Kerstin Oldemeier

Geschlechtlicher Neuanfang

Narrative Wirklichkeiten junger divers* und trans*geschlechtlicher Menschen

Verlag Barbara Budrich

Kerstin Oldemeier
Geschlechtlicher Neuanfang

Kerstin Oldemeier

Geschlechtlicher Neuanfang

Narrative Wirklichkeiten junger divers* und trans*geschlechtlicher Menschen

Verlag Barbara Budrich
Opladen • Berlin • Toronto 2021

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über https://portal.dnb.de abrufbar.

Gedruckt auf säurefreiem und alterungsbeständigem Papier

Alle Rechte vorbehalten
© 2021 Verlag Barbara Budrich GmbH, Opladen, Berlin & Toronto
www.budrich.de

ISBN 978-3-8474-2576-2 (Paperback)
eISBN 978-3-8474-1734-7 (PDF)
DOI 10.3224/84742576

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Umschlaggestaltung: Bettina Lehfeldt, Kleinmachnow – www.lehfeldtgraphic.de
Titelbildnachweis: Luca Fabièn Dotzler – Mail@Luca-Fabien.de
Satz: Anja Borkam, Jena – kontakt@lektorat-borkam.de
Druck: docupoint GmbH, Barleben
Printed in Europe

Inhalt

Abbildungsverzeichnis 7

Tabellenverzeichnis 7

1. Sichtbarkeit divers* und trans*geschlechtlicher Lebensweisen 9

2. Diskurse über Divers- und Transgeschlechtlichkeit 13

2.1 Medizinisch-gesellschaftliche Konstruktionen transgeschlechtlicher Lebensweisen 13
2.2 Konstruktionen nicht-binärer geschlechtlicher Zugehörigkeiten 23
2.3 Gegenwärtige rechtliche und medizinische Rahmenbedingungen 24
2.4 Sozialwissenschaftliche Erkenntnisse zur Lebenssituation divers* und trans*geschlechtlicher Menschen 29
2.5 Terminologie geschlechtlicher Diversität 40

3. Soziologische Perspektiven auf Wirklichkeiten, Geschlechtlichkeiten und Adoleszenz 49

3.1 Wirklichkeiten und Transgeschlechtlichkeit 49
3.1.1 Konstruierte Erfahrungen – konstruierte Wirklichkeiten 49
3.1.2 Transgeschlechtliche Wirklichkeiten 51
3.2 „In the beginning, there was Agnes“ 54
3.2.1 Geschlechtlichkeit als Wissenssystem 55
3.2.2 Perspektiven der Gender Studies, Queer Studies und Transgender Studies 65
3.3 Geschlechtliche Diversität und Adoleszenz 69
3.3.1 Geschlechtliche Diversität und Jugendforschung 70
3.3.2 Von der Prägung zum*r Akteur*in 78
3.3.3 Vom Stigma zur Diversität 85

4. Forschungskonzeption 94

4.1 Analysekonzept 95
4.1.1 Deutungsprozesse 97
4.1.2 Alltagswelten 98
4.1.3 Typenbildung und Deutungsmuster 99
4.2 Methodisches Konzept 101

4.2.1 Datenerhebung: problemzentrierte Interviews 102
4.2.2 Sample 106
4.2.3 Datenauswertung: dreistufiges interpretatives Verfahren 109

5. Narrative Wirklichkeiten junger divers* und trans*geschlechtlicher Menschen 120

5.1 Fallbeispiele 125
5.1.1 Tina 126
5.1.2 Dennis 133
5.1.3 Fiona 141
5.1.4 Christoph 148
5.2 Deutungsprozesse 156
5.2.1 Bewusstwerdung der divers* oder trans*geschlechtlichen Zugehörigkeit 156
5.2.2 Verortung der nicht-cisgeschlechtlichen Zugehörigkeit 166
5.2.3 Ziele für geschlechtliche Zukunft 176
5.3 Alltagswelten 182
5.3.1 Coming-out-Erfahrungen 183
5.3.2 Neuer Alltag in geschlechtlicher Neu-Positionierung 195

6. Diskussion der Erkenntnisse 213

6.1 Reflexion des konzeptionellen Zugangs 213
6.2 Reflexion der Ergebnisse 218

7. Literatur 231

8. Anhang 249

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Analyseheuristik methodischer Konzeption 97
Abbildung 2 Empirische Analyse-Heuristik: Narrative Wirklichkeiten junger divers* und trans*geschlechtlicher Menschen 115

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Übersicht der interviewten divers* und trans*geschlechtlichen Jugendlichen 109
Tabelle 2 Mastertabelle der Gender Checkpoints, des geschlechtlichen Managements und der geschlechtlichen Wissens- und Bezugssysteme 117
Tabelle 3 Zusammenhänge der inhaltlichen und analytischen Analyseebenen 126
Tabelle 4 Charakterisierung ‚Bewusstwerdung einer divers* oder trans*geschlechtlichen Zugehörigkeit‘ 249
Tabelle 5 Charakterisierung ‚Verortung einer divers* oder trans*geschlechtlichen Zugehörigkeit‘ 250
Tabelle 6 Charakterisierung ‚Ziele für geschlechtliche Zukunft‘ 250
Tabelle 7 Charakterisierung ‚Coming-out Erfahrungen‘ 251
Tabelle 8 Charakterisierung ‚Neuer Alltag in neuer geschlechtlicher Positionierung‘ 252

1. Sichtbarkeit divers* und trans*geschlechtlicher Lebensweisen

In Deutschland ist es seit 1981 rechtlich möglich, die geburtsgeschlechtliche Einordnung durch eine Personenstandsänderung nach dem sogenannten ‚Transsexuellengesetz' in das jeweils andere Geschlecht zu ändern. Eine trans* Frau kann damit durch ein rechtliches Begutachtungsverfahren ihre männliche Zuordnung verändern, ein trans* Mann seine weibliche. Hier geht es um binär transgeschlechtliche Menschen. Davon zu differenzieren sind Varianten der geschlechtlichen Selbst-Positionierung, die keiner binären Geschlechterkategorie entsprechen. Für genderfluide, gender-non-binary oder genderqueere Verortungen wird der gemeinsame Begriff divers* geschlechtlich genutzt. Damit gilt in der vorliegenden Arbeit ein anderes Verständnis, als es mit der seit Ende 2018 bestehenden dritten Option ‚divers' vorgesehen ist. Nach gegenwärtigen offiziellen Regelungen des Innenministeriums wird dieser Geschlechtseintrag begrenzt für spezifische „Varianten der Geschlechtsentwicklung" (BMI 2019a).

