

ELISABETH HOLZLEITHNER, KATI DANIELCZYK

NORMALITÄT UND ABWEICHUNG IN MEDIZINISCHEN GESCHLECHTERDISKURSEN: QUEERE INTERVENTIONEN¹

Die Medizin steht im Kontext der Behandlung von Fällen der Intersexualität und Transsexualität im Verdacht, Vehikel von gesellschaftlichen Normalisierungsdiskursen zu sein. Ziel dieses Textes ist es zu überlegen, ob dieser Vorwurf berechtigt ist und wie solchen Tendenzen entgegengewirkt werden kann. Konkret stellt sich die Frage, inwieweit sich Forderungen, Vorstellungen, theoretische Ansätze etc., die im Zeichen von *queer* artikuliert werden, auf den Bereich der Medizin übertragen lassen. Das Verlangen, *queer* zu sein, wird mit Franzen verstanden als der Wunsch, Räume „für vielfältige Ausdrucksformen von Geschlecht und Sexualität“ (Franzen 2002, S. 75) zu öffnen.

Im Zuge unseres Vorhabens ist zunächst das medizinische Feld aufzuspinnen, um zu zeigen, wo sich Kollisionen mit queer-(und trans-²)Konzepten ergeben können. Durch die Bestimmung „normaler“ Formen körperlicher Männlichkeit und Weiblichkeit mit entsprechender Geschlechtsidentität erzeugt der medizinische Diskurs im Einklang mit jenem Recht, das seine Diagnosen und Maßnahmen legitimiert, Vorgaben hinsichtlich dessen, was körperlich und sozial mögliche „Existenzweisen“ (Maihofer 1996) sind. Diese Vorgaben möchten wir mit einem normativ gehaltvollen Konzept von *queer* konfrontieren und zeigen, welche Chancen und Grenzen der medizinische Diskurs hier eröffnet und absteckt. Abschließende Bemerkungen werden sich der Frage stellen, wie aussichtsreich die vorgestellte Position ist.

MEDIZIN IM SPANNUNGSFELD VON GESUNDHEIT UND KRANKHEIT, NORMALITÄT UND ABWEICHUNG

Medizin ist die Wissenschaft von Gesundheit und Krankheit. Ihr Anspruch besteht darin, Krankheit zu verhindern und zu heilen. Jede und jeder von uns fühlt sich manchmal krank und artikuliert das relativ unbedarft, ebenso wie eine Genesung (zumeist) als Erleichterung erlebt wird. Alle leben wir zeitlebens mit dem Risiko, mehr oder weniger schwer zu erkranken. Weil Krankheit teuer sein kann, sind Systeme der Krankenversicherung eingerichtet, um die entstehenden Kosten möglichst verträglich auf die Gemeinschaft der Sozialversicherten zu verteilen.

Nach Jahrhunderten ärztlichen Paternalismus¹ steht heute zumindest in der Theorie (wenn auch nicht immer in der Praxis) die Autonomie der Patientin und des Patienten im Vordergrund. Wer krank ist, hat ein Recht darauf, über die Behandlung zu bestimmen. Mit anderen Worten: Krankheit legitimiert zur medizinischen Intervention, wenn die betroffene Person ihren „informierten Konsens“ gegeben hat.³ Dann sind auch schwerwiegende Eingriffe in die körperliche Integrität erlaubt.

Damit sind wir gleichzeitig bei der Frage angelangt, was im körperlich-seelischen Bereich als normal (gesund) und was als behandlungsbedürftig (krank) gilt.⁴ Hier liegt zwar letztlich die Definitionsmacht bei der medizinischen Profession. Allerdings befinden wir uns in keiner Einbahnstraße. Menschen begeben sich auf Grund irgendwelcher mehr oder weniger diffuser Beschwerden in die Obhut von Ärztinnen und Ärzten und erwarten sich entsprechende Begleitung, die im Optimalfall dazu führt, dass die Beschwerden vergehen. Bei der Behandlung greifen einschlägige medizinische Routinen, die zu einer Besserung der subjektiv als unbefriedigend bis bedrohlich erlebten gesundheitlichen Situation führen sollen. Die medizinische Profession wird demnach mit den Bedürfnissen der Menschen im Bereich ihrer Befindlichkeiten konfrontiert und generiert ihre Fassungen pathologischer Wirklichkeiten immer in Auseinandersetzung mit ihnen (und nicht einfach für oder gegen sie).

Die eben gemachten Darlegungen gelten für jene (Mehrzahl der) Fälle, in denen Menschen sich aktiv in Behandlung begeben und einwilligungsfähig sind. Viel problematischer ist es, wenn sie nicht einsichtsfähig sind und sich nicht artikulieren können, sei es, weil sie noch oder aktuell nicht die Kapazität dazu haben, sich mit ihrer gesundheitlichen Situation auseinander zu setzen, sich mit einer etwaigen Behandlung zu befassen und sich dazu zu verhalten: Kinder, psychisch Kranke oder geistig Behinderte, Komatöse, etc. In solchen Fällen entscheiden Vertreterinnen oder Vertreter, die angehalten sind, das Wohl der betroffenen Person zu wahren: eine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation, Selbst- oder Fremdgefährdung auszuschließen.

Solche Fremdbestimmung ist immer prekär, selbst dann, wenn es sich um die Behebung gravierender funktioneller Störungen handelt. Besonders problematisch wird es allerdings, wenn die Medizin sich anschickt, als krank zu definieren, was „nicht normal“ ist. Als zentrale, fundamentale Voraussetzungen gesundheitlicher *Normalität* gelten im medizinischen Diskurs das Vorliegen eines eindeutig männlichen oder weiblichen Körpers und die Entwicklung einer stabilen Geschlechtsidentität, die sich mit dem biologischen Geschlecht in harmonischem Einklang befindet.⁵ Abweichungen davon werden als krankhaft gefasst und als behandlungsbedürftig erachtet. Im Folgenden wird ganz knapp der Stand medizinischen Wissens in diesen Bereichen auf den Punkt gebracht.

