogenitales Syndrom (AGS)«, weitere gängige Diagnosen sind »46,XY Partielles Androgen Insuffizienz Syndrom (PAIS)« und »46,XY Leydigzell-Hypoplasie«. Trotz zahlreichen Berichten Überlebender sowie entsprechende Ergebnisse medizinischer Studien über Verminderung oder Verlust der sexuellen Empfindungsfähigkeit auch bei diesen »modernen« Operationstechniken empfiehlt die aktuelle AWMF-Leitlinie 027/047 (Evidenzstufe 1 = niedrigste): »In der Regel wird die Operation in Deutschland im ersten Lebensjahr durchgeführt.« KinderchirurgInnen im Kinderkrankenhaus Auf der Bult (Lehrkrankenhaus Medizinische Hochschule Hannover) empfehlen »Klitorisreduktionen« »sobald das Kind endokrinologisch stabil ist«, d. h. mit fünf bis sechs Monaten (Gonzalez & Ludwikowski, 2014).

Bis in die 1990er-Jahre waren feminisierende »Korrekturen« die häufigste IGM-Praktik, und Klitorisamputionen oder noch radikalere Klitorisexstirpationen die gängige »Reduktionsmethode« (vgl. unten Historischer Überblick). Zwar versuchen heutige Methoden der chirurgischen »Klitorisverkürzung« die Hauptnerven zu erhalten, jedoch wird immer noch das meiste Gewebe entfernt, und Überlebende klagen bis heute über Verminderung oder Verlust der sexuellen Empfindungsfähigkeit:

> »Ich selbst hatte Glück im Unglück, dass ich heute trotzdem noch etwas spüre. Trotzdem habe ich störende Narben und immer wieder stechende und ziehende Schmerzen. Ich kenne viele, auch jüngere als ich, die gar nichts mehr spüren oder bei Erregung immer Schmerzen« (Truffer, 2014, S. 35).

Weitere »feminisierende Genitalkorrekturen« sind u. a. chirurgische Öffnung und/oder Erweiterung der Vagina (»Vaginalplastik«), gefolgt von zwangsweisen vaginalen Dehnungen (»Bougieren«), gewöhnlich für Kinder mit Diagnose »46,XX Adrenogenitales Syndrom (AGS)«, oder chirurgische Schaffung einer

künstlichen Vagina (»Neovagina«), ebenfalls gefolgt von zwangsweisen Dehnungen, etwa bei Kindern mit Diagnose »46, XY (Komplettes) Androgen-Insensitivitäts-Syndrom ((C)AIS)« oder »46, XX Angeborenes Fehlen der Vagina« bzw. »Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser-Syndrom (MRKH)«. Auch diese Operationen und Eingriffe werden ohne medizinische Notwendigkeit an Kleinkindern durchgeführt mit dem Ziel, spätere »normale Penetrationsfähigkeit« zu ermöglichen, und erfolgen oft gleichzeitig mit den »Klitorisverkürzungen«. Die erzwungenen Vaginaldehnungen sowie exzessive Genitaluntersuchen, wiederholte Genitalfotografien und medizinische Zurschaustellung für StudentInnen und Klinikbelegschaft, wie sie bei allen IGM-Formen üblich sind, werden von Betroffenen als eine Form von sexualisierter Gewalt an Kindern erlebt und beschrieben – mit allen bekannten Folgen (Alexander, 1997).

Einzig bei Kleinkindern mit Karyotyp 46,XY findet in der Medizin aktuell betreffend feminisierende »Genitalkorrekturen« zumindest teilweise ein Umdenken statt – wohl nicht zuletzt, weil es sich dabei, verglichen mit Hypospadie und AGS, um die kleinste »Patientengruppe« handelt. Vermehrt werden auch einfach stattdessen »vermännlichende« Praktiken vorgenommen. International empfehlen gerade mal 10,5% aller KinderchirurgInnen, wenigstens diese Betroffenen später selbst entscheiden zu lassen (Kogan et al., 2012, S. 204).

Auch bei »verweiblichenden« IGM-Praktiken wird von der Medizin fehlende Evidenz und Klagen Überlebender einfach als Ausrede für unbeirrtes Weiterverstümmeln ausgelegt:

> »Zusammenfassung: Obwohl die Resultate für chirurgische Eingriffe bei AGS weniger als zufriedenstellend sind, wenn Erwachsene evaluiert werden, die als Kinder operiert wurden, beinhalten alle vorliegenden Berichte Patienten, die vor vielen Jahren mit einer Vielzahl von Techniken operiert worden waren. Statt die Anstrengungen aufzugeben, diese Fehlbildung frühzeitig zu reparieren, bevorzugen wir die weitere Entwicklung verfeinerter chirurgischer Techniken, die in der Zukunft bessere Resultate ergeben mögen« (González & Piaggio, 2006, S. 273).

IGM 3 – Sterilisierende Prozeduren

Wohl die dritthäufigste IGM-Praktik ist Kastration von weiblich zugewiesenen Kindern mit Diagnose »46,XY Komplettes Androgen-Insensitivitäts-Syndrom (CAIS)«. Ihnen werden die gesunden Bauchhoden entfernt unter dem Vorwand eines angeblichen »hohen Krebsrisikos«. Anschließend wird eine sogenann-

te Hormon »Ersatz« Therapie (HET) mit künstlich zugeführten Östrogenen durchgeführt, obwohl die entfernten Hoden Testosteron produzierten, welches durch die körpereigene Aromatase in natürliches, körpereigenes Östrogen umgewandelt wird. Viele Überlebende klagen über schwerwiegende negative Folgen der Kastration mit anschließender Östrogen-HET, darunter Depressionen, Adipositas, Stoffwechsel- und Kreislaufstörungen, Osteoporose, Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten und Libidoverlust. Viele berichten, dass es ihnen nach Umstellung auf Testosteron-HET besser gehe, jedoch weigern sich ÄrztInnen aus Budgetgründen oft, ihnen dafür ein Kassenrezept auszustellen, sodass viele die Kosten für eine adäquate HET selbst bezahlen müssen.

Das angeblich flächendeckende »hohe Krebsrisiko« der angeblich unfruchtbaren Bauchhoden wurde längst durch mehrere Studien widerlegt. Eine kommt zum Beispiel bei CAIS auf ein effektives Krebsrisiko von 0,8% (Pleskacova et al., 2010, S. 266), also bedeutend niedriger als das Risiko für Brustkrebs bei »normalen Frauen« oder Prostatakrebs bei »normalen Männern«. Auch wurden unnötige Kastrationen seit Jahrzehnten von einzelnen namhaften Ärzten öffentlich kritisiert: »Durch die Kastration der tumorfreien Patientinnen macht man Beschwerdefreie zu Kranken mit allen unangenehmen Folgen der Kastration« (Hauser, 1961, S. 278).

Zwar findet bei Kastrationen an Kleinkindern mit Diagnose CAIS seit 2000 bei MedizinerInnen noch am ehesten zumindest teilweise ein praktisches Umdenken statt, oft wird die Kastration aber lediglich auf die Zeit nach der Pubertät verschoben, oder alternativ eine »vermännlichende« chirurgische »Hodenverlagerung« der angeblich unfruchtbaren Bauchhoden samt Annähen im Hodensack durchgeführt, was laut Berichten Betroffener zu starken Schmerzen etwa beim Joggen oder bei sexuellen Aktivitäten führt (Zwischengeschlecht.info, 2012a).

Weitere heute noch gängige sterilisierende Eingriffe sind Entfernung von Fortpflanzungsorganen »im Widerspruch zum Erziehungsgeschlecht«. Wenn zum Beispiel ein Kind männlich aufgezogen wird, aber über eine Gebärmutter und/oder Eierstöcke verfügt, werden diese entfernt. Ebenso werden »diskordante persistierende Gänge« entfernt sowie »diskordante« Teile von Ovotestes. Auch hier erfolgen die Entfernungen nicht aus medizinischer Notwendigkeit heraus, sondern werden mit psychosozialen Indikationen gerechtfertigt.

IGM: Historischer Überblick und Häufigkeit

Zwitter sind so alt wie die Menschheit selbst. Sie hatten es nie leicht, aber selten ging es ihnen so schlecht, wurden ihre Selbstbestimmungsrechte mehr beschnit-

ten als heute. Selbst im »finsteren« Mittelalter, als Kindstötung (nicht nur) für Zwitter an der Tagesordnung war, wuchsen überlebende Zwitter nicht nur unversehrt auf, sondern ihre Existenz wie auch ihr Selbstbestimmungsrecht waren sowohl im Kirchen- wie auch im Zivilrecht durch sogenannte Zwitterparagrafen explizit anerkannt: Zunächst bestimmten die Eltern über ihr Geschlecht; danach hatten Zwitter als einzige Menschen das Privileg, per Geschlechtseid selbst entscheiden zu können, ob sie als Mann oder Frau leben wollten. Diese pragmatische Regelung ist dem 2013 vom Bundestag verabschiedeten Personenstand-Murks §22(3) PStG um Lichtjahre voraus. Und wie sogar heutige MedizinerInnen zugeben müssen, waren Zwitter in die mittelalterliche Gesellschaft gut integriert, und war die Existenz von Zwittern als natürliche Variation bei Mensch und Tier allgemein bekannt, wenn auch mit Stigma behaftet. Erst im 19. Jahrhundert wurde den Zwittern ihr Selbstbestimmungsrecht Stück für Stück entzogen und von der Medizin usurpiert, welche die allermeisten von ihnen als unechte oder Scheinzwitter deklassierte. Das Preußische Landrecht war das letzte, das noch einen Zwitterparagrafen enthielt. Nach 1900 hörten Zwitter offiziell zu existieren auf; Ende des 20. Jahrhunderts waren sie in der »entwickelten Welt« förmlich ausgelöscht – sowohl chirurgisch-praktisch aus der Gesellschaft wie auch aus dem öffentlichen Bewusstsein (Zwischengeschlecht.org et al., 2014, S. 49–51).

Bis heute wird in Medizin und Öffentlichkeit ausgeblendet, dass manche heutige Behandlungsmethoden sowie ihre wissenschaftlich-technischen Voraussetzungen im Nationalsozialismus ihre Anfänge nahmen, z. B. die Kombination von Klitorisamputationen mit experimentellen Hormongaben. Ebenfalls bis heute keinerlei Aufarbeitung gibt es betreffend der rassistisch-völkischen Diagnose »Intersexuelle Konstitution«, welche in den 1920er Jahren den Begriff »Intersex« erstmals in die Humanmedizin einführte, definiert als biologisch »minderwertige« »Entartung« infolge von »Rassenvermischung« oder als »abnorme Mutation«, die mit Geisteskrankheiten (»schizoid«) korreliere und unter »JüdInnen« besonders häufig sei; ebenso betreffend Verfolgung Betroffener unter diesen Voraussetzungen während der Nazizeit (Zwischengeschlecht.info, 2011, 2012b, 2014a).

Seit den 1930ern ist die psychosoziale Rechtfertigung der ÄrztInnen für chirurgische »Klitorisreduktionen« an Intersex-Kindern im Wesentlichen dieselbe: Eine »vergrößerte Klitoris« wirke durch ihre Größe und Erektionsfähigkeit »störend« und bereite den Kindern »beim Umkleiden, Baden usw. Verlegenheiten«, weshalb eine Amputation »sicher gerechtfertigt« sei (Grob, 1957, S. 587).

Seit 1950 werden Intersex-Genitalverstümmelungen, ausgehend von Baltimore und Zürich, in der gesamten »entwickelten Welt« systematisch und in

zunehmend industriellem Maßstab praktiziert (Zwischengeschlecht.org et al., 2014, S. 53–62). Als erhellendes historisches Beispiel mag ein Lehrbuch des renommierten Baltimorer Kinderendokrinologen Lawson Wilkins aus dem Stichjahr 1950 dienen: Darin wird ein Kind, beschrieben als »Normal, 9 Jahre«, vier Kindern im Alter von zwei bis neun Jahren gegenübergestellt, nummeriert mit A–D und diagnostiziert mit »Adrenogenitales Syndrom – weiblicher Pseudohermaphroditismus« – letztere alle bereits »genitalkorrigiert«, entweder durch »Amputation« bzw. »Exzision der Klitoris« oder durch »plastische Operation am hypospadischen Penis« (Wilkins, 1950, S. 238). Entsprechend heißt es für Kinder, deren Genitalien von ÄrztInnen als »abnormal« klassifiziert werden, seit 1950 bis heute entweder Klitoris-Teilamputation/»Verkürzung« oder »Hypospadiekorrektur«, je nachdem, ob sie (meist willkürlich) als Mädchen oder Jungen eingestuft wurden.

Ebenfalls seit 1950 bis heute sind es KinderendokrinologInnen gemeinsam mit KinderchirurgInnen, welche die »Behandlungen« leiten und die Eltern »beraten«, ungeachtet der offensichtlichen Tatsache, dass solche »Beratung« unvermeidlich zu noch mehr medizinischen unnötigen Genitaloperationen an wehrlosen Kindern führt. Eine aktuelle explorative Studie zeigt, dass medikalisierte Beratung durch KinderendokrinologInnen dazu führt, dass 65,9% prospektiver Eltern für unnötige »Genitalkorrekturen« ihre »Einwilligung« geben, während bei demedikalisierter Beratung, wie sie von Intersex-Organisationen gefordert wird, 77,1% prospektiver Eltern unnötige »Genitalkorrekturen« ablehnen – wobei beide Gruppen aussagen, ihre Entscheidungen beratungsunabhängig aufgrund ihrer eigenen Werte getroffen zu haben (Streuli et al., 2013).

Bis in die 1990er Jahre waren feminisierende »Korrekturen« die häufigste IGM-Praktik, nicht zuletzt aufgrund der chirurgischen Möglichkeiten (entsprechend dem berüchtigten ChirurgInnen-Motto: »Es ist einfacher, ein Loch zu graben, als einen Mast zu bauen«) sowie Klitorisamputionen oder noch radikalere Klitorisexstirpationen die gängige »Reduktionsmethode«.

In der westlichen Medizin waren Klitorisamputationen im 19. Jahrhundert als »Heilmittel« gegen Masturbation, »Hysterie« oder »zu große Klitoris« verbreitet (Zwischengeschlecht.info, 2010a). Während Klitorisamputationen wegen Masturbation und »Hysterie« in der medizinischen Zunft schnell heftig umstritten waren und in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts meist ganz aufgegeben wurden, nahmen umgekehrt Amputationen wegen »zu großer Klitoris« nach 1950 sprunghaft zu und setzten sich in den 1960er Jahren in der »westlichen Medizin« als unhinterfragter Quasi-Standard zur »Heilung« von Kindern mit »uneindeutigen Genitalien« durch. Bis in die 1990er Jahre behaupteten Medi-

zinerInnen dabei unwidersprochen, es sei angeblich wissenschaftlich erwiesen, »die Orgasmusfähigkeit [leide] durch die Klitorisentfernung nicht« (Bierich, 1961, S. 287), und überhaupt hätten sich noch nie Überlebende beschwert, ebensowenig wie bei FGM-Praktiken in Afrika (Zwischengeschlecht.org et al., 2014, S. 57f.). Bis heute gibt es dazu keinerlei Aufarbeitung.

Mit dem zweiten »Hypospadiekorrektur«-Boom in den 1990er Jahren nahmen die Anforderungen der ÄrztInnen an einen »perfekten Penis« sprunghaft zu. Laut einer Deutschen Studie von 1995 an 500 Männern, die wegen Prostatatabeschwerden vorsprachen, wurden 225, d. h. 45%, von UrologInnen eine »korrekturwürdige« Hypospadie attestiert – obwohl alle über keinerlei diesbezügliche Beschwerden berichteten, alle im Stehen pinkeln konnten, alle »normalen« Geschlechtsverkehr haben konnten, und (mit Ausnahme eines homosexuellen Probanden) alle »auf normale Weise« Kinder gezeugt hatten (Dreger, 2014). Entsprechend nahmen seit den 1990er Jahren auch die Operationsraten an Kindern sprunghaft zu.

Entgegen anderslautender Lippenbekenntnisse von ÄrztInnen werden im deutschsprachigen Raum immer noch rund 90% aller Kinder mit Varianten der Geschlechtsanatomie oft mehrfach in die eine oder andere Richtung kosmetisch »genitalkorrigiert« (Jürgensen, 2009, S. 3), und sind international (soweit bekannt) medizinisch unnötige »Korrekturen« in absoluten Zahlen unverändert im Steigen begriffen (Zwischengeschlecht.org et al., 2014, S. 19).

4. Das Recht zu wissen, wer man ist

Ein wesentlicher Bestandteil der Intersex-Behandlungspraxis seit 1950 war das Bestreben, den betroffenen Kindern (und oft auch deren Eltern) ihre Besonderheit und (Medizin-)Geschichte an Besten ganz zu verheimlichen, und sie ansonsten möglichst dazu anzuhalten, diese ja nicht gegen außen bekannt werden zu lassen (»Schweigegebot«, »Sag es niemandem!«), wiederum in der gutgemeinten Absicht, dadurch potenzielle Stigmatisierung und stipulierte Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls zu vermeiden. Wie Überlebende aber immer wieder berichten, wurde auch dadurch letztlich meist das Gegenteil erreicht, einerseits, wenn zum Beispiel Kinder schlussfolgerten, sie müssten tödlich krank sein, weil Eltern und ÄrztInnen ihnen offensichtlich etwas vorenthielten, andrerseits, wenn der Zwang zu Geheimniskrämerei und Stillschweigen bei Überlebenden erst recht das Gefühl hinterließ, sie seien inakzeptabel und ein »Monster«. Oft berichten Betroffene, dieser schambeladene Zwang zum Geheimnis habe

ihr Leben sogar noch schlimmer beeinträchtigt als die körperlichen Folgen der IGM-Praktiken.

Weniger öffentlich diskutiert und bekannt ist dagegen, dass dieser Eltern und Betroffenen von der Medizin auferlegte Geheimniszwang das mittlerweile unumstrittene Recht auf Wissen über die eigene Herkunft und Geschichte der betroffenen Kinder und späteren Erwachsenen massiv verletzt, und in diesem Zusammenhang auch ihr Recht auf persönliche Entfaltung und damit ihr Selbstbestimmungsrecht. Dasselbe gilt für die unverändert übliche Vorenthaltung von Krankenakten in Bezug auf erwachsene Überlebende.

Zwar hat sich vor allem in Bezug auf die Aufklärung der Eltern über die Besonderheit ihres Kindes in den letzten 10–15 Jahren unbestritten einiges getan, wohl nicht zuletzt aufgrund Befürchtungen der ÄrztInnen im Zusammenhang mit der Doktrin der informierten Einwilligung, ansonsten erfolgreichen Klagen von Eltern Tür und Tor zu öffnen. Trotzdem gibt es immer noch zahlreiche Berichte, dass Eltern nicht nur über die Diagnose ihres Kindes nicht aufgeklärt wurden, sondern dass obendrein versucht wurde, ihnen an ihrem Kind gemachte unnötige Eingriffe zu verheimlichen, oder solche ohne elterliche Einwilligung durchgeführt werden (Lang, 2006, S. 247; Intersexuelle Menschen e. V./XY-Frauen, Humboldt Law Clinic, 2011, S. 37f.).

Schlechter sieht es aus mit der Aufklärung der Betroffenen: Auch in jüngster Zeit werden immer noch 50% der betroffenen Kinder und 25% der betroffenen Jugendlichen entweder gar nicht oder nur unzureichend aufgeklärt (Kleinemeier & Jürgensen, 2008, S. 32).

Noch schlechter steht es bezüglich Einsichtsrecht in Krankenakten für erwachsene Überlebende. Nach übereinstimmenden Aussagen Betroffener weigern sich die Krankenhäuser prinzipiell, Krankenakten herauszugeben, meist mit wiederkehrenden Ausreden (»Nichts mehr da«, »Wasserschaden im Archiv«), oft wird gar abgestritten, die Betreffenden seien überhaupt je selbst in Behandlung gewesen (Zwischengeschlecht.info, 2014b) In den seltenen Fällen, in denen es Betroffenen gelingt, ihre Akten trotzdem wenigstens teilweise herauszubekommen, geschieht dies meist erst nach juristischen Drohungen. In Deutschland stellen sich Behörden gegenüber dieser besonders krassen Missachtung des Selbstbestimmungsrechts der Betroffenen bis heute taub; auch Versuche, auf dem Gerichtsweg an Akten heranzukommen, werden von den zuständigen Behörden einfach schubladisiert. Selbst in Bundesländern, in denen Zugang zu Akten und eine verlängerte Aufbewahrungsfrist durch Landtags- bzw. Bürgerschaftsbeschluss angeordnet wurde, hat sich bisher konkret rein gar nichts bewegt (Zwischengeschlecht.info, 2014b). Auf Überlebende wirkt solch rechtswidriges

Verhalten von Krankenhäusern und Behörden nicht selten Trauma verstärkend bzw. retraumatisierend.

5. Das Recht auf Zugang zur Justiz

Dass Intersex-Genitalverstümmelungen Folter oder zumindest grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung darstellen, ist erwiesen (UN-Sonderberichterstatter über Folter, 2013, S. 18f.; UN-Ausschuss gegen Folter, 2011, S. 6f.). Für Überlebende, deren Selbstbestimmungsrechte durch IGM-Praktiken allermeist massivst und institutionalisiert verletzt wurden, und die meist ihr Leben lang an den körperlichen und seelischen Folgen zu leiden haben, aber auch zur Prävention künftiger Rechtsverletzungen ist es zentral, dass begangenes Unrecht aufgearbeitet, sanktioniert und – soweit noch möglich – wiedergutgemacht wird. Nicht umsonst ist u. a. in der UN-Konvention gegen Folter explizit festgehalten, dass der Staat verpflichtet ist, erstens BewohnerInnen vor Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung zu schützen, und zweitens gegebenenfalls Verstöße zu ahnden und Opfer zu entschädigen. 2011 forderte z. B. der UN-Ausschuss gegen Folter Deutschland explizit dazu auf,

> »Vorfälle, in denen intersexuelle Menschen ohne wirksame Einverständniserklärung chirurgisch oder anderweitig medizinisch behandelt wurden, zu untersuchen, und Rechtsvorschriften zu erlassen, die den Opfern solcher Behandlungen Rechtsschutzmöglichkeiten, einschließlich angemessener Entschädigungen, gewähren« (UN-Ausschuss gegen Folter, 2011, S. 6f.).

Dass Deutschland (wie auch Österreich und die Schweiz) in blanker Missachtung von Grundgesetz und internationalem Recht sich bis heute weigern, entsprechende Schritte zu unternehmen, ist leider eine Tatsache (Zwischengeschlecht.info, 2013a). Dies ist umso gravierender, da Überlebende wegen der aktuellen Verjährungsbestimmungen keine Chance haben, rechtzeitig gegen ihre PeinigerInnen zu klagen – und die TäterInnen umgekehrt umso sicherer vor gerechter Strafe sein können, je früher sie menschenrechtswidrige Eingriffe an Intersex-Kindern durchführen. Ebenso gravierend ist es, dass Betroffene kaum Zugang zu adäquaten Therapiemöglichkeiten zur seelischen Aufarbeitung und Bewältigung ihrer Traumata haben, oder solche oft aus der eigenen Tasche bezahlen müssen.

Die andauernde faktische Straflosigkeit von IGM-Praktiken und deren fortgesetzte Leugnung und Bagatellisierung durch Medizin, Behörden und Politik

wirken für Betroffene direkt Trauma verstärkend bzw. retraumatisierend. Überlebende und ihre Organisationen unterstreichen seit Langem, dass gesetzgeberische Maßnahmen zur Beendigung aller IGM-Praktiken dringend angezeigt sind – einschließlich einer Aufhebung oder Aussetzung der Verjährungsfristen, wie dies u. a. bei weiblicher Genitalverstümmelung (FGM) und sexualisierter Gewalt an Kindern bereits erfolgt oder in Diskussion ist.

6. Das Recht auf die eigene Geschlechtsidentität

Entgegen verbreiteten stereotypisierenden und/oder vereinnahmenden Unterstellungen leben die meisten Intersexe als Männer oder Frauen – Überlebende von IGM-Praktiken meist, weil sie hauptsächlich ganz andere Probleme haben, unversehrt Aufgewachsene oft aus pragmatischen Gründen. Überlebenden, die sich öffentlich als Intersex bezeichnen, geht es meist weniger um Geschlechtsidentität, sondern um eine praktisch-politische Identität zur Selbstermächtigung bzw. psychischen Integration des ihnen angetanen Unrechts und zur politischen Sichtbarmachung der Verletzungen ihrer Körper, Psychen und Menschenrechte durch die fortdauernden IGM-Praktiken.

Einige Betroffene identifizieren sich als »dazwischen«, »beides« oder »weder-noch« und leiden darunter, in amtlichen Dokumenten und im Personenstandsrecht keine dritte Option zur Verfügung zu haben. In Deutschland versuchen aktuell Betroffene berechtigterweise erneut, eine solche durch den Instanzenweg gerichtlich einzuklagen (Lang, 2006, S. 213f.; Dritte Option, 2014).

Von solchen legitimen Bestrebungen abzugrenzen ist vereinnahmende Personenstandpolitik auf Kosten genitalverstümmelter Intersex-Kinder; etwa wenn »Sachverständige« und PolitikerInnen seit Jahr und Tag öffentlich behaupten, ein dritter Personenstand sei »das« Intersex-Anliegen überhaupt, und Personenstandreformen sowie Anti-Diskriminierungsgesetze würden quasi als Allheilmittel automatisch auch die Beendigung von IGM-Praktiken nach sich ziehen. Tatsächlich ist beides nicht zutreffend: So hat Australien 2003 für amtliche Dokumente neben »M« und »F« eine dritte Kategorie »X« eingeführt (die allen Erwachsenen offensteht), und 2013 Diskriminierung wegen »Intersex Status« (definiert als »biologische Variation«) explizit unter Strafe gestellt. Trotzdem dauern IGM-Praktiken auch in australischen Kinderkliniken unverändert an.

Jüngste Folge solcher schädlichen und vereinnahmenden Darstellungen ist der 2013 in Deutschland eingeführte, von Medien und PolitikerInnen als an-

gebliche »Option« und »kleine Revolution für Intersexuelle« angepriesene Personenstand-Murks §22(3) PStG, der in Tat und Wahrheit bei »uneindeutigen« Kindern die Eintragung eines Geschlechts offiziell verbietet und deshalb von Intersex-Organisationen international als stigmatisierend und kontraproduktiv kritisiert wurde (Zwischengeschlecht.info, 2013b), sowie die dazugehörige Verwaltungsvorschrift, die explizit einmal mehr die alleinige Definitionshoheit der Medizin festschreibt (Zwischengeschlecht.info, 2014c). Für beide Vorlagen wurden Betroffene und ihre Organisationen bezeichnenderweise nicht konsultiert. Als Reaktion darauf hielt das 3. Internationale Intersex Forum in seiner Forderungsliste explizit fest:

1. Intersex-Kinder sollen als männlich oder weiblich eingetragen werden.
2. Der Geschlechtseintrag soll auf Antrag der erwachsenen oder einwilligungsfähigen minderjährigen betroffenen Person in einem einfachen Verwaltungsverfahren abgeändert werden können.
3. Eine oder mehrere dritte Optionen sollen allen Erwachsenen und einwilligungsfähigen Minderjährigen offen stehen (Third International Intersex Forum, 2013).

7. Fazit

Soweit Intersex und die Anliegen von Intersex-Menschen in Öffentlichkeit, Medien und Politik überhaupt zur Debatte stehen, werden sie in der Regel immer noch meist auf Gender- und LGB(T)-Anliegen (Klauda, 2002) oder die Forderung nach Einführung eines dritten Personenstandes bzw. der Abschaffung jeglicher Geschlechtseinträge reduziert (OII Australia, 2014) – während gleichzeitig die dringendste Intersex-Forderung nach einem Verbot der andauernden IGM-Praktiken ignoriert, z. B. 2012 durch den Deutschen Ethikrat (Voß, 2012, S. 6), und den TäterInnen noch offiziell die Lizenz zum Weiterverstümmeln erteilt wird, z. B. 2013 durch den Deutschen Bundestag (Zwischengeschlecht.info, 2013a). Allen öffentlichen Diskussionen und politischen Anstrengungen der Betroffenen zum Trotz stehen überall in der »entwickelten Welt« in Universitätskinderkliniken alle Formen von IGM-Praktiken unverändert auf der Tagesordnung, nicht zuletzt aus finanziellen Gründen (z. B. in Deutschland erzielen Kinderkliniken pro »Vaginalplastik« € 8175,12 Reingewinn, vgl. Zwischengeschlecht.info, 2010b). Seit über 15 Jahren ist Kolumbien weltweit immer noch das einzige Land, das IGM-Praktiken durch Urteile des Obersten Gerichtshofes wenigstens teilweise eingeschränkt (ISNA, 1999).

Seit über 20 Jahren gehen Überlebende von Intersex-Genitalverstümmelungen an die Öffentlichkeit und auf die Straße. Die Reaktionen der Medizin unterstreichen unverändert, dass erst gesetzgeberische Maßnahmen tatsächlichen Fortschritt erreichen werden. Die sich aktuell international vernetzende Zwitterbewegung stellt sich auf einen langen, erbitterten Kampf ein. Immerhin: Seit Intersex-Menschen und ihre Organisationen sich 2009 zum ersten Mal direkt an einen UN-Ausschuss wandten, haben sich mindestens 14 internationale Menschenrechtsgremien gegen IGM-Praktiken positioniert, darunter der UN-Sonderberichterstatter über Folter, der UN-Ausschuss gegen Folter, die Weltgesundheitsorganisation (WHO), UNICEF und der Europarat (vgl. Zwischengeschlecht.org, 2014, S. 2f.), davon kamen allein 2014 acht neu dazu. In South Carolina (USA) und Bayern (Deutschland) sind aktuell erstmals zwei Zivilrechtsverfahren gegen IGM-Chirurgen und -Universitätskliniken gleichzeitig an Laufen. Anfang 2015 sind in Malta, Kamerun und Deutschland zum ersten Mal in drei Ländern gleichzeitig gesetzgeberische Bestrebungen im Gange. Das Rennen darum, welches Land als erstes IGM-Praktiken gesetzlich verbieten wird, läuft. Denn von alleine, darin sind sich Intersex-Organisationen einig, wird die Medizin mit dem Verstümmeln nicht aufhören.

Literatur

Alexander, T. (1997). Der medizinische Umgang mit Intersexuellen Kindern. Eine Analogie zum sexuellen Kindesmißbrauch. http://blog.zwischengeschlecht.info/pages/Intersex-Analogie-Kindesmissbrauch-Tamara-Alexander-1997 (05.01.2015).

Barbagli, G. (2010). Failed hypospadias repair, presentation at 3rd Surgical Workshop of Complex Uro-Genital Reconstructive Surgery, Serbia. http://www.failedhypospadias.com/files/Belgrado2.pdf (05.01.2015).

Bierich, J. (1961). Adrenogenitales Syndrom. In C. Overzier (Hrsg.), *Die Intersexualität* (S. 353–394). Stuttgart: Thieme.

Bundesregierung (2007). Antwort auf die Kleine Anfrage. Situation Intersexueller in Deutschland, Drucksache 16/4786. http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/047/1604786.pdf (05.01.2015).

Bundesregierung (2014). Response to the questions in the List of Issues relating to the first German country review, CRPD/C/DEU/Q/1/Add.1. http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRPD/Shared%20Documents/DEU/CRPD_C_DEU_Q_1_Add-1_18559_E.doc (05.01.2015).

Czeloth, K., Mallidis, C., Pühse, G. & Kliesch, S. (2014). Function of Uncorrected Cryptorchid Testes in 8 Postpubertal Patients – Do we have to Reconsider the Management of Cryptorchidism? Presentation at the 25th Congress of the European Society for Paediatric Urology (ESPU), 09.05.2014. http://blog.zwischengeschlecht.info/post/2014/05/18/Intersex-ESPU-2014-Bauchhoden-Hormone-fertil (05.01.2015).

Devore, T. H. (2003). Aufwachsen im chirurgischen Mahlstrom (1997). In H. Lightfoot-Klein (Hrsg.), *Der Beschneidungsskandal* (S. 55–58). Berlin: Orlanda Frauenbuchverlag. http://blog.zwischengeschlecht.info/pages/Devore-chirurgischer-Mahlstrom (05.01.2015).

Dreger, A. D. (2006). Intersex and Human Rights. The Long View. In S. Sytsma (Hrsg.), *Ethics and Intersex* (S. 73–86). Dordrecht: Springer.

Dreger, A. (2014). Do You Have to Pee Standing Up to Be a Real Man? Pacific Standard, *13*(Feb.). http://www.psmag.com/navigation/health-and-behavior/pee-standing-real-man-73133/ (05.01.2015).

Dritte Option (2014). Der erste »offizielle« Schritt auf dem Weg zu einer dritten Option ist gemacht! http://dritte-option.de/der-erste-offizielle-schritt-auf-dem-weg-zu-einer-dritten-option-ist-gemacht/ (05.01.2015).

Finke, R. & Höhne, S.-O. (Hrsg.). (2008). Vorwort. In *Intersexualität bei Kindern*. Bremen: Uni-Med.

Fisch, M. & Riechardt, S. (2011). Hypospadie – Alternativen, Heilungschancen und Risiken bei Hypospadie. http://www.operation.de/hypospadie-heilungschancen/ (05.01.2015).

González, R. & Ludwikowski, B. M. (2014). Should the genitoplasty of girls with CAH be done in one or two stages? Frontiers in Pediatrics. http://journal.frontiersin.org/Journal/10.3389/fped.2013.00054/full (05.01.2015).

González, R. & Piaggio, L. A. (2006). Ambiguous genitalia, Current Opinion. *Urology, 16*(4), 273–276. http://journals.lww.com/co-urology/Abstract/2006/07000/Ambiguous_genitalia.14.aspx (05.01.2015).

Grob, M., Stockmann, M. & Bettex, M. (1957). *Lehrbuch der Kinderchirurgie.* Stuttgart: Thieme.

Hauser, G. A. (1961). Testikuläre Feminisierung. In C. Overzier (Hrsg.), *Die Intersexualität* (S. 261–282). Stuttgart: Thieme.

Intersexuelle Menschen e. V./XY-Frauen, Humboldt Law Clinic: Parallelbericht zum 5. Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland zum Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe (CAT). http://intersex.schattenbericht.org/public/Schattenbericht_CAT_2011_Intersexuelle_Menschen_e_V.pdf (05.01.2015).

ISNA (o. J.). Intersex Society of North America. How common is intersex? http://www.isna.org/faq/frequency (05.01.2015).

ISNA (1999). Intersex Society of North America. Colombia's Highest Court Restricts Surgery on Intersex Children. http://www.isna.org/colombia (05.01.2015).

Jürgensen, M. (2009). Klinische Evaluationsstudie im Netzwerk DSD/Intersexualität. Zentrale Ergebnisse. Vortrag vom 27.05.2009. http://kastrationsspital.ch/public/Corpus-delicti_27-5-09.pdf (05.01.2015).

Klauda, G. (2002). Fürsorgliche Belagerung. Genitale Verstümmelung von Hermaphroditen. Vortrag gehalten am 31. Oktober 2002 im Berliner Haus der Demokratie und Menschenrechte. In AStA FU (Hrsg.), *Out Of Dahlem Nr. 1* (S. 40–44). Berlin: AStA-Druck. http://web.archive.org/web/20080214070642/http://www.lobby-fuer-menschenrechte.de/anthologie/georgklauda.html (05.01.2015).

Kleinemeier, E. & Jürgensen, M. (2008). Erste Ergebnisse der Klinischen Evaluationsstudie im Netzwerk Störungen der Geschlechtsentwicklung/Intersexualität in Deutschland, Österreich und Schweiz. Januar 2005 bis Dezember 2007. http://www.netzwerk-dsd.uk-sh.de/fileadmin/documents/netzwerk/evalstudie/Bericht_Klinische_Evaluationsstudie.pdf (05.01.2015).

Lang, C. (2006). *Intersexualität. Menschen zwischen den Geschlechtern.* Frankfurt/M.: Campus.

Nationale Ethikkommission (2012). Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin NEK-CNE: Zum Umgang mit Varianten der Geschlechtsentwicklung. Ethische Fragen zur »Intersexualität«. Stellungnahme Nr. 20/2012. http://www.nek-cne.ch/fileadmin/nek-cne-dateien/Themen/Stellungnahmen/NEK_Intersexualitaet_De.pdf (05.01.2015).

Medizinische Hochschule Hannover (O. J.). Leistungsspektrum Klinik für Kinderchirurgie: Hypospadie. http://www.mh-hannover.de/kch-hypospadie.html (05.01.2015).

Klinikum Offenbach GmbH, Qualitätsbericht 2011. http://www.klinikum-offenbach.de/uploads/tx_templavoila/qualitaetsbericht_klio_2011.pdf (05.01.2015).

Kogan, B.; Sandberg, D., Gardner, M., Oyensanya, T., Anderson, D. & Szmal, P. (2012). Changes in Urologist DSD Treatment Recommendations from 2003 to 2001. Presentation at 23rd Congress of the European Society for Paediatric Urology (ESPU), 12.05.2012. http://kastrationsspital.ch/public/ESPU_2012_Programme.pdf S. 314 (05.01.2015).

OII Australia (2014). Different Priorities. http://oii.org.au/28125/different-priorities/ (05.01.2015).

Pfistermuller, K. & Cuckow, P. (2012). Analysis of Data Quality from 30 Years of Published Data on Hypospadias Outcomes. Presentation at 23rd Congress of the European Society for Paediatric Urology (ESPU), 10.05.2012. http://kastrationsspital.ch/public/ESPU_2012_Programme.pdf S. 204 (05.01.2015).

Springer, A. & Baskin, L. (2014). Timing of Hypospadias Repair in Patients with Disorders of Sex Development. In O. Hiort & S. F. Ahmed (Hrsg.), *Understanding Differences and Disorders of Sex Development, Endocrine Development, 27*, 197–202. DOI: 10.1159/000363662.

Streuli, J. C., Vayena, E., Cavicchia-Balmer, Y. & Huber, J. (2013). Shaping Parents. Impact of Contrasting Professional Counseling on Parents' Decision Making for Children with Disorders of Sex Development. *The Journal of Sexual Medicine*, 10, 1953–1960.

Third International Intersex Forum (2013). Public Statement by the Third International Intersex Forum. http://www.ilga-europe.org/home/news/latest/intersex_forum_2013 (05.01.2015).

Truffer, D. (2014). Input beim Fachtag Intersexualität »Von jetzt an gibt es mehr als Frauen und Männer …«, Hannover 26.11.2014. http://zwischengeschlecht.org/public/Zwischengeschlecht_Truffer_Fachtag_Hannover_Nov_2014_web.pdf (05.01.2015).

UK Jena (o. J.). Kinderchirurgie Jena, Krankheitsbilder. Hypospadie. http://www.kinderchirurgie.uniklinikum-jena.de/F%C3%BCr+Patienten/Krankheitsbilder/Hypospadie.html (05.01.2015).

UN-Ausschuss gegen Folter (2011). Abschließende Bemerkungen für Deutschland, 12.12.2011, CAT/C/DEU/CO/5, Abs. 20. http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/CAT/cat_state_report_germany_5_2009_cobs_2011_de.pdf (05.01.2015).

UN-Sonderberichterstatter über Folter (2013). Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, Juan E. Méndez, on Certain Forms of Abuses in Health-Care Settings, A/HRC/22/53. http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf (05.01.2015).

Voß, H.-J. (2012). *Intersexualität – Intersex. Eine Intervention.* Münster: Unrast.

Westenfelder, M. (2011). Medizinische und juristische Aspekte zur Behandlung intersexueller Differenzierungsstörungen. *Der Urologe, 50*(5), 593–599.

Wilkins, L. (1950). *The Diagnosis and Treatment of Endocrine Disorders in Childhood and Adolescence*. Springfield: Thomas Publishing.

Zwischengeschlecht.info (2010a). Intersex-Genitalverstümmelungen in Kinderkliniken – eine Genealogie. http://blog.zwischengeschlecht.info/post/2010/07/31/Intersex-Genitalverstuemmelungen-Genealogie (05.01.2015).

Zwischengeschlecht.info (2010b). Kinderkliniken: € 8175,12 Reingewinn pro Genitalverstümmelung [Eckhard Korsch, Vortrag zum DSD Consensus Statement, APE 2006]. http://blog.zwischengeschlecht.info/post/2010/10/11/Kinderkliniken-Euro-8175-Reingewinn-pro-Genitalverst%C3%BCmmelung (05.01.2015).

Zwischengeschlecht.info (2011). Prof. Dr. Hans Naujoks: »Seit 1934 rassistisch motivierte medizinische Operationen an intersexuellen Menschen« (Dt. Ethikrat, 19.7.11). http://blog.zwischengeschlecht.info/post/2011/07/20/Deutscher-Ethikrat-rassistisch-motivierte-Operationen-an-Intersexuellen-Naujoks (05.01.2015).

Zwischengeschlecht.info (2012a). Intersex-Genitalverstümmelungen (IGMs) in Kinderkliniken: Typische Diagnosen und Eingriffe. http://blog.zwischengeschlecht.info/post/2012/03/23/Genitalverstuemmelung-typische-Diagnosen-und-Eingriffe (05.01.2015).

Zwischengeschlecht.info (2012b). NS-Diagnose »Intersexuelle Konstitution«. http://blog.zwischengeschlecht.info/post/2012/06/21/Intersex-Typ-Schizoid-Weibel-Frauenheilkunde-1944 (05.01.2015).

Zwischengeschlecht.info (2013a). Intersex im Bundestag, 27.6.13: CDU/CSU + FDP = noch mindestens eine Legislaturperiode ungestört weiterverstümmeln. http://blog.zwischengeschlecht.info/post/2013/06/19/Intersex-Bundestag-27-6-2013-CDU-CSU-FDP-ungestort-weiterverstummeln (05.01.2015).

Zwischengeschlecht.info (2013b) »Intersex: Neuer Geschlechtseintrag in Deutschland« (Spiegel, Huff Post, Guardian, etc.) – Saure-Gurken-Fantasien vs. Wirklichkeit der Genitalverstümmelungen. http://blog.zwischengeschlecht.info/post/2013/08/20/Intersex-Geschlechtseintrag-Saure-Gurken-Fantasien-Reale-Genitalverstummelungen (05.01.2015).

Zwischengeschlecht.info (2014a). Nazi-»Erbkrankheiten«: Intersex, Rassenmischung, Hypospadie, Scheinzwittertum, Epispadie, D$D (Baur, Fischer, Lenz). http://blog.zwischengeschlecht.info/post/2014/10/08/Rassenmischung-Intersex-Hypospadie-Scheinzwittertum-Epispadie-DSD-Baur-Fischer-LenzErblehre-Rassenhygiene (05.01.2015).

Zwischengeschlecht.info (2014b). LIVEBLOG Intersex-Fachtagung Hamburg 09.07.2014. http://blog.zwischengeschlecht.info/post/2014/07/09/LIVEBLOG-Fachtagung-Hamburg-09-07-2014 (05.01.2015).

Zwischengeschlecht.info (2014c). Neue Verwaltungsvorschrift zum Intersex-Personenstand-Murks §22(3) PStG: Deutscher Bundesrat ab sofort offiziell IGM-Mittäter. http://blog.zwischengeschlecht.info/post/2014/05/29/Verwaltungsvorschrift-Intersex-Personenstand-Murks-Deutscher-Bundesrat-offiziell-Mittaeter (05.01.2015).

Zwischengeschlecht.org (2014). Offener Brief zu AWMF-Intersex/DSD-Leitlinien von Betroffenen, Partnern, Familien, Freunden, Unterstützer_innen. http://zwischengeschlecht.org/public/Offener-Brief_AWFM-Intersex-DSD-Leitlinien_2014.pdf (05.01.2015).

Zwischengeschlecht.org; Intersex.ch & SI Selbsthilfe Intersexualität (2014). Intersex Genital Mutilations. Human Rights Violations Of Children With Variations Of Sex Anatomy. NGO Report to the 2nd, 3rd and 4th Periodic Report of Switzerland on the Convention on the Rights of the Child (CRC), INT/CRC/NGO/CHE/18022/E. http://intersex.shadowreport.org/public/2014-CRC-Swiss-NGO-Zwischengeschlecht-Intersex-IGM_v2.pdf (05.01.2015).

»Was ist es denn?«

Intergeschlechtlichkeit in Bildung, Pädagogik und Sozialer Arbeit

Andreas Hechler[1]

> »Geschlecht beginnt bei der Frage: ›Was ist es denn?‹, bei der Geburt des Menschen, oder auch pränatal mittlerweile. Und mit dieser Fragestellung, die eben hier nur die Antwort ›weiblich‹ oder ›männlich‹, ›Mädchen‹-›Junge‹ kennt, sind die Weichen gestellt, und der Krieg fängt dort an, wo diese Weichen zwangsweise gestellt werden im Sinne von chirurgischen Eingriffen und anderes mehr. Der Krieg geht weiter im Kindesalter, wenn in irgendeiner Weise diese Raster dieser Gesellschaft nicht adäquat erfüllt werden. Der Krieg geht weiter, [...] wenn es um geschlechterspezifische Unterdrückungsformen wie Vergewaltigungen usw. geht. Und der Krieg geht natürlich auch weiter dann, wenn es um Arbeitsplatzdiskriminierung geht, wenn es um Straßengewalt geht und, und, und. [...] In meinen Augen wird die Grundsteinlegung tatsächlich bei dieser Frage: ›Was ist es denn?‹ gelegt.«
>
> *Michel Reiter (Tolmein & Rotermund, 2001)*

Der Intersex-Aktivist der ersten Stunde in der Bundesrepublik Michel Reiter kritisiert an allererster Stelle die Geschlechtszuweisung von Kindern im Rah-

1 Ich danke für Impulse, Anregungen, Gedanken und Korrekturhinweise Mart Busche, Sven Glawion, Katharina Debus, Juana Remus, Michael Peintner, Dan Christian Ghattas,

men einer zweigeschlechtlich organisierten Gesellschaft. Dies ist alles andere als selbstverständlich, wenn es um Intergeschlechtlichkeit geht. Ein Beispiel unter vielen weiteren mag genügen: In der Tatortfolge *Skalpell* wird mehrfach suggeriert, das eigentliche Problem sei nicht die Geschlechtszuweisung als solche, sondern dass intergeschlechtlichen Kindern teilweise ein »falsches Geschlecht anoperiert« werde und die »Wahrheit« (Tatort, 2012) von den Ärzt*innen bei der Geschlechtszuweisung nicht richtig erkannt würde, nämlich dass es sich *eigentlich* um einen Jungen und nicht um ein Mädchen handelte (bzw. vice versa). Ich schließe mich Reiters Kritik an und halte nicht die »falsche« Geschlechtszuweisung für das eigentliche Problem, sondern die Geschlechtszuweisung als solche. Hauptakteur*innen dieser Praxis sind Medizin und Recht in einem sehr engen Wechselspiel.

Was haben die Bildung, Pädagogik und Soziale Arbeit damit zu tun? Unmittelbar erst einmal nichts, mittelbar hingegen schon: Auch Mediziner*innen, Jurist*innen, Politiker*innen und andere gesellschaftliche Akteur*innen durchlaufen Bildungsinstitutionen. Diese können dazu beitragen, dass der gesellschaftliche Umgang mit Intergeschlechtlichkeit langfristig geändert wird. Einerseits gilt es, sich mit Intergeschlechtlichkeit zu befassen und darüber aufzuklären, andererseits ist zu fragen, wie eine ganz konkrete Unterstützung von Inter* aussehen könnte. Anhand dieser beiden Aspekte orientiert sich auch mein Beitrag:

In einem ersten Teil setze ich mich mit Lehren und Lernen über Intergeschlechtlichkeit auseinander. Ich schlage einen möglichen Einstieg ins Thema vor, grenze ihn von anderen, häufig aufzufindenden Zugängen ab und lasse intergeschlechtliche Stimmen gegen die medizinische Definitionsmacht zu Wort kommen. Zusätzliche bestimme ich Zielgruppen und stelle Materialien für die Pädagogik und Bildungsarbeit vor. In einem zweiten Teil skizziere ich mögliches Handeln im Rahmen (sozial-)pädagogischer Arbeit mit intergeschlechtlichen Menschen.

Es sei vorweg noch gesagt, dass es in der Pädagogik, Bildungs- und Sozialen Arbeit kaum Literatur und Material zum Thema Intergeschlechtlichkeit gibt. Es wird, wenn überhaupt, als »Spezial-«, »Rand-« und/oder »Minderheitenthema« gesehen. Die großen repräsentativen Studien zu Lebenswelten von Jugendlichen in Deutschland basieren auf der Annahme heteronormativ-zweigeschlechtlicher Identitäten. Auch in spezielleren Studien zur Lebenssituation

Ins A. Kromminga, Ev Blaine Matthigack, Christiane Hechler, Heinz-Jürgen Voß, Michaela Katzer und Ulrike Klöppel.

lesbischer, schwuler, bisexueller und transgeschlechtlicher Jugendlicher finden sich keine Daten zu Inter*-Jugendlichen (vgl. Focks, 2014, S. 3, 5). »Meist herrscht die rein rhetorische Einbeziehung in das Konzept der sexuellen Orientierung und Geschlechtsidentität vor, ohne dass die Lebenslagen von Trans* und Inter*Personen inhaltlich angesprochen und reflektiert werden« (Ghattas, 2013, S. 8). In dieser Hinsicht sind die folgenden Ausführungen als erste Überlegungen zu verstehen, die zur Validierung mehr Forschung und Praxis(transfer) benötigen.

1. Lehren und Lernen über Intergeschlechtlichkeit

»Das darf es eben nicht geben« – Ein möglicher Einstieg ins Thema Intergeschlechtlichkeit

Kat erzählt, dass sie mit 16 Jahren von ihrer *»Besonderheit«* erfahren habe, als sie immer noch nicht ihre Periode hatte. Sie spricht über das innerfamiliäre Schweigegebot und über ihre Eltern, die ihr sagen, dass sie *»trotzdem«* eine liebenswerte und tolle Frau sei. Sie erzählt von ihrer Therapie, ihrer Selbsthilfegruppe, von ihren Empowerment-Prozessen und ihrer *»Strike-Back-Phase«*. Sie hat klare Antworten bezüglich ihrer Wünsche, Gedanken, Träume, Beziehungen und wie sie leben will. Bezogen auf ihre geschlechtliche Identität sind die Antworten nicht weniger eindeutig:

> »Ich kann mich nicht damit identifizieren, eine intersexuelle Person zu sein, das reicht mir nicht. Ich bin eine intersexuelle Person, ja. Ich bin aber auch 'ne Frau. Ich bin vielleicht 'ne intersexuelle Frau oder 'ne Frau mit 'ner intersexuellen Disposition. Ich bin nicht eine intersexuelle Person, die in der weiblichen Rolle lebt, das geht nicht weit genug. Ich identifiziere mich mit dem, was meine Idee von Frausein ist.«[2]

Thomas erzählt von den Demütigungen im Krankenhaus, wie ihm ein Arzt sagte, dass man »so was wie ihn früher auf dem Jahrmarkt ausgestellt und damit Geld verdient« habe. Er erzählt von den Ganzkörpernacktaufnahmen, den Körpervermessungen, den Studierendenvorführungen und jeder Menge Blutentnahmen. Vorgeführt habe man ihn »wie ein wildes Tier […] wie im Zoo«. Seine

2 Kat(rin Ann Kunze) hat sich im April 2009 das Leben genommen (vgl. seelenlos, 2009).

Reaktionen darauf bestanden in Selbsthass, Einsamkeit, extremer Anpassung, Schockzuständen, Suizidgedanken: »Ich kämpfe immer nur ums nackte Überleben, jeden Tag.« Vermutlich wäre er gebärfähig gewesen, wurde aber kastriert: »Das darf es eben nicht geben, Männer dürfen keine Kinder gebären und Frauen dürfen keine Kinder zeugen.«

Meistens wird »aus diesem Menschen ein Mädchen gemacht, weil ›es einfacher ist, ein Loch zu graben, als einen Pfahl aufzustellen‹. Und dann wird alles, was nicht zum Mädchen passt, abgeschnitten«, fasst Lucie die gängige Praxisder westlichen Welt seit den 1960er Jahren im Umgang mit Neugeborenen zusammen, die als »intersexuell« diagnostiziert werden. Ihre eigenen Widerfahrnisse[3] diesbezüglich beschreibt sie rückblickend als Vergewaltigungen und existenzielle Verunsicherung. »Bin ich homosexuell?«, war eine der Fragen, die auftauchten, mit der Zeit aber auch Klarheit: »Ich bin keine Frau.« Die Hormonersatztherapien, die Östrogene, hat sie irgendwann abgesetzt, weil sie damit depressiv wurde. Bei der Selbsthilfegruppe XY-Frauen hat sie erfahren, dass sie nicht alleine ist und wurde gestärkt.

Romy empfindet sich »als sich selber« und »ein bisschen dazwischen«. Frau oder Mann hat für sie*ihn keine Bedeutung und was sie*er aus ihrem*seinem Leben macht, entscheidet sie*er selbst. Für die Ärzt*innen ist es einfacher zu sagen, es gäbe nur Mann und Frau: »Es ist einfacher, der Gesellschaft zwei Sachen zu verklickern oder zwei Schubladen als irgendwie zu sagen: ›Ach, es ist doch eigentlich alles ganz offen‹. *Das* bringt den Leuten einfach Sicherheit.« Sie*er zitiert einen Professor der Humangenetik, dessen Aussage »Normalität ist die Pathologie des Alltag« ihr*ihm gefällt, und schlussfolgert daraus: »Alles ist normal – und dann bin ich ja normal.«

Kat, Thomas, Lucie und Romy erzählen sehr offen, mutig, ausführlich, warmherzig und persönlich von ihren eigenen biografischen Erfahrungen als intergeschlechtliche Menschen in der Dokumentation *Die Katze wäre eher ein Vogel* von Melanie Jilg. Themen sind u. a. die Widerfahrnisse von Pathologisierung, medizinischer Folter, sexualisierter Gewalt und familiären Schweigegeboten, Gefühle wie Unsicherheit, Trauer und Angst, aber auch Selbstermächtigungsprozesse, Überleben, Beziehungen, geschlechtliche Verortungen, Kraft und Stärke. Die Dokumentation dauert 55 Minuten, es lassen sich aber auch

3 Erfahrungen haben etwas mit den Kontinuitäten des Lebens zu tun und sind mit positiven Assoziationen konnotiert. Der Begriff der »Widerfahrnis« baut semantisch auf dem Begriff der »Erfahrung« auf, benennt durch das »wider« hingegen deutlich, dass es sich um diskontinuierliche Ereignisse handelt, die sich gegen Personen richten und für sie negativ und schädigend sind (vgl. Reemtsma, 1997, S. 45).

einzelne Abschnitte ansehen. Sie ist als Einstieg in das Thema Intergeschlechtlichkeit gut geeignet.

Was ist bei diesem Einstieg ins Thema anders als bei anderen Zugängen?

Der eben vorgestellte Einstieg ins Thema Intergeschlechtlichkeit ist anders als viele andere mir bekannte. Diese fangen entweder häufig mit dem medizinischen Verständnis von Intersexualität an oder wollen die Unsinnigkeit des Zweigeschlechtersystems aufzeigen. Gelegentlich findet sich auch eine romantisierende Exotisierung. Alle drei weisen meines Erachtens Unzulänglichkeiten auf:

Da die ganze Thematik Intergeschlechtlichkeit eng mit dem medizinischen Wissensapparat verknüpft ist, scheint es zunächst naheliegend zu erklären, wie die Medizin Intersexualität denkt. Das Problem bei dieser Art der Annäherung an das Thema ist die Quasi-Unmöglichkeit, mit dem medizinischen Modell anzufangen und die ganzen »Syndrome« aufzuzählen und zu erklären, ohne die Gemeinten nicht zugleich auch zu pathologisieren und sie – ob gewollt oder nicht – erst einmal über den medizinischen Blick wahrzunehmen und nicht als Menschen mit ganz individuellen Interessen, Vorlieben, Erfahrungen und Lebensrealitäten. Darüber hinaus ist es nur schwer möglich, dem pathologisierenden Modell der Medizin zu entkommen, wenn man sich erst einmal darauf eingelassen hat – das Denken in der Welt der »Syndrome« funktioniert fundamental anders als ein Denken, das individuellen Menschen gerecht werden möchte oder aber gesellschaftliche Verhältnisse, Prozesse und Normen kritisch beäugt. Der Perspektivwechsel von »Störungen« zu Gesellschaftskritik ist gedanklich ein sehr weiter.

Wird hingegen mit der Gesellschaftskritik angefangen, sollen beispielsweise die Konstruktion von Geschlecht und die gesellschaftlichen Regeln zum Dogma der Zweigeschlechtlichkeit (Geschlecht sei angeboren und unveränderlich, es gebe ausschließlich zwei Geschlechter, die Dichotomie von männlich und weiblich sei natürlich, jeder Mensch müsse einem der zwei Geschlechter angehören, Genitalien bezeichneten das jeweilige Geschlecht zweifelsfrei etc.) aufgezeigt werden, dann ist der Weg zu Intergeschlechtlichkeit oft nur ein kurzer. Inter* erscheinen qua Existenz als lebendiger Widerspruch zu jeder dieser Annahmen und das Thema scheint sich von daher wunderbar für eine Geschlechtertheorie zu eignen, die Zweigeschlechtlichkeit und Heteronormativität kritisieren möchte. Einzuwenden ist hierbei, dass durch ein solches Vorgehen reale Lebenswelten und Widerfahrnisse von intergeschlechtlichen Personen ausgeblendet werden und es

zu einer (erneuten) Funktionalisierung, Objektivierung und Unsichtbarmachung kommt (vgl. Koyama & Weasel, 2003; Janssen, 2009). Es kann vorkommen, dass nach dem medizinischen Eingriff in Inter*-Körper nun die Sozialwissenschaften, die Gender Studies und die Bildungsarbeit auf intergeschlechtliche Körper zugreifen und diese für ihre eigenen Anliegen instrumentalisieren (wobei das Verhältnis auch ein solidarisch-unterstützendes sein *kann*, ist doch die Kritik an Zweigeschlechtlichkeit und Heteronormativität prinzipiell eine, die den Anliegen von Inter* zuarbeitet).

Wird sich intergeschlechtlichen Menschen zugewendet, und zwar weder mit dem pathologisierenden Modell der Medizin noch mit dem gesellschaftskritischen Impetus der Dekonstruktion von Geschlecht, verspricht auch dieses Vorgehen nicht unbedingt einen Zugang, der intergeschlechtlichen Lebensrealitäten gerecht wird. Es gibt ein historisch gewachsenes Interesse für Zwitterwesen, wo diese romantisiert als Geschlechter-Grenzgänger*innen, »Phänomene«, Exot*innen mit besonderem Freakstatus oder als mythenumwobene biologische »Besonderheit« wahrgenommen werden. Die Romantisierung und Exotisierung entrückt intergeschlechtliche Personen in entfernte Sphären – die uralte Sage um Hermaphroditos ist das bekannteste Beispiel – und auch hier werden Inter*-Lebensrealitäten in zweigeschlechtlich organisierten Gesellschaften inklusive der damit verbundenen Widerfahrnisse von Gewalt und Körperverletzungen ausgeblendet (vgl. Koyama & Weasel, 2003).

In den oben angeführten Beispielen erfahren wir etwas über die ganz konkreten Lebensrealitäten von intersexuellen Menschen, ohne dabei voyeuristisch zu werden – die Porträtierten haben selbst entscheiden, was sie teilen möchten und was nicht. Sie werden als Individuen sichtbar und sprechen als Expert*innen über ihr Leben. Zugleich erfahren wir etwas über den gesellschaftlichen Umgang mit Intergeschlechtlichkeit, ohne die Porträtierten dabei für ein bestimmtes Analyseraster zu funktionalisieren. In all dem spielen medizinische Definitionen keine Rolle; wenn überhaupt werden die Folgen medizinischen Handelns sichtbar.

Problematisch ist bei diesem Zugang, dass die Porträtierten nur in einer eingeschränkten Weise als Individuen sichtbar werden. Sie sprechen über die ihnen angetane Gewalt, was dazu führen *kann*, dass dadurch ein Opferstatus festgeschrieben und Widerstand unsichtbar gemacht wird, es also zu einer erneuten Viktimisierung kommt. Zudem bleiben all die Persönlichkeitsanteile unsichtbar, die nichts mit ihrer Intersexualität zu tun haben. Ich persönlich halte das für ein Dilemma, das sich nicht wirklich auflösen lässt, dessen man* sich aber bewusst sein und sensibel damit umgehen sollte.

»Kann ein Zwitter[4] Sünde sein?« – Intergeschlechtliche Stimmen

Eine weitere Hürde wird bei diesem Zugang deutlich: Die Stimmen von intergeschlechtlichen Menschen sind nötig. Sie sind nötig, da es ansonsten zu einem *Sprechen über* kommen kann, wenn das Thema aus einer nicht-intergeschlechtlichen Perspektive aufgegriffen wird, und das kann verletzend und paternalistisch sein; dies umso mehr, wenn intersexuelle Personen anwesend sind, die sich vor potenzieller Diskriminierung schützen wollen und sich deswegen nicht outen (vgl. Koyama & Weasel, 2003, S. 84, 87).

Eine »Hürde« ist dies deswegen, weil es generell nur wenige Inter* gibt und noch viel weniger, die die Kraft besitzen und bereit sind, über ihr Leben öffentlich zu sprechen bzw. zu schreiben. »Live«-Veranstaltungen sind von daher fast ausgeschlossen, und die Anzahl an Materialien (Texte, Filme ...), in denen Inter* über ihr Leben reden bzw. schreiben, ist nach wie vor recht überschaubar.

Das Beispiel von Hermaphrodit Elisabeth Müller, die*der ein eigenes Bühnenprogramm zum Thema Zwitter konzipiert hat, dürfte in dieser Hinsicht einzigartig sein. Sie*er will Leuten das Thema Intergeschlechtlichkeit auf leichte und humorvolle Art und Weise näherbringen:

> »Ich brach mein rechtes Handgelenk. Ich wurde eingegipst und ausgegipst.
>
> Dann war mein Handgelenk lahm, und ich wurde stationär aufgenommen in ein Reha-Krankenhaus.
>
> *Bei der Aufnahme fragte mich ein Arzt:* ›Hatten Sie Operationen in ihrem Leben und wenn, welche?‹
>
> *Meine treue und ehrliche Antwort:* ›Mit 16 Jahren Entfernung von Nasenpolypen und mit 24 Jahren Entfernung meiner Hoden.‹
>
> *Der Arzt im belehrenden Tonfall:* ›Nein, Ihre Eierstöcke!‹.
>
> *Ich:* ›Meine Hoden! Meine Hoden haben mich weiblich gemacht.‹
>
> *Dann hörte ich des Arztes Stimme in ein Diktiergerät sprechen:* ›Mit 24 Jahren Geschlechtsumwandlung.‹
>
> ›Haaalt! Lassen sie das! Schreiben Sie: »Unterleibsoperation«. Im Übrigen: Was hat mein Unterleib mit meinem Handgelenk zu tun?!‹
>
> *Nachher ist man ja schlauer, und so habe ich jetzt eine passendere Antwort.«*

4 Der zumeist abwertende Begriff »Zwitter« wird von einigen Inter* als Selbstbezeichnung positiv wieder angeeignet. Er sollte von Menschen, die nicht intergeschlechtlich sind, nicht oder nur sehr bedacht verwendet werden.

> Sie*er setzt sich ans Klavier und singt: *»Man nennt mich den Zwitter, den nicht sehr berühmten, Yes Sir, in Blättern Gesetzen, da gibt's keinen Zwitter, No Sir«* (Güldenpfennig, 2008).

Musik ist ihre*seine große Leidenschaft, und an anderer Stelle schmettert Müller »Kann ein Zwitter Sünde sein?« zu der Melodie von Zarah Leanders *Kann denn Liebe Sünde sein?*

Weitere Materialien für die Pädagogik und Bildungsarbeit

Da in Lehr- und Lernkontexten nur begrenzt Zeit zur Verfügung steht und die Behandlung des Themas Intergeschlechtlichkeit häufig nur als Teil einer Einheit zu Geschlechterverhältnissen oder Sexualpädagogik behandelt werden kann, sind die folgenden Materialien als Einladung zu verstehen, sich mehr mit Intergeschlechtlichkeit auseinanderzusetzen. Sie lassen sich gut »einbauen«, sodass die Thematisierung von Intergeschlechtlichkeit als eines von mehreren relevanten Themen unter Berücksichtigung der zuvor angeführten Punkte selbstverständlich in die Lehre integriert werden kann.

Es gibt mittlerweile eine Reihe von Filmdokumentationen, in denen intergeschlechtliche Menschen porträtiert werden: *Die Katze wäre eher ein Vogel …* ist bereits oben erwähnt worden, ebenso wurden schon Teile aus Heike und Norbert Güldenpfennigs Reportage *Weder Mann noch Frau! Leben als Zwitter* vorgestellt. In dieser werden mehrere intergeschlechtliche Personen mit Empathie porträtiert. Die Reportage stellt u. a. ein verheiratetes intergeschlechtliches Ehepaar in Deutschland vor und enthält mitunter sehr lustige Stellen, die die Konstruktion von Geschlecht ad absurdum führen. In der bekanntesten deutschen Dokumentation zum Thema Intergeschlechtlichkeit *Das verordnete Geschlecht* (Tolmein & Rotermund, 2001) kommen nicht nur Betroffene, sondern auch Eltern, Mediziner und Jurist*innen zu Wort. Pädagogisch gut einsetzen lässt sich ebenso der einfühlsame und mit wunderschönen, langsamen Bildern durchzogene Spielfilm *XXY* (Puenzo, 2007) über die*den 15-jährige*n intergeschlechtlichen Alex.[5] In der österreichischen Dokumentation *Tintenfischalarm* (Scharang, 2006) wird Alex Jürgen porträtiert, der sowohl trans*- als auch intergeschlechtlich ist. Auf

5 Der Film enthält einen etwas irreführenden Titel, da Alex nicht »XXY« ist. Zudem gibt es in dem Film eine Vergewaltigungsszene, darauf sollte mindestens im Vorfeld hingewiesen werden oder der Film bei Triggergefahr nicht angesehen werden.

YouTube finden sich zudem verschiedene, häufig englischsprachige Clips, die intergeschlechtliche Menschen zeigen oder von ihnen in empowernder Weise selbst gemacht wurden. Auf textlicher Ebene finden sich kurze, persönliche Geschichten von intergeschlechtlichen Personen aus der ganzen Welt in dem sehr lesenswerten Band *Inter – Erfahrungen intergeschlechtlicher Menschen in der Welt der zwei Geschlechter*, herausgegeben von einem teilweise intergeschlechtlichen Team (Barth et al., 2013). Auf literarischer Ebene bietet sich der international ausgezeichnete Roman *Middlesex* von Jeffrey Eugenides an, in dem die Hauptfigur intergeschlechtlich ist. Die autobiografische Graphic Novel *Hexenblut* ist von der*dem intergeschlechtlichen Suskas Lötzerich und erzählt sehr offen und ehrlich von dem Aufwachsen als intergeschlechtliche Person. Ebenfalls sehr empfehlenswert ist *Ach, so ist das?!* von Martina Schradi. In zwei ihrer Comicreportagen (Sasha, S. 63–66; Sefik, S. 71–74) beschäftigt auch sie sich dezidiert mit intergeschlechtlichen Lebensrealitäten und Diskriminierungswiderfahrnissen.

Die Broschüren der Arbeitsgemeinschaft gegen Gewalt in der Pädiatrie und Gynäkologie (AGGPG) aus der Anfangszeit der Intersex-Bewegung in der Bundesrepublik sind nach wie vor lesenswert, sowohl vom theoretischen Gehalt als auch vom politischen Impetus her. Empfehlenswert aus der Broschüre *Hermaphroditen im 20. Jahrhundert zwischen Elimination und Widerstand* ist zudem der Text *Welt verkehrt. Geschlechterkategorien aus der Sicht eines Hermaphroditen*, in dem eine intergeschlechtliche Person alles um sie herum pathologisiert. Dadurch wird stark für zweigeschlechtliche Realitäten sensibilisiert.

Für die Arbeit mit Sechs- bis Zwölfjährigen in der Schule gibt es vom österreichischen Verein Selbstlaut e. V. (2013) die Materialsammlung *Ganz schön intim*, in der in zwei Kapiteln Intergeschlechtlichkeit thematisiert wird. In Kapitel D4 (*Installation Geschlechtsorgane*, S. 57–61) wird spielerisch Wissen darüber vermittelt, wie männliche, weibliche und intergeschlechtliche Geschlechtsorgane[6] aufgebaut sind, und in Kapitel D9 (*Mädchenjunge/Jungemädchen – Intergeschlechtlichkeit*, S. 69–70) kann anhand der Gedanken und Gefühle eines intergeschlechtlichen Kindes über die Vielfalt von Geschlechtern gelernt und in Kleingruppen anhand bestimmter Fragen diskutiert werden. Generell wird in dieser Materialsammlung erfreulicherweise Intergeschlechtlichkeit konsequent mitgedacht, und so findet sich auch in Kapiteln, die nicht explizit Intergeschlechtlichkeit thematisieren, eine Abkehr von Zweigeschlechtlichkeit als Norm. Es wird jedoch auch deut-

6 Hierbei sollte nicht vergessen werden, dass intergeschlechtliche Geschlechtsorgane sehr vielfältig sein können und es nicht unbedingt die Geschlechtsorgane sind, die zu der Diagnose »intersexuell« führen.

lich, dass dieser Anspruch nicht immer konsequent eingelöst wird; so ist beim Begriff »Pubertät« (S. 114) eine cis-zweigeschlechtliche Sicht dominant. Besonders positiv ist an dieser Materialsammlung, dass sich die einzelnen Methoden miteinander kombinieren lassen und es Vorschläge für »Unterrichtspakete« gibt. Zudem wird auf die Notwendigkeit einer wertschätzenden Atmosphäre und das Reagieren auf abwertende Witze und Kommentare hingewiesen.

Für noch jüngere Kinder gibt es das liebevoll gestaltete Kinderbuch *Lila oder was ist Intersexualität?* vom Verein Intersexuelle Menschen e. V. (2009), das verschiedene Körper und Intergeschlechtlichkeit anschaulich und einfach erklärt (»Wenn man sich vorstellt, dass alle Mädchen rot wären und alle Jungen blau, dann wären diese Kinder eine Mischung von beidem und aus rot und blau wird: Lila!«). An dem Zitat deutet sich schon an, dass das Buch einer zweigeschlechtlichen Logik verhaftet bleibt. Ein weiteres Kinderbuch ab vier Jahren ist *Jill ist anders* (2015) von Ursula Rosen, das mit online herunterladbaren pädagogischen Handreichungen begleitet wird. Positiv ist hier anzumerken, dass Jills Eltern ihr_sein Geschlecht offen lassen und Jill die Entscheidungsmacht darüber geben. Es wird auch mit wechselnden Pronomen geschrieben und das Buch kann als Plädoyer für geschlechtliche Vielfalt gelesen werden. Problematisch ist hingegen, dass ausschließlich auf Identität fokussiert wird und die Gewalt der Medizin dethematisiert bleibt. In den Begleitmaterialien wird sogar stellenweise von »geschlechtsangleichenden« Operationen und nicht etwa von »geschlechtsverstümmelnden« gesprochen. Irritierend ist bei Rosen auch der Fokus auf die ganzen medizinischen Intersex-»Syndrome« und die stellenweise Übernahme pathologisierender Sprache, was sich auch schon in anderen Materialien der Autorin findet (vgl. Rosen, 2009). Das titelgebende »anders« wird am Ende zwar aufgelöst (›alle sind irgendwie anders‹), macht sich aber überwiegend an Normabweichungen (frecher, kleiner, dunkler, dicker) fest.