Bei einem Blick auf die gesellschaftspolitische und mediale Sichtbarkeit ist zu erkennen, dass seit einigen Jahren die Aufmerksamkeit groß ist für Menschen, die nicht dem *assigned sex at birth* (ASAB) angehören. Diese Feststellung kann an zahlreiche nationale und internationale Beispiele geknüpft werden: Bereits ab 2014 konnte die geschlechtliche Zugehörigkeit bei Facebook aus über 50 verschiedenen Varianten ausgewählt werden. Inzwischen bietet eine wachsende Zahl von Online-Diensten, wie der Streamingdienst Spotify, über die binären Kategorien hinausgehende Optionen für Geschlechtsangaben in user accounts an. In immer mehr Ländern existiert eine dritte Geschlechterkategorie (z.B. in Argentinien, Australien, Bangladesch, Kanada) oder die Möglichkeit, per einfachen Antrag die geburtsgeschlechtliche Zuordnung zu wechseln (z.B. in Bolivien, Irland, Malta, Schweden). Die transgeschlechtliche junge Frau und Topmodel *Giuliana Farfalla* ist in Deutschland in verschiedenen populären TV-Formaten zu sehen (z.B. 2018 in *Ich bin ein Star - Holt mich hier raus!*). Ebenso spielt in preisgekrönten Hollywood-Produktionen (z.B. *Orange Is The New Black*, *Transparent*) das Thema Transgeschlechtlichkeit eine elementare Rolle. Im Februar 2020 berichtete *The New York Times* über die wachsende Sichtbarkeit trans*männlicher Schauspieler in Hollywood, nachdem in den Jahren zuvor insbesondere trans* Frauen medial bekannt geworden sind (vgl. Ebershoff 2020). Außerdem kann noch das erste nicht-binäre Coming-out einer*s bekannten Schauspieler*in erwähnt werden: Asia Kate Dillon gab 2018 ihre*seine nicht-binäre geschlechtliche Zugehörigkeit bekannt und spielt in der Serie *Billionaires* ebenfalls einen nicht-binären Charakter.

Diese Aufzählung ließe sich problemlos fortführen. Immer häufiger geht es dabei auch um Themen abseits rechtlicher sowie medizinischer Fragen über *The Transsexual Phenomenon* (Benjamin 1966). Mit gestiegener Präsenz geht einher, dass transgeschlechtliche Menschen zunehmend selbst über ihr geschlechtliches Erleben berichten, so wie beispielsweise die US-amerikanische Schauspielerin und trans* Aktivistin Laverne Cox in einem Interview Einblick gibt: „As a child I knew everyone was telling me that I was a boy but I felt like a girl. I thought I would hit puberty and just start turning into a girl." (Cox, zitiert in Mulkerrins 2016: o.S.)

Nach ca. 200 Jahren der Kriminalisierung, Pathologisierung und gesellschaftlichen Unsichtbarkeit divers* und trans*geschlechtlicher Lebensweisen können diese Entwicklungen als deutlicher gesellschaftlicher Wandel charakterisiert werden. Mit den Worten des Soziologen für Sexualität Ken Plummer in Bezug auf Erzählungen von Lesben und Schwulen kann für das zweite Jahrzehnt des 21. Jahrhunderts auch für divers* und trans*geschlechtliche Lebensweisen bestätigt werden: „Stories are told; stories are read; communities are born. It can all be done at a distance." (Plummer 2003: Pos. 1201) Die Entwicklung von Computer und Internet seit den 1990er Jahren war eine entscheidende Bedingung dafür, dass weltweit ‚trans communities' entstanden, die schließlich für eine Allgemeinheit *sichtbar* wurden (vgl. Whittle 2006: xii).

Der gestiegenen Sichtbarkeit von Nicht-Cisgeschlechtlichkeit müssen allerdings empirische Erkenntnisse über alltägliche Diskriminierungserfahrungen gegenübergestellt werden. Die bundesweite Jugendstudie *Coming-out – und dann…?!* stellte beispielsweise fest, dass neun von zehn divers* oder trans*geschlechtlichen jungen Teilnehmer*innen der Online-Befragung schon einmal diskriminierende Erfahrungen aufgrund ihrer geschlechtlichen Zugehörigkeit gemacht haben (Oldemeier 2017: 155). Hinzu kommen Erkenntnisse aus englischsprachigen Untersuchungen über erhöhte Vorkommen psychosomatischer Probleme aufgrund gesellschaftlicher, stigmatisierender Rahmenbedingungen (ebd.: 146ff.). Dabei ist jedoch insgesamt zu konstatieren, dass geschlechtliche (und sexuelle) Diversität in der Jugendforschung noch viel zu wenig Berücksichtigung findet. Obwohl gerade unter jungen Menschen die Zahl derer zunehmen, die nicht ihrer geburtsgeschlechtlichen Zuordnung angehören und/oder eine nicht-heterosexuelle Orientierung haben (vgl. Lam 2016: o.S).

In den Sozialwissenschaften galt das analytisch-interpretative Interesse an nicht-cisgeschlechtlichen Lebensweisen insbesondere ihrer Aussagekraft über die Konstruktion der geschlechtlichen Ordnung, ihrem Subversionspotential oder den diskursiven (Macht-)Prozessen, die nicht-cisgeschlechtliche Subjektivitäten formen. Aus diesem Grund befasste sich die kanadische Soziologin und trans* Frau *Vivian Namaste* vor 20 Jahren in *Invisible Lives* (Namaste 2000) insbesondere mit der *Un*sichtbarkeit für „the nitty-gritty realities of our

lives, our bodies, and our experience of the everyday world“ (ebd.: 1), die gerade auch in den Sozialwissenschaften zu finden ist.

Somit ist festzuhalten, dass eine sozialwissenschaftlich-empirische Auseinandersetzung mit nicht-cisgeschlechtlichen Perspektiven entweder ausbleibt oder aber spezifische Schwerpunkte zu einem Desinteresse an alltäglichen Erfahrungen nicht-cisgeschlechtlicher Menschen geführt haben. Indem in dieser Arbeit individuelle Erzählungen divers* und trans*geschlechtlicher junger Menschen über die Wahrnehmung der eigenen Wirklichkeit betrachtet werden, soll den bestehenden pathologisierenden Narrativen der Medizin, den objektifizierenden sowie reduzierenden Perspektiven in der Geschlechterforschung und der weitestgehenden Abwesenheit von Nicht-Cisgeschlechtlichkeit in der Jugendforschung begegnet werden. Vorrangig von Interesse sollen dabei einerseits der retrospektive Blick divers* und trans*geschlechtlicher Jugendlicher auf ihr nicht-cisgeschlechtliches Erleben sein sowie andererseits ihre Erfahrungen bei der praktischen Realisierung einer geschlechtlichen Neu-Positionierung.

Für die Analyse *narrativer Wirklichkeiten divers* und trans*geschlechtlicher Jugendlicher* werden zunächst spezifische Diskurse und charakteristische Rahmensetzungen für Nicht-Cisgeschlechtlichkeit veranschaulicht. Dabei geht es um medizinisch-gesellschaftliche Konstruktionsprozesse transgeschlechtlicher (Kap. 2.1) und nicht-binärer Lebensweisen (Kap. 2.2) sowie um gegenwärtige rechtliche und medizinische Rahmenbedingungen (Kap. 2.3). Daraufhin werden zentrale sozialwissenschaftliche Erkenntnisse zur Lebenssituation divers* und trans*geschlechtlicher Menschen präsentiert (Kap. 2.5) sowie eine Terminologie zu geschlechtlicher Diversität (Kap. 2.6).

Mit ausgewählten soziologischen Perspektiven auf Wirklichkeiten, Geschlechtlichkeiten und Adoleszenz wird das theoretisch-konzeptionelle Fundament für diese Studie entwickelt. Ein zentrales Verständnis richtet sich hierbei auf Erfahrung als gedeutete Verarbeitung von Erlebtem und einer gesellschaftlich konstruierten ‚Wirklichkeit‘ (Kap. 3.1). Daran anknüpfend werden Geschlechtlichkeit als Wissenssystem betrachtet und zentrale Merkmale der *Gender, Queer und Transgender Studies* erörtert (Kap. 3.2). Die theoretische Fundierung abschließend, richtet sich der Blick auf geschlechtliche Diversität und Adoleszenz (Kap. 3.3).

