



# Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	III
<b>1. Einleitung .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Annäherung an einen kontrovers diskutierten Begriff .....</b>	<b>3</b>
2.1 Vielfalt der Begrifflichkeiten – Ursprung und Genese.....	3
2.2 Geschlecht als übergeordnete Kategorie .....	7
2.3. Das dualistische Geschlechtermodell als Kategorisierung, der nicht entsprochen werden kann.....	9
2.4. Biologisches Verständnis von (Inter)geschlechtlichkeit.....	11
<b>3. Annäherung an den Gegenstand „Intergeschlechtlichkeit“ .....</b>	<b>12</b>
<b>3.1. Entwicklungen in den medizinischen Behandlungsstrategien – Ein historischer     Abriss .....</b>	<b>13</b>
3.1.1 Die Ära Money.....	13
3.1.2. Die 1990er Jahre – Formierung einer Medizinkritik .....	16
3.1.3. Die Gegenwart mit Blick auf die Zukunft– Forderungen aus der ethischen Perspektive .....	18
<b>3.2. Intergeschlechtlichkeit im Kontext des Rechts .....</b>	<b>21</b>
<b>3.3. Intergeschlechtlichkeit als soziales Phänomen.....</b>	<b>23</b>
3.3.1. Die Zuständigkeitserklärung der Medizin über gesamtgesellschaftliche Belange .....	23
3.3.2. Die „Expertenfrage“ im Wandel der Zeit .....	27
3.3.3. Zur psychosozialen Lebensqualität intergeschlechtlicher Menschen.....	31
3.3.3.1    Beispielhafte Herausforderungen für intergeschlechtliche Menschen und Angehörige .....	31
3.3.3.2    Überblick über den Stand der Forschung.....	33
<b>4. Forschungsmethodisches Vorgehen .....</b>	<b>36</b>
4.1. Fragestellung und Auswahl der Erhebungsmethoden .....	36
4.2. Auswahl der Interviewpartner*innen .....	38
4.3. Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der Datenerfassung .....	39
4.4. Methodik der Datenauswertung.....	40
<b>5. Auswertung der Expert*innen-Interviews .....</b>	<b>42</b>
5.1. Das psychosoziale Versorgungsnetz als zentrales Phänomen .....	42
5.2. Überlegungen zu den ursächlichen Bedingungen .....	43
5.3. Kontextuelle Faktoren oder die Rolle des gesellschaftlichen Umgangs .....	45
5.4. Intervenierende Bedingungen: Erschwerende und begünstigende Faktoren.....	46

<b>5.5. Handlungsstrategien als Reaktion auf das derzeitige Versorgungsgefüge .....</b>	<b>50</b>
5.5.1 Eigeninitiatives Vorgehen engagierter Inter*-Aktivist*innen .....	50
5.5.2. Ansatzpunkte für eine Beteiligung der Sozialen Arbeit.....	56
<b>5.6. Konsequenzen für die psychosoziale Versorgung.....</b>	<b>58</b>
<b>5.7. Die Prozesshaftigkeit der Theorie .....</b>	<b>60</b>
<b>6. Diskussion der Ergebnisse .....</b>	<b>62</b>
<b>7. Schlussbetrachtung und Ausblick .....</b>	<b>65</b>
<b>8. Literaturverzeichnis .....</b>	<b>66</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis.....</b>	<b>77</b>
<b>Anhang .....</b>	<b>78</b>