»Die eigentlichen Expert_innen sind […] die Betroffenen« – Fokusverschiebungen

Dies leitet über zu einer ganz grundlegender Frage: In welchem Wissensfeld wird Intergeschlechtlichkeit verhandelt? Zunächst lässt sich feststellen, dass Intergeschlechtlichkeit nur selten verhandelt wird (vgl. hierzu ausführlicher Hechler, 2012, 2013), und wenn, dann häufig in problematischer Weise.

Es ist nicht nur so, dass die Pädagogik im Feld Intergeschlechtlichkeit bisher kaum Gehör gefunden hat (und sich bisher auch wenig damit befasst hat); viel

beunruhigender ist, dass die Medizin das dominierende Wissensfeld diesbezüglich ist. Die Medizinhistorikerin und Psychologin Ulrike Klöppel führt aus, dass

> »sich die Medizin in einem Bereich Zutritt verschafft und Macht bekommen hat, der eigentlich erst einmal ein sozialer ist. Die Frage, welchem Geschlecht Menschen zugeordnet werden, war über Jahrhunderte hinweg eine soziale. Dann mischt sich auf einmal die Medizin ein und macht daraus eine scheinbar naturwissenschaftliche Angelegenheit. [...] [Sie] beginnt um das 17. Jahrhundert herum das Recht für sich zu reklamieren, dass sie über die Geschlechtszuweisung von Hermaphroditen entscheidet und nicht Hebammen oder die Eltern« (Klöppel, 2013, S. 102).

Klöppel leitet aus diesen Ausführungen die Forderung ab, die medizinische Definitionsmacht zu hinterfragen: »Die eigentlichen Expert_innen sind [...] die Betroffenen, und ihnen muss Entscheidungsmacht über ihr Leben zurückgegeben werden« (ebd.). Es geht dabei nicht nur um die Geschlechtszuweisung, sondern auch um eine Kritik an der umfassenden Pathologisierung, die die Medizin vornimmt. Intergeschlechtliche Menschen sind nicht krank, vielmehr werden sie von einer Gesellschaft diskriminiert, »die ihnen ein starres binäres soziales Ordnungssystem von Geschlecht aufzwingt« (ebd., S. 103).

Es geht also einerseits darum, der Medizin ihren Status als Expert*innenwissenschaft streitig zu machen, sie zum Schweigen und zum Zuhören zu bringen (und das Thema Intergeschlechtlichkeit von daher nicht in erster Linie im Biologieunterricht zu behandeln). Andererseits tut eine Fokusverschiebung not, die auf Diskriminierung und Menschenrechte abzielt.

»Für die Kinder ist das viel weniger ein Problem als für die Erwachsenen« – Zielgruppen

Um etwas lehren und/oder unterrichten zu können, muss sich zunächst selbst Wissen angeeignet werden. Von vielen pädagogisch Tätigen ist oft zu hören, dass Intergeschlechtlichkeit als Thema für die jeweilige Lerngruppe »zu überfordernd« sei. Meine persönliche Erfahrung spiegelt das nicht wider: Ich habe in der Bildungsarbeit bei Teilnehmenden durchweg großes Interesse festgestellt, wenn Intergeschlechtlichkeit Thema war. Mir scheint der Verweis auf die angebliche (oder tatsächliche?) Überforderung von Teilnehmenden eher ein Hinweis auf eigene Unsicherheiten mit der Thematik zu sein, was in ein imaginäres Außen – die Teilnehmenden/Schüler*innen/Lerngruppe – projiziert wird. Es ist,

das sei hier ausdrücklich betont, vollkommen in Ordnung, unsicher zu sein und Wissenslücken zu haben. Dies kann als Herausforderung begriffen werden, damit einen für sich produktiven Umgang zu finden, Wissenslücken zu schließen und Selbstsicherheit bezüglich des Themas Intergeschlechtlichkeit zu gewinnen. Es ist auch denkbar, gemeinsam mit der jeweiligen Lerngruppe zu recherchieren und sich so dem Thema anzunähern. Soll also ein Lernen über Intergeschlechtlichkeit ermöglicht werden, sind die primäre Zielgruppe die Lehrenden/Pädagog*innen selbst.

Die Mutter eines intergeschlechtlichen Kindes beschreibt den Umgang der Mitschüler*innen mit ihrem Kind: »Was interessant ist, es wird von einigen Schulkameraden mit seinem weiblichen Vornamen angesprochen und gleichzeitig mit ›er‹. […] Für die Kinder ist das viel weniger ein Problem als für die Erwachsenen« (zit. nach Morgen, 2013, S. 77). Diese Episode verdeutlicht sehr gut, was ich (A. H.) aus eigener Erfahrung und auch der vieler Kolleg*innen immer wieder mitbekomme: Kinder sind in aller Regel viel offener und weniger stereotypisierend als Erwachsene, wenn es um Geschlecht geht.

Als Negativbeispiel mag hier eine zweite Mutter eines intergeschlechtlichen Kindes dienen, die trotz ihrer intensiven Auseinandersetzung mit Intergeschlechtlichkeit einer zweigeschlechtlichen Logik verhaftet bleibt. Sie erklärt Geschlecht immer wieder essenzialistisch mit »Natur« und sucht permanent »männliche« Verhaltensweisen und Äußerlichkeiten bei ihrem Kind (»Häufig beobachtete ich an ihr ein ausgesprochen jungenhaftes Verhalten«; ebd., S. 31) und anderen intergeschlechtlichen Jugendlichen (»Ich will mir die Jugendlichen auf dem Spaziergang etwas genauer angucken, die vier Mädels, die angeblich so gut Fußball spielen sollen. Kann ich in ihren Gesichtern, in ihrem Verhalten, etwas Männliches entdecken?«; ebd., S. 49).

Was hier exemplarisch als detektivische Suche nach dem »wahren Geschlecht« beschrieben und zitiert wird, ist Alltag für viele Inter* (und auch transgeschlechtliche Menschen). Sie werden von denen, die sich geschlechtlich für »normal« halten, genauestens inspiziert und es wird nach »Fehlern«, d. h. Uneindeutigkeiten in ihrer geschlechtlichen Performance gesucht. Die Vielfalt menschlicher Körper, Existenz- und Verhaltensweisen, die im Zweigeschlechtersystem nicht aufgehen (können), scheint bei vielen »Männern« und »Frauen« eine Identitätskrise um die nächste zu produzieren, die mit verdeckter bis offener Aggression denjenigen gegenüber abgewehrt wird, die von der Norm »zu weit« entfernt sind. Intersex-Aktivist*in Claudia Kreuzer benennt diesen Mechanismus der Auslagerung, bei dem intergeschlechtliche Menschen die Leidtragenden sind:

> »Das ganze ist 'ne Illusion. Das sind Leute, die versuchen, ihre Fiktionen an uns zu realisieren. Und das kann nicht funktionieren. […] Das ist zum Scheitern verurteilt, weil es keine Realität ist. Die Fiktion, die verfolgt uns unser ganzes Leben lang. Und die Fiktion ist letztendlich auch das, was viele von uns in den Selbstmord treibt« (Güldenpfennig, 2008).

Es handelt sich hierbei sowohl um eine politische, als auch um eine pädagogische Frage. Große Teile der Gesellschaft, allen voran Ärzt*innen, Jurist*innen und Eltern, scheitern an der Realität, d. h. der Vielfalt menschlicher Körper und Geschlechter. In externalisierender Weise laden sie *ihre* Themen mit Geschlecht (nicht nur, aber auch) bei Intersexuellen ab. Für die Pädagogik heißt das, dass hier insbesondere mit den genannten Gruppen als auch mit allen anderen, und allem voran mit sich selbst, eine selbstreflexive Auseinandersetzung mit der eigenen geschlechtlichen Sozialisation und daran gekoppelten Vorstellungen von Geschlecht gefördert werden muss wie auch eine Begleitung in dieser Auseinandersetzung. Erst wenn dem Blickregime der »Normalen« auf »abnorm« konstruierte Körper ein Spiegel vorgehalten wurde und sich von dem Wunsch (bzw. der Allmachtsfantasie) gelöst wurde, über das Geschlecht eines anderen Menschen bestimmen zu wollen, kann ein unterstützender Kontakt mit einem intergeschlechtlichen Menschen (und auch nicht-intergeschlechtlichen Menschen) möglich sein. »Was ist es denn?« kann *nur* der Mensch selbst entscheiden, um den es geht! Das heißt auch, dass Eltern nicht das Recht haben, über das Geschlecht eines Kindes dauerhaft zu entscheiden – von allen anderen ganz abgesehen.

Was ist also für Lehr- und Lernkontexte zu beachten?

- Es ist richtig, wichtig und notwendig, Intergeschlechtlichkeit und den gesellschaftlichen Umgang mit Intergeschlechtlichkeit zum Thema zu machen, und zwar auch in der Medizin, v. a. aber in allen anderen Bereichen, die etwas damit zu tun haben. Bildung, Pädagogik, Soziale Arbeit sind einige dieser Felder. Wünschenswert ist eine feste Verankerung in Ausbildung, Lehrplänen und Studiengängen sozialer, pädagogischer, juristischer und medizinischer Berufe.
- Lernen über Geschlecht im Allgemeinen und über Intergeschlechtlichkeit im Besonderen sollte nicht erst im Studium bzw. der Ausbildung beginnen, sondern schon deutlich früher. Wenn Geschlecht für Kinder eine Relevanz bekommt, kann mit vorurteilsbewusster Bildung angefangen werden. Hier-

für braucht es wiederum pädagogische Fachkräfte, die diesbezüglich gut ausgebildet wurden.

- ➢ Dafür ist es notwendig, sich Wissen anzueignen, u. a. indem intergeschlechtlichen Menschen zugehört wird – live, in Form von Texten, biografischen Erzählungen, Dokumentationen und anderen Medienbeiträgen.
- ➢ Noch viel wichtiger ist es, sich von vertrauten Wahrnehmungs- und Denkgewohnheiten zu lösen, den Blick umzukehren von anderen auf sich selbst, autobiografisch zu arbeiten und sich selbstreflexiv die eigene geschlechtliche Gewordenheit zu vergegenwärtigen. Es geht mitnichten nur um reine Wissensvermittlung, sondern um emotional-psychische Lern-und Veränderungsprozesse. Hierfür macht es Sinn, andere um Begleitung in dieser Auseinandersetzung zu bitten. Dies ermöglicht, zu einem späteren Zeitpunkt auch andere Menschen in dieser Auseinandersetzung begleiten zu können.
- ➢ Es geht auch um die eigene Sprache und verwendete Begriffe. Nicht als Selbstzweck, Kosmetik oder Erfüllung von Codes, sondern aus einer Haltung der Vielfalt wird als logische Konsequenz eine Sprache der Vielfalt (mehr dazu unten).
- ➢ Intergeschlechtlichkeit sollte nicht für die eigene Theoriebildung funktionalisiert werden. Daraus folgt:
  - a) Es sollte bei der Behandlung des Themas nicht mit der Medizin oder der Biologie angefangen werden, die stets pathologisieren und der Dimension der Thematik gar nicht gerecht werden können, sondern mit Widerfahrnissen und Lebensrealitäten von Inter* (ohne sie dabei vorzuführen).
  - b) Intergeschlechtliche Menschen sollten als Expert*innen und Autoritäten zu Wort kommen, nicht bloß als Betroffene (sondern: als Referent*innen, Autor*innen, Erzähler*innen, Filmemacher*innen ...) (vgl. Koyama & Weasel, 2003, S. 83–87; TransInterQueer & OII-Deutschland, 2014, S. 8).
  - c) Die Gewalt, die Inter* angetan wird, sollte sichtbar werden, ebenso die Anliegen, Forderungen und Widerstandsbewegungen dagegen. Dabei ist große Sensibilität vonnöten, bloßstellende Nacktfotos oder ähnliche Viktimisierungen sind in jeder Hinsicht zu vermeiden. Der Fokus liegt nicht auf Pathologien und Syndromen, sondern auf Diskriminierung und Menschenrechten. Darüber hinaus sollten intersexuelle Menschen als eigenständige Wesen in den Vordergrund treten, als Individuen mit eigenen Interessen, Vorlieben, Wünschen, Bedürfnissen etc., die nichts mit ihrer Intersexualität zu tun haben.

- Es sollte grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass intergeschlechtliche Menschen anwesend sind, und dementsprechend sollte ein diesbezüglich sensibler Umgang vorherrschen.
- Schlussendlich sollte der Fokus (der nicht selten voyeuristische und übergriffige Züge trägt) von Inter* wieder weggenommen und der gesellschaftliche Umgang mit Intergeschlechtlichkeit in einen größeren Kontext gestellt werden. Intergeschlechtlichkeit ist lediglich *ein* Aspekt geschlechtlicher Vielfalt. Es können beispielsweise geschlechtliche und sexuelle Normen thematisiert werden, da diese *alle Menschen* betreffen. Geschlechtszuweisungen, Schönheitsideale, Männlichkeits- und Weiblichkeitserwartungen und dergleichen mehr stellen Anforderungen an *alle* Menschen, und alle scheitern an bestimmten Punkten an den rigiden Normen der Zweigeschlechterwelt. Von daher hat die kritische Beschäftigung mit Intergeschlechtlichkeit und Männlichkeits- und Weiblichkeitsanforderungen etwas Entlastendes für alle, nicht nur für Inter*, und macht die Leben aller Menschen entspannter und schöner. Von »geschlechtlicher Vielfalt« sollte von daher auch nicht erst dann gesprochen werden, wenn es um trans* oder inter* geht, sondern auch, wenn es »nur« um »Männer« und »Frauen« geht – diese sind auch Teil »geschlechtlicher Vielfalt«. Zudem ist es sinnvoll, Zusammenhänge zu anderen Bewegungen herzustellen, z. B. zur Behindertenbewegung, zur Kinderrechtsbewegung, zur Antipsychiatriebewegung, zu Medizinkritik etc. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass die je spezifischen Erfahrungswelten von intergeschlechtlichen Menschen (Pathologisierung, Genitalverstümmelung, Entnahme reproduktiver Organe, Hormonverabreichung, Tabuisierung etc.) nicht unter den Tisch fallen (vgl. Koyama & Weasel, 2003).
- Lehr- und Lernmaterialien sollten zügig überarbeitet werden, und zwar nicht nur in einem engen Sinne auf Intergeschlechtlichkeit fokussiert, sondern auch in einem weiter gefassten. Nach wie vor sind im Biologieunterricht die idealtypisierten Darstellungen eines nackten Jungen und eines nackten Mädchens Standard bei gleichzeitiger Pathologisierung von Entwicklungen, die nicht in das Raster des »Typischen« bzw. »Normalen« passen. Auch in allen anderen Fächern ist das Vater-Mutter-Kind-Setting als familialer Grundbaustein ungebrochen dominant. Ziel wäre hier eine Verschiebung von Normen: Ausgangspunkte für »Familie« sollten Werte wie Verantwortung, Transparenz, Respekt etc. sein anstelle von fixen Identitäten und fein säuberlich geschiedenen Dichotomien.
- Ansonsten gilt, wie sonst auch: Wohlwollen mit sich selbst. Widerspruchsfreies Handeln ist nur selten möglich und die Grenzen zwischen gut

gemeint und nicht so gut gemacht sind oft fließend und lassen sich individuell nicht aufheben, sind also kein persönliches Versagen, sondern strukturell angelegt. Dies betrifft beispielsweise die Beschäftigung mit Intergeschlechtlichkeit, die einerseits »total spannend« sein kann und ganz schön exotisierend andererseits oder die Beschreibung von Diskriminierungen und Unrecht einerseits und der Produktion von Opferidentitäten andererseits.

2. (Sozial-)Pädagogische Arbeit mit intergeschlechtlichen Menschen

> »Da die geschlechtlichen Identitäten in unserer Gesellschaft eine derart große Rolle spielen, geraten inter*, trans* und genderqueere Jugendliche gerade in der vulnerablen Jugendphase in Bedrängnis (z. B. Umkleidekabinen, im Zeltlager, Schlafräumen, Toiletten, im Sportunterricht, auf jedem Fragebogen, überall muss das Geschlecht angegeben werden).«
>
> *Focks (in Anlehnung an Stefanie Schmidt), 2014, S. 10*

Wie könnte bzw. sollte pädagogisch gehandelt werden, wenn man* mit einem Inter*-Kind oder -Jugendlichen zu tun hat? Diese Frage ist nicht eindeutig von den bisherigen Ausführungen zu trennen, da Inter* zum einen potenziell immer auch Teil von Lerngruppen und pädagogischen Settings sind, zum anderen ist, wie weiter oben bereits ausgeführt, sehr viel eigene Auseinandersetzung, Selbstreflexion und daran gekoppelt eine Arbeit an der eigenen Haltung nötig. Pädagogische Ziele wären Inklusion und Anerkennung des Anderen in der Differenz, d. h. ein Zustand, »in dem man ohne Angst verschieden sein kann« (Adorno, 2001, S. 185), und zugleich die Erkenntnis, dass man* selbst »verschieden« ist. Eine Reflexion der eigenen geschlechtlichen Gewordenheit, damit einhergehende Selbstsicherheit und eine Offenheit gegenüber anderen geschlechtlichen Gewordenheiten und Existenzweisen würde die Angst vor denjenigen minimieren, die ganz offensichtlich die zweigeschlechtliche Ordnung irritieren und aus diesem Grund bis dato angegangen, diskriminiert und unsichtbar gemacht werden. Die

Folgen (und zugleich Ziele) wären geschlechtliche Selbstbestimmung und dass Intergeschlechtlichkeit angst- und diskriminierungsfrei gelebt werden kann.

Die folgenden Ausführungen sind erste Überlegungen anhand von Selbstzeugnissen von intergeschlechtlichen Menschen, was für sie in ihren Emanzipationsprozessen unterstützend war. Es sind Empfehlungen für Pädagog*innen, Sozial- und Bildungsarbeiter*innen, die mit Inter*-Kindern und -Jugendlichen arbeiten.

Aneignung von Wissen

Eng an die Frage der Haltung knüpft sich die *Aneignung von Wissen*. Dazu gehören neben den bisher erwähnten und vielen weiteren nicht erwähnten Materialien nicht zuletzt auch aktuelle Geschlechtertheorie, Medizin- und Rechtskritik. Die zurzeit umfangreichste Publikation im deutschsprachigen Raum zu Intergeschlechtlichkeit ist die Dissertation *XX0XY ungelöst* von Ulrike Klöppel, mit der sich fundiertes Hintergrundwissen angeeignet werden kann. Auf die Darstellung von intersexuellen Menschen und die Behandlung von Intergeschlechtlichkeit in Schulbüchern geht die erste und bisher einzige Studie zu (nicht nur) diesem Thema von Melanie Bittner ein und ist insbesondere allen in der Schule Tätigen zur Sensibilisierung ans Herz gelegt. Ihr deprimierendes Fazit von insgesamt 29 untersuchten Englisch-, Biologie- und Geschichtsbüchern lautet: »Geschlecht wird in allen untersuchten Schulbüchern als binäre Kategorie konstruiert. Inter* und Trans* sowie deren Diskriminierungserfahrungen werden völlig ausgeblendet« (Bittner, 2011, S. 81).

Empathie, Annahme und Aufklärung

Vielen Inter* ist ein Übermaß an Pathologisierung, medizinischer und sozialer Gewalt wie auch Leugnung und Bagatellisierung dieser Gewalt widerfahren mit den bereits zuvor beschriebenen Folgen (Traumatisierung, Entfremdung, innerfamiliäre Tabuisierung, Verunsicherung, Einsamkeit etc.). Im Kern geht es daher um Empathie und Verständnis für das Widerfahrene und die Schaffung nichtpathologisierender Räume, in denen »zentrale Werte wie Selbstakzeptanz, Überwindung der Isolation durch Austausch mit anderen in ähnlichen Situationen (Peer-Ansatz) und Wahrhaftigkeit (im Gegensatz zur Tabuisierung, Falschinformationen und dem Schweigen)« (TrIQ, 2014) gelebt werden können.

Mit einem profunden Wissen kann eventuell auch ein Stück weit darüber aufgeklärt werden, was Inter* sind: Ganz gewöhnliche Individuen mit bestimmten Besonderheiten in einer zweigeschlechtlichen Welt, die vollkommen okay sind und die glücklich und zufrieden sein dürfen und sollen. Dies hat den wichtigen Effekt, dass das Schweigetabu, die Geheimhaltung und das systematische Lügen durchbrochen wird. Im besten Fall findet eine Entlastung durch Erklärung gesellschaftlicher Verhältnisse statt, indem vermittelt werden kann, dass nicht »sie« das »Problem« sind, sondern dass es diese Gesellschaft selbst ist, die an der Vielfalt menschlicher Körper und Geschlechter scheitert. In dieser Hinsicht ist die oft gehörte Rede von »uneindeutigen Genitalien« zu unterlassen – jedes Genital ist eindeutig! »Uneindeutigkeit« kann es nur in zweigeschlechtlich organisierten Gesellschaften geben.

Nicht-diskriminierende Sprache

Sprache ist ein wichtiger Aspekt. Intergeschlechtlichkeit ist kein »Phänomen« bzw. nur dann, wenn, »Männer«/Männlichkeit und »Frauen«/Weiblichkeit gleichermaßen »Phänomene« sind. Das ganze unsinnige Gerede vom »falschen Geschlecht« (ein Geschlecht ist niemals »falsch«!), »zwischen den Geschlechtern« (als gäbe es nur Männer und Frauen als »Geschlechter« und als wären Inter* per se »dazwischen«), einem angeblichen »Schicksal« (hey, Intergeschlechtlichkeit ist doch kein Erdbeben!) etc. pp. ist zu unterlassen. Ebenso ist die nicht totzukriegende Mär vom »zu kleinen Penis« oder einer »zu großen Klitoris« fragwürdig – Was soll das sein?! Wer so spricht, verdeutlicht lediglich seine*ihre ausschließliche Orientierung an heterosexuellem Steckkontakt-Sex. Inter* gehören auch sprachlich in die reale Welt zurückgeholt. Die ständige Betonung einer angeblichen »Laune der Natur« (»die Natur« ist weder ein Subjekt, das »launisch« sein könnte, noch sind Menschen ihr äußerlich – auch diese sind Natur; und wenn schon, sind alle Menschen »Launen der Natur«) und der besonders besonderen Besonderheit sind diesbezüglich wenig hilfreich. Auch bei Sprache geht es immer und immer wieder um die Selbstreflexion und die Infragestellung gesellschaftlicher Normen.

Ein schönes Beispiel für eine Pädagogik der Offenheit und einen sensiblen Umgang mit Sprache beschreibt die Mutter eines intergeschlechtlichen Kindes, die in die Lehrer*innenkonferenz der Schule ihres Kindes geht, dort über ihr Kind aufklärt und sich Offenheit und Unterstützung für dieses wünscht. Dies führt beispielsweise dazu, dass der Sportlehrer nicht mehr »Alle Mädchen hierher, alle

Jungs da lang« ruft, sondern: »Alle, die in die Mädchen-Umkleidekabine gehen, gehen jetzt hier lang, alle, die in die Jungs-Kabine gehen, da lang« (zit. nach Morgen, 2013, S. 76).

Definitionsmacht

Die Definitionsmacht darüber, wer eine Person ist und wer sie*er sein möchte, ist ohne Einschränkungen in die Hände der Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen selbst zu legen. Es ist ganz prinzipiell bei allen Menschen darauf zu achten, dass diese sich ihr Geschlecht selbst wählen dürfen, und zwar jederzeit, und auch immer wieder neu. Weder die Eltern(teile) noch Mediziner*innen noch Jurist*innen sollten das Geschlecht eines Kindes definieren und festlegen. Das ist auch genauso gegenüber allen zu vertreten:

- Für Kinder, Jugendliche und Erwachsene gilt: »Du definierst, wer du bist, niemand anderes!«
- Für (Sozial-)Pädagog*innen und Sozialarbeiter*innen gilt: »Sprich deine zu Betreuenden geschlechtlich so an, wie diese das gerne möchten und unterstütze sie auch gegenüber Dritten darin.«
- Für Eltern gilt: »Du wirst ein Kind bekommen mit einem Geschlecht.«
- Für die, die wissen wollen, was »es« denn ist/wird, gilt: »Es hat sich noch nicht entschieden.«
- Für Mediziner*innen gilt: »Es ist ja super, dass ihr helfen wollt, aber damit muss jetzt Schluss sein. Fragt Betroffene, was diese möchten und richtet euch danach. Äußert euch zu realen Gesundheitsproblemen und arbeitet ansonsten zu den Themen, die in euren Kompetenzbereich fallen, und sagt das auch nachdrücklich euren Kolleg*innen.«
- Für Jurist*innen gilt: »Sorgt dafür, dass Geschlecht endlich aus offiziellen Dokumenten gestrichen wird.«
- Für den Tatort (und viele weitere Diskursakteur_innen) gilt: »Das Problem ist nicht die Zuweisung eines ›falschen‹ Geschlechts, sondern die grundsätzliche Idee, Geschlecht zuweisen zu müssen.«

Diese Haltung ist auch gegenüber pädagogischen Institutionen anzuraten, in denen nach wie vor allzu oft genau beobachtet wird, ob die Geschlechtsentwicklung bei (Inter*-)Kindern »normal« verläuft, d. h. ob diese sich traditionell »männlich« oder »weiblich« verhalten, spielen, anziehen und reden. Die permanente Angst, das Kind könnte sich »untypisch« verhalten, und der damit

einhergehende Druck wird durch die Verschiebung der Definitionsmacht auf die Kinder/Jugendlichen aufgelöst und verschafft nicht nur für Inter*-Kinder/-Jugendliche eine wichtige Entlastung, sondern auch für das gesamte Umfeld (Eltern, Ärzt*innen, Peers etc.). Nicht zuletzt profitieren auch hier *alle* Kinder und Jugendlichen davon, wenn Einrichtungen geschlechterreflektiert denken und handeln – von der Toilettenarchitektur über die Programm- und Innengestaltung bis hin zum eingestellten Personal und der benutzten Sprache.

Schutz bieten und Position beziehen!

Sowohl aus der Neonazismusprävention als auch aus der Begleitforschung zu LSBT*-Aufklärungsprojekten ist bekannt, dass diskriminierende Einstellungen von Kindern und Jugendlichen abnehmen, je deutlicher Lehrkräfte und Pädagog*innen Position gegen Diskriminierung beziehen (vgl. Klocke, 2012, S. 73).

Die intergeschlechtliche Costa-Ricanerin Natasha Jiménez schreibt über ihre Jugend:

> »Bereits in meiner Jugendzeit wurde alles noch schlimmer, weil mein Körper sich nicht gemäß dem mir zugewiesenen Geschlecht und Namen entwickelte. Meine Kameraden schlugen auf meine Brüste, um herauszufinden, ob sie platzten, denn der Gedanke, dass ein Mann Brüste und betonte Hüften haben kann, passte nicht in ihre kleinen Köpfe« (Jiménez, 2013, S. 49).

In Fällen von derartigen Übergriffen ist von pädagogisch Tätigen *Schutz* zu gewährleisten. Dies erstreckt sich auch auf medizinische Eingriffe und Verletzungen der Intimsphäre, sofern diese noch stattfinden – hier sollte auf einen Stopp der Ärzt*innenbesuche gedrängt und bei Bedarf bei der Suche nach Alternativen unterstützt werden.

Schutz erstreckt sich auch auf subtilere Bereiche: Wenn ein*e Inter* Lust hat, etwas zu seinem*ihrem Körper, OPs, Sexleben und dergleichen mehr zu erzählen, wird er*sie das tun – danach zu fragen ist *nicht* okay (hier gibt es eine deutliche Parallele zu Trans*)! Okay und wichtig ist hingegen, darüber aufzuklären, dass derartige sensationslüsterne Fragen oft etwas Übergriffiges haben.

Schutz kann auch im Widerspruch zu einer Pädagogik der Offenheit stehen: Es muss sehr genau abgewogen werden, wann ein*e intergeschlechtliche*s*r Kind/Jugendliche*r geoutet wird. Im besten Fall macht er*sie das selbst oder eben auch nicht (die Änderung des Personenstandsgesetzes vom 1. November 2013,

in der für neugeborene Inter*-Kinder ein »X« als Geschlecht eingetragen wird, ist in dieser Hinsicht kontraproduktiv, da es sich hier um eine Muss- und keine Kann-Bestimmung handelt). Ein offener Umgang kann gut sein, wie oben angeführtes Schulbeispiel deutlich macht, er kann aber auch zu massiver Diskriminierung führen.

Peer-Kontakte und Empowerment fördern

Pädagogisch Tätige, die selbst nicht intergeschlechtlich sind, sollten darauf hinarbeiten, dass intergeschlechtliche Kinder, für die sie eine Verantwortung haben, Kontakt zu anderen intergeschlechtlichen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen bekommen. Inter*-Peergroups, -Pat*innen, -Unterstützungs- und -Selbsthilfegruppen sollten ausfindig gemacht und Treffen ermöglicht werden. Von sehr vielen Inter* wird das Kennenlernen von anderen Inter* als enorm wichtiger, stärkender und hilfreicher Selbstermächtigungsprozess beschrieben. Eine besondere Bedeutung für Vernetzung hat in dieser Hinsicht auch das Internet.

Hiker Chiu, die erste geoutete Inter*-Person in ganz Asien, beschreibt sehr eindrücklich das, was er*sie als »heilende Reise« bezeichnet:

> »Es hat mich sehr ermutigt, inter* Menschen persönlich zu treffen, vor allem Menschen, die sich ihrer Würde als Inters* bereits bewusst waren und offen damit umgingen. [...] Sie haben mir ein kostbares, positives Vorbild für mein Leben gegeben [...]. Das Wichtigste ist, dass ich mich vollkommen angenommen und bedingungslos geliebt fühlte. [...] Mir wurde bewusst, dass ich eine inter* Person bin, und dass ich mich für nichts schämen muss. Dass ich lieben und geliebt werden will und dass ich Liebe verdiene, weil ich ein schöner und besonderer Mensch bin. [...] Ich finde es sehr wichtig, Inters* zu ermutigen, unsere eigenen Geschichten zu erforschen und aufzuschreiben. Ich sehe darin eine Möglichkeit, uns zu heilen, einander zu helfen, gesehen und verstanden zu werden« (Chiu, 2013, S. 63–64).

Derartige Kontakte und Selbstorganisierungen können nicht nur dazu beitragen, dass intergeschlechtliche Menschen enorm empowert werden, sondern auch dazu, dass sie *sich* überhaupt erst voll und ganz als »Inter*« begreifen (lernen). Dies ist zumeist ein langer Weg, erschwert doch die Verhinderung des ursprünglichen Körpers und die immer wiederkehrende Frage »Was wäre wenn ...« einen positiven Bezug auf »Intergeschlechtlichkeit«. Als zusätzliche Hürde splittet die

Medizin intersexuelle Menschen in ganz unterschiedliche Diagnosegruppen auf und macht sie zu »Frauen« bzw. »Männern« mit irgendwelchen peinlichen und schambesetzten Krankheiten.

Eltern und familiäre Umfelder unterstützen

Mit Blick auf Studien zu transgeschlechtlichen, homo- und bisexuellen Jugendlichen kann davon ausgegangen werden, dass die elterliche Akzeptanz und Unterstützung auch für intergeschlechtliche Kinder und Jugendliche von großer Wichtigkeit ist. Zugleich gibt es bislang kaum professionelle Unterstützungsangebote – weder für Inter* selbst noch für Eltern, andere Verwandte oder nahe Bezugspersonen (vgl. Focks, 2014, S. 16–17). Sozial(pädagogisch)e Arbeit sollte hier – wie sonst auch – die familiären Umfelder in die Arbeit mit einbeziehen.

Inter* einstellen

Der Aspekt des Empowerments und der Vorbilder impliziert auch eine ganz klare Forderung an alle Träger der Sozialen Arbeit, der Kinder- und Jugendhilfe, der (Fort-)Bildungs- und Beratungsarbeit und Schulen: Aus Gründen der Gleichberechtigung, des Nachteilsausgleichs und als Vorbildfunktion für andere Inter* sollten intersexuelle Menschen verstärkt auch in pädagogischen Berufen *eingestellt* werden.

Unterstützung für eine bedürfnisorientierte Medizin

Schlussendlich soll trotz aller Kritik an und Distanz zur Medizin nicht unterschlagen werden, dass ein Teil intergeschlechtlicher Menschen zwar nicht-behindert geboren, durch die Behandlungen jedoch zu (Schwer-)Behinderten gemacht wurde. Aus den Folgeschäden der Behandlungen ergeben sich oft spezifische gesundheitliche Bedürfnisse. Zugleich ist es so, dass die Möglichkeiten der Gesundheitsvorsorge für intergeschlechtliche Menschen (nicht nur) in Deutschland überaus mangelhaft sind (z. B. keine Prostatauntersuchung oder Testosterontherapien für XY-Frauen). Bei geäußertem Interesse von (auch nur eventuell) intersexuellen Personen kann es von daher unterstützend sein, bei der Suche nach qualifiziertem, medizinischem Personal zu helfen.

Mit all dem bisher Ausgeführten ist weder die Macht der Medizin noch die Macht des Rechts noch der Imperativ, sich selbst bzw. die eigenen Kinder geschlechtlich festlegen zu müssen, angetastet. Langfristig könnte es dazu zwar kommen, v. a. aber könnte die Beachtung der angeführten Aspekte die Leben intergeschlechtlicher Menschen an vielen kleinen Punkten auch schon im Hier und Jetzt besser machen.

So könnte es eine Verwirklichung der Vision von Hermaphrodit Elisabeth Müller geben, die*der rückblickend im inneren Dialog über die Frage sinniert, wie sie*er als Kind gerne aufgewachsen wäre:

> »›Das ist unsere Elisabeth, schönes Kind, ne?‹
>
> *Also dass einfach so im Vordergrund steht: Schönes Kind, schöner Mensch.*
>
> ›Sieht eigentlich nur aus wie 'n Mädchen. Ihr könnt auch meinetwegen »Mädchen« sagen, aber es ist eigentlich ein Zwitter, unsere Elisabeth, was ganze Besonderes, die hat nämlich Hoden. Ihr wisst ja, mit dem dritten Personenstand, das ist ja schon ein uralter Hut. Das kennen wir ja schon, 'ne.‹
>
> *Und dann wachsen wir so auf, und dann gibt's dann die Mädchen- und die Jungsspiele. Aber Elisabeth ist ja auch ein Zwitter.*
>
> ›Na, du kannst ja auch ... Willst du bei den Mädchen mitspielen?‹
>
> *Und gut. So geht man damit offen um. Und in der Schule gibt's dann [...] Sexualkunde:*
>
> ›Ja, die Jungs und die Mädchen, und dann gibt's auch noch ein paar, die sind auch Zwitter. Ähm, ich glaub, wir ham doch einen sogar.‹
>
> ›Ich bin Zwitter!‹
>
> *Ja, das wünsche ich mir«* (Güldenpfennig, 2008).

Literatur

Adorno, T.W. (2001 [1951]). *Minima Moralia. Reflexionen aus dem beschädigten Leben.* Frankfurt/M.: Suhrkamp.

AGGPG (1997). *Hermaphroditen im 20. Jahrhundert zwischen Elimination und Widerstand.* Bremen: Eigendruck.

AGGPG/Reiter, M. (Hrsg.). (2000). *It All Makes Perfect Sense – Ein Beitrag über Geschlecht, Zwitter und Terror.* Bremen: Eigendruck.

Barth, E., Böttger, B., Ghattas, D.C. & Schneider, I. (Hrsg.). (2013). *Inter. Erfahrungen intergeschlechtlicher Menschen in der Welt der zwei Geschlechter.* Berlin: NoNo.

Bittner, M. & Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (2011). *Geschlechterkonstruktionen und die Darstellung von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Trans* und Inter* (LSBTI) in Schulbüchern.* Frankfurt/M: Eigendruck.

Chiu, H. (2013). Liebe in Aktion. In E. Barth, B. Böttger, D.C. Ghattas & I. Schneideret (Hrsg.), *Inter. Erfahrungen intergeschlechtlicher Menschen in der Welt der zwei Geschlechter* (S. 59–68). Berlin: NoNo.

Eugenides, J. (2003). *Middlesex.* Reinbek: Rowohlt.

Focks, P. (2014). *Lebenswelten von intergeschlechtlichen, transgeschlechtlichen und genderqueeren Jugendlichen aus Menschenrechtsperspektive.* Expert*inneninterviews Mai-September 2013. Berlin. www.meingeschlecht.de/MeinGeschlecht/wp-content/uploads/Focks_Lebenswelten_Expertinneninterviews-_2014.pdf (16.11.2014).

Ghattas, C.D. (2013). *Menschenrechte zwischen den Geschlechtern. Vorstudie zur Lebenssituation von Inter*Personen*. Heinrich-Böll-Stiftung, Schriften zur Demokratie, Band 34. Berlin: Eigendruck.

Hechler, A. (2012). Intergeschlechtlichkeit als Thema geschlechterreflektierender Pädagogik. In Dissens e.V. u.a. (Hrsg.), *Geschlechterreflektierte Arbeit mit Jungen an der Schule. Texte zu Pädagogik und Fortbildung rund um Jungenarbeit, Geschlecht und Bildung* (S. 125–136). Berlin: Eigendruck.

Hechler, A. (2014). Intergeschlechtlichkeit als Thema in Pädagogik und Sozialer Arbeit. *Sozialmagazin, 39*(3–4), 46–53.

Intersexuelle Menschen e.V. (Hrsg.). (2009). *Lila oder was ist Intersexualität?* Hamburg: Eigendruck.

Janssen, J. (2009). Theoretisch intersexuell. Wie intersexuelle Menschen zwischen den Zeilen bleiben. In AG Queer Studies (Hrsg.), *Verqueerte Verhältnisse. Intersektionale, ökonomiekritische und strategische Interventionen* (S. 165–184). Hamburg: Männerschwarm.

Jiménez, N. & Cabral, M. (2013). Mit eigener Stimme. In E. Barth, B. Böttger, D.C. Ghattas & I. Schneideret (Hrsg.), *Inter. Erfahrungen intergeschlechtlicher Menschen in der Welt der zwei Geschlechter* (S. 49–55). Berlin: NoNo.

Klocke, U. (2012). Akzeptanz sexueller Vielfalt an Berliner Schulen. Berlin. http://www.psychologie.hu-berlin.de/prof/org/download/klocke2012_1 (Abruf 16.11.2014).

Klöppel, U. (2010). *XXOXY ungelöst. Hermaphroditismus, Sex und Gender in der deutschen Medizin. Eine historische Studie zur Intersexualität.* Bielefeld: Transcript.

Klöppel, U. (2013). »Warum sollte die Frage der Geschlechtszuweisung den Mediziner_innen überlassen sein?« In C. Morgen (Hrsg.), *Mein intersexuelles Kind, weiblich männlich fließend* (S. 102–104). Berlin: Transit.

Koyama, E. & Weasel, L. (2003). Von der sozialen Konstruktion zu sozialer Wirklichkeit. Wie wir unsere Lehre zu Intersex verändern. *Die Philosophin, 14*(28), 79–89.

Lötzerich, S. (2014). *Hexenblut.* Wien: Luftschacht.

Morgen, C. (2013). *Mein intersexuelles Kind, weiblich männlich fließend.* Berlin: Transit.

Reemtsma, J.P. (1997). *Im Keller.* Hamburg: Hamburger Edition.

Rosen, U. (2009). Vom Umgang mit der Intersexualität. *Unterricht Biologie 33*(342), 22–26.

Rosen, U. (2015). *Jill ist anders*. Lingen: Salmo Verlag.

Schradi, M. (2014). *Ach, so ist das?! Biografische Comicreportagen von LGBTI.* Stuttgart: Zwerchfell.

seelenlos (2009). Katrin Ann Kunze ist tot. Blogpost vom 28. April 2009. http://blog.zwischengeschlecht.info/post/2009/04/28/Katrin-Ann-Kunze-ist-tot (Abruf 14.11.2014).

Selbstlaut e.V. (Hrsg.). (2013). *Ganz schön intim – Sexualerziehung für 6–12 Jährige.* Wien: Eigendruck.

TransInterQueer & OII-Deutschland (2014). Inter* – Hinweise für Ärzt_innen, Psycholog_innen, Therapeut_innen & andere medizinische Berufsgruppen. Berlin: Eigendruck.

TrIQ (2014). Antidiskriminierungsarbeit & Empowerment für Inter*. http://www.transinterqueer.org/aktuell/antidiskriminierungsarbeit-empowerment-fuer-inter/ (10.11.2014).

Filme

Güldenpfennig, H. & Güldenpfennig, N. (2008). *Weder Mann noch Frau! Leben als Zwitter. Stern-TV-Reportage auf VOX* (50 Min.).
Jilg, M. (2007). *Die Katze wäre eher ein Vogel … Hörstück* (55 Min.). www.die-katze-ist-kein-vogel.de.
Puenzo, L. (2007). *XXY. Spielfilm* (86 Min.). Argentinien, Frankreich & Spanien. www.xxy-film.de.
Scharang, E. (2006). *Tintenfischalarm. Dokumentarfilm* (107 Min.). Wien/Österreich.
Tatort (2012). *Skalpell* (Folge 839; 89 Min.). Luzern/Schweiz.
Tolmein, O. & Rotermund, B. (2001). *Das verordnete Geschlecht. Dokumentarfilm (*62 Min.). Hamburg. www.das-verordnete-geschlecht.de.

Internetquellen

Internationale Vereinigung Intergeschlechtlicher Menschen (IVIM). www.intersexualite.de
Intersexuelle Menschen e. V.: www.intersexuelle-menschen.net
Parallelbericht zum 5. Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland zum Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe (CAT). http://intersex.schattenbericht.org
Zwischengeschlecht.org

Intergeschlechtlichkeit und Beratungshilfen

Manuela Tillmanns

Problemaufriss

2008 legte der Verein Intersexuelle Menschen gemeinsam mit der Selbsthilfegruppe der XY-Frauen dem Ausschuss der Vereinten Nationen (UN) zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frau (CEDAW) einen Schattenbericht vor, der darlegte, dass intergeschlechtliche Menschen spezifischen Formen der Diskriminierung ausgesetzt sind (vgl. Intersexuelle Menschen e. V./XY-Frauen, 2008). Auf dieser Grundlage forderte der UN-Ausschuss die Bundesrepublik Deutschland auf, »wirksame Maßnahmen zum Schutz ihrer Menschenrechte zu ergreifen« (Deutscher Ethikrat, 2012, S. 9f.). Infolgedessen beauftragte die Bundesregierung den Deutschen Ethikrat, den Dialog mit intergeschlechtlichen Menschen in Deutschland zu suchen und eine Stellungnahme zu verfassen (vgl. ebd.). Im Jahr 2011 wurden daraufhin 199 Menschen wahlweise online oder in Form schriftlicher Fragebögen zu ihren medizinischen Behandlungserfahrungen sowie ihrer Lebensrealität befragt, wissenschaftliche Expertisen zu Intergeschlechtlichkeit eingeholt und in einer öffentlichen Anhörung durch Expert_innen[1], »Betroffene«[2] und

1 Der Expert_innenbegriff im vorliegenden Beitrag umfasst sowohl die wissenschaftliche als auch die Expertise intergeschlechtlicher resp. intersexueller Menschen gleichermaßen.

2 Da der Terminus der »Betroffenheit« kontrovers in der Diskussion steht, wird dieser ausschließlich in Anführungszeichen verwendet. Kritisiert wird einerseits die dem Begriff inhärente Passivität im Sinne »von einer Krankheit betroffen zu sein«. Im Zuge von Selbstermächtigungsprozessen werden intergeschlechtliche Menschen selbst aktiv und verstehen Intersexualität resp. Intergeschlechtlichkeit weder als Geschlechtsidentitätsstörung noch als medizinische Erkrankung, sondern vielmehr als Varianz und eigenständige Geschlechtskategorie (vgl. Zehnder, 2010, S. 12). Andererseits wird durch dessen Verwendung aber auch sichtbar, welchem Ausmaß physischer und psychischer Gewalt intergeschlechtliche Menschen ausgesetzt sind.

Elternvertreter_innen[3] diskutiert (vgl. Kleinert, 2014, S. 17). Sowohl die 2012 veröffentlichten Resultate der Befragung des Deutschen Ethikrates als auch anderer zentraler Studien zu den medizinischen Behandlungsergebnissen der letzten zehn Jahre, darunter vor allem die Studie des Netzwerkes DSD/Intersexualität (2005–2008) sowie die Hamburger Studie zu Intersexualität (2007–2008), vermerken einen hohen psychosozialen und sozialpädagogischen Beratungsbedarf intergeschlechtlicher Menschen. Diese Einsicht wird durch persönliche Erfahrungsberichte aus der Inter*[4]-Community gestützt.[5]

Als Hauptaussagen formulierte der Ethikrat Empfehlungen zu entsprechender Qualifizierung medizinischen Personals sowie zum Aufbau interdisziplinärer Kompetenzzentren, und erwirkte 2013 durch seine Stellungnahme die Umsetzung einer Neuregelung des Personenstandsgesetzes[6] (vgl. Plett, 2014, S. 7). Weiterhin sprach sich das Gremium für eine umfassende Abwägungen hinsichtlich der physischen und psychischen Unversehrtheit von intergeschlechtlichen Kindern aus (Deutscher Ethikrat, 2012, S. 174). Neben geringeren Barrieren bei der Kostenübernahme für Medikamente gegenüber den Krankenkassen wurden

3 Der »Gender Gap« (»_«) soll als sprachliches Mittel alle Identitäten ansprechen und einbeziehen, die aus dem System der Zwei-Geschlechterordnung exkludiert werden oder sich selbstbestimmt nicht verorten wollen (vgl. Herrmann, 2003, S. 22; Herrmann, 2007, S. 195f.).

4 Die Verwendung des Sternchens (»*«) ersetzt die möglichen Zusätze »-sexuell« bzw. »-geschlechtlich« in bestimmten Komposita und schafft eine Leerstelle für Diversität (vgl. Baumgartinger, 2008; zitiert nach Lenz et al., 2012, S. 7; Elvau, 2014, S. 92). Im vorliegenden Artikel werden die Begriffe inter*/Inter* synonym für intergeschlechtlich/Intergeschlechtlichkeit respektive intersexuell/Intersexualität verwendet. Die Gruppe der Menschen, die intergeschlechtlich bzw. intersexuell sind, ist nicht homogen. Eine Bezeichnung, die alle gleichermaßen als wertschätzend empfinden und als Eigenbezeichnung verwenden, ist demzufolge fast nicht möglich. Ich beziehe mich deshalb im vorliegenden Beitrag auf die Selbstzeugnisse von Elisa Barth et al. (vgl. Barth et al., 2013, S. 6, 116) sowie Ika Elvau (vgl. Elvau, 2014, S. 92).

5 Zur weiteren Information siehe auch Ghattas (2013).

6 Seit dem 1. November 2013 gilt bundesweit, dass der Personenstand eines Kindes, sofern es weder eindeutig dem männlichen noch dem weiblichen Geschlecht zugeordnet werden kann, ohne eine solche Angabe in das Geburtenregister einzutragen ist (vgl. Voß, 2013). Diese Neuregelung stößt jedoch bei Inter*-Organisationen auf erhebliche Kritik. Insbesondere wird die Neuregelung so interpretiert, »dass es sich nicht um eine Wahlmöglichkeit, sondern um eine Vorschrift handelt« (OII, 2013) und die Definitionsmacht über »weiblich« oder »männlich« weiterhin der Medizin unterliegt. Es wird ferner befürchtet, dass Neugeborene mit intersexuellen bzw. intergeschlechtlichen Merkmalen, um sie vor Diskriminierung zu schützen, erst recht zugewiesen und vereindeutigt werden. Die Forderung nach Verzicht auf eine Geschlechtseintragung gleichberechtigt für alle Menschen bleibe laut der Organisation Intersex International weiterhin unerfüllt (vgl. ebd.).

auch Entschädigungszahlungen für alle medizinisch behandelten »Betroffenen« empfohlen (vgl. Kleinert, 2014, S. 17; Deutscher Ethikrat, 2012, S. 175).

Die genannten Punkte stellen zwar konkrete ethische, rechtliche und medizinische Überlegungen und Empfehlungen dar (vgl. Zehnder, 2014, S. 27), die Inter*-Verbände kritisieren allerdings die unzureichenden Konsequenzen. Eine Formulierung von Empfehlungen gegen Menschenrechtsverletzungen ist wenig progressiv. Insbesondere bleibt die medizinische Behandlungspraxis bei Minderjährigen mit intergeschlechtlichen Merkmalen – trotz der ausdrücklichen Forderung der »Betroffenenverbände« nach einem generellen Verbot geschlechtszuweisender und -vereindeutigender Operationen[7] – weitestgehend unangetastet (vgl. Plett, 2014, S. 10).

Dennoch hat die Studie des Ethikrates zu einer erhöhten medialen Aufmerksamkeit in Bezug auf die gesellschaftliche Wahrnehmung von Intergeschlechtlichkeit geführt (vgl. Verlinden, 2012). Das aktuelle Behandlungskonzept sowie die aktuelle medizinische Behandlungspraxis geraten dadurch zunehmend öffentlich in die Kritik.[8] Auch der (politische) Aktivismus in Bezug auf Intergeschlechtlichkeit ist vielfältig und äußert sich sowohl in Form selbstbestimmter Zuordnungen oder bewusster Nicht-Zuordnungen (Inter*-Verbände, Eltern-Initiativen), als auch aus einer Menschrechts- und Antidiskriminierungsposition (Interessenvertretungen) sowie einer genderqueeren[9] Perspektive (LSBTTIQA[10]) agierend (vgl. Zehnder, 2014, S. 28).

Obwohl eine Thematisierung von Intergeschlechtlichkeit vor allem durch die Arbeiten von Andreas Hechler Einzug in den Bildungsbereich erhalten hat, und obwohl bundesweit neben der klassischen Selbsthilfe (Intersexuelle Menschen e. V./XY-Frauen/AGS-Eltern- und Patienteninitiative e. V.) auch peer[11]-basierte

---

7 Die Aussage bezieht sich auf nicht lebensnotwendige chirurgische Genitalveränderungen, z. B. Gonadektomien (vgl. Plett, 2014, S. 10).

8 Zur weiteren Information über das aktuelle Behandlungskonzept »from Gene(s) to Gender« siehe auch: Migeon & Wieniewski, 1998; Meyer-Bahlburg, 2008 sowie die Symposien zu DSD (»Störungen« der Geschlechtentwicklung) 2006 (vgl. http://www.isna.org/node/1032 (19.02.2015)) und 2011 (vgl. http://www.dsdturk.org/documents/L%C3%BCbeck-DSD.pdf (19.02.2015)) an der Universität zu Lübeck.

9 Diese Eigenbezeichnung verweist »auf Handlungen und soziale Positionen, die zweigeschlechtliche und heterosexuelle Normen infrage stellen« (Time & Franzen, 2012, S. 21).

10 LSBTTIQA ist eine Abkürzung für lesbisch, schwul, bisexuell, transsexuell, transgender, intersexuell/intergeschlechtlich und queer. Das »A« für Asexualität wird im vorliegenden Beitrag ergänzt und als gleichberechtigter Teil von Sexualität verstanden.

11 »Peers« (Gleiche) werden in unterschiedlichen Kontexten und vielfältigen Formen als Träger_innen personalkommunikativer Botschaften eingesetzt (vgl. Backes, 2003, S. 176). »Betroffene« beraten andere »Betroffene«, greifen dabei auf eine gemeinsam geteilte Er-

Beratungsangebote im Rahmen bereits bestehender Beratungsstrukturen (meist LSBTTIQA-Anlaufstellen) entstehen, blieb eine theoretische Annäherung im Beratungssektor bislang aus. Konzeptionelle und methodische Veröffentlichungen[12] zu einer inter*-bezogenen Beratungspraxis existieren aktuell nicht bzw. nur sehr marginal.

Intergeschlechtlichkeit und Beratung miteinander zu verknüpfen soll einen würdigen Umgang ermöglichen und den Fokus auf die konkrete Lebenssituation von Menschen mit Intersexualität resp. Intergeschlechtlichkeit richten. Selbstdarstellungen und Expert_innen-Interviews liefern mir konkrete Impulse und Handlungsanregungen für inter*-bezogene Beratungshilfen, die sich auf der Grundlage folgender Prinzipien etablieren sollten: inter- bzw. transdisziplinär, peer-involved, psychosozial, ressourcenorientiert, personenzentriert. Bisher bestehende Beratungsansätze und -konzepte werden überarbeitet und um spezifische Komponenten erweitert, sodass neue methodische Zugänge und Handlungsperspektiven entstehen, die sich an den Bedürfnissen und Wünschen intergeschlechtlicher Personen orientieren und ihnen Formen der Selbstermächtigung sowie geschützte Räume für selbstbestimmtes Agieren eröffnen.

Ansätze und Grundlagen hierarchiefreier Beratungshilfen

In einer Erhebung qualitativer Expert_innen-Interviews zu multi-[13], inter-[14] und transdisziplinären[15] Ansätzen im professionellen Umgang mit Intergeschlecht-

fahrung zurück (vgl. Morgen, 2013, S. 122) und gelten als Expert_innen aufgrund ihrer eigenen intergeschlechtlichen Biografie (Psychenet, 2013). Hierbei gilt die Selbsthilfe als klassische Form der Peer-Beratung.

12 An dieser Stelle sei auf die Monografie der Autorin (Tillmanns, 2015) verwiesen. Die wesentlichen Ergebnisse dieser Auseinandersetzung werden im vorliegenden Artikel skizziert und in einen Fundus spezifischer Qualifikationen und Kompetenzen zu Inter*- und Beratungsgrundlagen eingebettet.

13 Unter dem Begriff Multidisziplinarität wird die Addition von Fachwissen und Kompetenzen unterschiedlicher Disziplinen verstanden, wobei der Schwerpunkt auf einem Bündeln anstelle einer Ergänzung unterschiedlichen Wissens oder Fachinformationen liegt (vgl. Streuli et al., 2014, S. 48).

14 Interdisziplinarität ist als Weiterführung von Multidisziplinarität zu betrachten, wobei die Grenzen und das Expert_innenwissen einzelner Disziplinen durch Prozesse der Selbstreflexion erkannt werden und deren Aufweichen zugunsten neuer gemeinsam erarbeiteter Erkenntnisse angestrebt wird (vgl. Streuli et al., 2014, S. 48f).

15 Transdisziplinäre Konstellationen stellen den eigenen Expert_innenanspruch zugunsten neuen Wissens und Erfahrungen infrage und versuchen, die Hierarchien zwischen den

lichkeit resp. Intersexualität stellen Jürg C. Streuli et al. dem Aspekt der Professionalisierung den Terminus der Professionalität gegenüber (vgl. Streuli et al., 2014, S. 46). Professionalität ist demnach zwar auch durch fachspezifische Fähigkeiten, eine entsprechende Haltung, eine Zielsetzung, Qualität sowie bestimmte Kriterien gekennzeichnet (vgl. ebd.), darüber hinaus aber »immer auch Vermittlung von Gelassenheit, Zeit und einem Klima, in dem man denken, räsonieren und kreativ sein kann« (ebd., S. 52).

In Anbetracht dessen habe ich einige Ansätze und Positionierungen anderer Autor_innen und Inter*-Vertreter_innen zusammengefasst, die meines Erachtens eine wertvolle Grundlage für eine selbstbestimmte hierarchiearme Beratungsbeziehung auf Augenhöhe ermöglichen:

Doing Inter*

In Anlehnung an Judith Butlers Geschlechtertheorie des »doing gender« (vgl. Butler, 1995, S. 133) geht die Wortneuschöpfung »doing inter*« auf Katja Sabisch zurück (vgl. Sabisch, 2014, S. 57ff.).

So wie nach Butler Geschlecht performativ hergestellt wird, wird durch invasive irreversible medizinische Eingriffe an Genitalien und anderen Geschlechtsmerkmalen radikal versucht, eine ausschließlich zweigeschlechtlich orientierte Körper- und Gesellschaftsordnung zu erschaffen (vgl. ebd., S. 56). Sabisch interpretiert »doing gender« folglich als »omnipräsente[n] gesellschaftliche[n] Zwang zur eindeutigen und unveränderlichen Darstellung von Zweigeschlechtlichkeit« (ebd., S. 58) und entlarvt diese Bezeichnung als ein »folgenschweres making(bi)gender« (ebd.). Schlussfolgernd daraus wird geschlechtliche Uneindeutigkeit als soziales Stigma verstanden (vgl. ebd.). Ferner vertritt Sabisch die Ansicht, dass infolgedessen spezifische Lebensbereiche, in denen Geschlecht eine wesentliche Rolle spielt, zu sogenannten »Geschlechterspielräumen« umfunktioniert werden und sowohl objektive (Gesundheits-, Sozial- und Rechtssystem) als auch subjektive Dimensionen (Erfahrungs- und Dispositionsspielräume) individueller Lebenslagen beeinflussen (vgl. ebd., S. 56f.).[16] In Reaktion darauf

verschiedenen Disziplinen zu überwinden (vgl. Streuli et al., 2014, S. 49f). Die Expertise von intergeschlechtlichen Menschen wird in diesem Fall als gleichberechtigtes Wissen anerkannt.

16 Öffentliche Toiletten, Fragebögen und Bekleidungsabteilungen machen deutlich, dass gesamtgesellschaftlich überall und permanent binäres Geschlecht abgefragt wird und man sowohl im öffentlichen als auch im privaten Alltag Fremdzuweisungen ausgesetzt ist, die

entwickelt Sabisch die Strategie des doing inter*, einer »Veralltäglichung von Zwischengeschlechtlichkeit« (ebd., S. 58), um sozialen Benachteiligungen gegenüber geschlechtlich marginalisierten Gruppen, insbesondere intersexuellen und intergeschlechtlichen Menschen, eine politische Alltagsstrategie entgegen zu setzen (vgl. ebd., S. 60). Diese ist auch innerhalb beraterischer Strukturen von hoher Bedeutung. Neben der Reflexion des eigenen Erlebens von Intergeschlechtlichkeit durch Peers bedarf es der Veralltäglichung von Intergeschlechtlichkeit in familiären und außerfamiliären Kontexten, insbesondere den Einstellungen von Lehr- und Erziehungspersonen sowie bei Multiplikator_innen. Ebenso werden eine sprachliche Veralltäglichung[17] sowie positive Erlebnisse oder Rückmeldungen in Alltagssituationen als sehr unterstützend wahrgenommen (vgl. ebd., 2014, S. 58f.). Sabisch bezieht sich auf die von Anike Krämer im Jahr 2013 durchgeführten qualitativen Interviews mit Eltern, die ihre intergeschlechtlichen Kinder in einem offenen Erziehungsgeschlecht aufwachsen lassen (vgl. Krämer, 2013; Sabisch, 2014, S. 57). Die Auswertung der Interviews belegt, dass ein offen gelebtes (Erziehungs-)Geschlecht nicht zwangsläufig zu (Alltags-)Diskriminierung führt. Vielmehr bestätigen die befragten Mütter, dass sie

> »außerhalb des medizinischen Systems durchweg positive Erfahrungen [in Bezug auf den offenen Umgang mit der Intergeschlechtlichkeit ihrer Kinder] gemacht [haben], sei es im sozialen Nahfeld oder mit Institutionen wie dem Kindergarten oder der Schule; und für sie alle steht fest, dass geschlechtszuweisende Operationen nicht notwendig sind« (Transkript C, Z. 564f. zitiert nach Sabisch, 2014, S. 59).

Doing inter* bedeutet demnach die Thematisierung, Akzeptanz und Unterstützung von Intergeschlechtlichkeit in allen Lebensbereichen und auf allen Handlungsebenen (Alltag, Bildung, Beratung, Medizin, Politik, Recht) und erfordert

wiederum mit Attributen und Zuschreibungen von »männlich«/»weiblich« einhergehen und dementsprechend Bewertungen von außen auf Bereiche und Verhalten vornehmen, die primär eigentlich nichts mit Geschlecht zu tun haben. Dieses folgenreiche »doing bigender« hat Auswirkungen auf gesellschaftliche Verständnisse und Regelungen von z. B. Elternschaft, Eheschließung und Hormonsubstitution.

17 Diese sprachliche Veralltäglichung bezieht sich auf das explizite Benennen von Intergeschlechtlichkeit bzw. geschlechtlicher und sexueller Diversität sowie auch auf die generelle Verwendung einer gendersensiblen Sprache, z. B. durch den Gender Gap (»_«) und/oder das Sternchen (»*«).

für eine erfolgreiche Umsetzung ein radikales und permanentes Infragestellen eigener verinnerlichter Stereotype und Normen sowie eine nachdrückliche Bildungs-, Informations- und Aufklärungsarbeit, die auch medizinisches und juristisches Fachpersonal adressiert (vgl. Sabisch, 2014, S. 60). Unter der Bezeichnung »Inter*-Mainstreaming« (vgl. Veith, 2012, S. 96) wird einerseits versucht die Gesellschaft zu sensibilisieren und andererseits »Betroffene« und ihre Angehörigen besser zu beraten und ihren möglichen Ängsten und Unsicherheiten in Bezug auf Intergeschlechtlichkeit angemessen zu begegnen (vgl. Sabisch, 2014, S. 60).

Inter*-Mainstreaming

Der Begriff des Inter*-Mainstreamings geht namentlich auf den Verein Intersexuelle Menschen e. V. zurück und stellt im Sinne der Gleichbehandlung und Anti-Diskriminierung geschlechtlicher und sexueller Vielfalt eine Hauptforderung des Vereins dar (vgl. Veith, 2012, S. 95f.). In einem übergeordneten (gesellschaftlichen) Kontext kann Inter*-Mainstreaming als methodisches Instrumentarium zur Umsetzung des Konzeptes doing inter* begriffen werden. Ziel ist es, Inter*-Mainstreaming in allen Bildungseinrichtungen zu implementieren (Kindergarten, Schule, Beruf, Studium) (vgl. Hechler, 2014, S. 51). Praktische Fragen können in Form kompakter Inter*-Fachinformationen vermittelt werden und über intergeschlechtliche Lebensweisen aufklären. Nur durch eine Vermittlung von und durch Einblicke in die Lebenswirklichkeiten von intersexuellen resp. intergeschlechtlichen Menschen können Perspektivwechsel überhaupt erst ermöglicht werden. Es geht vornehmlich darum, sich selbst in Sensibilität gegenüber intersektionalen[18] und ausschließenden Mechanismen zu üben. Daran anschließend können begleitende und unterstützende Strukturen im Umgang mit Intergeschlechtlichkeit unter dem Aspekt des Peer-Involvements, das heißt in Kooperation mit und unter Einbezug von Inter*-Verbänden, entwickelt werden.

18 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. Tuider, 2008, S. 256). Sie beschreiben keine inhaltliche, sondern eine strukturelle Art des Unterschieds (vgl. Smykalla & Vinz, 2011, S. 232).

Inter*-Counselling

»Inter*-Counselling« versteht sich als Weiterführung und Spezifizierung von doing inter* und Inter*-Mainstreaming im Kontext von Beratung. Dabei erfordert Intergeschlechtlichkeit als komplexes Phänomen auch komplexe Beratungsstrukturen. Ein übergreifendes Konzept von Inter*-Counselling muss gewährleisten, dass Ratsuchende sinnvoll weitervermittelt werden. Die Beratungsperson sollte sich dementsprechend weiterbilden und professionalisieren. Somit kann Inter*-Counselling als modernes Beratungsformat verstanden werden, das sich an der konkreten Lebenssituation intergeschlechtlicher Menschen und ihrer Familien orientiert.

Peer-basierte Organisationsformen (z. B. Selbsthilfegruppen) haben dabei große Auswirkungen auf die Wiedererlangung und die Stabilisierung persönlicher Lebensbewältigungsstrategien und nehmen demzufolge einen überaus wichtigen Stellenwert hinsichtlich psychosozialer Beratung im Allgemeinen und einer Inter*-Beratung im Speziellen ein (vgl. Nestmann, 2008, S. 88). Eine duale bzw. Tandem-Beratung, bestehend aus einer intergeschlechtlichen und einer nichtintergeschlechtlichen Person, wird je nach Anfrage – zum Beispiel bei der Eltern-(Erst-)Beratung nach der Geburt eines intergeschlechtlichen Kindes – als sinnvoll erachtet. Denn peer-basierte Beratungsangebote folgen dem Grundgedanken, beratene Personen zu unterstützen, eigene Handlungsoptionen zu entwickeln und somit Empowerment[19] und Selbstbestimmung, Stärke und Eigenverantwortung zu gewinnen. Ebenso erleichtert es der Peer-Ansatz Vertrauen zu fassen und eine gleichberechtigte und möglichst hierarchiefreie Beratungsbeziehung aufzubauen. Resultierend aus der Annahme, dass »Machtungleichheiten bestehen, können Stereotype auch in der Beratung zur Verstärkung von Marginalisierung und Ausschluss der ohnmächtigeren Gruppe beitragen« (Nestmann, 2008, S. 90). Gemeinsam geteilte Erfahrungen ermöglichen es hingegen, individuelle Schwierigkeiten in gesamtgesellschaftliche Zusammenhänge einzubetten, um strukturelle Probleme auf politischer Ebene anzugehen und zu verhandeln.

Für die Beratung wird grundsätzlich die Schaffung einer angenehmen und akzeptierenden Atmosphäre angeregt, die den Aufbau einer solidarischen und

19 Empowerment wird als das Zurückgeben von Kraft verstanden. Es geht nicht nur um ein Teilnehmen, es geht um ein Teilhaben-Lassen (vgl. Sickendiek et al., 1999, S. 71), einen Zuwachs an persönlicher und kollektiver Handlungsfähigkeit (vgl. Stark, 2004, S. 535), eine Verantwortungsübernahme für die Gestaltung eigener Lebensräume und sozialer Zusammenhänge und die Beförderung von Resistenz gegen Formen und Bedingungen sozialer Ungerechtigkeit (vgl. Bamberger, 2004, S. 773).

parteilichen Beziehung zwischen den am Beratungsprozess beteiligten Personen begünstigt. Dem Paradigma der professionellen Distanz wird diesbezüglich das Konzept der professionellen Nähe gegenüber gestellt. Aus der kritischen Sozialen Arbeit kommend, ermöglicht das Konzept die Verhandlung von Nähe und Distanz zwischen den Beteiligten in einem wesentlich höherem Maße, ohne dabei als abgrenzendes Merkmal zur Abwehr von Ansprüchen der Beratenen herangezogen zu werden. Das Verhältnis von Nähe und Distanz bleibt somit flexibel und gewährleistet eine permanente Selbstüberprüfung der eigenen Haltung als Berater_in. Vier Faktoren sind zum Aufbau und zur Sicherung einer solchen Grundlage von Bedeutung: Zeit, Vertrauen, Authentizität und Empathie. Auf dieser Basis kann sich im Beratungsverlauf eine dynamische 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. Somit werden die genannten Beratungskompetenzen auch durch den Aspekt der Ambiguitätstoleranz ergänzt.

Nicht zuletzt besteht auch im sprachlichen Austausch immer das Risiko eines Machtgefälles zwischen beratener und beratender Person. Kongruenz als authentische Form der Kommunikation orientiert sich optional am Ansatz der personenzentrierten Gesprächsführung nach Carl Rogers, einem nicht-direktiven Beratungsansatz, der einerseits den Fokus auf die Grundprinzipien des Zuhörens (Positive Wertschätzung, Einfühlendes Verstehen, Echtheit) richtet, und andererseits das Herausbilden einer Beratungshaltung durch Selbstexploration[20] verlangt (vgl. Rogers, o. J.). Letzteres schließt wiederum an den Ansatz der professionellen Nähe (Echtheit, Unverfälschtheit, Transparenz) an und ermöglicht ein Verändern durch Verstehen. Sowohl die Auseinandersetzung mit der eigenen Berater_innen-Rolle als auch der Verzicht auf bereits vorgefertigte und starre Beratungskonzepte fördern eine gleichberechtigte dynamische Begegnung aller Beteiligten bei größtmöglicher Neutralität.

Fazit

Aus diesen drei genannten Grundlagen inter*-gerechter Beratungshilfen entstehen folgende Anregungen für einen möglichen Transfer in den Beratungsalltag:

20 Selbstexploration beschreibt eine sprachlich-dialogische Reflexion über persönliche innere Erfahrungen im Beratungs- bzw. Supervisionsprozess.

Inter- bzw. transdisziplinäre Beratungsteams, der Ausbau des Online-Sektors und der Beratungsmobilität, ein Sicherstellen von Grundlagenwissen zu Intergeschlechtlichkeit in allen fachverwandten Beratungs- und Bildungsstrukturen sowie der Aufbau spezifischer Kompetenzzentren[21] als Ansatzpunkte aktueller diskursiver Auseinandersetzungen um Intergeschlechtlichkeit.

Zur konkreten Umsetzungspraxis inter*-bezogener Beratungsansätze

Grundlage der Überlegungen ist eine qualitative Expert_innen-Erhebung mit Lucie Veith als Vertreter_in des Vereins Intersexuelle Menschen e. V. und einem_r Aktivisten_in der Kampagne Dritte Option. In leitfadengestützten Interviews wurden spezifische Themen zu Beratung unter dem Aspekt intergeschlechtlicher Perspektiven verhandelt und nach persönlichen bzw. individuellen Einschätzungen gefragt. Die Resultate dieser Untersuchung habe ich im Anschluss durch weitere Aussagen aus Selbstzeugnissen sowie Ansätze theoretisch-wissenschaftlicher Arbeiten ergänzt. Die daraus entstandenen Überlegungen werden im Folgenden als Ergebnisse in gekürzter Fassung vorgestellt.