Darauf folgt die Darstellung der Forschungskonzeption. Hier werden das Analysekonzept (Kap. 4.1) veranschaulicht sowie das methodische Vorgehen (Kap. 4.2) für die Beantwortung der Forschungsfragen.

In Kapitel fünf werden schließlich die Erkenntnisse zu *narrativen Wirklichkeiten junger divers* und trans*geschlechtlicher Menschen* präsentiert. Für einen ganzheitlichen Blick werden zunächst vier ausgewählte Fallbeispiele dargestellt (Kap. 5.1). An den Stationen *Deutungsprozesse* zur divers* oder trans*geschlechtlichen Positionierung (Kap. 5.2) und *Alltagswelten* (Kap. 5.3) werden die entwickelten Deutungsmuster-Typen beschrieben.

Am Ende werden sowohl der konzeptionelle Zugang (Kap. 6.1) als auch die gewonnenen Erkenntnisse charakterisierend und reflektierend betrachtet (Kap. 6.2).

2. Diskurse über Divers- und Transgeschlechtlichkeit

In diesem Kapitel wird gezeigt, wie die Kategorie ‚Transsexualität' für binäre nicht-cisgeschlechtliche Zugehörigkeiten mit einer pathologisierenden Perspektive im medizinischen Diskurs erzeugt wurde. Demgegenüber stehen Begriffe und geschlechtliche Positionierungen, wie Transgender, Genderqueer, Agender oder Gender-non-konform, die einen de-pathologisierenden Standpunkt betonen, der nicht der medizinischen Deutungshoheit entspringt. Ein Überblick über Entstehungs- sowie Verwendungskontexte mehr und weniger etablierter Kategorien für die Benennung von Nicht-Cisgeschlechtlichkeit, die nicht medizinisch institutionalisiert sind, wird im letzten Abschnitt dieses Kapitels gegeben.

2.1 Medizinisch-gesellschaftliche Konstruktionen transgeschlechtlicher Lebensweisen

Durch sexualwissenschaftliche, medizinische und psychologische ‚Wahrheitsspiele' sind Objektivierungs- und Subjektivierungsweisen nicht-cisgeschlechtlicher Zugehörigkeiten konstituiert, die den Möglichkeitsraum des ‚Sagbaren' regulieren (vgl. Foucault 2017 [1976]). Diese spezifischen Normierungsprozesse sind daher eine wichtige theoretische Station für eine empirische Reise zu *narrativen Wirklichkeiten junger divers* und trans*geschlechtlicher Menschen* zu Beginn des 21. Jahrhunderts. Zunächst wird dafür die medizinisch-gesellschaftliche Entwicklung der binären Geschlechterordnung skizziert.

Zum Konzept der biologisch begründeten ‚Zweigeschlechtlichkeit' als historisch kontingente Entwicklung werden im sozialwissenschaftlichen Geschlechterdiskurs insbesondere die Arbeiten von Thomas Laqueur (1992) und Claudia Honegger (1991) herangezogen. Honegger formuliert die These der ‚Sonderanthropologie der Frau' und Laqueur beschreibt das sogenannte ‚Ein-Geschlechter-Modell', das seit der Antike vorherrschend gewesen sein soll und erst zu Beginn der Aufklärung von einem ‚Zwei-Geschlechter-Modell' abgelöst wurde (vgl. Voß 2011b: 70). Erklärtes Ziel dieser Arbeiten war es, den Mythos der natürlichen Geschlechterdifferenz als soziale Konstruktion zu ‚entlarven', wie Claudia Honegger deutlich macht:

> „Die Ordnung der Geschlechter in der Moderne hat von Anbeginn den Anspruch erhoben. das getreue Abbild der natürlichen Ordnung der Dinge zu sein - und nichts weiter. Diese positive Legende der bloßen Naturauslegung hat wesentlich an jenem

Gestrüpp aus Theorien, Fiktionen und Projektionen mitgewirkt, in dem wir noch immer gefangen und befangen sind.“ (Honegger 1991: IX)

Entscheidend in dieser Analyseperspektive war, dass der „Mann als Modell des Menschen schlechthin gegolten [hat], die Frau als unvollkommene Version des Menschen/Mannes“ (Voß 2011b: 70). Das Hauptaugenmerk richtete sich dabei auf die Genitalien. Die der Frau wurden als weitgehend identisch betrachtet, lediglich nach innen gekehrt. Allerdings gibt es kritische Perspektiven auf die Annahme eines antiken ‚Ein-Geschlechter-Modells‘. Bei einer genaueren Betrachtung verschiedener Schriften der antiken Naturphilosophie und Medizin, die sich nicht wie Laqueur auf die Genitalien beschränkt, wird deutlich, dass „Geschlechterauffassungen, Zeugungs- und Vererbungslehren (…) vielgestaltig waren und sich nicht (…) reduzieren lassen“ (Voß 2011a: 83). Geschlechterdifferenzen zwischen Mann und Frau seien sehr wohl bereits in antiken Schriften beschrieben worden, die Analyse eines ‚Ein-Geschlechter-Modells‘ sei daher zu kurz gegriffen (vgl. Voß 2011b: 71ff.). Zu betonen ist dabei jedoch, dass die männliche Geschlechtszugehörigkeit in den meisten Schriften und Diskursen über das weibliche Geschlecht gestellt wurde. Aristoteles sprach z.B. davon, dass der Mann ‚vollkommen‘ sei und die Frau betrachtete er als erste ‚Missbildung‘ des Menschen (vgl. ebd.: 72). In seiner umfassenden Analyse hebt der Geschlechterforscher und Biologe Heinz-Jürgen Voß insgesamt hervor,

> *„dass die Merkmale, die in biologisch-medizinischen Theorien als kennzeichnend für Geschlecht betrachtet wurden, keinesfalls fest und unveränderlich waren. Sie veränderten sich mit der Entwicklung von Wissenschaft und Gesellschaft und waren auch abhängig von dem verfügbaren und eingesetzten technisch-wissenschaftlichen Instrumentarium.“* (Voß 2011a: 233, Herv. i. O.)

Für die folgende Auseinandersetzung mit divers* und trans*geschlechtlichen Zugehörigkeiten ist festzuhalten, dass das medizinisch-biologisch Urteil über Geschlechtlichkeit seit jeher entscheidend für die Legitimation und den Platz in der gesellschaftlichen Ordnung ist.

Nach der medizinischen Grundlegung und einer darauf aufbauenden strafrechtlichen Relevanz von ‚Homosexualität‘ im 19. Jahrhundert wurde schließlich zu Beginn des 20. Jahrhunderts ‚Transsexualität‘ als neue Sonderanthropologie begründet (vgl. Lautmann 2002: 393; Weiß 2009: 160). Ausgangsperspektive hierfür war die Annahme, dass Homosexuelle „Züge von *beiden Geschlechtern* [besitzen]“ (Lautmann 2002: 394; Herv. i. O.).[1] Die Verknüpfung

1 Welche Konsequenzen dieser konstituierende Blick auf Menschen mit einer gleichgeschlechtlichen Orientierung hatte, erklärte Foucault folgendermaßen: „Der Homosexuelle des 19. Jahrhunderts ist zu einer Persönlichkeit geworden, die über eine Vergangenheit und eine Kindheit verfügt, einen Charakter, eine Lebensform, und die schließlich eine Morphologie mit indiskreter Anatomie und mög-

von sexuellem Begehren und geschlechtlicher Zugehörigkeit war „sowohl in den wissenschaftlichen Auseinandersetzungen als auch in den politischen Konflikten (…) stets präsent“ (ebd.). Volker Weiß unterteilt in einer Diskursanalyse die medizinische Konstruktion von ‚Transsexualität‘ in drei Phasen: „die Formationsphase, die Konstruktionsphase und die Managementphase“ (Weiß 2009: 20), die im Folgenden aufgegriffen werden, um die medizinische und gesellschaftliche Entwicklung von Transgeschlechtlichkeit einzuordnen.