## Vorwort

Ich möchte an dieser Stelle auf einen Aspekt eingehen, den es stets im Vorfeld zu reflektieren gilt. Hierbei handelt es sich um meine eigene Form der Involviertheit und dementsprechender Positionierung zur Thematik. Weder bin ich intergeschlechtlich, noch habe ich intergeschlechtliche Menschen in meiner näheren Verwandtschaft. Aufgrund dieser Gegebenheit erachte ich es als zwingend notwendig, mir dieser, in vielen Bereichen privilegierten Situation bewusst zu sein und demzufolge meine Überlegungen in nachfolgender Ausarbeitung stets auf deren Nutzen für intergeschlechtliche Menschen hin zu reflektieren. Zwar erachte ich mich selbst nicht als direkt involviert, wohl aber als betroffen<sup>1</sup> von bestimmten Aspekten. So führt die Beschäftigung mit dem Thema Intergeschlechtlichkeit zwangsläufig zu einem Hinterfragen der eigenen Gewissheiten und somit auch der eigenen, als gewiss erachteten Körperlichkeit. Ich bin überzeugt, dass Fragen des Geschlechts jeden Menschen betreffen, sei es durch dessen Passung in das binäre Schema, inklusive der daraus resultierenden (nicht nur) gesellschaftlichen Privilegien, oder durch dessen Nicht-Passung inklusive der damit einhergehenden Herausforderungen. Als Zugehörige zur privilegierten Position sehe ich mich in der Verantwortung, mich dessen bewusst zu sein. Nach Groneberg ist mit jeder Form der eigenen Betroffenheit auch die Gefahr der ideologischen Instrumentalisierung von Inter\* gegeben. Es gilt daher die eigene Betroffenheit zu identifizieren und damit einhergehende Vorstellungen dahingehend zu hinterfragen, ob sie sich am Wohle intergeschlechtlicher Menschen orientieren (vgl. Groneberg 2012, 492 f.). Von Interesse ist daher nicht nur, welche Sprache in vorliegender Arbeit verwendet wird, sondern auch aus welcher Perspektive man sich der Thematik Intergeschlechtlichkeit nähert (vgl. Hechler 2012, 128 f.). Des Weiteren muss reflektiert werden, inwiefern man selbst an geschlechtlicher Gewalt bzw. Normierung beteiligt ist, indem bspw. binäre Normvorstellungen internalisiert und aufrecht erhalten werden (vgl. Voß 2014, 88).

Eben diese bewusstgewordene Privilegiertheit ist es auch, die mich an vielen Stellen der Arbeit hat stocken lassen, indem nämlich der Gedanke aufkam, ob ich, als ein die Vorzüge der weiblichen Geschlechtskategorie lange Zeit unhinterfragt nutzender Mensch überhaupt ein Recht dazu habe, mich mit der Thematik Intergeschlechtlichkeit in diesem Rahmen zu beschäftigen und Stellung zu beziehen. Die Gewissheit jedoch, dass es Bereiche gibt, in denen jeder einzelne Mensch, ob Inter\* oder nicht, dazu beitragen kann, dass intergeschlechtliche Menschen vom eigenen Einsatz profitieren können, überzeugte mich dann allerdings von dem Nutzen, den die vorliegende Arbeit haben kann. Ich habe versucht, mich durch den Austausch mit Ex-

---

<sup>1</sup> Der Terminus „Betroffenheit“ wird in folgender Arbeit (abgesehen von der Verwendung in wörtlichen Zitaten) stets in der Bedeutung des Involviert-seins verwendet. Aufgrund der naheliegenden Analogie zum (passiven) Opferstatus „Betroffener“ (vgl. Ghattas u.a. 2015, 7) wurde davon Abstand genommen, „Betroffene“ als Bezeichnung für intergeschlechtliche Menschen zu verwenden.

pert\*innen in eigener Sache, als auch durch die intensive Lektüre von Forderungspapieren, Homepages und Texten intergeschlechtlicher Autor\*innen so gut es geht am Wohl intergeschlechtlicher Menschen zu orientieren, auch wenn ich mir bewusst bin, dass es das eine Wohl nicht geben kann. Einige der von mir verwendeten Begriffe und Formulierungen haben eine politische Aussagekraft, die hervorgerufen jedoch intendiert wurde, denn mit der vorliegenden Arbeit soll Stellung bezogen werden.