WIDER DIE UNEINDEUTIGKEIT – MEDIZINISCHE INTERVENTIONEN

Wer kein eindeutiges Körpergeschlecht aufweist, wird im heutigen medizinischen Diskurs als „intersexuell“

bezeichnet. Intersexualität kann sich im Lauf des Lebens zeigen – etwa in der Pubertät – oder gleich bei der Geburt sichtbar sein, indem sich die externen Genitalien nicht „eindeutig“ einem Geschlecht zuordnen lassen. Dabei handelt es sich u.a. um folgende Fälle: Ein kleiner, „hypospadischer“ Phallus (bei dem die Harnöffnung sich nicht an der Spitze sondern entlang des Penischafts befindet) und eine einseitig nicht deszendierende Gonade; ein vergrößerter Phallus mit beidseitig nicht ertastbaren Gonaden; oder ein vergrößerter Phallus in Kombination mit einer Vagina (Slaughenhaupt/Van Savage 1999, S. 113). „Phallus“ steht hier jeweils für ein Gebilde, das als „Mikropenis“ oder als vergrößerte Klitoris gedeutet werden kann.

Die Gründe für uneindeutige Genitalien sind vielfältig und lassen sich in eine Reihe von Syndromen mit verschiedensten Ursachen kategorisieren. Meist fallen die einzelnen derzeit bekannten Elemente des Körpergeschlechts auseinander: Chromosomen (xx/xy), Gonaden (Eierstöcke/Hoden), Hormone (bestimmte Verhältnisse von Östrogen/Testosteron), externe und interne Genitalien („morphologisches“ Geschlecht).⁶

Wie nimmt die Medizin die Geburt eines Kindes mit „intersexuellem Genitale“ auf? Durchaus repräsentativ für den momentanen medizinischen Mainstream ist folgende Passage aus einem Text von Sinnecker: „Die Geburt eines Kindes mit intersexuellem Genitale ist ein psychosozialer Notfall. Entscheidend für die weitere Entwicklung des Kindes ist eine rasche, richtige und sichere Geschlechtszuweisung. Diese Entscheidung basiert auf der Kenntnis der zugrunde liegenden Ursache und der anatomischen Verhältnisse, der Abschätzung operativer und hormoneller Behandlungsmöglichkeiten und der Prognose über die zu erwartende Entwicklung in der Pubertät“ (Sinnecker 2000, S. 455).

Die einflussreiche American Academy of Pediatrics (2000) nennt folgende Entscheidungsfaktoren für die Zuweisung eines Geschlechts: Potential zur Fruchtbarkeit, die „Kapazität zu normaler sexueller Funktion“, „endokrine Funktion“, d.h. die Produktion von angemessenen Hormonen für das „sex of rearing“ – jenes Geschlecht, „in“ dem ein Kind erzogen werden soll –, die Gefahr maligner Entartung (nicht deszendierender Hoden) sowie das Ausmaß der „Prägung“ des fetalen Gehirns durch Testosteron während der Schwangerschaft.

Im Zusammenhang damit wird die Notwendigkeit von raschen „geschlechtsanpassenden“ Maßnahmen begründet.⁷ Intakte, aber uneindeutige Genitalien werden seit einigen Jahrzehnten chirurgisch modifiziert, damit das kulturelle Geschlecht seinen genitalem Niederschlag finden kann.⁸

Dies wird auf Grund eines theoretischen Ansatzes für nötig gehalten, der durch die Forschungen von Anke Ehrhardt und John Money prominent geworden ist: Das Individuum werde „psychosexuell neutral“ geboren und könne in eine bestimmte Richtung erzogen werden. Money ging davon aus, dass das „Fenster“ der Geschlechtsidentität bis zum Alter von etwa 18 Monaten „offen“ sei (Money 1965, S. 12 f.). Mittlerweile sind die Schätzungen

vorsichtiger und wollen das Fenster schon im Alter von ungefähr 9 Monaten geschlossen sehen (Meyer-Bahlburg 1999, S. 3456).

Diese Untersuchungen wurden gerade von Feministinnen in den siebziger Jahren hoch erfreut zur Kenntnis genommen, schienen sie doch den Nachweis zu führen, dass geschlechtsspezifisches Verhalten nicht „angeboren“, sondern „erlernt“ wäre. Damit wäre auch, so die Hoffnung, eine Auflösung von Geschlechterstereotypen möglich, und „Natur“ könnte, getreu der Beauvoirschen Einsicht, als nicht schicksalhaft gesehen werden. Die Theorie des Lernens von Geschlechtsrolle und Geschlechtsidentität wird nun aber (seit langem) eingesetzt, um medizinische Interventionen zur Herstellung geschlechtlicher Normalität zu legitimieren.

Um eine „ungestörte“, „richtige“ psychosexuelle Entwicklung sicherzustellen, seien, darin ist sich die Mehrzahl der Mediziner einig, „eindeutige“ äußere Genitalien erforderlich.⁹ Wenn etwa das Geschlecht „weiblich“ zugewiesen wird, dann könnten, davor warnt Meyer-Bahlburg, „maskulinisierte“ externe Genitalien ein erhöhtes Risiko sozialer Zurückweisung erzeugen. Des Weiteren bestehe die Gefahr, dass die Erziehung zu einer eindeutigen Geschlechtsidentität scheitert. Allerdings sei das zuletzt erwähnte Risiko (empirisch) nicht wirklich nachgewiesen; das Beweismaterial sei weitgehend auf einige Fallerzählungen und undokumentierte klinische Erfahrungen beschränkt (Meyer-Bahlburg 2001, S. 159).