Die Schnittstelle zwischen Medizin und Beratung

Beratung im medizinischen Kontext ist nicht mit Beratung aus einem psychosozialen Verständnis heraus zu vergleichen. Während sich erstere mehrheitlich körpermedizinisch-diagnostisch durch ein »In-Kenntnis-Setzen« über bestimmte Diagnosemöglichkeiten, »Krankheitsbilder« und Therapieoptionen auszeichnet, geht es bei psychosozialen Beratungsformaten um Aspekte des psychischen und sozialen Wohlbefindens. Dennoch oder gerade deswegen ist es sinnvoll an der Schnittstelle zwischen Medizin und Beratung anzusetzen, da größtenteils medizinische Institutionen die Orte sind, an denen Menschen über ihre eigene Intergeschlechtlichkeit oder die ihrer Neugeborenen bzw. ihrer Kinder informiert

21 Diese sogenannten inter*-spezifischen Kompetenzzentren unterschieden sich grundlegend von den Zentren, die der Deutsche Ethikrat fordert bzw. vorschlägt. Während die Forderungen des Deutschen Ethikrats eher medizinisch-wissenschaftlich orientiert sind, handelt es sich bei den Kompetenzzentren in diesem Beitrag um solche, die sowohl auf inhaltlicher als auch praktischer Ebene peer-basiert strukturiert sind, um einen wertschätzenden Umgang auf Augenhöhe zu gewährleisten.

werden. Darüberhinaus werden genau diese Momente der ärztlichen Diagnoseübermittlung als Ursachen schwerwiegender Verunsicherungen benannt (vgl. Transkript Veith, 2014, S. 36). Aufgrund dessen ist es sinnvoll die Medizin als wichtigen Ansatzpunkt anzusehen, um neue Handlungsoptionen zu implementieren sowie vor allem auch Verantwortlichkeiten medizinischer Disziplinen zu lokalisieren (Ärzt_innen, Endokrinolog_innen, Chirurg_innen, Psycholog_innen, Hebammen und Pflegepersonal) und in einen kritischen Dialog zu verwickeln. Diese Annäherung soll eine Weitervermittlung an Selbsthilfestrukturen und adäquate Beratungseinrichtungen mit dezidierten inter*-bezogenen Beratungsqualifikationen sicherstellen. Sie gibt darüber hinaus sowohl Anstoß als auch Anregungen für eine diskursive Auseinandersetzung über interdisziplinäre Team-Kooperationen hin zu transdisziplinärer Zusammenarbeit auf ganzheitlicher und gleichberechtigter Ebene sowie auch deren handlungspraktische Umsetzung. Als Kernaspekte werden benannt:

- Die Durchsetzung der Forderung des Vereins Intersexuelle Menschen e. V. nach einem Moratorium, das mit einem grundsätzlichen Operationsverbot bis zur Entscheidungsreife der »betroffenen« intergeschlechtlichen Person einhergeht und erst nach deren umfassend informierter Einwilligung endet.
- Eine medizinische Selbstverpflichtung zur Weitervermittlung, ggfs. auch zur konkreten Kontaktherstellung und Anbindung an geeignete (Peer-)Beratungsstrukturen, bevor potenziell aufschiebbare medizinische Interventionen überhaupt in Betracht gezogen werden.
- Eine umfangreiche Information und Transparenz gegenüber Eltern und Menschen mit Intersexualität resp. Intergeschlechtlichkeit über Handlungsoptionen, die ausdrücklich die Möglichkeit einer generellen Nicht-Operation bzw. »Nicht-Behandlung« und die Option eines offenen Erziehungsgeschlechts als gleichberechtigte Entscheidungsvarianten beinhaltet.
- Anbindung an bzw. Aufbau von Inter*-Netzwerkstrukturen, inter- und transdisziplinären Arbeitskreisen und Aktionsbündnissen, Erstellen und Auslegen inter*-bezogener Beratungsflyer[22] in medizinischen und Gesund-

22 Ein potenzieller Beratungsflyer soll Eltern und Angehörigen intergeschlechtlicher Kinder und Neugeborener eine (weitere) Perspektive ermöglichen, die der medizinischen Sichtweise nicht-pathologisierend und kritisch gegenüber steht. Ziel ist die Aufklärung und Information, dass es – sofern es sich nicht um eine medizinische Indikation handelt – rechtlich keinen Zeitdruck für eine chirurgische und/ oder medizinische Intervention gibt und die Möglichkeit besteht, sich umfassend von Peers außerhalb medizinischer Einrichtungen beraten zu lassen. Dabei gilt es zu beachten, dass Informationsbroschüren sowohl

heitseinrichtungen sowie die kompakte Darstellung bundesweiter Informations- und Hilfeangebote für intersexuelle und intergeschlechtliche Menschen und deren Angehörige in Form einer umfassenden Broschüre.

➢ Eine angemessene und verständliche Sprache, die auf medizinische und andere Fachtermini weitgehend verzichtet.

Online-Portale: Ressourcen und Grenzen

Mediengestützte Netzwerke und Online-Quellen sind im Allgemeinen als Medium zur schnellen Informationsbeschaffung sehr beliebt und vermitteln zunächst die Möglichkeit einer unverbindlichen und anonymen Kontaktaufnahme. Sie sind weltweit erreichbar, stellen einen konkreten Lebensweltbezug her und ermöglichen einen Austausch untereinander. Durch die Niedrigschwelligkeit des Zugangs verringern Online-Angebote im Gegensatz zur Präsenzberatung klassischer beratender Einrichtungen innere Hemmschwellen und Einstiegsbarrieren.

Zwar ist die Implementierung einer zentralen bundesweiten Onlineplattform denkbar, die neben ihrem allgemeinen Informationsgehalt auch Empfehlungen und Erfahrungswerte für bestimmte Anlaufstellen und Ärzt_innen ausspricht, Telefon- bzw. Chatberatung anbietet als auch den Raum für Gespräche und Vernetzung innerhalb der Inter*-Community öffnet, allerdings auch nicht ganz frei von Kritik. So spricht sich Lucie Veith sehr stark für mehr Verbindlichkeit, die Herstellung direkter Kontakte und die Anbindung an feste Strukturen aus und greift dabei aufgrund ihrer_seiner beratenden Tätigkeit im Verein Intersexuelle Menschen und als Mitglied der Selbsthilfe auf eigene Erfahrungen mit Online-Beratung zurück (vgl. Transkript Veith, 2014, S. 34f.). Diesbezüglich empfiehlt Frank Nestmann je nach Anliegen, Setting und subjektiven Vorlieben eine Verknüpfung digitaler und analoger Beratungsformate (vgl. Nestmann, 2008, zitiert nach Engelhardt & Storch, 2013, S. 9). Dies bestätigt auch die Aussage der_des Vertreter_in der Kampagne Dritte Option, die_der einen medialen Zugang zu Beratung zwar in Betracht zieht, aber über »einen gewissen Punkt auch nicht hinauskommen würde, wenn das nur im Internet [stattfindet], wenn man dann irgendwann doch, [um] an bestimmte Persönlichkeitsbereiche ranzukommen, [...] mehr Kontakt, mehr an Nähe [bräuchte] oder ich zumindest einen Menschen auch sehen müsste« (Transkript Kampa-

für intergeschlechtliche Menschen als auch für ihre Eltern und/oder Angehörigen durchaus abschreckend wirken können.

gne Dritte Option, 2014, S. 29), um den Aufbau einer gewissen Vertrauensbasis zu gewährleisten.

Der Ausbau bestehender Strukturen: Vor- und Nachteile

Ein Blick auf die allgemeine Beratungslandschaft zeigt, dass sich in der Bundesrepublik Deutschland bereits vielfältige Angebote etabliert haben, die sich thematisch mit Geschlecht(lichkeit) und Sexualität auseinandersetzen. Demzufolge könnte der Eindruck entstehen, dass das Themenfeld Intergeschlechtlichkeit innerhalb dieser Einrichtungen bereits ausreichend abgedeckt sei bzw. ausschließlich die Mitarbeiter_innen der Sexualberatungsstellen inter*-bezogen geschult werden müssen, um dort eine professionelle Fachberatung anzugliedern, die den Bedürfnissen und Wünschen intergeschlechtlicher Menschen gerecht wird. Beide Annahmen greifen im Hinblick auf die hohen Belastungsgrade und den damit verbundenen und geäußerten Bedarf von »Betroffenen« zu kurz. Die Akzeptanz geschlechtlicher Vielfalt, insbesondere die radikale Infrage-Stellung eigener verinnerlichter Vorstellungen einer Zwei-Geschlechter-Norm (»männlich« und »weiblich«) sowie das Begreifen von Intergeschlechtlichkeit nicht als seltene medizinisch definierte Ausnahme überschreitet eine bloße Integrierung in fachverwandte Beratungsstellen, wenn sie professionell und fachspezifisch umgesetzt werden soll. Zudem entgegnet Lucie Veith: »[Ich] weiß nicht ob ich als betroffener Mensch zu einer Sexualberatung gegangen wäre. Glaube ich nicht. Weil, Sexualität war nicht das Problem« (Transkript Veith, 2014, S. 35).

Intersexuelle und intergeschlechtliche Menschen nehmen in der Regel nicht aufgrund ihrer Intergeschlechtlichkeit beraterische Unterstützung in Anspruch, sondern wegen der in Zusammenhang damit stehenden strukturellen Diskriminierung.

Dieser Argumentation folgend würden zukünftig inter*-spezialisierte Fach-Beratungsstellen den Arbeitsfeldern und Beratungsangeboten gegenüber stehen, die über kaum inter*-bezogenes Wissen verfügen.

Um einen alltäglichen Umgang mit Intergeschlechtlichkeit zu gewährleisten und beruflichen Handlungsunsicherheiten entsprechend zu begegnen, greifen auch an dieser Stelle die Konzepte des doing inter* und des Inter*-Mainstreamings. Praktische Fragen zur Geschlechtsentwicklung im Allgemeinen und Intersexualität resp. Intergeschlechtlichkeit im Besonderen können Themen in der Aus- und Weiterbildung sozialer, pädagogischer, gesundheitlicher, sozialrechtlicher und therapeutischer Berufsgruppen sein. Inter*-bezogene Beratungskompetenzen werden in Form von Multiplikator_innen-Schulungen, berufsbegleitend durch Erfahrun-

gen mit Arbeitsprozessen und/oder durch einen kontinuierlichen und kollegialen Austausch erworben. Ein flächendeckendes Inter*-Mainstreaming muss zudem Bestandteil schulischer und sexueller Bildung sein und in den Curricula der Länder fest verankert werden. Grundkenntnisse in Bezug auf Intergeschlechtlichkeit sowie Weitervermittlungskompetenzen sind explizit erwünscht und sollen vor allem auch im Bereich der Kinder- und Jugendarbeit sowie Familienberatungsstellen verankert werden. Sie werden als hilfreiche Ergänzungen angesehen, die Intergeschlechtlichkeit als Teil geschlechtlicher Vielfalt sichtbar und erfahrbar machen.

Mobile Beratung: Zur Flexibilisierung beratender Formate

Institutionalisierte Beratung findet gewöhnlich in einem konventionellen Rahmen an einem konkreten Ort statt (meistens in einer ausgewiesenen Beratungseinrichtung) und verfolgt eine klare Zeit- und Vorgehensrahmung (Rituale, Setting). Moderne Vorstellungen von Beratung setzen auf flexiblere Konzepte und folgen der Annahme, dass sich bestimmte Handlungsoptionen besser vor Ort entwickeln und umsetzen lassen. Das Format der mobilen Beratung orientiert sich demnach an der konkreten Lebenswelt und den Bedürfnissen der Beratenen und bewegt sich näher an ihrem realen Umfeld sowie den lokalen Möglichkeiten und Bedingungen (vgl. Sickendieck et al., 1999, S. 223). Die klassische »Komm-Struktur« weicht »aufsuchenden« Angeboten, die ein vorurteilsfreies Einlassen auf die jeweilige Situation im Sinne einer System-Umwelt-Beziehung begünstigen. Beratungsangebote werden auf diese Weise dort angesiedelt, wo sich die adressierte Zielgruppe aufhält (Netzwerke, Familien, Jugendzentren). Der mobile Zugang unterstützt den Ausbau eines flächendeckenden Angebotes. Zugangsbarrieren durch fehlende Mobilität (z. B. Verkehrsanbindung) werden somit verringert. Beratung wird dementsprechend mit anderen Diensten verknüpft und verbleibt nicht nur in der Rolle der Zuträger_in von Beratungssituationen (vgl. ebd.). Als klare Vorteile gelten: die generelle Reflexion bestehender Beratungskonstellationen, ihre Überprüfung auf Aktualität, offenere Settings sowie eine verminderte Hemmschwelle seitens der Beratungsinteressierten.

Gleichbedeutend gehen mit dieser Flexibilisierung und Neuorientierung auch erhöhte Anforderungen an das Beratungsprofil der handelnden Akteur_innen einher. Beratungsfrequenzen verändern sich und die einzelne Beratung gewinnt aufgrund intensiverer Vor- und Nachbereitung sowie einer möglichen Ausdehnung des zeitlichen Spielraums an Inhalt und Qualität. In Bezug auf die spezifi-

zierte Inter*-Beratung heißt das, bestehende Konzepte auf ihre Handhabbarkeit zu überdenken, die Entwicklung neuer Ideen zuzulassen und ernst zu nehmen, sowie Optionen in die gesellschaftspolitische Debatte einzubringen, die bislang aus ökonomischen bzw. Effizienz-Gründen gescheitert sind oder als unrealisierbar angesehen wurden.

Die Debatte um Kompetenzzentren neu betrachtet

Im Gegensatz zu den in der Stellungnahme des Ethikrates (vgl. Deutscher Ethikrat, 2012, S. 92) empfohlenen Kompetenzzentren, die einen medizinisch-diagnostischen Beratungsfokus haben, verfolgen Kompetenzzentren im vorliegenden Artikel den Ansatz interdisziplinärer, psychosozialer und peer-basierter Zusammenarbeit. Diese Überlegung wird auch durch die Befürchtung von Kathrin Zehnder bestärkt, dass Menschen mit Intergeschlechtlichkeit nach der Vorlage des Ethikrates »neuen Machtverhältnissen ausgesetzt sind, wenn die verschiedenen Forschungsinstitute sich als Kompetenzzentren etablieren wollen« (Zehnder, 2014, S. 33). Weiterhin spricht sich Zehnder dafür aus, klinische und psychosoziale Aspekte zu trennen und nicht in denselben Räumlichkeiten anzubieten. Vielmehr befürwortet Zehnder die virtuelle Ansammlung kompetenter Kontakte und Fachpersonen, die der Zusammenarbeit und der Weitervermittlung dienen können (vgl. ebd.). Dieser Argumentation steht jedoch die fehlende Kontrollinstanz durch Peers und andere Expert_innen gegenüber, die durch die gemeinsame Arbeit im Team und den damit einhergehenden gemeinsamen Reflexionsprozessen gewährleistet werden könne. Obliegt eine Überprüfung medizinischen Vorgehens und Beratungen hingegen den Mediziner_innen selbst, so führe das laut Zehnder »zu einer gewissen Betriebsblindheit« (ebd., S. 37). Erschwerend komme noch hinzu, »dass Medizinerinnen und Mediziner sich oft weigern, Kolleginnen und Kollegen zu beurteilen« (vgl. ebd.). Diese Aussage untermauert die Wichtigkeit interdisziplinärer Teams, die das geschlossene System der Medizin aufbrechen und deren unangetastete Autonomie entmachten. Gerade auch aufgrund der von »Betroffenen« vielfach geäußerten Angst vor entwürdigenden und wenig wertschätzenden Erfahrungen mit medizinischen Institutionen muss es das Anliegen aller beteiligten Disziplinen sein, einen vertrauensvollen Umgang auf Augenhöhe anzustreben und eine gut funktionierende Vernetzungs- und Vermittlungsarbeit zu gewährleisten. Dieses Vorhaben bedarf eines Kompetenzteams bestehend aus Disziplinen, die alle, wenn auch unterschiedlich intensiv, in die Arbeit mit intergeschlechtlichen Menschen involviert

sind (Inter*-Selbsthilfe, Traumapädagogik, Soziale Arbeit, Sexualwissenschaft, Psychotherapie, Psychologie, Recht, Medizin). Weiterführend ist es ratsam den Aspekt der Interdisziplinarität um transdisziplinäre Anteile zu erweitern (vgl. Streuli et al., 2014, S. 43) und intersexuelle sowie intergeschlechtliche Menschen als Expert_innen in eigener Sache anzuerkennen und aktiv in Prozesse mit einzubinden.

Im direkten (Beratungs-)Kontakt mit den Ratsuchenden ist eine Weitervermittlung vor allem dann sinnvoll und empfehlenswert, wenn die Denk- und Arbeitsweisen der empfohlenen Spezialist_innen bekannt sind, sie als vorurteilsfrei und akzeptierend bewertet werden und somit professionell agieren. Einschätzungen innerhalb aller am Hilfesystem beteiligten Fachdisziplinen formen sich vor allem aus einer prozesshaften und langfristigen Zusammenarbeit sowie Methoden der Qualitätssicherung (Evaluation, Supervision, kollegiale Beratung). Die Möglichkeit einer überzeugenden Empfehlung von und Vermittlung zu parteilichen Kolleg_innen wird zudem durch »kurze Wege« begünstigt. Das heißt, eine Weitervermittlung innerhalb bekannter Kreise ist in der Regel schneller, einfacher und ertragreicher und stellt für die Ratsuchenden (»betroffene« intergeschlechtliche Menschen sowie auch deren Eltern und Angehörigen) ein verringertes Risiko einer Re-Traumatisierung dar. Ebenso kann das gemeinsame Vereinbaren von Erstterminen sowie das Angebot einer Begleitung zum ersten Treffen als hilfreich und unterstützend erlebt werden. Im Hinblick auf interdisziplinäre Kompetenzzentren werden »kurze Wege« nicht nur im Sinne von Kontaktpflege und Vernetzung gedacht, sondern auch räumlich. Der Aufbau eines fachspezifischen Inter*-Netzwerkes unter einem Dach stellt in diesem Sinne die wohl weitreichendste Form einer konkreten Umsetzungspraxis dar. Inter- und transdisziplinäre Kompetenzzentren ermöglichen es, Hemmschwellen abzubauen, Übergänge zu gestalten und zu begleiten sowie eine effiziente Kooperations-, Netzwerk- und Zusammenarbeit anzustreben. Sie leisten einen Beitrag dazu Prozesse zu intensivieren und ein ganzheitliches Erfassen individueller Lebensweisen zu optimieren.

Fazit

Die Aussagen und Überlegungen im vorliegenden Artikel sind als Ansatzpunkte für Anschluss und Diskussion zur Implementierung einer inter*-bezogenen Beratung zu verstehen. Im Zentrum steht die Vertretung intergeschlechtlicher Interessen, sowohl wissenschaftlich in Form ihrer eigenen Expertise als auch

gesellschaftlich in der Durchsetzung ihrer politischen Forderungen sowie auf beruflicher Ebene durch den Ansatz des Peer-Involvements und des Peer-Counsellings als spezifischem Beratungsansatz. Damit einhergehend verändert sich das Grundverständnis von Beratung, gängige Modelle und Methoden werden überprüft, der Hauptfokus liegt auf der inneren Einstellung und Berater_innenhaltung. Als Basisaufgabe von Inter*-Beratung ist die Wiederherstellung der Autonomie der Lebenspraxis wesentlich und impliziert einen damit verbundenen Emanzipationsanspruch. Inter*-Beratung muss demzufolge immer auch eine progressive Beratung sein, die ein ganzheitliches Begreifen des Geschehens auf gleichberechtigter Grundlage einer Subjekt-Subjekt-Interaktion sicherstellt.

Insgesamt tragen alle vorgestellten Ansätze dazu bei, sich an der Lebenswirklichkeit von Menschen mit Intersexualität zu orientieren und gleichzeitig Inter*-Gruppen und Selbsthilfe-Verbände stärker in Prozesse auf unterschiedlichen Handlungsebenen einzubinden. Inter*-Organisationen übernehmen dabei bereits einen wichtigen Anteil grundlegender Strukturen und werden im Sinne des Peer-Ansatzes als wichtige Instanz für eine vertrauenswürdige und selbstermächtigende Basisarbeit angesehen.

Letztendlich zielen alle Überlegungen darauf ab, das Paradigma medizinischer Deutungshoheit zugunsten geschlechtlicher und sexueller Selbstbestimmung unter emanzipatorischen Ansprüchen zu entmachten, eine Pathologisierung und Medikalisierung von Geschlecht grundsätzlich abzulehnen und somit eine kritisch reflektierte Menschenrechtspolitik voranzutreiben.

Literatur

Backes, H. (2003). Peer Education. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung* (S. 176–179). Schwabenheim/S.: Verlag Peter Sabo.

Bamberger, G. G. (2004). Beratung unter lösungsorientierter Perspektive. In Nestmann, F.; Engel, F. & Sickendiek, U. (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung. Band 2. Ansätze, Methoden und Felder* (S. 737–748). Tübingen: dgvt.

Butler, J. (1995). *Körper von Gewicht. Die diskursiven Grenzen des Geschlechts*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Barth, E., Böttger, B., Ghattas, D. C. & Schneider, I. (Hrsg.). (2013). *Inter. Erfahrungen intergeschlechtlicher Menschen in der Welt der zwei Geschlechter*. Berlin: NoNo.

Deutscher Ethikrat (2012). *Intersexualität. Stellungnahme*. Berlin: Eigenverlag.

Elvau, I. (2014). *Inter*Trans*Espress*. Eine Reise an und über Geschlechtergrenzen*. Münster: Edition Assemblage.

Engelhardt, E. M. & Storch, S. D. (2013). Was ist Onlineberatung? – Versuch einer systematischen begrifflichen Einordnung der »Beratung im Internet«. *e-beratungsjournal.net. Fachzeit-*

schrift für Onlineberatung und computervermittelte Kommunikation, 2. URL: http://www.e-beratungsjournal.net/ausgabe_0213/engelhardt_ storch.pdf (18.08.2014).

Ghattas, D. C. (2013). *Menschenrechte zwischen den Geschlechtern: Vorstudie zur Lebenssituation von Inter*-Personen*. Heinrich-Böll-Stiftung. Schriften zur Demokratie. Band 34. Reinheim: Eigenverlag.

Hechler, A. (2014). Intergeschlechtlichkeit als Thema in Pädagogik und Sozialer Arbeit. *Sozialmagazin. Die Zeitschrift für Soziale Arbeit, 3–4*, 46–53.

Herrmann, S. K. (2003). Performing the Gap – Queere Gestalten und geschlechtliche Aneignung. *arranca! Aneignung I., 28*, 22–26.

Intersexuelle Menschen e. V./XY-Frauen (2008). Schattenbericht zum 6. Staatenbericht der Bunderepublik Deutschland zum Übereinkommen der Vereinten Nationen zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frau (CEDAW). URL: http://www.intersexuelle-menschen.net/parallelberichte/cedaw_2008.php (07.07.2014).

Kleinert, E. (2014). Die Stellungnahme des Deutschen Ethikrates zum Thema Intersexualität und ihr Echo bei den Betroffenenverbänden und in der Politik. *psychosozial 135*, 17–26.

Klöppel, U. (2012). Intersex im Fokus der Wissenschaft – Anregungen für eine respektvolle Forschung. In Lenz, I.; Sabisch, K. & Wrzesinski, M. (Hrsg.), *»Anders und Gleich in NRW« – Gleichstellung und Akzeptanz sexueller und geschlechtlicher Vielfalt. Forschungsstand, Tagungsdokumentation, Praxisprojekte. Studien Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW Nr. 15* (S. 92–95). Essen: Eigenverlag.

Krämer, A. (2013). *Inter* im Alltag. Eine empirische Forschungsarbeit zu Lebenslagen intersexueller Kinder und ihrer Eltern.* Unv. Masterarbeit, Ruhr-Universität Bochum. Fakultät für Sozialwissenschaft.

Lenz, I.; Sabisch, K. & Wrzesinski, M. (Hrsg.). (2012). *»Anders und Gleich in NRW« – Gleichstellung und Akzeptanz sexueller und geschlechtlicher Vielfalt. Forschungsstand, Tagungsdokumentation, Praxisprojekte. Studien Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW Nr. 15.* Essen: Eigenverlag.

Meyer-Bahlburg, H. (2008). Geschlechtsidentität und Genitalien. In Finke, R. & Höhne, S.-O. (Hrsg.), *Intersexualität bei Kindern* (S. 38–43). Bremen: Uni-Med.

Migeon, C. J. & Wiesniewski, A. B. (1998). Sexual Differentiation. From Genes to Gender. *Hormone Research 50*, 245–251.

Morgen, C. (2013). *Mein intersexuelles Kind. Weiblich männlich fließend*. Berlin: Transit.

Nestmann, F. (2008). Die Zukunft der Beratung in der Sozialen Arbeit. *Beratung Aktuell, 9/2*, 72–96.

OII = Organisation Intersex International (2013). Aus aktuellem Anlass: Verpflichtende Offenlassung der Geschlechtszugehörigkeit tritt am 1.11.2013 in Kraft. http://www.intersexualite.de/index.php/aus-aktuellem-anlass-verpflichtende-offenlassung-geschlechtszugehoerigkeit-tritt-am-1-11-2013-in-kraft/ (07.07.2014).

Plett, K. (2014). W, M, X – schon alles? Zu der neuen Vorschrift im Personenstandsgesetz und der Stellungnahme des Deutschen Ethikrates zu Intersexualität. *psychosozial 135*, 7–15.

Psychenet (2013). Informationsflyer »Peer-Beratung«. http://www.uke.de/kliniken/psychiatrie/downloads/klinik-psychiatrie-psychotherapie/Download.Informationsflyer_PeerBeratung.pdf (19.08.2014).

Rogers, C. (o. J.). Die Entwicklung der Personenzentrierten Gesprächstherapie. http://www.carlrogers.de/sites/entwicklung-personenzentrierte-gespraechstherapie.html (17.12.2014).

Sabisch, K. (2014). Geschlechtliche Uneindeutigkeit, soziale Uneindeutigkeit? Zum Alltagsleben von intersexuellen Kindern. *psychosozial 135*, 55–61.

Sickendiek, U., Engel, F. & Nestmann, F. (1999). *Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze*. Weinheim/München: Juventa.

Smykalla, S. & Vinz, D. (Hrsg.). (2011). *Intersektionalität zwischen Gender und Diversity. Theorien, Methoden und Politiken der Chancengleichheit.* Münster: Westfälisches Dampfboot.

Stark, W. (2004). Beratung und Empowerment – empowerment-orientierte Beratung? In Nestmann, F., Engel, F. & Sickendiek, U. (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung. Band 1: Disziplinen und Zugänge* (S. 535–546). Tübingen: dgvt.

Streuli, J.C., Bauer, M., Gonet, R., Köhler, B., Plattner, K., Truffer, D., Werner-Rosen, K. & Wyniger, B. (2014). »Reden wir wirklich vom Gleichen?« Qualitative Expertenbefragung zu multi-, inter- und transdisziplinären Ansätzen im professionellen Umgang mit Störungen und Variationen der biologischen Geschlechtsentwicklung. *psychosozial 135*. 43–54.

Tillmanns, M. (2014a). Interview mit einem_r Vertreter_in der Kampagne Dritte Option. Für einen dritten Geschlechtseintrag. Durchgeführt am 14.02.2014 in Köln.

Tillmanns, M. (2014b). Interview mit Lucie Veith vom Verein Intersexuelle Menschen. Durchgeführt am 17.02.2014 in Neu-Wulmstorf.

Tillmanns, M. (2015). *Intergeschlechtlichkeit. Impulse für die Beratung.* Gießen: Psychosozial.

Time, J. & Franzen, J. (Hrsg.). (2012). *trans*_Homo. Differenzen, Allianzen, Widersprüche. Differences, Alliances, Contradictions*. Berlin: NoNo.

Tuider, E. (2008). Diversität von Begehren, sexuellen Lebensstilen und Lebensformen. In Schmidt, R.-B. & Sielert, U (Hrsg.), *Handbuch der Sexualpädagogik und sexuellen Bildung* (S. 251–260). Weinheim/München: Juventa.

Veith, L. (2012). Der Verein »Intersexuelle Menschen e.V.«. In Lenz, I.; Sabisch, K. & Wrzesinski, M. (Hrsg), *»Anders und Gleich in NRW« – Gleichstellung und Akzeptanz sexueller und geschlechtlicher Vielfalt. Forschungsstand, Tagungsdokumentation, Praxisprojekte. Studien Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW Nr.15* (S. 95–96). Essen: Eigenverlag.

Verlinden, B. (2012). Ethikrat sieht Intersexuelle nicht mehr als Kranke per se. URL: http://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2012-02/ethikrat-intersexualitaet-stellungnahme (17.12.2014).

Voß, H.-J. (2013). Das Ende des Sex. Intersexualität und Personenstand: ohne Geschlechtseintrag als problematische »Muss-Bestimmung«. http://dasendedessex.de/tag/personenstand/ (30.3.2014).

Wunder, M. (2012). Intersexualität: Leben zwischen den Geschlechtern. *Aus Politik und Zeitgeschichte: Geschlechtsidentität, 20–21*, 34–40. http://www.bpb.de/apuz/135442/intersexualitaet-leben-zwischen-den-geschlechtern?p=all (18.08.2014).

Zehnder, K. (2010). *Zwitter beim Namen nennen. Intersexualität zwischen Pathologie, Selbstbestimmung und leiblicher Erfahrung.* Bielefeld: Transcript.

Zehnder, K. (2014). Die Stellungnahme des Deutschen Ethikrats und der Schweizerischen Nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin in kritischer Perspektive. *psychosozial 135*, 27–42.

II. Sexuelle Selbstbestimmung

Asexualität

Eine diskursive Annäherung

Nadine Schlag

1. Selbstverständnis asexueller Menschen

Mit Beginn der 1990er Jahre entwickelten sich verschiedene Internetpräsenzen – »LeatherSpinsters«[1], »Nonlibidoism«[2], »The haven for the human amoeba«[3] – zu Asexualität. Die weltweit größte und medial wohl bekannteste Plattform, welche 2001 von David Jay in St. Louis gegründet wurde und seit 2005 ein deutschsprachiges Unterforum[4] besitzt, ist AVEN (Asexual Visibility and Education Network[5]). Alle Foren einigt die selbstbestimmte Organisation asexueller Menschen. Sie möchten ihre sexuelle Orientierung auf diese Weise sichtbar machen, sich über ihre Lebens- und Liebesform austauschen und plädieren für deren gesellschaftliche und (sexual-)wissenschaftliche Akzeptanz (vgl. Sigusch, 2013, S. 485).[6]

Ein Blick in die Foren und die mediale Berichterstattung zeigen eine »Vielfalt von asexuellen Erfahrungen«.[7] AVEN beschreibt Asexualität als »kein Verlangen nach sexueller Interaktion« und erläutert:

---

1 http://www.leatherspinsters.com/index.html (23.07.2015).
2 http://web.archive.org/web/20050117085923/http://www.theofficialasexualsociety.com/ (06.07.2015).
3 https://groups.yahoo.com/neo/groups/havenforthehumanamoeba/info (06.07.2015).
4 http://asexuality.org/de/index.php?option=com_frontpage&Itemid=40 (19.09.2014).
5 Netzwerk für asexuelle Sichtbarkeit und Bildung; http://www.asexuality.org/home/ (23.07.2015).
6 http://asexuality.org/de/index.php?option=com_frontpage&Itemid=40 (19.09.2014); http://www.asexuality.org/de/index.php?option=com_content&task=view&id=23&Itemid=45 (19.09.2014).
7 http://www.asexuality.org/de/index.php?option=com_content&task=view&id=12&Itemid=36 (19.09.2014).

»Bei manchen fängt die sexuelle Interaktion erst mit dem eigentlichen Geschlechtsakt an, für andere zählt bereits ein Kuss oder eine Berührung dazu. Durch das Wort ›Interaktion‹ soll aber in jedem Fall deutlich gemacht werden, dass sexuelle Handlungen zwischen mindestens 2 Personen gemeint sind. Selbstbefriedigung wird also ausdrücklich aus der Definition herausgenommen, solange keine weiteren Personen daran beteiligt sind.«[8]

Für die Beschreibung der asexuellen Vielgestaltigkeit orientiert sich AVEN an den folgenden Aspekten:[9]

Anziehung

»Asexuelle Menschen unterscheiden sich in Bezug auf die Stärke ihrer Anziehung. Manche asexuellen Menschen fühlen sich emotional bzw. romantisch zu jemandem hingezogen. Sie empfinden den Wunsch, mit einem Menschen eine enge Bindung einzugehen, haben aber kein Bedürfnis danach diese Nähe sexuell auszudrücken. Asexuelle Menschen, die emotionale Anziehung empfinden, könnten sich z. B. homo-, bi- bzw. heteroasexuell bezeichnen. Andere asexuelle Menschen empfinden emotionale oder romantische Anziehung kaum oder gar nicht und können sich daher oft mit keiner der klassischen sexuellen Orientierungen identifizieren. Diese Menschen könnten sich z. B. als Aromantiker bezeichnen. Obwohl es wenig wahrscheinlich ist, dass diese Menschen sich in jemanden verlieben, so wünschen sich einige von ihnen dennoch Beziehungen oder legen einen besonders großen Wert auf Freundschaften.«

Erregung

»Asexuelle unterscheiden sich stark im Hinblick auf die Stärke ihrer sexuellen Erregbarkeit bzw. der Häufigkeit von erlebter Erregung. Für manche ist Erregung ein ziemlich gewöhnlicher Vorgang, obwohl er nicht mit der Suche nach einem Sexualpartner bzw. Sexualpartnern verbunden ist. Für andere ist Erregung lediglich ein Ärgernis. Manche masturbieren, haben aber kein Verlangen nach Geschlechtsverkehr mit einem Partner. Andere asexuelle Menschen empfinden wenig oder keine Erregung. Diese Menschen betrachten ihren Mangel an Erregung aber nicht als ein

8 http://www.asex-wiki.de/index.php/Hauptseite (20.11.2011).

9 http://www.asexuality.org/de/index.php?option=com_content&task=view&id=12&Itemid=36 (29.07.2015).

medizinisches oder psychologisches Problem, d. h., sie erleben keinen (primären) Leidensdruck durch diesen Umstand. Asexuelle Menschen ohne Libido könnten sich z. B. als Nonlibidoisten bezeichnen.«

Beziehungen

»Es gibt unter Asexuellen eine beträchtliche Vielfalt an unterschiedlichen Beziehungsvorstellungen und -wünschen. Manche haben keinen Hang zu Beziehungen und bleiben lieber für sich. Die meisten sind gesellschaftlich aktiv und unterhalten Netzwerke von Freundschaften, die Vertrautheit und Unterstützung bieten können. Manche Asexuelle bilden romantische Beziehungen, manche heiraten. Andere suchen einfach enge Freundschaften oder unterhalten Beziehungen, bei denen die Linie zwischen Freundschaft und romantischer Beziehung verschwimmt.«

Wer oder was asexuell ist, ist nach AVEN objektiv nicht beantwortbar:

»Asexualität ist, wie alle Orientierungen im Leben (und dazu gehört insbesondere auch die sexuelle Identität), immer auch eine persönliche Kategorie. Es gibt daher keine feste Anzahl an Kriterien, die einen als asexuell oder nicht bzw. nicht mehr asexuell festlegen können und kein Prüfungsverfahren welches bestimmt, ob man als asexuell gelten darf. Wie bei allen sexuellen Orientierungen, ist auch Asexualität ein Begriff, der immer im Kontext des Lebens eines Menschen eingeordnet werden muss [...] Man ist somit zunächst einmal asexuell, wenn man sich selbst so sieht.«[10]

Wer oder was asexuell *nicht* ist, dazu positioniert sich AVEN dagegen klar:

»Menschen, die zölibatär leben enthalten sich aufgrund einer bewussten Entscheidung oder einer externen Vorgabe von sexuellen Aktivitäten und/oder Beziehungen obwohl ein Verlangen oder Bedürfnis danach besteht. Asexuelle fühlen sich (von sich aus) hingegen gar nicht veranlasst sexuelle Interaktionen zu haben oder sexuelle Beziehungen einzugehen, da genau dieses Verlangen eben nicht existiert!«[11]

---

10 http://www.asexuality.org/de/index.php?option=com_content&task=view&id=12&Itemid=36 (29.07.2015).

11 http://asexuality.org/de/content/view/13/41/ (22.12.2015).

»Asexuell zu sein bedeutet, kein Interesse an Sex zu haben. Nicht aus Verklemmtheit, Missbrauchserfahrungen in der Jugend oder organischer Störungen.«[12]

2. Asexualität aus klinischer Sicht

Innerhalb des Selbstverständnisses asexueller Menschen wird eine potenzielle Widersprüchlichkeit zwischen der Aussage »Man ist [...] asexuell, wenn man sich selbst so sieht« und der klaren Positionierung, wer oder was *nicht* asexuell ist, deutlich. Asexuelle sind ihrer Abgrenzung nach sowohl mit (hetero)normativen Denk- und Verhaltensmustern sowie Fremdzuschreibungen im Sinne klassifizierter sexueller Störungen, wie sexueller Lustlosigkeit und Impotenz, konfrontiert und müssen sich mit deren psychopathologischen Analogie auseinandersetzen. In der medialen Berichterstattung lassen sich Aussagen asexueller Menschen finden, die diese Annahme stützen. Kati Radloff, Mitbegründerin der deutschen AVEN-Website, äußert in zwei Artikeln der *Zeit*: »Es ist nicht einfach, sich in einer Gesellschaft zu bewegen, in der sich alles um Lust dreht und Pillen wie Viagra ewige Potenz versprechen.«[13] Weiterhin führt sie an: »Leider habe ich gelernt, dass in unserer Gesellschaft Sex keine Privatsache ist. Als ich meiner Frauenärztin sagte, dass ich asexuell bin, sagte sie: ›Aha, sie haben also eine sexuelle Luststörung [...]‹«.[14] Weiter berichtet ein Asexueller von einer Psychotherapie, in der er öfters seine »mangelnde Lust« thematisiert hat und »verzweifelt war, dass auch die Therapie daran nichts änderte«. »Ich dachte, ich sei einfach verkorkst.« »Erst durch die Asexuellen-Website wurde ihm klar, dass es Menschen gibt, die keinen Sex wollen. Und sich trotzdem nach einem Partner sehnen.«[15]

Der österreichische Psychotherapeut, Coach und Supervisor Richard L. Fellner[16] klassifiziert Asexualität als sexuelle Störung, welche der Behandlung und Therapie bedarf, und deklariert sie als psychisches Defizit und spricht asexuellen Menschen ihre Reflexionsfähigkeit und selbstbestimmte Positionierung ab. Fellner konstatiert:[17]

»Generell ist jedoch zu sagen, dass es sich bei der von Menschen sich selbst zugeschriebenen ›Asexualität‹ in Wirklichkeit häufig um die Folgen langjähriger

12 http://asex-web.de/asexualitaet (22.12.2015).
13 http://www.zeit.de/zeit-wissen/2005/03/g_asexuell (01.03.2015).
14 http://www.zeit.de/lebensart/partnerschaft/2011-07/bzw-asexualitaet (01.03.2015).
15 http://www.zeit.de/zeit-wissen/2005/03/g_asexuell/seite-3 (01.03.2015).
16 http://www.psychotherapiepraxis.at/ (01.03.2015).
17 http://www.psychotherapiepraxis.at/artikel/sexualtherapie/asexualitaet.phtml (01.03.2015).

> Kontaktstörungen bzw. Schwierigkeiten, einen Partner oder Partnerin zu finden handelt. Nach langen Jahren der Frustration bei der Kontaktsuche bzw. schwierigen Erfahrungen mit dem anderen Geschlecht wird zum Selbstschutz das Interesse sozusagen ›stillgelegt‹.«

> »Asexualität selbst aber ist nicht ›gefährlich‹, auch wenn den Betroffenen natürlich eine ganz wesentliche Quelle für Lebensfreude und Lebenslust damit verlorengeht, die nur schwer zu ersetzen sind. Somit sind Betroffene vermutlich anfälliger für Depressionen. Das Tückische an diesem Störungsbild ist jedoch, dass die betroffenen Menschen dies gar nicht so empfinden oder ihren Zustand sogar regelrecht idealisieren, wie sich etwa auf einschlägigen Internet-Websites nachlesen läßt. Sie immunisieren sich damit gewissermaßen selbst vor jeglichem Veränderungsdruck – die Störung wird als neuer Normalzustand definiert, da jegliche Veränderung (z. B. die Suche nach einem passenden Partner) als unerreichbar oder quälend empfunden wird.«

Die pathogene Art der Bewertung (a)sexueller Varianz ist entscheidend durch die »International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems«[18] (ICD-10) geprägt. Im Kapitel V »Psychische und Verhaltensstörungen«[19] werden die »sexuellen Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit« (ebd.) klassifiziert. Als Diagnosen werden u. a. »Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen«, »Sexuelle Aversion und mangelnde sexuelle Befriedigung« sowie »Versagen genitaler Reaktionen« (ebd.) benannt und beschrieben. Die ICD-10 definiert mit dieser kategorisierten Darstellung einen sexuellen Normalzustand und (unter-)stützt eine pathogene Sichtweise und Manifestierung (a)sexueller Varianz. Zur Verdeutlichung, an welchem sexuellen Imperativ sich die Diagnosebeschreibungen sowie (sexual-)wissenschaftlichen und vergesellschafteten fremdbestimmten Zuschreibungen zu Asexualität orientieren, werden im Folgenden kulturhistorische Fragmente der deutschsprachigen Sexualwissenschaft skizziert.

---

18 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland); http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/index.htm (01.11.2014)

19 http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2015/block-f50f59.htm (01.11.2014).

3. Historische Blicke auf Asexualität

3.1 Richard von Krafft-Ebing: 1886

Richard von Krafft-Ebing beschreibt in seinem Werk *Psychopathia sexualis*[20] im Kapitel »Allgemeine Neuro- und Psychopathologie des Sexuallebens« die »Anästhesia sexualis« als fehlenden Geschlechtstrieb. Er unterscheidet diesen anhand von Fallbeispielen als angeborene und erworbene Anomalie (vgl. Krafft-Ebing, 1984, S. 54ff.). Bezüglich der angeborenen Anästhesie konstatiert Krafft-Ebing:

> »[Trotz] normal entwickelter und funktionierender Generationsorgane (Spermabereitung, Menstruation) mangelt es überhaupt und von je her jegliche[r] Regung des Geschlechtslebens [...]. Diese funktionell geschlechtslosen Individuen sind sehr selten und wohl immer degenerative Existenzen [...]« (ebd., S. 54).

Im Kontext der erworbenen Anästhesie benennt Krafft-Ebing diverse Ursachen, welche »organische und funktionelle, psychische und somatische, zentrale und periphere sein [können]« (ebd., S. 58). Grundlegend führt er »individuelle Verschiedenheiten bezüglich der zeitlichen Dauer des Sexualtriebes« (ebd.) an und konstatiert einen Zusammenhang von Libido und der Häufigkeit sexueller Betätigung. Weitere Determinanten sind für ihn Alter, Sozialisation und Lebensweise eines Menschen sowie physische und psychische Erkrankungen (vgl. ebd., S. 58f.).

Eine Zwischenstufe dieser beiden Ausprägungen sind für ihn Menschen, die »zeitweise elementare sexuelle Empfindungen [...] wenigstens durch Masturbation kundgeben« (ebd., S. 56).

Als »eine mildere Form der Anästhesie« benennt er die »naturaefrigidae« (ebd., S. 58). Er ordnet sie häufiger dem »weiblichen« als dem »männlichen« Geschlecht zu und beschreibt »neuropathische und hysterische Frauen« (ebd.), die trotz körperlicher Gesundheit ein geringes bzw. kein Interesse an sexueller Aktivität haben (ebd.).

3.2 Magnus Hirschfeld: 1920

Magnus Hirschfeld beschreibt ebenfalls anhand von Fallbeispielen Beobachtungen von asexuellem Verhalten. Er verwendet den Begriff im Zusammenhang mit

20 Die Erstveröffentlichung erfolgte 1886.

Automonosexualismus[21], der sexuellen Erregung und Befriedigung ausschließlich durch den und am eigenen Körper, sowie dem damit verbundenen absenten Bedürfnis, sexuell mit einer anderen Person zu interagieren.

Von diesen Beobachtungen losgelöst, beschreibt Hirschfeld Asexualität als mögliche Ausprägung und Ausgestaltung des Geschlechtstriebes und definiert diesen und damit auch Asexualität als individuelle Konstante im Lebenslauf eines Menschen. Er fragt aber gleichzeitig nach der möglichen faktischen Existenz von Asexualität, und schließt sie als eine Abnormität des sexuellen Verhaltens nicht aus (vgl. Hirschfeld, 1921, S. 183ff.; 1922, S. 145; 1920, S. 82, 163, 265ff.).

3.3 Sigmund Freud: 1905

Sigmund Freud, Begründer der einflussreichsten psychoanalytischen Sexualtheorie des 20. Jahrhunderts, geht in seinem Standardwerk *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*[22] von der Grundannahme eines naturgegebenen Sexualtriebes aus:

> »Die Tatsache geschlechtlicher Bedürfnisse bei[m] Mensch[en] [...] drückt man in der Biologie durch die Annahme eines Geschlechtstriebes (Libido) aus. Man folgt dabei der Analogie mit dem Trieb nach Nahrungsaufnahme, dem Hunger« (Freud, 2009, S. 37).

Er begründet seine Triebtheorie in »den biologischen Vorgängen, in denen das Wesen der Sexualität besteht« (Freud, 2009, S. 141) und sieht »den Sexualtrieb als die entscheidende menschliche Antriebskraft an« (Sigusch, 2008, S. 59). Seinen biologistischen Ausgangspunkt verknüpft er mit der psychologischen Grundannahme einer »Entwicklungspsychologie des Sexuellen, die [...] Entfaltungs- respektive Reifungsschritte annimmt« (ebd., S. 261) und stellt »das infantile Moment für die Sexualität in den Vordergrund« (Freud, 2009, S. 78). Freud äußert: »Es scheint gewiß, daß das Neugeborene Keime von sexuellen Regungen mitbringt« und »daß sich im kindlichen Sexualleben von allem Anfang an Ansätze zu einer Organisation der sexuellen Triebkomponenten erkennen lassen« (ebd., 2009, S. 79, 132).

Freud beschreibt als »Entwicklungsphasen der sexuellen Organisation« (ebd., S. 98) eine orale, anale, phallische, ödipale und Latenzphase (vgl. ebd.,

21 Der Begriff wurde von Hermann Rohleder geprägt (vgl. Hirschfeld, 1921, S. 182).
22 Die Erstveröffentlichung erfolgte 1905.

S. 83ff., 98ff.) inkl. »charakteristischer Konflikte und Ängste« (Sigusch, 2008, S. 261), welche er als »bedeutsame Vorläufer der späteren endgültigen Sexualorganisation« (Freud, 2009, S. 133) bewertet. Die »wesentlichen Charaktere einer infantilen Sexualäußerung« sind für ihn, dass sie

> »in Anlehnung an eine lebenswichtige Körperfunktion entsteht, noch kein Sexualobjekt[23] kennt (autoerotisch ist – [...] der Trieb [...] sich am eigenen Körper befriedigt [...]) und ihr Sexualziel[24] unter der Herrschaft einer erogenen Zone steht. Die einzelnen Partialtriebe [...] streben unverknüpft und unabhängig voneinander dem Lusterwerb[25] nach« (Freud, 2009, S. 83ff., 98ff.; Sigusch, 2008, S. 261).

Mit Beginn der Pubertät beginnt für Freud die Umgestaltung des »infantilen Sexuallebens [...], [zu] dem sogenannten normalen Sexualleben des Erwachsenen« (Freud, 2009, S. 98). Er benennt die Frau als sexuell passiv und den Mann als sexuell aktiv (vgl. ebd., S. 99). Seiner Annahme nach ist die »Aufnahme eines neuen Lebewesens« (ebd., S. 109) das neue Sexualziel der Frau, die »Entladung der Geschlechtsprodukte« (ebd., S. 108) das des Mannes. Für ihn »stellt sich der Sexualtrieb jetzt in den Dienst der Fortpflanzungsfunktion« (ebd.). Dem »normale[n] Sexualziel« entspricht nach Freuds Auffassung

> »die Vereinigung der Genitalien in dem als Begattung bezeichneten Akte, der zur Lösung der sexuellen Spannung und zum zeitweiligen Erlöschen des Sexualtriebes führt (Befriedigung analog der Sättigung beim Hunger)« (ebd., S. 52)

Die Ursachen aller »sexuellen Abirrungen« (ebd., S. 37) sind für Freud in der psychosexuellen Entwicklung eines Kindes zu finden. Er beschreibt den Menschen als von Geburt an sexuelles Wesen mit einer

> »polymorph perversen Anlage, welche die ursprüngliche allgemeine Anlage des menschlichen Geschlechtstriebes ist und aus welcher das normale Sexualverhalten infolge organischer Veränderungen und psychischer Hemmungen (Scham, Ekel, Mitleid, soziale Konstruktionen der Moral und Autorität) im Laufe der Reifung entwickelt wird« (ebd., S. 130)

---

23 »[…] die Person, von welcher die geschlechtliche Anziehung ausgeht […]« (Freud, 2009, S. 37).

24 »[…] die Handlung, nach welcher der Trieb drängt […]« (Freud, 2009, S. 38).

25 »[…] Lust […] benennt ebensowohl die Empfindung des Bedürfnisses als die der Befriedigung« (Freud, 2009, S. 37).

Für Freud findet sich »in jeder fixierten Abirrung vom normalen Geschlechtsleben ein Stück Entwicklungshemmung und Infantilismus« (ebd.).

3.4 Siegfried Schnabl: 1971

Siegfried Schnabl beschreibt in seinem Buch *Mann und Frau intim. Fragen des gesunden und des gestörten Geschlechtslebens* als drei Bereiche der funktionellen Sexualstörungen Libido, Koitus und Orgasmus.

Gefühlskälte (Frigidität), das »verminderte [...] oder fehlende [...] sexuelle [...] Verlangen«, und die Anorgasmie, die »unvollkommene [...] oder ausbleibende [...] Befriedigung«, schreibt er mehrheitlich der ›Frau‹,die Potenz- und Erektionsstörungen hingegen, »die beeinträchtigte oder unmögliche Ausführung des Aktes«, mehrheitlich dem Mann zu (Schnabl, 1971, S. 120ff.). Bei seinen Ausführungen orientiert er sich an den tradierten Rollenbildern von Frau und Mann sowie am monopolistischen Bild der Ehe und schreibt ebenfalls Passivität und Empfangen der Frau und Aktivität und Potenz dem Mann zu (vgl. ebd., S. 139ff.).

Die Ursachen sexueller Funktionsstörungen erklären sich für ihn »aus der gesamten Lebensgeschichte« und er benennt die Aspekte »Erziehung, Vorbild, soziales Milieu und Charakterstruktur« als »prägenden Einfluß« (ebd., S. 142), Ferner führt er organische, hormonelle sowie krankheitsbedingte Gründe an (vgl. ebd., S. 142ff.).

3.5 Gunter Schmidt: 1986

Gunter Schmidt orientiert sich in seinen Ausführungen zur sexuellen Entwicklung eines Menschen an der psychosexuellen Phasenlehre Freuds, stellt dabei aber das Individuum mit seinen lebensgeschichtlichen Erfahrungen und Prägungen in den Vordergrund und verknüpft Freuds entwicklungspsychologischen mit einem individualpsychologischen Ansatz (vgl. Schmidt, 1986, S. 77ff.). Von Freuds Triebtheorie rückt er ab, als er die biologischen Prozesse der Libido nicht mehr als etwas »ahistorisch Essenzielles« (Schmidt, 2005, S. 55) im Sinne eines impulshaften Spannungsaufbaus und -abbaus interpretiert, sondern als »gesellschaftliche Zeitgestalt des Sexuellen« (ebd.).

> »In der Sexualität sind die Trieb- und Beziehungsgeschichte und die Geschichte der Geschlechtsidentität eines Menschen verschlüsselt, unsere Sexualität ist das

> verdichtete Abbild dieser Erfahrungen. Damit [...] ist die Sexualität ein Kern der Persönlichkeit, weil sich quer durch sie hindurch so zentrale Erfahrungen ziehen [...], weil sie am Schnittpunkt dieser Erfahrungen liegt« (Schmidt, 1986, S. 85).

Schmidt beschreibt »Sexualität als ein Bedürfnis [...], welches sich [...] in Beziehungen zu anderen Menschen vollzieht«, und dass wir die Sexualität »als Geschlechtswesen machen [...]« (ebd., S. 78). Er charakterisiert damit drei individuell erlebte und empfundene »zentrale Erfahrungsbereiche« (ebd., S. 79), welche er als »Bedürfnis-, Beziehungs- und Geschlechtsgeschichte« (ebd.) bezeichnet und diese seiner Auffassung nach »die sexuelle und Persönlichkeitsentwicklung eines Menschen bestimmen« sowie »seine Sexualität und seinen Charakter prägen« (ebd.). Ausgangspunkt der Gestaltung jugendlicher und erwachsener Sexualität sind diesbezüglich immer frühkindliche Erfahrungen, welche sich »weitgehend im nicht-sexuellen Bereich durch Erlebnisse und Erfahrungen, die im eigentlichen oder engeren Sinne nicht sexuell sind, vollziehen« (ebd., S. 84). Das bezieht er vor allem auf die

> »Stabilität und Zuverlässigkeit der Beziehung zu den Eltern; das Zulassen von Sinnlichkeit in dieser Beziehung; die Erfahrung, daß die eigenen Wünsche die Autonomie nicht zerstören; die Zuverlässigkeit, mit der es auf die Befriedigung seiner Bedürfnisse vertrauen kann [...]; die Sicherheit, die man dem Kind gibt, als Junge bzw. Mädchen gemocht zu werden; die Möglichkeit, die es hat, affektive und konstruktive Beziehungen zu Gleichaltrigen [...] zu erleben, usw. usf.« (ebd.)

Die »persönlichen sexuellen Vorlieben, Neigungen, Abneigungen, Verhaltensweisen, Erlebnisweisen, Phantasien eines Menschen hängen zentral« (ebd., S. 78) mit diesen frühkindlichen Erlebnissen und Erfahrungen zusammen und bilden eine ganz eigene und höchstpersönliche Geschichte des Sexuellen, in der sich die Lebensgeschichte eines Menschen spiegelt. So entstehen vielgestaltige diversifizierende Sexualentwicklungen und möglicherweise auch -störungen. Analog zu Freud sieht auch Schmidt in der psychosexuellen Entwicklung eines Menschen respektive im Kontinuum von Zuwendung und Vernachlässigung einen Zusammenhang für die Entstehung klassifizierter sexueller Störungen. Er konstatiert:

> »[E]ntstandene Ängste und Konflikte werden in der Sexualität inszeniert, umgangen, kompensiert oder durch den Verzicht auf Sexualität vermieden« (ebd., S. 84f.).

Schmidt fragt zur Verstehbarkeit von sexuellen Störungen »wie Impotenz, Orgasmusschwierigkeiten, vorzeitige und ausbleibende Ejakulation, anhaltende Lustlosigkeit, schwere Abneigung gegen Sexualität usw.« (ebd., S. 90) nach dem Sinn der Symptomatik für das »innerseelische Gleichgewicht und die Partnerbeziehung« (ebd.). Sexuelle Störungen sind für ihn oft ein »Schutzmechanismus gegen unbewußte irrationale Ängste [...], [die] durch einen Verzicht auf Funktion, auf Lust abgewehrt werden. Das Symptom [...] hat eine stabilisierende Wirkung, weil es die vermeintlichen Gefahren umgeht und so Angst mindert« (ebd.).

»Die mit sexuellen Hemmungen abgewehrten Ängste« (ebd.) sind mit der sexuellen respektive nicht-sexuellen Entwicklung eines Menschen verbunden, »vor allem Triebängste, die aus (frühen) Bedürfniserfahrungen resultieren, Beziehungsängste, die in (frühen) Beziehungserfahrungen gründen, und Ängste im Zusammenhang mit der Geschlechtsidentität, die aus (frühen) Geschlechtserfahrungen herrühren« (ebd., S. 90f.).

4. Zeitgenössische Perspektive

4.1 Vorüberlegungen

Die fragmentarische Darstellung erscheint angesichts der Pluralisierung von Lebens- und Liebesformen und der Diversifizierung von Geschlecht und Beziehungen zunächst als nicht (mehr) zeitgemäß. Anhand dieser Betrachtungen verdeutlichen sich hingegen die Entwicklung einer normativen sexuellen Ordnung und deren Orientierung am binären Geschlechtersystem sowie die bestehende Manifestierung des sexuellen Imperativs innerhalb der postmodernen Mehrheitsgesellschaft. Die dargestellten Sichtweisen sollen nicht grundlegend negiert werden, sofern sie nicht einer naturgegebenen und normativ-generalisierenden Haltung entsprechen und demzufolge zur Pathologisierung und Psychologisierung herangezogen werden. Sie dienen vor allem der Darstellung und Einbettung in einen wissenschaftlich-historischen Diskurs und skizzieren Entwicklungslinien sexualwissenschaftlicher Auseinandersetzungen.

Es lässt sich die Frage aufwerfen, ob unsere immer wieder betonte Akzeptanz aller Facetten von selbstbestimmter Sexualität nur eine scheinaffirmative innerhalb westlicher Gesellschaften ist, nur vom (sexual-)wissenschaftlichen Diskurs als elementar benannt wird, aber im vergesellschafteten Alltag bestenfalls Toleranz ist, ein (erduldetes) Bestehen neben dem als »normal« Geltenden, anstelle eines gleichberechtigten Nebeneinander?

Menschen, die sich auf dem asexuellen Spektrum verorten, können angesichts der neosexuellen[26] Entwicklungen, deren Ausgangspunkt der binäre sexuelle Imperativ ist, ihre sexuelle Orientierung »frei« äußern. Dennoch bleibt die Konsequenz ihres Gesagten offen. Sie können Verständnis und Verständlichkeit begegnen (insbesondere innerhalb ihrer Gemeinschaft) oder werden mit der sexuellen »Norm« konfrontiert und müssen sich an dieser »messen lassen«. Anstelle einer selbstbestimmten Gestaltung der eigenen asexuellen Lebensrealität entwickelt sich Selbstbestimmung zur Rechtfertigung und zur Fremdbestimmung, zum psychologischen Deuten und Pathologisieren; ist doch das pathogenetische Denken gegenüber der Salutogenese[27] und der Ressourcenorientierung in Medizin und Wissenschaft, die unsere Gesellschaft prägen, immer noch vorherrschend.

4.2 Volkmar Sigusch: 2013

Volkmar Sigusch veröffentlichte in seinem 2013 erschienenen Buch *Sexualitäten. Eine kritische Theorie in 99 Fragmenten* einen Beitrag zu Asexualität. Er plädiert dafür, »die sich jetzt zeigenden und organisierenden Asexuellen [...] [nicht] als Gestörte oder Kranke zu betrachten und zu behandeln«, und beschreibt es »als ein[en] Akt der Emanzipation, wenn sich heute Männer wie Frauen, die kein sexuelles Verlangen haben, zu dieser nur scheinbar aus dem Rahmen fallenden Eigenheit offen bekennen« (Sigusch, 2013, S. 488), verwendet aber im gesamten Beitrag den Terminus »Betroffene« (vgl. ebd., S. 485ff.). In dieser Widersprüchlichkeit könnte sich das oben beschriebene Kontinuum von Toleranz und Akzeptanz sowie Selbst- und Fremdbestimmung vermuten lassen, wenn man davon ausgeht, das mit der Wahl des Wortes »Betroffene« hierzulan-

26 Volkmar Sigusch beschreibt die »kulturelle Umwertung, soziale Umschreibung und gesellschaftliche Transformation« unserer sexuellen Verhältnisse seit den 1980er und 1990er Jahren als »neosexuelle Revolution«. Zentrale Aspekte sind für ihn »die Dissoziation der alten sexuellen Sphäre, die Dispersion der sexuellen Fragmente und die Diversifikation der sexuellen Beziehungen« (Sigusch, 2005, S. 27ff.).

27 Das ressourcenorientierte Konzept der Salutogenese (Gesundheitsentwicklung) wurde von dem Medizinsoziologen und Stressforscher Aaron Antonovsky entwickelt. Antonovsky fragt nicht nach den Ursachen von Erkrankungen, sondern was Menschen gesund erhält. Er fokussiert »die Entstehung von Gesundheit und die gesunde Entwicklung des Menschen«. Nach dem Salutogenese-Modell ist Gesundheit nicht als Zustand, sondern als Prozess zu verstehen. »Der Begriff ist analog und komplementär gebildet zu dem Begriff Pathogenese, der die Lehre der Entstehung von Krankheit bezeichnet« (http://www.salutogenese-zentrum.de/cms/main/wissenschaft/a-antonovsky.html (05.03.2015)).

de und heutzutage ein Leidensdruck assoziiert und ein Krankheitswert impliziert wird. Sigusch konstatiert weiter, dass »[…] entscheidend für eine verbindliche soziale und kulturelle Definition die Selbstdefinition der Betroffenen« ist. Seiner Auffassung nach ist Asexualität »zugleich eine Neosexualität und ein Neogeschlecht« (ebd., S. 486). Seine Begründung:

> »[Die] Asexuellen gehen nicht nur sexuell zu den drei vor der neosexuellen Revolution kulturell und sozial ausgestanzten und anerkannten Sexualformen Heterosexualität, Homosexualität und Perversion auf Distanz, sondern auch geschlechtlich, in dem sie sich weder gegengeschlechtlich, noch gleichgeschlechtlich noch beidgeschlechtlich orientieren« (ebd.).

Dem lässt sich insofern widersprechen, als Asexuelle ihr Leben und Lieben auch in den kategorisierten sexuellen und geschlechtlichen Orientierungen beschreiben. Asexuelle sind davon ausgehend nicht indifferent im Sinne sexueller, geschlechtlicher und beziehungsdynamischer Pluralisierung.

4.3 Ausblick

Asexualität als Forschungsgegenstand der deutschsprachigen Sexualwissenschaft scheint nicht relevant zu sein; Studien und Publikationen lassen sich nicht finden. Der Transfer und die Auseinandersetzung scheinen sich gegenwärtig innerhalb bzw. über die sich selbstorganisierende asexuelle Gemeinschaft und die Medien zu gestalten. Daraus resultiert die Vermutung, dass eine (sexual-)wissenschaftliche Information und Aufklärung nicht für notwendig erachtet wird; für die Gesellschaft geht schließlich von Asexuellen keine »Gefahr« aus – Asexualität birgt keinen »sexuellen Zündstoff«.

Der Einbezug von (Sexual-)Wissenschaft und medialer Öffentlichkeit ist für die Community eine Gratwanderung. Zum einen wird die Sichtbarkeit von Asexualität und asexuellen Menschen und damit einhergehend gesellschaftliche Prozesse von Bildung und Sensibilisierung unterstützt; zum anderen stellt sich die Frage nach einem politischen Willen wissenschaftlicher Untersuchungen. Eine bloße Suche nach Ursachen und Erklärungsmodellen ist demnach nicht gerechtfertigt und sollte sich auch nicht an (hetero-)normativ geprägten Denk- und Verhaltensmustern orientieren. Emanzipatorische Sicht- und Handlungsweisen müssen individual- und entwicklungspsychologischen Generalisierungen vorgezogen werden, da diese für asexuelle Menschen stigmatisierend und diskriminie-

rend sind. Als »neue« Maxime gilt daher die Abkehr von der Ursachenforschung hin zu einer selbstbestimmten Definitionsmacht, mit dem Ziel, sich autark gegen eine normierende Gesellschafts- und Wissenschaftspraxis zu stellen!

Literatur

asex-web.de (2015). Asexualität. http://asex-web.de/asexualitaet (22.12.2015).

AVENde (2005). Home. http://asexuality.org/de/index.php?option=com_frontpage&Itemid=40 (19.09.2014).

AVENde (2015). Informationen über Asexualität. http://www.asexuality.org/de/index.php?option=com_content&task=view&id=12&Itemid=36 (29.07.2015).

AVENde (2015). Über Asexualität. Fragen über Asexualität (Einstieg). http://asexuality.org/de/content/view/13/41/ (22.12.2015).

AVENde (2005). Über AVEN. http://www.asexuality.org/de/index.php?option=com_content&task=view&id=23&Itemid=45 (19.09.2014).

Bäuerlein, T. (2011). Ich hatte nie Sex, warum auch? *Zeit Online*. http://www.zeit.de/lebensart/partnerschaft/2011-07/bzw-asexualitaet (01.03.2015).

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2015). ICD-10-GM Version 2015. Kapitel V. Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99). http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2015/block-f50-f59.htm (01.11.2014).

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2015). Klassifikationen, Terminologien, Standards. ICD-10-GM. http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/index.htm (01.11.2014).

Fellner, R. L. (2012). Psychotherapiepraxis.at. Der Info-Point rund um Psychotherapie, Coaching, Paartherapie und Sexualtherapie. Artikel. Kein Sex, bitte!. Interview zur Asexualität. http://www.psychotherapiepraxis.at/artikel/sexualtherapie/asexualitaet.phtml (01.03.2015).

Fellner, R. L. (2014). Psychotherapiepraxis.at. Der Info-Point rund um Psychotherapie, Coaching, Paartherapie und Sexualtherapie. Startseite. http://www.psychotherapiepraxis.at/ (01.03.2015).

Freud, S. (2009 [1905]). *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie.* Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch.

Krafft-Ebing, R. (1984). *Psychopathia sexualis. Mit besonderer Berücksichtigung der konträren Sexualempfindung. Eine medizinisch-gerichtliche Studie für Ärzte und Juristen* (14. vermehrte Aufl.). München: Matthes & Seitz Verlag.

Haven for the human amoeba (2000). Home. https://groups.yahoo.com/neo/groups/havenforthehumanamoeba/info (06.07.2015).

Hirschfeld, M. (1921). *Sexualpathologie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Studierende. Erster Teil. Geschlechtliche Entwicklungsstörungen mit besonderer Berücksichtigung der Onanie* (2. unver. Aufl.). Bonn: A. Marcus & E. Webers Verlag.

Hirschfeld, M. (1922). *Sexualpathologie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Studierende. Zweiter Teil. Sexuelle Zwischenstufen. Das männliche Weib und der weibliche Mann* (2. unver. Aufl.). Bonn: A. Marcus & E. Webers Verlag.

Hirschfeld, M. (1920). *Sexualpathologie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Studierende. Dritter Teil. Störungen im Sexualstoffwechsel mit besonderer Berücksichtigung der Impotenz.* Bonn: A. Marcus & E. Webers Verlag.

Kinsey, A. C. (1953).*Kinsey Report. Das sexuelle Verhalten der Frau*. Berlin und Frankfurt/M.: S. Fischer.

Kinsey, A. C. (1970).*Kinsey Report. Das sexuelle Verhalten des Mannes.* Frankfurt/M. und Hamburg: Fischer-Bücherei.

Schmidt, G. (1986). *Das große DER DIE DAS. Über das Sexuelle*. Herbstein: März.

Schmidt, G. (1996). *Das Verschwinden der Sexualmoral. Über sexuelle Verhältnisse.* Hamburg: Klein.

Schmidt, G. (2005). *Das neue DER DIE DAS. Über die Modernisierung des Sexuellen* (2. korrig. Aufl.). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Schnabl, S. (1971). *Mann und Frau intim. Fragen des gesunden und des gestörten Geschlechtslebens* (3. überarb. Aufl.). Berlin: VEB Verlag Volk und Gesundheit.

Sigusch, V. (2005). *Neosexualitäten. Über den kulturellen Wandel von Liebe und Perversion*. Frankfurt/M.: Campus.

Sigusch, V. (2008). *Geschichte der Sexualwissenschaft*. Frankfurt/M.: Campus.

Sigusch, V. (2013). *Sexualitäten. Eine kritische Theorie in 99 Fragmenten*. Frankfurt/M.: Campus.

St. Mary Publishing Company of Houston (1998). Leather Spinsters. http://www.leatherspinsters.com/index.html (23.07.2015).

The Asexual Visibility & Education Network (2001). Home. http://www.asexuality.org/home/ (23.07.2015).

The Official Nonlibidoism Society (2000). Nonlibidoist.com. http://web.archive.org/web/20050117085923/http://www.theofficialasexualsociety.com/ (06.07.2015).

Zeit Online (2009). Asexualität. Sex? Ohne uns! http://www.zeit.de/zeit-wissen/2005/03/g_asexuell (01.03.2015).

Unsichtbares sichtbar machen

Asexualität als sexuelle Orientierung

Andrzej Profus

Mit folgendem Beitrag möchte ich einen Überblick geben über Asexualität als sexuelle Orientierung und auf einige Debatten eingehen, die seit Gründung der Internetplattform AVEN (Asexual Visibility and Education Network)[1], welche gleichzeitig den Beginn asexueller Communitys darstellt, geführt wurden. Einleitend werde ich einige Definitionen und wichtige Aspekte von Asexualität benennen, die Betrachtung von Asexualität im Kontext von Sexualwissenschaft und Psychologie nachzeichnen und anschließend vertiefend auf elementare Aspekte eingehen, die für das Verständnis von Asexualität wichtig sind.

Da asexuelle Communitys nicht als homogene Gruppe auftreten, erschien es mir sinnvoll, möglichst viele Stimmen von Menschen aus dem asexuellen Spektrum zu Wort kommen zu lassen. Meine Quellen sind überwiegend Internetseiten und Texte, die auf Blogs veröffentlicht wurden, was damit zusammenhängt, dass asexuelle Communitys vor allem online existieren. Darüber hinaus waren Zines[2] eine wichtige Quelle für mich.

Da im deutschsprachigen Raum Asexualität als sexuelle Orientierung wenig thematisiert wird, existieren viele Begrifflichkeiten und Definitionen bisher nur

---

1 AVEN (Asexual Visibility and Education Network) ist eine Online-Community, die 2001 mit den Zielen gegründet wurde, Asexualität sichtbar zu machen, sowie gesellschaftliche Akzeptanz zu erreichen und das Entstehen einer asexuellen Community zu ermöglichen. AVEN hat Foren in unterschiedlichen Sprachen und Ländern. Das deutschsprachige AVEN-Forum besteht seit Anfang 2005 und hat über 11.000 registrierte Nutzer_innen (http://www.aven-forum.de [20.11.2014]).

2 Ein Zine ist ein selbstveröffentlichtes, unkommerzielles Heft mit kleiner Auflage, das in der Regel von einer Person oder einer kleinen Gruppe von Leuten gemacht wird (http://zinefestberlin.com/info [15.11.2014]).

auf Englisch. Im Rahmen von Workshops und Vorträgen, die ich seit 2011 zum Thema Asexualität gebe,[3] und Zines, die ich zu Themen aus dem asexuellen und aromantischen Spektrum herausgebe,[4] habe ich viele der Begriffe ins Deutsche übersetzt und beziehe mich im folgenden Beitrag auf diese Übersetzungen.

Die Definition_en von Asexualität

Asexualität ist eine sexuelle Orientierung mit keiner oder geringer sexueller Anziehung[5] zu anderen Menschen und/oder keinem Verlangen nach sexueller Interaktion.[6] Analog zu anderen sexuellen Orientierungen, die beschreiben, zu welchem Geschlecht bzw. welcher Geschlechtsidentität sich jemand sexuell hingezogen fühlt (und zu welcher nicht), beschreibt Asexualität, dass es keine oder nur eine geringe sexuelle Anziehung zu anderen Menschen (egal welchen Geschlechts bzw. welcher Geschlechtsidentität) gibt.

Es wird davon ausgegangen, dass etwa 1% der Menschen asexuell ist. Diese Zahl entstand im Kontext einer Studie, die Anthony Bogaert, Professor an der Brock Universität in Kanada, 2004 veröffentlichte. Von 18.000 befragten Brit_innen gaben 1% an, dass folgende Aussage für sie zutreffend sei: »I have never felt sexually attracted to anyone« [Ich habe mich noch nie von jemandem sexuell angezogen gefühlt] (vgl. Decker, 2014, S. 6).

Der Begriff »asexuell« wird vor allem als Selbstbezeichnung verwendet. Viele Menschen beschreiben ihn als hilfreich, um über sich selbst nachzudenken, um Gleichgesinnte zu finden und sich mit ihnen austauschen zu können. Auf der Webseite von AVEN wird auf die Frage, auf wen die Bezeichnung »asexuell« zutrifft, folgende Antwort gegeben:

> »Asexualität ist, wie alle Orientierungen im Leben (und dazu gehört insbesondere auch die sexuelle Identität), nur eine persönliche Kategorie. Man ist also asexuell, wenn man sich selbst so sieht. Es gibt keine feste Anzahl an Kriterien, die einen als

3 http://asexyqueer.blogsport.de/veranstaltungen (15.11.2014).

4 http://asexyqueer.blogsport.de/zine (15.11.2014).

5 Sexuelle Anziehung: ein Gefühl von Anziehung, das z. B. durch die körperliche Erscheinung eines Menschen ausgelöst werden kann und eine sexuelle Komponente hat (vgl. http://anagnori.tumblr.com/post/67669933207/words-and-concepts-often-used-in-asexual-communities [20.11.2014]).

6 Ich beziehe mich u. a. auf die Definition von AktivistA – Verein zur Sichtbarmachung von Asexualität (http://aktivista.asex-web.de [20.11.2014]).