Ohne die Unterstützung durch einige Personen wäre die Arbeit, wie sie nun vorliegt, nicht möglich gewesen. Daher möchte ich ganz herzlich meinen drei Interview-Partner\*innen danken, welche mir ein hohes Maß an Vertrauen entgegengebracht und wertvolle Einblicke in ihren Arbeitsbereich ermöglicht haben. Neben meiner Dankbarkeit möchte ich ihnen jedoch besonders meinen Respekt aussprechen. Dieser gilt neben den von mir interviewten Expert\*innen ebenfalls allen anderen Inter\*-Aktivist\*innen, die sich mit vollem Einsatz einer Verbesserung der derzeitigen Situation widmen.

Mein Dank gilt außerdem Prof. Dr. Carmen Gransee für die hervorragende Unterstützung, den fortlaufenden Motivationsaufbau und die vielen hilfreichen und konstruktiven Anregungen. Sowohl ihr, als auch Prof. Dr. Sabine Stövesand verdanke ich, durch deren geäußertes Interesse an der Thematik, sicherlich einen großen Teil meiner Motivation und meiner Überzeugung, genau das Richtige zu tun. Besonders danken möchte ich auch Nadia, Mooka, Carolin und Johanna für ihre, in Diskussionen und Korrekturlesungen investierte Zeit, sowie für ihre inspirierenden Gedanken und ihre Bereitschaft, mit einzutauchen in mein für einige Monate fokussiertes Gedankenkreisen. Meiner Familie, Freund\*innen und sehr vielen weiteren Menschen, deren Namen mir zum Teil unbekannt geblieben sind, möchte ich für ihre Bereitschaft danken, lieb gewonnene Überzeugungen zu überdenken und Verwirrungen zuzulassen. Allen anderen Freund\*innen danke ich für zahlreiche Gelegenheiten zur Prokrastination, denn auch diese können –wenn auch nicht immer – fruchtbar sein.

## 1. Einleitung

*„When I talk about intersex, people ask me, ‘But what about the locker room?’ Yes, what about the locker room? If so many people feel trepidation around it, why don’t we fix the locker room? There are ways to signal to children that they are not the problem, and normalization technologies are not the way“ (Dreger 1999, 5)*

Dank des intensiven Engagements zahlreicher intergeschlechtlicher Menschen gelangt die Thematik Intergeschlechtlichkeit seit den 1990er Jahren mehr und mehr in das Bewusstsein der Allgemeinbevölkerung. Aufgrund der Jahrzehnte aufrecht erhaltenen medizinischen Interpretation als Pathologie fand Intergeschlechtlichkeit kaum Eingang in die Ausbildung medizinischer Professionen, geschweige denn in die schulische Aufklärung über die geschlechtliche Entwicklung des Menschen im Sinne körpergeschlechtlicher Vielfalt. Dass Intergeschlechtlichkeit jedoch ebenfalls aus gesellschaftlich-sozialer Perspektive betrachtet werden kann und eine dementsprechende Bereitstellung geeigneter Maßnahmen mit sich führen sollte, wird in der vorliegenden Arbeit thematisiert. Da sich, bedingt durch den gesellschaftlichen Umgang mit der Thematik, im Leben eines intergeschlechtlichen Menschen Komplikationen häufig auf der psychosozialen Ebene abspielen, soll die Bedarfsangemessenheit des psychosozialen Versorgungsnetzes in Deutschland und Österreich untersucht werden, um in einem weiteren Schritt den Handlungsbedarf auf Seiten der Sozialen Arbeit genauer zu definieren. Die erkenntnisleitende Forschungsfrage wurde daher folgendermaßen formuliert:

*„Wie ist das psychosoziale Versorgungsnetz für intergeschlechtliche Menschen ausgestaltet und welche Ansatzpunkte ergeben sich für eine gendergerechte soziale Arbeit?“*