In der Formationsphase der 1910er Jahre war es Magnus Hirschfeld[2], der der Auffassung war, „the diversity of sex and gender [is] part of nature“ (Hirschfeld 2006 [1910]: 28). Unter dem von ihm definierten Begriff ‚Transvestismus' (‚Transvestism‘) verstand Hirschfeld, „men feel like women when dressed in women‘s clothing and women feel like men when dressed in men‘s clothing“ (ebd.: 33). Er betrachtete diesen ‚Drang‘ zunächst als „the erotic drive to Cross-Dress“ (ebd.: 28). Erst später stellte Hirschfeld fest, dass es auch „Fälle von nicht erotischem Transvestitismus gebe“ (Weiß 2009: 167). Diese stufte er dann wiederum als asexuell ein und nannte sie „Dauertransvestiten“ (ebd.: 168). Vorrangige Ziele von betreffenden Personen waren damals, eine polizeiliche Erlaubnis zum Tragen der gegengeschlechtlichen Kleidung und die Genehmigung für einen passenden Vornamen zu erhalten.[3] Später wurde auch ein Interesse an körperlichen Anpassungsmaßnahmen formuliert. Ab 1915 fanden schließlich erste chirurgische Eingriffe zur Veränderung somatischer Geschlechtsmerkmale statt. Neben entsprechend verletzten Soldaten waren es vor allem ‚Homosexuelle‘ die „unter ihrem Begehren litten“ (Weiß 2009: 172), bei denen geschlechtsverändernde Operationen durchgeführt wurden, um „‘den unheilvollen Zustand der Homosexualität‘ zu beseitigen“ (ebd.; Herv. i. O.). Einerseits etablierte sich eine medizinische Praxis, in der durch chirurgische Experimente, z.B. in Form einer Keimdrüsentransplantation oder der Entfernung der Hoden ‚Homosexualität‘ geheilt werden sollte (vgl. ebd.: 173). Andererseits entwickelte sich ein weitläufig vertretener Diskurs, der eine ‚richtige‘ Geschlechtlichkeit sowie Sexualität naturalisierte, Abweichungen

---

licherweise rätselhafter Physiologie besitzt. Nichts von alledem was er ist, entrinnt seiner Sexualität (…) Der Sodomit war ein Gestrauchelter, der Homosexuelle ist eine Spezies.“ (Foucault 2017: 47)

2 Der in der Öffentlichkeit präsente und stark kritisierte Sexualwissenschaftler Magnus Hirschfeld (1868-1935) wurde von Adolf Hitler einst als „most dangerous man in Germany“ (Hirschfeld 2006: 28) bezeichnet.

3 1908 versuchte die erste Person mit einem weiblichen Geburtsgeschlecht in Deutschland eine „offizielle Genehmigung zu bekommen, Männerkleidung zu tragen und ihren Vornamen in einen männlichen Geschlechts zu ändern“ (Weiß 2009: 164). Die Männerkleidung wurde gestattet, der männliche Vorname jedoch nicht. 1911 bekam schließlich „der erste männliche Transvestit die polizeiliche Erlaubnis zum Tragen von Frauenkleidern“ (ebd.: 167).

pathologisierte und kriminalisierte (vgl. Hirschauer 2015: Kap. II/3; Kammler/Parr/ Schneider 2008: 88f.). Die dadurch entstandenen Identitätskategorien stellen eine ‚normale' Sexualität und ein ‚normales' Geschlechtsempfinden her, die durch die medizinische Konstruktion von ‚Transsexualität' und ‚Homosexualität' gestützt sind.[4] Dabei haben die medizinisch-wissenschaftlichen Bezeichnungen „innerhalb kürzester Zeit die alltagssprachliche Rede [bestimmt]" (Mueller 2014: 23).

1923 prägte Hirschfeld den Begriff „seelischer Transsexualismus", bei dem im Extremfall der Wunsch nach „Umgestaltung des ‚natürlichen Kleides'" bestand (Weiß 2009: 168; Herv. i. O.). Insbesondere aufgrund drängender Patient*innen-Wünsche wurden in der Folge schließlich auch medizinische Eingriffe durchgeführt. Durch Hormoninjektionen konnten dabei erfolgreich Merkmale wie Brustbildung und Bartwuchs entsprechend beeinflusst werden (vgl. ebd.: 175). In den 1950er Jahren war es schließlich die Geschichte von Christine Jorgensen, über deren Prozess der damals so genannten ‚Geschlechtsumwandlung' nicht nur im wissenschaftlichen, sondern auch im öffentlichen Diskurs zahlreiche Artikel[5] veröffentlicht wurden: „[T]he seeds were sown for the modern tale of the transsexual conceptualized as a problem of gender identity." (Ekins/King 2006: Pos. 81) Ihr Fall hatte damals bereits nachhaltige Bedeutung. Die Bekanntheit von Christine Jorgensen führte zu einer steigenden Nachfrage[6] nach ‚Geschlechtsumwandlungen' und war zudem Grundlegung für „transsexuelle Identitäten" (Weiß 2009: 198). Nachdem Jor-

4 Die Bemühung der Pathologisierung gleichgeschlechtlicher Orientierungen durch die gerade entstehende Sexualwissenschaft sollte eine „strafrechtliche Unmündigkeit" (Hirschauer 2015: 80) von ‚Homosexuellen' bewirken. Zunächst mit einer psychiatrischen Diagnose, später mit dem „Konzept einer angeborenen Konstitutionsanomalie", sollte die „neue Klientel mit einem besonderen Zustand erklären, der juristischem Zugriff entzogen sein sollte" (ebd.).

5 In der New Yorker Zeitung *Daily News* gab es im Dezember 1952 z.B. eine Titelgeschichte über Christine Jorgensen: „EX-GI BECOMES BLONDE BEAUTY. Operations Transform Bronx Youth" (White 1952: 1). Darin wurde ausführlich von ihrem früheren Leben als George Jorgensen sowie ihren geschlechtsangleichenden Behandlungen berichtet. Zentraler Bestandteil war zudem ihr Brief an ihre Eltern, in dem sie diese über ihre weibliche Geschlechtszugehörigkeit informierte: „And Now I Am Your Daughter" (ebd.: 3). Rückblickend kann das Öffentlich-Machen der transgeschlechtlichen Zugehörigkeit von Christine Jorgensen als erste bekannte Coming-out-Erzählung gesehen werden, noch Jahre vor der Stonewall-Revolte im Juni 1969, die wesentlicher Ausgangspunkt für die Normkonstruktion des ‚Coming-outs' bei einer nicht-heterosexuellen Orientierung war (vgl. Faderman 2015; Woltersdorff 2005).

6 Die Geschichte von Christine Jorgensen war die bekannteste. Doch generell erhielten Verfasser von Artikeln über „sex change" zahlreiche Zuschriften von Personen „who write, asking for the operations to be carried out on themselves" (Ekins/King 2006: Pos. 1335).

gensen die Patientin von Harry Benjamin wurde, entwickelte dieser die Diagnose ‚Transsexualität' weiter und legitimierte darin bei bestimmter Anamnese chirurgische Eingriffe für eine „somatische Anpassungstherapie" (ebd.).