> asexuell oder nicht bzw. nicht mehr asexuell festlegen können und kein Prüfungsverfahren welches bestimmt, ob man als asexuell gelten darf. Wie bei allen sexuellen Orientierungen, ist auch Asexualität ein Begriff, der immer im Kontext des Lebens eines Menschen eingeordnet werden muss. Wer also glaubt, dass der Begriff ›asexuell‹ hilfreich ist, um über sich selbst nachzudenken und andere Menschen über sich aufklären zu können, darf den Begriff nach eigenem Ermessen verwenden«.[7]

Über asexuelle Menschen lassen sich, wie über Menschen anderer sexueller Orientierungen auch, wenig allgemeingültige Aussagen treffen. Manche asexuellen Menschen sind in einer romantischen Beziehung oder auf der Suche nach einer_einem Beziehungspartner_in, manche heiraten und gründen Familien, andere leben in nahen Freund_innenschaften, wieder andere verbringen viel und gerne Zeit mit sich allein. Manche sind mit ihren Partner_innen sexuell aktiv, zum Beispiel um ihnen einen Gefallen zu tun, um schwanger zu werden oder um die Partner_innenschaft nicht aufs Spiel zu setzten, wenn die_der Partner_in nicht ebenfalls asexuell ist. Manche sind ihr ganzes Leben lang nie sexuell aktiv. Manche haben eine Libido[8] und masturbieren, andere nicht. Für viele asexuelle Menschen ist die Vorstellung abwegig Gefühle von Nähe, emotionaler Verbundenheit und Liebe durch Sexualität auszudrücken.

Der Verein are:uk (asexual resources & education), der sich für eine asexualitätsinklusive Sexualaufklärung an Schulen und Jugendeinrichtungen einsetzt, fasst die wichtigsten Informationen über Asexualität und Aromantik wie folgt zusammen:

- Asexualität existiert und ist eine »echte« sexuelle Orientierung. Romantische Beziehungen sind möglich und valide auch ohne Sex.
- Asexuell zu sein bedeutet nicht, dass man keine Beziehungen führen kann oder dass Asexuelle kein Interesse an romantischen Beziehungen haben.
- Nicht jede_r erfährt romantische Anziehung. Dies wird als Aromantik bezeichnet. Menschen können aromantisch sein, ohne asexuell zu sein.
- Nicht bei jeder_m stimmt die romantische mit der sexuellen Anziehung überein.
- Beziehungen, die nicht romantischer Natur sind (also platonisch) können genauso wichtig und bedeutsam sein wie romantische Beziehungen.

---

7 http://www.asexuality.org/de/index.php?option=com_content&task=view&id=12&Itemid=36 (25.11.2014).

8 Libido ist ein sexueller Trieb der auf eine Person gerichtet sein kann, aber nicht muss. Manche asexuellen Menschen haben sexuelle Triebe, ohne sexuelle Anziehung zu fühlen und masturbieren. Andere haben keine Libido (vgl. Decker, 2014, S. 27–28).

- Heterosexualität ist die häufigste Orientierung, aber dies bedeutet nicht, dass sie besser oder »normaler« ist.
- Bei Orientierung geht es um Anziehung und nicht um Verhalten. Asexuelle Menschen können aus verschiedenen Gründen, die nichts mit sexueller Anziehung zu tun haben, Sex haben. Auch wenn sie Sex haben, widerlegt das nicht ihre Asexualität.
- Es ist völlig in Ordnung, keinen Sex haben zu wollen. Dies ist besonders relevant für Asexuelle, die das Gefühl haben, ihren Partner_innen etwas beweisen zu müssen, obwohl sie sich damit unwohl fühlen.[9]

Asexualität durch die Brille von Sexualwissenschaft und Psychologie

Auch wenn Asexualität in einigen Medien als Reaktion auf eine übersexualisierte Gesellschaft des 21. Jahrhunderts inszeniert wird, ist fehlende sexuelle Anziehung kein neues »Phänomen«. Bereits 1886 beschrieb der Psychiater Richard von Krafft-Ebing in seinem Werk »Psychopathia sexualis« Menschen mit fehlendem Geschlechtstrieb und benannte dieses Phänomen als sexuelle Anästhesie (vgl. Garrote Gasch & Schäfer, 2008).

1948 stellte der Sexualwissenschaftler Alfred C. Kinsey im Rahmen einer Studie zur sexuellen Orientierung nicht nur fest, dass sich ein Großteil der von ihm befragten Personen im Laufe ihres Lebens zwischen hetero- und homosexuellem Begehren bewegen, sondern auch, dass es Menschen gibt, die sich weder von Männern noch von Frauen sexuell angezogen und/oder erregt fühlen (ebd.).

Der erste wissenschaftliche Beitrag, der Asexualität als sexuelle Orientierung beschreibt erschien 1977. Myra T. Johnson veröffentlichte ihn in dem Band *The Sexually Oppressed* unter dem Titel »Asexual and Autoerotic Women: Two invisible groups«. Johnson definiert darin asexuelle Frauen als durch völlige Abwesenheit sexuellen Verlangens gekennzeichnet und autoerotische Frauen als trotz Existenz von sexuellem Verlangen ohne ein Bedürfnis, dieses mit anderen Menschen auszuleben. Johnson beschreibt, dass asexuelle und autoerotische Frauen unsichtbar gemacht werden und es einen allgemeinen Konsens zu geben

9 are:uk asexual resources & education: »Asexual Inclusion Sex Ed« (http://www.are-uk.com/resources/sexedleafletgrey.pdf [03.11.2014]). (Übersetzung ins Deutsche: Liebeck, A. (2014). Asexualitätsinklusive Sexualaufklärung (http://asexyqueer.blogsport.de/2014/12/04/asexualitaetsinklusive-sexualaufklaerung/).

scheint, dass wirklich asexuelle Frauen nicht existieren. Ihre Asexualität wird als psychologisches Problem oder religiöse Pflicht ausgelegt und als »nicht natürlich« kategorisiert. Johnson kritisiert, dass jede Abweichung von der sexuellen Norm pathologisiert wird, und dass versucht wird, Asexualität zu »heilen« anstatt zu akzeptieren, dass manche Menschen keine sexuelle Anziehung und/oder sexuelle Lust empfinden. Johnson fordert in ihrem Beitrag dazu auf, dass asexuelle und autoerotische Frauen von Therapeut_innen und Psycholog_innen darin unterstützt werden sollten, eine Sexualität zu leben, die ihren Bedürfnissen entspricht und sie darin gestärkt werden sollten, dem gesellschaftlichen Druck, einer sexuellen Norm zu entsprechen, standzuhalten (vgl. Johnson, 1977).

Auch 40 Jahre nach dem Beitrag von Myra T. Johnson ist Asexualität als Orientierung weitgehend unbekannt. Als wichtigen Schritt in Richtung Entpathologisierung lässt sich die Aufnahme von Asexualität als Selbstbezeichnung in die 5. Fassung des DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) nennen, die im Mai 2013 veröffentlicht wurde. Darin heißt es: »Sofern ein (lebenslanges Ausbleiben) sexueller Lust eher durch eine Selbstidentifikation als ›Asexuelle/r‹ zu erklären ist, sei/ist keine sexuelle Lust-/Erregungsstörung zu diagnostizieren.«

Viele asexuelle Menschen beschreiben ihre Begegnungen mit Therapeut_innen, Psycholog_innen und Sexualwissenschaftler_innen als unangenehm und traumatisierend[10] und stehen selbsternannten Expert_innen eher kritisch gegenüber. Die asexuelle Aktivistin Fiammetta[11] erklärt das folgendermaßen:

> »Sexualwissenschaftler, aber auch Psychologen u.Ä. haben sich in der asexuellen Community mehrfach unbeliebt gemacht, indem sie in Talkshows oder auch in gedruckten Artikeln als ›Experten‹ auftraten – im schlimmsten Fall hatten sie auch noch das letzte Wort! – und Asexuelle als gestört oder die Orientierung als nicht existent darstellten. Schließlich werden Asexuelle in Berichten schnell

10 Ein Beispiel: »›Ich verstehe nicht, wieso Ihr Freund nicht eines Tages mal ausgeflippt ist und Sie einfach mal genommen hat!‹ Zwischen meinen Ohren beginnt es zu rauschen. Aber ich blieb äußerlich unbeeindruckt. Therapeuten_Innen versuchen einen ja durch solche miesen Tricks oft aus der Reserve zu locken. ›Der würde sowas niemals tun‹ entgegnete ich. Sie: ›Vielleicht sollte er das aber mal!‹ Uffffff! Das fällt mir nach 5 Jahren wieder einfach so ein!? Wieso bin ich damals nicht aufgestanden und gegangen? Ich meine: Die hätte Verständnis dafür gehabt, wenn mein eigener Freund mich vergewaltigt hätte??? Oder wie soll ich das jetzt verstehen?! Und anscheinend hätte mir das mal gut getan und mir hätte das dann gefallen, oder wie oder was!?« (D., 2013, S. 42).

11 Fiammetta bloggt hier u.a. zu Asexualität: http://fructusdulces.blogsport.de/tag/asexualit%E3%A4t/ (20.11.2014).

> mit anderen Gruppen von sexlos Lebenden ›in einen Topf geworfen‹, d. h. mit aus Überzeugung Abstinenten, Menschen mit körperlichen Einschränkungen etc. Auch das verzerrt das Bild (umso mehr, als einige Asexuelle ja Sex haben!) und erzeugt Missverständnisse [...]. Ebenfalls für Empörung sorgte im vergangenen Jahr eine Folge der Sendung ›Red Eye‹ auf Fox News[12], in der falsche Informationen und Vorurteile über asexuelle Menschen verbreitet wurden. Wiederum wurde eine Petition gestartet, deren Titel lautete: ›Instead of talking about asexual people, talk to us!‹«[13]

Der Unterschied zwischen sexueller Orientierung und sexueller Praxis

Die wenigsten asexuellen Menschen leiden an ihrer Orientierung, sondern an normativen gesellschaftlichen Erwartungen und Zuschreibungen. Viele sehen ihre Asexualität als wichtigen Teil ihrer Identität und haben von sich aus kein Bedürfnis sie zu verändern.[14]

> »Wir mussten normal sein. Lesbisch, bi, hetero – wäre alles einigermaßen OK gewesen (denken wir), aber asexuell? Das hätte unsere Mutter als ein Zeichen gesehen, dass was mit uns nicht stimmt. Sie hat sich eh schon ›Sorgen gemacht‹, das wir noch keinen Freund haben. Es war für sie sehr wichtig, dass wir dem Bild der normalen Familie und der normalen Tochter entsprechen. Vor allem hätte Asexualität für sie bedeutet, dass wir Angst vor Sexualität haben. Was zwar stimmt, aber erstens nicht für alle asexuellen Menschen stimmt und zweitens durften wir das niemals zeigen. Wir mussten ja normal sein. [...] Trotzdem sahen wir unsere Asexualität nicht als etwas Krankes oder Kaputtes oder etwas, das uns fehlt oder das wir überwinden wollen oder müssen. Wir haben noch einen langen Weg vor

12 Fox News Channel, abgekürzt Fox News, ist ein konservativer amerikanischer Nachrichtensender mit Sitz in New York. Mit durchschnittlich 1,2 Mio. Zuschauer_innen pro Tag ist er zurzeit der meistgesehene Nachrichtensender der USA (vgl. http://de.wikipedia.org/wiki/Fox_News_Channel [20.11.2014]).

13 http://xn--dieprezise-lcb.de/talk-to-us-parlez-avec-nous-initiativen-zur-sichtbarmachung-von-asexualitat-weltweit (20.11.2014).

14 Im AVEN Community Census beantworteten von 10.880 befragten Menschen aus dem asexuellen Spektrum 78% die Frage, ob sie ihre Orientierung ändern würden, wenn sie könnten, mit »Nein«. Ginoza, M. & Miller, T. (2014). The 2014 AVEN Community Census: Preliminary Findings (https://asexualcensus.files.wordpress.com/2014/11/2014censuspreliminaryreport.pdf [20.11.2014]).

> uns Richtung Heilung, aber das Ziel war NIE und ist NICHT, eine andere sexuelle Orientierung als Asexualität zu finden oder zu leben!« (Meeresbande, 2011, S. 43).[15]

Viele asexuelle Menschen berichten, dass sie schon immer asexuell waren. Asexualität basiert, wie andere sexuelle Orientierungen auch, nicht auf einer bewusst gefällten Entscheidung und ist nicht zu verwechseln mit dem Entschluss, sexuell enthaltsam zu leben. Menschen aller Orientierungen können sich aus unterschiedlichen Gründen dafür entscheiden, keinen Sex zu praktizieren;[16] sexuelle Orientierung und sexuelle Praxis müssen nicht zwangsläufig identisch miteinander sein. Menschen aller sexuellen Orientierungen können sexuelle Interaktionen haben, die nicht ihrer Orientierung entsprechen, so können beispielsweise asexuelle Personen mit Personen der gleichen Geschlechtsidentität sexuell interagieren, oder homosexuelle Personen mit Personen einer anderen Geschlechtsidentität, ohne dass dadurch die asexuellen Personen homosexuell oder die homosexuellen Personen heterosexuell werden würden.

In einer Umfrage von AVEN, die im November 2014 veröffentlicht wurde und an der 10.880 Menschen aus dem asexuellen Spektrum teilnahmen, gaben 65% an, nie Sex gehabt zu haben, und 34,9%, zum gegenwärtigen oder zu einem vorherigen Zeitpunkt sexuell aktiv (gewesen) zu sein. Für die sexuelle Aktivität wurden folgende Gründe genannt (Mehrfachnennungen waren möglich): Um dem_der Partner_in einen Gefallen zu tun/ihr_ihm eine Freude zu machen (75,5%), Neugier (56,7%), soziale Erwartungen (40,8%), es bereitet mir Vergnügen (36,1%), um schwanger zu werden/ein Kind zu zeugen (3,8%), andere Gründe (8,7%).[17]

In der Dokumentation »(A)sexual« beschreibt David Jay, der Gründer von AVEN, dass er trotz seiner Asexualität dazu bereit sei, eine sexuelle Liebesbeziehung einzugehen. Er erzählt von dem Wunsch nach einer verbindlichen Beziehung, in der er Kinder großziehen kann und der Erfahrung, dass ihn allose-

---

15 Meeresbande (2011). Meeresbande – über uns. In Wer »A« sagt, muss nicht »B« sagen. Ein sexpositives Zine über A_sexualität. Berlin: Selbstverlag, S. 42–47. Meeresbande schreiben auf ihrem Blog über sich: Hi, wir sind die Meeresbande, wir haben eine Dissoziative IdentitätsStruktur (DIS) und sind über 200 Innenpersonen (http://meeresbande.tumblr.com/ [03.12.2014]).

16 Auf die Frage »Definierst du dich als zölibatär/sexuell enthaltsam« antworteten 88,1% der Befragten mit »Nein«. Ginoza, M. & Miller, T. (2014). The 2014 AVEN Community Census: Preliminary Findings.

17 Tucker, A. (2011). *(A)sexual*, Motion Pictures.

xuelle[18] Menschen immer wieder für sexuelle Beziehungen verlassen. Das bringt ihn zu der Annahme, dass Sexualität anscheinend der entscheide Punkt ist, Beziehungen ernst zu nehmen, sich verbindlich aufeinander einzulassen und Intimität miteinander zu teilen.

> »I spent so much time in this community, fighting for the idea that people don't need sex to be happy, that it is really disheartening for me to feel like I might need to have sex just because that is the only way to access the kind of intimacy I want to access. It feels like I'm not able to really form a connection on my own terms in the way that i would like to«.[19] [Ich habe in dieser Community so viel Zeit damit verbracht, dafür zu kämpfen, dass Menschen keinen Sex brauchen um glücklich zu sein, dass es sich für mich sehr entmutigend anfühlt, den Eindruck zu bekommen, ich bräuchte Sex weil es der einzige Weg ist, Zugang zu der Art von Intimität zu bekommen, die ich mir wünsche. Es fühlt sich an, als wäre ich nicht in der Lage, Beziehungen nach meinen eigenen Vorstellungen einzugehen, auf eine Art und Weise, die ich mag.]

Häufig wird asexuellen Menschen die Frage gestellt, warum sie Liebesbeziehungen mit allosexuellen Menschen eingehen, anstatt Personen innerhalb ihrer eigenen Orientierung zu daten.

Viele Asexuelle wissen über lange Zeit nicht, dass es außer ihnen noch andere Menschen gibt, denen es in Bezug auf sexuelle Anziehung und/oder den nicht existierenden Wunsch nach sexueller Interaktion ähnlich geht wie ihnen selbst. Es gibt keine speziellen Clubs oder Partys, um andere asexuelle Menschen zu treffen. Carmilla DeWinter, Mitgründerin des Vereins zur Sichtbarmachung von Asexualität (AktivistA), nennt Angst vor einem Outing als eine weitere mögliche Ursache, die es asexuellen Menschen erschwert, mögliche Beziehungspartner_innen derselben sexuellen Orientierung kennenzulernen:

> »AVEN besteht aus einer anonymen Masse. Diejenigen, die tatsächlich wenigstens einmal zu Stammtischen oder Treffen auftauchen, sind eindeutig in der Minderzahl. In irgendeiner Form geoutet sind, glaubt man den entsprechenden Threads im deutschen Forum, ebenfalls die wenigsten. Es bestehen offensichtlich bei der

18 Eine allosexuelle Person fühlt sich von anderen Personen sexuell angezogen. Allosexuell beschreibt eine nicht-asexuelle Person. Allosexismus beschreibt die Annahme, dass allosexuell zu sein die einzige und beste Möglichkeit ist (vgl. http://anagnori.tumblr.com/post/67669933207/words-and-concepts-often-used-in-asexual-communities [20.11.2014]).

19 Tucker, A. (2011). *(A)sexual*, Motion Pictures.

Mehrheit recht große Hemmungen, mit dem Thema Asexualität und dem eigenen Gesicht an die Öffentlichkeit zu gehen. Das ist verständlich, denn die Reaktionen sind häufig nicht gerade nett« (DeWinter, 2013, S. 75).

Das Gegenteil von gut ist gut gemeint: Reaktionen auf das asexuelle Coming out

Auf das Coming out asexueller Menschen wird häufig mit Unverständnis und Unglauben reagiert, dass es so etwas wie Asexualität tatsächlich geben kann. Anstatt asexuelle Personen als Expert_innen für die eigenen Bedürfnisse und Erfahrungen anzuerkennen, wird häufig über Ursachen der nicht vorhandenen sexuellen Anziehung gemutmaßt und es werden Ratschläge gegeben, die der Asexualität Abhilfe schaffen sollen. Julie Sondra Decker, Autorin des Buches *The invisible Orientation – An Introduction to Asexuality* benennt als häufige Reaktionen auf Asexualität u. a. folgende (vgl. Decker, 2014, S. 89):

- »It's just a phase. You'll grow out of it.« [Das ist nur eine Phase und geht vorbei.]
- »You must have just gotten out of a bad relationship.« [Du kommst bestimmt grade aus einer miesen Beziehung.]
- »You're secretly gay.« [Vielleicht bist du ja unterdrückt schwul/lesbisch.]
- »You must have been sexually abused as a child.« [Wurdest du als Kind missbraucht?]
- »Get your hormones checked.« [Lass mal deine Hormonwerte überprüfen!]
- »If it's really love, you'll want sex.« [Wenn du jemanden wirklich liebst, dann willst du auch Sex.]
- »You're just shy or scared.« [Du bist nur schüchtern oder verängstigt.]
- »There's a pill for that.« [Dagegen gibt es doch bestimmt ein Medikament.]
- »You haven't met the right person.« [Du hast nur noch nicht den/die Richtige_n getroffen.]
- »You can't know if you're asexual if you're a virgin.« [Solange du Jungfrau bist, kannst du gar nicht wissen, ob du asexuell bist.]

Asexuellen Menschen, die nie Sexualität praktiziert haben, wird häufig abgesprochen, von sich behaupten zu können »wirklich« asexuell zu sein, mit der Begründung, das nicht wissen zu können, ohne es ausprobiert zu haben. Das Argument geht häufig Hand in Hand mit der Annahme, dass nur die_der richtige Sexualpartner_in gefunden werden müsste, um Asexualität zu »heilen«. So er-

leben einige asexuelle Menschen als Reaktion auf ihr Outing nicht nur verbale Übergriffe, sondern auch physische sexualisierte Gewalt:

> »When Queenie, 23, came out to her then-boyfriend six years ago, he wanted to prove that he knew her body more than she did by attempting to rape her ›straight‹, or, in this case, sexual. Corrective rape – raping to ›cure‹ someone of their sexual orientation – sadly isn't something Queenie can just leave behind. The mixed-raced Latina is regularly reminded of the assault, as each time she comes out as asexual (a recurring event for most asexuals) there is the possibility of receiving threatening messages from men who claim they can ›fix‹ her with their ›magical penises‹«[20]. [Als Queenie (23) sich vor 6 Jahren gegenüber ihrem damaligen Freund outete, wollte er ihr beweisen, dass er sie und ihren Körper besser kenne, als sie selbst. Er versuchte sie unter dem Vorwand zu vergewaltigen, dadurch ihre sexuelle Orientierung in hetero- bzw. allosexuell verändern zu können. Die Erfahrung von ›Corrective Rape‹ (einer Vergewaltigung unter dem Vorwand die sexuelle Orientierung der betroffenen Person zu verändern) ist leider etwas, dass Queenie nicht einfach hinter sich lassen kann. Die Latina gemischter Herkunft wird regelmäßig an den Übergriff erinnert, indem sie jedes Mal, wenn sie sich als asexuell outet, damit rechnen muss, von Männern belästigt zu werden, die denken sie mit ihrem ›magischen Penis‹ heilen zu können.]

Sexuelle Anziehung und das Bedürfnis nach sexueller Interaktion werden von vielen allosexuellen Menschen als etwas Naturgegebenes begriffen. Die Annahme, dass Asexualität »nicht natürlich« ist, erinnert an Argumentationen und Reaktionen, die auch anderen Menschen, die außerhalb der heterosexuellen Norm begehren, in Outingsituationen begegnen.

Während heterosexuelle Menschen nur sehr selten danach gefragt werden, was die Gründe für ihre Heterosexualität sind, sehen sich asexuelle Menschen häufig mit dieser Frage konfrontiert:

> »Die Sexuellen sind eine Mehrheit, die sich zum allergrößten Teil nicht als solche sieht, sondern das Bedürfnis nach Sex ›an sich‹ als eine naturgegebene Sache sieht, das jeder in der einen oder anderen Form haben muss. Die Spekulationen gehen meist schnell in Richtung eines vermuteten Traumas, ob man ›schlechte Erfahrungen‹ gemacht hätte, oder einfach ein besseres Verhältnis zu seinem Körper

20 http://www.latina.com/lifestyle/our-issues/how-latina-myths-affect-asexual-latinas (22.11.2014).

> entwickeln müsste. Das kann natürlich durchaus sein, dass das der Grund ist für ein fehlendes Interesse an Sex, aber es ist auf abstruse Art eine viel zu einfache Erklärung. Eine Erklärung für etwas, das eigentlich keiner Erklärung bedürfen sollte. Für viele Menschen ist es viel logischer, dass jemand eine furchtbare Erfahrung gemacht hat, als zu akzeptieren, dass es Menschen gibt, die kein Interesse an Sex haben« (Dorothea, 2011, S. 10).

Ob es Gründe für Asexualität geben kann, darin sind sich Menschen innerhalb asexueller Communitys nicht einig. Während es sogenannte »gold star asexuals«[21] gibt, auf die keine der Eigenschaften und Erfahrungen zutreffen, die häufig als Ursachen für Asexualität herangezogen werden, gibt es andere, bei denen einige dieser Eigenschaften und Erfahrungen sehr wohl zutreffend sind. Meeresbande schreiben über den Zusammenhang ihrer Asexualität im Kontext von Erfahrungen sexualisierter Gewalt folgendes:

> »Inzwischen wissen wir allerdings, dass wir auch ohne die sexualisierte Gewalt asexuell geworden wären – wobei wir dann auch gar nicht ›wir‹ wären … es ist so, wie zu fragen: ›Was wäre deine Lieblingsfarbe geworden, wenn du vor 200 Jahren am anderen Ende der Welt aufgewachsen wärst?‹ Darauf gibt es einfach keine sinnvolle Antwort – erstens, weil unsere Asexualität nicht einfach nur eine Verdrängung oder Verleugnung von Sexualität/Begehren ist, sondern weil dieses Begehren einfach nicht da ist. Und vor allem auch, weil wir zu unserem großen Erstaunen erfahren haben, dass die meisten Überlebenden von sexualisierter Gewalt trotzdem genauso (k)ein Verlangen/Begehren nach Sexualität haben, wie andere auch, ›nur‹ eben öfter Probleme, das auch umzusetzen (z. B. wegen Triggern, Ängsten, Beziehungsproblemen, schädlichen verinnerlichten Botschaften, gelernten Mustern etc.)« (Meeresbande, 2011, S. 43).

Im Frühjahr 2014 sorgt ein Artikel von Alok Vaid-Menon mit dem Titel »What's R(ace) got to do with it?: White Privilege & (A)sexuality« für intensive Diskussionen innerhalb asexueller Online-Communities. Vaid-Menon benennt rassistische Strukturen als eine mögliche Ursache für Asexualität. In dem Beitrag »Kein Sex (II): Class/Sex/Race: Liebe und begehre mich (trotzdem)«, der kurze

21 Ein »gold star asexual« ist eine cis-geschlechtliche Person ohne Behinderung, die keine Medikamente nimmt, keine Missbrauchserfahrungen gemacht hat, extrovertiert ist, und gesellschaftlichen Vorstellungen von Attraktivität entspricht. Der Begriff ist aus der Kritik entstanden, dass asexuellen Menschen, bei denen mindestens einer der Punkte nicht zutrifft, häufig abgesprochen wird, »wirklich« asexuell zu sein (vgl. Decker, 2014, S. 12–13).

Zeit später in der Zeitschrift Queerulant_in erscheint, bezieht sich Bäumchen, die_der Autor_in des Textes, wie folgt auf Vaid-Menon:

> »Ich musste sehr viel über Asexualität die letzte Zeit nachdenken. Grundlage war ein Artikel von Alok Vaid Menon, der Verbindungen zwischen Asexualität und Rassismus zieht. Er hat so viel in mir aufgerissen und mir so viel über mich selbst erklärt. Mein Körper der so sehr dem meiner türkischen Mutter ähnelt, klein und dick und so ›anders‹ wird in der Gesellschaft und auch in der linken_queeren Ecke nicht gefeiert; ich sehe Körper wie meine in der Öffentlichkeit nicht geliebt, begehrt. Ich habe es lange Zeit Desexualisierung genannt, um es von Asexualität zu trennen, aber langsam seh ich die Grenzen aufweichen. Ich kämpfe seit Jahren mit einem sterbenden Gefühl, mit einem sterbenden Begehren, und ich sehe diese Asexualität nicht als wunderbar, oder als Identität die ich umarmen oder lieben kann. Ich wurde dazu gemacht. In einem langen Prozess, der schon sehr früh in meinem Leben begann, wurde mir Begehren und der Wunsch begehrt zu werden ausgetrieben« (Bäumchen, 2014, S. 21–22).

Asexualität hat viele Gesichter: das asexuelle Spektrum

Neben Asexualität gibt es im asexuellen Spektrum noch Grausexualität (Graysexuality) und Demisexualität (Demisexuality).

Grausexuell ist ein Sammelbegriff für eine sexuelle Orientierung, bei der sich Menschen zwischen asexuell und allosexuell beschreiben. Er wird z. B. von Menschen benutzt, bei denen sich asexuelle und allosexuelle Phasen abwechseln, oder die eine sehr schwache sexuelle Anziehung fühlen, oder zwar sexuelle Anziehung fühlen, aber kein Bedürfnis haben, sie mit einem_einer Partner_in auszuleben, oder bei denen es trotz sexueller Anziehung keine körperliche Reaktionen gibt.[22]

Demisexuell beschreibt Personen ohne primäre sexuelle Anziehung,[23] die sich erst dann sexuell von anderen Menschen angezogen fühlen, nachdem sie eine tiefe emotionale Beziehung zu ihnen aufgebaut haben. Demisexualität ist keine bewusst gefällte Entscheidung und hat nichts damit zu tun, sich für die_den Richtige_n aufzuheben oder keinen Sex vor der Ehe zu wollen.

---

22 Mehr Informationen zu Grausexualität gibt es z. B. hier: http://grausexuell.tumblr.com/

23 Primäre sexuelle Anziehung basiert auf Informationen wie Aussehen, Stimme, oder der richtigen »Chemie« zwischen Menschen und funktioniert ohne die Persönlichkeit eines Menschen zu kennen (vgl. Decker, 2014, S. 38).

Bei allen Identitäten aus dem asexuellen Spektrum macht es für manche Menschen Sinn, eine oder mehrere Bezeichnungen für sich zu benutzen, während andere kein Bedürfnis nach einem Label haben. Averie Reid schreibt über Grausexualität:

> »I call this space greyness. It is where my being is caught in the in-between. It allows for some fluidity, ambiguity. This is the only space I can come to understand, appreciate, and take care of my being. And that makes everything grey incredibly important to me. In a way it's me. Sometimes the people I engage with do not take the time to understand this space – or else, completely ignore or reject it. This space, even though I may not always like it, is a core part of me. It's where I find some of my other identities too. As a non-binary person and a person of mixed race, I am familiar with greyness in more aspects than one. It comes out in almost everything I do, I say, I think« (Reid, 2014, S. 22).[24] [Ich nenne diesen Ort Grauzone. Es ist ein Raum zwischen den Stühlen, ein Ort der mich gefangen hält. Er erlaubt etwas Fließendes, Unbestimmtes. Es ist der einzige Ort an dem ich mich selbst verstehen, wertschätzen und um mich kümmern kann. Dies macht alles Graue so unglaublich wichtig für mich; irgendwie bin das ich. Manche Leute, die ich treffe, nehmen sich keine Zeit diesen Ort zu verstehen – oder sie ignorieren ihn, oder lehnen ihn ab. Doch dieser Bereich ist ein wichtiger Bestandteil von mir, auch wenn ich das nicht immer so mag. Es ist ein Ort an dem sich auch einige meiner anderen Identitäten wiederfinden. Als Person, außerhalb von binären Vorstellungen von Geschlecht und als Person gemischter Herkunft, bin ich mit Grauzonen in vielerlei Hinsicht vertraut. Sie sind Teil von fast allem, was ich tue, sage und denke.]

Romantische Orientierung und Aromantik

Neben der sexuellen Orientierung gibt es noch andere Formen von Anziehung. Viele asexuelle Menschen fühlen zwar keine sexuelle, aber durchaus romantische Anziehung zu anderen Menschen. So können asexuelle Menschen beispielsweise heteroromantisch[25], homoromantisch[26], oder panromantisch[27] asexuell sein. Viele berichten, dass es für sie einen klaren Unterschied zwischen Freund_innenschaften und Liebesbeziehungen gibt und dass sie nur zu bestimmten Menschen

24 Asexuality: Coming to Terms, An Ace Toronto Zine, Issue 1, 10/2014.
25 Romantische Anziehung zu Menschen einer anderen Geschlechtsidentität, als der eigenen.
26 Romantische Anziehung zu Menschen derselben Geschlechtsidentität wie der eigenen.
27 Romantische Anziehung zu allen Geschlechtern_Geschlechtsidentitäten, auch denen außerhalb binären Vorstellungen von Geschlecht.

romantische Gefühle haben. Viele sagen, dass ihre asexuellen Liebesbeziehungen genauso sind, wie die von heterosexuellen, homosexuellen, oder pansexuellen Menschen auch, nur ohne den Sex.

Für viele allosexuelle Personen ist es schwer vorstellbar, dass es romantische Liebe ohne sexuelle Anziehung, ohne gelebte Sexualität geben kann. Häufig wird asexuellen Menschen, die in romantischen Partner_innenschaften leben entgegnet, dass dieses Gefühl zu ihrem_ihrer Partner_in keine romantische Liebe sein kann, dass diese Partner_innenschaft keine Liebesbeziehung, sondern höchstens eine Freundschaft sei.

In einer Umfrage von 2011, in der 3.436 Menschen aus dem asexuellen Spektrum zu ihrer romantischen Orientierung befragt wurden, stimmten lediglich 18,2% der Aussage zu, sich zu niemandem romantisch hingezogen zu fühlen, 6,2% gaben an, dass sie keinen Unterschied zwischen romantischer und nichtromantischer Anziehung festmachen können (vgl. Decker, 2014, S. 26).

Romantische Anziehung kann beinhalten einem Menschen emotional nah sein zu wollen, einen Wunsch danach zu haben Intimität mit dieser Person teilen zu wollen (z. B. dadurch, sich dieser Person besonders anzuvertrauen), besonders viel Zeit mit ihr zu verbringen, sich eine Wohnung zu teilen, oder miteinander eine Familie zu gründen. Für asexuelle Menschen, die sich eine romantische Beziehung wünschen, gestaltet es sich häufig schwierig, Personen für eine potenzielle Liebesbeziehung zu finden.

Viele allosexuelle Menschen beschreiben Sexualität als das, was ihre Liebesbeziehung von Freund_innenschaft unterscheidet und ihre Liebesbeziehung so besonders macht. In monogamen Partner_innenschaften spielt zusätzlich die Exklusivität der Beziehung, die vor allem durch die Exklusivität körperlicher Nähe und Sexualität hergestellt wird, eine große Rolle.

Für Menschen außerhalb binärer Kategorien von Geschlecht[28] besteht die Möglichkeit ihre romantische Orientierung zu beschreiben, ohne sich selbst geschlechtlich verorten zu müssen.

Anstatt zu beschreiben, ob Anziehung zu Personen derselben Geschlechtsidentität besteht oder einer anderen Geschlechtsidentität als der eigenen, gibt es die Option, nur die Geschlechtsidentität der Personen zu beschreiben, die begehrt werden.

Folgende Begriffe haben sich in asexuellen Communities zum Beschreiben romantischer Anziehung etabliert: androromantisch (romantische Anzie-

28 Beispiele dafür sind agender, gender neutral, neutrois, androgyn, nicht binär, genderqueer oder third gender.

hung zu Männlichkeit, Männern, Menschen, die sich als männlich definieren und/oder präsentieren), gynäkoromantisch (romantische Anziehung zu Weiblichkeit, Frauen, Menschen, die sich als weiblich definieren und/oder präsentieren), ambiromantisch (romantische Anziehung zu Androgynität, Menschen außerhalb des binären Geschlechtersystems, Menschen, die sich als androgyn definieren und/oder präsentieren). Darüber hinaus gibt es noch weitere romantische Orientierungen wie lithromantisch (romantische Anziehung zu Menschen ohne das Bedürfnis, dass diese Anziehung erwidert wird), demiromantisch (romantische Anziehung entsteht erst, wenn eine enge emotionale Beziehung zu diesem_n Menschen besteht), WTFromantisch[29] (das Konzept von Liebesbeziehungen und existierenden Trennungen zwischen Freund_innenschaften und Liebesbeziehungen wird als verwirrend empfunden; es wird kein klarer Unterschied zwischen Freund_innenschaften und Liebesbeziehungen gefühlt) (vgl. Decker, 2014, S. 21, 27).

Es gibt auch Menschen, die sich zu niemandem romantisch hingezogen fühlen, die kein Bedürfnis haben romantische Beziehungen einzugehen und sich als aromantisch labeln. Sie bevorzugen es Single zu sein, manche haben nahe Freund_innenschaften. Menschen aller sexuellen Orientierungen können aromantisch sein. Aromantische Menschen sind häufig ähnlich unsichtbar wie asexuelle Menschen. Viele von ihnen bekommen gespiegelt, dass etwas mit ihnen nicht stimmt, wenn sie davon erzählen, dass sie keinen Unterschied zwischen freundschaftlicher und romantischer Liebe spüren. Vielen wird nicht geglaubt, wenn sie berichten, glücklicher Single, und nicht auf der Suche nach einer romantischen Partner_innenschaft zu sein. Entsprechend dem asexuellen Spektrum gibt es auch ein aromantisches Spektrum, das aromantische, grau-romantische, demiromantische, lithromantische Menschen und solche mit aromantischen Tendenzen zusammenfasst.

Wenn die romantische und die sexuelle Orientierung einer Person nicht miteinander korrelieren, wird von »Mixed Orientation Identity« gesprochen, z. B. wenn eine asexuelle Person nicht aromantisch, sondern panromantisch, homoromantisch, oder heteroromantisch ist. Genauso können bei Menschen anderer Orientierungen sexuelle und romantische Orientierung nicht identisch miteinander sein, zum Beispiel, wenn eine heterosexuelle Person aromantisch, homoromantisch oder panromantisch ist.[30]

---

29 Sprich: What-the-fuck-romantisch.

30 Vgl. http://anagnori.tumblr.com/post/67669933207/words-and-concepts-often-used-in-asexual-communities (20.11.2014).

Auch aromantische Menschen können Bedürfnisse nach nahen Bezugspersonen haben, nach Freund_innenschaften und anderen Formen platonischer Beziehungen, die die wichtigsten, intimsten und schönsten Beziehungen sein können:

> »Wenn ich heute meine Verlobung beschreibe, dann lasse ich die Bezeichnung ›nicht partnerschaftlich‹ weg. Stattdessen verwende ich ›asexuelle aromantische polyamore Partnerschaft‹, sofern es einer Kategorisierung bedarf. Es beugt der Entwertung vor. Und oft öffnet es beim Gegenüber den Blick für die Vielfalt an bedeutungsvollen Beziehungsformen. Weiterhin höre ich immer seltener die Frage, ob ich mir denn nicht auch eine ›Beziehung‹ wünschen würde – so als sei es bemitleidenswert und als wäre mein Dasein unvollkommen, wenn ich nicht in einer klassischen Partner_innenschaft lebe oder nach einer solchen strebe« (Abrazo, 2014, S. 5).

Freund_innenschaften und andere Formen platonischer Partner_innenschaft können für Menschen aller Orientierungen wichtige und erfüllende Beziehungen sein. Der Begriff Amatonormativität beschreibt eine soziale Norm, die romantische Beziehungen als wichtiger und wertvoller betrachtet als Freund_innenschaften oder nicht-romantische-Beziehungen. Sie beinhaltet die Annahme, dass es ein universelles Ziel für alle Menschen ist, nach einer romantischen Beziehung zu streben. Von dieser Norm sind Menschen aller Orientierungen betroffen, aber ein besonderes Problem ist sie für aromantische Menschen.

> »In dem Text ›Die Hierarchie der Emotionen oder: Liebe > < Freundschaft‹, fragt Dorothea: ›Gibt es eine griffige Bezeichnung für den Beziehungsstatus »glücklich allein«? Wobei es eigentlich »glücklich damit, nicht in einer romantischen Beziehung zu sein« heißen müsste? Die Worte »Single« oder »solo« wurden weggeschnappt von den gierigen Fingern einer Unterhaltungsindustrie, deren einziges Ziel es zu sein scheint, uns einzutrichtern, dass wir alle nur einen Partner oder eine Partnerin wollen‹. [...] ›Ähnlich dem Bechdel-Test[31] könnte man mal Folgendes beobachten: gibt es in einem Film eine (durchgehend, von Anfang bis Ende) alleinstehende (weibliche, für Männer ist das nicht so problematisch) Person? Und

31 Der Test geht auf einen Comic von Alison Bechdel zurück, in dem eine Person sagt, dass sie nur Filme sehe, auf die die folgenden Bedingungen zutreffen: Es spielen mindestens zwei Frauen mit, die sich miteinander unterhalten, und zwar über etwas Anderes als einen Mann.

> wird in dem Film nicht thematisiert, warum diese Person alleinstehend ist oder wann sich dieser Zustand ändern könnte?‹ […] ›Single sein‹ scheint immer ein temporärer Zustand zu sein und kein dauerhafter erstrebenswerter Zustand« (Dorothea, 2013, 17–19).

Die Erfahrung, dass platonische Beziehungen gesellschaftlich als weniger erstrebenswert betrachtet werden als romantische Beziehungen, führte innerhalb aromantischer Communities zu dem Bedürfnis nach einem Begriff, der beschreibt, dass es eine tiefe emotionale Beziehung gibt, die sich in dem Verständnis von »nur befreundet sein« nicht wiederfindet. Aus diesen Überlegungen heraus ist der Begriff »Queerplatonic Relationship« entstanden. Queerplatonische Beziehungen passen nicht in die Kategorie »romantisch« und auch nicht in die Kategorie »freundschaftlich«. Das »queer« bezieht sich darauf, die Trennung zwischen Freund_innenschaften und Liebesbeziehungen zu »queeren«/durcheinanderzubringen. Jede_r, egal ob allosexuell, asexuell, romantisch, aromantisch, bi, homo, poly … kann eine oder mehrere queerplatonische Beziehungen haben. Queerplatonische Partner_innen können z. B. zusammen alt werden, im selben Haus leben, sich Geld miteinander teilen, Kinder miteinander großziehen (vgl. Omnes & Nihil, 2014, S. 19). Die Einführung des Begriffs hatte nicht die Absicht, Begriffe wie »Beste Freunde« oder »Wahlfamilie« abzuwerten oder abzulösen, sondern ist viel mehr als Ergänzung gedacht.

Egal ob sich Menschen im aromantischen, asexuellen oder in beiden Spektren verorten: Viele von ihnen sind auf der Suche nach Lebens- und/oder Liebesentwürfen, die ihren Bedürfnissen entsprechen, auf der Suche nach einer Sprache, um Erfahrungen und Bedürfnisse in Bezug auf Freund_innenschaften, Liebesbeziehungen, sexuelle und romantische Anziehung zu kommunizieren, um Gleichgesinnte zu finden, sichtbar zu sein und ernst genommen zu werden.

Wie bereits in der Einleitung meines Beitrages erwähnt, sind asexuelle Communitys keine einheitliche Gruppe, in ihnen werden bestehende Begriffe kontinuierlich hinterfragt, verändert, weitergedacht, neu gedacht. So ist mein Beitrag vor allen Dingen eine Momentaufnahme und entstanden aus der Motivation, einen Aspekt sexueller Vielfalt und Selbstbestimmung sichtbar zu machen, der in deutschsprachigen Kontexten bisher wenig Beachtung gefunden hat.

> »so who talks about us? who acknowledges that there is an ›us‹ to talk about?
> through endless searching and drifting i have found a few others.
> but no one will tell our stories if we don't« (Mint, 2014, S. 12).

[Wer spricht über uns? Wer erkennt an, dass es >uns< gibt?
Durch endloses Suchen fand ich einige andre.
Doch niemand erzählt unsre Geschichten, wenn nicht wir selbst.]

Literatur

AktivistA – Verein zur Sichtbarmachung von Asexualität (2014). http://aktivista.asex-web.de (15.11.2014).

are-uk.com: Asexual Inclusion Sex Ed (2014). http://www.are-uk.com/resources/sexedleafletgrey.pdf (03.11.2014).

Asexual Visibility and Education Network (2005). Informationen über Asexualität, Überblick. http://www.asexuality.org/de/index.php?option=com_content&task=view&id=12&Itemid=36 (25.11.2014).

Bäumchen (2014). Kein Sex (II). Class/Sex/Race: Liebe und begehre mich (trotzdem). *Queerulant_in Ausgabe, 7*, 21–22.

D. (2013). Erfahrungsbericht. *Wer »A« sagt, muss nicht »B« sagen, 2*, 40–47.

Decker, J. S. (2014). *The invisible Orientation. An Introduction to Asexuality* (S. 6–89). New York: Carrel Books.

DeWinter, C. (2013). Caution! Flaming Asexual! *Wer »A« sagt, muss nicht »B« sagen, 2*, 73–76.

Dorothea (2011). Das asexuelle Outing. Wann sagt man es und warum es damit in den seltensten Fällen getan ist. *Wer »A« sagt, muss nicht »B« sagen*, 1, 8–11.

Fiammetta: Talk to us, parlez avec nous! Initiativen zur Sichtbarmachung von Asexualität weltweit. http://xn--dieprezise-lcb.de/talk-to-us-parlez-avec-nous-initiativen-zur-sichtbarmachung-von-asexualitat-weltweit (20.11.2014).

Garrote Gasch, E. & Schäfer, N. (2008). *Some like it hot, some like it not.* Dokumentation, die im Rahmen einer Magisterarbeit in Gender Studies an der HU Berlin bei Prof. Christina von Braun entstanden ist.

Ginoza, M. & Miller, T. (2014). The 2014 AVEN Community Census: Preliminary Findings. https://asexualcensus.files.wordpress.com/2014/11/2014censuspreliminaryreport.pdf (20.11.2014).

Johnson, M. T. (1977). »Asexual and Autoerotic Women: Two invisible groups.« In H. L. Gochros & J. S. Gochros (Hrsg.), *The Sexually Oppressed* (S. 96–109). New York: Association Press.

Maz: http://www.aven-forum.de/viewtopic.php?t=11041 (25.11.2014).

Meeresbande (2011). Meeresbande – über uns. *Wer »A« sagt, muss nicht »B« sagen*, 1, 42–47.

mint (2014). mint. Omnes et Nihil (Hrsg.), *F-ACE-ing Silence, words by aces- silenced in asexual/ace spaces,* 1, 12–13.

Omnes et Nihil (2014). *»Rotten Zucchinis« What's queer about zucchini. F-ACE-ing Silence, words by aces-silenced in asexual/ace spaces,* 1, 19–23.

Reichard, R. (2014). Va-va-bullshit: How Latina »Spicy & Sexy« Stereotypes Affect Asexual Latinas. http://www.latina.com/lifestyle/our-issues/how-latina-myths-affect-asexual-latinas (22.11.2014).

Reid, A. (2014). In Asexuality: Coming to Terms. *An Ace Toronto Zine,* 1, 22–23.

Vaid-Menon, A. (2014). What's R(ace) Got To Do With It?: White Privilege & (A)sexuality. http://queerlibido.tumblr.com/post/74181237292/whats-r-ace-got-to-do-with-it-white-privilege (15.11.2014).

Xavarian (2014). Asexuality: Coming to Terms. *An Ace Toronto Zine,* 1, 2–4.

Gefängnis und Sexualität

Jens Borchert

Zur Situation der sexuellen Deprivation von Strafgefangenen in Deutschland wird seit einiger Zeit ein erheblicher Forschungsbedarf artikuliert (Döring, 2006; Bammann, 2008; Barth, 2013), dennoch ist die Datenlage nach wie vor ernüchternd. Viele alltagstheoretische Angaben gehen davon aus, dass es in den Gefängnissen bestimmte Orte gibt, die wenig überwacht sind und an denen sexuelles Handeln besonders häufig stattfindet. Solche Bilder werden medial häufig neu erzeugt. Die »Dusche« oder die »Seife« fungieren scheinbar als Chiffre, um in der vergitterten Welt über Sex zu sprechen.

Die fiktionale Aufarbeitung hat mit der Realität im Vollzug selten etwas gemein (Döring, 2006, S. 318). Vielmehr dient das Gefängnis als Kulisse für sexuelle Szenarien, die eine eigene Realität abbilden. Im Gegensatz zum häufig eintönigen Haftalltag präsentieren die Filme und Serien ein sexualisiertes Leben.

Der vorliegende Artikel widmet sich einem Überblick über die Ergebnisse von Forschungsvorhaben in Deutschland und den Fragen, die sich aus methodischer Sicht stellen, wenn das Thema »Gefängnis und Sexualität« sozialwissenschaftlich betrachtet werden soll.

1. Gesetzliche Grundlagen

Der Vollzug der Freiheitsstrafe ist als Teil der Strafvollstreckung ein hoheitlicher Auftrag und wird in den Bundesländern in Justizvollzugsanstalten (JVAen) durchgeführt. Grundlage sind je nach Vollzugsart das bundeseinheitliche Strafvollzugsgesetz (StVollzG), die inzwischen in mehreren Ländern eingeführten Landesvollzugsgesetze oder bei der Strafvollstreckung an Jugendlichen und Her-

anwachsenden das Jugendgerichtsgesetz (JGG) und die Vollzugsgesetze für den Jugendstrafvollzug.

Bei aller inhaltlichen Breite der vorliegenden Bestimmungen (vgl. Cornel, 2009) zeigen die Vollzugsgesetze insgesamt eine Orientierung am Ziel der Erziehung der Inhaftierten. Für den Jugendstrafvollzug wird in den meisten Vollzugsgesetzen auf Landesebene das allgemeine Ziel formuliert, »den Gefangenen zu befähigen, künftig in sozialer Verantwortung ein Leben ohne Straftaten zu führen« (Ostendorf, 2009, S. 93). Die Aufgabe des Schutzes der Allgemeinheit vor weiteren Straftaten wurde meist gleichrangig aufgenommen, teilweise wurde diese Regelung inzwischen wieder aufgehoben, teilweise wird die Schutzfunktion vorrangig benannt (ebd.). In §4 des Hessischen Jugendstrafvollzugsgesetzes wird das Ziel des Vollzugs als »Erziehungsziel« bezeichnet, im Art. 123 des Bayerischen Strafvollzugsgesetzes ist der »Erziehungsauftrag« benannt, sonst wird meist von »Vollzugsziel« gesprochen (ebd., S. 95).

Der Prozess, die Gefangenen zu befähigen, straffrei zu leben, kann mit dem Begriff »Erziehung« benannt werden. Erziehung ist jedoch im allgemeinen Sprachgebrauch ein Vorgang, bei dem der Zu-Erziehende als Objekt eher passiv den Handlungen eines Erziehers ausgesetzt ist (Borchert, 2013). Daher werden weitere Begriffe diskutiert, um vollzugsspezifische Zielvorgaben terminologisch zu konkretisieren. Das gilt etwa für das »Fördern« (Ostendorf, 2009, S. 102), das »Lernen« (Jehle, 2013, S. 64), für »Resozialisierung« (Cornel, 2009, S. 308f.) oder den subjektorientierten Begriff des »Kompetenzerwerbs«, der auf der aktiven Erweiterung der eigenen Fähigkeiten und der Ausbildung neuer Fertigkeiten basiert (Borchert, 2013).

Die Gestaltungsmaximen basieren auf den Grundsätzen der §§3 und 4 StVollzG und benennen in teilweise nahezu wörtlicher Analogie die bekannten Prinzipien der Angleichung an die allgemeinen Lebensverhältnisse, das Wirken gegen schädliche Haftfolgen und den Eingliederungsgrundsatz. Somit sind wesentliche allgemeine »Wegweiser« für die Ausgestaltung des Vollzugs formuliert (Markert, 2012, S. 142ff.).

Inwieweit Fragen der sexuellen Bildung oder der Entwicklung einer sexuellen Identität von den Gestaltungsgrundsätzen eingeschlossen sind, wird von vielen Autor_innen meist nur am Rande diskutiert. Dass ein »Knastzölibat« (Stehmeier, 2012) einen für die Betroffenen belastenden Zustand und ein zusätzliches Haftübel darstellen, wird in der Literatur bejaht (Döring, 2006, S. 317).

Fragen zur sexuellen Bildung in Haft werden hingegen selten diskutiert. Die Curricula der Gefängnisschulen schließen diese Themen nicht ein, sondern orientieren sich an den Lehrplaninhalten, die für das Erreichen eines Schulabschlusses

relevant sind (Borchert, 2007, S. 127ff.). Sexualität wird eher im sozialtherapeutischen Rahmen thematisiert, hier insbesondere bei deliktspezifischen Sitzungen. Fragen von Partnerschaft und Sexualität können im Vollzug Gegenstand von Projekten sein, in denen die Angehörigen in die JVAen kommen und sich mit den Männern oder Vätern treffen. In diesem Zusammenhang erscheint eine Beziehungspflege unabhängig von sexuellen Kontakten ebenso wichtig zu sein. Da die Inhaftierung die betroffenen Familien mitbestraft (Döring, 2006, S. 320) und mit der inhaftierten Person meist auch eine finanzielle Einnahmequelle der Familie wegfällt, dienen Projekte zur Kommunikation zwischen Inhaftierten und Familien als Möglichkeit, sich generell über die drängenden Probleme der Alltagsbewältigung innerhalb und außerhalb des Gefängnisses auszutauschen (Zöller & Müller-Monning, 2008, S. 264).

2. Situation im Strafvollzug

Entsprechend §140 Abs. 2 sind Frauen getrennt von Männern unterzubringen. Diese Trennung wird konsequent durchgeführt (Böhm, 2005, S. 864). Frauen sind allerdings häufig in den Männeranstalten und dort in separaten Vollzugsabteilungen untergebracht (Laubenthal, 2011, S. 39). Ergänzt werden kann diese Trennung durch eigens vorgesehene und vom Gesetzgeber nicht spezifizierte Behandlungsprogramme (§140 Abs. 3 StVollzG). In mehreren Vollzugsgesetzen der Bundesländer ist eine gemeinsame Teilnahme von Frauen und Männern an gruppentherapeutischen oder beruflichen Maßnahmen möglich, die Unterbringung in den übrigen Zeiten bleibt davon unbenommen (Laubenthal, 2011, S. 412). Huchting und Lehmann sehen in gemischt geschlechtlichem Vollzug höhere Chancen für eine Rückfallprävention und verweisen insbesondere auf die European Prison Rules 2006, die Ausnahmen von der Trennung zulassen (Huchting & Lehmann, 2006, S. 682). Teilweise erfolgten Erprobungen von koedukativen Settings in schulischen Maßnahmen, beispielsweise in Sachsen. Gesicherte Daten über die Maßnahmen und ihre Wirkungen liegen jedoch nicht vor (Borchert, 2007).

Eine Möglichkeit, Sexualität im Vollzug zu ermöglichen, besteht in sog. Langzeitbesuchen (Preusker, 2008; Laubenthal, 2011, S. 320ff.). Inwieweit die Besuchsmöglichkeit von Ehepartner_innen im Rahmen der Langzeitbesuche auch die Möglichkeit sexueller Handlungen einschließt, ist normativ nicht ausdrücklich festgeschrieben und wird kontrovers diskutiert (Schwind, 2013, S. 354f.). In lediglich einem Landesvollzugsgesetz (Hamburg) ist auch diese Besuchsform

festgeschrieben. Voraussetzung für die Besuche ist hier – sehr unbestimmt – die Eignung des Inhaftierten.

Die Eingriffe in unmittelbare Lebensbereiche der Inhaftierten erstrecken sich auch auf die Möglichkeit, den eigenen Haftraum individuell zu gestalten. Der Haftraum muss überschaubar und kontrollierbar sein. Insbesondere persönliche Gegenstände oder Fotos können eine Kontrollierbarkeit erschweren und verboten werden. Der offensichtliche Widerspruch zwischen den Sicherheitserwägungen und Persönlichkeitsrechten wird in der Praxis häufig zugunsten der Belange von Sicherheit und Ordnung gelöst.

Für den Jugendstrafvollzug mit der stärkeren Orientierung an Erziehungsbedarfen von Jugendlichen und Heranwachsenden werden Poster mit eindeutig sexuellen Inhalten nicht »ohne weiteres« verboten, wohl aber dann, wenn zwischen den dargestellten Abbildungen und den verübten (Sexual-)Straftaten unmittelbare Zusammenhänge bestehen (Ostendorf, 2012, S. 192). Generell wird die Ausgestaltung des Haftraumes jedoch von der jeweiligen Hausordnung der Anstalt geregelt. Meist obliegt den Bediensteten ein Ermessensspielraum für ihre Entscheidungen (Eisenberg, 2014, S. 959f.).

3. Forschungsstand

Der Forschungsstand bzgl. Sexualität und Haft wird für die Bundesrepublik unisono als zu gering beklagt (Döring, 2006, S. 317; Bammann, 2008, S. 247; Barth, 2013, S. 129). International liegen mehrere – insbesondere die Vollzugslandschaft der USA betrachtende – Studien vor (Döring, 2006, S. 316). Für die Bundesrepublik gibt es einige größere Texte aus der Zeit vor der Wiedervereinigung (Hoyer, 1978; Stöckle-Niklas, 1989), eine Studie zur Situation im DDR-Strafvollzug (Weller, 1992) und mehrere Aufsätze zu Einzelfragen. So hat die Deutsche AIDS-Hilfe 2004 eine Befragung in deutschen Gefängnissen durchgeführt (Bammann, 2008, S. 248), Döring (2006) hat den internationalen Forschungsstand beschrieben, Pont und Kollegen (2012) widmet sich Fragen der Gesundheitsfürsorge. Zahlreiche Autor_innen befassen sich, nach dem Mord an einem Inhaftierten in der JVA Siegburg, insbesondere mit Fragen sexualisierter Gewalt hinter Gittern (Baier & Bergmann, 2013; Barth, 2013; Neubacher et al., 2011; Hinz & Hartenstein, 2011).

Forschungsfragen sind in der aktuellen Diskussion meist solche nach der Viktimisierung im Vollzug, nach generalisierbaren Kategorien sexuellen Handelns wie der Freiwilligkeit von Sexualkontakten, vollzuglicher Prostitution, nach Fra-

gen des Zusammenhangs von Gefängniskultur und sexueller Kultur sowie nach Fragen des Gesundheitsschutzes und insbesondere der Prophylaxe sexuell übertragbarer Krankheiten.

Problematisch ist der Zugang zum Forschungsfeld in der »totalen Institution« (Goffman, 1973) des Gefängnisses. Der Vollzug beschränkt das autonome Handeln der Insassen allumfassend, Zeit und Raum werden separiert (Kersten & von Wolffersdorff, 1980). Die Institution erfüllt ihre Aufgaben des Überwachens und Strafens (Foucault, 1976) mittels eines Systems von Maßnahmen, die den individuellen Bedürfnissen der Insassen in der Regel entgegenstehen und das funktionale Bestehen gewährleisten. Dementsprechend erschaffen sich die Insassen eigene Räume, Hierarchien, sprachliche Codes usw., um ein Minimum an Individualität und Autonomie zu erlangen. Dieser Prozess der Anpassung wird als Subkultur bezeichnet. Sie sichert nach Erving Goffman als »Unterleben« der Institution das Überleben in diesem Zwangskontext. Mittels subkultureller Handlungen eröffnet sich für die Gefangenen ein Zugang zu den Dingen, die ihnen aufgrund von Sicherheits- oder anderen Fragen vorenthalten werden. In allen Gefängnissen finden sich offiziell verbotene Gegenstände und Verhaltensweisen. Unabhängig von den normativen Bestimmungen verfügen Insassen über ein Repertoire an Handlungen, um sich mit den Dingen zu versorgen, die sie benötigen.

Zugleich sind alle subkulturellen Aktivitäten verboten und mit einem Risiko für die Insassen verbunden. Die Institution gewährt lediglich im Fall von Wohlverhalten bestimmte Vergünstigungen und kann diese bei »Verfehlungen« wieder entziehen. Die Inhaftierten reagieren daher mit einem sog. »Zweckverhalten«, um sich des Wohlwollens der Verantwortlichen zu vergewissern (Borchert, 2007). Sie interpretieren ausgehend von den erlebten Anforderungen des Vollzuges alle an sie herangetragenen Wünsche und Aufgaben und bemühen sich darum, diesen Interpretationen gerecht zu werden. Die damit konfrontierten Mitarbeiter_innen der Behörde, der Fachdienste oder der kriminologischen Dienste wissen daher häufig nicht, ob der Gefangene gerade ein vermeintlich gefordertes Verhalten zeigt. Ihnen steht nun wieder frei, jede Äußerung von Insassen infrage zu stellen und als bloßes »Zweckverhalten« zu bezeichnen. So stehen alle Untersuchungen im Vollzug vor einem Dilemma, das die ohnehin vorliegenden Probleme von empirischer Sozialforschung hinsichtlich des Antwortverhaltens verstärkt. Das gilt auch für Forschungen zum Sexualverhalten hinter Gittern, sodass erhobene Daten hinterfragt werden müssen.

Der Charakter von geschlossenen Einrichtungen erlaubt in der Regel vielfältige Untersuchungen, da die Probanden verfügbar sind. Der Zugang wird dennoch erschwert, da insbesondere externe Forscher_innen auf die Zusammenarbeit mit

der Vollzugsbehörde angewiesen sind. Wenn die Verantwortlichen in der JVA die Vorhaben nicht ausdrücklich unterstützen, ist es außerordentlich schwierig, verwertbare Daten zu erheben (siehe z. B. Barth, 2013).

4. Ausgewählte Forschungsergebnisse

In den vorliegenden Untersuchungen (Döring, 2006; Bammann, 2008; Vornholt, 2008) werden regelmäßig bestimmte Geschehen benannt, die für das Ausleben von Sexualität in Haft konstitutiv sind. Hierzu gehören nach Bammann (2008, S. 250ff.) auto- und homoerotische Handlungen, das Ausnutzen von Abhängigkeitsverhältnissen, erzwungene oder freiwillige Prostitution, damit verbunden Gewalt, sexuell übertragbare Krankheiten sowie das Fehlen von Liebesbeziehungen. Vornholt (2008, S. 269) beschreibt Arrangements der inhaftierten Jugendlichen mit dem »heterosexuellen Defizit« und entsprechende subjektive Verarbeitungsmuster wie Piercings oder narrative Verarbeitungen mit impliziten Abwertungen von Frauen. Döring (2006, S. 321) legt dar, dass in homosexuellen Paarbeziehungen im Vollzug das Bewahren der eigenen heterosexuellen Identität gelingen kann, wenn die Kontakte asymmetrisch inszeniert werden und der aktive Mann in einer homosexuellen Beziehung dieses Rollenverhalten offen präsentiert. Zugleich weist sie darauf hin, dass zu Fragen der Entwicklung von sexueller Identität im Gefängnis nur wenige Erkenntnisse vorliegen (ebd.).

An dieser Stelle sollen zwei empirische Untersuchungen kurz diskutiert werden. Konrad Weller hat unmittelbar vor dem Ende der DDR eine umfangreiche Befragung mit ostdeutschen Strafgefangenen durchgeführt (Weller, 1992). In der größten deutschen Justizvollzugsanstalt in Tegel hat Thomas Barth 2010 den Versuch unternommen, Daten zur sexuellen Viktimisierung im Strafvollzug zu erheben (Barth, 2013).

Die Haftbedingungen und der rechtliche Status von Inhaftierten in der DDR und der Bundesrepublik waren unterschiedlich. Die Situation der Unterbringung, die Modalitäten der täglichen Handlungen, Fragen der Betreuung und des Beschwerdewesens differierten sehr stark. Im DDR-Strafvollzug erfolgte die Unterbringung aus Gründen einer angestrebten Erziehung im Kollektiv zumeist in sehr großen Gemeinschaftsräumen mit bis zu 60 Gefangenen (Borchert, 2002). Die Kollektiverziehung beförderte die im bundesdeutschen Vollzug verbotene Subkultur, da insbesondere politische Inhaftierte von privilegierten Gefangenen (Brigadieren oder Ältesten) gezielt unterdrückt wurden. Dadurch und durch körperlich schwere Arbeit im Schichtsystem, durch ein System von militärischen

Ordnungsvorschriften und rigiden Strafen sollte die Funktionalität des Vollzuges sowohl in disziplinierender als auch in ökonomischer Hinsicht gewährleistet werden. Die Anbahnung von Freundschaften und Intimkontakten zwischen Inhaftierten wurde durch die Organisation des Vollzugsalltages erschwert (ebd.).

Im bundesdeutschen Vollzug haben die Inhaftierten einen Rechtsanspruch auf einen Einzelhaftraum. Der Rechtsanspruch findet sich im §18 des bundeseinheitlichen Strafvollzugsgesetzes. Von ihm wird nur bei vorliegender Hilfsbedürftigkeit oder bei einer Gefahrensituation abgewichen. Die Unterbringung bietet einen gewissen Schutz vor unerwünschten subkulturellen Handlungen (Laubenthal, 2013, S. 317) und somit auch vor nicht einvernehmlichen Sexualkontakten. Zugleich kann die Einzelunterbringung aber auch als zusätzliche Übelszuführung verstanden werden, wenn sie zu Isolation und Vereinsamung führt. Der Tag wird durch Arbeit strukturiert, wenn diese vorliegt. Regelmäßig sind trotz der bestehenden Arbeitspflicht (nach §41 StVollzG) etwa die Hälfte der Inhaftierten ohne Arbeit. Sinnvolle Beschäftigung wird häufig durch Maßnahmen der schulischen und beruflichen Ausbildung erreicht.

4.1 Forschungsergebnisse zur Sexualität im DDR-Strafvollzug

Die hier besprochene Studie fand von Januar bis Oktober 1989 statt. Auswertbare Daten konnten die Forscher_innen von 353 Männern und 425 Frauen aus DDR-Gefängnissen gewinnen (Weller, 1992, S. 4). Die Inhaftierten waren größtenteils in den Strafvollzugseinrichtungen Hohenleuben und Hoheneck (Frauen) und in Ichtershausen (Männer) untergebracht. Die Befragung erfolgte mittels Fragebögen, die von einigen Inhaftierten jedoch intellektuell nicht erfasst werden konnten (ebd.). Die Fragebögen stellten Fragen zu den Bereichen der individuellen Entwicklung, zu Partnerschaft und Sexualität allgemein und während der Haftzeit sowie zu Kontakten nach draußen.

Die befragten Gefangenen wiesen mehrere Übereinstimmungen innerhalb der Stichprobe und bezogen auf die Insassen von Gefängnissen generell auf. Es zeigt sich ein hoher Anteil von Schulschwänzern, frühen delinquenten Erfahrungen und missbräuchlichem Alkoholkonsum. Der Ausbildungsstand war in den DDR-Haftanstalten im Vergleich zu den Insassen von bundesdeutschen Gefängnissen deutlich besser, etwa ein Drittel der Befragten verfügte über den Abschluss der 10. Klasse (Weller, 1992, S. 11).

Zum psychosozialen Befinden in der Haft äußerten insbesondere die männlichen Inhaftierten ein sehr starkes (39%) oder starkes (35%) aktuelles sexuelles

Verlangen, 25% bestätigten einen »sexuellen Notstand« (ebd.). Bei den Frauen meinten hingegen 62%, dass ihr sexuelles Verlangen im Vergleich zu der Zeit vor der Haft abgenommen habe, einen »Notstand« bestätigten 8%.

Die Fragen nach dem vorliegenden Sexualverhalten in Haft wiesen für die beiden geschlechtlichen Untersuchungsgruppen sehr unterschiedliche Ergebnisse auf. 38% der Männer und 71% der Frauen gaben an, auf jegliche sexuelle Betätigung zu verzichten, 47% der Männer und 7% der Frauen bejahten selbstbefriedigende Handlungen, 7% der Männer und 20% der Frauen gaben homosexuelle Aktivitäten an (ebd.).

Die Unmöglichkeit, sexuelle Aktivitäten gemäß der eigenen Wünsche durchzuführen, gaben sowohl Frauen wie auch Männer in hohem Maße an. Die straffe Organisation des Vollzugs und die mehrfach belegten Hafträume verhinderten jegliche sexuelle Handlung. Während bei der entsprechenden Frage nach der nicht stattfindenden Selbstbefriedigung häufig Scham und Angst vor der Entdeckung angegeben wurden, wurden bei der Ablehnung homosexueller Kontakte von den Männern oft Gefühle des Ekels angeführt, während die Frauen häufig die Treue zum andersgeschlechtlichen Partner betonten. Die Männer gaben homoerotisches Verhalten oft als »Ersatzhandlungen« an, nur drei Prozent der inhaftierten Männer hielten es für wahrscheinlich, auch nach dem Haftende homosexuell zu lieben (ebd.). Trotz des hohen Beobachtungsdruckes im DDR-Vollzug gaben 7% der Männer und 9% der Frauen an, in Haft bei sexuellen Handlungen selbst Zwang ausgeübt oder erduldet zu haben (ebd.).

Die vorliegenden Ergebnisse geben aufgrund der Größe der Untersuchungsgruppe und aufgrund des Vorliegens einer Vergleichsgruppe (die Befragten der *Partner-3-Studie*) einen umfangreichen und detaillierten Einblick in das Innenleben des DDR-Vollzugs. Das individuelle Hafterleben von Männern unterschied sich demnach stark von dem der Frauen. Für die Männer bedeutete die Inhaftierung durch den empfundenen sexuellen »Notstand« und das Fehlen andersgeschlechtlicher Partner ein besonderes Strafübel. Ersatzhandlungen zu den erwünschten sexuellen Aktivitäten wurden zum Teil durch die vorgefundenen Gegebenheiten hinter Gittern und das Selbstbild der eigenen Heterosexualität verhindert.

4.2 Forschungsergebnisse zur Sexualität im bundesdeutschen Strafvollzug

Die Studie von Barth wurde im Jahr 2010 an der JVA Tegel in Berlin durchgeführt, dem größten deutschen Gefängnis mit etwa 1.500 Gefangenen zum

Untersuchungszeitpunkt. Die schriftliche Befragung erfolgte per Fragebogen mit 62 Items. Das Vorgehen schloss qualitative und quantitative Fragen ein. Erfragt wurden allgemeine Aspekte von Partnerschaft und Sexualität, soziodemografische Daten, Haltungen zu Selbstbefriedigung und Homosexualität; ein aus 29 Fragen bestehender Komplex befasste sich mit dem sexuellen Erleben in Haft (Barth, 2013, S. 131).

Die Untersuchung konnte aufgrund eines »begrenzten Interesses« sowie fehlender sachlicher und personaler Unterstützung seitens der JVA nicht vor Ort durchgeführt werden. Vielmehr wurden die Fragebögen mit einem frankierten Rückumschlag der örtlichen Gefangenenzeitung beigefügt und ausgeliefert (ebd.). Der Rücklauf war sehr gering, sodass dem Autor letztendlich lediglich 35 auswertbare Fragebögen vorlagen. Eine modifizierte Untersuchung in der JVA wurde dem Autor untersagt, dafür erhielt er nach einiger Verzögerung weitere 25 Bögen, die von Inhaftierten direkt in der Redaktion der Gefangenenzeitung abgegeben worden waren.

Der geringe Rücklauf ließ allenfalls eine deskriptive Datenanalyse zu, die an dieser Stelle lediglich in Bezug auf die erlebte sexuelle Viktimisierung nachvollzogen werden soll. Gefragt wurde zu verschiedenen Mustern sexueller Gewalt, von verbaler Belästigung bis hin zu Vergewaltigungen durch Insassen oder Bedienstete (ebd.). Angegeben wurden erlebte sexuelle Handlungen als Tauschobjekte, als Folge von Erpressungen oder Schuldenbegleichung sowie als Gewaltandrohung und vollendete Vergewaltigung. Hinsichtlich der erlebten sexuellen Gewalt durch Bedienstete wurden ebenfalls mehrere Fälle angegeben, darunter sexuell konnotierte Belästigungen und eine vollendete Vergewaltigung (ebd.).

Ohne die einzelnen Ergebnisse weiter zu diskutieren, geben das Design der Studie und die Schwierigkeiten beim Zugang ins Feld einen Aufschluss über die Institution und über Probleme bei der Durchführung sozialwissenschaftlicher Forschung. Die Untersuchung betraf das schambesetzte, von unterschiedlichen Erwägungen bestimmte Antwortverhalten zum Thema Sexualität. Der erwartete Rücklauf von Fragebögen per Brief erscheint im Bereich des Vollzuges als nicht sinnvoll, da die Gefangenen regelmäßig eine Postkontrolle erleben und das Vertrauen in das Medium gering sein dürfte. Inwieweit die Unterlagen überhaupt ankamen, ist bei der Form der Verteilung ebenfalls ungewiss. Die Ausweitung der Untersuchung auf den gesamten Bereich intramuraler sexueller Gewalt und der Fokus auf sexuelle Handlungen zwischen Bediensteten und Inhaftierten erscheinen ebenfalls fragwürdig und dürften die Schwierigkeiten beim Zugang zum Feld mit bedingen.