Sofern die Soziale Arbeit nach Klüsche die „Bearbeitung von gesellschaftlich und professionell als relevant angesehenen Problemlagen“ (Klüsche 1999, 23) als ihren Gegenstand deklariert, kann insofern von einer Verantwortlichkeit der Sozialen Arbeit ausgegangen werden, als Intergeschlechtlichkeit als soziales Problem übersetzt werden kann. So legen handlungstheoretische Überlegungen zur Begründung eines sozialarbeiterischen Auftrags eine aktive Beteiligung der Sozialen Arbeit nahe. Demnach werden soziale Probleme, gemäß des von Staub-Bernasconi vertretenen systemischen Paradigmas, als diejenigen Probleme konzeptualisiert, die entstehen, indem ein Individuum seine Wünsche und Bedürfnisse, aufgrund fehlender Einbindung in seine soziale Umwelt, nicht befriedigen kann. Dabei wird eine Identifikation sozialer Probleme ermöglicht, unabhängig davon ob es sich um individuell bzw. gesellschaftlich bewusst gewordene und artikulierte soziale Probleme handelt oder nicht (vgl. Staub-Bernasconi 2007, 182).

Die Thematisierung von Intergeschlechtlichkeit kommt nicht ohne die, von intergeschlechtlichen Menschen vorgebrachte, Kritik an jahrzehntelang angewandten Behandlungsmaßnahmen aus. So werden in diesem Zusammenhang Verstöße gegen die Menschenrechte<sup>2</sup> bemängelt und zu Veränderungen im Umgang mit Intergeschlechtlichkeit aufgerufen. Die Menschenrechte sind es auch, die einen Bestandteil des sozialarbeiterischen dritten Mandats darstellen und als Legitimationsbasis für ein Handeln der Sozialen Arbeit in deren Berufskodex Erwähnung finden. Nicht umsonst wird die Soziale Arbeit auch als Menschenrechtsprofession verstanden (vgl. ebd. 200 f.) und sollte folglich dort unterstützend eingreifen, wo es zu Menschenrechtsverletzungen kommt.

Das zu Beginn genannte Zitat gilt als richtungsweisend für den thematischen Aufbau der vorliegenden Arbeit. Nach einer Heranführung an die Thematik und einer Darstellung des Bedingungsgefüges, innerhalb dessen Intergeschlechtlichkeit in den letzten Jahrzehnten „gelesen“ wurde, wird eine Verortung in Bezug auf die Binarität des Geschlechtermodells vorgenommen. Daraufhin werden, in einem medizinhistorischen Abriss, relevante Behandlungsstrategien, die den Umgang mit Intergeschlechtlichkeit beeinflussten, erläutert. Durch die historische Betrachtung kann eine gewisse Permanenz der pathologisierten Umgangsweise hergeleitet werden, welche sich auch in der derzeitigen rechtlichen Situation intergeschlechtlicher Menschen niederschlägt. Da davon auszugehen ist, dass es sich bei Intergeschlechtlichkeit um eine gesellschaftliche Thematik handelt, erscheint es angebracht, den Fokus von der Problematisierung des Individuums wegzunehmen und auf die Problematisierung folgenschwerer Normvorstellungen innerhalb der Gesellschaft zu verlegen. Damit soll ein neuer Weg eingeschlagen werden, der nicht durch die Medizin geebnet wurde. Dementsprechend findet im nachfolgenden Teil der Arbeit die psychosoziale Situation intergeschlechtlicher Menschen Beachtung. Da sowohl die jahrzehntelange Behandlungsweise, als auch der derzeitige noch bestehende gesellschaftliche Umgang besondere Herausforderungen für die psychosoziale Situation intergeschlechtlicher Menschen zur Folge haben, werden unterstützende Angebote für intergeschlechtliche Menschen als in vielen Fällen notwendig erachtet. Ob dieser häufig genannten Forderung in Deutschland und Österreich nachgekommen wird, soll im empirischen Teil der Arbeit anhand von Expert\*innen-Interviews mit in der Inter\*-Beratung Tätigen nachgegangen werden. Dabei wird auf deren professionelle Einschätzung bezüglich des derzeitigen Versorgungsnetzes Bezug genommen.

---

<sup>2</sup> Gemeint sind hier Verstöße gegen die Menschenrechte, die in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte im Jahre 1948 definiert wurden (vgl. UN 2016).