Trotz mangelnder empirischer Befunde hat sich dieser Ansicht nicht nur die große Mehrheit der mit Intersex befassten Mediziner angeschlossen. Sie liegt auch einer Stellungnahme der deutschen (rot/grünen) Bundesregierung zugrunde, die in Antwort auf eine „Kleine Anfrage“ seitens der PDS im Jahr 2001 ergangen ist: „Nach dem Kenntnisstand der Bundesregierung besteht eine relativ weitgehende Übereinstimmung darüber, dass eine frühe eindeutige Festlegung des Geschlechts die Entwicklung einer stabilen Geschlechtsidentität erleichtert. Eine stabile Geschlechtsidentität ist für die allgemeine psychische Entwicklung und Identitätsbildung wichtig und hilfreich. Zwar ist das, was in einer bestimmten Kultur als männlich und weiblich gilt, historischen Veränderungen unterworfen, dennoch erscheint die nicht nur in westlichen Kulturen vorherrschende Einteilung in zwei Geschlechter eine wirkmächtige soziale Realität darzustellen.“¹⁰

Dem antizipierten Anpassungsproblem für genitale Abweichterinnen wird mit chirurgischen Eingriffen begegnet. Entscheidet sich ein medizinischer Stab dafür, aus einem uneindeutigen Kind ein eindeutiges Mädchen zu machen, wird zunächst die Klitoris verkleinert.¹¹ Das führte zumindest nach den früheren Operationsmethoden regelmäßig zu Narben und Gefühlsstörungen bis hin zur Gefühllosigkeit, was umso schwerwiegender ist, als in der Klitoris viele Nerven zusammenlaufen, die sie zu einem zentralen Organ weiblicher Sexualität machen. Dieses Potential wurde durch die Operationen deutlich herabgemindert bis zerstört.¹² Chirurgen, die solche Operationen heute durchführen, versichern, sie seien mittlerweile technisch derart versiert, dass es zu solchen Problemen nicht mehr komme.¹³

Optimistisch formuliert die American Academy of Pediatrics: „Säuglinge, die als Mädchen aufgezogen werden, bedürfen für gewöhnlich einer Klitorisreduktion. Mit den gegenwärtigen Methoden wird dies nicht nur zu einer normal aussehenden Vulva führen. Auch eine funktionierende Klitoris wird bewahrt werden können.“¹⁴ Nur die Zukunft kann zeigen, ob dieser Optimismus berechtigt ist.

Mit der Verkleinerung der Klitoris ist es oft nicht getan. Fehlt die Vagina, wird noch im Kindesalter eine Vaginalingangsplastik zur Herstellung der späteren Kohabitationsfähigkeit eingesetzt. Dieses Ziel macht Vaginalbougierungen mittels genormter Metallstifte erforderlich, um die Neovagina auszudehnen.¹⁵ Die emotionale Belastung, die solche Eingriffe bei Kindern hervorrufen, führt nach Erfahrung von Meyer-Bahlburg (2001, S. 165) immer wieder zum Abbruch der Maßnahmen. Systematisch untersucht wurde deren Verträglichkeit bislang aber nicht.

Weil sich die Operationstechniken verbessert haben, sind Mediziner dagegen, dass Studien über die Lebensqualität von Menschen, die vor Jahrzehnten, aber auch noch vor wenigen Jahren, oder die nicht in spezialisierten Krankenhäusern operiert wurden, zur Grenzziehung bei ihrer jetzigen Arbeit herangezogen werden. Solche Langzeitstudien gibt es ohnehin kaum.¹⁶ Jene Untersuchungen, die es gibt, zeigen keine guten Ergebnisse. Alizai et al. (1999, S. 1588) sprechen von „enttäuschenden Ergebnissen“. Dazu gehören Narbenbildung, Geschwulste und Stenosen (Verengungen). Heute sei allerdings, wie insistiert wird, alles anders. Ebenso wie die Operationsmethoden hätten sich die Methoden zur Feststellung der späteren Geschlechtsidentität verfeinert, wodurch die Unsicherheit bezüglich der Zukunft des Kindes zunehmend ausgeschaltet werden könnten.

Das Kind erscheint so als Objekt der medizinischen Bemühungen, im Verbund mit den Eltern und einem unterstützenden sozialen Umfeld Eindeutigkeit von Geschlecht und Geschlechtsidentität herzustellen. Dafür, dass diese Eingriffe *notwendig* sind, um die gewünschte „normale Entwicklung“ im Sinne eines gegliederten Aufwachsens als „Mädchen“ oder als „Junge“ zu gewährleisten, gibt es keine Belege.¹⁷ Es wird bereits die Nichtübereinstimmung mit den herrschenden, angeblich naturgegebenen Vorstellungen dahingehend, wie ein Körper auszusehen hat, als krankhafter Zustand definiert. Ansonsten müssten die geschlechtszuweisenden Operationen an Kleinkindern als rein kosmetisch bezeichnet werden: Sie beheben keine funktionelle Störung (Meyer-Bahlburg 2002). Aber die Gesellschaft sieht, so die Prämisse von Medizin, Politik und Recht, keinen Platz für Intersexuelle vor, deshalb soll es sie auch nicht geben.