5. Diskussion

Die beiden vorgestellten Untersuchungen geben Anlass zu Hoffnung und Sorge zugleich: Das »Forschungsthema Strafvollzug« lädt zwar regelmäßig Absolvent_innen von Hochschulen und Universitäten zu eigenen Projekten ein, zeigt aber spezifische Bedingungen, die bei Forschungsvorhaben berücksichtigt werden sollten. Hierzu gehören Wege zur Gewinnung von Teilnehmer_innen in Untersuchungs- und Kontrollgruppe, die Erarbeitung von Fragen, die ein idealisiertes Antwortverhalten vermeiden, ein Forschungsdesign, das von der untersuchten Institution wenigstens toleriert werden kann, sowie ein gelingender Zugang zu den Probanden, die über Ziele, Inhalte und Ergebnisnutzung aufgeklärt werden. Forschung im und zum Strafvollzug darf nicht ausschließlich mit dem Ziel der Erlangung von Qualifikationen durchgeführt werden, sondern muss die untersuchten Einrichtungen und Personen im Blick haben, um zu verwertbaren Ergebnissen zu gelangen.

Die bisher kaum diskutierten Ergebnisse und methodischen Zugänge der Studie von Weller (1992) zeigen, dass ein entsprechendes Vorgehen möglich ist, auch wenn die Bedingungen andere waren als bei Barth (2013). Auch wenn einzelne Fragen der aktuellen Diskussion und Situation im Vollzug angepasst werden müssten, erscheint die Studie für folgende und vertiefende Untersuchungen richtungsweisend, unter anderem für die Generierung von Hypothesen und Forschungsfragen.

Vor dem Hintergrund der Institution Strafvollzug sind valide Daten – auch über den Weg der Selbstauskünfte – schwierig zu erlangen. Quantitative Methoden können bei Beachtung der genannten und weiterer Punkte eine größere Datenmenge hervorbringen; qualitative Untersuchungen können im Sinne induktiver Hypothesenbildung dabei helfen, Bereiche in den Blick zu nehmen, die von den Forscher_innen noch nicht gesehen wurden. Die Nutzung von schriftlichen Daten wie den vorliegenden Akten kann die schriftlichen Erhebungen ebenso ergänzen, wie Befragungen des Personals oder der Angehörigen.

Die Formen sexuellen Handelns im Vollzug, speziell aber Fragen nach den Auswirkungen der Inhaftierung auf die Identität der Betroffenen sind weiterhin nur unzureichend erforscht. Fragen der Deprivation, die Folgen von Isolation, Auswirkungen der Haft auf bestehende Partnerschaften, aber auch Themen wie Prävention von sexueller Gewalt im Vollzug und eine belastbare aktuelle Darstellung des Forschungsthemas Sexualität und Gefängnis stehen weiterhin aus.

Literatur

Baier, D. & Bergmann, M. C. (2013). Gewalt im Strafvollzug – Ergebnisse einer Befragung in fünf Bundesländern. *Forum Strafvollzug, 3/2013*, 76–83.

Bammann, K. (2008). Sexualität im Gefängnis – Probleme mit einem menschlichen Grundbedürfnis. *Forum Strafvollzug 6/2008*, 247–254.

Barth, T. (2013). Sexuelle Viktimisierung im deutschen Strafvollzug. *Recht und Psychiatrie 3/2013*, 129–136.

Böhm, A. (2005). Trennung des Vollzugs. Anmerkung zu §140 StVollzG. In H.-D. Schwind, A. Böhm & J.-M. Jehle (Hrsg.), *Strafvollzugsgesetz. Kommentar* (S. 862–865). Berlin: de Gryuter.

Borchert, J. (2002). *Erziehung im DDR-Strafvollzug*. Herbolzheim: Centaurus.

Borchert, J. (2007). *Schule und Sozialarbeit im sächsischen Strafvollzug.* Leipzig: Leipziger Universitätsverlag.

Borchert, J. (2013). Effizienz von Bildungsmaßnahmen im Justizvollzug. *Newsletter der niedersächsischen Führungsakademie, 18*, 5–8.

Cornel, H. (2009*). Recht der Resozialisierung. Textsammlung. 6* Baden-Baden: Nomos.

Döring, N. (2006). Sexualität im Gefängnis: Forschungsstand und –perspektiven. *Zeitschrift für Sexualforschung, 19*, 315–333.

Eisenberg, U. (2014). *Jugendgerichtsgesetz*. München: Beck.

Feest, J. & Lesting, W. (Hrsg.). (2012). *StVollzG Kommentar zum Strafvollzugsgesetz (AK StVollzG)*. Köln: Heymanns.

Foucault, M. (1976). *Überwachen und Strafen: Die Geburt des Gefängnisses*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Goffman, E. (1973). *Asyle*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Heuer, G. (1978). *Problem Sexualität im Strafvollzug*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Hinz, S. & Hartenstein, S. (2010). Jugendgewalt im Strafvollzug. *ZJJ Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe, 21*, 176–182.

Holexa, L. (2008). Langzeitbesuch in der JVA Celle. *Forum Strafvollzug, 6*, 256–258.

Huchting, K. & Majuntke, I. (2012). Soziale Hilfe. In J. Feest & W. Lesting (Hrsg.*), StVollzG Kommentar zum Strafvollzugsgesetz* (S. 488–522), Köln: Heymanns.

Jehle, J.-M. (2013). Aufgaben des Vollzuges. In H.-D. Schwind, A. Böhm & J.-M. Jehle (Hrsg.), *Strafvollzugsgesetz Bund und Länder. Kommentar* (S. 55–72). Berlin: de Gruyter.

Kersten, J. & von Wolffersdorff, C. (1980). *Jugendstrafe: Innenansichten aus dem Knast*. Frankfurt/M.: Fischer.

Laubenthal, K. (2011). *Strafvollzug*. Heidelberg: Springer.

Laubenthal, K. (2013). Unterbringung während der Ruhezeit. In H.-D. Schwind, A. Böhm & J.-M. Jehle (Hrsg.), *Strafvollzugsgesetz Bund und Länder. Kommentar* (S. 317–323). Berlin: de Gruyter.

Markert, S. (2012). *Der bayerische Jugendstrafvollzug in Theorie und Praxis.* Frankfurt/M.: Lang.

Neubacher, F., Oelsner, J., Boxberg, V. & Schmidt, H. (2011). Gewalt und Suizid im Strafvollzug – Ein längsschnittliches DFG-Projekt im thüringischen und nordrhein-westfälischen Jugendstrafvollzug. *Bewährungshilfe, 2*, 133–146.

Ostendorf, H. (2012). *Jugendstrafvollzugsrecht*. Baden-Baden: Nomos.

Pont, J. & Knorr, B. (2012). *Substitutionsbehandlung im Strafvollzug – Ein praktischer Leitfaden*. Deutsche AIDS-Hilfe: Berlin.

Preusker, H. (2008). Langzeitbesuche in deutschen Gefängnissen. *Forum Strafvollzug, 6*, 255–256.

Schwind, H.-D., Böhm, A. & Jehle, J.-M. (Hrsg.). (2013). *Strafvollzugsgesetz Bund und Länder. Kommentar*. Berlin: de Gruyter.

Schwind, H.-D. (2013). Besuch3, Schriftwechsel sowie Urlaub, Ausgang und Ausführung aus besonderem Anlass. In H.-D. Schwind, A. Böhm & J.-M. Jehle (Hrsg.), *Strafvollzugsgesetz Bund und Länder. Kommentar* (S. 343–385). Berlin: de Gruyter.

Stehmeier, M. (2012). Knastzölibat. Sexuelle Identität und Aktivität im Gefängnis. *Forum Recht, 1*, 8–10.

Stöckle-Niklas, C. (1989). *Das Gefängnis – eine eingeschlechtliche Institution.* Bonn: Forum.

Vornholt, E. (2008). Sexualität im Jugendstrafvollzug. *Forum Strafvollzug 6/2008*, 266–271

Weller, K. (1992). *Sexualität und Partnerschaft von Strafgefangenen: Forschungsbericht*. Leipzig: Gesellschaft für Sexualwissenschaft.

Zeller, B. & Müller-Monning, T. (2008). Beziehung leben im Gefängnis – Beratungs- und Beziehungsarbeit im Gefängnis. *Forum Strafvollzug 6/2008*, 263–265.

Sexualität, Gewalt und Homophobie

Folgen der Tabuisierung im Gefängnis

Heino Stöver

Der klandestine Kontext

Eine als befriedigend erlebte Sexualität hat entscheidenden Einfluss auf die Lebensqualität der Menschen (Beier et al., 2000; Schäfer et al., 2004). Die Lebensqualität und die seelische Gesundheit gefangener Menschen wird bereits durch den Verlust sozialer Sexualität mit den Folgen der Reduzierung auf Selbstbefriedigung, Objektivierung des anderen Geschlechts und Stimulation gleichgeschlechtlicher Sexualkontakte – bei gleichzeitiger Tabuisierung – grundsätzlich beeinträchtigt.

Durch eine Verobjektivierung des weiblichen und des männlichen Körpers in Form von Postern an den Zellenwänden, Pornografie und einer starken Präsenz sexualitätsbezogener Gesprächsinhalte drückt sich der entfremdete Umgang mit den eigenen sexuellen Bedürfnissen aus. Der Objektstatus des sexualisierten Körpers reduziert wiederum die eigene Empfindungsspanne und verleugnet die mit partnerInbezogener Sexualität assoziierten Bedürfnisse nach Gemeinsamkeit, Nähe, Entspannung und Befriedigung.

Die »Totale Institution Gefängnis« (vgl. Goffman, 1973) ist eine eingeschlechtliche Einrichtung – erst in den letzten Jahren gibt es Mitarbeiter im Frauenvollzug und Mitarbeiterinnen im Männervollzug –; erst darüber besteht eine Kontaktmöglichkeit zum anderen Geschlecht. Aber fehlende gegengeschlechtliche Interaktionen bringen es mit sich, dass das Thema Sexualität in den Köpfen der Gefangenen sehr präsent ist (Bammann & Rademacher, 2009, S. 188ff.).

Das Dilemma besteht in der Allgegenwärtigkeit von Sexualität im Gefängnisalltag und der stark eingeschränkten Befriedigung und letztlich erzwungenen

Milieuanpassung sexueller Bedürfnisse. Daraus erwachsen Spannungen, Frustrationen, Aggressionen und sexualisierte Gewaltfantasien. Vorhandene Probleme mit diesem Dilemma können nicht besprochen werden, weil weder informelle noch offizielle Foren dafür im Vollzug zur Verfügung stehen. Zwar existieren Modelle in Strafanstalten, die im Rahmen von Langzeitbesuchen auf eine Ermöglichung auch sexueller Kontakte unter (Ehe-)PartnerInnen zielen (z. B. JVA Werl, JVA für Frauen Vechta) und lockerungsberechtigte Häftlinge können im Urlaub sexuelle Kontakte haben. Doch dies sind vereinzelte und isolierte Möglichkeiten, partnerInnenorientierte Sexualität zu leben. Neben der bedürfnisorientierten Sicht von Sexualität in Haft stellt sich auch die Frage nach dem Recht auf Erfüllung eines Kinderwunsches für Inhaftierte und deshalb die Unterstützung sexueller Kontakte zu ihren Partnern (vgl. Jacob & Stöver, 1997).

In Haft ist Sexualität ein Tabu – scheinbar von allen Akteuren geachtet; Symbolisierungen sind allgegenwärtig. Unterschwellig scheint das »Verbot« der Ausübung von Sexualität nach wie vor als Teil der Strafe angesehen zu werden – so wie bspw. eine schlechtere Gesundheitsversorgung oder Nahrung. Eine Gefängnisstrafe scheint – nach landläufiger und medialer Meinung – auch Enthaltsamkeit von Vergnügen und Lust zu beinhalten. Weil Sexualität individuell abgespalten werden muss und die Thematik Sexualität im Vollzug offiziell ausgeblendet wird, finden alle Formen gelebter sozialer Sexualität mehr oder weniger verdeckt statt: Im Männervollzug ist Sexualität zwischen Gefangenen vollkommen tabuisiert, körperliche Berührungen sind suspekt, gleichgeschlechtliche Sexualität wird abgewertet. Im Frauenvollzug sind gleichgeschlechtliche Paarbeziehungen eher ein offenes Geheimnis: frau spricht von der »Zimmerlinde« (Partnerin).

Die besonderen Haftbedingungen führen zur Entstehung einer eigenen sexuellen Subkultur, die sich von der Sexualität außerhalb der Haft unterscheidet und die auch nur im Rahmen ungleicher Macht- und Gewaltverhältnisse erklärbar ist (vgl. Linden, 2008). Das sexuelle Verhalten im geschlossenen Vollzug stimmt in vielen Fällen nicht mit den tatsächlichen sexuellen Wünschen und der sexuellen Identität überein (vgl. Siemer, 1998, S. 111ff.).

Es gibt eine Realität von gleichgeschlechtlicher Sexualität, die in einem homophoben Kontext kaum thematisierbar ist. Geheimhaltungsdruck, Angst vor einem Hinaustragen von Informationen an Partner/innen, Familienangehörige und Freunde draußen verstärken sich vor allem dann, wenn die in Haft gelebten homosexuellen Kontakte nicht dem eigenen sexuellen Selbstverständnis »heterosexuell« entsprechen, was bei vielen Inhaftierten der Fall ist, die in der Inhaftierungszeit in Ermangelung heterosexueller Möglichkeiten homose-

xuelle Kontakte als »Notlösung« praktizieren. Sozio-kulturelle Barrieren einer Zwangsheterosexualität als gesellschaftliche Normalität und Homophobie wirken in dieser doppelten Realität der sexuellen Identität, die sich in der praktizierten Sexualität im Vollzug nicht wiederfindet. Wenn diese »Notlösungen« über lange Zeit zur Gewohnheit sexueller Aktivität werden, repräsentieren sie Normalität unter den Inhaftierten, ohne offizielle Anerkennung und Verantwortungsübernahme. So entwickelt sich Homosexualität als Dunkelfeld, wo Prostitution z. B. zur Begleichung von Schulden oder Drogenbeschaffung stattfindet und wo Vergewaltigungen geschehen – ohne offen als Realität anerkannt zu werden.

Infektionsprophylaxe

Gerade unter dem Aspekt »Infektionsschutz« erhält die verdeckte gleichgeschlechtliche Sexualität Relevanz. Während weibliche Homosexualität als wenig infektionsrisikobehaftet gilt (HIV/AIDS), ist männliche Homosexualität aufgrund riskanter, ungeschützter Sexualpraktiken aus infektionsprophylaktischer Sicht als möglicher HIV-Transmissionsweg zu bewerten. Müller (1997, S. 356f.) macht erhöhte HIV-Risiken für Männer aus, die gelegentlich Sex mit Männern haben, die auch auf andere sexuell übertragbare Krankheiten anzuwenden sind und gerade auch im Justizvollzug besondere Bedeutung erlangen: »[E]s findet keine Identifikation mit den ›schwulen Risiken‹ der HIV-Infektion statt« (ebd.). Deshalb wird das konkrete HIV-Risiko oft unterschätzt oder negiert; insbesondere bei Jugendlichen spielen die Lust am Abenteuer und Unverletzlichkeitsfantasien eine Rolle. Zum defizitären Selbstbewusstsein kommen Selbstablehnung, Selbsthass, starke Scham- und Schuldgefühle hinzu. Das können die entscheidenden Ursachen für mangelnde Kommunikations- und Aushandlungsfähigkeit bezüglich Sexualität insgesamt und »Safer Sex« im Besonderen sein. Dies führt mit hoher Wahrscheinlichkeit zur verstärkten Anpassung an Initiativen und Wünsche der Sexualpartner, z. B. nach dem »unsafen Sex« (vgl. Bammann & Rademacher, 2009).

Selbst wenn eine Zugänglichkeit zu Kondomen und wasserlöslichem Gleitmittel in der Anstalt gewährleistet ist, was nicht durchgängig selbstverständlich, kostenlos oder zumindest kostengünstig, niedrigschwellig, vertraulich und anonym in deutschen Haftanstalten der Fall ist, lässt sich angesichts der abgespaltenen und häufig verleugneten Realität von gelebter Sexualität von den einzelnen Inhaftierten ein formulierter Bedarf an Kondomen nicht erwarten.

Von Maputo nach München: Globale Homophobie und mangelhafte Infektionsprophylaxe

Im Folgenden werden zwei Beispiele skizziert, die die Universalität der Homophobie und der mangelhaften institutionellen und gesundheitspolitischen Reaktion darauf verdeutlichen:

Maputo/Mozambik

Bei einem Besuch der dortigen Haftanstalt und der Gefängnisadministration im Rahmen einer UN-Mission im September 2014 wird deutlich, dass die HIV-Prävalenz unter den männlichen Gefangenen ca. 24% beträgt (des Wachpersonals ca. 20%). Der wesentliche Transmissionsweg in Mozambik ist sexuell. Das Gefängnis ist etwa 2,5-fach überbelegt: statt der 850 vorgesehenen Gefangenen befinden sich etwas über 2.000 in der Haftanstalt. Das Gefängnis hält überwiegend sexuell aktive Männer zwischen 18–49; Kondome sind nicht zugänglich.

Die offizielle Begründung lautet: Kondome werden nicht abgegeben, da sie die sexuellen Aktivitäten fördern würden. In Fokusgruppen lehnen auch die Gefangenenvertreter die Abgabe von Kondomen ab.

München/Bayern

Die HIV-Prävalenz unter männlichen Gefangenen in bayrischen Justizvollzugsanstalten beträgt 1,5%, das ist ein etwa 30-fach höherer Wert als in der Allgemeinbevölkerung. Kondome werden nur auf Antrag über einen Meldeschein beim anstaltsärztlichen Dienst ausgegeben. In den Jahren 2005–2007 befanden sich bayernweit ca. 13.000 Gefangene in den Justizvollzugsanstalten. In dieser Zeit und für diese Gefangenenpopulation erfolgte eine Abgabe von 43 Kondomen.

Hier lautet die Begründung: »Gefangene werden ›nachdrücklich‹ auf ihre Pflicht zu einem verantwortungsvollen Verhalten gegenüber anderen Personen und ihre Mitteilungspflichten gegenüber Ärzten hingewiesen« (Bayerische Staatszeitung, 2014).

Sexualität und Wünschen nach emotionalen und körperlichen Höhepunkten wird in beiden Fällen relativ hilflos begegnet. Diese Beispiele enthalten zwei Lehren:

- Trotz der relativ hohen HIV-Prävalenzdaten in den Gefängnissen gegenüber der Allgemeinbevölkerung in beiden Ländern und der vielfach belegbaren Tatsache, dass auch Gefängnisse keine »sexualfreien Zonen« sind, wer-

den in den aktuellen Gefängnisordnungen die international geforderten Standards der HIV-Prophylaxe nicht umgesetzt (UNODC et al., 2013). Sexuelle Aktivität wird einfach ignoriert: Trotz Reizarmut für die überwiegend männliche Population deutscher Gefängnisse (ca. 95%) muss man davon ausgehen, dass es sich zumindest mit dem sexuellen Verlangen innerhalb des Gefängnisses nicht anders verhält als außerhalb. Eine repräsentative Befragung aus Deutschland konnte zwar eine Abnahme des sexuellen Verlangens bei Männern im Altersverlauf zeigen. Der Anteil der Männer, die angeben, in den letzten vier Wochen kein sexuelles Verlangen gespürt zu haben, lag bei den 18- bis 49-Jährigen aber nur bei 0,4%, bei den 51- bis 60-Jährigen bei 4,5% und stieg auf 47,0% bei den über 70-Jährigen (Beutel et al., 2008).

➢ Einmalige, in der Regel bei Haftantritt erfolgte Verhaltensappelle an die »Verantwortlichkeit« der Gefangenen (Beispiel Bayern) in einem unsicheren Ambiente, wo die Vertraulichkeit relativ brisanter Informationen für viele Gefangene nicht gewährleistet ist, bilden bislang das Mittel in der Infektionsprophylaxe. Welch ein naiver Glaube – mit evidenz-basierter Versorgungsleistung hat das nichts zu tun!

Ein Mitarbeiter der AIDS-Hilfe beschreibt das Dilemma so:

> »Wenn wir in Präventionsveranstaltungen mit Gefangenen über diese Möglichkeit sprechen [ein Kondom beim Arzt zu »beantragen«, d. V.], sagen sie frank und frei, dass dies für sie unter gar keinen Umstanden in Frage kommt: ›Dann denkt ja jeder, ich bin schwul.‹ Meiner Erfahrung nach ist es nur Gefangenen mit stabiler Identität als Homosexuelle möglich, diese Hürde zu überwinden. Es gehört viel Mut dazu, den medizinischen Dienst um Kondome zu bitten« (Wiessner & Štukelj, 2006, S. 107).

Allein ein niedrigschwelliger und anonymisierter Zugang zu Kondomen und Gleitmitteln könnte den individuellen Konflikt mildern und eine Annahmebereitschaft als Infektionsschutz steigern. Dieser Zugang ist jedoch in den meisten Anstalten nicht umgesetzt: Vorwiegend sind Kondome beim Drogenberater, Seelsorger, Sanitäter, Kaufmann oder – auf Antrag erhältlich (in der Regel alle zwei Wochen), oder sie sind beim Arzt verfügbar (setzt Arzttermin und Antrag voraus). Vereinzelt werden Kondome auch beim Sozialdienst ausgelegt. Knapp (1996, S. 371) zeigt auf, dass ein Drittel der von ihm befragten Gefangenen eine Verfügbarkeit von Kondomen in den ihnen selbst bekannten Justizvollzugsanstalten verneint. Auch wenn das Oberlandesgericht Koblenz (1997, S. 360) festgestellt

hat, dass die Anstalten nicht zur kostenlosen Abgabe von Kondomen verpflichtet sind, sollten Kondome zur Vermeidung der Übertragung von Infektions- und Geschlechtskrankheiten – wie in mehreren Anstalten praktiziert – anonym, kostenlos und vor allem leicht zugänglich abgegeben werden (zust. Beschluss des 12. Strafverteidigertages StV, 1988, S. 275; Michels, 1988, S. 425); mindestens sollte den Gefangenen aber die Möglichkeit eingeräumt werden, Kondome unbeobachtet und preiswert zu erstehen (Siegel, 1989, S. 159; Eberbach, 1988, S. 254).

Sexuelle Funktionsstörungen

Das in der Öffentlichkeit vermittelte, und auch in Haft durchaus präsente, Männlichkeitsbild mit Zuschreibungen wie »stark, sexuell omnipotent und immer bereit [...], lässt die normalen, individuell vielfältigen Abweichungen von der ›Norm‹ außer Acht« (RKI, 2014, S. 78). Bei den Inhaftierten können der so entstehende Zwiespalt zwischen öffentlich vermittelten Ansprüchen und der Wirklichkeit sowie der damit verbundene Leistungsdruck zu einer tiefen Verunsicherung führen. Fragen können sein: »Was ist meine Sexualität noch wert?«, »Kann ich ohne Pornos noch kommen?«, »Wie machen es die anderen Gefangenen?«, »Ist meine Lust/Lustlosigkeit normal?«, »Kommt die Lust wieder?«, »Kann ich nach der Haftentlassung eine befriedigende Sexualität mit meiner Partnerin, mit meinem Partner leben?«

Antworten auf diese Fragen werden im Vollzug nicht oder allenfalls über VertreterInnen der AIDS-Hilfen gegeben. Fragen nach sexuellen Funktionsstörungen und Beeinträchtigungen des sexuellen Verlangens (Appetenz), der sexuellen Erregung sowie dem sexuellen Erregungshöhepunkt (Ejakulation/Orgasmus) können nicht beantwortet oder erst gar nicht gestellt werden.

Der Austausch über Fragen der Sexualität wird von den meisten Menschen als privat und intim empfunden. Demzufolge kann man in wissenschaftlichen Betrachtungen zum Thema Sexualität und Haft oftmals nicht von »berichteten Fällen« ausgehen. Vielmehr ist anzunehmen, dass es zu einer Untererfassung kommt, wenn man sich als Forschende/r nur auf Berichtetes stützt.

Ihr Schweigen und »Aussitzen« kann Leidensdruck bei den Betroffenen selbst erzeugen, die Unsicherheiten können sich aber auch auf die Partnerschaft und andere Lebensbereiche auswirken. Eine fachübergreifende Zusammenarbeit von Andrologie, Urologie, psychosomatischer Medizin und Psychiatrie ist bspw. bei sexuellen Funktionsstörungen erfolgversprechend, doch diese Kooperation kann in der Regel im Justizvollzug nicht organisiert werden.

Sexuelle Gewalt

Das Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen (Bieneck & Pfeiffer, 2012, S. 31ff.) hat in einer Studie 2012 in Nord- und Ostdeutschland die Gewalt von Gefangenen untereinander erfragt. Von knapp 6.400 Befragten gaben rund ein Viertel der Männer und Frauen sowie fast die Hälfte der jugendlichen Gefangenen an, solche körperliche Gewalt erfahren zu haben. 4,5% der Männer, 3,6% der Frauen und 7,1% der Jugendlichen berichteten, Opfer sexueller Gewalt geworden zu sein.

Fast alle Teilnehmer klagten nach einem physischen oder sexuellen Übergriff über psychische Beeinträchtigungen. Die Autoren nennen als Reaktion auf die erfahrene Gewalt vor allem psychische Begleiterscheinungen wie Gefühle der Erniedrigung, Wut und Zorn sowie Hilflosigkeit. Sehr viele Betroffene klagten zudem über Schlafstörungen, depressive Symptome und Angstgefühle. Hilflosigkeit, Depression und starke Angstgefühle wirkten sich nachweislich dauerhaft negativ auf die psychische Gesundheit aus (Bieneck & Pfeiffer, 2012, S. 32).

Während bei den inhaftierten Männern insgesamt eine Tendenz bestand, sich mit anderen Personen über die erlebten Übergriffe auszutauschen, war dies bei den befragten Jugendlichen nicht der Fall; sie verzichten überwiegend auf eine Anzeige (ebd., S. 33). Das gilt

> »insbesondere [für] Jugendliche, die physische und sexuelle Gewalt erlebt haben. Als Gründe für diesen Verzicht wurden vor allem das Befolgen subkultureller Regeln bzw. die Angst, als Verräter zu gelten, benannt. Ein nicht zu vernachlässigender Anteil der Befragten war zudem der Meinung, dass man ihnen sowieso nicht glauben wird. Scham spielt als Begründung für die Nicht-Anzeige insgesamt eine eher untergeordnete Rolle. Insbesondere die Gruppe der physisch und sexuell viktimisierten Betroffenen benennt diesen Grund jedoch häufiger. Hier könnte ein stärker auf Vertrauen basierender Umgang mit den Inhaftierten dazu beitragen, Subkulturen aufzubrechen und das Anzeigeverhalten so zu verändern, dass sich die Betroffenen nach erlebten Übergriffen häufiger an das Vollzugspersonal wenden« (ebd.).

»Rückblick, JVA Siegburg, Nordrhein-Westfalen, 11. November 2006. Es ist ihr erstes gemeinsames Wochenende im Gefängnis, eingepfercht auf 15 Quadratmetern der Zelle 104 der Justizvollzugsanstalt Siegburg« (Spiegel Online, 2008). In diesem Szenario entwickeln drei jugendliche Häftlinge den perfiden Plan, ihren vierten Zellengenossen zu quälen und zu foltern.

> »Zwölf Stunden lang verprügeln und misshandeln sie den introvertierten, unsicheren 20-Jährigen. Mehrmals vergewaltigen sie ihn mit dem Stiel eines Handfegers, zwingen ihn, Urin zu trinken, erniedrigen ihn auf vielfache Weise. Bis sein Lebensmut endgültig erlischt, er seinen Peinigern gehorcht und sich selbst aufhängt« (Jüttner, 2008).

Ein ähnlicher Fall ereignete sich in der JVA Celle/Salinenmoor zwei Jahre später (Spiegel Online, 2008).

Die Autoren der o. g. Studie kommen zu dem Schluss, dass es empfehlenswert wäre, das Vollzugspersonal so zu schulen, dass es sensibler auf die psychischen Bedürfnisse der von Gewalthandlungen Betroffenen eingehen kann. Darüber hinaus müssten auch Gefangene geschult und sensibilisiert werden (vgl. Siemer, 1998), und Mehrfachbelegungen der Hafträume reduziert und die interne Alarmtechnik verbessert werden. Aber das heißt insgesamt, dass Sexualität auf vielfache Weise als Thema von Haftalltag, psychischer Gesundheit und Resozialisierung anerkannt werden muss. Die Verleugnung sexueller Realität im Justizvollzug durch Bedienstete und Gefangene, das Schweigen über Sex, unterstützt die Untätigkeit in diesem Bereich.

Es muss auch ein System der anonymen und vertraulichen Hinwendung geschaffen werden, denn Gefangene wissen oft nicht, wohin sie sich wenden sollen, wenn sie sexuell missbraucht, zu sexuellen Dienstleistungen gezwungen oder vergewaltigt worden sind. Es gibt noch nicht einmal Strukturen in Gefängnissen, um betroffenen Gefangenen nach einer sexuellen Exposition die Möglichkeit zu geben, sich vor sexuell übertragbaren Krankheiten zu schützen (bspw. Postexpositionsprophylaxe für HIV). Angesichts der hohen Prävalenz verschiedener Formen von Hepatitis und von HIV in Haft ist die Abwesenheit entsprechender Versorgungsstrukturen bedenklich. (vgl. Wiessner & Štukelj, 2006).

Eine Form der Thematisierung von Sexualentzug im Freiheitsentzug kann über Gefängniszeitungen (von Gefangenen selbst herausgegeben) erfolgen. Hier können zumindest authentische Diskurse geführt werden (vgl. Pontifex, o. J.).

Haftsetting als Hintergrund von TV-Soaps/-Serien und Pornografie – der lüsterne Blick von außen

Ob Literatur oder Film, nicht nur in Büchern und Vorabendserien, sondern auch in der Pornografie dient das Haftsetting als Hintergrund für die sexuellen

Handlungen der Akteure. Inszenierte Lüsternheit soll schließlich die sexuellen Fantasien aktivieren. Wiessner und Štukelj (2006, S. 104f.) beschreiben die sexuelle Funktionalisierung des Haftsettings treffend:

> »In den entsprechenden Publikationen und Filmen geht es in sich variierendem Rollenspiel um Abhängigkeit, Unterdrückung, um Leid und um Lust. Die Unterwerfung und Vergewaltigung der Protagonisten wird dabei beidseitig ausgekostet und genossen. Die Darstellung von (politisch völlig unkorrekten) Demütigungen wird für alle Beteiligten zum süßen Erlebnis: insgeheim wird alles was geschieht – und sei es noch so abwegig – gewollt und genossen …« (ebd.).

Menschen werden in diesen literarischen Ergüssen »gedemütigt und in der Phantasie zum Tier oder zur Ware erniedrigt. Wie es um die tatsächliche Situation der Gefangenen bestellt ist, spielt dabei keine Rolle« (ebd.).

Um mit Sexualität in Haft kompetent umgehen zu können, benötigen Gefangene und Bedienstete Aufklärung. Wiessner & Štukelj (2006, S. 109) schlagen vor, dass über nachfolgende Themen informiert werden sollte:

- Aufklärung über die verschiedenen Formen von Sexualität und deren rechtliche Einordnung bzw. Sanktionierung in Haft; Reflexion über die Auswirkungen dieser Einordnung für Gefangene;
- Aufklärung über die Unterschiede zwischen MSM (Männer die Sex mit Männern haben) und Homosexualität, insbesondere hinsichtlich der Mythen zu passivem/aktivem Analverkehr; Sensibilisierung hinsichtlich der Gefühlslagen; Unsicherheiten; Selbstvorwürfe; psychischen Stabilität;
- Aufklärung über die Übertragungswege von HIV, Hepatitis und anderen sexuell übertragbaren Infektionen; realistische Gefahreneinschätzung durch diverse Sexualpraktiken wie bspw. durch aktiven und passiven Analverkehr (aktiver Analverkehr wird oft als gefahrlos dargestellt);
- Aufklärung über kulturspezifische Einordnungen und Bewertungen von sexuellen Verhaltensweisen, insbesondere bei aktivem Analverkehr (männlich/überlegen/gefahrlos/akzeptiert) und passiven Analverkehr (weiblich/unterlegen/gefährlich/verachtenswert);
- Aufklärung über die Ursachen der Homophobie und die Feminisierung potenzieller sexueller Gewaltopfer unter Gefangenen;
- Sensibilisierung der Angestellten gegenüber der Feminisierung von Gefangenen bspw. durch die Feminisierung der Namen von Gefangenen (Peter/Petra; Hans/Hannelore etc.) zur Verhinderung sexueller Gewalt und Unterdrückung;

- Aufklärung von Angestellten und Gefangenen zu Themen wie Machismo und sexueller Gewalt als Methode der Unterdrückung sowie zur Festlegung der Rangordnung unter den Gefangenen;
- Sensibilisierung und Diskussion über Vorgehensweisen zur Verhinderung und Aufarbeitung sexueller Gewalt (Ansprechpartner) und zur Prävention (PeP) (vgl. Wiessner & Štukelj, 2006, S. 109).

Fazit

Sexualität in geschlossenen Einrichtungen, und hier v. a. im Gefängnis, ist weitgehend ein Tabu – und doch wird es in der klandestinen Welt der Häftlinge berührt – schuld- und schamvoll, voller Entdeckungsängste. Es geht nicht nur um die Entdeckung des gleichgeschlechtlichen Geschlechtsaktes – obwohl in vielen afrikanischen Staaten auch der in Gefängnissen wie in Freiheit hart bestraft wird –, sondern um den vermeintlichen Verlust sexueller Identität: »Gelte ich als schwul?« »Erfahren die da draußen davon?« »Wie komme ich selbst damit klar, dass ich sexuell etwas anderes lebe, als ich leben will und gewohnt war zu leben?« Dies sind Ängste auf drei unterschiedlichen Ebenen, die in Gefängnissen keinen Adressaten finden – die natürlich nicht bei Besuchen oder gegenüber Bediensteten und Mitgefangenen geäußert werden dürfen.

Es sind die externen Hilfeanbieter, die Bedienstete wie Gefangene motivieren müssen, über Sexualität reden zu lernen. Den weiblichen Gefangenen scheint dies besser zu gelingen als den »harten Jungs«, die in Haft die traditionellen Männer geben (müssen). Die Thematisierung und der Abbau von Homophobie wird in Haft noch lange brauchen: Erosionserscheinungen draußen (»Ich bin schwul und das ist gut so!«) scheint es unter Haftbedingungen nicht zu geben. Der Grund liegt darin, dass Menschen, denen die Freiheit entzogen worden ist, das, was ihnen noch geblieben ist – ihre (sexuelle) Identität – als Überlebensmittel benötigen; es gibt keine Verhaltensalternativen – und es gibt kein Entkommen.

Literatur

Bammann, K. & Rademacher, M. (2009). Sexualität in Haft und sexuell übertragbare Krankheiten. In K. Keppler & H. Stöver (Hrsg.), *Gefängnismedizin. Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen* (S. 188–192). Stuttgart: Thieme.

Bayrische Staatszeitung vom 29.08. (2014). Sex unter Gefangenen? Doch nicht in Bayern.
Beier, K. M., Hartmann, U. & Bosinski, H. A. G. (2000). Bedarfsanalyse zur sexualmedizinischen Versorgung. *Sexuologie, 7*(2–3), 63–95.
Beutel, M. E., Stöbel-Richter, Y., Daig, I. et al. (2008). Sexuelles Verlangen und sexuelle Aktivität von Männern und Frauen über die Lebensspanne – Ergebnisse einer repräsentativen Deutschen Bevölkerungsumfrage. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie, 5*(4), 203–211.
Bieneck, S. & Pfeiffer, C. (2012). Viktimisierungserfahrungen im Justizvollzug. Forschungsbericht Nr. 119. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e. V. (KFN) Lützerodestraße 9, 30161 Hannover. http://kfn.de/versions/kfn/assets/fob119.pdf (30.01.2015).
Eberbach, W. H. (1988). AIDS im Strafvollzug. In B. Schünemann & G. Pfeiffer (Hrsg.), *Die Rechtsprobleme von AIDS* (S. 249–270). Baden-Baden: Nomos.
Goffman, E. (1973). *Asyle*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
Jüttner, J. (2008). Foltermord von Siegburg. »Hermann war mehr wert als 15 Jahre Knast«. *Spiegel Online*, 12. August 2008. http://www.spiegel.de/panorama/justiz/foltermord-von-siegburg-hermann-war-mehr-wert-als-15-jahre-knast-a-571387-druck.html (30.01.2015).
Knapp, R. (1996). *AIDS im Strafvollzug. Zur Situation HIV-infizierter und AIDS-kranker Strafgefangener unter besonderer Berücksichtigung der Problematik intramuralen Drogenkonsums. Ergebnisse einer empirischen Erhebung und rechtliche Konsequenzen*. Bonn (unveröff. Diss.).
Linden, A. (2008). Justizvollzugsanstalt Werl: Zu Gast im Superknast, 30. September 2008. http://www.spiegel.de/panorama/justiz/justizvollzugsanstalt-werl-zu-gast-im-superknast-a-580743-druck.html (30.01.2015).
Müller, W. H. (1997). Identitätsstärkung von Menschen ohne eindeutige sexuelle Orientierung: HIV-Prävention für Männer, die gelegentlich mit Männern Sex haben. In H. Jäger (Hrsg.), AIDS – Neue Perspektiven, therapeutische Erwartungen, die Realität 1997. Landsberg/L.: Ecomed, S. 356–358.
Oberlandesgericht Koblenz (1997). Aushändigung von Kondomen an Strafgefangenen. *NStZ = Neue Zeitschrift für Strafrecht,* 7, 360.
Pontifex, M. (o. J.). Tabu: Sexualität im Knast. Ist Sexualentzug zwangsläufiges Übel oder gewollte Doktrin? http://www.ulmerecho.de/themen/Sozialkontakte/Tabu.htm (30.01.2015).
RKI (2014). Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland. Berlin: Robert Koch-Institut. http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/maennergesundheit.pdf?__blob=publicationFile (30.01.2015).
Schäfer, G. A., Englert, H. S., Ahlers, C. J. et al. (2004). Erektionsstörung und Lebensqualität – Erste Ergebnisse der Berliner Männer-Studie. *Sexuologie, 10*(2–3), 50–60.
Schünemann, B. & Pfeiffer, G. (Hrsg.). (1988). *Die Rechtsprobleme von AIDS*. Baden-Baden: Nomos.
Sigel, W. (1989). Aids im Strafvollzug. *ZfStrVo = Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe,* 38, 156–164.
Siemer, M. (1998). Ein Modell zum safer-sex-Training für Männer im Strafvollzug. In J. Jacob & H. Stöver (Hrsg.), *Minimierung gesundheitlicher Risiken bei Drogenkonsum unter Haftbedingungen. Ein methodisch-didaktisches Arbeitsbuch für die Praxis im Strafvollzug*. Oldenburg: bis-Verlag.
Spiegel Online (2008). Gewaltorgie in Gefängnis: Schläge, Folter, Vergewaltigung. http://www.spiegel.de/panorama/justiz/gewaltorgie-in-gefaengnis-schlaege-folter-vergewaltigung-a-542552.html (30.01.2015).
UNODC, ILO, UNDP, WHO & UNAIDS (2013). HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions. http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV_comprehensive_package_prison_2013_eBook.pdf (30.01.2015).

Wiessner, P. & Štukelj, M. (2006). AG 5: »Sexualität in Haft«. In akzept e.V.; Deutsche AIDS-Hilfe e.V. & Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschland e.V. (Hrsg.), *Zweite Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft*. Dokumentation Wien, April 2006, S. 103–110. http://www.aidshilfe.de/download_file/1521 (30.01.2015).

Liebesbedürfnis und Sexualität in Haft[1]

Torsten Klemm

Dieser Beitrag versucht, die Spielräume sexuellen Handelns und Erlebens im Gefängnis auszuloten. Zunächst werden Differenzen zwischen der Alltagskultur innerhalb und außerhalb der Gefängnismauern beschrieben. Die Beschreibung verbreiteter Formen, in denen Gefängnisinsassen sexuelle Verhaltensweisen (ersatzweise) realisieren, beinhaltet der zweite Teil des Beitrags. Der dritte Teil berichtet von den Ergebnissen einer empirischen Befragung, die der Verfasser mit seinen Mitarbeitern bei Sexualstraftätern durchgeführt hat.

Bemerkungen zur Quellenlage

In welchen Formen Gefängnisinsassen Sexualität ausleben und in welchem Ausmaß Gefangene Opfer sexueller Gewalt werden, entzieht sich weitgehend der sozialwissenschaftlichen Forschung. Die amtliche Statistik schweigt dazu. Das UN-Menschenrechtskomitee fragt zwar offizielle Stellen zur Häufigkeit von Folter in Gefängnissen ab, überprüft die tatsächlichen Verhältnisse jedoch nicht in Form unabhängiger Besuche vor Ort (Mariner, 2001, 7.1).

Repräsentative Daten zur Verbreitung aller vorkommenden sexuellen Kommunikationsformen und Praktiken im Gefängnis sind nur schwer zu ermitteln. In dieser Hinsicht ist eines der am meisten überwachten Lebensmilieus paradoxerweise zugleich das am wenigsten zugängliche Dunkelfeld. Die Bereitschaft, sich an empirischen Befragungen zu beteiligen, wächst bei spezifischen Fragestellungen,

1 Der vorliegende Beitrag ist eine gekürzte Fassung der Monografie *Liebesbedürfnis und Sexualität im Gefängnis* (2015).

beispielsweise zum Grad der Viktimisierung in der Haft. Überblicksdarstellungen zum empirischen Forschungsstand bzw. den Forschungsdefiziten finden sich in den Beiträgen von Nicola Döring (2006) und Kai Bammann (2008). Hervorzuheben sind der Bericht von Human Rights Watch, der auf der Auswertung von über 200 Mitteilungen über Vergewaltigungen in US-amerikanischen Gefängnissen beruht (Mariner, 2001), und die repräsentative Prävalenzstudie des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen zu Viktimisierungserfahrungen im Justizvollzug (Bieneck & Pfeiffer, 2012). Angemerkt sei, dass sich US-amerikanische Befunde aufgrund der Unterschiede im Rechtssystem sowie der unterschiedlichen ethnografischen Zusammensetzung der Gefängnispopulation nicht ohne weiteres auf Deutschland übertragen lassen.

Im deutschsprachigen Raum wurde die Problematik der Sexualität im Strafvollzug in einigen Publikationen eher qualitativ unter rechtlichen und psychologischen Gesichtspunkten erörtert. Zu erwähnen ist das Buch von Gerhild Heuer (1978, S. 158f.), die sich im Schwung der Strafrechtsreform von 1977 für eine gewisse Liberalisierung der Möglichkeiten für die Beziehungsgestaltung im Vollzug aussprach, insbesondere die gemeinsame Unterbringung von männlichen und weiblichen Gefangenen und großzügigere Besuchsregelungen sowie Urlaubsgewährung fordert. Heuer stützt sich dabei auf eine empirische Expertenbefragung, an der 21 »Sonderdienste« (Sozialarbeiter, Psychologen, Pfarrer, Juristen) teilgenommen haben. Der empirische Ansatz dieser Befragung hat 30 Jahre später in der Diplomarbeit von Katrin Pendelmeyr (2009) eine Fortsetzung gefunden. Pendelmayr wandte den von Heuer entwickelten Fragebogen nochmals an, um 21 Vertreter der österreichischen Fachdienste zum Thema Sexualität zu befragen. Die Zeitschrift »Forum Strafvollzug« widmete im Jahr 2008 eine gesamte Ausgabe dem Themenschwerpunkt »Liebe, Freundschaft, Sexualität« im Gefängnis.

Im Laboratorium: Sexuelle Verhaltensweisen im Gefängnis

Gefangene als psychosexuelle Wesen: Grundrechte und Hypothesen

Solange der professionelle Blick auf eindimensionale Facetten der Persönlichkeit, beispielsweise die ihr zugeschriebene Rückfallwahrscheinlichkeit, eingeschränkt bleibt, erscheinen sexuelle Bedürfnisse von Gefängnisinsassen eher als Störfaktor, die den reibungslosen Betrieb der Verwahranstalt stören. Sozialarbeiter und Therapeuten als Vertreter einer Menschenrechtsprofession interessieren sich jedoch für alles, was in und um die Person herum geschieht: für ihre sozialen Beziehun-

gen, die Strukturen des Umfelds, Institutionen und kulturellen Traditionen. Sie fokussieren die Ganzheitlichkeit des Menschen (vgl. Ward, 2004a).

Auf dem Wiener »Kongreß der Weltliga für Sexualreform« erwähnte Rudolf Goldscheid 1930 erstmals explizit auch »die sexuellen Grundrechte der Strafgefangenen«. Nach dem frühen Tod dieses Autors veröffentlichte Magnus Hirschfeld (1933, zit. nach Haeberle, 1985, S. 571f.) diese Forderungen als »Magna Charta der sexuellen Menschenrechte«, wenige Wochen vor der Zerstörung des Instituts durch Nationalsozialisten. Erst 1999 verabschiedete die Generalversammlung der »World Association for Sexuology« (WAS) in Hongkong die »Erklärung der sexuellen Menschenrechte«. Es kann in deutschen Gefängnissen nicht vorausgesetzt werden, dass die hier aufgeführten sexuellen Menschenrechte bereits verwirklicht wären. Beispielsweise wird der Ausdruck sexueller Lust beim Mangel an Privatsphäre, die das Leben im Gefängnis charakterisiert, rasch negativ bewertet, als krank oder pervers betrachtet. Bestimmte Gruppen innerhalb der Gefängnispopulation (z. B. junge oder homosexuelle Gefangene) erleiden häufig Diskriminierung, Verhütungsmittel sind oft nur schwer zugänglich etc.

Wenn im Folgenden von sexuellen Verhaltensweisen im Strafvollzug die Rede ist, kann nicht davon ausgegangen werden, dass es sich hier um Vorlieben des Einzelnen handelt, die er auslebt. Erwin Haeberles Einstufung des Gefängnisses als Ort sexueller Fremdbestimmung und Frustration fasst die Annahmen zusammen, die dem außenstehenden Beobachter unweigerlich plausibel erscheinen:

> »Insassen von Gefängnissen haben in der Regel keine Möglichkeiten für heterosexuelle Aktivität. In der Öffentlichkeit ist man zum Teil der Auffassung, dies sei Bestandteil der Strafe. Bis heute hat man sich daher in der Bundesrepublik Deutschland wie in den meisten anderen Staaten zu einschneidenden Reformen noch nicht durchringen können, obwohl viele Reformvorschläge und Reformbeispiele (in Skandinavien) eine Änderung des Strafvollzugs gerade auch hinsichtlich größerer sexueller Freiräume in den Strafanstalten nahegelegt haben. Daher ist das einzige in Anstalten übliche Sexualverhalten die Masturbation und der homosexuelle Geschlechtsverkehr. Dies gilt für Frauen wie für Männer« (Haeberle, 1985, S. 503).

Die menschlichen Bedürfnisse nach Kontakt, Beziehung, Partnerschaft, Intimität, Zärtlichkeit und Sexualität lassen sich nicht auf Knopfdruck »ausschalten«. Dabei ist zu vermuten, dass die Einsperrung auf engem Raum das Bedürfnis nach Sexualität verändert. In der Literatur wird diskutiert, inwieweit der »Triebstau« und die »Sexualnot« in den Gefängnissen die Aggressivität während der Haft

und die Rückfallgefahr nach der Entlassung steigern (Plättner, 1929, S. 11ff.; Heuer, 1978, S. 44, 51, 158).

> »Der teilweise jahrelange Entzug von Körperkontakt belastet bestehende Paarbeziehungen stark; die Angehörigen werden sozusagen mitbestraft. Eine Verschlechterung oder ein Abbruch der Paarbindung während der Haft reduziert die Wiedereingliederungschancen der Gefangenen nach der Entlassung. Sexuelle Deprivation geht innerhalb wie außerhalb des Gefängnisses mit Frustration und emotionaler Einsamkeit einher. Diese belastende Situation wird je nach individuellem Bewältigungsstil unterschiedlich verarbeitet, wobei destruktive Reaktionsweisen wie Alkohol- und Drogenmissbrauch, Depression, Suizidalität, Flucht in Fantasiewelten, aber auch Wut und Aggression auftreten können (vgl. Elbing 1991) – Faktoren, die die Sicherheit im Gefängnis negativ beeinflussen und zudem eine positive psychosoziale Entwicklung des Gefangenen kaum befördern dürften« (Döring, 2006, S. 320).

Zu den Folgen unfreiwilliger sexueller Enthaltsamkeit im Gefängnis gehören neben Aggressionsstau und Gewaltausbrüchen die Entwicklung haftbedingter Homosexualität, das Ausweichen in Ersatzbefriedigungen (insbesondere Sport) und Masturbation, psychosexuelle Regression und Verlust sozialer Kompetenzen sowie das Erlernen von Hilflosigkeit.

Im Folgenden soll untersucht werden, inwiefern neuere empirische Befunde diese Hypothesen stützen bzw. widerlegen und welche Spielräume für sexuelles Verhalten von Gefangenen außerdem genutzt werden.

Beziehungen zwischen Gefangenen und Gefängnispersonal

In den Grauzonen der totalen, überwachten Institution suchen sich Gefangene Ausweichmöglichkeiten. Dienstrecht, Hausordnung und Berufsethos verbieten sexuelle Beziehungen zwischen Anstaltsmitarbeitern und Insassen. Geschichten über erotische Abenteuer zwischen Gefangenen und Sozialarbeiterin oder Psychologin, Krankenschwester oder Vollzugsbeamtin kursieren in jedem Gefängnis und gehören zum Narrativ der Anstalt. In einem der von mir betreuten Fälle führte beispielsweise die Schuldnerberaterin in einem Maßregelvollzug etwa zwei Jahre lang eine sexuelle Beziehung mit einem wegen Kindesmissbrauch festgehaltenen Patienten, der sich bereits in einer hohen Lockerungsstufe befand und häufig am Wochenende von der Unterbringung in der Klinik beurlaubt wurde. Als die Beziehung öffentlich wurde, wurde dem Patienten die Lockerung widerrufen

und der Schuldnerberaterin ein dienstrechtliches Disziplinarverfahren eröffnet. Die Anstaltslogik hatte die Oberhand gewonnen. Verstöße gegen die Hausordnung zählen mitunter mehr als allgemeine Menschenrechte; die Wahrnehmung fixiert sich auf (vermeintliche) zu behandelnde Defizite. Erst das Entlassungsgutachten, mit dem ein prominenter Psychiater beauftragt wurde, bewertete die Beziehung als ein gewichtiges Anzeichen für das Nichtvorliegen einer pädophilen Hauptströmung beim Patienten und empfahl dessen Entlassung.

Auch wenn Beziehungen zwischen Gefangenen und Personal einvernehmlich eingegangen werden, ist die Grundlage dieser Freiwilligkeit als brüchig zu betrachten, solange ein unmittelbares Abhängigkeitsverhältnis besteht. Tatsächlich erlangt der Gefangene, solange die sexuelle Beziehung geheimgehalten wird, die Möglichkeit, den betreffenden Mitarbeiter des Gefängnispersonals zu erpressen und zur Gewährung von Privilegien zu bewegen. Die regelmäßige Fürsorge durch den Vollzugsdienst kann von den Gefangenen als väterlich (streng) oder sogar partnerschaftlich (interessiert, einfühlsam) empfunden werden und eine neue Erfahrung in der zeitlich oft kurzen, aber an Enttäuschungen reichen Biografie des Gefangenen darstellen. Beziehungswünsche gehören in diesem Kontext zu den Risiken und Nebenwirkungen der Sozialtherapie.

> »Berichte über sexuelle Kontakte zwischen Wärtern und inhaftierten Frauen in der JVA Chemnitz sind nicht neu. Bereits im März wurden Ermittlungsverfahren gegen drei Mitarbeiter eingeleitet, wie Oberstaatsanwältin Ingrid Burghart bestätigte. In einem Fall seien sie eingestellt worden, weil kein Missbrauch nachgewiesen werden konnte; in einem zweiten Fall gegen eine Geldbuße. Das dritte Verfahren laufe noch. Generell sei Geschlechtsverkehr zwischen Insassen und Mitarbeitern verboten, weil die Beschäftigten ihre Stellung zu den ihnen anvertrauten Menschen nicht missbrauchen dürften. Ob ein solcher Missbrauch tatsächlich vorliege, sei aber im Einzelfall zu prüfen, erläuterte Burghart« (dpa, 2013).

Tatsächlich konnte in einer US-Studie beobachtet werden, dass inhaftierte Frauen einem höheren Missbrauchsrisiko durch Bedienstete ausgesetzt sind als inhaftierte Männer (Struckman-Johnson, 2002).

Ausweichendes Sexualverhalten und Ersatzbetätigungen

Zahlreiche Gefängnisinsassen finden andere Wege, der Reduktion der Lebensvollzüge um heterosexuelle Beziehungen zu begegnen. Döring (2006, S. 320)

berichtet von medial vermittelter Partizipation, die es Gefangenen mittels Zeitschriftenbezug und Briefverkehr zumindest teilweise ermögliche, der sexuellen Deprivation entgegenzuwirken. Erst seit Kurzem im Blick der Sozialwissenschaftler sind Gefangene, die sexuelle Bedürfnisse leugnen. Im therapeutischen Gespräch berichteten Inhaftierte zudem von (Ersatz?-)Befriedigungen vor allem im (Kraft-)Sport (vgl. Heuer, 1978; Pendelmayr, 2009, S. 8.2, Tab. 23–24). Die Frage, ob es sich hier um eine erzwungene rationale Abkehr von sexuellen Interessen handelt oder vielmehr um eine frei gewählte, bewusste und persönlich favorisierte asexuelle Orientierung ist im Kontext des Gefängnisses heikel. Zu fragen wäre, ob die Betroffenen ohne den äußeren Zwang und die körperliche Einschränkung ebenfalls zur Asexualität gefunden hätten.

Masturbation

Im Gefängnis hat, scheint es, die Selbstbefriedigung Hochkonjunktur. Empirische Zahlen zur Solosexualität fehlen weitgehend (vgl. Döring, 2006, S. 320). Grigun (1970, S. 169) befragte 50 inhaftierte Jugendliche am Entlassungstag über ihr Sexualleben während der Haft. 16% der Befragten räumten ein, dass sie sich schämten, über dieses Thema zu sprechen. Immerhin 88% berichteten davon, sich während der Haft selbst befriedigt zu haben. Die meisten davon onanierten etwa zweimal in der Woche (ebd., S. 170). Nach ebenfalls nichtrepräsentativen Befragungen von Gerhild Heuer (1978, S. 50, 85) erscheint die Selbstbefriedigung »als die am häufigsten gewählte Form sexueller Ersatzhandlung während der Haft«.

Dabei stellt es sich für diejenigen, die nicht in einem Einzelhaftraum untergebracht sind, durchaus als schwierig heraus, geeignete Momente für die Selbstbefriedigung zu finden (vgl. Döring, 2006, S. 319f.). Das Bedürfnis nach Privatheit und die Angst, sich lächerlich zu machen, lassen dann lieber darauf verzichten.

Es bleibt die Frage, was sich während der Masturbation in den Fantasien abspielt, im begleitenden »Kopfkino«, ob es sich um verbotene Praktiken handelt, die imaginiert werden, z. B. Geschlechtsverkehr mit kleinen Kindern, oder nur Grenzwertiges wie Fesselungs- und Züchtigungsspiele, um kommerzielle Masturbationsvorlagen oder um die Fokussierung auf das eigene körperliche Empfinden.

Von Gutachtern wurde immer wieder kontrovers diskutiert, dass die Fantasietätigkeit doch nicht strafbar und es demnach ein legitimes Ausweichverhalten von Pädophilen sei, sich nur in der Fantasie an Kindern zu vergreifen, solange keine

realen Übergriffe geschehen. Rückfallstatistiker sind dagegen zu der Erkenntnis gelangt, dass wiederkehrende deviante Fantasien häufig reale Übergriffshandlungen vorbereiten (Rehder, 1995; Beier, 1997; Hanson & Bussiere, 1998; Kraus et al., 1999; Briken et al., 1999). Sadistische Masturbationsfantasien gelten als rückfallprognostischer Hinweis (Schorsch et al., 1996, S. 32; Ward & Siegert, 2002; Fiedler, 2004, S. 382; Kröber, 2006, S. 150ff.; Klein et al., 2012).

Haftbedingte Homosexualität und Prostitution

Eine durchaus vorhandene, aber in den Fantasien externer Beobachter überschätzte Anzahl von Männern weicht im Gefängnis in homosexuelle Beziehungen aus. In der Umfrage von Grigun (1970, S. 170) hielten es 42% der befragten Jugendlichen (N=50) für möglich, in der Haft zu homosexuellen Handlungen verführt zu werden. Nur 14% gaben zu, gleichgeschlechtliche Sexualkontakte während ihrer Haft erlebt zu haben. Teilweise werden sie einvernehmlich eingegangen, teilweise erzwungen. Die Unterscheidung ist oft nicht leicht zu treffen (vgl. Mariner, 2001, S. 5.1; Heuer, 1978, S. 28), da die sozialen Zwangsmomente von den Mitgefangenen durchaus subtil eingesetzt werden. So konnte Eigenberg (2000, S. 420) in US-Gefängnissen feststellen, dass zum einen Wucherzinsen von den vermeintlichen Gläubigern in die Erwartung überführt werden, die Schuld in Form sexueller Dienstleistungen auszugleichen. Zum anderen stellen sich insbesondere junge und körperlich oder intellektuell unterlegene Gefangene unter den »Schutz« von Mitgefangenen, die vorgeben sie vor sexuellem Missbrauch in der Anstalt zu bewahren. Nach einiger Zeit aber würden die Beschützer drohen, den Schützling freizugeben, wenn er nicht bereit sei, den »Beschützer« sexuell zu befriedigen (ebd.). In diesem Kontext ist der Befund einer repräsentativen deutschen Studie (Bieneck & Pfeiffer, 2012, S. 21f.) bemerkenswert, nach dem Inhaftierte in der Anstalt viel häufiger Schutz bei Mitgefangenen als bei Bediensteten suchen. Hierin offenbart sich die Gefährlichkeit mafiotischer »Schutzdienste« in der Gefangenen-Subkultur. Sexualisierte Gewalt wird aus Angst oder Scham häufig verschwiegen, sodass von einer hohen Dunkelziffer auszugehen ist (Mariner, 2001, 7.3) In Männergefängnissen ist sie dabei häufiger anzutreffen als im Frauenvollzug (Hensley et al., 2003). Eigenberg (2000, S. 429) berichtet von einer Erhebung, nach der Bedienstete eines US-Gefängnisses einschätzten, dass sich etwa 23% der Gefangenen während der Haft prostituieren.

In der Literatur (z. B. Fleisher, 2006; Hensley et al., 2002; Heuer, 1978, S. 85) wird haftbedingte Homosexualität (»situational homosexuality«, Deprivations-

modell) von latent bereits vor der Haft vorhandener und sozusagen ins Gefängnis mitgebrachter Homosexualität (Importationsmodell) unterschieden. Während haftbedingte Homosexualität häufig als Verunsicherung und Bedrohung der gewohnten heterosexuellen Geschlechtsidentität erlebt wird (Döring, 2006, S. 321), kann importierte Homosexualität im Sinne eines positiven Entwicklungsmodells verstanden werden (Severance, 2005). Längsschnittstudien zu derartigen Verläufen im Gefängnis fehlen meines Wissens. Sie sind äußerst schwierig durchzuführen und zahlreichen Verfälschungsgefahren ausgesetzt.

Klaus Beier (2011; vgl. Beier & Loewitt, 2011, S. 46) geht von der These aus, sowohl die sexuelle Präferenz also auch die sexuelle Orientierung werde in der Pubertät geprägt und sei dann lebenslang unveränderlich. Zumindest, was die sexuelle Orientierung betrifft, darf das Beiersche Unveränderlichkeits-Postulat in Zweifel gezogen werden. In Einzelfällen konnte ich beobachten, dass »Umpolungen« auch nach der Haftentlassung erhalten blieben. Empirische Befragungen dazu fehlen und würden vermutlich auf eine erhebliche Schamschwelle stoßen. Erwähnenswert sind die biografischen Fallstudien, die Anke Neuber (2009; vgl. Bereswill 2007) bei hafterfahrenen jungen Männern durchgeführt hat. Bei aller Vielfalt der Eigendefinition von Männlichkeit stimmten sie in dem Bestreben überein, während der Haft nicht in der als feminin abgewerteten Opferrolle wahrgenommen zu werden. Männlichkeitsgebärden würden demzufolge vor der eigenen Verletzlichkeit schützen. »Die zwanghafte Handlung ist Ausdruck von Abhängigkeit. Hier wird deutlich, dass Gewalthandeln weniger Ausdruck von Autonomiezuwachs, sondern mehr Ausdruck schmerzhafter Autonomiekonflikte ist« (ebd.).

Für manche Gefangenen ist der Kontakt zu Männern auf der Zelle im Lebensverlauf überhaupt die erste sexuelle Erfahrung (eine Falldarstellung, »Karl-Heinz«, ist bei Gerhild Heuer [1978, S. 52ff.] zu finden). Daraus erwachsen manchmal längerfristige positive Bindungen, die zum einen erleichtern, die Haft unbeschadet zu überstehen, zum anderen Hoffnung und Perspektive für die Zeit nach der Entlassung vermitteln.

Sexuelle Übergriffe und Vergewaltigungen

In der Prävalenzstudie von Bieneck & Pfeiffer (2012, S. 11) berichteten 4,5% der befragten Männer, 3,6% der Frauen und 7,1% der Jugendlichen, in den letzten vier Wochen Opfer sexueller Gewalt im Gefängnis geworden zu sein (N= 6.384). Im Vergleich zur Häufigkeit, im Gefängnis körperlicher Gewalt zum Opfer zu

fallen – von den Erwachsenen berichteten dies ca. 25%, von den Jugendlichen 49%, also fast jeder Zweite(!), innerhalb der letzten vier Wochen – scheinen sexuelle Übergriffe im Gefängnis nur selten stattzufinden. Die statistische Häufigkeit sagt jedoch nichts über die Schwere der Vorkommnisse. Weiterhin ist davon auszugehen, dass bei einem größeren Bezugszeitraum oder Betrachtung der gesamten Haftzeit deutlich mehr Gefangene von sexuellen Übergriffen berichten würden. Nach Studien in den USA wurde beinahe jeder fünfte Insasse im Gefängnis vergewaltigt. Opfer dieser Übergriffe sind vor allem Weiße, die im Gefängnis eine Minderheit im Vergleich zu Afro- und Hispanoamerikanern bilden (Mariner, 2001, S. 4.4; Peeks, 2003, S. 1223; Gaes & Goldberg, 2004, S. 55ff.).

Der Aussagewert der repräsentativ angelegten Studie zu Viktimisierungserfahrungen in deutschen Gefängnissen, die Bieneck & Pfeiffer (2012) vorgelegt haben, wird dadurch gemindert, dass die Daten allein auf die Selbstauskunft der Befragten zurückgehen. Unberücksichtigt bleiben sowohl die Fälle, von denen die Betroffenen aus Scham oder Angst schweigen (die tatsächlich nur sehr schwer zu ermitteln sind, vgl. Laubenthal, 2011, S. 113), als auch die Extremfälle, bei denen die Folge des Übergriffs im Tod oder Suizid des Opfers bestand. Es handelt sich hier statistisch gesehen um seltene Ereignisse. Für die Betrachtung der sozialen Dynamik, die Sexualität im Gefängnis entwickeln kann, sind sie jedoch von besonderer Bedeutung. Der Mord in der Jugendstrafanstalt Siegburg erregte ein breites Medienecho, die deutsche soziologische Forschung beschäftigt sich dagegen mit Extremsituationen dieser Art kaum. Im Bericht von Human Rights Watch zu Vergewaltigungen in amerikanischen Männergefängnissen kommen sexuelle Übergriffe mit Todesfolge immerhin zur Sprache (Mariner, 2001, 5.2).

In Zeiten der Überbelegung von Gefängnissen erweisen sich insbesondere mehrfach belegte Zellen als häufiger Tatort (Mariner, 2001, 5.2). Während die Bediensteten durchaus darauf achten, Gefangene, die persönlich verfeindet sind, nicht zusammen zu legen, spielen deutliche Unterschiede in der körperlichen Stärke zwischen Bewohnern eines Haftraumes kaum eine Rolle. Diese Unterschiede begünstigen aber sexuelle Missbrauchshandlungen der Gefangenen untereinander. »Unsurprisingly, a large number of inmates report having been raped by their cellmates« (ebd.). Bieneck & Pfeiffer (2012, S. 15) führen dagegen auch den Stations- sowie den Arbeitsbereich als häufige Orte gewalttätiger Übergriffe im Gefängnis auf.

Besonders gefährdet, Vergewaltigungsopfer im Gefängnis zu werden, sind sehr junge Inhaftierte sowie Sexualstraftäter (Mariner, 2001, 4.1, 4.5). Für die Übergriffe schließen sich die vermeintlich Stärkeren häufig zu Gruppen zusam-

men (vgl. Bieneck & Pfeiffer, 2012, S. 16). Widerstand wird mit brutaler Gewalt geahndet. Die Gruppendynamik schränkt in solchen Fällen nicht selten die Wahrnehmung der Täter ein. Fühlen sie sich nicht von außen gestört und gehindert, kann das Opfer in Lebensgefahr geraten.

> »Within a week of entering the prison in August 1994, Payne was attacked by a group of some twenty inmates. The inmates demanded sex and money, but Payne refused. He was beaten for almost two hours; guards later said they had not noticed anything until they found his bloody body in the dayroom. He died of head injuries a few days later« (Mariner, 2001, 5.2).

Nicht nur die Vergewaltigung von Mitgefangenen gehört zu den Auswüchsen sexueller Deprivation, sondern auch die Geiselnahme und Vergewaltigung weiblicher Angestellten, einer Sozialarbeiterin, Psychologin, gar der Anstaltsleiterin (Preusker, 2013; Rückert, 2014).

Legale Öffnungen des Gefängnisses in die »Normalität«

Die räumliche Isolation des Gefangenen und die Reduktion der alltäglichen Lebensvollzüge durch den Strafvollzug erschweren heterosexuelle Beziehungen nicht nur, sondern machen sie in den meisten Fällen unmöglich. Harald Preusker folgerte bereits 1989 auf Grundlage einer Befragung von 100 langstrafigen Insassen der JVA Bruchsal, dass die übliche Besuchsregelung nicht ausreiche, um während der Haft die Beziehungen zum familiären und sozialen Umfeld lebendig zu erhalten (vgl. Götte, 2000). Er forderte die Einführung einer familienfreundlichen Gestaltung der Besuchskontakte: Verzicht auf Überwachung, Anpassung von Häufigkeit und Dauer an die individuellen Bedürfnisse der Familie, kinderfreundliche Raumgestaltung, Einbeziehung der Angehörigen in die Vollzugsplanung.

Preusker (2008, S. 255) beziffert insgesamt nur 30 von 230 deutschen Justizvollzugsanstalten, in denen Langzeitbesuch gewährt werde. In Schweden, Spanien, Brasilien, Kanada, einigen Staaten der USA sowie in osteuropäischen Ländern gibt es den Langzeitbesuch in Gefängnissen bereits seit längerem. So wurde in einer internationalen Studie in Schweden 45%, in Litauen 58%, in Lettland 62% und in Estland 85% der männlichen Gefangenen Langzeitbesuch mit Übernachtung der Partnerin gestattet (Dünkel, 2007, S. 116f.). In Österreich wurde der Langzeitbesuch 2006 mit §93 Abs 2 bundeseinheitlich ins Strafvoll-

zugsgesetz aufgenommen (die tatsächliche Anwendung der Regelung variiert jedoch von Anstalt zu Anstalt stark). Russland gewährt Inhaftierten Langzeitbesuche von bis zu drei Tagen, in Ausnahmefällen bis zu fünf Tagen, während derer die Angehörigen in komplett eingerichteten Besuchszimmern außerhalb der Anstalt mit dem Gefangenen zusammen leben können (Riekhof, 2008, S. 260). Sicherlich spielen die großen Entfernungen zwischen Wohnort der Angehörigen und Strafkolonie in Russland eine Rolle, die eine lohnenswerte Dauer des Besuchs geradezu erfordern. Die Gesetzgeber in Großbritannien und Frankreich lehnen den Langzeitbesuch dagegen bislang grundsätzlich ab. Dabei orientiert der Kommentar zu den Europäischen Strafvollzugsgrundsätzen auf eine Dauer von 72 Stunden für den Langzeitbesuch mit der Begründung: »Kürzere Ehegattenbesuche können für beide Partner erniedrigend sein« (Europarat, 2006, S. 53f.).

In Deutschland ist die Zuständigkeit für den Strafvollzug mit der Föderalismusreform auf die einzelnen Bundesländer übergegangen. Dies hätte als Chance aufgegriffen werden können, die Einrichtung von Langzeitbesuchen in den neu formulierten Strafvollzugsgesetzen der Länder als Anspruch für geeignete Gefangene und deren Besucher einklagbar zu integrieren. Neben der Resozialisation als Vollzugsziel berufen sich Ministerien und Landesgesetze zwar auf den besonderen Status von Ehe und Familie (z. B. SächsStVollzG §26 Abs 2), der Langzeitbesuch wird jedoch lediglich erwähnt und nicht verbindlich geregelt. Nach Analyse und Widerlegung einer Reihe von Scheinargumenten gegen den Langzeitbesuch (gesundheitliche Risiken, ungewollte Schwangerschaften, Sicherheitsbedenken, »Sexualneid« der Mitgefangenen, Personalmangel) gelangt Preusker (2008) zu dem Schluss, *»dass dahinter die Vorstellung steht, dass zur Freiheitsstrafe auch untrennbar der Entzug eines normalen Sexuallebens gehöre«*.

Indem der Anspruch auf Langzeitbesuch rechtlich unbestimmt bleibt, wird seine Realisierung bei fehlendem Durchsetzungswillen der Anstaltsleiter nicht nur im Einzelfall erschwert, sondern pauschal für alle Gefangenen der betreffenden JVA verhindert.

> »Eine besondere Beachtung durch den Vollzug müssen in diesem Zusammenhang Kontakte erfahren, welche erst während der Haftzeit entstehen. Es gilt hier, Kontakte zu verhindern, die lediglich dem Zweck [dienen], intime Treffen, im Extremfall gewerbsmäßig, zu inszenieren« (Holexa, 2008, S. 258).

Preusker (2008, S. 255) konturiert diesen Umstand schärfer, indem er feststellt, Langzeitbesuch werde »überwiegend als Belohnung für Wohlverhalten

gewährt«. Zugespitzt lässt sich sagen, dass auch ein überaus angepasster Gefangener, der sich äußerlich an alle Spielregeln der Institution hält, gefährlich sein kann. So brachte 2010 ein 50-jähriger Gefangener, der wegen Kindesmord verurteilt war, scheinbar aus heiterem Himmel seine Freundin um, die bereits seit vier Jahren regelmäßig die Möglichkeit zum Langzeitbesuch bei ihm genutzt hatte (Die WELT, 2010). Vorfälle dieser Art, auch wenn sie äußerst selten geschehen (Preusker, 2008, S. 255), verstärken die Vorsicht und Zurückhaltung seitens der Anstalten, Langzeitbesuche zu gestatten.

Wie erleben Sexualstraftäter ihr Sexualleben in Haft?

In der Literatur wird häufig berichtet, dass bei Sexualstraftätern eine spezifische schamhafte Angst vor Sexualität in einer zumeist sexualfeindlichen oder von sexuellen Übergriffen geprägten familiären Atmosphäre anzutreffen sei (vgl. Alves, 1985). Inwieweit setzen sich das Empfinden von Scham, der soziale Rückzug und ausweichend-vermeidendes Verhalten im Gefängnis fort? Oder gibt es entgegen aller Erwartung im Gefängnis Gelegenheiten zur persönlichen Entwicklung?