Letztlich waren für die Phase der *Formation* drei Entwicklungen charakteristisch: Mediziner[7] und transgeschlechtliche Menschen haben „das Operationsbegehren – unterstützt durch die Medien – wechselseitig" (ebd.: 177) hervorgerufen. Vor allem in deutschsprachigen und skandinavischen Ländern, später auch in den USA, waren es zunächst Einzelfälle, die in Eigeninitiative zu verschiedenen Behandlungspraxen führten (vgl. Hirschauer 2015: 100; Weiß 2009: 20). Gleichzeitig entstand eine binärgeschlechtliche Differenzierung in Bezug auf chirurgische Experimente zur Veränderung von somatischen Merkmalen (vgl. Weiß 2009: 188). Brustentfernungen wurden bei geburtsgeschlechtlichen Frauen durchgeführt, aber es „schien vor allem nicht vorstellbar zu sein, Frauen mit *dem* Symbol der Männlichkeit auszustatten." (ebd.; Herv. i. O.) Chirurgische Penisrekonstruktionen wurden durchaus vorgenommen – aber nur bei im Krieg verletzten Männern (vgl. ebd.: 189). Experimente zu rekonstruktiven Operationen bei Personen mit männlichem Geburtsgeschlecht z.B. durch eine „scheidenartige Bildung" (ebd.: 179) des Hodensacks wurden hingegen praktiziert und weiterentwickelt (vgl. ebd.: 188). Und schließlich war die „Triebkonstruktion alles Geschlechtlichen, damit auch die Konstruktion des Wunsches eines Geschlechtswechsels als sexuelle Pathologie [unumstritten]" (ebd.: 181).

Für die *Konstruktionsphase* von „Transsexualismus" ab den 1960er Jahren waren insbesondere der „Wille zur Diagnose" (Weiß 2009: 21), die Gründung von Gender-Identity-Kliniken in den USA und spezifische internationale Kongresse entscheidend. Naturwissenschaftliche Diskurse und vor allem die Bücher *The Transsexual Phenomenon* (1966) von Harry Benjamin, *Sex and Gender. On the Development of Masculinity and Femininity* von Robert Stoller (1968), sowie *Transsexualism and Sex Reassignment* von Richard Green und John Money (1969) waren ebenfalls maßgeblich für die Institutionalisierung des medizinischen und gesellschaftlichen Umgangs mit nicht-cisgeschlechtlichen Lebensweisen (vgl. Hirschauer 2015; Weiß 2009: 20). Im medizinischen Kontext ging es nun nicht mehr (vorrangig) darum, ‚Homosexuelle' von ihrem „Leiden zu befreien"[8], sondern die „Erforschung des Phänomens Transsexua-

7 Von praktizierenden Medizinerinnen wird in entsprechender Literatur nicht berichtet, weswegen hier auch nur von männlichen Medizinern die Rede ist.

8 Insbesondere die Einflussnahme von Sigmund Freud auf den Diskurs über ‚Homosexualität' konstruierte hierzu eine krankhafte psychosexuelle Entwicklung und begünstigte damit zugleich eine Psychiatrisierung geschlechtsangleichender Wünsche, die mit Psychotherapie ‚geheilt' werden sollte (vgl. Weiß 2009). Gleichzeitig war es aber auch Freud, der wiederum die naturhafte Heterosexualität anzweifelte und damit paradoxerweise auch zur „Normalisierung der Homosexualität" beigetragen hat (Hirschauer 2005: 86).

lität selbst rückte in den Mittelpunkt“ (Weiß 2009: 20). Insbesondere durch die Praxis genital-chirurgischer Eingriffe wurde „Transsexualität“ zur Diagnose und zur „eigenständigen Kategorie“ (Hirschauer 2015: 99).

Zentraler Bestandteil der Diskurse während der Konstruktionsphase waren daher einerseits Behandlungsmöglichkeiten von ‚Transsexualität‘, dabei waren es „vor allem Endokrinologen und plastische Chirurgen, die das Projekt Transsexualität über die Weiterentwicklung der Behandlungstechniken vorantrieben“ (ebd.: 103) und zudem Verhandlungen über Ursachen dieses geschlechtlichen Empfindens. Biologistische Standpunkte, die zunächst auf der genetischen Intersexualitätstheorie basierten, welche die Diagnose ‚intersexuell‘ aufgrund eines konträren Chromosomengeschlechts begründete, konkurrierten mit Ansichten, die ‚Transsexualität‘ als psychische Störung klassifizierten (vgl. Hirschauer 2015: 103; Weiß 2009: 199f.). Weitere Forschungsarbeiten widerlegten zwar die Annahme, dass ‚Transsexuelle‘ über ein konträres Chromosomengeschlecht verfügen, dennoch „[funktionierte] die medizinische Konstruktion der ‚Krankheit‘ Transsexualität mittels der Unterstellung einer noch unbekannten biologischen Ursache“ (Weiß 2009: 229; Herv. i. O.). Vertreter[9] der Psychopathologisierung fühlten sich bestätigt in ihrem Standpunkt, dass ‚Transsexualität‘ keine biologischen Ursachen habe (vgl. ebd.). Ziel der Forschungen zu biologischen Bedingungen der Genetik und neuroendokrinologischen Konstitutionen war es, betreffende Personen als psychisch ‚normal‘ und gesund einzustufen, um damit eine aufgeschlossene Einstellung zu operativen Maßnahmen zu fördern.[10]

Gleichzeitig führte eine biologische Ursachenforschung zu einer erstmaligen Abgrenzung von körperlichen sowie sozialen/psychischen Merkmalen der Geschlechtszugehörigkeit und der Konstruktion der Kategorie *gender identity* (Geschlechtsidentität), die im Einklang mit dem *sex* stehen muss (vgl. ebd.: 228). Harry Benjamin gilt als bedeutendster Vertreter der körperlich bedingten Perspektive, betonte dabei aber stets, „transsexualism are symptoms that may have a great variety of causes“ (Benjamin 2006: 52), die für ihn auch psychische Ursachen einschloss, jedoch zweitrangig. Im Hinblick auf Behandlungsmöglichkeiten transgeschlechtlicher Personen forderte er „psychiatric help, reinforced by hormone treatment and, in some cases, by surgery“ (ebd.).

Insbesondere durch Robert Stoller[11] und John Money wurde die Annahme einer psychopathologischen frühkindlichen Entwicklungsstörung bekannt.

---

9 Auch hier gilt die Feststellung, dass in entsprechender Literatur ausschließlich von männlichen Forschern die Rede ist, weswegen keine alle Geschlechtszugehörigkeiten umfassende Schreibweise verwendet wird.

10 Was ja auch der nachdrückliche Wunsch betreffender Personen gewesen ist und in diesen Fällen „Schutz vor Selbstverstümmelung oder Selbstmord“ (Weiß 2009: 194) bringen sollte.

11 Robert Stoller war maßgeblich an der Einrichtung des Gender Identity Center in den frühen 1960er Jahren an der UCLA beteiligt.