Das Recht normiert Zweigeschlechtlichkeit explizit, indem jeder Mensch einem von zwei möglichen Personenständen zugewiesen werden muss: männlich oder weiblich. Dazwischen oder daneben gibt es nichts, wie gerade erst das Landesgericht München statuiert hat: „Weder die Menschenwürde noch das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit, noch der Gleichheitsgrundsatz gebieten es, eine weitere Geschlechtskategorie als eintragungsfähig anzusehen, die dem geltenden deutschen Recht unbekannt

ist und zu erheblichen Rechtsunsicherheiten führen würde.“¹⁸ Das Problem, das die Gesellschaft mit geschlechtlicher Vielfalt hat, wird dem intersexuellen Individuum als Krankheit aufgestempelt und möglichst effizient entsorgt.

Dagegen wehren sich mittlerweile Intersexuelle. Seit einigen Jahren formieren sich Betroffene in verschiedenen Organisationen rund um die Welt,¹⁹ um auf das ihnen im Namen der geschlechtlichen Vereindeutigung zugefügte Leid aufmerksam zu machen. Die Tabuisierung von Intersexualität ist dabei ein großes Problem. Ziel dieser Zusammenschlüsse ist es, die Medizin dazu zu bewegen, von Operationen abzusehen, solange die davon Betroffenen sich nicht selbst dazu artikulieren können. Das wäre im Einklang mit dem Prinzip des informierten Konsenses und dem Recht eines Kindes auf eine „offene Zukunft“ (Beh/Diamond 2002).

Dagegen sprechen sich wiederum die Protagonisten des medizinischen „Management“ von Fällen der Intersexualität aus. Sie beharren darauf, die von ihnen angepeilte Normalität könne aufgrund besserer Diagnose- und Interventionsmethoden zunehmend sicherer erreicht werden. „Offene Zukunft“ würde bedeuten, dass Heranwachsende Entscheidungen gerade dann treffen müssten, wenn sie besonders vulnerabel sind, nämlich zur Zeit ihrer Pubertät. Gerade dann wären sie auf den Schutz einer möglichst angepassten körperlichen Konfiguration angewiesen. Würde man Kindern nicht die Sicherheit eines eindeutigen Geschlechts vermitteln, wäre dies als ihre Auslieferung an eine an Normalität gewöhnte Mehrheit anzusehen. „Andersartigkeit im Bereich der nach wie vor tabuisierten Geschlechtlichkeit [birgt] ein hohes Risiko, Leiden zu erzeugen. Der Arzt kann sich deshalb nicht durch Nichtstun der Verantwortung entziehen.“²⁰

„Normalität“ ist die in Frage gestellte Richtschnur und Ziel. Die medizinische Profession bezieht sich auf Normalität, als wäre sie fraglos, einfach so, gegeben, als existiere sie als eine jenseits der Medizin vorhandene Vorgabe, der sich die Medizin nicht entziehen darf (Klöppel 2002, 176), will sie nicht riskieren, vermeidbares Leiden zu erzeugen.

QUEERE INTERVENTIONEN

Queeres Denken kollidiert radikal mit solchen rechtlichen und medizinischen Konventionen. Warum, so wird gefragt, sollen Geschlecht und Geschlechtsidentität stabil und eindeutig sein? Wie entsteht überhaupt diese Vorstellung? Wer braucht sie? Welche Kosten sind damit verbunden? Was könnte dagegen getan werden? Wäre es möglich, Medizin zu *queeren* und ihre Voraussetzungen so in Frage zu stellen, dass „Gesundheit“ nicht in „Normalität“ kollabiert? Dafür bedarf es zunächst einer Vorstellung von Geschlecht, die es seiner Natürlichkeit entkleidet und von Normalitätsanforderungen abkoppelt. Sie möchten wir im Folgenden kurz skizzieren, um die Herausforderung klar zu machen, der sich der medizinische Diskurs im Zeichen von *queer* zu stellen hätte.²¹

Ein *queeres* Verständnis von Geschlecht und Geschlechtsidentität läuft auf eine Verkomplizierung dessen hinaus, was es bedeutet, jemand zu sein. Herausgestellt wird die Prozesshaftigkeit der Existenz in verschiedenen Rollen, die alle mit normativen Anforderungen verbunden sind. Einen Körper zu „haben“, sich in einem Körper „als Mann“ oder „als Frau“ zu fühlen, bedeutet, jenen Normen zu folgen, die von außen permanent an diesen herangetragen und zunehmend verinnerlicht werden; es bedeutet, jenen Normen nachzukommen, die dann der Körper *sind*. Diese Normen verzahnen biologisches und kulturelles Geschlecht und schlagen sich in der Geschlechtsidentität nieder. Für Judith Butler etwa ist aus diesem Grund eine Trennung zwischen Biologie und Kultur im Grunde künstlich.²²

Der männliche oder weibliche Körper kann als weitgehend automatisiertes, eingekörpertes Befolgen von Normen gefasst werden. Menschen werden von Geburt an, von dem Moment an, wo es heißt „Es ist ein Mädchen“ oder „Es ist ein Junge“, in ein Geschlecht gezwungen.²³ Auf die Identifikation durch medizinisches Personal folgt die juristisch vorgegebene Notwendigkeit, das Kind mit einem passenden, d. h. mit dem zugeschriebenen Geschlecht im Einklang stehenden Namen zu geben. So wird der Personenstand fixiert. Damit wird gleichzeitig ein Bereich möglicher Existenzweisen eröffnet wie andere Existenzweisen verschlossen werden.²⁴ Wer der Kategorie „Frau“ zugewiesen ist, kann einen Mann heiraten und muss nicht zum Militärdienst, kann Frauenförderungsmaßnahmen in Anspruch nehmen und darf ohne soziale Sanktionen Röcke und hochhackige Schuhe anziehen.