Design und Teilnehmer an der Befragung

Im Rahmen von zwei Erhebungen wurden insgesamt 299 in Sachsen inhaftierte bzw. wieder entlassene Sexualstraftäter befragt. Die Mehrzahl der Befragungsteilnehmer hatten sich zur Aufnahme einer Sozialtherapie bereit erklärt bzw. waren von Gesetzes wegen dazu verpflichtet, sich einer Sozialtherapie zu unterziehen. Die Interviews fanden vor Beginn der therapeutischen Behandlung statt. 13 Inhaftierte der ersten Erhebung hatten keine Absicht, eine Therapie zu beginnen.

Erhebung 1

An der ersten Erhebung beteiligten sich 200 Sexualtäter, die mit den Verfahren »Konfliktverhalten situativ« (KV-S, Klemm, 2002) zum Erleben ihrer Alltags- und Beziehungskonflikte sowie mit dem »Multiphasic Sex Inventory« (MSI, Deegener, 1996) zu Aspekten ihrer Sexualdelinquenz interviewt wurden. 110 Sexualstraftäter aus dieser Kohorte befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung

noch in Haft. Die übrigen 90 Probanden dieser Gruppe waren bereits entlassen bzw. auf Bewährung verurteilt.

Erhebung 2

An der zweiten Erhebung nahmen insgesamt 99 Sexualstraftäter teil, von denen sich 36 aktuell noch in Haft befanden. Sie wurden mit dem Fragebogen »Konflikthafte soziale Aspekte im Sexualverhalten« (KV-SAS, Klemm, in Vorb.) befragt. Ein Teil der Probanden (N=86) beantwortete darüber hinaus das MSI. Außerdem wurden die zuständigen, externen Sozialtherapeuten mit einem parallelisierten Instrument um eine Fremdbeurteilung der Straftäter gebeten. Schließlich wurde der Fragebogen an eine Kontrollgruppe ausgereicht, an der sich 14 männliche Studierende der Sozialen Arbeit beteiligten.

Methoden

Konfliktverhalten situativ (KV-S)

Der Fragebogen »Konfliktverhalten situativ« (KV-S) untersucht die Persönlichkeitsauffälligkeiten nach ICD-10 sowie neun weitere Skalen zur Beschreibung von Beziehungsstilen im Alltag wie Schuld- und Schamkomplexe, Musterübertragung, Problemlösebereitschaft, Psychopathologie, Nervosität, Empathie, Depressivität, Somatisierung und Selbstkontrolle. Persönlichkeitsauffälligkeiten werden nicht individuell verortet, sondern als Beziehungsstörungen aufgefasst (vgl. Fiedler, 1998). Daher werden die insgesamt 17 Persönlichkeitsmerkmale in 6 verschiedenen sozialen Konfliktsituationen erfragt. Im Ergebnis zeigt der Ressourcen-Defizite-Quotient als Globalwert die Ausprägung der psychischen Balance an.

Multiphasic Sex Inventory (MSI)

Der Selbsteinschätzungs-Fragebogen »Multiphasic Sex Inventory« (MSI), der sowohl in einer Version für erwachsene als auch für jugendliche Straftäter vorliegt, umfasst 300 Fragen zur Erfassung einer Vielzahl psychosexueller Merkmale von Sexualtätern. Nach einer Untersuchung von Melanie Spöhr (2009, S. 72) gehört das MSI zu den klinischen Verfahren, die häufig in der intramuralen Sozialtherapie mit Sexualstraftätern eingesetzt werden: 65% der von ihr be-

fragten 39 sozialtherapeutischen Einrichtungen gaben an, das MSI einzusetzen (ebd.). Das MSI setzt sich aus insgesamt 20 Skalen zusammen, sechs davon sind sog. Validitätsskalen (wie z. B. soziale Erwünschtheit, Rechtfertigungstendenz, Zwanghaftes Sexualverhalten, Behandlungseinstellung, Selbsttäuschung, kognitive Verzerrungen). Die übrigen Skalen befassen sich mit Formen der sexuellen Delinquenz (Kindesmissbrauch, Vergewaltigung und Exhibitionismus), mit atypischem Sexualverhalten (Paraphilien), Sexuellen Dysfunktionen sowie Wissen und Überzeugung zur Sexualität. »Der MSI ähnelt in Form und Struktur sehr dem MMPI« (Deegener, 1996, S. 17).

Das Handbuch (ebd., S. 193ff., 216) bietet lediglich »Grobnormen« für den deutschsprachigen Raum mit völlig unzureichenden Probandenzahlen für Vergewaltiger (N=19), Sexuelle Missbraucher von Kindern (N=20). Auch der Testaufbau des MSI ist unbefriedigend: Die Fragen können lediglich dichotom mit »ja« oder »nein« beantwortet werden, was die Veränderungssensitivität bei Wiederholungsbefragungen mindert. Die Zuordnung zwischen Items und Skalen ist nicht eindeutig, einige Items werden für mehrere Skalen gezählt, was Artefakte und Scheinkorrelationen produziert. Diese unbefriedigenden formalen Eigenschaften des MSI haben zu dem Impuls beigetragen, einen neuen Selbsteinschätzungs-Fragebogen zur Sexualdelinquenz zu entwickeln: den KV-SAS.

Konflikthafte soziale Aspekte im Sexualverhalten (KV-SAS)

Der KV-SAS wurde im Herbst 2012 entwickelt und wird derzeit empirisch validiert. Hinsichtlich seiner formalen Struktur ähnelt er dem KV-S, bezieht sich inhaltlich jedoch nicht auf Alltagskonflikte, sondern auf das Sexualverhalten. Es werden mit 112 Items in 14 Skalen unter anderem sexuelle Fantasien, der mediale Einfluss, das Kommunikationsverhalten, Strategien der Kontaktaufnahme, sexuelle Vorlieben, psychische Funktionen der Sexualität sowie die Einstellung zur Sexualdelinquenz, die biografische Vorgeschichte, Traumatisierungserfahrungen und die Behandlungsmotivation erfragt. Die Items rücken – jeweils in ausbalancierter Anzahl – einerseits Ressourcen im psychosexuellen Handeln, andererseits Verhaltensdefizite in den Fokus.

Der KV-SAS kann einerseits zur Selbsteinschätzung des Probanden, andererseits in einer parallelisierten Form auch als Instrument zur Fremdeinschätzung durch Therapeuten oder Angehörige (z. B. Partner) durchgeführt werden.

Ergebnisse der ersten Erhebung

Wie schätzen inhaftierte Sexualstraftäter ihre sexuelle Devianz selbst ein?

Ob in Haft oder in Freiheit: die befragten Sexualstraftäter vermittelten in ihren Antworten im MSI einen eher asexuellen Eindruck. Die Skala »Soziale Sexual-Erwünschtheit« in Tabelle 2 zeigt an, inwieweit der Proband Sexualität als ein zum Leben gehörendes Thema betrachtet oder versucht, glaubhaft zu machen, Sexualität interessiere ihn nicht. Zumindest lagen die hier vor Beginn ihrer Therapie befragten Sexualstraftäter hinsichtlich ihrer Offenheit, sexuelle Interessen zuzugeben, unter dem »Normwert«, anhand dessen Deegener (1996, S. 56, 275) erfolgreich therapierte Sexualstraftäter bewertet (»basierend auf empirischer Forschung und klinischer Erfahrung«, ebd., S. 63).

Die höchsten Werte auf den Skalen zur Sexualdelinquenz erzielten die Befragten bei sexuellem Kindesmissbrauch, der auch als Anlassdelikt in den meisten Fällen den Grund für die Verurteilung bildete. Insofern war dieser höhere Wert zu erwarten und hängt mit der Zusammensetzung der Stichprobe zusammen. Die ambulant betreuten Täter gaben signifikant mehr Fantasien zu, die sich mit dem sexuellen Missbrauch von Kindern beschäftigten.

Hinsichtlich der Paraphilien (sexuellen Deviationen), d. h. der auf ungewöhnliche Sexualobjekte gerichteten Interessen (ohne dass damit Strafbarkeit impliziert ist) unterschieden sich die befragten Sexualtäter in Haft nicht von den bereits Entlassenen.

Die Sexualtäter in Freiheit hatten dagegen hochsignifikant stärker das Empfinden, sexuell wenig attraktiv oder unzulänglich zu sein sowie unter klassischen sexuellen Dysfunktionen wie vorzeitiger Ejakulation oder Impotenz zu leiden. Eine Hypothese zur Erklärung dieses Befundes wäre, dass die Inhaftierten seltener Gelegenheit haben, Sexualität auszuleben und daher auch seltener mit ihren körperlichen Unzulänglichkeiten konfrontiert werden. In jedem Falle ist der Befund bemerkenswert: Offenbar hat die klassische, gesundheitsbezogene Sexualanamnese durchaus ihre Berechtigung auch in der Arbeit mit Sexualstraftätern.

	Mittelwerte (Haft)	Differenz (Haft-ambulant)	»Grobnorm« (lt. Manual)
MSI Soziale Sexual-Erwünschtheit (35)	23.1	.53	28–35
MSI Sexuelle Zwanghaftigkeit (20)	3.4	-.39	3–9
MSI Kognitive Verzerrung und Unreife (20)	6.14	-.5	0–3
MSI Rechtfertigung (24)	5.55	1.09	0–1
MSI Behandlungseinstellung (8)	3.71	.7	6–8
MSI Sex. Missbrauch – Fantasien (10)	2.06	-.99**	
MSI Sex. Missbrauch – Suchverhalten (10)	2.5	-.07	
MSI Sex. Missbrauch – Übergriffe (9)	3.29	.19	
MSI Sex. Missbrauch – erschwerter sex. Angriff (6)	1.54	.12	
MSI Sex. Missbrauch – Inzest (4)	.77	.05	
MSI Missbrauch an Mädchen (3)	.96	.04	
MSI Missbrauch an Jungen (3)	.43	-.29**	
MSI Sex. Missbrauch – Gesamtwert (39)	10.17	-.32	20–30
MSI Vergewaltigung – Fantasien (8)	.95	-.06	
MSI Vergewaltigung – Herumsuchen (8)	.55	0	
MSI Vergewaltigung – Übergriffe (7)	1.04	.04	
MSI Vergewaltigung – erschwerter sex. Angriff (5)	.61	.04	
MSI Vergewaltigung – Sadomasochismus (10)	.5	-.05	
MSI Vergewaltigung – Gesamtwert (38)	3.64	.13	19–31
MSI Paraphilien – Fetischismus (9)	.63	-.09	
MSI Paraphilien – Voyeurismus (9)	.84	-.18	
MSI Paraphilien – obszöne Telefonanrufe (4)	.36	.07	
MSI Paraphilien – Fesselung und Züchtigung (6)	.82	.3	

MSI Paraphilien – Gesamtwert (38)	3.08	.07	
MSI Sex. Dysfunktionen – Unzulänglichkeit (8)	.97	-.62***	
MSI Sex. Dysfunktionen – vorzeitige Ejakulation (4)	.53	-.34**	
MSI Sex. Dysfunktionen – phys. Behinderung (8)	.63	.13	
MSI Sex. Dysfunktionen – Impotenz (12)	1.07	-.2	
MSI Sex. Dysfunktionen – Gesamtwert (32)	3.16	-.97	
MSI Wissen und Überzeugungen zur Sexualität (24)	16.63	.99*	
Spalte 1: in Klammern hinter der Skalenbeschreibung ist die maximal erreichbare Punktzahl angegeben Spalte 2: MSI-Mittelwerte von 110 inhaftierten Sexualstraftätern, Differenzen der MSI-Mittelwerte zwischen inhaftierten (N=110) und ambulant behandelten Sexualstraftätern (N=90), Signifikanzniveau: *<10%, **<5%, ***<1% Spalte 3: enthält die provisorischen Bewertungsmaßstäbe des Testhandbuchs zum MSI für erfolgreich therapierte Sexualtäter (Deegener, 1996), N=39			

Tabelle 1: MSI – Selbsteinschätzung von Merkmalen der Sexualdelinquenz.

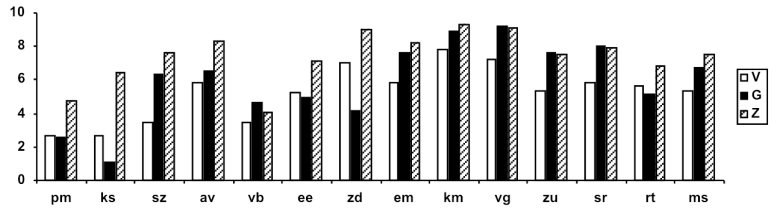
Ergebnisse der zweiten Erhebung

Wie erleben inhaftierte Sexualstraftäter ihr vergangenes, gegenwärtiges und künftiges Sexualverhalten?

Die schwarzen Säulen (G) stellen das vom Gefangenen berichtete sexuelle Erleben im Gefängnis dar. Die weißen Säulen (V) beschreiben das Erleben während der Begehung der Sexualstraftat, die schraffierten Säulen (Z) geben das imaginierte künftige Sexualerleben nach der Entlassung wieder. Die Höhe der Säule entspricht der Differenz zwischen wahrgenommenen Stärken und Schwächen, d. h. je höher die Säule, desto positiver erlebt sich der Täter in diesem Bereich (Abb. 1).

Am meisten fehlte den Tätern ihrer eigenen Einschätzung nach eine lebendige sexuelle Fantasie – sie fixierten sich lieber auf Medienkonsum – und der kommunikative Austausch über Sexualität. Während der Haft sank die berichtete Kommunikation noch deutlich unter das Ausmaß, das die Tatzeit charakteri-

sierte. Auch die sexuelle Zufriedenheit fiel im Gefängnis deutlich geringer aus als zur Tatzeit. Hinsichtlich der sexuellen Zwanghaftigkeit, der Empathie, der Ablehnung von Kindesmissbrauch, Vergewaltigung und Zuhälterei, der Freiheit von Schamgefühlen und der Behandlungsbereitschaft schnitten die Täter im Gefängnis besser ab als vor der Haft. Nur geringe Unterschiede bestanden im Annäherungsverhalten, in den sexuellen Vorlieben, der Erfüllung durch sexuelle Erlebnisse und hinsichtlich traumatischer Erinnerungen.



V – Vergangenheit, **G** – Gegenwart, **Z** – Zukunft

pm	Phantasien & medialer Einfluss: Lebendigkeit vs. Fixiertheit
ks	Kommunkation über Sexualität: Mitteilsamkeit vs. Tabuisierung
sz	Selbstkontrolle, Geduld und Lockerheit vs. Trieb- und Zwanghaftigkeit
av	Annäherungsverhalten: sozial akzeptiert vs. sexuell aggressiv
vb	Vorlieben vs. bizarre Gewohnheiten
ee	Sexuelle Erfüllung vs. Ersatzfunktionen
zd	Sexuelle Zufriedenheit vs. Dysfunktionen
em	Empathie und Respekt vs. Macht, Brutalität, Rache
km	Ablehnung von Kindesmissbrauch vs. sexuelle Übergriffe
vg	Ablehnung von Gewalt vs. Vergewaltigung
zu	Ablehnung von Zuhälterei vs. sexuelle Ausbeutung
sr	Schamgefühle vs. Rechtfertigung und kognitive Verzerrungen
rt	Resilienz vs. sexuelle Traumatisierung
ms	Veränderungsmotivation vs. Skepsis

Abbildung 1: KV-SAS: Soziale Aspekte des Sexualverhaltens von Sexualstraftätern im Gefängnis (N=36). Die Säulen stellen die Mittelwerte der Skalen des Fragebogens KV-SAS dar. Je höher die Säulen, desto mehr Ressourcen schreiben sich die Probanden in dem betreffenden Bereich zu.

Psychisch am belastendsten wurde die Tatsituation wahrgenommen. Die Haft empfanden die befragten Täter deutlich weniger defizitär. Bemerkenswert ist, dass es den Inhaftierten schwer fiel, sich hinsichtlich künftiger sexueller Beziehungen im Vergleich zur Haftsituation eine Entlastung oder Erleichterung vorzustellen.

Inhaftierte Sexualstraftäter vs. Sexualtäter in ambulanter Beratung

In einer zweistufigen Varianzanalyse wurden die Antworten der Sexualtäter, die sich in Haft befanden (N=36), den Antworten der Probanden gegenübergestellt, die bereits entlassen waren und beabsichtigten, eine ambulante Beratung außerhalb des Gefängnisses aufzusuchen (N=63).

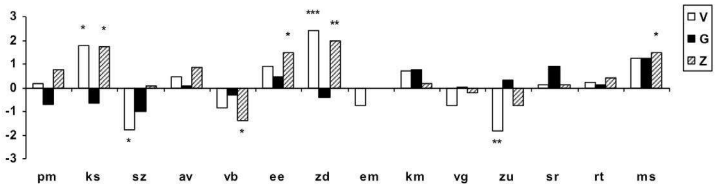


*Abbildung 2: KV-SAS-Differenzen zwischen inhaftierten (N=36) und bereits entlassenen Sexualstraftätern (N=63). Die Säulen stellen die Differenzen der Mittelwerte der Skalen des Fragebogens KV-SAS dar. Je höher die Säulen, desto mehr Ressourcen schreiben sich die in Haft befindlichen Probanden im Vergleich zu den Haftentlassenen im betreffenden Bereich zu. Signifikanzniveau: * – 10%, ** – 5%, *** – 1% (Abkürzungen: siehe Abb. 1).*

Bemerkenswert ist, dass die Inhaftierten zwar einerseits in einigen Bereichen besser abzuschneiden scheinen als die Haftentlassenen, z. B. hinsichtlich ihrer Motivation zur Aufnahme einer sozialtherapeutischen Behandlung. Andererseits gaben die Gefangenen gerade hinsichtlich ihres aktuellen Sexualerlebens in den Bereichen »Fantasie«, »Kommunikativität«, »Selbstkontrolle« und »Vorlieben« weniger Ressourcen an als die Entlassenen, d. h. sie schienen sich stärker auf mediale Vorbilder zu fixieren, kommunizierten weniger über Sexualität, agierten zwanghafter und waren aktuell unzufriedener. Die sexuelle Zufriedenheit vor der Haft wurde von den Gefangenen deutlich höher eingeschätzt als von den Entlassenen, ebenso idealisierten die Gefangenen ihre künftige Sexualität stärker als diejenigen, die bereits entlassen waren.

Insgesamt resultiert im Durchschnitt das Bild einer gewissen sexuellen Entwöhnung, die der Gefängnisaufenthalt mit sich bringt. Die erinnerte Sexualität der Vergangenheit und die erträumte Sexualität der Zukunft gewannen für die Inhaftierten an Bedeutung, während die sozialen Kompetenzen, die reales sexu-

elles Erleben erst ermöglichen, eingeschränkter erscheinen. Die Haftentlassenen erleben im Vergleich dazu stärker die alltäglichen Belastungen, die aus sexuellen Wünschen, Reizen, Versuchungen oder auch tatsächlichen Kontakten erwachsen. Dies spiegelt sich nicht zuletzt in der signifikant höheren Zahl der Verdachtsmomente auf Rückfälle noch während der laufenden Therapie oder Beratung wider.

Inhaftierte Sexualstraftäter vs. Therapeutenbild vs. Studierende

In einer dreistufigen Varianzanalyse wurden die Antworten der drei befragten Gruppen systematisch miteinander verglichen:

- ➢ Gruppe 1: Inhaftierte Sexualstraftäter (N=36)
- ➢ Gruppe 2: Einschätzung der Täter durch die behandelnden Sozialtherapeuten (N=26)
- ➢ Gruppe 3: Männliche Studierende der Sozialen Arbeit (KG) (N=14)

Im Folgenden wird von deutlichen Unterschieden berichtet:

	Sit	pm	ks	sz	Av	vb	ee	zd	em	km	vg	zu	sr	rt	ms
Sum		-*	-**		**			***	***	***	***				***
V	-***	-***	-**			-*		***			**				
G	-***		-**	**	**				***	***	***	***	***		***
Z	-***				***			***	***	***	***	**			**
	Ressourcen-Defizite-Quotient: * **					**Antwortniveau: *** **					**Differenziertheit: *** **				
Signifikanzniveau: * – 10%, ** – 5%, *** – 1%															

Tabelle 2: Scheffé-Signifikanz des Vergleiches Sextäter im Gefängnis vs. Therapeutenbild von den Tätern.

Die externen Therapeuten schätzten die von ihnen betreuten Sexualstraftäter im Gefängnis im Rahmen halbjährlicher Zwischenbilanzen hinsichtlich der sozialen Aspekte ihres Sexualverhaltens ein. Die Klienten stimmten der anonymisierten Auswertung schriftlich zu. Auffällig ist, dass die Therapeuten die von ihnen behandelten Klienten deutlich kritischer beurteilten als diese sich selbst. Die

Therapeuten nahmen eine signifikant höhere psychische Belastung und Ansammlung von Defiziten wahr, als es die Täter selbst eingestanden. Dies bezog sich vor allem auf die Bereiche: sexuelle Zwanghaftigkeit während des Haftaufenthalts, Annäherungsverhalten, Empathie, Ablehnung von Kindesmissbrauch, Vergewaltigung und Zuhälterei, Schamgefühle und kognitive Verzerrungen sowie Behandlungsmotivation.

Positiver als die Täter selbst beurteilten die Therapeuten dagegen die sexuelle Fantasien, Vorlieben und die Kommunikation der Täter über Sexualität.

	Sit	pm	ks	sz	av	vb	ee	zd	em	km	vg	zu	sr	rt	ms
Sum								-*		-**	-*			-***	**
V										-**	-**			-**	
G								-***		-**				-***	*
Z														-*	**
	Ressourcen-Defizite-Quotient: n.s.					**Antwortniveau: n.s.**					**Differenziertheit: n.s.**				
Signifikanzniveau: * – 10%, ** – 5%, *** – 1%															

Tabelle 3: Scheffé-Signifikanz des Vergleiches Sexualstraftäter im Gefängnis vs. nichtdelinquente Männer in Freiheit.

Überraschend und zahlreichen Medienberichten widersprechend ist das Ergebnis, dass sich die befragten inhaftierten Sexualstraftäter in ihrem Selbstbild von den männlichen Studierenden der Sozialen Arbeit hinsichtlich ihres sexuellen Erlebens kaum unterschieden (gravierende Unterschiede traten dagegen zwischen den Tätern und den weiblichen Teilnehmern der Kontrollgruppe auf, die hier jedoch aus Platzgründen nicht näher erläutert werden). Die Studenten äußerten sich gegenwärtig signifikant zufriedener mit ihren sexuellen Beziehungen, lehnten Kindesmissbrauch und Vergewaltigung stärker ab (nicht dagegen Zuhälterei). Zudem gaben sie hochsignifikant seltener an, sexuelle Traumen in der Kindheit erlitten zu haben – dies erscheint in dieser Befragung als einziger kriminogener Faktor, der die Begehung von Sexualstraftaten einigermaßen vorhersagt. Die Studenten gaben – naturgemäß, da sie sich nichts vorzuwerfen hatten und nicht zwangsuntergebracht waren – eine geringere Veränderungsmotivation als die Inhaftierten an.

Hinsichtlich der biografischen Begleitumstände unterschieden sich die befragten inhaftierten Sexualstraftäter von männlichen Studierenden der Sozialen Arbeit erheblich. Sie verfügen seltener über einen intimen Partner, hatten eine geringere Schul- und Berufsausbildung mit schlechteren Zensuren in Mathematik und Deutsch, gaben signifikant weniger Freundschaften an, waren bereits häufiger in der Psychiatrie und vor Gericht.

Spannender noch ist jedoch die Frage, in welchen Bereichen sich die befragten Sexualstraftäter und die juristisch unauffälligen Männer *nicht* unterschieden: in den Strukturen der Herkunftsfamilien, in frühen Trennungs- und Scheidungserfahrungen mit den Eltern, hinsichtlich Heim- oder Jugendamts-WG Erfahrungen in der Kindheit, im Umfang und in der Intensität der Freizeitaktivitäten, in der Dauer der Partnerschaften, im Alkohol- und Drogenkonsum, in der Ärgerverarbeitung und im Alter.

Zusammenhänge zwischen MSI, KV-S und KV-SAS

In einer weiteren Analyse wurden die Antworten des MSI (Sexualdelinquenz), KV-S (Alltags- und Beziehungskonflikte) und KV-SAS (Soziale Aspekte der Sexualität) auf Zusammenhänge hin untersucht.

Der Übersicht halber gibt Tabelle 4 lediglich wieder, welche Korrelationen zwischen den drei Verfahren beim Test gegen Null signifikant geworden sind (es kann diskutiert werden, ob es sich hier um Scheinkorrelationen handelt).

Einige Skalen des MSI korrelieren geradezu orchestriert mit einer Reihe von Persönlichkeitsauffälligkeiten, die mit dem KV-S erfasst wurden: So stehen die sexuelle Zwanghaftigkeit, die kognitive Verzerrung und Unreife, die Fantasien, die sich mit Kindesmissbrauch oder Vergewaltigung befassen, das sexuelle Interesse an minderjährigen Jungen, sadomasochistische Neigungen während der Vergewaltigung, die Paraphilien sowie die sexuellen Dysfunktionen (nahezu) durchweg positiv mit den Defizitskalen und (nahezu) durchweg negativ mit den Ressourcenskalen des KV-S in Zusammenhang. Dass Zusammenhänge dieser Art zu beobachten sein würden, war zu erwarten – dass sie derart massiv zum Vorschein traten, überrascht jedoch. Offenbar lässt sich keine spezifische Persönlichkeitsauffälligkeit mit den aufgezählten Merkmalen der Sexualdelinquenz und sexuellen Devianz prognostisch in Verbindung bringen. Vielmehr scheint es – die Thesen von Fiedler (1998) zum dyadischen Verständnis der Persönlichkeitsstörungen als Beziehungsstörungen stützend – gleichgültig zu sein, durch welche charakterlichen Eigenheiten des Probanden die Gestaltung sozialer Beziehungen

gestört wird. Sobald die Beziehungsstörungen situationsübergreifend zu beobachten sind, kann mit dem Auftreten sexuell abweichenden Verhaltens gerechnet werden (oder umgekehrt).

Für die Behandlung bedeutsam ist das Anknüpfen an beobachtbare Ressourcen des Täters. Sie treten in Tabelle 4 in Form positiver Korrelationen in Erscheinung:

- Die soziale Sexual-Erwünschtheit, bei der ein hoher individueller Testwert andeutet, dass sich der Proband zu seiner Sexualität offen bekennt und nicht versucht, sich ein asexuelles Image zu geben, ging einher mit geringen Werten in den Skalen Gehemmtheit, Abhängigkeit und Schamkomplexen.
- Der Sprung von sexuell devianten Fantasien in Übergriffshandlungen ging lediglich mit einer höheren Ausprägung an Misstrauen anderen gegenüber sowie mit internaler und externaler Ärgerverarbeitung einher. Prognostisch lässt sich aus diesem Befund ableiten, dass zwar sexuelle Fantasien einen (vermutlichen) Vorhersagewert besitzen, die Sexualstraftat selbst aber eher situativ aus einer Gelegenheit oder einem Impuls erwächst und grundsätzlich schwer oder nicht anhand der Persönlichkeit des Probanden vorhersagbar ist. Dies gilt in den vorliegenden Daten sowohl für Kindesmissbrauch als auch Vergewaltigung.
- Sexualtäter, die minderjährige Mädchen als Opfer gewählt haben, gaben weniger Persönlichkeitsauffälligkeiten zu erkennen als Täter, die sich für Jungen interessieren. Es ist zu erwarten, dass die Behandlung von Missbrauchern, die sich an Jungen vergriffen haben, eher auf Komplikationen stößt, die mit der Persönlichkeitsstruktur des Täters in Zusammenhang zu sehen sind.
- Aufklärung über anatomische und physiologische Gegebenheiten bei Männern und Frauen sowie Wissenswertes über Sexualität ging mit einer höheren Ausprägung an Empathie und Selbstkontrolle sowie geringeren Werten für Gehemmtheit, Abhängigkeit, Schamkomplexe und realitätsfremde (schizotypische) Einbildungen einher.
- Sexuelle Deviationen und Sadismus gingen nicht mit Ärgerausdruck einher, sondern mit internalisierender Ärgerverarbeitung.
- Stärker ausgeprägte Defizite gingen mit einem höheren Leidensdruck und vermutlich daher einer höheren Veränderungsmotivation einher.

Schließlich sind in Tabelle 4 gänzlich unerwartete Zusammenhänge zu finden: Die Verleugnung der Sexualdelikte korrelierte negativ mit den vom KV-S erfassten Persönlichkeitsdefiziten; die Behandlungseinstellung stand dagegen positiv

mit den Defizitskalen des KV-S und des KV-SAS in Zusammenhang. Analog korrelierten die Lügenskalen des MSI in unerwarteter Weise positiv mit den Ressourcenwerten des KV-SAS. Denkbar ist, dass die Qualität der sogenannten Validierungs-Skalen des MSI nicht ausreicht, um konsistente Ergebnisse zu liefern.

MSI	KV-S (N=200)	KV-SAS (N=86)
Sexuelle Zwanghaftigkeit	-****	-****
Kognitive Verzerrungen	-****	-****
Sex. Missbrauch – Fantasien	-***	-***
Sex. Missbrauch – Übergriffe	n.s.	-**
Sex. Missbrauch – an Jungen	-**	-**
Vergewaltigung – Fantasien	-***	-***
Vergewaltigung – Sadismus	-**	-**
Paraphilien – Gesamtwert	-***	-***
Dysfunktionen – Gesamtwert	-****	-****
Lügenskala sex. Missbrauch	***	***
Lügenskala Vergewaltigung	*	***
Behandlungseinstellung	-***	-****
Wissen zur Sexualität	*** (Skala: ss)	****
Dargestellt wird die Signifikanz beim Test der jeweiligen Korrelation gegen Null. Signifikanzniveau: * – 10%, ** – 5%, *** – 1%, **** – 0,1% (Abkürzungen: siehe Abb. 1)		

Tabelle 4: Korrelationen zwischen den Skalenwerten von MSI und dem RDQ von KV-S (N=200) und KV-SAS (N=86).

Fazit

Die kriminalpsychologische und -soziologische Literatur zum Gefängnis beschäftigt sich mit Fragen zu Faktoren, die das Rückfallrisiko inhaftierter Straftäter betreffen. Dabei wird übersehen, dass Straftäter in erster Linie legitime Ziele verfolgen und Wünsche hegen, die von den meisten Menschen geteilt werden (vgl. Klemm, 2003, S. 22). Sie agieren als Menschen und verdienen denselben Re-

spekt ihrer Menschenwürde wie alle anderen auch. Dass sie zur Erfüllung ihrer Wünsche die Interessen oder den Körper anderer verletzt haben, charakterisiert das kriminelle Handeln. Während sich der herkömmliche Fokus der Behandlung von Gefangenen auf ihre Defizite richtet, lohnt es sich, das Lebenskonzept der Insassen des Gefängnisses ganzheitlich zu betrachten und die legitimen Werte individuell zum Ausgangspunkt der Bemühungen um den eingesperrten Menschen zu wählen. Der ressourcenorientierte Ansatz – nach dem neuseeländischen Psychologen Tony Ward »good lives model« (GLM) genannt – erfreut sich in den letzten Jahren zunehmender Aufmerksamkeit. Ward und seine Kollegen postulierten anhand anthropologischer Erkenntnisse elf universelle Werte, die als menschliche Primärbedürfnisse bezeichnet werden können (Ward & Brown 2004; Ward & Marshall 2004; vgl. Schwedler, 2013, S. 192).

In unserem Zusammenhang muss hervorgehoben werden, dass die Menschenwürde – in Gesellschaften, die sich als demokratisch und rechtsstaatlich verstehen – nicht am Gefängnistor endet, dass Art. 1 des Grundgesetzes auch hinter Gittern gilt. Doch wie steht es konkret um die Realisierbarkeit der elf universellen menschlichen Primärbedürfnisse, deren Erfüllung die Menschenwürde ausmacht, im Gefängnis? Insbesondere läuft die ungehinderte Aufnahme zwischenmenschlicher Beziehungen der Funktion des Gefängnisses zuwider. Die Aufhebung dieser Beschränkung würde die Existenz des Gefängnisses als Institution aufheben, was gerade in einer Gesellschaft, die Bindungen zwischen den Menschen zugunsten produktiver Flexibilität zurückdrängt, nicht zu erwarten ist.

So bleibt die Frage bestehen, wie das Gefängnis organisiert werden sollte, damit es das Bedürfnis nach sozialem Kontakt und zwischenmenschlicher Wärme nicht systematisch frustriert, sondern Spielräume für die Beziehungsgestaltung bietet. Ein Gefängnis, das die Bezeichnung »human« verdient, muss sich an den Kriterien des »good lives model« messen lassen. Damit das Bedürfnis nach sozialen und intimen Beziehungen genügend Raum erhält, bedarf es in einer demokratischen Gesellschaft einer zwar kontrollierten, aber doch permanenten Öffnung der zur Geschlossenheit tendierenden Institution »Gefängnis«. Die institutionelle Öffnung bezieht sich auf innere wie äußere Barrieren:

- Kontakte zu zivilen Institutionen, Initiativen und Vereinen ergänzen die Bemühungen der Fachdienste in der Anstalt nicht nur, indem sie dem Gefangenen – frei von der Gefahr ständiger justiziabler Bewertung – Ausdrucksmöglichkeiten bieten und damit das Subsidiaritätsprinzip erfüllen, sondern sie wirken auch auf die zivile Gesellschaft zurück, indem sie »ihre« Gefangenen nicht vergisst, die eines Tages in ihre Mitte zurückkehren, und sich von der Illusion verabschieden lernt, sie könne Straftäter »wegsperren

und zwar für immer«. Dass letztere Position von höchsten Politikern im Wahlkampf propagiert wird, beschädigt die Demokratie. Die Öffnung des Vollzuges für professionelle Angebote externer Fachkräfte verschafft dem Gefängnis nicht nur eine Menge Reibungspunkte, die zur Belebung beitragen, sondern auch Ventile, die zum Spannungsabbau im Inneren der JVA beitragen.

- Vollzugslockerungen räumen dem Gefangenen am ehesten die Möglichkeit ein, soziale Beziehungen zu pflegen: Er kann in seinem privatem Umfeld Kontakte suchen, die Justiz ist nicht genötigt, in Form von »Liebeszellen« Räume mit künstlicher Intimsphäre zu schaffen, die letztlich doch entfremdet bleibt. Gegenwärtig werden Lockerungen – gegen alle Vernunft, aus Angst vor Negativschlagzeilen – restriktiv gehandhabt. Dabei haben die Gefängnisse in den Einrichtungen des Maßregelvollzuges ein Beispiel vor Augen, wie mithilfe von Stufenmodellen ein verantwortungsvolles Lockerungsmanagement jenseits von »Ganz oder gar nicht« verwirklicht werden kann. Damit der Regelvollzug zu solchen Konzepten übergeht, wären Anreize für die Anstaltsleitung einzuführen, die den Grad der Bemühungen um Resozialisierung messbar als Erfolgskriterium definieren und an höhere Zuwendungen seitens der Justizverwaltungen knüpfen.
- Um das Leben im Gefängnis den Möglichkeiten, die »das Leben draußen« bietet, weitgehend anzugleichen, müssten einerseits massiv vorhandene, innere Barrieren abgebaut werden. Damit andererseits im Zuge der Öffnung der Zellentüren (»Aufschluss«) das Bedrohungspotenzial zwischen den Gefangenen nicht zunimmt, wäre die Strukturierung der Anstalten in kleine, überschaubare, gewissermaßen »familiäre« Wohngruppen erforderlich. Zielführend wäre es, Mega-Anstalten mit mehreren Hundert bis Tausend Gefangenen in kleinere JVAen aufzuteilen, die auf den Stationen ein möglichst barrierefreies WG-Leben mit individuellen Schutz- und Rückzugsräumen garantieren, ohne die soziale Isolation in Einzelhafträumen vorzuschreiben. Die Zahl solcher Anstalten wäre höher als heute, ihr Betrieb teurer – aber sie wären gleichmäßiger in der zivilen Landschaft verteilt und damit – so die Hoffnung – integrierter.
- Ob die gemeinsame Unterbringung von Männern und Frauen im Strafvollzug, wie Gerhild Heuer sie einst für langstrafige Gefangene gefordert hat (Heuer, 1978, S. 158), eine realistische Alternative darstellt, kann in überschaubaren, Wohngemeinschafts-orientierten Vollzugsstrukturen neu diskutiert werden. Außer der Gefahr sexueller Ausbeutung durch körperlich überlegene Gefangene, die gegenwärtig vorwiegend auf gleichgeschlecht-

liche Kontakte beschränkt ist, wären soziale Folgen heterosexueller Beziehungen von Gefängnisinsassen abzuwägen. Wie, beispielsweise, sollte dann mit Schwangerschaften umgegangen werden, die aus den Paarbeziehungen resultieren? Wo soll das Kind leben, wenn sich beide Eltern im Gefängnis aufhalten? Eine dem Kindeswohl angemessene Antwort auf diese Fragen ist meines Erachtens nicht in Sicht. Zumindest aber können gemischtgeschlechtliche Freizeitbeschäftigungen dem Bedürfnis nach Kontakt entgegenkommen.

Solange es Gefängnisse gibt, wird es ein Spannungsfeld zwischen dem Bedürfnis nach Intimität der Eingesperrten und ihrer Überwachung geben, die naturgemäß als Intimitätskiller wahrgenommen wird. Auch wenn es die christliche Tradition der Askese suggeriert, die der neuzeitlichen Erfindung des Gefängnisses in Europa Pate gestanden hat: Das evolutionär ältere und mächtigere Bedürfnis nach Kontakt und menschlicher Zuwendung lässt sich weder unterdrücken noch ausschalten. Bei der Gestaltung der Vollzugsabläufe und vornehmlich der Lockerungspraxis sollte ihm daher die Bedeutung eingeräumt werden, die die Achtung der Menschenwürde gebietet.

Literatur

Alves, H. (1985). Therapeutische Arbeit mit sexuell auffälligen Jugendlichen. In W. Rotthaus (Hrsg.), *Psychotherapie mit Jugendlichen*. Dortmund: Modernes Lernen.

Bammann, K (2008). Sexualität im Gefängnis – Probleme mit einem menschlichen Grundbedürfnis. *Forum Strafvollzug, 57*(6), 247–254.

Beier, K. M. (1997). Prognose und Therapie von Sexualstraftätern aus sexualmedizinischer Sicht. *Kriminalpädagogische Praxis*, 25, 13–25.

Beier, K. M. & Loewit, K. (2011). *Praxisleitfaden Sexualmedizin. Von der Theorie zur Therapie*. Berlin: Springer.

Bereswill, M. (2007). *Die biographische Verarbeitung des Freiheitsentzugs. Eine qualitative Längsschnittstudie zu den Gefängniserfahrungen männlicher Jugendlicher und Heranwachsender. Interdisziplinäre Beiträge zur kriminologischen Forschung.* Baden-Baden: Nomos.

Bieneck, S. & Pfeiffer, C. (2012). *Viktimisierungserfahrungen im Justizvollzug*. Hannover: KFN Forschungsbericht, Nr. 119.

Briken, P., Nika, E. & Berner, W. (1999). Sexualdelikte mit Todesfolge. Eine Erhebung aus Gutachten. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 67(5), 189–199.

Deegener, G. (1996). *Multiphasic Sex Inventory (MSI). Fragebogen zur Erfassung psychosexueller Merkmale bei Sexualtätern.* Deutsche Fassung. Göttingen: Hogrefe [amerikanische Originalausgabe von Nichols, H. R. & Molinder, I. (1984)].

Deutsche Aids-Hilfe (DAH) (2004). *Sexualität in Haft – eine Befragung der Deutschen Aids-Hilfe e.V.* Berlin: 33 (unveröffentlichter Bericht).

Die WELT 12.04. (2010). Häftling tötet Freundin in der »Liebeszelle«. http://www.welt.de/vermischtes/article7150729/Haeftling-toetet-Freundin-in-der-Liebeszelle.html (15.10.2014).

Döring, N. (2006). Sexualität im Gefängnis. Forschungsstand und -perspektiven. *Zeitschrift für Sexualforschung, 19*, 315–350.

dpa (2013). Kindsmörderin von Wärter schwanger? *Stuttgarter Zeitung*, 09.12.2013.

Dünkel, F., Kestermann, C. & Zolondek, J. (2005). Internationale Studie zum Frauenstrafvollzug, Bestandsaufnahme, Bedarfsanalyse und »best practice«, Universität Greifswald. http://www.rsf.uni-greifswald.de/fileadmin/mediapool/lehrstuehle/duenkel/Reader_frauenvollzug.pdf (24.03.2015).

Dünkel, F. (2007). Strafvollzug und die Beachtung der Menschenrechte – Eine empirische Analyse anhand des Greifswalder »Mare-Balticum-Prison-Survey«. In H. Müller-Dietz (Hrsg.), *Festschrift für Heike Jung* (S. 99–126). Baden-Baden: Nomos.

Eigenberg, H. (2000). Correctional Officers and their Perceptions of Homosexuality, Rape and Prostitution in Male Prisons. *Prison Journal, 80*(4), 415–433.

Elbing E. (1991). *Einsamkeit. Psychologische Konzepte, Forschungsbefunde und Treatmentansätze*. Göttingen: Hogrefe.

Europarat (2007). *Europäische Strafvollzugsgrundsätze. Neufassung der Mindestgrundsätze für die Behandlung von Gefangenen 2006*. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg.

Fiedler, P. (1998). *Persönlichkeitsstörungen* (4. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Fiedler, P. (2004). *Sexuelle Orientierung und sexuelle Abweichung*. Weinheim: Beltz.

Fishman, J. F. (1934). *Sex in Prison. Revealing Sex Conditions in American Prisons*. New York: National library press.

Fleisher, M. (2006). An Ethno-Methodological Study of the Subculture of Prison Inmate Sexuality. In H. Cool (Hrsg.), *Prison inmates say sexual violence in penitentiaries is a stereotypical belief.* Case Western Reserve University. www.icpsr.umich.edu/cgi-bin/file?comp=none&study=4556&ds=0&file_id=893548&path=ICPSR.

Forum Strafvollzug (2008). Liebe, Freundschaft, Sexualität, *57*(6).

Foucault, M. (1994). *Überwachen und Strafen*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Gaes, G. G. & Goldberg, A. L. (2004). *Prison Rape. A Critical Review of the Literature.* Working Paper. Washington DC: National Institute of Justice. http://www.nicic.org/Library/019813 (24.03.2015).

Goldscheid, R. (1933). Magna Charta der sexuellen Menschenrechte. In M. Hirschfeld (Hrsg.), *Was will die Zeitschrift »Sexus«? Sexus Band I*. Berlin: Wilhelm Kauffmann.

Götte, S. (2000). *Die Mitbetroffenheit der Kinder und Ehepartner von Strafgefangenen.* Berlin: Duncker & Humblot.

Grigun, P. (1970). »Das ist Privatsache und geht niemanden etwas an.« Ergebnisse einer Umfrage zu sexuellen Problemen jugendlicher Inhaftierter. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe, 3*, 167–171.

Haeberle, E. J. (1985). *Die Sexualität des Menschen* (2. erw. Aufl.). Hamburg: Nikol.

Hanson, R. K. & Bussiere, M. T. (1998). Predicting Relapse: A Meta-Analysis of Sexual Offender Recidivism Studies. *Journal of Clinical and Consulting Psychology, 66*, 348–362.

Hensley, C., Tewksbury, R. & Koscheski, M. (2002). The Characteristics and Motivations behind Female Prison Sex. *Women Criminal Justice, 13*(2/3), 125–139.

Hensley, C., Castle, T. & Tewksbury, R. (2003). Inmate-to-Inmate Sexual Coercion in a Prison for Women. *Journal of Offender Rehabilitation, 37*(2), 77–87.

Heuer, G. (1978). *Problem Sexualität im Strafvollzug.* Stuttgart: Klett-Cotta.

Holexa, L. (2008). Langzeitbesuch in der JVA Celle. *Forum Strafvollzug, 57*(6), 256–258.

Klemm, T. (2002). *Konfliktverhalten situativ (KV-S). Handbuch zum Fragebogen.* Leipzig: LWV.
Klemm, T. (2003). *Delinquenz, Haftfolgen und Therapie mit Straftätern.* Leipzig: LWV.
Klemm, T. (2011). *Machtmissbrauch und sexuelle Gewalt in Institutionen*. Leipzig: LWV.
Klemm, T. (o. J.). *Soziale Aspekte konflikthaften Sexualverhaltens (KV-SAS)* (in Vorbereitung).
Klein, V., Rettenberger, M. & Briken, P. (2012). Sadistische Persönlichkeitsstörung und sexueller Sadismus. *Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie, 16*, 248–254.
Kröber, H.-L. (2006). Kriminalprognostische Begutachtung. In H.-L. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf & H. Sass (Hrsg.), *Handbuch der forensischen Psychiatrie, Band 3: Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie.* Berlin: Springer
Kraus, C., Berner, W. & Nigbur, A. (1999). Bezüge der Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) zu DSM-III-R- und ICD-10-Klassifikationen bei Sexualstraftätern. *Monatsschrift für Kriminologie*, 82, 36–36.
Laubenthal, K. (2011). *Strafvollzug* (6. Aufl.). Heidelberg: Springer.
Mariner, J. (2001). No Escape – Male Rape in U. S. Prisons, Human Rights Watch. www.hrw.org/reports/2001/prison/report.html (24.03.2015).
Neuber, A. (2009). Die Demonstration, kein Opfer zu sein. Biographische Fallstudien zu Gewalt und Männlichkeitskonflikten. Interdisziplinäre Beiträge zur kriminologischen Forschung, Band 35. Baden-Baden: Nomos.
Peek, C. (2003). Breaking Out of the Prison Hierarchy. Transgendered Prisoners, Rape, and the Eighth Amendment, Santa Clara University. *Santa Clara Law Review, 44*, 1211–1248.
Pendelmayr, K. (2009). Sexualität im Strafvollzug – Möglichkeiten und Grenzen der Justizsozialarbeit, Diplomarbeit, Fachhochschul-Studiengang Sozialarbeit Linz. www.sexarchive.info/BIB/pendlmayr.htm (23.03.2015).
Plättner, K. (1929). Eros im Zuchthaus. Eine Beleuchtung der Geschlechtsnot der Gefangenen, bearbeitet auf der Grundlage von Eigenerlebnissen, Beobachtungen und Mitteilungen in achtjähriger Haft. Berlin: Mopr-Verlag.
Preusker, H. (1989). Erfahrungen mit der »Ehe- und familienfreundlichen Besuchsregelung« in der JVA Bruchsal. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe, 38*(3), 147–150.
Preusker, H. (2008). Langzeitbesuche in deutschen Gefängnissen. *Forum Strafvollzug, 57(*6), 255–256.
Preusker, S. (2013). *Sieben Stunden im April. Meine Geschichten vom Überleben.* München: Goldmann.
Purvis, M. (2010). *Seeking a Good Life: Human Goods and Sexual Offending.* Saarbrücken: Lambert Academic Publishing.
Rehder, U. (1995). Klassifizierung inhaftierter Sexualdelinquenten, 2. Teil. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 79*(6), 373–385.
Riekhof, S. (2008). Langzeitbesuchsräume von Angehörigen in russischen Strafvollzugseinrichtungen. *Forum Strafvollzug, 57*(6), 260–261.
Rückert, S. (2014). Ich fühlte mich stark, Dossier »Geiselnahme«, Hamburg. *Die ZEIT, 17*(25. April).
Schorsch, E., Galedary, G., Haag, A., Hauch, M. & Lohse, H. (1996). *Perversion als Straftat. Dynamik und Psychotherapie.* Stuttgart: Enke.
Schwedler, A. (2013). Zum Umgang mit Sexualstraftätern nach ihrer Entlassung. In G. Wößner, R. Hefendehl & H.-J. Albrecht (Hrsg.), *Sexuelle Gewalt und Sozialtherapie* (S. 189–214). Berlin: Duncker & Humblot.
Severance, T. (2005). The Prison Lesbian Revisited. *Journal of Gay and Lesbian Social Service, 17*(3), 39–57.
Spöhr, M. (2009). *Sozialtherapie von Sexualstraftätern im Justizvollzug: Praxis und Evaluation.* Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg.

Struckman-Johnson, D. (2002). Sexual Coercion Reported by Women in Three Midwestern Prisons. *Journal of Sex Research, 39*(3), 217–227.
Ward, T. & Siegert, R. J. (2002). Toward a Comprehensive Theory of Child Sexual Abuse: A Theory of Knitting Perspective. *Psychology, Crime & Law, 8*, 319–351.
Ward, T. & Brown, M. (2004a). The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime, & Law*, *10*, 243–257.
Ward, T. & Marshall, W. L. (2004). Good Lives, Etiology and the Rehabilitation of Sex Offenders. A Bridging Theory. *Journal of Sexual Aggression*, *10*, 153–169.
WHO = Weltgesundheitsorganisation (1975). Education and Treatment in Human Sexuality. The Training of Health Professionals. Technical Report Series No. 572. Genf: WHO.
WHO = Weltgesundheitsorganisation (2006). Defining Sexual Health. Report of a Technical Consultation on Sexual Health, 28–31 January 2002. Genf: WHO.

III. Reproduktive Selbstbestimmung

Selbstbestimmung[1] und das Recht auf Abtreibung[2]

Katja Krolzik-Matthei

»Abtreibung, also das willentliche Herbeiführen eines Schwangerschaftsabbruches, hat zu allen Zeiten und in allen Gesellschaften stattgefunden. Auch handelt es sich dabei um etwas allgemein Bekanntes. Abtreibung hat eine lange, die Menschheitsgeschichte überspannende Tradition. Diese Tradition beinhaltet vor allem auch die Art und Weise, wie der Diskurs um Abtreibung geführt wurde und wird. Der vorliegende Beitrag wirft ein Schlaglicht auf diese Tradition in humanistisch-christlich geprägten Gesellschaften, insbesondere auf die deutsche Abtreibungsdebatte. So gilt, dass Abtreibung immer auch Gegenstand allgemeiner Missbilligung war und im öffentlichen kulturellen Raum beinahe überhaupt nicht stattgefunden hat und nicht stattfindet« (vgl. Boltanski, 2007, S. 35ff.).[3]

Der Ausgangspunkt einer Abtreibung ist eine ungewollte Schwangerschaft[4]. Davon betroffenes Subjekt ist die ungewollt Schwangere. Der Schluss, dass die Entscheidung ihr überlassen sein müsste, ob sie diese Schwangerschaft austrägt oder beendet, könnte offensichtlich sein. Schließlich betreffen auch die Konse-

---

1 Selbstbestimmung im Zusammenhang mit einer Abtreibung umfasst neben der generellen Entscheidungsmacht für oder gegen das Austragen einer ungewollten Schwangerschaft auch die Wahl des Zeitpunkts, des Ortes, der Methode und der Ärztin oder des Arztes. Im Beitrag soll es jedoch nur um die generelle Dimension gehen.

2 Der Beitrag basiert auf der 2013 am Fachbereich Soziale Arbeit.Medien.Kultur/Studiengang Angewandte Sexualwissenschaft eingereichten Masterthesis »Da stimmt was nicht. Entwicklungslinien der Abtreibungsdebatte aus feministischer Perspektive«. Die Arbeit wurde in überarbeiteter Form im Unrast-Verlag veröffentlicht (Krolzik-Matthei, 2015).

3 Länderspezifische Differenzierungen werden im Rahmen dieses Beitrages nicht untersucht.

4 Im Beitrag wird von »ungewollten Schwangerschaften« gesprochen, die einer Abtreibung voraus gehen. Auf die vollständigere Formulierung »ungeplant und ungewollt« wird zu-

quenzen dieser Entscheidung in erster Linie die schwangere Person: nämlich das Austragen der Schwangerschaft, die Verantwortung für das geborene Kind, die Übernahme der Fürsorge für das Kind und zuweilen das alleinige Engagement in seiner Erziehung. Es mag weitere Personen geben, die bei der Kinderbetreuung Unterstützung leisten und in einigen Ländern existieren staatliche Unterstützungssysteme. Die hauptsächliche Verantwortung verbleibt schlussendlich aber bei der Person, die die Schwangerschaft ausgetragen hat. Allerdings wurde die Entscheidung über eine Abtreibung weder in der Geschichte klar und eindeutig der Schwangeren zugestanden, noch ist das in der Gegenwart der Fall.

Der folgende Beitrag skizziert für den mitteleuropäischen Raum, wie in der Vergangenheit die Selbstbestimmung von ungewollt Schwangeren kontinuierlich missachtet wurde; wie diese Tradition in der gegenwärtigen Einstellung zur Abtreibung weiterhin wirksam ist; und wie Auseinandersetzungen um den Selbstbestimmungsbegriff unter Befürworter_innen eines Rechts auf Abtreibung ihrerseits einen Beitrag zur Stagnation der Debatte leisten.

Eine kurze Geschichte des Abtreibungsrechts

In streng patriarchalen (vaterrechtlich) organisierten Gesellschaften der griechisch-römischen Antike war Abtreibung verboten – insofern, als Frauen nicht entscheiden durften, ob sie eine Schwangerschaft austragen oder nicht. Männer hatten als Familienoberhäupter[5] dagegen das Recht zu entscheiden, wann und wie sich die eigene Nachkommenschaft entwickelt. Diese Entscheidungsgewalt fiel unter die *patria potestas* – die uneingeschränkte Verfügungsgewalt des männlichen Familienoberhaupts (vgl. Jerouschek, 2002, S. 32ff.).

Luc Boltanski (2007) beschreibt anhand des Beispiels der mitteleuropäischen Gesellschaft des 17. Jahrhunderts den Zusammenhang zwischen Geschlechterhierarchien und dem Umgang mit Abtreibung.[6] Sexualität sollte vorrangig der

gunsten der Lesbarkeit verzichtet. Nicht jede ungeplante, ungewollte Schwangerschaft endet mit einer Abtreibung. Zu empirischen Daten und einer ausführlichen begrifflichen Differenzierung siehe Helfferich, 2014.

5 Familienoberhaupt, »pater familias« konnte Vater, Bruder oder Ehemann der Frau sein (vgl. Voß, 2010, S. 43)

6 Boltanski (2007, S. 137) setzt die Frage nach geschlechtsspezifischem Einfluss auf das Austragen oder Abbrechen einer Schwangerschaft unter der Überschrift der »familienweltlichen Übereinkunft mit der Verwandtschaft«. Seiner Ansicht nach lässt sich dies für Westeuropa »besonders vom 17. Jahrhundert an in stilisierter Form darstellen« (ebd.).

Zeugung legitimer Nachkommen dienen. Legitim waren Nachkommen, die aus einer ehelichen Beziehung zwischen Mann und Frau hervorgegangen waren und außerdem von den Verwandten als Familienmitglieder anerkannt wurden. Eine Schwangere hatte zwar die Möglichkeit, die Schwangerschaft entweder auf eigenen Wunsch oder auf Verlangen des Erzeugers abzubrechen; sie tat dies aber auf eigene Gefahr. Physische, psychische oder soziale Konsequenzen musste sie allein tragen und im Falle des Bekanntwerdens war ihr Missbilligung sicher. Hinzu kam die Problematik außerehelicher Sexualität: Männern wurde außerehelicher Sex zugestanden, Frauen wurden dafür geächtet. Eine Schwangerschaft als Folge illegitimen Verkehrs war mindestens problematisch; die »diskrete Tilgung« (ebd., S. 142) des Ungeborenen naheliegend und erwünscht. Frauen mussten entscheiden, welche Schmach die geringere ist: Abtreibung oder Austragen einer illegitimen Schwangerschaft. In diesen Gesellschaften spielte sich Abtreibung im Bereich des Offiziösen[7] ab. Sie erfuhr sowohl Missbilligung als auch Duldung (durch die herrschenden – männlichen – Autoritäten), war sie doch notwendig zum Erhalt der existierenden gesellschaftlichen Strukturen, die insbesondere Männern Privilegien sicherten, auf die sie nicht verzichten wollten. Eingeschlossen war beispielsweise das Privileg, auch außerhalb der legitimen Beziehung zur Gattin Sex haben zu können, und – dank der Möglichkeit der Abtreibung – keine negativen Folgen in Gestalt illegitimer Nachkommenschaft befürchten zu müssen (vgl. ebd., S. 137ff.).

Mit der Verbreitung des Christentums im europäischen Raum trat neben den patriarchalen Charakter des Abtreibungsverbots, wie er bereits für antike Gesellschaften anhand der *patria potestas* beschrieben wurde, das Lebensrecht des Fötus als Grund für die Regulierung von Abtreibung. Dieses Lebensrecht wurde nicht als ein Recht verstanden, das gegen das Selbstbestimmungsrecht von Frauen zu vermitteln ist, sondern ihm wurde fraglos das größere Gewicht zugestanden (vgl. von Behren, 2004, S. 27).

Dass ein Fötus ein Recht auf Leben habe, Abtreibung mithin ein Tötungsdelikt darstelle und als Verbrechen geahndet werden könne, begründet sich in der christlichen Lehre damit, dass jede Empfängnis gottgewollt und damit jeder Fötus von gleichermaßen hohem Wert sei. Somit hat die Schwangere nicht die Möglichkeit, selbst über den Wert zu entscheiden, den diese Schwangerschaft für

7 Luc Boltanski (2007) beruft sich hier auf Pierre Bourdieu und unterscheidet die gesellschaftlichen Bereiche des *Offiziellen*, das einen öffentlichen, feierlichen, kollektiven Charakter hat und des *Offiziösen*, das einen schändlichen, illegalen Charakter hat. Männern kommt die Macht im Offiziellen zu, Frauen die Macht im Offiziösen.

sie hat: »Alles, was im Voraus [durch Gott, Anm. d. Verf.] bestätigt […] wird, entgeht der Allmacht einer weltlichen Autorität, welche auch immer es sein mag.« (Boltanski, 2007, S. 129)

Frauen, die sich dem Austragen einer ungewollten Schwangerschaft widersetzten, handelten also nicht nur der Macht von Männern, sondern der Macht Gottes zuwider (vgl. ebd., S. 132).

Die ab dem fünften Jahrhundert entstandenen Definitionen der Kirchenväter (Augustinus und später Thomas von Aquin), die in Anlehnung an Aristoteles bestimmten, ab wann ein Fötus als beseelt[8] zu gelten hat, stellt Jerouschek (2002, S. 43ff.) in *Lebensschutz und Lebensbeginn. Die Geschichte des Abtreibungsverbots* ausführlich dar. Diese Definitionen hatten insofern Bedeutung, als eine Abtreibung *vor der Beseelung* (bei weiblichen Föten vor dem 80., bei männlichen vor dem 40. Tag) eine geringere Strafe nach sich zog als eine Abtreibung *nach* dieser Frist (vgl. Jerouschek, 2002, S. 43; Boltanski, 2007, S. 132f.). Laut Boltanski (ebd.) wurden diese Überlegungen zunächst aus rein theologischen Gründen im Zusammenhang mit der »Erbsünde« und der Notwendigkeit der Taufe zur Aufnahme in den Kreis der »Kinder Gottes« angestellt.

> »Als sich dann eine Debatte über Abtreibung entwickelt, das heißt im wesentlichen im 19. und insbesondere 20. Jahrhundert, und die Christen versuchen, sich auf die Kirchenväter berufend, Argumente zu schmieden, da rückt an die erste Stelle die Frage nach der Beseelung […]« (ebd., S. 131).

Daraus entwickelte sich die Frage, ab wann der Fötus als Person und damit als Träger personaler Rechte gelten kann. Aus ihrer Beantwortung wurden in der Folge die gesetzlichen Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch und zur Strafbarkeit von Abtreibung abgeleitet.

Diese beiden Legitimationen eines Abtreibungsverbots – (1) der patriarchale Charakter des Abtreibungsverbots und die damit verbundene generelle Aberkennung weiblicher Selbstbestimmung bei gleichzeitiger Zuschreibung von Entscheidungsmacht an Männer sowie (2) die Hintanstellung weiblicher Selbstbestimmung gegenüber einem dem Fötus zugeschriebenen Lebensrecht erfuhren Ende des 18. und Anfang des 19. Jahrhunderts eine Erweiterung. Es kamen bevölkerungspolitische Bestrebungen westlicher Staaten hinzu und später, im 20. Jahrhundert, auch die (Geburten) regulierenden Maßnahmen von Staatenge-

8 Beseelung meint hier: die Ausstattung mit einer Vernunft-/Menschenseele; auch davor sind Föten bereits Träger einer Seele (vgl. Jerourschek, 2002, S. 43ff).

meinschaften. Die nationalen Politiken beziehen sich einerseits auf die Stabilität der jeweils eigenen Bevölkerung um den Preis der Vermeidung oder sogar Verhinderung der Geburt von Kindern mit körperlichen oder geistigen Einschränkungen gegenüber der sogenannten Normalbevölkerung. Andererseits zielen diese Politiken im internationalen Maßstab auf die Erhaltung von Macht westlicher Staaten (insb. USA, Großbritannien, Deutschland und Frankreich) gegenüber strukturell benachteiligten und ausgebeuteten Ländern – erreicht durch staatenübergreifende bevölkerungsregulierende Abkommen.

Dieser kurze Überblick über die Bewertung von Abtreibung in humanistisch-christlich geprägten Gesellschaften zeigt, dass es zu keinem Zeitpunkt in der Geschichte die ungewollt Schwangere war, die allein auf der Grundlage ihres Willens zum Kind oder dagegen über das Austragen oder Beenden einer Schwangerschaft entscheiden durfte.

Abtreibungsgesetze heute

Die gesetzlichen Regelungen zur Abtreibung können in vier Gruppen zusammengefasst werden, die additiv zu verstehen sind:

- Abtreibung ist verboten bzw. ausschließlich bei Lebensgefahr für die Schwangere gestattet.
- Abtreibung ist bei Gesundheitsgefährdung für die Schwangere und im Fall von Vergewaltigung gestattet.
- Abtreibung ist aus sozialen oder sozioökonomischen Gründen gestattet.
- Abtreibung ist im Rahmen vorgegebener Fristen und unter Einhaltung von Vorgaben bis zu einer bestimmten Schwangerschaftswoche (Fristen variieren zwischen acht und 24 Wochen) gestattet oder vollständig legal (in Kanada gibt es kein Abtreibungsgesetz) (vgl. Center for Reproductive Rights, 2014).

Grundlage für die gegenwärtige deutsche Gesetzgebung ist der im Jahr 1871 im Reichsstrafgesetzbuch unter Bismarck verankerte §218, der in veränderter Form noch heute gilt. In die aktuelle Regelung zum Schwangerschaftsabbruch haben die drei beschriebenen Regulierungsbestrebungen Eingang gefunden: Der bereits in antiken Gesellschaften angelegte patriarchale Charakter des Abtreibungsverbots kann unter Annahme einer auch gegenwärtig bestehenden patriachalen Gesellschaftsstruktur als latenter Gesetzesinhalt oder sogar als die Ermöglichungsbedingung des Gesetzes betrachtet werden. Die *konservativ-ontologische* Position,

die dem Fötus gegenüber der ungewollt Schwangeren den höheren Status einräumt, spiegelt sich deutlich im Wortlaut des §219 StGB[9]. Die *neo-/extremliberal-utilitaristische* Position, die Erhalt und Fortschritt (Wachstum) einer Gesellschaft entweder gegenüber dem Fötus oder der ungewollt Schwangeren den höheren Status einräumt, wird vor allem im Spiegel demografischen Wandels und den daran anknüpfenden Problematisierungen um sinkende Geburtenraten deutlich. Gleichzeitig spiegelt sich in der deutschen Gesetzgebung der Versuch, den Forderungen von Feminist_innen Rechnung zu tragen, das Entscheidungsrecht von ungewollt Schwangeren anzuerkennen. Daraus ergibt sich eine widersprüchliche juristische Melange, die von vielen Feminist_innen als »fauler, aber lebbarer Kompromiss« (EMMA, 1995 zit. in: Lenz, 2010, S. 873) bezeichnet wurde: ein Paragraf im Strafgesetzbuch, der Abtreibung verbietet (§218 StGB), ein Folgeparagraf, der bei Einhaltung einer Frist bzw. Erfüllung bestimmter Voraussetzungen (Indikationsregelungen) eine Strafe ausschließt (§218a StGB). Teil dieser Bedingungen ist die verpflichtende Beratung für Schwangere, die abtreiben möchten (§219 StGB und §§5ff SchKG). Die Inhalte dieser Beratung wiederum sind vorgegeben: Sie hat ebenso ergebnisoffen zu sein (§5 SchKG), wie sie sich vom Schutz des ungeborenen Lebens leiten zu lassen hat (§219 StGB). Über die Beratungen und auch die durchgeführten Abtreibungen ist eine Statistik zu führen, die vom Bundesamt für Statistik jährlich veröffentlicht wird (§10 und §§15ff SchKG). Ebenso hat der Gesetzgeber ein Werbeverbot erlassen, das untersagt, öffentlich bekannt zu machen, welche Ärzt_innen Abtreibungen durchführen (§219a StGB).

Einstellung zur Abtreibung: Erwachsene

Neben den geltenden gesetzlichen Regelungen ist die gegenwärtige Rolle von Selbstbestimmung auch an der Einstellung der Bevölkerung ablesbar. Die *Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften* (ALLBUS) enthält Fragen zur Einstellung gegenüber dem Schwangerschaftsabbruch und lässt Rückschlüsse darauf zu, welchen Stellenwert Selbstbestimmung in der Frage hat, ob eine ungewollte Schwangerschaft abgebrochen werden darf. Durch die regelmäßige Wiederholung der Befragung sind Entwicklungstendenzen nachvollziehbar.

9 §219 StGB: »Die Beratung dient dem Schutz des ungeborenen Lebens. […] Dabei muss der Frau bewusst sein, dass das Ungeborene in jedem Stadium der Schwangerschaft auch ihr gegenüber ein eigenes Recht auf Leben hat […]« (Hervorhebung durch die Verf.).

Bei der Betrachtung der Ergebnisse seit 1992 bis 2012 fällt auf, dass die Gesundheitsgefährdung der Schwangeren und des Fötus bzw. des Kindes als legitimste Gründe für eine Abtreibung gelten, deren Akzeptanz zudem im historischen Vergleich kaum Veränderungen unterliegt. Gleiches gilt für den Abbruch einer Schwangerschaft nach einer Vergewaltigung (Abb. 1).

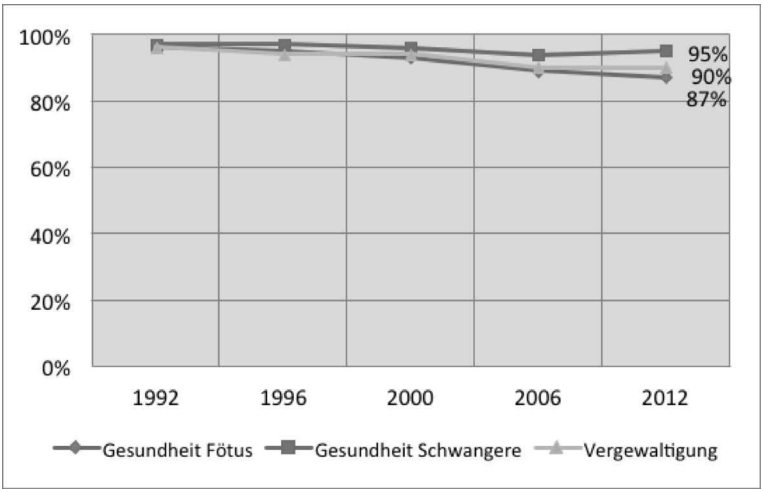


Abbildung 1: Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch bei Gesundheitsgefährdung von Fötus oder Schwangerer sowie nach Vergewaltigung; Angaben in Prozent der Befragten (ALLBUS, 1992, 1996, 2000, 2006 und 2012).

Die Anerkennung der Willensentscheidung der Schwangeren als Legitimationsgrund fällt hingegen kontrovers aus. Im historischen Vergleich hat die Zustimmung durch alle Befragten im Zeitraum von 1992 bis 2006 um 10% abgenommen. 2006 akzeptierten noch zwei Drittel der ostdeutschen und nur wenig mehr als ein Drittel der westdeutschen Befragten diesen Grund als Legitimation für eine Abtreibung zu (Abb. 2).

Die Betrachtung der Einstellung der gesamtdeutschen Bevölkerung zum Aspekt »Entscheidung der Schwangeren« zeigt deutlich, dass im Mittel nie mehr als die Hälfte der Befragten dieser Begründung zugestimmt hat, jedoch seit 2000 ein Rückgang zu verzeichnen ist (Abb. 3).

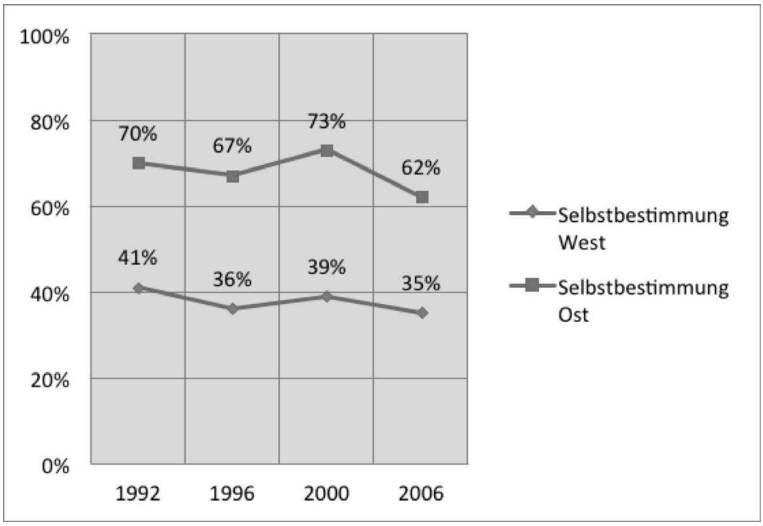


Abbildung 2: Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch, Grund für Abbruch: Entscheidung der Schwangeren; Vergleich zwischen Ost- und Westdeutschland; Angaben in Prozent der Befragten (ALLBUS, 1992, 1996, 2000 und 2006).

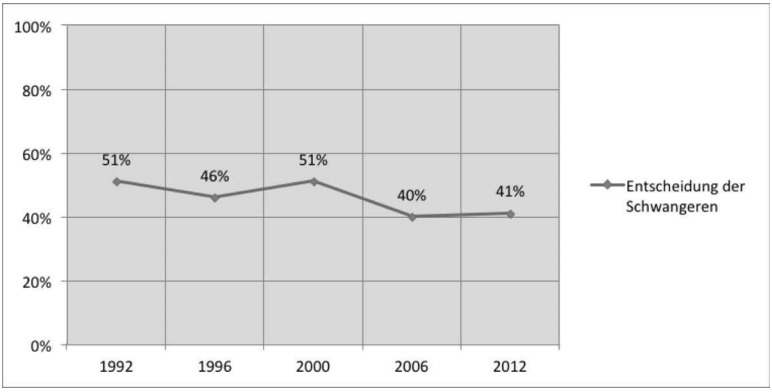


Abbildung 3: Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch, Grund für Abbruch: Entscheidung der Schwangeren; Angaben in Prozent der Befragten (ALLBUS, 1992, 1996, 2000 und 2006).

Einstellung zur Abtreibung: Jugendliche

Die Einstellung Jugendlicher kann zum einen für sich stehen: Sie gibt Auskunft über einen gegenwärtigen Zustand jugendlicher Haltungen und Orientierungen. Zum anderen sind die Einstellungen Jugendlicher zur Abtreibung vor allem deshalb von Interesse, weil anzunehmen ist, dass sich darin auch Tendenzen gesellschaftspolitischer Themen erkennen lassen. Gerade bei dem Thema Abtreibung spielen Werteorientierungen eine große Rolle.