Stoller sah „too much mother made possible by too little father“ (Stoller 2006: 53) als Bedingung für ‚Transsexualität‘. Demnach waren ‚Transsexuelle‘ Opfer der frühesten Eltern-Kind-Beziehung. Zentral in den Arbeiten von Stoller und Money war die Fortführung der Differenzierung von *sex* als das biologische Geschlecht, *gender identity* als die psychische oder subjektiv erlebte Geschlechtszugehörigkeit und *gender role* als die Erwartungen an die Darstellung einer Person in der Öffentlichkeit (vgl. Stoller 2006: 56; Weiß 2006: 268). Menschen, die mit einem Wunsch zur Geschlechtsanpassung Mediziner aufsuchten, hatten zu diesem Zeitpunkt „die Diagnose häufig bereits selbst getroffen“ (Weiß 2009: 205). Dabei wurden in ihren jeweiligen biografischen Erzählungen zahlreiche Gemeinsamkeiten sichtbar, die als charakteristische „Standardbiografie“ (ebd.: 206) einer transgeschlechtlichen Zugehörigkeit eingeordnet sind. Die folgenden Narrationen waren dabei typisch: Zunächst der seit der frühen Kindheit bestehende Wunsch, dem jeweiligen Gegengeschlecht anzugehören und sich entsprechend zu erleben. Dieser Wunsch zeigte sich zudem mit einem Leidensdruck verbunden. Des Weiteren bestand eine starke Abneigung gegen die geschlechtsspezifische Kleidung, die von ihnen getragen werden sollte bzw. musste. Das Tragen von Kleidung, die ihrem geschlechtlichen Erleben entsprach, war hingegen nicht mit sexueller Befriedigung verbunden, sondern mit einer als angenehm empfundenen Ruhe und Erholung. Elementar war zudem, dass die eigenen körperlichen Geschlechtsmerkmale abgelehnt wurden und dass Versuche, ihre geschlechtlichen Empfindungen zu unterdrücken, keinen Erfolg hatten (vgl. Hirschauer 2015: 112f., 119; Weiß 2009: 206-207).

In den 1950er und 1960er Jahren begünstigten hormonelle Auffälligkeiten bei transgeschlechtlichen Personen eine Bewilligung von chirurgischen Eingriffen (vgl. Weiß 2009: 245). Daher griffen viele zu einer Selbstmedikation, die sie allerdings verheimlichten.[12] Der bekannteste Täuschungsfall ist die Geschichte von Agnes. 1960 berichtete Stoller erstmals über den ‚Fall‘ Agnes[13]: „[E]in Junge, dessen Körper sich in der Pubertät verweiblichte, der angab, seit dem dritten Lebensjahr die Fantasie zu haben, eine Frau zu sein, der im Alter von 17 Jahren in die weibliche Geschlechtsrolle wechselte und schließlich mit

12 Allerdings: „Die untersuchenden Mediziner, die eine biologistische Begründung transsexueller Wünsche suchten, wussten, dass sie eventuell getäuscht werden, wussten, warum die Transsexuellen das tun, und wollten sich täuschen lassen.“ (Weiß 2009: 244)

13 Der Ethnomethodologe Harold Garfinkel, der zusammen mit Robert Stoller arbeitete und Artikel veröffentlichte, machte den Fall Agnes in den Sozialwissenschaften bekannt. Seine Arbeiten begründeten die bis heute bedeutende Perspektive auf ‚Geschlecht‘ und deren Herstellung in Interaktionsprozessen (‚doing gender‘). An Agnes veranschaulichte er die Methoden, mit denen transgeschlechtliche Personen ihre Geschlechterrolle herstellen (vgl. u.a. Garfinkel 2006; Gildemeister/Hericks 2012; Keller 2012a: 249-253). Darauf wird in Kap. 3.2 weiter Bezug genommen.

20 geschlechtsumwandelnd operiert wurde“ (Stoller 1964; zitiert nach Weiß 2009: 245). Stoller nahm allerdings an, dass ihre körperliche Verweiblichung aufgrund einer nicht näher spezifizierbaren „biologischen Kraft“ erfolgt sei und sah dadurch seinen Standpunkt der psychopathologischen Entwicklungsstörung „nicht als generell widerlegt an“ (Weiß 2009: 245). Nachdem Agnes später zugegeben hatte, dass sie seit der Pubertät weibliche Hormone eingenommen hatte, revidierte er die Annahme einer „biologischen Kraft“ wieder.

1965 versuchte John Money seine psychologische Annahme, dass die Geschlechtsidentität ausschließlich von der frühkindlichen Erziehung bestimmt wird, mit dem Fall von David Reimer[14] (1965-2004) zu bestätigen. Mit sechs Monaten wurde David versehentlich bei einer Operation wegen einer Vorhautverengung der Penis amputiert. Nachdem Money von dem Fall erfahren hat, konnte er die Eltern überzeugen, David als Mädchen zu erziehen. Durch weitere verweiblichende chirurgische Eingriffe und ein stereotypisiertes weibliches Erziehungsprogramm verkündete Money schließlich den Erfolg. Im Alter von neun Jahren wäre deutlich erkennbar, dass sein Verhalten dem eines gewöhnlichen Mädchens entspreche. Als David 14 Jahre wurde, beendete er jedoch sein Leben als Mädchen, stoppte den Kontakt zu Money, ließ sich in der Folge seine hormonell erzeugten Brüste entfernen, nahm Testosteron ein und ließ schließlich operativ ein Penoid rekonstruieren (vgl. Weiß 2009: 304).[15]

In den 1970er und 1980er Jahren, der Phase des *Managements,* verstetigte sich schließlich der Standpunkt, dass biologische Ursachen nicht diagnostizierbar sind, eine transgeschlechtliche Identität angeboren und unverschuldet ist und mit Psychotherapie nicht geheilt werden kann (vgl. ebd.: 262). Mit der Diagnose ‚Transsexualität‘ war es außerdem möglich, die Zwei-Geschlechter-Ordnung aufrechtzuerhalten und nicht etwa weitere geschlechtliche Zugehörigkeiten anzunehmen, indem diejenigen, die sich nicht mit ihrer geburtsgeschlechtlichen Zuordnung als ‚Frau‘ oder ‚Mann‘ identifizierten, wieder in das binäre Schema durch Geschlechtsanpassung integriert werden konnten (vgl. ebd.; Hirschauer 2015). Eine weitere – bis heute wirksame – Entwicklung ist die Etablierung einer ‚Prüfungssituation‘, in der trans* Personen ihre tatsächliche Geschlechtszugehörigkeit unter Beweis stellen mussten (vgl. Hirschauer

14 Von seinen Eltern wurde er Bruce genannt. Erst als er später erfuhr, dass er bei der Geburt dem männlichen Geschlecht zugeordnet wurde, gab er sich den Namen David. David Reimer hatte einen Zwillingsbruder, was seine Geschichte besonders interessant machte, da eine ‚Kontrollperson‘ zur Verfügung stand.

15 Der vieldiskutierte Fall von David Reimer wurde auch von Judith Butler detailliert in ihrem Buch *Undoing Gender* (2004; dt. Übersetzung *Die Macht der Geschlechternormen und die Grenzen des Menschlichen* 2008) thematisiert. Sie veranschaulichte an seiner Biografie die Kämpfe zwischen Perspektiven, die den Einfluss der Erziehung als ursächlich für die geschlechtliche Identität sahen und biologistischen Standpunkten. Kurz vor Veröffentlichung ihres Buches im Mai 2004 nahm er sich das Leben (vgl. Butler 2009: 122).

2015: 129-139). Die subjektive Einschätzung eines Mediziners entschied darüber, ob die Diagnose ‚Transsexualität' gestellt wurde (vgl. Weiß 2009: 262). Definiert wurde die „Störung der Geschlechtsidentität derart, dass nicht das psychische Empfinden gestört, sondern das Körpergeschlecht falsch ist und dank des medizinisch-technischen Fortschritts korrigiert werden kann" (ebd.: 263).