Die Geschlechtszuweisung ist also nicht einfach eine Feststellung, sondern ist gleichzeitig Ermöglichung, Befehl und Drohung: „Es ist ein Mädchen“ oder „Du bist ein Mädchen“ lässt sich übersetzen in den Imperativ: „Sei ein Mädchen“; wenn du in deinem Dasein anerkannt werden willst, wenn du ein reales Subjekt sein willst, dann handle „als Mädchen“ oder „wie ein Mädchen“ (Butler 1995, S. 318; Chinn 1997, S. 299-300). Unbotmäßiges Verhalten, Überschreitungen der Gendernormen werden bestraft oder zumindest argwöhnisch beobachtet und kommentiert, um erinnerlich zu halten, dass Grenzüberschreitungen stattfinden.

In den meisten Fällen „funktionieren“ Heranwachsende mit mehr oder weniger Leitung gemäß den vorherrschenden Gendernormen und körpern sie ein: Sie fühlen sich – zunehmend – einfach „natürlich“ an. So ist Butlers zentraler Punkt, dass Genderperformativität weder optional noch natürlich ist: In den meisten Fällen ist der Zwang, sich „als Mädchen“ und später „als Frau“ zu verhalten, kaum spürbar. Geschlecht wird wiederholt dargestellt, über eine Vielzahl an Handlungen, Bewegungen, Präferenzen etc., die scheinbar Zeichen eines essentiellen geschlechtlichen Selbst sind.

KÖRPERIDEALE, KOSMETIK, PATHOLOGISIERUNG

Ein Geschlecht zu verkörpern kann sich ganz „natürlich“ anfühlen, Lust oder Qual bedeuten. Es ist subjektiv umso

einfacher, je stärker eine Person sich mit ihrem Körper identifizieren kann, je weniger sie ihren Körper und die Art seiner Wahrnehmung durch die anderen als Zumutung empfindet.

Männer und Frauen stehen unter einem erheblichen Druck, diversen Idealen nachzukommen. Abgesehen von mehr oder weniger expliziten Dress Codes, die von bestimmten idealen Körperkonfigurationen ausgehen (oder sie anpreisen), zeigen gerade die in den Medien breit geführten Debatten darüber, wie groß weibliche Brüste sein sollen (und bei welchem kosmetischen Chirurgen Frauen die besten Ergebnisse erwarten können), wie groß ein männlicher Penis sein und welche Härte er bei der Erektion aufweisen soll (und was gegebenenfalls angestellt werden kann, um sie zu erreichen), wie sehr das Geschlechterideal die Materialität des Körpers als verfügbar konstruiert. Die Annahme des Geschlechterideals ist der Substanz des Körpers immer näher gerückt.

Bei den hier genannten Beispielen handelt es sich – je nach finanziellen Ressourcen, die jemandem zur Disposition stehen – um gleichsam beliebig verfügbare medizinische Maßnahmen. Dabei geht es darum, das „natürlich gegebene“ Geschlecht zu perfektionieren. Die Eingriffe sind *kosmetisch*. Sie dienen nicht dazu, „Krankheiten“ zu heilen. Allerdings würden sich jene, die ärztliche Leistungen in diesem Feld in Anspruch nehmen, wahrscheinlich nicht ungern für krank erklären lassen. Das hätte nämlich den angenehmen Nebeneffekt, dass die Behandlungskosten von der Krankenversicherung übernommen werden. Der dafür zu entrichtende Preis wäre somit die „Pathologisierung“.

Genau das ist der Preis, den „Transsexuelle“ zahlen, wenn sie den Weg der Geschlechtsanpassung gehen, weil sie das Gefühl haben, im „falschen Körper“ zu stecken und weil sie die Zumutung, von anderen in ihrem Geburts-geschlecht erkannt und angesprochen zu werden, nicht ertragen können. „Krankheit“ eröffnet Zugang zu medizinischen Ressourcen. Denn wer krank ist, dessen Zustand liegt außerhalb des „höchstpersönlichen Gestaltungs- und Risikobereichs“²⁵, dem oder der soll geholfen werden.

Die Rede von der Krankheit „Transsexualität“ ist im Rahmen der Transgenderbewegung zunehmend in Kritik geraten. Hinterfragt wird der Echtheitsdiskurs, der dem transsexuellen Syndrom, der „Geschlechtsidentitätsstörung“, zugrunde liegt. Er zielt auf eine innere Wahrheit ab, die in einem vom Gefühl abweichenden Körper die Wurzel einer Krankheit sieht, die durch Geschlechtsanpassung geheilt werden kann, um dem „wahren Geschlecht“ zum Durchbruch zu verhelfen. Die „Außenseiter innerhalb der Kategorie ‚Transsexuell‘“ wollen, wie C. Jacob Hale formuliert, „den Ort der Zugangsberechtigung zu medizinisch regulierten Techniken“ verschieben: „von der Zuordnung zu einer Kategorie hin zu persönlichem Begehren.“²⁶

Und wenn schon, dann sollte statt des „Leidens am eigenen Körper“, wie Jannik Franzen vorschlägt, das „Leiden“ an der zweigeschlechtlichen Gesellschaft Grundlage für eine Diagnose sein, die Zugang zu

medizinischen Ressourcen eröffnet – „mit der Möglichkeit, den Körper an die Gegebenheiten, die sich nun einmal so schnell nicht ändern lassen, „anzugleichen“ (Franzen/Beger 2002, S. 60 f). „Lasst uns lieber“, stimmt Nico Beger zu, „nach den Normen von Zweigeschlechtlichkeit fragen“ (ebd., S. 61)!