> »Unter der Annahme, daß kollektive Wertsysteme relativ stabile Gebilde darstellen, welche erst im Laufe von Generationen Veränderungen unterworfen sind, ist zu vermuten, daß bei Jugend-Wertstudien stärker als bei Studien, die auf Erwachsene abzielen, das vorherrschende Wertesystem beschrieben werden kann. Denn untersucht man nur Erwachsene, so werden möglicherweise nur mehr jene Idealbilder beschrieben, die bereits am Verblassen sind, während bei Jugendwertstudien der zukünftig gültige Wertekanon eher erhoben werden kann, wenn auf Verlaufrichtung und Tendenzen Wert gelegt wird« (Kromer & Zentner, 1999, S. 3).

Die für die folgenden Darstellungen ausgewählten Befunde sind der Merseburger Jugendsexualitätsstudie PARTNER 4 entnommen. Die Studie wurde als schriftliche Erhebung mittels Fragebogen von April 2012 bis Januar 2013 unter ostdeutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen (n=862) in Sachsen und Sachsen-Anhalt durchgeführt. Die Stichprobe setzt sich aus 15- bis 19-Jährigen zusammen, der Altersdurchschnitt beträgt 17 Jahre. Die Verteilung von Geschlecht und Bildungsniveau entspricht dem Bevölkerungsdurchschnitt und ist damit in diesen Hinsichten repräsentativ.

In der Befragung finden sich zwei Fragen zur Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch. Zunächst wurde die Frage gestellt: »Wie stehen Sie zum Schwangerschaftsabbruch?« (Abb. 4).

Nur beinahe jede_r zehnte Jugendliche hat zu dieser Frage keine Meinung. Obwohl es sich bei der Abtreibung um ein seit Jahrzehnten diskutiertes und vielschichtiges Thema handelt, scheuen sich die Befragten nicht, hier eine klare Position zu beziehen. Jugendliche sprechen sich mehrheitlich für die bestehende gesetzliche Regelung aus. Ein fast ebenso großer Anteil ist der Ansicht, ein Schwangerschaftsabbruch sollte in Ausnahmesituationen erlaubt sein. Wenige Jugendliche würden einem generellen Verbot des Schwangerschaftsabbruchs zustimmen. Dennoch: in der Summe sprechen sich 40% der Jugendlichen für die rigidesten Möglichkeiten aus, nämlich den Abbruch nur in Ausnahmesituationen oder sein grundsätzliches Verbot.

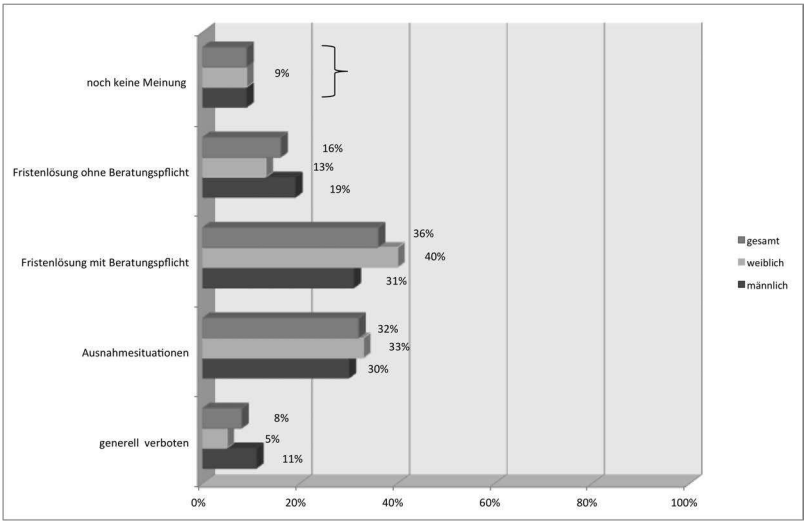


Abbildung 4: »Wie stehen Sie zum Schwangerschaftsabbruch?« (Weller, 2013)

Knapp ein Fünftel der männlichen Befragten und 13% der weiblichen Befragten sprechen sich für eine Fristenlösung ohne Pflichtberatung aus. Die Option mit dem größten Raum für die selbstbestimmte Entscheidung der Schwangeren findet also vergleichsweise wenig Zustimmung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Das wirft Fragen danach auf, wie sie ihre Position begründen und woher sie die Informationen für ihre Position beziehen. Die Gegenüberstellung dieser Positionen mit anderen Parametern, die in der Studie erhoben wurden, zeigen allenfalls, worauf sich diese Haltung nicht gründet: Familiäre Herkunftsbedingungen, einschließlich der Religionszugehörigkeit, spielen keine entscheidende Rolle. Einzig am Bildungsstand der Befragten lassen sich massive Unterschiede in der Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch festmachen. Insbesondere männliche Jugendliche mit einem niedrigen Bildungsniveau nehmen eine ausgesprochen wertkonservative Haltung ein (38% stimmen einem generellen Verbot zu), wohingegen unter den Schüler_innen der zehnten Klassen von Gymnasien sich kein_e Einzige_r für ein generelles Verbot ausspricht.

Die selbstbestimmte Entscheidung der Schwangeren bildet für nur einen kleineren Teil Erwachsener und Jugendlicher einen hinreichenden Legitimationsgrund für eine Abtreibung. Der Begriff der Selbstbestimmung findet jedoch auch

unter Befürworter_innen eines Rechts auf Abtreibung nicht uneingeschränkt Zustimmung. Diese kritische Haltung gegenüber dem Selbstbestimmungsbegriff hat eine feministische Tradition, wie Inga Nüthen an den Beispielen der »Aktion 218« und der Kongresse gegen Gen- und Reproduktionstechnologien in den 1980er Jahren analysiert (vgl. Nüthen, 2010). Diese Auseinandersetzungen bildeten einen Teilaspekt in Interviews mit Aktivistinnen und Feministinnen, die ich im Rahmen meiner Masterarbeit geführt habe. Interviewt wurden acht Frauen aus zwei Generationen, die sich vor unterschiedlichen Hintergründen und aus unterschiedlichen Motiven für das Recht auf Abtreibung eingesetzt haben oder immer noch einsetzen. An ihren Aussagen lässt sich der von Inga Nüthen für die 1980er Jahre beschriebene Konflikt auch für die gegenwärtige Situation der Abtreibungsdebatte veranschaulichen.

Zur feministischen Kontroverse um Selbstbestimmung

In der fraglichen Auseinandersetzung sind Vertreter_innen der einen Seite der Ansicht, dass in jedem Fall (einschließlich im Fall der Entscheidung über Abbrüche nach pränataldiagnostischem Befund[10]) der Schwangeren das Recht auf selbstbestimmte Entscheidung über das Austragen oder Abbrechen der Schwangerschaft zukommt. Auf der anderen Seite finden sich Vertreter_innen einer Position, die mit Abtreibung im Zusammenhang mit pränataldiagnostischen Befunden die Gefahr von Selektion sehen und hinter der absoluten Forderung nach Selbstbestimmung neoliberale Konzepte von Selbstmanagement und die Gefahr einer »Reprivatisierung gesellschaftlicher Aufgaben« vermuten (vgl. Nüthen, 2010, S. 2).[11]

---

10 Hierbei handelt es sich in der Regel um Spätabbrüche, die nach der zwölften Schwangerschaftswoche (SSW) auf Grundlage der medizinischen Indikation durchgeführt werden. Die Zahl dieser Fälle ist gering, laut offizieller Statistik handelte es sich 2012 um 3326 Fälle bzw. 3,1% aller durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche. Allerdings beinhalten diese 3,1% alle Abbrüche nach medizinischer Indikation, also auch die vor der zwölften SSW durchgeführten. Der Anteil nach der zwölften SSW durchgeführter Abbrüche betrug 2,6%. Nach der 22. SSW wurden lediglich 0,4% aller Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt (vgl. Statistisches Bundesamt, 2013).

11 In einem Positionspapier der Gruppe *Kritische Feminist_innen* (2012) heißt es, der Begriff werde heute »häufig in einer individualistischen Engführung benutzt«, »die Frage nach der sozialen Bedingtheit« werde nicht gestellt und der so verwendete Begriff sei abgekoppelt von einer Kritik sozialer Verhältnisse, sei »unpolitisch, eurozentrisch, ahistorisch und bietet mannigfache Anschlusspunkte für neoliberale Diskurse« (vgl. ebd.).

Kumulationspunkte für diesen Konflikt bilden der medizinisch-technische Fortschritt im Bereich pränataler Diagnostik und die nahezu flächendeckende Anwendung dieser diagnostischen Möglichkeiten. Verschiedene nicht-invasive und invasive Untersuchungsmethoden, vor allem Bildgebungsverfahren (Ultraschall und 3D-Ultraschall) haben die Wahrnehmung von Schwangerschaft erheblich verändert. Der Einfluss, den diese Sichtbarkeit des Fötus auf die Abtreibungsdebatte hat, fasste eine Interviewte pragmatisch so zusammen:

> »Der moralische Aspekt kommt von einer anderen Seite in die Debatte. Eine Behinderung ist bereits beim Embryo erkennbar und damit kann dieser behinderte Embryo gezielt abgetrieben werden. Legitimiert durch das Gesetz. Hier finden Abtreibungsgegner_innen ihr Hauptargument. Wenn Feminismus sich aber nicht nur auf Frauen, sondern für Gleichberechtigung und Abbau von Benachteiligungen ganz grundsätzlich einsetzen will, widerspricht das dem gezielten Abbrechen von Schwangerschaften nach pränataldiagnostischem Befund. Hier gibt es einen Widerspruch, der die Positionierung innerhalb der Debatte schwieriger machen könnte.«

Wie sich dieser Widerspruch dann äußern kann, beschrieb eine andere Interviewte:

> »Ein Embryo von drei Monaten sieht ja nicht so aus, wie die Puppen, die die selbsternannten ›Lebensschützer‹ verteilen. Das ist ja auch gelogen. Und die Bilder, die sie haben, sind auch verlogen. Sie zeigen ebenfalls Embryos zu einem viel späteren Zeitpunkt. Aber ihre Kampagnen tragen dazu bei, den Frauen ein schlechtes Gewissen zu vermitteln. Ich erlebe Menschen, die in den 1970er Jahren für die Streichung des §218 waren, und die jetzt sagen, wenn man diese Bilder sieht, müsse man doch darüber nachdenken. […] Bei pro familia ist die Forderung nach ersatzloser Streichung des §218 Beschlusslage. Ich hoffe, das bleibt dabei.«

Die qualitative und quantitative Ausdehnung vorgeburtlicher Untersuchungen wurde von den Interviewten zum Teil sehr direkt kritisiert. Dabei betonten sie, dass es ihnen nicht darum ginge, das Selbstbestimmungsrecht von Frauen grundsätzlich infrage zu stellen. Allerdings gäbe es eine enge Verknüpfung zwischen dieser »Technisierung der Schwangerschaft« (I3), die auch aus dem Profitstreben der Medizin resultiere, und staatlichen bzw. gesellschaftlichen Forderungen nach »gut funktionierenden Bürgern« (I3), die sich dann bei schwangeren Frauen oder Paaren mit dem Wunsch nach dem »perfekten Kind« (I3) verbinden. Diese Verkettung führe in der Konsequenz dazu, dass Embryonen selektiv abgetrieben

würden, bei denen mithilfe der Pränataldiagnostik (PND) festgestellt wurde, dass sie mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit mit einer Behinderung zu Welt kommen. Der Konflikt zwischen Engagierten entsteht dann, weil eine Seite dennoch den ungewollt Schwangeren das Selbstbestimmungsrecht zuspricht – auch im Falle von Abtreibung nach PND. Die andere Seite vermutet hinter diesen Entscheidungen die bereits beschriebene Beeinflussung durch gesellschaftlichen Normalitätsdruck und neoliberale Verwertungsinteressen und spricht in diesem Zusammenhang von selektiven Abtreibungen und eugenischen Beweggründen.

Diese Auseinandersetzung über die Definition des Selbstbestimmungsbegriffs ist zudem mit weiteren Konflikten verbunden, die die Abgrenzung zu den Gegner_innen des Rechts auf Abtreibung durchaus erschweren.

Durch pränatale Bildgebungsverfahren würde der Fötus nicht nur sichtbar, sondern erscheine vielen als von der Schwangeren unabhängig. Das unterstütze die Argumentationslinien von Abtreibungsgegner_innen, die sich in ihren Darstellungen grundsätzlich auf den Fötus beziehen würden, nicht auf die Schwangere. Infolge dieser Fokussierung auf den Fötus wird in der Debatte die Position geschwächt, die die Selbstbestimmung für die ungewollt Schwangere fordert. In den Interviews wird ebendies als schleichende, aber zunehmende Tendenz beschrieben: »Die gesamtgesellschaftliche Debatte zur Abtreibung in Deutschland wird, wenn sie überhaupt geführt wird, auf den Bereich der Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik reduziert.«

Gleichzeitig habe diese Befassung mit dem Fötus als schützenswertes Gut in der Wahrnehmung der Interviewten eine hohe Attraktivität für gesellschaftlich und politisch engagierte und vor allem auch junge Menschen. Eine steigende Zahl junger Menschen, die sich als emanzipiert und humanistisch verstehen und gleichzeitig am Gemeinwohl und am Schutz Schwächerer interessiert sind, richteten ihr Engagement auf den Schutz des Fötus als das schwächere, aber im Verhältnis zur Schwangeren gleichberechtigte Subjekt. Auch in der linken Szene beobachte sie diese Tendenzen. Die gingen damit einher, die ungewollt Schwangere zu einer Art Täter_in in einem ungleichen Kampf zu machen.

Es ist augenfällig, dass sich Befürworter_innen eines Rechts auf Abtreibung auf diese Weise gefährlich nah an die Argumentationen von vehementen Gegner_innen eines Rechts auf Abtreibung begeben, ja, dass teilweise sogar Überschneidungen entstehen. Solchen Überschneidungen versuchen Interviewte durch Formulierungen wie »bei denen ist es dann so übertrieben« zu begegnen. Auf die Frage, wie die Abgrenzung gelinge, gibt eine der Interviewten zur Antwort, dass das »unterschiedlich gut« (I5) gelinge und bisweilen »argumentativ [...] schwierig« (I5) sei. Sie machte aber auch deutlich, dass die Grundposition die

Abschaffung des §218 betreffe und an dieser entscheidenden Stelle die zentrale Abgrenzung zu den Abtreibungsgegner_innen klar und nicht verhandelbar sei.

Wenn es um die Positionierung für ein Recht auf Selbstbestimmung im Zusammenhang mit Abtreibung geht, können aus den Interviewaussagen zwei Aspekte entnommen werden:

- Unter den Befürworter_innen eines Rechts auf Abtreibung gibt es einen seit den 1980er Jahren schwelenden, ungeklärten Konflikt um die Verwendung des Selbstbestimmungsbegriffs. Kritiker_innen von »Selbstbestimmung« begründen ihre Position damit, dass eine wirklich selbstbestimmte Entscheidung im Fall von Befunden nach Pränataldiagnostik nicht möglich ist. Neoliberale Verwertungsinteressen und Anforderungen an Selbstmanagement und -optimierung würden diese Entscheidungen massiv beeinflussen.
- Diese Position, vorgetragen aus den Reihen der Befürworter_innen eines grundsätzlichen Rechts auf Abtreibung, überschneidet sich mit Positionen von Gegner_innen eines Rechts auf Abtreibung.

So wird die Positionierung für ein Recht auf Abtreibung für ungewollt Schwangere aus zwei Richtungen von den Inhaber_innen dieser Position selbst geschwächt. Durch den internen Konflikt werden Kräfte gebunden und Spaltungen vorangetrieben; Interviewte berichteten, dass es Interessengruppen gibt, die die Zusammenarbeit mit anderen Interessengruppen der grundsätzlich gleichen Position, verweigern – aufgrund dieser Auseinandersetzung. Durch die Überschneidung mit den Positionen der Abtreibungsgegner_innen ist vor allem nach außen eine klare, eigene Positionierung, die schließlich die Voraussetzung für Befürwortung oder Ablehnung ist, nicht möglich.

Ein akademisch-aktivistisches Resümee

Historisch marginalisiert, gesellschaftlich nicht anerkannt und unter Aktivist_innen umstritten: der Begriff der Selbstbestimmung bildet eine fragile Basis für die Forderung nach einem Recht auf Abtreibung. Gleichzeitig kann eine feministische Perspektive keine andere als die der ungewollt Schwangeren sein. Auf emanzipatorisch-feministischer Seite muss zunächst dringend eine Reflexion des Selbstbestimmungsbegriffs und seiner Verwendung für die eigene Positionierung stattfinden, die in eine maximal geschlossene Positionierung münden sollte. Nur so kann den wachsenden konservativen Bewegungen, die eine immer größer werdende Anzahl von Bürger_innen in ein neu-rechtes politisches

Spektrum integrieren, angemessen und konsequent begegnet werden. Nur ausgehend von einer reflektierten Verwendung des Selbstbestimmungsbegriffs kann die emanzipatorisch-feministische gegenüber einer neokonservativen Aneignung des Begriffs gelingen.

Literatur

Boltanski, L. (2007). *Soziologie der Abtreibung*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Center for Reproductive Rights (Juli 2014). Reproductve Rights Worldwide. Von www.abortionlawsworldwide.de: http://reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/AbortionMap2014.PDF (06.01.2015).

GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (2014). Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften ALLBUScompact 1996. GESIS Datenarchiv, Köln. ZA3718 Datenfile Version 2.0.0, doi:10.4232/1.11889.

GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (2014). Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften ALLBUScompact 1992. GESIS Datenarchiv, Köln. ZA3716 Datenfile Version 2.0.0, doi:10.4232/1.11902.

GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (2003). Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften ALLBUScompact 2000 – CAPI-Version. GESIS Datenarchiv, Köln. ZA3721 Datenfile Version 1.0.0, doi:10.4232/1.3721.

GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (2011). Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften ALLBUScompact 2006. GESIS Datenarchiv, Köln. ZA4501 Datenfile Version 2.0.0, doi:10.4232/1.10833.

GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (2013). Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften ALLBUScompact 2012. GESIS Datenarchiv, Köln. ZA4615 Datenfile Version 1.1.1, doi:10.4232/1.11754.

Helfferich, C. (2015). Schwangerschaftsabbruch und empirische Forschung. In Hahn, D. & Busch, U. (Hrsg.), *Abtreibung. Diskurse und Tendenzen* (S. 61–81). Bielefeld: Transcript.

Jerouschek, G. (2002). *Lebensschutz und Lebensbeginn. Die Geschichte des Abtreibungsverbots* (Bde. Rothenburger Gespräche zur Strafrechtsgeschichte, Band 3). Tübingen: edition diskord.

Kindl, M. (1996). *Philosophische Bewertungsmöglichkeiten der Abtreibung.* Berlin: Duncker & Humblot.

Klinkhammer, G. & Richter-Kuhlmann, E. (Februar 2013). Praenatest: Kleiner Test, große Wirkung. *Deutsches Ärzteblatt*, *110*(5), 166–168.

Krolzik-Matthei, K. (2015). *§218. Feministische Perspektiven auf die Abtreibungsdebatte in Deutschland*. Münster: Unrast.

Kromer, I. & Zentner, M. (1999). Jugend: Forschung: Jugendbericht: Die Werte der Jugendlichen. Vom Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen Österreich. http://www.bmwfj.gv.at/Jugend/Forschung/jugendbericht/Documents/diewertederjugendlichen.pdf (11.05.2013).

Lenz, I. (Hrsg.). (2010). *Die neue Frauenbewegung in Deutschland. Abschied vom kleinen Unterschied. Ausgewählte Quellen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Nüthen, I. (2010). Mein Bauch gehört mir. Von der Selbstbestimmung über »unseren« Körper. Von gender.politik.online. http://www.fu-berlin.de/sites/gpo/pol_sys/politikfelder/Mein_Bauch_gehoert_mir/inga_nuethen_.pdf?1361541833 (09.01.2015).

von Behren, D. (2004). *Die Geschichte des §218 StGB* (Bd. Rothenburger Gespräche zur Strafrechtsgeschichte. Band 4). Tübingen: edition diskord.

Voß, H.-J. (2010). *Making Sex Revisited. Dekonstruktion des Geschlechtes aus biologischer Perspektive.* Bielefeld: Transcript.

Weller, K. (2013). *Jugendsexualität 2013. PARTNER 4 – Sexualität und Partnerschaft ostdeutscher Jugendlicher im historischen Vergleich. Tabellenband 2013 – 1990 – 1980*. Merseburg.

Behinderung und reproduktive Selbstbestimmung

Alina Mertens

Eindrücke aus der Praxis

Alle sitzen um einen großen Tisch in einem sozialtherapeutischen Wohnheim. Es fehlt nur noch die werdende Mutter. Nach kurzer Zeit geht die Tür auf und eine schwangere, sehr zurückhaltend wirkende Frau im Rollstuhl fährt herein. Das Gespräch kann beginnen. Gekommen ist der werdende Vater (er wohnt ebenfalls dort), seine Mutter, das Kreisjugendamt, eine Familienhebamme, die Bezugsbetreuerin, die gesetzliche Betreuerin und ich als Sexualpädagogin »als Anwältin« für die werdende Familie. In dem Gespräch geht es um den Verbleib der jungen Frau, wenn ihr Kind geboren ist, denn in der Wohneinrichtung kann sie nicht bleiben. Von Beginn an geht aus dem Gesprächsverlauf hervor, dass keiner der jungen Mutter zutraut, mit ihrem Kind zurechtzukommen. Es werden immer wieder Vorschläge unterbreitet, bei denen sie möglichst großer Kontrolle ausgesetzt ist. Das Zusammenleben gemeinsam mit dem werdenden Vater wird nicht in Betracht gezogen; Modelle begleiteter Elternschaft und Elternassistenz sind den anwesenden Fachleuten nicht bekannt. Die junge Frau soll in einer Psychiatrie entbinden. Offiziell heißt es, damit sie dort in den ersten Wochen im Umgang mit ihrem Kind optimal unterstützt werden könne. Die »Schwiegermutter« vermutet nachvollziehbarer Weise jedoch, dass sie ihr dort das Kind schneller entziehen können. Die Befürchtung kann ich teilen. Die »Schwiegermutter« war es auch, die mich kontaktierte. Sie informierte mich über die Vorgeschichte und ihre Sorge, dass dem Paar schon vor der Geburt des Kindes das Sorgerecht entzogen werden könnte. Sie berichtete, dass eine Psychiaterin, die mit der Wohneinrichtung und dem Jugendamt eng kooperiert, die junge Frau zu einem Schwangerschaftsabbruch drängen wollte und deshalb die

werdende Mutter nicht mehr von ihr betreut werden wollte. Durch ständiges Intervenieren und den Ausdruck starker Bedenken traut sich das Paar auch selbst nur noch wenig zu. Sie können sich jedoch vorstellen, als Familie in eine Art »Betreutes Wohnen« zu ziehen. Diese Option scheint ihnen mittlerweile als die sicherste. Eine solche Wohnform für eine Familie mit einer Mutter im Rollstuhl gibt es allerdings nur selten und schon gar nicht in ihrer Umgebung. Der Termin endet ohne Ergebnis. Alle beteiligten Fachleute geben allerdings vor, sich um eine solche Wohnform zu bemühen.

Natürlich haben sowohl Mutter als auch Vater eine Vorgeschichte. Gemeinsam hat sich das Paar für ein Kind entschieden. Das pädagogische Personal konnte insbesondere bei dem Mann deutliche Fortschritte erkennen. Er habe sich zu einem sehr verantwortungsvollen jungen Mann entwickelt und übernähme sämtliche Boten- und Behördengänge, die für seine Freundin zu anstrengend wären. Ein deutlicher Zuwachs an erworbenen Alltagskompetenzen wird ihm bestätigt. Dennoch reichen diese Bemühungen nach Meinung der involvierten Fachleute nicht aus.

In den nachfolgenden Wochen wird das Jugendamt immer unkooperativer. Ich gewinne geradezu den Eindruck, dass man sich dort absichtlich nicht bemüht. Dem Vater, der die Vaterschaft vorab anerkennen will, rät man davon ab. Es scheint, als wolle man das junge Paar bewusst scheitern lassen, um schnell einen Grund zu finden, das Kind den Eltern zu entziehen. Als sich die Lage weiter zuspitzt, vermittele ich die junge Kleinfamilie an eine Anwältin, die bereits Erfahrung mit solchen Fällen hat. Übergangsweise ist die Familie erst einmal bei der Großmutter untergekommen. Dies ist jedoch für alle eine große Belastung, da das Haus nicht barrierefrei ist und es aufgrund der Enge immer wieder zu Spannungen untereinander kommt.

Definition der Reproduktiven Selbstbestimmung

Im Sinne der International Planned Parenthood Federation (IPPF) definiert sich der wesentliche Teil der Reproduktiven Selbstbestimmung über den Artikel 8 »Das Recht zu entscheiden, ob und wann die Geburt eigener Kinder erwünscht ist«: Dies umfasst neben dem ob und wann auch die Anzahl der Geburten und den selbst gewählten Zeitpunkt. Zudem müssen allen Personen durch zur Verfügung stehende Informationen und Bildungsmöglichkeiten sowie bspw. finanzielle Möglichkeiten die Gelegenheit erhalten, dieses Recht zu nutzen. Des Weiteren ist der besondere Schutz werdender Mütter und Mütter im Wochenbett verankert.

Daraus ist zu schlussfolgern, dass auch Menschen mit Behinderungen[1] das Recht haben, sich fortzupflanzen und eine Familie zu gründen. Zahlreiche Befragungen, die in Interviewform Eingang in die Fachliteratur gefunden haben, sowie umfassende sexualpädagogische Praxiserfahrungen bestätigen auch (besonders bei Frauen mit Behinderungen) den Wunsch danach bei Menschen mit Behinderungen (vgl. Walter & Hoyler-Herrmann, 1987, S. 222; Leue-Käding, 2004, S. 218, 230). Die Gründung einer eigenen Familie steht oft für Normalität und gesellschaftliche Zugehörigkeit. Neben dem Wunsch nach eigenen Nachkommen, haben auch diese Aspekte insbesondere bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen ein hohes Gewicht (vgl. Walter, 1996, S. 295).

Reproduktive Selbstbestimmung, rechtliche Grundlagen und ihre praktische Relevanz

Die rechtlichen Grundlagen auf reproduktive Selbstbestimmung lassen sich zunächst über das Grundgesetz ableiten. Die freie Entfaltung der Persönlichkeit, die Artikel 2, Absatz 1 beinhaltet, lässt annehmen, dass auch das Recht auf Reproduktion sowie die Möglichkeit, darüber frei zu bestimmen, hierdurch gedeckt ist. Insbesondere aber der Gleichheitsgrundsatz (siehe Artikel 3, Absatz 3, Satz 2 »Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.«) macht deutlich, dass der Gesetzgeber zumindest theoretisch zu einer Gleichbehandlung und in Konsequenz auch zu einem Nachteilausgleich für Menschen mit Beeinträchtigungen verpflichtet ist, wenn diesem Grundsatz Rechnung getragen werden soll.

Da Theorie und Praxis oft stark auseinander klaffen, wurden eigentlich selbstverständliche Rechte in der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) ausdrücklich formuliert. Hier verpflichten sich die Vereinten Nationen und die unterzeichnenden Staaten dazu, Rechte von Menschen mit Behinderungen zu achten und sie dabei zu unterstützen, ihr Recht durchzusetzen. Im März 2009 trat die Behindertenrechtskonvention in Deutschland in Kraft.

Im Rahmen von Artikel 23 BRK sind die Rechte für eine Gleichberechtigung im Hinblick auf Ehe, Familie, Partnerschaft und Elternschaft erfasst. Unter a bis

1 Meiner Haltung folgend verwende ich im Text die Bezeichnung »Menschen mit Behinderungen«, da bei dieser für mich der Mensch im Vordergrund steht und nicht seine Behinderung. Dennoch wird der Begriff »behinderte Menschen« auch im Sinne einer emanzipatorischen und aktuellen Selbstbezeichnung, insbesondere von Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen, selbst verwendet. Er schließt zudem ein, dass Menschen »behindert« werden.

c sind die Rechte auf Eheschließung, Familiengründung und damit zusammenhängende Aspekte sowie der Erhalt der Fertilität dargelegt.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales ist mit der Entwicklung eines Nationalen Aktionsplans zur Behindertenrechtskonvention betraut worden. Im Mai 2011 nimmt die Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V. zu diesem Aktionsplan Stellung und fordert »eine Änderung und Weiterentwicklung des Nationalen Aktionsplanes, die den aus der BRK hergeleiteten Zielen gerecht wird« (Bundesvereinigung Lebenshilfe, 2011, S. 2). Im Hinblick auf die Umsetzung der in Artikel 23 erfassten Rechte stellt die Lebenshilfe fest, dass weder mit den unterschiedlichen Familienformen (bspw. Eltern mit Behinderungen oder Eltern behinderter Kinder) differenziert umgegangen, noch dem Familienbegriff in den unterschiedlichen Lebenswelten von Menschen mit Behinderungen ausreichend Rechnung getragen wurde (ebd., S. 6; Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2011, S. 61). Beim Thema Reproduktive Rechte schließt sich das Ministerium der Charta der IPPF und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) an (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2011, S. 62).

Neben diesen rechtlichen und theoretischen Bemühungen der Politik stellen Betroffenenverbände konkrete Forderungen, die durch das eigene Erleben eine deutlich höhere praktische Bedeutung haben.

So formuliert bspw. der *Bundesverband behinderter und chronisch kranker Eltern e. V.* (bbe e. V.) auf seiner Homepage, dass sie als Betroffene beraten, vermitteln und aufklären wollen. Besonders wichtig ist es ihnen, Menschen mit Behinderungen und einem Kinderwunsch, werdende Eltern mit Behinderungen sowie Eltern mit Behinderungen Interessen vertretend beizustehen. Dabei geht es ihnen im Kern um die Verwirklichung einer selbstbestimmten Elternschaft mit den Schwerpunktthemen Zeugung, Schwangerschaft, Geburt und Eltern sein (vgl. bbe, 2014).

Die Selbstvertretung von Menschen mit Lernschwierigkeiten *Mensch zuerst – Netzwerk People First Deutschland e. V.* machen in ihrem Forderungskatalog deutlich, dass alle Menschen im Hinblick auf Verhütung und Geschlechtskrankheiten ein Recht auf Aufklärung haben. Zudem stellen sie fest, dass es mit der Menschenwürde unvereinbar ist, Frauen sterilisieren zu lassen. Alle sollen von ihrem Recht, eine Familie zu planen, Gebrauch machen können und die zur Erziehung ihrer Kinder notwendige Unterstützung erhalten. Zudem soll es geschlechtsspezifische Gruppenangebote zum Thema Sexualität geben und barrierefreien Zugang zu Beratungsstellen (vgl. Mensch zuerst, 2014).

Kinderwunsch und Mutterschaft bei Frauen mit Behinderungen

Da das Thema »Kinderwunsch und Mutterschaft bei Frauen mit Behinderungen« aufgrund der Vielfalt an individuellen Umständen wie z. B. Behinderungsbilder, Wohnformen, Partnerschaften etc. durch Pauschalisierungen niemandem völlig gerecht werden könnte, beschränke ich mich in der nachfolgenden Darstellung auf zwei Gruppen.[2]

Was aber für alle Frauen mit Behinderung gleichermaßen zutrifft, ist der Umstand, dass einer Frau mit Handicap das Muttersein oft per se abgesprochen wird. Sie müssen sich ganz besonders beweisen, weil sie ohnehin schon unter besonderer Beobachtung stehen und jedes Scheitern eine Bestätigung für jene ist, die ihnen von vornherein elterliche Kompetenzen nicht zugetraut haben (vgl. Hermes, 2004, S. 40f.). »Behinderte Mütter entsprechen nicht dem gesellschaftlichen Mutterbild. Von Müttern wird erwartet, dass sie Hilfe geben, nicht dass sie Hilfe brauchen«, erläutert Bargfrede in einem Infoheft zum Thema Assistenz bei der Familienarbeit (vgl. Rischer & Blochberger, 2001, S. 13).

Kinderwunsch und Mutterschaft bei Frauen mit körperlicher Behinderung im eigenen Wohnumfeld

Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen oder chronischen Erkrankungen, die in einer eigenen Wohnung leben, haben bei der Verwirklichung ihres Kinderwunsches deutlich größere Chancen als bspw. Menschen mit kognitiven Einschränkungen, die in einem stationären Kontext zu Hause sind (vgl. Walter, 2008, S. 28). Ihnen stehen zudem (durch ihren intellektuellen Vorsprung) oft mehr Möglichkeiten der Informationsbeschaffung und Hilfsangebote als Menschen mit kognitiven Einschränkungen zur Verfügung. Dennoch ist es für Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen nach wie vor schwierig, ihren Kinderwunsch zu verwirklichen. Dies führt Meier Rey auch auf das gesellschaftliche Bild zurück, das man von Frauen mit Behinderungen hat und zu dem Kinderlosigkeit gehört (vgl. Meier Rey, 1994, S. 152). Es ist neben möglicherweise

2 Natürlich ist das Thema reproduktive Selbstbestimmung kein rein weibliches und betrifft vom Kinderwunsch über die Familienplanung bis hin zur Elternschaft Frauen und Männer. Dennoch ist die Frau durch ihre Fähigkeit, eine Schwangerschaft auszutragen, in nachvollziehbarer Weise besonders betroffen. Aus diesem Grund erfolgt auch die nachstehende Auseinandersetzung vorrangig im Hinblick auf Frauen.

fehlenden körperlichen Voraussetzungen, dünnen Informations- und Hilfeangeboten aufgrund der fehlenden Barrierefreiheit und dem Mangel an Bestärkung durch die Umwelt nicht zuletzt auch den schwerwiegenden gesellschaftlichen Vorbehalten geschuldet. So wird den Frauen unterstellt, sie könnten keine Verantwortung übernehmen, da sie selbst hilfsbedürftig seien, die Kinder hätten ein entbehrungsreiches Leben und müssten früh mithelfen (in Form von Assistenz), sodass ihnen eine unbeschwerte Kindheit verloren ginge. Durch den erhöhten Hilfebedarf entstünden der Gesellschaft zudem zusätzliche Kosten. Verbreitet ist auch die Annahme, dass eine Behinderung durch die Gene an das Kind weitergegeben würde (vgl. Hermes, 2004, S. 33f.). Für Außenstehende können diese schwerwiegenden Argumente den Wunsch nach einem eigenen Kind häufig nicht ausgleichen. Das engste familiäre Umfeld reagiert oft mit besonderer Skepsis aus der Sorge heraus, nach der Geburt des Kindes umfangreich um Hilfe gebeten zu werden (vgl. Michel et al., o. J., S. 13).

Vielfach hat sich jedoch gezeigt, dass Frauen mit körperlichen Behinderungen mit dem Thema Kinderwunsch sehr verantwortungsvoll umgehen und sich oft bereits vor einer Schwangerschaft um mögliche Hilfsangebote kümmern, auf die sie dann zurückgreifen können (vgl. Blochberger, 2008, S. 67). Sie greifen dabei offenbar ohnehin nicht bevorzugt auf Familie und FreundInnen zurück, da sie oft ein entstehendes Ungleichgewicht fürchten, das sich dann in der Beziehung bspw. zu FreundInnen widerspiegeln könnte (vgl. Hermes, 2004, S. 138).

Schwerwiegenden Vorverurteilungen standzuhalten, sich über die gesellschaftliche Haltung hinwegzusetzen und trotz des Wissens um bevorstehende Schwierigkeiten bei der Einforderung von Unterstützung wie z. B. der Elternassistenz sich für eine Schwangerschaft und für ein Kind zu entscheiden, erfordert enormen Mut und Kraft, die nicht alle Frauen mit körperlichen Beeinträchtigungen aufbringen können und wollen.

Kinderwunsch und Mutterschaft bei Frauen mit kognitiven Behinderungen im stationären Kontext

Während es für Frauen mit einer körperlichen Beeinträchtigung bereits schwer ist, ihren Kinderwunsch zu verwirklichen, hat eine Schwangerschaft bei Frauen mit kognitiver Behinderung im stationären Kontext noch immer Seltenheitswert. Dass Menschen mit kognitiven Behinderungen ebenfalls sexuelle Bedürfnisse haben, wird im Großteil der Wohneinrichtung für Menschen mit Behinderungen, besonders bei den pädagogischen MitarbeiterInnen, angenommen. Auch jün-

gere Eltern dieser BewohnerInnen haben Verständnis für die Bedürfnisse ihrer Kinder und reduzieren sie längst nicht mehr auf den Status »Sauber, satt und trocken«. Eine Zustimmung zur Auslebung der sexuellen Bedürfnisse erfordert jedoch auch, dass sich mit den möglichen Folgen des Geschlechtsverkehrs auseinandergesetzt wird (vgl. Walter, 1996, S. 290). Diese Auseinandersetzung hat jedoch bisher nur sehr selektiv stattgefunden. Aus der Sicht der Frauen betrachtet impliziert ein Kind Normalität und Selbständigkeit. Es wird damit die Ablösung von der Herkunftsfamilie und die Kompensation der eigenen Behinderung angenommen (vgl. ebd., S. 295). Diese Aspekte sind neben dem Wunsch, mit einem geliebten Menschen eine Familie zu gründen oder der Annahme, dass ein Kind den Partner zu einer lebenslangen Beziehung verpflichtet, für Frauen mit kognitiven Einschränkungen nicht unwesentlich (vgl. Specht & Zinsmeister, 2003, S. 25).

Ihr Wunsch nach einer Familie und einem Kind wird jedoch häufig als infantile Romantik belächelt. Diese Diskriminierung ist Folge gesellschaftlichen Einstellung, Menschen mit geistiger Behinderung nach wie vor häufig als Kinder gesehen und behandelt werden (vgl. Walter, 2008, S. 29).

Die praktische Arbeit in der Behindertenhilfe hat gezeigt, dass sich Frauen im gebärfähigen Alter und darüber hinaus (insbesondere dann, wenn sie zuvor nie die Gelegenheit hatten sich mit diesem Thema zu befassen) immer wieder eine Auseinandersetzung mit dem Thema Elternschaft wünschen; selbst dann, wenn sie feststellen müssten, dass sie aufgrund ihres Handicaps keine Kinder versorgen können. Sie erhalten über diesen Weg das Gefühl, in ihren Wünschen ernst genommen zu werden und möglicherweise ihrem Ziel der Mutterschaft näher zu kommen.

Vielfach wird Frauen mit kognitiven Einschränkungen, die in einer stationären Wohnform zu Hause sind, ein Kind abgesprochen. Das Recht auf Selbstbestimmung greift nach Einschätzung der derzeitigen Praxis nur sehr selektiv für diesen Bereich.

Durch zum Teil manipulative Äußerungen oder Drohungen, wie, dass eine Frau, wenn sie schwanger werde, ausziehen müsse oder durch bewusst lückenhafte Information zu bestimmten Themen wird deutlich, wie paternalistisch der Umgang mit Menschen mit Behinderungen im stationären Bereich sein kann (vgl. Zinsmeister, 2013, S. 51).

Durch die fehlende Verfügbarkeit z. B. von barrierefreien Informationen haben Menschen mit geistiger Behinderung, die einen Kinderwunsch haben, ohnehin wesentlich schlechtere Voraussetzungen, diesen auch umzusetzen (vgl. Michel et al., o. J., S. 17).

Eine offene Auseinandersetzung mit einem Kinderwunsch gibt es in vielen Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe nach wie vor nicht, insbesondere dort, wo Menschen mit geistigen Behinderungen oder Mehrfachbehinderungen leben. Wird eine Frau dann doch schwanger, ist es noch immer die Regel, dass sie aus ihrer gewohnten Umgebung herausgerissen wird. Sie kann in der Wohneinrichtung nicht bleiben, weil diese nicht für Familien geeignet ist. Mutter-Kind-Einrichtungen berücksichtigen das Zusammenwachsen der Familie ebenfalls nur eingeschränkt, weil der Vater dort meist nur zu Besuch sein darf (vgl. Bargfrede, 2006, S. 290ff.).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der Kinderwunsch für Menschen mit einer geistigen Behinderung noch erheblich schwerer zu verwirklichen ist als für Menschen mit körperlichen Einschränkungen. Neben den bereits benannten Schwierigkeiten fehlen ihnen zusätzlich der Zugang zu wesentlichen Informationen sowie eine Umgebung, die nicht restriktiv dem Kinderwunsch von Beginn an entgegenwirkt.

Gesellschaftlicher, familiärer und professioneller Umgang mit reproduktiven Wünschen bei Menschen mit Behinderungen

Nachfolgend wird beschrieben, wie die Gesellschaft, die Familie und das professionell helfende Umfeld mit familienplanerischen Wünschen von Menschen mit Behinderungen umgehen.

Gesellschaftlicher Umgang mit reproduktiven Wünschen bei Menschen mit Behinderungen

Gesamtgesellschaftlich betrachtet hat das Thema »Reproduktive Selbstbestimmung bei Menschen mit Behinderungen« zwar zunehmende, jedoch noch immer geringe Relevanz. Nähert man sich dem Thema über Zahlen, erfährt man aus der »Statistik der schwerbehinderten Menschen« von 2011, dass in der Bundesrepublik Deutschland 7,3 Mio. Menschen als schwerbehindert erfasst wurden. Davon waren 16,8% zwischen 25 und 45 Jahre alt. Wenn man von einem durchschnittlichen Gebäralter von 30,6 Jahren ausgeht (dies ermittelte das Statistische Bundesamt im Jahre 2011), dann ist für die Anzahl der Kinder die Alterskohorte 25–45 Jahre ausschlaggebend. Demnach sind 1,2 Mio. Menschen mit Behinderung in einem Alter, in dem sie sich mit ihrer Fertilität größtenteils aus-

einandersetzen. Von dieser Gruppe sind etwas weniger als die Hälfte Frauen (wobei, wie bereits angemerkt, das Thema Kinderwunsch Männer ebenfalls einschließt). Ein Viertel der erfassten Gruppe ist schwerstbehindert. Auch wenn aus den Angaben nicht hervorgeht, welche Formen der Behinderungen hier vorliegen, ist anzunehmen, dass für diese Personen die Wahrscheinlichkeit einer Elternschaft, besonders unter Berücksichtigung der bisher beschriebenen Situation, eher gering ist (vgl. Statistisches Bundesamt, 2011, S. 4f.). Aus diesen Daten lässt sich zwar kein Kinderwunsch ablesen, jedoch die Annahme, dass sich die benannte Personengruppe mit diesem Thema auseinandersetzen könnte.

Die Situation bei spätbehinderten Frauen sieht wie folgt aus:

Obwohl laut der LIVE-Studie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) aus dem Jahre 2000 70% der Frauen mindestens ein Kind haben, ist auch nach Einschätzung von Hermes die gesellschaftliche Wahrnehmung von Müttern mit Behinderungen eher gering (vgl. Hermes, 2004, S. 40).

Die Feststellung von Offenhausen, dass »[i]n unserer Gesellschaft, wo so viel Gewicht auf Perfektion und Schönheit gelegt wird, [...] das Unvollkommene kaum zum Zuge [kommt]«, hat auch über 30 Jahre später an Aktualität nicht verloren (Offenhausen, 1981, S. 30). Der Wunsch nach einem gesunden und nichtbehinderten Kind ist größer denn je. Die sich stetig weiterentwickelnden Möglichkeiten der Pränataldiagnostik tun ihr Übriges (vgl. Linke, 2014). Andererseits ändert sich die gesellschaftliche Wahrnehmung von Menschen mit Behinderungen durch massenkompatible Impulse, die bspw. einen aufklärenden und zugleich unterhaltenden Charakter haben. Durch Spielfilme wie *Be My Baby*, bei dem einen junge Frau mit Downsyndrom ihren Kinderwunsch in die Realität umsetzt, wird auch eine breite nicht-behinderte Öffentlichkeit mit dem Thema der reproduktiven Selbstbestimmung bei Menschen mit Behinderungen konfrontiert. Von den Schwierigkeiten, die Eltern mit Behinderungen jedoch im Alltag zu überwinden haben, bleibt die Gesellschaft weitestgehend unberührt, da es sich hierbei eben doch um zu spezifische Problemstellungen handelt.

Umgang mit reproduktiven Wünschen bei Menschen mit Behinderungen im professionellen Kontext

Vor noch nicht allzu langer Zeit war sich das Gros der Fachleute einig, dass eine Familienplanung für geistig behinderte Eltern pauschal abzulehnen ist. Hierfür

wurden juristische, psychologische und pädagogische Gründe herangezogen. Im Vordergrund dieser Debatte standen die fehlenden Kompetenzen im Hinblick auf die Versorgung und Erziehung des Kindes und die psychische Belastung bei Kindern mit normaler Begabung, wenn sie kognitiv eingeschränkte Eltern haben (vgl. Walter, 2008, S. 28). Der Umstand, dass auch Eltern ohne Behinderungen nicht immer dem Idealbild von Mutter oder Vater entsprechen und auch diesen Erziehungsfehler unterlaufen, zählte als Gegenargument offenbar nicht (vgl. Wohlgensinger, 2007, S. 88). Sollte es dennoch zu dem unwahrscheinlichen Fall einer Schwangerschaft bei einer Frau mit geistiger Behinderung kommen, so war klar, dass das Kind zur Adoption freigegeben oder in einer Pflegefamilie untergebracht wurde (vgl. Bichler & Schäfer, 1991, S. 11). Auch Menschen mit körperlichen Behinderungen sprach man die Fähigkeit ab, ihre Kinder zu erziehen. Aufgrund zahlreicher Vorurteile und der Wahrnehmung des behinderten Menschen als Neutrum und Abhängigen lässt sich das gesellschaftliche Bild mit der Elternrolle kaum vereinen (vgl. Hermes, 2004, S. 40f.).

Mit der Möglichkeit der Sterilisation konnten sich Fachpersonal und Angehörige gleichermaßen der Sorge um eine ungewollte Schwangerschaft dauerhaft entziehen. Gründe für eine solche Entscheidung waren pragmatischer, sozialer und pädagogischer Natur. Durch fehlende Verhütung sah sich das pädagogische Personal oft in seiner Ausübung der Aufsichtspflicht unter erheblichen Druck gestellt. Mit einer Sterilisation konnten nach Auffassung der MitarbeiterInnen der Behindertenhilfe den Bewohnerinnen mehr Freiräume zugestanden werden, da eine befürchtete Schwangerschaft nun nicht mehr möglich war (vgl. Bichler & Schäfer, 1991, S. 2). In der Praxis ist diese Stimmungslage in stationären Einrichtungen für Menschen mit kognitiven Einschränkungen zum Teil noch heute zu spüren.

Da zudem kaum Sexualerziehung für die BewohnerInnen stattfand, ließ sich eine Sterilisation getarnt als notwendiger medizinischer Eingriff vornehmen, ohne dass über das Thema Verhütung gesprochen werden musste. Es verband sich damit die Annahme, dass auch kein unnötiges Interesse an Sexualität geweckt würde (vgl. Walter & Hoyler-Herrmann, 1987, S. 231).

Mittlerweile hat sich die Situation insgesamt verbessert. Es gibt ernsthafte Bemühungen und Erfolge von Fachleuten, die sich mit der Schaffung von Hilfsangeboten und Wohnmöglichkeiten für Eltern mit Behinderungen beschäftigen. Zum einen gibt es Selbsthilfebewegungen wie z. B. den bbe e. V., der im Rahmen von Peer Counseling wichtige Erfahrungen und erworbenes Wissen an andere Eltern weitergibt und durch Informationshefte behinderte Eltern über ihre Rechte und Möglichkeiten aufklärt oder die Bemühungen der Lebenshilfe, die

im Bereich der begleiteten Elternschaft ambulante Hilfeangebote schafft. Zum anderen gibt das Kompetenzzentrum für behinderte und chronisch kranke Eltern, in dem wissenschaftlich ausgebildete Fachleute tätig sind, die aus ihren Forschungsergebnissen die Bedarfe extrahieren und diese in der Praxis den Betroffenen zu Nutze machen sowie ihr Renommee einsetzen, um die Landespolitik zu aktivieren (vgl. Michel et al., 2012, S. 90ff.). Leider sind diese Informationen jedoch auf bestimmte Regionen beschränkt und auch MitarbeiterInnen der Behindertenhilfe sowie Angehörige sind nur in Einzelfällen über diese informiert. Ein offenes Klima, in dem das Thema Kinderwunsch Raum finden kann, gibt es zudem längst nicht in allen stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe. Wie offen SonderpädagogInnen dem Thema gegenüber sind, hängt nach Einschätzung der Praxis von ihrer eigenen Sozialisation, dem Alter und dem Umstand ab, ob sie sich innerhalb ihrer Ausbildung mit dem Thema auseinandersetzen konnten. Mitentscheidend ist auch die Einstellung des Arbeitgebers gegenüber diesem Thema. Spezifische Wohnformen für Eltern mit Behinderungen sind flächendeckend bisher nicht vorhanden, und wenn doch, sind oft zu wenige Plätze verfügbar, sodass insbesondere die Nachfrage aus ländlichen Regionen nicht befriedigt werden kann. Während Bremen und Brandenburg eine erfolgreiche Etablierung von Beratungs- und Unterstützungsmodellen wie der begleiteten Elternschaft gelungen ist, scheint dies in anderen Regionen bisher nicht der Fall zu sein oder eines größeren Ausbaus zu bedürfen (vgl. ebd., S. 58). »Die Möglichkeit zwischen unterschiedlichen Wohnformen in der Region, in der die Eltern bis dahin gelebt haben, auszuwählen, wäre sicherlich die Ideallösung« (Specht & Zinsmeister, 2003, S. 33). Gerade das Fehlen von institutionellen Angeboten und anderen Lebens- und Wohnformen sorgt für eine Tabuisierung des Themas Kinderwunsch vor allem gegenüber Menschen mit Behinderungen selbst (vgl. Hennies & Sasse, 2004, S. 75). Dies könnte zu Rückschritten und einer Hemmung des bestehenden Engagements führen, was für Menschen mit Behinderungen, die auf solche Angebote dringend angewiesen sind, fatale Folgen haben könnte. Besonders Menschen mit kognitiven Einschränkungen fehlen nach wie vor Möglichkeiten, an Informationen zu Sexualität und Familienplanung zu kommen. Das Kompetenzzentrum für behinderte und chronisch kranke Eltern hat einen Teil dieses Bedarfes bereits aufgegriffen und z. B. durch die Entwicklung von »Wegweisern« in leichter Sprache zu den Themen Familienplanung, Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der Schwangerschaft, Geburt und Vorsorgeuntersuchungen für das Kind Informationen den Bedürfnissen der Zielgruppe entsprechend entwickelt. Weitere Wegweiser sind in Planung (vgl. Michel et al., 2012, S. 10).

Familiärer Umgang mit reproduktiven Wünschen bei Menschen mit Behinderungen

Eltern behinderter Kinder wünschen sich für ihre Kinder – wie alle anderen Eltern auch – ein glückliches Leben. Sie sollen lust- und genussvoll am gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Für viele aufgeklärte Eltern von heute ist das Thema Sexualität dabei kein Tabu. Im Gegensatz zu früher kalkulieren sie ein Sexualleben ihrer Kinder ein und möchten ihnen Sexualität ermöglichen, diese soll jedoch unbeschwert (für die Eltern) und folgenlos bleiben (vgl. Achilles, 2013, S. 115). Sie wollen sich und ihre Kinder mit dem Thema Schwangerschaft nicht belasten. Die Vorstellung, dass ihr Kind eine Familie gründen wollen könnte, erschreckt sie sehr. Sie wissen, dass ihr Kind versorgend nur anteilig zur Verfügung stehen kann. Bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen kann es sein, dass sie weder durch ihr Einkommen noch ihren Intellekt ihr Kind adäquat versorgen können. Für ein weiteres (möglicherweise behindertes) Enkelkind im Alter Sorge tragen zu müssen, können sich viele Eltern nicht vorstellen (vgl. Achilles, 2010, S. 75).

In der Vergangenheit war besonders für Eltern eines behinderten Kindes eine Sterilisation die einzige und zudem gut praktikable Verhütungsform, die sich problemlos in einen Wohneinrichtungsalltag integrieren lies. Eine Schwangerschaft musste unter allen Umständen verhindert werden. Denn neben der Betreuung der behinderten Tochter auch noch für deren Kind sorgen zu müssen, sollte ausgeschlossen werden (vgl. Bichler & Schäfer, 1991, S. 2).

Auch heute noch fragen Eltern behinderter Töchter im Rahmen von sexualpädagogischer Beratung immer wieder nach der Sterilisation als Verhütungsform. Bei einigen Eltern besteht noch immer der Irrtum, dass eine Sterilisation auch im Hinblick auf sexuelle Übergriffe das geeignete Mittel ist, da diese zumindest vor den gravierenden Folgen solcher Übergriffe schützt. Der Umstand, dass durch einen solchen Eingriff so sexuelle Gewalt über Jahre unentdeckt bleiben kann und dass die Täter zu 90% aus dem engen Umfeld des Opfers stammen und somit auch Kenntnis über die Sterilisation haben dürften, ist vielen nicht bewusst (vgl. Achilles, 2013, S. 116).

Unterstützungsmöglichkeiten für Eltern mit Behinderungen und ihre rechtliche Grundlage – bezogen auf Kinderwunsch

Im Rahmen der Unterstützung für Eltern mit Behinderungen gibt es zwei Modelle, die sehr erfolgversprechend erscheinen und sich bereits in der Praxis be-

währt haben. Dabei handelt es sich um die Elternassistenz und die begleitete Elternschaft.

Sämtliche Unterstützungsleistungen, die Eltern mit Behinderungen einfordern können, haben ihre rechtliche Grundlage im SGB IX. Hier sind die Rehabilitationsleistungen erfasst. Sie dienen dem Zweck, Benachteiligungen zu vermeiden. Auch der Unterstützung bei der Umsetzung des Erziehungsauftrages behinderter Mütter und Väter wird durch diese Rechtsgrundlage Rechnung getragen. Wer von den verschiedenen Rehabilitationsträgern im Einzelnen zuständig ist, hängt von individuellen Faktoren ab wie bspw., welche Behinderungsform vorliegt und wie sie verursacht wurde. Zusätzlich haben natürlich auch Eltern mit Behinderungen Ansprüche auf allgemeine Sozialleistungen wie z. B. die Sozialhilfe (vgl. Specht & Zinsmeister, 2003, S. 68ff.).

Die Elternassistenz ist vorrangig eine Unterstützungsform für Eltern mit körperlichen Beeinträchtigungen oder Sinnesbehinderungen. Die Unterstützung ist hier eher auf einen begrenzten Zeitraum angelegt. So ist diese bei Eltern mit sehr kleinen Kindern deutlich höher, da sie noch umfassenderen Pflege- und Betreuungsbedarf haben. Mit zunehmendem Kindesalter und wachsender Selbständigkeit kann die Unterstützung wieder reduziert werden. Bei der Elternassistenz geht es lediglich um assistierende Hilfestellungen, die die körperlichen Defizite kompensieren sollen, als eine Art »menschliches Hilfsmittel« (vgl. Michel et al., 2012, S. 69). Als Beispiele wären hier die Unterstützung beim Wickeln des Kindes oder das Füttern des Kindes zu nennen. Es ist entscheidend, dass die Eltern ihre Erziehungsfähigkeit selbst nutzen, ohne darin von Assistenten beschränkt zu werden und somit nur Unterstützung dort erfahren, wo ihr körperliches Defizit sie beschränkt (vgl. Zinsmeister, 2006). Die Gesetzliche Grundlage findet sich im §54 SGB XII in Verbindung mit §55 SGB IX. Sie entspricht keiner Sozialpädagogischen Familienhilfe oder der Hilfe zur Erziehung (vgl. Michel, 2012, S. 14, 68). Die Inanspruchnahme dieser professionellen Unterstützungsform ist für viele Eltern mit Behinderungen deutlich leichter anzunehmen, als immer wieder auf das soziale Umfeld oder Ehrenamtliche zurückgreifen zu müssen. Sie erhalten eine Leistung gegen Bezahlung und geraten so nicht in Abhängigkeitsgefälle oder sind auf das Wohlwollen von ehrenamtlichen Helfern angewiesen (vgl. Hermes, 2004, S. 139). Zudem ist es schwierig, eigene Ansichten durchzusetzen, wenn zuvor keine eindeutige Auftragsklärung vorliegt. Dies ist im Umgang mit helfenden Angehörigen häufig besonders kompliziert. Infolgedessen werden dann Unterstützungsleistungen nach den Gewohnheiten der Verwandten ausgeführt, oft aber nicht im Sinne des behinderten Elternteils (vgl. Rischer, 2001, S. 32).

Für Menschen mit kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen ist das Modell der begleiteten Elternschaft maßgeblich. Hierbei steht im Vordergrund, dass die Eltern im Erwerb und der Festigung ihrer elterlichen Kompetenzen unterstützt werden. Diese Begleitungsform wird sowohl ambulant als auch stationär angeboten (vgl. Pixa-Kettner & Rischer, 2013, S. 261). Es soll neben einer engmaschigen Unterstützung eine Möglichkeit sein, das eigene Kind möglichst selbstbestimmt aufzuziehen. Die Eltern erhalten Hilfe im Erlernen der Erziehungskompetenzen, bei der Förderung ihrer Kinder und Erweiterung der eigenen Alltagskompetenzen. Die Unterstützung ist auf Dauer angelegt, unter Umständen sogar bis zur Volljährigkeit der Kinder. Auch diese Unterstützungsform kompensiert die Behinderung der Eltern. Die gesetzliche Grundlage für die Inanspruchnahme der begleiteten Elternschaft findet sich wieder im Sozialgesetzbuch: »Kinder- und Jugendhilfe SGB VIII §§19, 27, 34, 35, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen SGB IX §§17, 55; Eingliederungshilfe SGB XII §§53, 54, 57« (Michel, 2012, S. 13).

Bei der Beanspruchung von Elternassistenz oder begleiteter Elternschaft zeigen sich in der Praxis nach wie vor gravierende Probleme. So gibt es bspw. bei der Elternassistenz oft Zuständigkeitskonflikte zwischen Trägern aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe und den Rehabilitationsträgern (vgl. Michel et al., o. J., S. 32f.). Aufgrund der Seltenheit solcher Leistungsansprüche insbesondere im ländlichen Raum werden Zuständigkeiten immer wieder hin und her geschoben. Die Nennung von zahlreichen möglichen AnsprechpartnerInnen, die jedoch bei ihren Aussagen teilweise nur vage oder sich widersprechende Auskünfte erteilen, und/oder die Ablehnung beantragter Leistungen führt dazu, dass werdende Eltern und deren UnterstützerInnen aufgrund des schon bald bevorstehenden Bedarfes an Assistenz großem Stress ausgesetzt sind und nicht selten auf die Hilfe eines Fachanwaltes zurück greifen müssen.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich im Hinblick auf den Umgang mit reproduktiven Rechten von Menschen mit Behinderungen seit den frühen 1990er Jahren einiges getan hat. Während sich zu dieser Zeit Fachleute noch mit der Forderung nach gelebter Sexualität beschäftigten und bereits die Möglichkeiten von Prostitution und Sexualbegleitung als bahnbrechende Erfolge deklarierten, wurde das Recht auf reproduktive Selbstbestimmung zu jener Zeit nicht gedacht. Denn Menschen mit Behinderungen auch eigene Kinder »zuzubilligen«, über-

stieg die Vorstellungskräfte der Professionellen bei Weitem. Bis zur Änderung des Betreuungsgesetztes im Jahre 1992, das die Sterilisation von Menschen mit Behinderungen erheblich erschwerte, stellte sich das Problem auch praktisch nicht.

Die neue Generation von Menschen mit Behinderungen hat sich glücklicherweise mit offenbar wachsender Tendenz in Interessengemeinschaften und Selbsthilfebewegungen vereint, sodass sie mit eigener Kraft für ihre Rechte eintreten kann. In der Fachwelt bleiben ihre Appelle nicht ungehört. Im Sinne der Gleichbehandlung aller ist das Thema Kinderwunsch von Menschen mit Behinderungen hier längst kein Tabu mehr. Dennoch erreichen individuelle Unterstützungen und Hilfsangebote längst nicht alle. Menschen mit Behinderungen, die in Ballungsgebieten leben, haben deutlich größere Chancen Unterstützung zu erfahren, als Menschen mit Handicap, die in ländlichen Regionen zu Hause sind. Zudem ist die Aufklärung über Hilfeangebote längst nicht überall angekommen. Außerdem gibt es immer noch Fachkräfte, die ihre Macht massiv missbrauchen, um durch Drohungen oder das Ausnutzen von Abhängigkeitsverhältnissen ihre paternalistischen Vorstellungen von einem nach ihren Werten geprägten »richtigen Leben« für ihre »Schützlinge« durchzusetzen. Es ist aus diesem Grund besonders wichtig, Menschen mit Behinderungen in der Durchsetzung ihrer Rechte zu unterstützen und sie darin zu bestärken, für ihre Wünsche nach einem selbstbestimmten Leben, das natürlich auch ein Familienleben sein kann, einzustehen. Dass bei einer solchen Debatte das Kindeswohl immer im Blick behalten werden muss, ist selbstverständlich und kein Spezifikum, das nur für diese Personengruppe gilt, sondern immer ein Grundsatz bleibt.

Literatur

Achilles, I. (2010). *»Was macht Ihr Sohn denn da?« Geistige Behinderung und Sexualität* (5. Aufl.). München: Reinhardt Verlag.

Achilles, I. (2013). Störfaktor Sexualität – Selbstbestimmung im Spannungsfeld zwischen Betroffenen, Eltern und Pädagogen. In J. Clausen & F. Herrath (Hrsg.), *Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung* (S. 111–123). Stuttgart: Kohlhammer.

Bargfrede, S. (2006). Unterstützungsmöglichkeiten für Eltern mit geistiger Behinderung in Deutschland. In U. Pixa-Kettner (Hrsg.), *Tabu oder Normalität? Eltern mit geistiger Behinderung und ihre Kinder* (S. 283–299). Heidelberg: Universitätsverlag Winter.

Bichler, J. & Schäfer, D. (1991). Praxiserfahrungen und Reflexionen. Diskussion 1. In J. Mohr & C. Schubert (Hrsg.), *Partnerschaft und Sexualität bei geistiger Behinderung* (S. 1–15). Berlin, Heidelberg: Springer.

Hennies, I. & Sasse, M. (2004). Liebe, Partnerschaft, Ehe und Kinderwunsch bei Menschen mit geistiger Behinderung. In E. Wüllenweber (Hrsg.), *Soziale Probleme von Menschen mit geis-*

tiger Behinderung: Fremdbestimmung, Benachteiligung, Ausgrenzung und soziale Abwertung (S. 65–77). Stuttgart: Kohlhammer.

Hermes, G. (2004). *Behinderung und Elternschaft leben – kein Widerspruch! Eine Studie zum Unterstützungsbedarf körper- und sinnesbehinderter Eltern in Deutschland*. Neu-Ulm: AG SPAK Bücher.

Leue-Käding, S. (2004). *Sexualität und Partnerschaft bei Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung. Probleme und Möglichkeiten einer Enttabuisierung*. Heidelberg: Universitätsverlag Winter.

Meier Rey, C. (1994). *Identität – Frau – Behinderung: Identitätsbildung und Identitätsentwicklung von Frauen mit Behinderungen*. Zürich: Zentralstelle der Studentenschaft.

Offenhausen, H. (1981). *Behinderung und Sexualität. Probleme und Lösungsmöglichkeiten*. Bonn: Rehabilitationsverlag.

Pixa-Kettner, U. & Rischer, C. (2013). Elternschaft von Menschen mit Behinderung – Entdiskriminierung und Ermutigung. In J. Clausen & F. Herrath (Hrsg.), *Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung* (S. 251–265). Stuttgart: Kohlhammer.

Rischer, C. & Blochberger, K. (2001). 2. Zur Situation behinderter und chronisch kranker Eltern. In Bundesverband behinderter und chronisch kranker Eltern e.V. (Hrsg.), *Assistenz bei der Familienarbeit für behinderte und chronisch kranke Eltern. Ratgeber für die Organisation von personellen Hilfen bei der Pflege und Erziehung der Kinder* (S. 12–31). Langenhagen: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Rischer, C. (2001). 4. Der Einsatz von nicht bezahlten HelferInnen in der Familienarbeit. In Bundesverband behinderter und chronisch kranker Eltern e.V. (Hrsg.), *Assistenz bei der Familienarbeit für behinderte und chronisch kranke Eltern. Ratgeber für die Organisation von personellen Hilfen bei der Pflege und Erziehung der Kinder* (S. 32–33). Langenhagen: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Specht, R. & Zinsmeister, J. (2003). *Hilfe! Eltern? Elternhilfe. Eine Orientierung zu den Themen Kinderwunsch und Elternschaft von Menschen mit Behinderungen*. Berlin: Eigenverlag der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz.

Walter, J. & Hoyler-Herrmann, A. (1987). *Erwachsensein und Sexualität in der Lebenswirklichkeit geistigbehinderter Menschen. Biographische Interviews*. Heidelberg: Heidelberger Verlagsanstalt.

Walter, J. (1996). Sexuelle Partnerschaft, Kinderwunsch und Elternschaft geistigbehinderter Menschen. In J. Walter (Hrsg.), *Sexualität und geistige Behinderung* (4. Aufl.; S. 290–296). Heidelberg: Universitätsverlag C. Winter.

Walter, J. (2008). Selbstbestimmte Sexualität als Menschenrecht. In Walter, Joachim (Hrsg.), *Sexualbegleitung und Sexualassistenz bei Menschen mit Behinderungen.* (2. Aufl.; S. 15–30). Heidelberg: Universitätsverlag C. Winter.

Wohlgensinger, C. (2007). *Unerhörter Kinderwunsch. Die Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung: Eine Betrachtung aus sonderpädagogisch-ethischer Perspektive*. Biel: Edition SZH.

Zinsmeister, J. (2013). Rechtsfragen der Sexualität, Partnerschaft und Familienplanung. In Clausen, J. & Herrath, F. (Hrsg.), *Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung* (S. 47–71). Stuttgart: Kohlhammer.

Internetquellen

bbe e.V. (2014). Bundesverband behinderter und chronisch kranker Eltern e.V. (2014). http://www.behinderte-eltern.de/Papoo_CMS/?menuid=getlang=de (31.10.2014).

Blochberger, K. (2008). Befragung zum Nutzen der Peer Counseling-Angebote des Bundesverbandes behinderter und chronisch kranker Eltern – bbe e. V. Evaluation eines Peer Counseling-Angebotes unter Berücksichtigung der Kriterien der Disability Studies. Masterarbeit. FH Hannover. http://www.behinderte-eltern.de/pdf/Befragung.pdf (28.10.2014).

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2011). Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft. Der Nationale Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a740-nationaler-aktionsplan-barrierefrei.pdf?__blob=publicationFile (31.10.2014).

Bundesvereinigung der Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V. (2011). Stellungnahme der Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V. zum Nationalen Aktionsplan der Behindertenrechtskonvention. http://www.lebenshilfe.de/de/themen-recht/artikel/StellungnahmenBVLH.php (31.10.2014).

Linke, D. (2014). Unser Abtreibungswahn. Wird eine Behinderung pränatal diagnostiziert, entscheidet sich eine überwältigende Mehrheit für eine Abtreibung. Warum haben wir so große Angst vor behinderten Menschen? http://www.zeit.de/gesellschaft/familie/2014-09/abtreibung-behinderung (24.09.2014).

Mensch zuerst – Netzwerk People First Deutschland e. V. (2002). Forderungen von Menschen mit Lernschwierigkeiten zum Thema Sexualität. http://www.people1.de/02/t/06forderungskatalog.shtml (28.10.2014).

Michel, M., Wienholz, S. & Jonas, A. (o. J.). Die medizinische und soziale Betreuung behinderter Mütter im Freistaat Sachsen – eine medizinsoziologische Begleitstudie zum Aufbau eines Kompetenzzentrums für behinderte Mütter. http://www.kompetenz-behinderte-eltern.de/pdf/Bericht_gesamt.pdf (02.11.2014).

Michel, M., Müller, M., Seidel, A. & Wienholz, S. (2012). Abschlussbericht. Behinderte Mütter im Freistaat Sachsen – Ausbau der Bildungs- und Beratungsangebote und wissenschaftliche Begleitung der Arbeit des Kompetenzzentrums. http://www.kompetenz-behinderte-eltern.de/pdf/Abschlussbericht_Kompetenzzentrum_2012.pdf (02.11.2014).

Statistisches Bundesamt (2011). Kurzbericht. Statistik der schwerbehinderten Menschen. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/BehinderteMenschen/SozialSchwerbehinderteKB5227101119004.pdf?__blob=publicationFile (02.11.2014).

Zinsmeister, J. (2006). Staatliche Unterstützung behinderter Mütter und Väter bei der Erfüllung ihres Erziehungsauftrages. Rechtsgutachten im Auftrag des Netzwerks behinderter Frauen Berlin e. V. http://bidok.uibk.ac.at/library/zinsmeister-rechtsgutachten.html (09.11.2014).

Gewinn durch Vielfalt

Reproduktion außerhalb des heteronormativen Kontextes

Marlen Weller-Menzel

Gewinn durch Vielfalt – in Zeiten von Diversity und Inklusion ein viel gebrauchter Slogan, der sich jedoch nicht nur, wie häufig in der Gesellschaft angenommen, auf gleichberechtigte Unternehmenspolitik für Frauen und Männer und die Einbeziehung von beeinträchtigten Menschen bezieht, sondern vielmehr auf alle Menschen und alle Lebensbereiche. Diversity und Inklusion zielen auf die uneingeschränkte Gleichbehandlung aller Menschen ab und erhalten durch den §21 der Grundrechte der Europäischen Union (Anti-Diskriminierungsparagraf)[1] und auch durch das deutsche Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz[2] ihre Daseinsberechtigung. Als geltendes Recht in Deutschland ist demnach anzunehmen, dass es auch in allen Ebenen des Lebens Anwendung findet, doch hier gilt es genau hinzusehen – werden tatsächlich alle gleich behandelt und alle Lebensbereiche mit dem gleichen Maß gemessen?

Der folgende Text macht deutlich, dass in Deutschland die vollständige Gleichbehandlung von LSBTI[3]-Menschen, gerade beim Thema Reproduktion und Familie, nicht gegeben und die Gesellschaft in vielerlei Hinsicht von einem gelebten »Gewinn durch Vielfalt« weit entfernt ist. Und es wird gezeigt, dass

---

1 § 21 Nichtdiskriminierung: (1) Diskriminierungen, insbesondere wegen des Geschlechts, der Rasse, der Hautfarbe, der ethnischen oder sozialen Herkunft, der genetischen Merkmale, der Sprache, der Religion oder der Weltanschauung, der politischen oder sonstigen Anschauung, der Zugehörigkeit zu einer nationalen Minderheit, des Vermögens, der Geburt, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Ausrichtung, sind verboten.

2 § 1 Ziel des Gesetzes: Ziel des Gesetzes ist, Benachteiligungen aus Gründen der Rasse oder wegen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität zu verhindern oder zu beseitigen.

3 L = Lesbisch, S = Schwul, B = Bi, T = Trans, I = Inter

gerade diese Menschen vor Schwierigkeiten nicht zurückschrecken und dass die lang anhaltenden Vorurteile gegen sogenannte Regenbogeneltern völlig unbegründet sind.