Der komplexe Diskurs über körperliche oder psychische Ursachen sowie über Behandlungsmöglichkeiten führte schließlich 1975 dazu, dass die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ‚Transsexualität' als Krankheit anerkannte. In der *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10) aus dem Jahr 1994 wurde ‚Transsexualität' im Kapitel der psychischen Störungen (F. 64.0) erfasst (vgl. Franzen/Sauer 2010: 15). Begleitet wurde die medizinische Institutionalisierung davon, dass in einigen westlichen Ländern rechtliche Rahmenbedingungen geschaffen wurden, die eine Personenstandsänderung offiziell ermöglichen.

In Deutschland müssen die Kriterien zur medizinischen Diagnose in einem Begutachtungsprozess festgestellt werden: der Zwang, dem Gegengeschlecht anzugehören, der Wunsch nach körperlicher Angleichung sowie der Ausschluss anderer psychischer Bedingungen und Intersexualität. Die psychische Krankheitsdiagnose ist Voraussetzung für eine Personenstandsänderung und für die Kostenübernahme von medizinischen Maßnahmen (weiterführend in Kap. 2.3).

Unabhängig von medizinisch-rechtlich institutionalisierten Definitionen, die Transgeschlechtlichkeit psychopathologisieren, bestehen weiterhin wissenschaftliche wie nichtwissenschaftliche Diskurse, die einen biologistischen Standpunkt vertreten. Demnach wird ‚das Geschlecht' bestimmt durch eine Kombination von Keimdrüsen, Geschlechtschromosomen *und* der Konstitution des Gehirns bei der Geburt. Diese körperlichen Merkmale entwickeln sich konträr, wobei das Gehirn als der stärkste geschlechtsbestimmende Faktor verstanden wird. Das „biologische Geschlecht ist nicht gleichzusetzen mit der Anwesenheit oder dem Fehlen eines Penis" (Aktion Transsexualität und Menschenrecht e.V. 2013: 52). Dieser Perspektive nach sei ‚Transsexualität' eine Form von Intersexualität, da Geschlechtsmerkmale nicht übereinstimmten. Psychopathologische Standpunkte einer Störung der Geschlechtsidentität werden nachdrücklich abgelehnt – denn das ‚Geschlecht' stehe in keinem Zusammenhang mit Identität (vgl. ebd.). Dieser Annahme nach ist ‚Transsexualität' eine Krankheit, die körperliche Ursachen hat.

Davon zu differenzieren sind Perspektiven, die Transgeschlechtlichkeit als eine nicht-psychopathologische Inkongruenz konstatieren, als eine Nichtübereinstimmung von subjektivem geschlechtlichem Erleben und somatischen

Merkmalen der Geschlechtsbestimmung.[16] Vorrangiges Ziel dabei ist es, das ‚Krankheitsstigma' für transgeschlechtliche Menschen zu beenden (vgl. Sauer/Güldenring 2016).[17] Im *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM 5) der American Psychiatric Association (APA) wurde 2013 mit der Einführung der Kategorie ‚Geschlechtsdysphorie' ein erster Schritt in Richtung De-Psychopathologisierung eingeschlagen, indem der psychische Leidensdruck aufgrund der Nichtübereinstimmung der erlebten und der körperlichen geschlechtlichen Zugehörigkeit als *zeitlich begrenzte* psychiatrische Diagnose ermöglicht wird (vgl. ebd.: 234).

Obwohl es inzwischen eine Vielzahl genetischer und neurowissenschaftlicher Untersuchungen zu diesem Thema gibt, ist im medizinischen Diskurs bis heute ungeklärt, welche Bedingungen zu einem nicht-cisgeschlechtlichen Erleben führen. In aktueller medizinisch-psychiatrischer Literatur wird der folgende „kleinste gemeinsame Nenner" (Preuss 2019: Pos. 1353) genannt:

> „Bei den Ursachen der Transsexualität muss es sich um ein komplexes Zusammenspiel von biologischen, psychischen, psychosozialen und soziokulturellen Ursachen handeln, die noch dazu individuell sehr unterschiedlich verteilt sein müssen." (ebd.)

In Bezug auf divers* geschlechtliche Zugehörigkeiten, also z.B. non-binary oder genderqueere Positionierungen hat eine medizinische Auseinandersetzung erst begonnen (vgl. Richards et al. 2016). Darunter finden sich Plädoyers, die darauf aufmerksam machen, nicht den Fehler der Pathologisierung gleichgeschlechtlicher Orientierungen zu wiederholen: „Certainly there is no evidence to suggest that non-binary genders are pathological." (ebd.: 99)

Auch der Weltärztebund hat sich 2015 gegen die weitere Pathologisierung von Transgeschlechtlichkeit ausgesprochen (vgl. Sauer/Güldenring 2016). Die zunächst seit den 1990er Jahren im sozialwissenschaftlichen Diskurs eingenommene de-pathologisierende Perspektive auf nicht-cisgeschlechtliche Lebensweisen findet zunehmend auch im medizinischen Kontext Beachtung. Im Gegensatz zu der Ablösung der ‚Homosexualität' von der medizinischen Zu-

16 Im Unterschied zu dem oben genannten Standpunkt geht diese Perspektive allerdings nicht von einer geburtsgeschlechtlichen Gehirnkonstitution aus.

17 Bei der Streichung einer psychischen Krankheitsdiagnose wird vielfach befürchtet, dass staatliche Gesundheitssysteme nicht mehr für geschlechtsanpassende Eingriffe aufkommen müssen (vgl. Hamm/Sauer 2014: 27). Um eine Kostenübernahme allerdings auch ohne Diagnose durchzusetzen, wird einerseits auf das argentinische Geschlechtsidentitätsgesetz von 2012 (vgl. Senate of Argentina 2012 englische Übersetzung GATE 2012) verwiesen. Hier werden medizinische Maßnahmen auch ohne Diagnose durch das öffentliche Gesundheitssystem finanziert. Andererseits wird aus einer Perspektive der Menschenrechte (das Recht auf Selbstbestimmung, auf Gesundheit, auf Privatsphäre und auf Menschenwürde) für eine Kostenübernahme auch ohne Krankheitsdiagnose argumentiert (vgl. Hamm/Sauer 2014).

ständigkeit bleiben transgeschlechtliche Menschen allerdings auf medizinische Interventionen angewiesen, wenn sie somatische Veränderungen realisieren möchten.

2.2 Konstruktionen nicht-binärer geschlechtlicher Zugehörigkeiten

Entgegen einer weit verbreiteten Meinung sind nicht-binäre geschlechtliche Zugehörigkeiten keine ‚Modeerscheinung'. Ein Blick in die Geschichte verschiedener Kulturen zeigt, „there have been people and practices outside of the gender binary, it would be foolish to assume that non-binary gender is a purely modern phenomenon" (Richards/Bouman/Barker 2018: Pos. 191).

Zunächst ist zu differenzieren, ob eine Zugehörigkeit aufgrund anatomischer Merkmale gemeint ist, die nicht den Normen der binären Geschlechterordnung entspricht. In diesem Zusammenhang ist die aus der griechischen Mythologie stammende Bezeichnung ‚Hermaphrodit' zu nennen, für die Bezeichnung von Individuen mit verschiedenen geschlechtlichen Ausprägungen. Oder ob die Rede ist von nicht-binären geschlechtlichen Darstellungen, die unabhängig von körperlichen Konstitutionen sind. In dieser Arbeit wird es um letzteres Phänomen gehen. Die Formulierung ‚third gender' wurde 1975 von M. Kay Martin und Barbara Voorhies entwickelt. Ausgehend von ethnografischen Erkenntnissen sollte mit dieser Kategorie deutlich werden, dass das Zweigeschlechtermodell nicht für alle Kulturen Gültigkeit besitzt (vgl. Towle/Morgan 2006: 668).