Ist ein solcher Ansatz im medizinischen und rechtlichen Diskurs überhaupt artikulierbar? Können die Professionen verstehen, was damit gemeint ist? Wie können die Normen verändert werden, die medizinisches Handeln und rechtliches Urteilen leiten? Ist eine Verabschiedung der Kategorien männlich/weiblich denkbar und in welcher Form? Franzen und Beger sehen deutlich die Schwierigkeit, welche sozial für jene auftaucht, die sich der Geschlechtszugehörigkeit entziehen wollen: für die meisten anderen fühlt sich Geschlecht ganz natürlich an.

Die Genderavantgarde findet sich selten in den Reihen derer, die Recht gestalten oder Medizin betreiben. Jene, die Gender „beugen“ (die „Gender Bender“), sind eher Klientel, Objekt von Recht und Medizin als Subjekte von deren Veränderung. Sie perpetuieren jene Diskurse, indem sie sich ihren Regeln unterwerfen, um an jene Ressourcen zu gelangen, von denen sie sich ihre Individualität jenseits vorhandener Klischees versprechen.²⁷ Daraus resultiert auch ein Ohnmachtgefühl, ein Leiden an den Zuschreibungen der anderen, deren Macht institutionell verfestigt ist und die Anerkennung nur sehr selektiv zuerkennen. Geschlecht ist ein *Anerkennungsverhältnis*; Recht und Medizin formulieren die Grenzen und bewachen sie eifersüchtig.

Ein *queerer* Ansatz in der Medizin müsste die normative Dimension von Geschlecht ernst nehmen. Medizin dürfte ihre Vorstellung von Normalität nicht als Gesundheit veredeln und nicht über Menschen hinweg Machbarkeit zelebrieren, wie dies im „Intersex Case Management“ zurzeit der Fall ist. Geschlechtliche Variabilität und veränderliche Geschlechtsidentität müssten als Variationen und nicht als krankhafte Abweichungen angesehen werden können. Angesichts der historisch gewachsenen „Realität“ von Zweigeschlechtlichkeit, die ja nicht bloß Ausdruck in der Existenz von zwei „natürlich“ vorgegebenen Geschlechtern findet, sondern auch in einem ausgesprochenen Machtgefälle, das zudem durch weitere Machtvektoren wie „Rasse“, Klasse oder körperlicher Kapazitäten aufgeladen ist, scheint das ein überaus komplexes Unterfangen. Es bedarf nicht zuletzt *auch* der im Zeichen von *queer* gepflogenen Infragestellung jener Diskurse, die heute noch mit so großer Selbstsicherheit Normalitäten normieren: Recht und Medizin.

ANMERKUNGEN:

1 Wiederabdruck mit leichten Modifikationen von „Queer im medizinischen Diskurs“, in: Leah Carola Czollek/Gudrun Perko (Hg.), Lust am Denken. Queeres im experimentellen Raum jenseits kultureller Verortungen? Köln 2004, S. 94-107. Wir danken den Herausgeberinnen für die Genehmigung.

- 2 „Trans“ steht als Kürzel für den Wunsch, eindeutige Zuordnungen im Bereich des Geschlechtlichen (und Sexuellen) zu vermeiden (Franzen 2002, S. 75).
- 3 Siehe dazu allgemein und speziell im Hinblick auf die uns im Folgenden interessierenden Themen Beh/Diamond 2000.
- 4 Siehe dazu unter Differenzierung der existenziellen, empirischen und normativen Dimension von Gesundheit und Krankheit Wallner 2004, S. 54 ff.
- 5 Eine nicht heterosexuelle Orientierung wird im medizinischen Standard nicht mehr als krankhaft angesehen. Menschen gelten nur dann als behandlungsbedürftig, wenn sie unter ihrer sexuellen Orientierung leiden (F66.1 „Ichdistone Sexualorientierung“, ICD-10 1999, S. 248 f).
- 6 Hartmann/Becker (2002, S. 24) erwähnen darüber hinaus noch das „hypothalamische“ Geschlecht, die Hypothese eines „Geschlechtsdimorphismus“ im Gehirn. Die Forschungen dazu sind freilich, wie die Autoren selbst festhalten, „weniger gut fundiert“.
- 7 Siehe die Nachweise bei Fausto-Sterling 2000, S. 45, 275 f.
- 8 Vgl. Kessler 1998; Fausto-Sterling 2000, S. 30 ff.
- 9 Deutsche Bundesregierung in Beantwortung der Kleinen Anfrage betreffend Intersexualität im Spannungsfeld zwischen tatsächlicher Existenz und rechtlicher Unmöglichkeit (BT-Drs. 14/5425), Vorwort (zu finden im Internet unter http://www.dgti.org/is/brd_an_pds.htm; letzter Besuch Dezember 2005).
- 10 Deutsche Bundesregierung, Drucksache 14/5425 vom 16.03.2001.
- 11 Siehe Fausto-Sterling 2000: 56-66, mit graphischen Darstellungen zu den einzelnen Operationsmethoden.
- 12 Siehe dazu nun auch die neue Studie von Crouch et al. 2004, die zum Ergebnis kommt, dass die schlechten Erfahrungen von an der Klitoris operierten AGS-Frauen im Licht der Kontroverse über chirurgische Eingriffe an Genitalien weiteren Evaluationen unterzogen werden müssten.
- 13 Meyer-Bahlburg (2001, S. 165) schreibt über die neuen Operationsmethoden, dass die funktionellen Resultate dieser Techniken viel versprechend scheinen, wengleich dies nicht allgemein gesagt werden könne. Hinsichtlich der Einschränkung verweist er auf die Studie von Alizai et al. 1999.
- 14 Vgl. American Academy of Pediatrics 2000; Übersetzung E.H.
- 15 Vgl. die Fall Erzählung des Amtsgerichts München, 13.09.2001, Geschäftsnummer 722 UR III 302/00.
- 16 Darauf verweisen etwa Meyer-Bahlburg 2001, S. 156; Woelfle et al. 2002, S. 236. Eine Ausnahme stellt der Text von Kuhnle et al. 1995 dar. Die Autorinnen und Autoren kommen zum Ergebnis, dass Probleme im Bereich des Sexuallebens bei IntersexpatientInnen typisch sind und im Lauf des Lebens größer werden können.
- 17 Dass der Erfolg nicht garantiert ist, dürfte der Grund sein, warum Chirurgen mittlerweile „Das Gesetz als Hemmschuh“ sehen, „da der Arzt, der eine Operation durchführt, nach schadenersatzrechtlichen Bestimmungen für den Eingriff haftet. Das ist deshalb von Bedeutung, weil die Operation in der Regel zu einem Zeitpunkt durchgeführt wird, in dem der Punkt der Selbstbestimmung nahezu ausgeschlossen ist und eben die Fremdbestimmung durch die Eltern dominiert. Damit ein derartiger Eingriff rechtlich als Heilbehandlung angesehen wird, ist es von entscheidender Wichtigkeit, die Unsicherheit hinsichtlich der Entwicklung der geschlechtlichen Identität so gering wie möglich zu halten. Fehlt diese relative Sicherheit, könnte es dazu kommen, dass sich kaum mehr ein Kinderurologe findet, der einschlägige Operationen an Patienten durchführt, die (noch) nicht selbstbestimmungsfähig sind.“ (Mitteilung an die Presse mit Statements von Christian Radmayr, 10.02.2004, erreichbar über <http://www.ttlak.at>)
- 18 Zitiert nach Tolmein 2003, S. 40. Die Entscheidung des Gerichts ist insofern widersprüchlich, als es gleichzeitig festhält, die