## 2. Annäherung an einen kontrovers diskutierten Begriff

Ein Einstieg in die Thematik macht es unumgänglich, sich Gedanken darüber zu machen, was „Intergeschlechtlichkeit“ eigentlich bedeutet und mit welchen, unumstößlich anmutenden, Grundüberzeugungen Intergeschlechtlichkeit in Beziehung oder gar im Konflikt steht. Im Folgenden soll es daher, nach einer sprachlichen Annäherung an die Thematik Intergeschlechtlichkeit, um deren Verhältnis zum binären Geschlechtermodell gehen. Daraufhin folgt zur Erläuterung der biologischen Hintergründe ein kurzer Exkurs in die Biologie der geschlechtlichen Entwicklung.

### 2.1 Vielfalt der Begrifflichkeiten – Ursprung und Genese

Die Terminologie um Intergeschlechtlichkeit könnte vielfältiger kaum sein. Da die unterschiedlichen Bezeichnungen jedoch verschiedenen Kontexten entnommen wurden, immer eine sensible Thematik berühren und von intergeschlechtlichen Menschen des Öfteren als diskriminierend empfunden werden, muss die Annäherung an die Thematik mit besonderer Sorgfalt vollzogen werden. Die Perspektive der thematischen Annäherung spielt dabei bereits bei der Begriffswahl eine entscheidende Rolle.

„Hermaphrodit(ismus)“ stellt den wohl ältesten Begriff für geschlechtliche  $\langle$ Uneindeutigkeit $\rangle$ <sup>3</sup> dar. Er geht auf den griechischen Mythos um Hermaphroditos zurück und galt lange Zeit auch in medizinischen Schriften als gebräuchlich. Zu Beginn der Neuzeit etablierte sich im deutschsprachigen Raum zusätzlich die Bezeichnung „Zwitter“ bzw. „Zwittrigkeit“, die bis ins 20. Jhd. im medizinischen Vokabular vorherrschend war und erst um 1950 nahezu vollständig aus medizinischen Abhandlungen verschwand. Der Begriff „Intersexualität“ wurde 1915 vom deutschen Biologen Goldschmidt eingeführt und fasste in seiner ursprünglichen Bedeutung ebenfalls Homo- sowie Transsexualität mit ein. Goldschmidt ging dabei zwar nicht von einem binären Geschlechtermodell aus, sondern von einem Modell geschlechtlicher Zwischenstufen, allerdings änderte sich das Begriffsverständnis dahingehend, dass daraufhin eine klare bipolare Trennung vorgenommen wurde (vgl. Voß 2014, 71 f.). Verwendung fand der Begriff fortan als Synonym zur, parallel nach wie vor gebräuchlichen, Bezeichnung „Hermaphroditismus“, welche sich noch bis Anfang der 90er Jahre im Sprachgebrauch hielt (vgl. Klöppel 2010, 21). Etymologisch hebt sich die Bezeichnung Intersexualität insofern von vorherigen Begriffen ab, als sie die binäre Vorstellung von Geschlecht zwar überschreitet, aber dennoch, durch die

---

<sup>3</sup> Im Folgenden sollen mit  $\langle$  markierte Worte auf deren normimplizierenden Charakter hinweisen und zugleich verdeutlichen, dass deren Verwendung im jeweiligen Kontext nicht unhinterfragt erfolgte.

Schaffung eines Zwischenraums innerhalb des Kontinuums, eben dieser Binarität verhaftet bleibt (Schweizer 2012c, 31).

Der Terminus „Intersexualität“ und die Kurzform „Inter/ Intersex“ finden als Selbstbezeichnung jedoch keineswegs bei allen Menschen, bei denen eine Intergeschlechtlichkeit vorliegt, Gefallen. So wird eingewandt, der Begriff bezeichne anstelle der Kondition die gesamte Person (vgl. Karkazis 2008, 18/295). Zudem lege die Bezeichnung v.a. im Deutschen eine Assoziation mit Aspekten der Sexualität nahe, welche jedoch nicht zwangsläufig tangiert sein muss (vgl. Bundesärztekammer 2015, 2; Dreger & Herndorn 2009, 211). Um den Fokus von den einzelnen Aspekten des Körpers, denen die Funktion eines Geschlechtsindex zugesprochen wird, abzuwenden und stattdessen die Aufmerksamkeit auf die gesamte Person zu richten, kursieren ebenfalls Bezeichnungen wie „person with intersex“ oder „person with an intersex condition“ (vgl. Dreger & Herndorn 2009, 209). Im deutschen Sprachraum spricht man bisweilen auch von „intergeschlechtlicher Kondition/ Verfasstheit“ (vgl. Guillot 2014, 273) und im Französischen wird die Bezeichnung „Intersexuation“ verwendet, um zusätzlich zur Geschlechtsdifferenzierung auch den Prozess der Geschlechtszuschreibung mit ins Auge zu fassen (vgl. Zobel 2014, 230).