In spezifischer Literatur zu diesem Thema wird häufig zunächst auf die im asiatischen Kontext bekannten dritten Geschlechterkategorien hingewiesen. Allen voran die in Indien etablierte Bezeichnung ‚Hijras'. Seit 2009 ist diese Kategorie rechtlich wieder anerkannt, nachdem während der britischen Kolonialzeit nur die binären Varianten ‚weiblich' und ‚männlich' gestattet waren. ‚Hijras' wird weiter differenziert zwischen „born hijras" für Individuen, deren Genitalien nicht entsprechend den binären Vorgaben klassifizierbar sind und „made hijras" (Richards/Bouman/Barker 2018: Pos. 458). Diese Beschreibung wird sowohl von gleichgeschlechtlich orientierten Männern verwendet als auch von transgeschlechtlichen Personen. Trotz einer langen hinduistischen Tradition ist diese Bezeichnung mit Stigmatisierungen verbunden (vgl. ebd.: Pos. 468).

In der nordamerikanischen indigenen Kultur sind ‚two-Spirit-People'[18] etabliert. Diese Bezeichnung wird für Individuen genutzt, deren Kleider- und Aktivitätswunsch sich an den jeweils ‚gegengeschlechtlichen' Normen orientiert. Diese Menschen sind (meist) sozial akzeptiert und ihnen werden spirituelle Kräfte zugeschrieben (vgl. Richards/Bouman/Barker 2018: Pos. 544).

Die in Italien verbreitete Kategorie ‚Femminiello' bezieht sich auf Individuen mit männlichem Geburtsgeschlecht, die weiblich kodierte Ausdrucksmittel tragen. Es wird von betreffenden Menschen dabei ausdrücklich keine transgeschlechtliche Verortung vorgenommen, sondern eine Positionierung in einer dritten Geschlechterkategorie (vgl. ebd.: Pos. 401). Im Gegensatz zu den stigmatisierten transgeschlechtlichen Zugehörigkeiten erfahren ‚Femminielli' vielfach Akzeptanz und werden als eine Art Glücksbringende betrachtet (vgl. ebd.: Pos. 410).

Bereits in diesem kurzen Überblick wird deutlich, dass in verschiedenen Kulturen etablierte ‚andere' Geschlechterkategorien als die binären existieren. Dabei gibt es sowohl mit positiven als auch mit negativen Zuschreibungen verbundene Varianten. Letztere stehen häufig in Zusammenhang mit Sexarbeit (vgl. ebd.: Pos. 574).

2.3 Gegenwärtige rechtliche und medizinische Rahmenbedingungen

Rechtliche Rahmenbedingungen

Das *Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen*, kurz Transsexuellengesetz (TSG), das im Januar 1981 in Kraft getreten ist, war die erste rechtliche Grundlage, die eine Anpassung des Personenstandes in Deutschland möglich machte. Darin schrieb der Gesetzgeber vor, dass der Personenstand geändert werden kann, wenn eine Person sich aufgrund ihrer „transsexuellen Prägung nicht mehr dem in ihrem Geburtseintrag angegebenen Geschlecht, sondern dem anderen Geschlecht als zugehörig empfindet und seit mindestens drei Jahren unter dem Zwang steht, ihren Vorstellungen entsprechend zu leben" und dass „mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass sich ihr Zugehörigkeitsempfinden zum anderen Geschlecht nicht mehr ändern wird" (BMJV 1980 §1). Seit 1982 dürfen das Recht auf Personenstandsänderung auch unter 25-Jährige in Anspruch nehmen. Bestätigt werden muss die ‚transsexuelle Prägung' durch

18 Die Kategorie ‚two-Spirit' ist dabei relativ aktuell in den 1990er Jahren entstanden. Es sollte den abgewerteten Begriff ‚Berdache' ersetzen (vgl. Richards/Bouman/Barker 2018: Pos. 534).

zwei Sachverständigengutachten. In einem Grundsatzurteil des Bundesverfassungsgerichtes wurde 2011 die bis dahin geltende Regelung einer für eine Personenstandsänderung verpflichtenden Operation zur genitalen Geschlechtsangleichung und zur Herstellung der Unfruchtbarkeit außer Kraft gesetzt. Die bis dahin geltende Praxis wurde als „menschenrechtswidrig" erklärt, weil diese medizinischen Eingriffe eine nicht notwendige „schwere Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit" darstellen (BVerfG 2011). Seitdem ist es erstmals möglich, die geburtsgeschlechtliche Zuordnung zu ändern – ohne über die der Zwei-Geschlechter-Norm entsprechenden Genitalien zu verfügen[19] (vgl. Adamietz/Remus 2015). Dabei stellt sich die noch empirisch zu untersuchende Frage, welche konkreten Auswirkungen das auf die Lebenswirklichkeiten von trans* Menschen haben wird. Eine sich anschließende Forschungsfrage, wie sie auch von der*dem Geschlechtersoziolog*in Utan Schirmer formuliert wird, ist zukünftig freilich die, ob sich diese veränderte Rechtsprechung auswirkt auf „eine sich vollziehende fundamentale Reformulierung dessen, was es heißen kann, vergeschlechtlicht und verkörpert – vergeschlechtskörpert – in der Welt zu sein?" (Schirmer 2012: 247)

Da gegenwärtig große Teile des TSG durch das Bundesverfassungsgericht für ungültig erklärt sind, ist eine vollständige Überarbeitung seit Jahren überfällig. Verbände und betreffende Menschen fordern insbesondere, dass die zwei Gutachten zur Belegung der „transsexuellen Prägung" wegfallen, weil dies „ein unzulässiger Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht" sei (Bundesverband Trans* 2016: 6). Im Mai 2019 wurde überraschend ein Referentenentwurf des Innen- und Justizministeriums für eine TSG-Reform ausgegeben. Nach massiver Kritik durch Verbände und politische Opposition an der geplanten Fortführung eines Gerichtsverfahrens und einer Beratungsverpflichtung über das transgeschlechtliche Empfinden wurde dieser allerdings wieder zurückgezogen. Eine Neubearbeitung steht zu Beginn des Jahres 2020 weiterhin aus.

Für nicht-cisgeschlechtliche Akteur*innen, die ihren Personenstand nicht ändern, aber einen anderen Vornamen offiziell führen möchten, besteht die Möglichkeit, einen sogenannten Künstlernamen in den Personalausweis eintragen zu lassen (vgl. BMI 2019b: §4/1). Dies muss bei der zuständigen Meldebehörde beantragt werden. Dafür ist eine Begründung erforderlich, die die künstlerische Tätigkeit belegt (vgl. VG Berlin 2015 - 23 K 180.14).

Regelung der Krankenkassen

Neben der Instanz des Rechtssystems zur Personenstandsänderung sind für einen Transitionsprozess auch Medizin und Psychologie sowie die Krankenkassen als Kostenträger von wesentlicher Bedeutung. Grundlage hierfür ist eine 40-seitige Begutachtungsanleitung für *Geschlechtsangleichende Maßnahmen*

19 Weiterführend zu den rechtlichen Details siehe u.a. Adamietz/Remus 2015.