- Antragstellerin sei gar nicht intersexuell und von daher könne offen bleiben, „ob im Falle eines echten Hermaphroditismus ‚Zwitter‘ als Geschlecht im Personenstandsregister eingetragen werden könnte.“
- 19 Z.B.: Intersex Society of North America, <http://www.isna.org>; Deutsche Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität e.V., <http://www.dgit.org>; Gruppe für xy-Frauen, <http://www.xy-frauen.de>. Für Österreich siehe <http://www.intersex.at>.
- 20 Sinnecker, http://www.kindergynaekologie.de/html/dggg_abs1.html; letzter Besuch Dezember 2005.
- 21 Die folgenden Ausführungen sind eng an Holzleithner 2002, S. 153 f. angelehnt.
- 22 Siehe dazu Butler 2001 in Auseinandersetzung mit dem Fall eines „Jungen, der als Mädchen aufwuchs“; vgl. dazu Colapinto 2000. Mit David Reimer, dessen Fall diesen Texten zugrunde liegt, wollte John Money den Beweis führen, dass Geschlecht nicht angeboren, sondern ausschließlich kulturell anerzogen ist. Vor kurzem hat David Reimer, der zunächst Bruce hieß, nach einer verunglückten Vorhautoperation als Brenda erzogen wurde und ab 15 zu David wurde, sich im Alter von 38 Jahren das Leben genommen; siehe Calonego 2004, S. 12.
- 23 Vgl. schon Kessler/McKenna 1978, S. 11.
- 24 Vgl. dazu etwa Corneli 1993, S. 83-84.
- 25 Österreichischer Oberster Gerichtshof, 21.12.1995, 3 Ob 570/95.
- 26 Hale 1998, S. 335, zitiert nach Franzen 2002, S. 87.
- 27 Siehe zum Problem Franzen 2002, S. 86.
- Benhabib, Seyla u.a., Der Streit um Differenz. Feminismus und Postmoderne in der Gegenwart, Frankfurt/Main 1993, S. 80-104.
- Crouch, NS/Minto, CL/Laio, LM/Woodhouse, CR/Creighton, SM: Genital sensation after feminizing genitoplasty for congenital adrenal hyperplasia: a pilot study, in: *British Journal of Urology Int.* 2004, S. 135-138.
- Fausto-Sterling, Anne: *Sexing the Body. Gender Politics and the Construction of Sexuality*, New York 2000.
- Franzen, Jannik: Grenzgänge: Judith „Jack“ Halberstam und C. Jacob Hale. Weibliche Maskulinität, Transmänner und die Frage nach Bündnissen, in: *Polymorph (Hg.), (K)ein Geschlecht oder viele? Transgender in politischer Perspektive*, Berlin 2002.
- Franzen, Jannik/Beger, Nico J.: „Zwischen die Stühle gefallen“. Ein Gespräch über queere Kritik und gelebte Geschlechterentwürfe, in: *Polymorph (Hg.), (K)ein Geschlecht oder viele? Transgender in politischer Perspektive*, Berlin 2002.
- Hale, Jacob C.: Consuming the Living, (Dis)Remembering the Dead in the Butch/FTM Borderlands, in: *GLQ* 1998, S. 311-348.
- Hartmann, Uwe/Becker, Hinnerk: *Störungen der Geschlechtsidentität. Ursachen, Verlauf, Therapie*, Wien/New York 2002.
- Holzleithner, Elisabeth: *Recht Macht Geschlecht. Legal Gender Studies. Eine Einführung*, Wien 2002.
- Kessler, Suzanne J.: *Lessons from the Intersexed*, New Brunswick u.a. 1998.
- Kessler, Suzanne J./McKenna, Wendy: *Gender. An Ethnomethodological Approach*, Chicago/London 1978.
- Maihofer, Andrea: *Geschlecht als Existenzweise. Macht, Moral, Recht und Geschlechterdifferenz*, Frankfurt am Main 1996.
- Meyer-Bahlburg, Heimo: *Gender and Sexuality in Classic Congenital Adrenal Hyperplasia*, in: *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America* 2001, S. 155-171.
- Meyer-Bahlburg, Heimo: *Gender Assignment and Reassignment in Intersexuality: Controversies, Data and Guidelines for Research*, in: *Advances in experimental medicine and biology* 2002, 199-223.
- Sinnecker, Gernot H. G.: *Pathophysiologie sexueller Differenzierungsstörungen*, in: *Thürhoff/Schulte-Wissermann: Praxis der Kinderurologie*, Stuttgart/New York 2000.
- Sinnecker, Gernot H. G.: *Ethische Fragen der Intersexualität*, http://www.kindergynaekologie.de/html/dggg_abs1.html [28.12.2004]
- Slaughenhaupt, Bruce L./Van Savage, John G.: *The Child With Ambiguous Genitalia*, *Infect Urol* 1999, S. 113-118.
- Tolmein, Oliver: Achtung Gerichte: Hermaphroditen sind nicht transsexuell, in: *Frankfurter Allgemeine Zeitung, Feuilleton*, 18.07.2003, S. 40.
- Wallner, Jürgen: *Ethik im Gesundheitssystem. Eine Einführung*, Wien 2004.
- Wölfle, J et al.: Complete virilization in congenital adrenal hyperplasia: clinical course, medical management and disease-related complications, in: *Clinical Endocrinology* 2002, S. 231-238.