Der rein deskriptive, medizinisch geprägte Begriff DSD (disorders of sex development; Störung der Geschlechtsentwicklung) entstand 2005 im Rahmen der Chicagoer Consensus Konferenz, welche eine neue Nomenklatur zur Folge hatte, die wiederum mit einer grundlegenden Änderung der Klassifikationen einherging. Ziel der Konferenz war es, einen transdisziplinären<sup>4</sup> Konsens herzustellen. Dabei bestand der Anlass für die neue Namensgebung darin, die stigmatisierende Wirkung früherer Begriffe sowie deren Ungenauigkeit zu umgehen. Bei DSD wird jedoch nicht von einem homogenen Krankheitsbild ausgegangen. Vielmehr gilt DSD als Schirmbegriff für das ganze Spektrum angeborener Formen der <atypischen> somatosexuellen Geschlechtsdifferenzierung, die mit Diskrepanzen zwischen Chromosomensatz, Gonadenstatus sowie phänotypischem Erscheinungsbild der äußeren Genitalien einhergehen und somit nicht dem typischerweise angenommenen Geschlechtsdifferenzierungsverlauf entsprechen, der sich in binären Geschlechtsausprägungen widerspiegelt (vgl. Hughes u. a. 2006, 554). Sowohl das Fehlen <typischer> geschlechtsspezifischer Merkmale als auch <zu starke> Ausprägungen oder das Auftreten von Merkmalen verschiedener Geschlechter in einer Person gelten dabei als Anlass für eine Diagnosestellung (vgl. Richter-Appelt 2007b, 52). In medizinischen Fachartikeln fand der Begriff DSD eine rasche, nahezu durchgängige Verwendung (vgl. Pas-

---

<sup>4</sup> Transdisziplinarität grenzt sich insofern von multi- bzw. interdisziplinären Ansätzen ab, als auch die Alltagswelt intergeschlechtlicher Menschen Teil des wissenschaftlichen Fachdiskurses wird. Indem außeruniversitären Akteur\*innen eine Stimme verliehen wird, verlagert sich der Schwerpunkt vom jeweiligen disziplinären Zugriff auf ein spezielles Thema zu der Thematik selbst (vgl. Zehnder 2010, 392).

terski u. a. 2010, 621) und löste somit, zumindest im medizinischen Fachjargon, die zuvor vorherrschenden, jedoch kontroversen und teilweise als diskriminierend bzw. sexualisierend empfundenen, Bezeichnungen (Pseudo-)Hermaphroditismus sowie Intersexualität ab.