Heteronormativität bedeutet trotz der Begrifflichkeit nicht, dass sie jeden einschließt

Um sich der Thematik anzunähern, bedarf es zuerst einer klaren Definition, was unter der Heteronormativität zu verstehen ist. Degele (2008, S. 21) fasst die Annahme wie folgt zusammen: »Menschsein sei natürlicherweise zweigeschlechtlich organisiert und Heterosexualität die ausschließliche und essenzielle, das heißt naturgegebene und unveränderbare Grundlage.« Sie führt in ihrer Aussage weiter aus, dass in der Annahme der Heteronormativität ein klares, zweigeteiltes Geschlechtersystem in Frau und Mann, deren Sexualität sich aufeinander bezieht, herrscht, und sich daraus die logische Schlussfolgerung ergibt, dass es bei einer Abweichung, bei einer nicht klaren Zuordenbarkeit von Menschen und ihrer Sexualität, zu Irritationen und Unsicherheit für das Gegenüber kommt (vgl. ebd., S. 21). Neuere Wissenschaftszweige wie die Gender- und Queer Studies kritisieren diese starre Annahme vehement. Sie gehen letztlich davon aus, dass es nicht nur zwei Geschlechter und auch keinen zwingenden Zusammenhang zwischen biologischem und kulturellem Geschlecht gibt. Gerade diese Kategorisierungen werden als gewachsene kulturelle Produkte offengelegt (vgl. Czollek et al., 2009, S. 37f.).

Nun ließe sich eine lange Debatte über das Für und Wider dieser unterschiedlichen Aussagen führen. Beide können in bestimmten Punkten von der jeweiligen wissenschaftlichen Gegendisziplin widerlegt oder untermauert werden. Fakt ist, dass jährlich Menschen geboren werden, deren Geschlecht nicht eindeutig zuordenbar ist, auf genaue, statistisch verlässliche Zahlen kann sich bei der Häufigkeit jedoch nicht berufen werden, da nicht immer sofort erkannt wird, dass es sich nicht um eine »Eingeschlechtlichkeit« handelt. In einer Ausgabe von Stern.de aus dem Jahr 2009[4] wird von einer Häufigkeit von 1:500 gesprochen – auf 500 Geburten komme ein intergeschlechtliches Kind. Im Jahr 2009 lebten rund 80.000 intergeschlechtliche Menschen in Deutschland. Es ist anzunehmen, dass diese Zahl nicht alle erfasst und die sogenannte Dunkelziffer um einiges höher ist. Laut statistischem Bundesamt lebten Ende 2013 80,8 Millionen Menschen

4 Vgl. Bongard, 2009.

in Deutschland, dabei sind 80.000 Intersexuelle mit nur ca. 0,1% sicherlich eine kleine Gruppe und auch die angenommenen 2% ausschließlich homosexuellen Menschen in Deutschland zeigen, dass die Annahme einer ausschließlichen Heteronormativität bereits hier ins Wanken gerät. Der legendäre Kinsey-Report von 1948, in der rund die Hälfte der damals befragten Personen angaben, bisexuelle Neigungen bzw. Fantasien zu haben, ist ebenfalls ein klares Beispiel dafür, dass die absolute Annahme schlichtweg falsch ist. Auch die 2009 von der BRAVO initiierte Jugendstudie »Liebe! Körper! Sexualität!« mit 1228 TeilnehmerInnen zwischen elf und 17 Jahren ergab, dass jedes zehnte Mädchen und 2% der Jungen bereits gleichgeschlechtliche Fantasien hatten (vgl. BRAVO, 2009, S. 32).

Den vorangegangenen Ausführungen entsprechend kann also deutlich gesagt werden, dass es *die* Heteronormativität nicht gibt, denn Zweigeschlechtlichkeit und Heterosexualität sind nicht ausschließlich und essenziell und damit weder naturgegeben noch unveränderbar. Unumstritten bleibt jedoch, dass die sogenannte Norm, also die Mehrheit, der heteronormativen Annahme entspricht und es damit gesellschaftlich gesehen tatsächlich ein »Außerhalb der Norm« gibt.

»Außerhalb der Norm« bedeutet nicht, kein Recht auf Selbstbestimmung zu haben

Vorangegangen wurde ausführlich erläutert, dass eine kulturell gewachsene Normativität gegenwärtig ist und sich ihre Kraft und Inanspruchnahme in der heutigen Gesellschaft nicht leugnen lässt. Doch auch wenn Menschen der LSBTI-Gruppe auch heute noch in vielerlei Hinsicht außerhalb der gesellschaftlichen Mitte leben und leben müssen, bleibt die Würde und das Recht auf Selbstbestimmung eines jeden Menschen unantastbar.

Das Nachschlagewerk der Bundeszentrale für politische Bildung gibt eine kurze, aber klare Definition, was unter dem Begriff der Selbstbestimmung zu verstehen ist: Es sei »das Recht des Einzelnen oder von Gruppen, die eigenen Angelegenheiten frei und eigenverantwortlich zu gestalten« (bpb, 2010). Grundlage für diese Definition ist der Artikel 2 des deutschen Grundgesetzes, das einem jeden Menschen die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit zusichert, sofern dieser damit nicht die Grundrechte eines anderen verletzt. Damit einher geht das sich logisch anschließende Recht auf sexuelle und reproduktive Gesundheit, ein Recht auf selbstbestimmte Reproduktion. Um die Bedeutung dieses Ideals zu unterstreichen, wurde dieses Recht 1994 bei der Internationalen Konferenz in Kairo zur Bevölkerung und Entwicklung als ein Menschenrecht anerkannt (vgl. BMZ,

2014). Menschenrechte gelten für alle Menschen und doch zeigt die Realität auch hier, dass das geschriebene Wort eine Sache ist und die Umsetzung in die Praxis eine ganz andere. In keiner der Formulierungen all dieser Rechte auf Selbstbestimmung und freie Familienplanung lässt sich ein Wortlaut finden, der die Gruppe der LSBTI-Menschen ausschließt; und dennoch findet hierzulande und weltweit eine enorme Diskriminierung statt, auch wenn in den letzten Jahren viel Positives für die Gleichstellung getan wurde. Seit 2006 werden die Yogyakarta-Prinzipen zur Anwendung der Menschenrechte in Bezug auf die sexuelle Orientierung und geschlechtliche Identität als Richtlinie zur Gleichbehandlung angesehen. Trotz großer Beachtung und Verbreitung sind sie dennoch durch keinen Staat als geltendes Recht anerkannt worden. In dem 29 Paragrafen starken Werk wird in §24 explizit das Recht zur Gründung einer Familie ausgesprochen (HES, 2008, S. 7ff.).

Homosexuell zu sein bedeutet nicht, den Kinderwunsch gar nicht erst zu verspüren

Laut der Identitätstheorie von Erikson, die in der 7. Stufe »Mittleres Erwachsenenalter« beschreibt, dass sich vor allem innerhalb einer Beziehung zwangsläufig das Bedürfnis nach einem Kind – nach der Übernahme von Verantwortung – einstellt, könnte auch, unter Einbeziehung moderner wissenschaftlicher Ansichten, davon ausgegangen werden, dass ein Kinderwunsch bei dem Menschen biologisch determiniert ist (vgl. Weller, 2009, S. 24). Wird diese Annahme also anerkannt, so ist sie auch auf gleichgeschlechtlich begehrende Menschen und insgesamt auf LSBTI anzuwenden. Was Familie ist, lässt sich durch viele verschiedene Definitionen aus ganz unterschiedlichen Perspektiven erklären, aber letztlich bleibt es doch eine sehr individuelle Antwort, was Familie für einen jeden Einzelnen bedeutet. Vielleicht lässt sich zumindest ein Fakt auf all diese Erklärungsversuche beziehen – es geht immer darum, Verantwortung für andere zu übernehmen, egal ob blutsverwandt, Kind oder Partner. Familie ist dort, wo Menschen füreinander einstehen.

Ein Kinderwunsch außerhalb des heteronormativen Kontextes ist schwierig

Um den Kinderwunsch und die Umsetzung des Wunsches in der Realität mit all seinen Facetten, Möglichkeiten und Hindernissen abzubilden, bedarf es nicht

nur der Aufzählung der jeweils zur Verfügung stehenden Mittel, sondern auch der Beachtung von gewachsenen und veränderten Ansichten und rechtlichen Entwicklungen im Kontext der LSBTI-Gemeinschaft sowie der gesellschaftlichen Entwicklung in Deutschland.

Wie viel sich in den letzten Jahren in Deutschland verändert hat, kann an einem Handlungsakt, der wohl den wenigsten aufgefallen ist, erkannt werden. Im Jahr 2009 wurde der Begriff »Regenbogenfamilie« in den deutschen Duden aufgenommen. Nun steht es geschrieben, gilt damit als ein, wenn auch nicht überall gern gesehener und akzeptierter, Teil der deutschen Gesellschaft. Auch die Durchführung der Studie »Lebenssituation von Kindern in gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaften« (BMJ-Studie), ebenfalls im Jahr 2009, beauftragt durch das Bundesministerium der Justiz, macht deutlich, dass die Regenbogenfamilie als Familienform nicht mehr geleugnet werden kann (vgl. LSVD, 2014, S. 7). Doch was genau ist unter der Regenbogenfamilie zu verstehen? Gerlach gibt eine klare und einfach verständliche Definition: »Die Regenbogenfamilie – Wenn sich mindestens ein Elternteil nach außen als lesbisch, schwul, bisexuell oder transgender definiert und sich in irgendeiner Form der LGBT-Community zugehörig fühlt« (Gerlach, 2010, S. 18). Zu dieser Begriffserläuterung sei jedoch noch erklärenderweise hinzuzufügen, dass sich zum heutigen Stand in Deutschland die Bezeichnung LSBTI für lesbisch, schwul, bi-, trans- und intersexuell durchgesetzt hat, um auch intersexuelle Menschen zu erfassen. Die Regenbogenfamilie ist also ein familiärer Zusammenschluss mit einem Kind, in welcher sich zumindest eine elterlich-verantwortliche Person als LSBTI-zugehörig fühlen muss. Diese Familienform stellt, heute auch anerkannt, einen eigenen Familientypus dar, genau wie die Eineltern-, Patchwork- und Stieffamilie. Die Regenbogenfamilie folgt jedoch nicht den typischen Rollenmustern einer Familie, da sie sich nicht auf die traditions- und gesellschaftsgeübte Verteilung Vater-Mutter-Kind stützen kann und muss. Sie obliegt somit einer stets individuellen Aushandlung und »Rollenübernahme«, die – ungeachtet gesellschaftlich vorgegebener Erwartungen – sinnvoll angegangen werden kann. Im Gegenzug kann sich jedoch auch nicht auf erprobte Wege und Erziehungsstile verlassen werden (vgl. Weller, 2009, S. 41f.; LSVD, 2014, S. 142).

Im Folgenden soll eine kurze Darstellung der Vielfalt der Regenbogenfamilien gegeben werden, wobei anzumerken bleibt, dass es sich herbei um die »bekannten und gelebten« Familienmodelle handelt. Sicherlich gibt es in der Praxis noch die eine oder andere Art, wie Familie gelebt werden kann, aber diese hat evtl. noch keinen Einzug in den theoretisch-wissenschaftlichen Bereich gefunden. Die Queerfamily meint ein Modell, in welchem sich z. B. ein Lesben- mit

einem Schwulenpaar als »Elternparteien« zusammenfindet bzw. ein Paar mit einem homosexuellen weiblichen oder männlichen Single, um den Kinderwunsch gemeinsam auszutragen. Diese Form erfordert von Anfang an klare Absprachen und Übereinkünfte, wer wie und in welchem Verhältnis die rechtliche elterliche Sorge bzw. den sozialen Elternteil übernimmt. Die Erziehung muss in einem für das Kind sinnvollen und entspannten Verhältnis zwischen den beiden Elternparteien ausgehandelt werden (vgl. Gerlach, 2010, S. 72f.). Die Patchworkfamilie ist die »neue« Stieffamilie, da der Begriff der Stiefeltern oder -kinder in früheren Zeiten in der Regel stark negativ besetzt war, was vor allem in Märchen und Kindergeschichten deutlich wird; so hat man sich mit der Zunahme und positiven Entwicklung dieses Modells für den neuen Namen entschieden. Bei diesem Typus handelt es sich um neu zusammengesetzte Familien aus vorangegangenen Familienbeziehungen, im Falle der Regenbogenfamilien waren dies meist heterosexuelle Beziehungen. Praktisch sieht dies so aus, dass z. B. eine verheiratete Frau mit zwei Kindern nach ihrer Scheidung nun mit ihren Kindern und einer anderen Frau, evtl. auch mit eigenen Kindern, zusammenlebt und die jeweiligen Kinder aber in regelmäßigen Abständen bei ihren Vätern und deren neuer Frau sind. Bei diesem Modell ist es ähnlich wie bei der Queerfamily – es bedarf einer klaren und ehrlichen Kommunikation zwischen den jeweiligen Familien, um evtl. Eifersüchte nicht auf den Schultern der Kinder auszutragen (vgl. ebd., S. 76f.). Eine weitere Form stellt die »Transfamilie« dar: Für diese Bezeichnung ist einzig von Belang, dass ein Elternteil sich als transgender empfindet oder sich einer Geschlechtsangleichung unterzogen hat oder noch will, unabhängig davon, in welchem Ausmaß (Teil- oder Vollangleichung) eine solche Angleichung vorgenommen wird. Diese Familie ist letztlich natürlich in einem der andere Modelle einzuordnen, da es sich bei der Transbezeichnung um die Charakterisierung einer oder auch zweier Personen handelt, aber nicht um die Lebensform bzw. -art des familiären Zusammenlebens und der Verantwortungsverteilung. Grundsätzlich unterscheidet sie sich aber insoweit von den anderen, als sie mit wesentlich schwierigeren rechtlichen und gesellschaftlichen Hindernissen zu kämpfen hat (vgl. ebd., S. 92f.). Als letztes sei an dieser Stelle die alleinerziehende Familienform benannt. Diese Form unterscheidet sich bis auf die sexuelle Orientierung oder die geschlechtliche Identität der jeweiligen sorgeberechtigten Person nicht von der heterosexuellen Einelternfamilie (vgl. ebd., S. 106f.).

Wie auch immer das entstandene oder gewählte Familienmodell aussieht, Grundvoraussetzung ist im vorliegenden Beitrag zur Reproduktion bzw. Familienplanung ein Kind, und in diesem Zusammenhang stellt sich die geradezu

kindliche Frage nach dem Klapperstorch oder den Bienen: »Wo kommen die Kinder eigentlich her?«

Jeder dritte schwule Mann und jede zweite lesbische Frau gibt heute in Umfragen an, ein Kind aufziehen zu wollen, und die BMJ-Studie zeigt, dass bereits 2009 weniger als 50% der Kinder in Regenbogenfamilien aus früheren heterosexuellen Beziehungsformen stammen (vgl. LSVD, 2014, S. 9). Diese kinderfreundlichen Zahlen und Einstellungen sind jedoch noch ein sehr junges Phänomen. Erst im Laufe der 80er Jahre, ganz real und praxisnah betrachtet wohl eher in den 90er Jahren, wurde das Tabu Homosexualität und Kinder innerhalb der »Szene« aufgebrochen. Vor dieser Zeit verschwiegen die meisten schwulen Männer innerhalb der Gemeinschaft die eigenen Kinder und lesbische Frauen kamen gar nicht erst auf den Gedanken ein Kind zu wollen, denn dafür hätten sie ja auf die eine oder andere Weise ihr Leben wieder an einem Mann orientieren müssen. Frauen, welche erst spät zu ihrer homosexuellen Orientierung fanden, bereits geheiratet und Kinder hatten, konnten ihre Kinder nicht so einfach verschweigen, wie dies bei Männern möglich war; sie mussten sich den oft kritischen Blicken und Bemerkungen der »Szene« stellen und letztlich eine Diskriminierung innerhalb der eigenen »Randgruppe« erfahren (vgl. LSVD, 2014, S. 11f.). Die frühere Angst von Eltern, welche ihre sexuellen Neigungen erst später erfuhren, durch ein Coming Out das Sorgerecht für ihre Kinder zu verlieren, ist seit 1998 mit der Kindschaftsrechtsreform, die ein generelles Sorgerecht für beide Eltern verlangt, unbegründet, denn die homosexuelle Orientierung eines Elternteils ist laut Gericht kein Grund für einen Sorgerechtsverlust (vgl. ebd., S. 17). Heute erfährt die homosexuelle Gemeinschaft geradezu einen den Voraussetzungen entsprechenden »Babyboom« bei den Frauen. Unabhängig davon, ob Frau oder Mann, die Ängste und falsch verstandenen Ideale, sich von Kindern abzuwenden, um sich von der Heteronormativität abzugrenzen, haben sie nun überwunden und weit hinter sich gelassen. Der Wunsch nach einem Kind ist heute also kein Tabu mehr, und in den großen und aufgeschlossenen Städten Deutschlands sieht man doch das eine oder andere Mal zwei junge Frauen, die Hand in Hand einen Kinderwagen schieben; ein wenig weiter kann man zwei Männer mit einem Kleinkind beobachten, wie sie ihm versuchen, das Fußballspielen beizubringen. Es bleibt demnach die Frage zu beantworten: Wenn diese Kinder nicht aus vorangegangenen heterosexuellen Beziehungen kommen, wo kommen sie dann her?

In Deutschland gibt es hierfür grundsätzlich erst einmal nur drei Möglichkeiten: eine Insemination, eine Adoption (Stiefkindadoption) und eine Pflegschaft. Eine vierte, aber in Deutschland nicht erlaubte Variante, ist die Leihmutterschaft.

Im Folgenden soll ein Überblick über diese Methoden der Familienplanung gegeben werden, jedoch kann der hier vorliegende Text nicht in vollem Umfang die Tiefe und Breite dieser Thematik erfassen.

Insemination

Insgesamt werden ca. 1000 Kinder jedes Jahr mithilfe einer Insemination geboren. In eingetragenen Lebenspartnerschaften sind 96% der Kinder leibliche und davon entsteht jedes zweite mithilfe einer Insemination. Eine Inseminationmeint, die Befruchtung einer Frau ohne den heterosexuellen Geschlechtsakt durchzuführen, wobei hier zwischen einer homologen, mit dem Ehe- oder Lebenspartner, und einer heterologen bzw. donogenen Insemination, mit dem Sperma eines »unbeteiligten« Dritten, unterschieden wird. Grundsätzlich wird in Deutschland eine Insemination mit einem Anteil der Gesamtkosten bei verheirateten Paaren, die unter einer gesundheitlich bzw. medizinisch bedingten Kinderlosigkeit leiden, von der Krankenkasse getragen. Hier liegt die Betonung auf verheiratet, denn unverheiratete Paare müssen die finanziellen Aufwendungen für ein solches Vorhaben allein bestreiten, und da eine eingetragene Lebenspartnerschaft keine Ehe ist, wird dem homosexuellen »Ehepaar« die Kostenübernahme ebenfalls versagt. Noch vor wenigen Jahren war es lesbischen Frauen generell nicht möglich, auf offiziellem Wege eine Insemination mit dem Sperma eines Fremden oder auch Bekannten durchführen zu lassen (vgl. LSVD, 2014, S. 38f.). Eine Insemination kann auf vier Wegen durchgeführt werden: die in lesbisch-schwulen Kreisen am häufigsten praktizierten Selbstdurchführungsvarianten sind die Kappeninsemination, in welcher das Ejakulat in eine spezielle Kappe gebracht und dann direkt vor den Muttermund eingesetzt wird, und die intrazervikale Insemination, in welcher das Ejakulat mithilfe einer speziellen Spritze in den Gebärmutterhals eingebracht wird. Die ausschließlich durch einen Arzt durchzuführenden beiden anderen Varianten sind die intrauterine Insemination, in welcher das Sperma aufbereitet wird, also die beweglichen Spermien von allen überflüssigen Substanzen getrennt und dann direkt in die Gebärmutter eingeführt werden, sowie die intratubare Insemination, in der das ebenfalls aufbereitete Sperma zur Verkürzung des Weges mittels eines Katheters in den Eileiter gespritzt wird (vgl. Weller, 2009, S. 53). Egal für welche Art der Befruchtung eine Frau bzw. ein Paar sich entscheidet, vorerst muss natürlich klar sein, woher das Sperma kommt; hierfür gibt es aktuell zwei Basismöglichkeiten: Die Frau besorgt es sich privat oder von einer Samenbank, hierbei kann

zwischen einer befreundeten oder fremden Privatspende und einer inländischen oder ausländischen Samenbank unterschieden werden. Erfreulicherweise ist heute, im Jahr 2014, jede Variante möglich. War lesbischen Paaren noch vor wenigen Jahren der Zugang zu deutschen Samenbanken versperrt, so kann man heute z. B. in Berlin völlig legal Spendersperma kaufen. Trotz der Tatsache, dass sich auch heute noch viele Ärzte auf die Musterrichtlinien zur assistierten Reproduktion[5] berufen und so die Verweigerung zur Durchführung einer Befruchtung mit Spendersamen legitimieren, bleibt bestehen, dass die Fremdinsemination bei lesbischen oder allein stehenden heterosexuellen Frauen durch einen Arzt in Deutschland nicht gegen das ärztliche Berufsrecht verstößt. Wenn ein Paar also einen aufgeschlossenen und hilfsbereiten Frauenarzt findet, braucht es keine Angst zu haben, dass es sich in einer rechtlichen Grauzone bewegt (vgl. LSVD, 2014, S. 40). Die Praxis der Samenbanken in Bezug auf lesbische Paare ist noch sehr bunt gemischt: So will die Samenbank in Berlin keinen Zusatzvertrag, aber die Bank in München gibt ihr Sperma nur an verpartnerte Paare, welche zusätzlich einen notariellen Vertrag zur Stiefkindadoption unterschreiben müssen. Es zeigt sich also, wie viel sich in den letzten fünf Jahren schon verändert hat, und dennoch stellt die Kostenfrage für viele Frauen ein großes Problem dar. So sollte man stets mit wenigstens 5.000 Euro rechnen, wobei hier noch keinerlei Fahrt- oder Übernachtungskosten enthalten sind. Für welches Model der Insemination eine Frau sich entscheidet, ist damit eine Kosten- und eine sehr persönliche Frage und letztlich auch eine der rechtlichen Sicherheit. Die Entscheidung für eine Privatspende hat enorme Vorteile, vor allem dann, wenn eine aktive oder teilaktive Vaterrolle gewünscht wird, wobei an dieser Stelle deutlich zu vermerken ist: Wer sich nicht auf die Spende eines Freundes verlassen kann oder will und sich entsprechend einen fremden Privatspender sucht, wird ebenfalls mit einem Kostenaufwand von mehreren hundert oder tausend Euro rechnen müssen, wenn die Schwangerschaft sich nicht nach den ersten Versuchen einstellt. Das Für und Wider lässt sich in diesem Beitrag jedoch nicht umfänglich ausführen; es bleibt grundsätzlich festzuhalten, dass ein Paar sich genau darüber im Klaren sein sollte, welche Rolle der »Vater« des Kindes übernehmen soll und welche Hürden welches Model mit sich bringt, vor allem in den rechtlichen Fragen rund um eine Stiefkindadoption.

5 Richtlinien zur Durchführung der assistierten Reproduktion, Novelle 2006: 3.1. Rechtliche Voraussetzungen 3.1.1. Statusrechtliche Voraussetzungen Methoden der assistierten Reproduktion sollen unter Beachtung des Kindeswohls grundsätzlich nur bei Ehepaaren angewandt werden.

Stiefkindadoption/Adoption

Entsprechend den gesetzlichen Regelungen nach §9 Abs. 7 LPartG ist es seit dem 01.01.2005 den Co-Müttern und -Vätern erlaubt, das leibliche Kind ihres eingetragenen Lebenspartners zu adoptieren, und mit dem Bundesverfassungsurteil vom 19.02.2013, auch das adoptierte Kind des Partners anzunehmen (vgl. LSVD, 2014, S. 106). Eine gemeinsame Adoption eines fremden Kindes jedoch ist auch weiterhin in Deutschland für homosexuelle Paare nicht erlaubt. Hier gibt es die Möglichkeit, auf eine ausländische Adoptionsorganisation zurückzugreifen. Das ist aber ein langer und sehr kostenintensiver Weg und es besteht die Möglichkeit, dass bei gleicher Voraussetzung ein heterosexuelles Paar einem homosexuellen vorgezogen wird. Für eine Stiefkindadoption gilt, egal, ob es sich um das leibliche Kind oder das von einer Einzelperson angenommene Kind handelt, dass die antragstellende Person mit dem (einen) leiblichen Elternteil eine eingetragene Lebenspartnerschaft eingehen muss. Die Verbindung in einer Ehe wird auch von heterosexuellen Paaren als Voraussetzung verlangt. Erst mit einer (Stief-)Adoption erlangt der nicht leibliche Elternteil alle Rechte und Pflichten in Bezug auf das Kind, zuvor steht ihm lediglich ein kleines bzw. Notsorgerecht zu, das es ermöglicht, in Abstimmung mit der sorgeberechtigten Person Entscheidungen des täglichen Lebens bzw. bei Gefahr im Verzug auch andere Entscheidungen zu treffen. Durch eine Annahme werden alle Verwandtschaftsverhältnisse zum »weichenden« Elternteil und dessen Angehörigen endgültig und unwiederbringlich aufgelöst. Die (Stief-)Adoption setzt dabei die Zustimmung des »weichenden« leiblichen Elternteils immer voraus. Wird ein Kind in eine Lebenspartnerschaft hineingeboren, so wird nun das Modell der gewählten »Samenbeschaffung« interessant. Relativ einfach und unkompliziert stellt sich die rechtliche Situation bei der Verwendung eines Yes-Spenders[6] einer deutschen Samenbank dar, denn in diesem Fall gibt es keinen »Erzeuger«, der sich in irgendeiner Art und Weise verhalten kann oder sollte. Hat man hingegen einen privaten Spender gewählt, so gilt es, einiges zu beachten. Der Spender wird erst zum rechtlichen Vater bzw. Erzeuger, wenn er seine Vaterschaft anerkennt, und dies kann auch nur geschehen, wenn die Mutter dieser Anerkennung zustimmt. Ein Spender kann und darf zu einer solchen Vaterschaftsanerkennung nichtgezwungen werden, auch nicht durch das Jugendamt. Der Spender kann aber, und dies ist sehr zu empfehlen, notariell von Anfang an seine Einwilligung zur Stief-

6 Samenspender, die einem Kennenlernen des Kindes zustimmen, dementsprechend nur zeitlich bedingt anonym bleiben müssen.

kindadoption geben. Mit dieser Einwilligung erklärt er nicht seine Vaterschaft, hier muss deutlich unterschieden werden, denn dies sind rechtlich zwei völlig unterschiedliche Dinge (vgl. LSVD, 2014, S. 108ff.). Die deutschen Gerichte sind, entsprechend der Gesetztgebung, dem »Recht auf Kenntnis der Abstammung« nach dazu angehalten, alle Informationsmöglichkeiten zu nutzen, um einen Vater zu bestimmen, und dies sollten die Antragstellenden besonders in konservativen Bundesländern beachten, denn die Praxis zeigt, dass einige Jugendämter eine Stiefkindadoption nicht positiv vor den Gerichten bewerten, wenn die Antragsteller z. B. einen No-Spender[7] gewählt haben oder jegliche sinnvolle Aussage zu einem Spender verweigern. In allen Fällen sollten die werdenden Eltern und privaten Spender sich im Voraus ausreichend rechtlich beraten und nicht nur vertrauensvolle Abreden, sondern notariell beglaubigte Verträge zum Wohle des Kindes abschließen. Der Ablauf einer (Stief-)Adoption von homosexuellen und heterosexuellen Paaren unterscheidet sich theoretisch weder in den Voraussetzungen noch in der ein- bis zweijährigen Bearbeitungszeit. Grundsätzlich gilt, dass der annehmende Elternteil eine zum Wohle des Kindes entstehende Eltern-Kind-Beziehung pflegt und pflegen wird, dass dieser physisch und psychisch gesund und finanziell abgesichert ist; darüber hinaus, dass das Kind in einer zum Wohle des Kindes entsprechender Umgebung auf- bzw. weiterwächst (vgl. Weller, 2009, S. 46f.).

Pflegschaft

Gerade im Zuge einer Anmeldung zur Adoption eines fremden Kindes werden auch immer häufiger homosexuelle Paare durch die Jugendämter angefragt, ob sie nicht an einer Pflegschaft interessiert wären. Im Jahr 2011 gab es in Deutschland 4572 Pflegekinder und dabei hat nicht annähernd jedes ein »ordentliches Zuhause« gefunden. Für schwule Paare ist die Möglichkeit einer Pflegschaft momentan die wohl »einfachste« Variante, ein Leben mit einem Kind zu führen, wenn ihnen kein lesbisches Paar für eine Queerfamily zur Seite steht. Noch vor einigen Jahren war es undenkbar, explizit homosexuelle Paare für eine Pflegschaft anzuwerben, aber die Zahl der Kinder, welche ein neues und harmonisches Zuhause brauchen, ist einfach zu hoch. Darüber hinaus scheint es so, als würden die Bemühungen der Wissenschaft mit ihren fundierten Studien zur Elternqualität

7 Samenspender, die ein späteres Kennenlernen von Vornherein ausschließen, die Anonymität des Spenders bleibt zu jeder Zeit und unter allen Umständen bestehen.

von Homosexuellen letztlich, wenn auch sehr zäh, Früchte tragen und sich die negative Einstellung in der Gesellschaft zumindest punktuell ändern. Die Prozedur zur Zulassung gleicht der einer Adoption, wobei hier die Rahmenbedingen nicht so »hoch« angesetzt sind; so müssen die Eltern auch nicht zwingend verpartnert sein. Alle Pflegewilligen sollten sich jedoch im Klaren sein, dass ein solches Kind einen erhöhten Bedarf an Aufmerksamkeit, Pflege, Förderung und Zuneigung hat, denn Kinder, die für eine Pflegefamilie infrage kommen, haben stets einen defizitären oder auch traumatischen Hintergrund. Des Weiteren ist es wichtig zu reflektieren, dass dieses Kind, kommt es auch aus noch so widrigen Verhältnissen, in der Regel stets das Kind seiner Eltern bleibt und diese auch oft noch das Sorgerecht, mit Auflagen durch das Jugendamt, haben. Auch sollte deutlich die Art der Pflege diskutiert werden (Kurz- oder Vollzeitpflege), wobei dies im Rahmen der Antragstellung gemeinsam mit dem Jugendamt sinnvoll und ehrlich erarbeitet werden kann (vgl. LSVD, 2014, S. 130ff.). Ist der Weg und die individuelle Geschichte des Pflegekindes vielleicht auch nicht die leichteste, so bleibt doch am Ende nur von Belang, dass ein Kind ein liebendes Zuhause findet und Eltern den Wunsch nach einem Kind nicht aufgeben müssen.

Leihmutterschaft

In Deutschland ist eine Leihmutterschaft oder deren Vermittlung (das Einbringen einer befruchteten, fremden Eizelle in eine dritte – austragende – Frau, oder die gezielt herbeigeführte Schwangerschaft für einen anderen gegen ein Entgelt) durch das Embryonenschutzgesetz (ESchG) verboten. Vor allem für schwule Paare oder auch trans- und intersexuelle Menschen ist diese Variante jedoch ein Weg, ein leibliches Kind zu bekommen. Ausschließlich in Belgien, Großbritannien, den Niederlanden und der Ukraine bzw. in einigen Staaten der USA ist die Leihmutterschaft eine legale, wenn auch enorm kostenintensive Familienplanungsmöglichkeit (vgl. Adam, 2014). Selbst wenn sich ein Paar die Kosten einer Leihmutterschaft im Ausland leisten kann, muss doch intensiv auf die Rechtslage in Deutschland verwiesen werden:

> »Das Auswärtige Amt weist auf seiner Website ausdrücklich darauf hin, dass Leihmutterschaftsverträge in Deutschland sittenwidrig und damit nichtig sind. Kinder, die von Leihmüttern ausgetragen werden, sind nach Rechtsauffassung des Auswärtigen Amtes nicht mit den ›Wunscheltern‹ verwandt und erwerben deshalb keine deutsche Staatsangehörigkeit durch Geburt. […] Das Auswärtige Amt schränkt al-

> lerdings ein: Die rechtliche Abstammung vom deutschen genetischen Vater könne nach deutschem Recht hergestellt werden, wenn die Leihmutter nicht verheiratet ist und der Wunschvater mit Zustimmung der Leihmutter die Vaterschaft anerkennt. Wenn eine rechtswirksame Abstammung von einem deutschen Elternteil vorliegt, kann das Kind die deutsche Staatsangehörigkeit erhalten […]« (ebd.).

Die Leihmutterschaft, ebenso die Möglichkeiten der Auslandsadoption, sind stets auch gerade deshalb genau zu reflektieren, weil Menschen sich teilweise nur aus existenzieller materieller Not heraus genötigt sehen, ein Kind für einen gewissen finanziellen Betrag »abzugeben«. Darüber hinaus gibt es Hinweise, dass das organisierte Verbrechen den Kinderwunsch und die Not von Familien bzw. jungen Frauen ausnutzt, um daraus ein lukratives Geschäft zu entwickeln.

Eine Familie außerhalb des heteronormativen Kontextes zu sein, bedeutet nicht, den gesellschaftlich gestellten Werten an Familie nicht zu genügen

Leider ist die Anzahl der Meinungen in der Gesellschaft ungebrochen hoch, dass homo-, trans- oder intersexuelle Paare lieber keine Kinder großziehen sollten. Größte Angst der Allgemeinheit ist wohl eine für sie logisch folgende Homosexualität der in diesen Familien aufwachsenden Kinder. In den USA wurden bereits vor vielen Jahren unterschiedliche Studien zur innerfamiliären Qualität von Regenbogenfamilien durchgeführt und in den letzten fünf Jahren wird dies nun auch verstärkt in Deutschland gemacht. Vielleicht war der eine oder andere der Hoffnung, mit diesen statistischen Daten zu beweisen, dass die Sorgen der Gesellschaft berechtigt seien, aber letztlich zeigen die Ergebnisse z. B. der Patterson-Querschnittsstudie (Farr et al., 2010) sowie die Langzeitstudie »The National Lesbian Family Study« (Bos et al., 2012) aus den USA, dass gerade Regenbogenfamilien in der Regel eine hohe innerfamiliäre Qualität und vor allem eine immer wiederkehrende Reflexion der Eltern über ihr eigenes Handeln aufweisen. Im Folgenden soll nur ein kurzer Auszug der vom Bundesjustizministerium in Auftrag gegebenen deutschen Studie einen Überblick verschaffen. Die 2009 präsentierte Studie »Die Lebenssituation von Kindern in gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaften« schafft ein breites Bild an positiven Ergebnissen für die Regenbogenfamilie. Wird den Wunscheltern oft Unüberlegtheit in ihrem Bestreben nach einem Kind vorgeworfen, so kann dies mit dem logischen Argument, dass eine Sache wie der Kinderwunsch, der eine so enorme Planung,

Strukturierung und auch Kostenaufwendung für Homosexuelle erfordert, mit Sicherheit nicht unüberlegt sein kann, entkräftet werden. Von den 1059 befragten Elternpaaren hatten 58% ein Abitur und eine entsprechend hohe berufliche Qualifikation sowie einen guten bzw. abgesicherten Lebensunterhalt, und auch deren Kinder werden überproportional in höheren Schulen ausgebildet (vgl. Rupp, 2009, S. 283). Sagt die Bildung (und insbesondere das Einkommen) einer Person auch nichts über ihre Menschlichkeit aus, so wird jedoch deutlich, dass Regenbogeneltern eine gute Grundvoraussetzung haben und darum bemüht sind, ihren Kindern Entsprechendes weiterzugeben. Die Erziehungsbeteiligung des nichtleiblichen Elternteils liegt bei 97%, also deutlich höher als in den stereotypischen »Normalfamilien«, in welchen die Väter häufig wenig bis fast keine reale dauerhafte Erziehungsbeteilung haben (vgl. ebd., S. 292). Zur Qualität der kindlichen Entwicklung wurden dieser Studie Vergleichsdaten aus heterosexuellen Familien zugrunde gelegt, insgesamt gibt es wenig Unterschiede. Die Kinder lieben ihre Eltern, sie rebellieren, fühlen sich mal angenommen und mal nicht, sie streiten und schlagen die Türen ihres Kinderzimmers zu, weil sie nicht bekommen, was sie wollen. Eine signifikante Differenzierung muss jedoch im Selbstwertgefühl und in der Autonomie der Kinder gemacht werden; es ist bei Regenbogenfamilien deutlich ausgeprägter. Weniger erfreulich ist die Zahl der Erfahrungen der Kinder mit Diskriminierung. So gaben 47% der Befragten an, aufgrund ihrer Familienform gehänselt worden zu sein. Allerdings können diese Kinder in der Regel besser mit Diskriminierung umgehen als ihre Altersgenossen, die aus anderen Gründen gehänselt werden, da die Regenbogeneltern von Anfang an versuchen, offen mit Diskriminierung umzugehen und die Kinder zu stärken. Allgemein kann noch festgehalten werden, dass 95% der Regenbogenfamilien in allen Lebensbereichen offen mit ihrer Familienform umgehen und damit die Kinder keinem Druck, etwas verheimlichen zu müssen, aussetzen (vgl. ebd., S. 303ff.). Häufig besteht in der Gesellschaft auch die Angst, jene Kinder könnten, wenn sie von zwei Frauen großgezogen werden, in einer männerfreien Welt aufwachsen, oder dass die Mütter einen Kontakt zum Vater unterbinden wollten. Dem entgegen stehen z. B. die vom Bundesverband des LSVD herangezogenen Studienergebnisse aus den USA (Golombok et al., 1983; Tasker & Golombok, 1997; Harris & Turner, 1986; Hotvedt & Mandel, 1982), dass gerade homosexuelle, im Gegensatz zu heterosexuellen, Mütter(n) verstärkt den Kontakt des Kindes zum Vater unterstützen und dass diese häufig, ungeachtet der Gründe, mit verschiedenen Männern als »Vorbilder« in ihrem Umfeld zu tun haben (vgl. LSVD, 2014, S. 69). Entsprechend dieser Studien könnte die gewagte Aussage getroffen werden, dass die Gesamtsituation der Kinder in Regenbogenfamilien in geringem

Maße positiver als die derer in anderen Familienformen ist, aber letztlich muss nur deutlich gesagt werden, dass nicht die sexuelle Orientierung der Eltern über das Wohl des Kindes entscheidet, sondern ausschließlich die Beziehungsqualität innerhalb der Familie.

Von der Wissenschaft als gut empfunden und akzeptiert, bedeutet nicht, keiner Diskriminierung ausgesetzt zu sein

Menschen ketten sich an Bäume, fahren unter haarsträubenden Bedingungen bis in die entlegensten Gegenden des Urwaldes oder Polarkreises, um das Erbgut des vom Aussterben bedrohten Singsangvogels oder des Eisbären zu erhalten – und das alles nur, um die biologische Vielfalt unserer Erde zu retten und dafür zu sorgen, dass dieses einzigartige Ökosystem die tausendfache Verschiedenartigkeit auch in Zukunft beibehält. Scheint es da nicht fast schon ironisch, wie viel Angst die menschliche Vielfalt innerhalb einer Gesellschaft auslöst? Geradezu bedrohlich wird hier die Verschiedenartigkeit wahrgenommen. Letztlich ist es wohl die Angst, etwas nicht kontrollieren zu können, und wenn dies der Fall ist, nehmen die Menschen Abstand und versuchen es oft mit aller Gewalt in ihre eigenen Muster zu pressen, um es eben gleich und damit berechenbar zu machen. Häufig wird das Wort Homophobie in unserer Gesellschaft für die Anfeindungen und Diskriminierungen gegenüber der LSBTI-Menschen verwendet, aber kritisch hinterfragt dürfte dieses Wort wohl nicht den Kern der Sache treffen. Eine Phobie ist eine irrationale, nicht sachlich begründbare »krankhafte« Angst vor einer bestimmten »Sache«, die sogenannte Homophobie jedoch stellt keine phobische Störung im klinisch-psychologischen oder medizinischen Sinne dar, vielmehr ist sie aus tiefenpsychologischer Sicht die unbewusst oder, besser noch, nicht eingestehbare Angst vor der Infragestellung der eigenen Sexualität und Identität (vgl. LSVD, 2014, S. 171). Daraus folgt, dass es i. d. R. keine irrationale, sondern eine klar zu definierende persönliche Unsicherheit ist. Diese Unsicherheit muss sich nicht zwangsläufig auf die eigene Sexualität, sondern auch auf bestimmte Rollenbilder beziehen, denn wenn z. B. die lesbische Frau die traditionelle Rolle der Hausfrau und Erzieherin verlässt und sich stattdessen mit ihrer Partnerin die Erziehung gleichermaßen aufteilt und dadurch nicht zur Aufgabe ihrer beruflichen Karriere gezwungen ist, dann kann das bei konservativen Frauen durchaus Neid und, dadurch entstehend, Hass hervorrufen. Es stellt sich also die Frage, ob und inwieweit sogenanntes homophobes Verhalten schon präventiv verhindert werden könnte, wenn den Menschen klar wäre, warum sie eigentlich

ein Problem mit der Vielfalt haben. »Ich bin homosexuell, stimmt. Und was bereitet DIR dabei solchen Stress?« (LSVD, 2014, S. 171)

Die Stadt Köln hat 2011 die Studie »Wir sind Eltern! Eine Studie zur Lebenssituation von Kölner Regenbogenfamilien« in Auftrag gegeben. Diese Studie mit 143 Befragten veranschaulicht Diskriminierungserfahrungen. In Bezug auf die Nutzung von familienspezifischen Angeboten von Kindergarten über Freizeit bis zur Steuererklärung gaben 43% der Befragten an, sich diversen Diskriminierungen ausgesetzt gefühlt zu haben, 65% sahen sich in öffentlichen/behördlichen Einrichtungen unfair behandelt. Generell kann festgehalten werden, dass eine Diskriminierung häufig auch unausgesprochen insoweit vonstattengeht, dass die Regenbogenfamilien einfach ignoriert bzw. nicht eingebunden werden (vgl. Frohn et al., 2011, S. 30ff.). Zusammenfassend kann auf verschiedenen Ebenen eine Diskriminierung von Regenbogenfamilien festgestellt werden. Sie tauchen dort auf, wo Kosten einer Insemination nicht getragen werden, heterosexuelle Paare bei der Wohnungssuche einer Regenbogenfamilie gegenüber vorgezogen werden oder, trotz rechtzeitiger Anmeldung, ein Kindergartenplatz dann doch nicht zur Verfügung steht.

Diskriminiert zu werden, bedeutet nicht, sich als Opfer zu fühlen oder ein Opfer bleiben zu müssen

Mag es für einige Betroffene auch am Anfang schwer sein, doch die Praxis beweist immer wieder, dass es der Umgebung umso leichter fällt, mit Ungewohntem umzugehen, je offener mit einer Sache umgegangen wird. Letztlich kann ein Gegenüber seine Meinung nur ändern, wenn er sieht, dass seine Vorurteile unbegründet sind. Darüber hinaus sollte stets Folgendes bedacht werden: Wenn gerade Kinder das Gefühl haben, nicht über ihre Familie sprechen zu dürfen, dann glauben sie, dass etwas mit dieser nicht stimmt und beginnen, sich vielleicht auch für diese zu schämen. Ein automatischer Rückzug von anderen Kindern ist demnach fast schon vorprogrammiert, um nicht in die Lage zu kommen, etwas über die eigene Familie preisgeben zu müssen. Selbst wenn Regenbogeneltern und die, die es werden wollen, sehr negative Erfahrungen in ihrem Coming Out erleben mussten, so werden sie ihrem Kind, auch wenn sie dieses nur vor eben diesen schlechten Erfahrungen schützen wollen, keinen Gefallen tun, wenn sie im Verborgenen bleiben. Die eigenen Erfahrungen sind die eigenen und sollten nicht auf andere projiziert werden. Allen voran ist natürlich die Qualität einer Eltern-Kind-Beziehung sehr ausschlaggebend für das Selbstbewusstsein und -ver-

ständnis. Hänseleien und Diskriminierung wird jedes Kind erleben, sei es nun, weil die Eltern »Hartz-4-Empfänger« sind und die Kinder deswegen keine Markenklamotten tragen oder weil die Eltern »Ökos« sind und die Kinder deswegen nicht zu McDonalds gehen dürfen. Letztlich ist eine wie auch immer erfahrene Diskriminierung oder Hänselei nicht völlig zu unterbinden und gehört, wenn auch nicht zu den positiven Seiten, zum Erwachsenwerden dazu. Die Aufgabe der Eltern liegt darin, das Bestmögliche zu tun, um diskriminierendes Verhalten erst gar nicht entstehen zu lassen, und oftmals kann dies schon durch die geeignete Wahl eines Wohnortes oder einer bestimmten Schule getan werden. Im Rahmen der Resilienzförderung[8] werden die folgenden Empfehlungen für die Erziehung gegeben:

- innerfamiliäre und lebensweltbezogene Bindungen schaffen und Kontakte zu anderen knüpfen;
- dem Kind helfen, indem das Kind anderen helfen kann und darf;
- verlässliche Routinen und Rituale innerhalb und außerhalb der Familie schaffen;
- Abstand zu evtl. Problemen schaffen und damit dem Kind eine »Pause bzw. Auszeit« gönnen;
- dem Kind frühstmöglich beibringen, wie es selbst für sich gut sorgt, was sich schlecht anfühlt, muss nicht aus falschverstandenem Anstand getan werden;
- Vermittlung von kleinen, erreichbaren Zielen, die gemeinsam gewollt sind und verfolgt werden;
- Förderung einer positiven Selbstsicht und des Glaubens an die eigenen Kompetenzen;
- Vermittlung einer realistischen Relation im und zum Leben;
- eigene Akzeptanz und Vermittlung, dass im Leben nichts so verlässlich ist wie der Wandel (vgl. LSVD, 2014, S. 176ff.).

Zum Schluss bleibt zu sagen, dass die Reproduktion außerhalb des heteronormativen Kontextes sicherlich kein leichter Weg ist, aber es ist möglich und die steigende Zahl der Regenbogenfamilien zeigt dies deutlich. Trotz der Hindernisse geben auch jetzt schon Regenbogenfamilien Kindern ein liebendes Zuhause – bzw. sie sind eben genauso gute oder schlechte Eltern wie heterosexuelle Paare auch. Warum also versucht man immer noch, jenen, die tatsächlich ein Wunsch-

8 Resilienz meint die Fähigkeit eines Menschen, mit schwierigen Lebenssituationen umzugehen und diese zu »überstehen«.

kind haben wollen, die Geburt und Erziehung von Kindern abzusprechen? Ein Umdenken ist erforderlich – und hat begonnen.

Literatur

Adam, M. (2014). Regenbogenfamilien NRW – Planen – Leihmutterschaft. Köln: http://www.regenbogenfamilien-nrw.de/planen/leihmutterschaft/ (01.10.2014).

BMZ = Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2014). Gesundheit. Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte. http://www.bmz.de/de/was_wir_machen/themen/gesundheit/reproduktive_gesundheit/hintergrund/index.html (01.10.2014).

Bongard, N. (2009). Junge oder Mädchen? Oder beides? http://www.stern.de/gesundheit/sexualitaet/medizin/5-intersexualitaet-junge-oder-maedchen-oder-beides-1529064.html (01.10.2014).

Bos, H., Goldberg, N., van Gelderen, L. & Gartrell, N. (2012). Adolescents of the U. S. National Longitudinal Lesbian Family Study: Male Role Models, Gender Role Traits, and Psychological Adjustment. *Gender & Society, 26*(4), 603–638.

bpb = Bundeszentrale für politische Bildung (2010). Nachschlagen/Lexika. Selbstbestimmungsrecht. http://www.bpb.de/nachschlagen/lexika/recht-a-z/22867/selbstbestimmungsrecht (01.10.2014).

BRAVO (Hrsg.). (2009). *BRAVO Dr.-Sommer-Studie »Liebe! Körper! Sexualität!«*. München: iconkids & youth international research.

Bundesärztekammer (Hrsg.). (2006). Richtlinien zur Durchführung der assistierten Reproduktion. Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern. http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/AssRepro.pdf (01.10.2014).

Czollek, L. C., Perko, G. & Weinbach, H. (2009). *Lehrbuch Gender und Queer. Grundlagen, Methoden und Praxisfelder.* Weinheim/München: Beltz Juventa.

Degele, N. (2008). *Gender/Queer Studies. Eine Einführung*. Paderborn: Wilhelm Fink Verlag.

Farr, R. H., Forssell, S. L. & Patterson, C. J. (2010). Parenting and child development in adoptive families: Does parental sexual orientation matter? *Applied Developmental Science, 14*(3), 164–178.

Frohn, D., Herbertz-Floßdorf, M. & Wirth, T. (2011). *Wir sind Eltern! Eine Studie zur Lebenssituation von Kölnern Regenbogenfamilien*. Herausgegeben von der Stadt Köln: Dezernat für Soziales, Integration und Umwelt – Referat für Lesben, Schwule und Transgender.

Gerlach, S. (2010). *Die Regenbogenfamilie. Ein Handbuch*. Berlin: Querverlag.

Golombok, S., Spencer, A. & Rutter, M. (1983). Children in Lesbian and Single-Parent Household. Psychosexual and Psychiatric Appraisal. *Journal of Child and Psychiatric, 24*, 551–572.

Harris, M. B. & Turner, P. H. (1986). Gay and Lesbian Parents. *Journal of Homosexuality, 12*(2), 101–113.

HES = Hirschfeld-Eddy-Stiftung (Hrsg.). (2008). *Die Yogyakarta-Prinzipien. Prinzipien zur Anwendung der Menschenrechte in Bezug auf die sexuelle Orientierung und geschlechtliche Identität*. Berlin: Schriftreihe der Hirschfeld-Eddy-Stiftung – Band 1.

Hotvedt, M. E. & Mandel, J. B. (1982). Children of Lesbian Mother. In W. Paul (Hrsg.), *Homosexuality. Social, Psychological and Biological Issues* (S. 275–291). Beverly Hills: Sage

LSVD (Hrsg.). (2014). *Regenbogenfamilien – alltäglich und doch anders. Beratungsführer für lesbische Mütter, schwule Väter und familienbezogene Fachkräfte.* Berlin: Familien- und Sozial-

verein des Lesben- und Schwulenverbandes Deutschland e. V., Druck: DFS Druck Brecher Köln.

Rupp, M. (Hrsg.). (2009). *Die Lebenssituation von Kindern in gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaften.* Köln: Bundesanzeiger Verlag.

Tasker, F. L. & Golombok, S. (1997). *Growing Up in a Lesbian Family. Effects on Child Development.* New York: Guilford Press.

Weller, M. (2009). *Alternative Lebensformen. Familienplanung und -gründung lesbischer Frauen.* Saarbrücken: Verlag Dr. Müller VDM.

Autorinnen und Autoren

Anne Allex ist als Sozialpolitische Wegeweiserin in Berlin selbständig. Seit Jahrzehnten tritt sie politisch für die Rechte von Erwerbslosen ein. Sie arbeitet hauptsächlich als Dozentin für Sozialrecht, insbesondere zum SGB II in Verbindung mit anderen Sozialgesetzen. Darüber hinaus analysiert sie internationale Literatur zu den Menschenrechten von Trans*-Personen und wirkt im Berliner Bündnis STP 2012 mit. Sie forscht zu den sogenannten Asozialen im deutschen Faschismus und konzipiert und organisiert sozialkritische musikalisch-literarische Abende. Zudem hält sie Vorträge, gibt Workshops und Seminare und ist Autorin sowie Herausgeberin zahlreicher Publikationen.

Markus Bauer ist Kulturschaffender, Autor, Herausgeber und aktives Mitglied in gewaltfreien sozialen Bewegungen. Er ist Partner einer Betroffenen von Intersex-Genitalverstümmelungen und Gründungsmitglied sowie Kampagnenleiter der Internationalen Menschenrechtsgruppe Zwischengeschlecht.org. Seit 2009 ist er verantwortlicher Redakteur des Weblogs Zwischengeschlecht.info. Zudem bereitet er internationale parlamentarische Anfragen vor und ist als Sachverständiger für Ethik- und Menschenrechtsgremien, internationale Publikationen und Präsentationen zu IGM-Praktiken in Fachzeitschriften, an Universitäten und in Symposien sowie in Presse, Funk und Fernsehen tätig.

Heike Bödeker erfuhr von der Existenz des damals erst frisch aufkeimenden Intersex Movement (Intersex Society of North America) bei Feldforschungsaufenthalten zu ihrem seinerzeitigen Promotionsvorhaben über Sprache und Kultur der Blackfoot (Siksika, Kainaa, Piikani) in Kanada 1993, bemühte sich anschlie-

ßend 1994–99 in der BRD und den USA um davon angeregte, aber dennoch eigenständige wissenschaftliche wie aktivistische Ansätze.

Jens Borchert, Jg. 1969, Prof. Dr. phil., ist Lehrer, Sozialarbeiter und Professor für Sozialarbeitswissenschaft mit dem Schwerpunkt Straffälligenhilfe an der Hochschule Merseburg. Von 1999–2010 war er im Strafvollzug tätig und von 2010–2014 hatte er eine Professur für Pädagogik und Handlungslehre der Sozialen Arbeit an der Technischen Hochschule Nürnberg inne. Von ihm erschienen *Erziehung im DDR-Strafvollzug* (2002) und *Schule und Sozialarbeit im sächsischen Strafvollzug* (2007). Darüber hinaus leitete er Projekte im Jugendstrafvollzug Sachsen (2009–2010) und Sachsen-Anhalt (seit 2013) sowie im Erwachsenenvollzug (1999–2007).

Diana Demiel ist in verschiedenen sozialpädagogischen Feldern unter anderem mit Drogengebrauchenden, HIV-Positiven, Psychiatrieerfahrenen und anderen Menschen in schwierigen sozialen Lebenslagen beruflich tätig. Sie arbeitet im Berliner Bündnis STP 2012 und seit Jahren in internationalen (trans*-)queeren Netzwerken aktiv mit. Seit Jahrzehnten beschäftigt sie sich mit Psychiatriekritik und setzt sich mit antipsychiatrischen Denkansätzen auseinander.

Andreas Hechler ist seit Ende der 1990er Jahre empört über den gesellschaftlichen Umgang mit intergeschlechtlichen Menschen. Seitdem setzt er sich in politischen, wissenschaftlichen, pädagogischen und Bildungskontexten für Inter*-Belange ein. Besonders treibt ihn dabei die Frage um, wie ein Lernen über Intergeschlechtlichkeit stattfinden kann, das nicht-pathologisierend, nicht-paternalistisch und solidarisch ist. Er arbeitet zurzeit als wissenschaftlicher Mit- und Bildungsarbeiter bei Dissens – Institut für Bildung und Forschung an der Schnittstelle zu geschlechterreflektierter Pädagogik und Neonazismusprävention. Seine Arbeitsschwerpunkte sind Geschlechtertheorie und -pädagogik, der gesellschaftliche Umgang mit Intergeschlechtlichkeit, NS-»Euthanasie«, Erinnerungspolitik, Rassismus, Antisemitismus sowie Mehrdimensionale Privilegierung und Diskriminierung. Weitere Informationen unter: http://dissens.de/de/team/andreas_hechler.php

Michaela Katzer ist Fachärztin für Urologie. Sie hat mehrjährige Berufserfahrungen im Universitätsklinikum Halle, in den Berufsgenossenschaftlichen Kliniken Bergmannstrost Halle und in mehreren anderen Kliniken. Im Juni 2014 nahm sie an der BMBF-Klausurwoche »Ethische, juristische und soziale Aspekte der sexuellen Identität am Beispiel von Intersexualität und Transsexualität«

an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg teil. Seit Juli 2014 ist sie Mitarbeiterin im Projekt »Schutz von Kindern und Jugendlich vor sexueller Traumatisierung« an der Hochschule Merseburg. Ihre Forschungsschwerpunkte sind Intersexualität, Transsexualismus, Sexualität und Behinderung sowie Verbesserung der Selbstbestimmung durch verständliche Vermittlung medizinischer Sachverhalte an Patient_innen und Laienpublikum.

Torsten Klemm, Prof. Dr. rer. nat., studierte Psychologie und Mathematik an der TU Dresden und promovierte an der Universität Leipzig zu Persönlichkeitsveränderungen bei inhaftierten Straftätern. Er ist systemischer Familientherapeut, engagiert sich seit vielen Jahren im Neuen Kinderschutz (Stärkung elterlicher Kompetenzen unter Einbeziehung der erweiterten Familie anstelle vorschneller Inobhutnahme) und ist im Vorstand des Instituts für sozialtherapeutische Nachsorge und Resozialisationsforschung e. V. (ISONA). Zuletzt erschienen von ihm *Machtmißbrauch und sexuelle Gewalt in Institutionen* (2011) sowie die beiden Bände *Leipziger Selbstkontrolltraining. Therapiemanual zur Grundstufe* (2011) und *Leipziger Selbstkontrolltraining. Therapiemanual zur Aufbaustufe* (2014).

Katja Krolzik-Matthei, Dipl.-Sozialpädagogin, ist Sexualwissenschaftlerin (M. A.) und hat mehrjährige Erfahrung in der feministischen Mädchenarbeit, Sexualpädagogik und anderen Handlungsfeldern Sozialer Arbeit sowie in der Forschungskoordination der Jugendsexualitätsstudie PARTNER 4. Seit 2014 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt »Schutz von Kindern und Jugendlich vor sexueller Traumatisierung« an der Hochschule Merseburg. Ihre Forschungsschwerpunkte sind Abtreibung, Sexuelle und Reproduktive Selbstbestimmung, Jugendsexualität, Sexuelle Bildung sowie Sexualisierte Gewalt in pädagogischen Kontexten.

Anja Kruber, Dipl.-Soziologin, M. A. Angewandte Sexualwissenschaft, studierte in Leipzig, Warschau und Merseburg Soziologie, Psychologie und Angewandte Sexualwissenschaft. In Ljubljana/Slowenien initiierte sie das landesweit erste Projekt zum Thema Trans* (Transmission), aus dem unter anderem eine Selbstorganisation von Trans* hervorgegangen ist. Derzeit ist sie an der Hochschule Merseburg als wissenschaftliche Mitarbeiterin für die Re-Auditierung zur familiengerechten Hochschule und das Projekt »Mit Vielfalt zum Erfolg – Diversity Management an der HS Merseburg« verantwortlich. Ihre Forschungsschwerpunkte sind Trans*, Intersex*, Behinderung, sexualisierte Gewalt, sexuelle Bildung und LGBTQIA in Organisationen.

Alina Mertens ist seit 2010 freiberuflich unter ihrer Firmierung »Libomobil – Mobile Fachstelle für Sexualität und Beratung« als Sexualpädagogin mit dem Schwerpunkt Sexualität und Behinderung tätig. Sie steht Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe konzeptionell, beratend und sexualpädagogisch bei der Implementierung des Themas in den Einrichtungsalltag zur Seite. Mittels Vorträge und Publikationen versucht sie, dieses Thema auch einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich zu machen und zudem den salutogenetischen Wert von Sexualität zu vermitteln und zu dessen Anerkennung beizutragen.

Andrzej Profus ist Herausgeber_in des Zines *Wer »A« sagt, muss nicht »B« sagen*, Blogbetreiber_in der Webseite asexyqueer.blogsport.de und gibt Workshops zu Themen wie Asexualität, Aromantik sowie sexuelle und geschlechtliche Vielfalt. Andrzej ist Mitbegründer_in des Ruby Tuesday e. V., der unter anderem Musikcamps für Mädchen, Trans* und Inter* Jugendliche organisiert, und spielt in der Band friend crush.

Nadine Schlag, Jg. 1980, ist staatlich anerkannte Altenpflegerin, Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin (B. A.) und Studentin des Masterstudienganges Angewandte Sexualwissenschaft der Hochschule Merseburg. Sie arbeitete in der Alten- sowie Kinder- und Jugendhilfe. Zuletzt war sie im Bereich der Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatung tätig. Derzeit arbeitet sie als Jugendberaterin. Der Schwerpunkt ihres Studiums der Sozialen Arbeit war »Sexualpädagogik und Familienplanung«. Ihre Bachelorarbeit schrieb sie zum Thema »Sexualität im Kontext der Wohnform Alten- und Pflegeheim – Eine Handlungsempfehlung für Pflegefachkräfte« und ihre Masterarbeit zum Thema »Asexualität – von der Pathologisierung zur sexuellen Selbstbestimmung?«.

Heino Stöver, Prof. Dr. rer. pol., Dipl.-Sozialwissenschaftler, ist Professor für Soziale Arbeit und Gesundheit an der Frankfurt University of Applied Sciences am Main mit dem Schwerpunkt Sozialwissenschaftliche Suchtforschung, geschäftsführender Direktor des Instituts für Suchtforschung (ISFF) und Studiengangsleiter des Masterstudiengangs Suchttherapie und Sozialmanagement in der Suchthilfe. Seine Forschungsschwerpunkte sind Suchtforschung sowie Gesundheitsförderung und Prävention für marginalisierte Menschen.

Manuela Tillmanns studierte Sonderpädagogik und M. A. Angewandte Sexualwissenschaft und war Lehrbeauftragte_r an der Universität zu Köln. Sie arbeitete in der niedrigschwelligen Sozialarbeit im Straßenstrich-Projekt Geestemünder

Straße in Köln sowie als wissenschaftliche Mitarbeiter_in im Lehr-Forschungsprojekt »Let's talk about Sex – Sexuelle Vielfalt, schulische Sexualerziehung und forschendes Lernen in der Lehrer_innenbildung« an der Universität zu Köln. Im Frühjahr 2015 erschien ihre_seine Monografie *Intergeschlechtlichkeit. Impulse für die Beratung* im Psychosozial-Verlag. Im Sommer 2015 erarbeitete sie einen Forschungsantrag zu »Normalisierungs- und Pathologisierungsprozessen im Kontext von Disability-Studies und Inter*-Forschung«. Er_Sie ist Mitglied im wissenschaftlichen Beirat des Projektes »Intersexualität in NRW« sowie Aktivist_in bzw. solidarische Unterstützer_in der Kampagne Dritte Option.

Daniela Truffer ist eine Überlebende von IGM-Praktiken im Kindesalter. Seit 2000 ist sie aktives Mitglied der Selbsthilfegruppen XY-Frauen in Deutschland und Intersex.ch in der Schweiz. Sie gründete 2007 den Weblog Zwischengeschlecht.info und organisierte eine erste friedliche Kundgebung vor dem Landgericht Köln. Drei Jahre später rief sie zusammen mit Markus Bauer die internationale Menschenrechtsgruppe Zwischengeschlecht.org ins Leben, die mittlerweile 100 friedliche Kundgebungen vor IGM-Kongressen und -Kliniken durchführte. Darüber hinaus bereitet sie parlamentarische Anfragen in der Schweiz und in Deutschland vor und arbeitet unter anderem als Beraterin für die schweizerische Nationale Ethikkommission, den Deutschen Ethikrat, den UN-Kinderrechtsausschuss, Sonderberichterstatter über Folter und die Weltgesundheitsorganisation.

Heinz-Jürgen Voß, Prof. Dr., Dipl.-Biol., promovierte 2010 zur gesellschaftlichen Herstellung biologischen Geschlechts in Bremen. Seit Mai 2014 hat sie*er die Professur für Sexualwissenschaft und sexuelle Bildung an der Hochschule Merseburg inne und leitet das Forschungsprojekt »Schutz von Kindern und Jugendlich vor sexueller Traumatisierung« (beide werden im Rahmen der BMBF-Förderlinie Sexuelle Gewalt in pädagogischen Einrichtungen gefördert). Zuletzt erschienen von ihm die Bücher *Biologie & Homosexualität* (2013), *Queer und (Anti-)Kapitalismus* (gem. mit Salih Alexander Wolter, 2013) und *Schwule Sichtbarkeit – schwule Identität* (gem. mit Zülfukar Çetin und Salih Alexander Wolter, 2016, im Erscheinen).

Marlen Weller-Menzel, Dipl.-Sozialpädagogin und M. A. Sexualpädagogik und Familienplanung, arbeitet als freie Referentin und Autorin. Ihre aktuellen Arbeitsschwerpunkte als Leiterin des Fachzentrums für geschlechtlich-sexuelle Identität in Halle Saale sind geschlechtlich-sexuelle Identität, Jugendarbeit, Sozialkompetenztraining und gesellschaftspolitische Bildung. Von ihr erschienen die Bü-

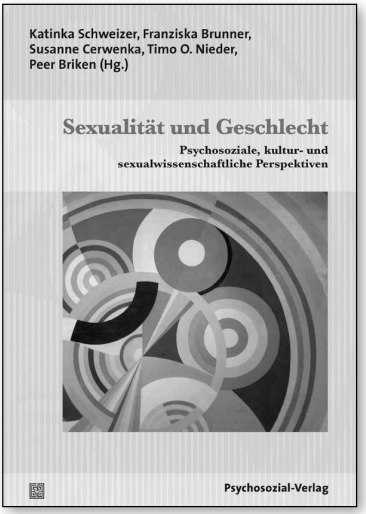
cher *Alternative Lebensformen: Familienplanung und -gründung lesbischer Frauen* (2009) und *Ganzheitliche Methoden der emanzipatorischen Sexualpädagogik I: »All about me!«* (2011).

Psychosozial-Verlag

Katinka Schweizer, Franziska Brunner,
Susanne Cerwenka, Timo O. Nieder, Peer Briken (Hg.)

Sexualität und Geschlecht

Psychosoziale, kultur- und sexualwissenschaftliche Perspektiven. Eine Festschrift für Hertha Richter-Appelt



November 2014 · 281 Seiten · Broschur
ISBN 978-3-8379-2444-2

»Offene Fragen, Konflikte und Dilemmata werden in den Beiträgen nicht ausgeblendet, sondern hervorgehoben. Theoretische und empirische Grundlagen werden verständlich ausgeführt und die entsprechenden Schlussfolgerungen […] zur beruflichen Praxis gezogen.«

Dr. Rudolf Sanders in Beratung aktuell (1/2015)

Obwohl Sexualität und Geschlecht in unserer Gesellschaft allgegenwärtig sind, führt meist erst die Konfrontation mit Abweichungen von der vermeintlichen Norm zu einer ernsthaften Auseinandersetzung mit diesen Themen. Die Sexualforscherin und Psychoanalytikerin Hertha Richter-Appelt, der dieser Band gewidmet ist, hat sich in Therapie und Forschung mit vielfältigen Formen menschlicher Geschlechtlichkeit auseinandergesetzt.

Anlässlich ihres 65. Geburtstags beleuchten ihre Wegbegleiter_innen Sexualität und Geschlecht aus unterschiedlichen Blickwinkeln und beziehen sich unter anderem auf Religion, Politik, Körper, Identität, Partnerschaft und deutsche Geschichte. Diese vielseitige Sammlung regt einen Diskurs zwischen kritischer Sexualwissenschaft, Psychoanalyse, Medizin, Psychologie, Selbsthilfe, Rechts-, Kultur- und Sozialwissenschaften an und möchte Kundige wie Interessierte für die Vielfalt von Sexualität und Geschlecht begeistern.

Mit Beiträgen von Inga Becker, Christina von Braun, Peer Briken, Franziska Brunner, Susanne Cerwenka, Martin Dannecker, Arne Dekker, Annika Flöter, Harald J. Freyberger, Beatrix Gromus, Christina Handford, Vivian Jückstock, Uwe Koch, Susanne Krege, Silja Matthiesen, Birgit Möller, Timo O. Nieder, Karl-Josef Pazzini, Friedemann Pfäfflin, Konstanze Plett, Wilhelm F. Preuss, Ilka Quindeau, Rainer Richter, Katinka Schweizer, Volkmar Sigusch, Bernhard Strauß, Lucie G. Veith

Walltorstr. 10 · 35390 Gießen · Tel. 0641-969978-18 · Fax 0641-969978-19
bestellung@psychosozial-verlag.de · www.psychosozial-verlag.de

Psychosozial-Verlag

Manuela Tillmanns

Intergeschlechtlichkeit

Impulse für die Beratung

2015 · 145 Seiten · Broschur
ISBN 978-3-8379-2493-0

Menschen, die nicht eindeutig dem männlichen oder weiblichen Geschlecht zugeordnet werden können, sind gesellschaftlichen Stigmatisierungen und medizinisch-psychologischen Pathologisierungen ausgesetzt.

Zentrale Studien im deutschsprachigen Raum bestätigen die Notwendigkeit eines fundamentalen Paradigmenwechsels im gesellschaftlichen Umgang mit Intergeschlechtlichkeit bzw. Intersexualität. Zwar hat die Auseinandersetzung mit dem Thema bereits Einzug in den Bildungsbereich erhalten, jedoch existieren bislang keine Veröffentlichungen zur professionellen Beratung von Inters*.

Mithilfe der Analyse von Selbstdarstellungen und Expert_innen-Interviews werden im vorliegenden Buch konkrete Impulse und Handlungsempfehlungen für eine inter*-spezifische Beratungspraxis erarbeitet. Dabei werden auch bisher bestehende Beratungsansätze und -konzepte aufgegriffen und unter Einbezug von Peers und Selbsthilfegruppen erweitert. So ergeben sich neue methodische Zugänge und Perspektiven, die sich an den Bedürfnissen und Wünschen intergeschlechtlicher Personen orientieren und ihnen Formen der Selbstermächtigung sowie barrierefreie Räume für selbstbestimmtes Agieren eröffnen.

Walltorstr. 10 · 35390 Gießen · Tel. 0641-969978-18 · Fax 0641-969978-19
bestellung@psychosozial-verlag.de · www.psychosozial-verlag.de

Selbstbestimmung geht über die Überwindung bzw. Abwesenheit von äußerem Zwang hinaus. Sie erfordert positives Bewusstsein über Möglichkeiten eigenen Handelns mit einem Spektrum von Anpassung bis Ausbruch. Geschlechtliche Selbstbestimmung schließt Abweichung, Veränderung und Deutungshoheit über körperliche Geschlechtsmerkmale ein.

Im vorliegenden Buch wird »Selbstbestimmung« im sexualwissenschaftlichen Diskurs aus akademischer und aktivistischer Perspektive betrachtet. Die Beiträge beleuchten Aspekte von Inter- und Transsexualität, Asexualität, Sexualität unter Haftbedingungen, im Kontext von Behinderung sowie außerhalb heterosexueller Paarbeziehungen. In ihrer Vielfalt sind die Beiträge Zeitzeugnis, geben zugleich einen Ausblick auf die Zukunft und tragen dazu bei, gängige Denkschablonen zu überwinden.

Mit Beiträgen von Anne Allex, Markus Bauer, Heike Bödeker, Jens Borchert, Diana Demiel, Andreas Hechler, Michaela Katzer, Torsten Klemm, Katja Krolzik-Matthei, Anja Kruber, Alina Mertens, Andrzej Profus, Nadine Schlag, Heino Stöver, Manuela Tillmanns, Daniela Truffer, Heinz-Jürgen Voß und Marlen Weller-Menzel

Michaela Katzer, Fachärztin für Urologie, ist Mitarbeiterin im Projekt »Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexueller Traumatisierung« am Lehr- und Forschungsbereich Angewandte Sexualwissenschaft des Fachbereichs »Soziale Arbeit. Medien. Kultur« an der Hochschule Merseburg.

Heinz-Jürgen Voß, Prof. Dr., Dipl.-Biol., ist Professor für Sexualwissenschaft und sexuelle Bildung an der Hochschule Merseburg. Darüber hinaus forscht er zu biologisch-medizinischen Geschlechtertheorien, Geschichte und Ethik der Medizin und Biologie und queer-feministischen sowie kapitalismuskritischen Theorien.

www.psychosozial-verlag.de

ISBN 978-3-8379-2546-3

View publication stats