LITERATUR:

- Alizai, N. K. et al.: *Feminizing Genitoplasty for Congenital Adrenal Hyperplasia: What Happens at Puberty?* In: *The Journal of Urology* 1999, S. 1588-1591.
- American Academy of Pediatrics: *Evaluation of the Newborn With Developmental Anomalies of the External Genitalia (RE9959)*, in: *Pediatrics* 2000, S. 138-142.
- Beh, Hazel Glenn/Diamond, Milton: *An Emerging Ethical and Medical Dilemma: Should Physicians Perform Sex Assignment Surgery on Infants with Ambiguous Genitalia?* in: *Michigan Journal of Gender & Law* 2000, S. 1-63.
- Butler, Judith: *Doing Justice to Someone. Sex Reassignment and Allegories of Transsexuality*, in: *GLQ* 2001, S. 621-636.
- Calonego, Bernadette: *Der Junge, der ein Mädchen sein musste*, in: *Süddeutsche Zeitung, Panorama*, 18.05.2004, S. 12.
- Chinn Sarah E.: *Gender Performativity*, in: *Medhurst, Andy/Munt, Sally R. (Hg.), Lesbian and Gay Studies. A Critical Introduction*, London/Washington 1997, S. 294-308.
- Colapinto, John: *Der Junge, der als Mädchen aufwuchs*, Düsseldorf/Zürich 2000.
- Corneli, Drucilla: *Gender, Geschlecht und gleichwertige Rechte*, in:

IWK

NORMALITÄT, NORMALISIERUNG, NORMATIVITÄT

HEFT 2

HRSG. VON ULRIKE KADI UND GERHARD UNTERTHURNER

<i>Ulrike Kadi, Gerhard Unterthurner</i> EINLEITUNG	2
<i>Stefan Vater</i> NUR NICHT AUS DER REIHE TANZEN. NORMALITÄT HEISST: SEIN WIE ANDERE!.....	2
<i>Peter Zeillinger</i> BADIOU UND PAULUS. DAS EREIGNIS ALS NORM?	6
<i>Gerhard Hammerschmied</i> RANDPHÄNOMENE DES HEILS Franz Kafkas Hermeneutik des ungeschriebenen Gesetzes.....	13
<i>Elisabeth Holzleithner, Kati Danielczyk</i> NORMALITÄT UND ABWEICHUNG IN MEDIZINISCHEN GESCHLECHTERDISKURSEN: QUEERE INTERVENTIONEN.....	22
<i>Vera Pfersmann</i> DAS PSYCHIATRISCHE GUTACHTEN	28
<i>Ruth Weissensteiner</i> DAS FETTE SELBST Erfahrungen einer Kinderärztin in der Behandlung von Magersucht	35
DIE AUTOR/INN/EN.....	40

ISSN: 0020 - 2320

MITTEILUNGEN DES INSTITUTS FÜR WISSENSCHAFT UND KUNST

61. JAHRGANG 2006, NR. 3-4, EURO 12,50

Linie des Blattes: Verständigung der Öffentlichkeit über die Arbeit des Instituts für Wissenschaft und Kunst sowie Veröffentlichungen von wissenschaftlichen Arbeiten, die damit in Zusammenhang stehen. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die Meinung der AutorInnen wieder und müssen nicht mit der redaktionellen Auffassung übereinstimmen.

Eigentümer, Herausgeber und Verleger: Institut für Wissenschaft und Kunst. Redaktion und Layout: Thomas Hübel. Alle: 1090 Wien, Berggasse 17/1, Telefon / Fax: (1) 317 43 42, email: iwk.institut@aon.at, Homepage: <http://www.univie.ac.at/iwk>

Druck: AV + Astoria Druck, 1030 Wien, Faradaygasse 6, Telefon: (1) 797 85-0 / Fax: (1) 797 85-218