Der Begriff gilt jedoch bei weitem nicht als unumstritten. So verwendet der deutsche Ethikrat in seiner Stellungnahme zwar ebenfalls die medizinisch geprägte Bezeichnung DSD, jedoch im Sinne von „differences of sex development“ und grenzt diese deutlich von der, als Intersexualität bezeichneten, lebensweltlichen Betrachtung ab. Intersexualität schließt, gemäß der Stellungnahme, die psychosozialen Folgen mit ein, die mit einer Diagnose in Verbindung stehen (vgl. Deutscher Ethikrat 2012, 12/25). Auch der Schweizer Ethikrat verwendet in seiner Stellungnahme die Bezeichnung „Varianten der Geschlechtsentwicklung“. So kann der pathologisierende Beiklang der Bezeichnung DSD abgeschwächt werden ohne die gängige Nomenklatur gänzlich zu umgehen (vgl. Schweizer Nationale Ethikkommission 2012, 8). Kritisiert wird zudem, dass der Begriff „Störung“ nahelegt, dass eine (medizinische) Reparatur sowohl möglich als auch sinnvoll sei (Klöppel 2010, 105). Unterstützt durch den Widerstand zahlreicher Inter\*<sup>5</sup>-Aktivist\*innen und Inter\*-Verbände gewinnen die Bezeichnungen „Varianten/ Differenzen der Geschlechtsentwicklung“, zumindest im transdisziplinären Diskurs, zunehmend an Bedeutung (vgl. Schweizer 2012c, 26 f.; Schweizer 2014:65), werden jedoch, aufgrund des Verweisens auf eine zugrundeliegende übergeordnete Norm, auch innerhalb der Inter\*-Community kritisiert. „Variationen“ dagegen implizieren kein Wertigkeitsgefälle (vgl. Ghattas u.a. 2015, 18). Der Vorteil liegt dabei darin, dass Variationen des Geschlechts nicht als rein medizinische Angelegenheit betrachtet werden, sondern auch in gesellschaftspolitische Diskurse Eingang finden können (vgl. Zehnder 2014, 29). So wird Inter\* bzw. Intersexualität hinsichtlich der Vielfalt intergeschlechtlicher Körperlichkeiten und Lebensrealitäten mittlerweile weniger als medizinischer Begriff aufgefasst, sondern vielmehr als politische Bezeichnung, als emanzipatorischer Überbegriff im Protest gegen irreversible medizinische Eingriffe (vgl. Hechler 2012, 128; Voß 2014, 72).

Im deutschen Sprachraum gilt die, aus der Menschenrechtsbewegung entstammende, Abwandlung „Intergeschlechtlichkeit“ als geeignete Alternative für Intersexualität (vgl. Ghattas u.a. 2015, 15). Ein Vorteil besteht zudem darin, dass durch die Fokussierung auf das Ge-

---

<sup>5</sup> Der Asterisk\* greift im Sinne widerständiger Sprachstrategien in die binäre Sprachnormierung ein, indem er die geschlechtliche Markierung ersetzt und Raum schafft für die eigene Verortung innerhalb der möglichen identitären/ geschlechtlichen Diversität (vgl. Baumgartinger 2008, 35). Da die geschlechtergerechte (heteronormkritische) Sprache jedoch keineswegs fixiert ist und auch keinen zentralen Gegenstand der Arbeit darstellt, finden in der vorliegenden Arbeit verschiedene Strategien (wie Asterisk „\*“ oder Gap „\_“) Verwendung, welche die den Leser\_in beiläufig zum Nachdenken über vermeintliche Normalitäten anregen sollen.

schlecht, welches sowohl das körperliche als auch das soziale Geschlecht beinhaltet, das Missverständnis um Sexualität vermieden werden kann.

Um von vornherein Verwechslungen mit Transsexualität zu vermeiden, ist eine diesbezügliche Abgrenzung notwendig. Von Transsexualität/-identität spricht man, wenn die Geschlechtsidentität eines Menschen nicht mit dessen Körpergeschlecht übereinstimmt. Damit verbunden ist häufig auch der Wunsch nach Harmonisierung, etwa indem das Körpergeschlecht an das erlebte Geschlecht angeglichen wird, das i.d.R. nicht als zwischengeschlechtlich sondern exklusiv einpolig erlebt wird. Transsexualität gilt in der ICD<sup>6</sup> als psychische Erkrankung (Störung der Geschlechtsidentität), wodurch der Zugang zu chirurgischen/ hormonellen geschlechtsangleichenden Maßnahmen ausschließlich über den Weg einer psychiatrischen Diagnose ermöglicht wird. Dabei geht man von einem ursprünglich gesunden männlichen oder gesunden weiblichen Körper aus. Intergeschlechtliche Menschen wehren sich dagegen überwiegend gegen chirurgische Maßnahmen, welche an ihnen, meist ohne deren Einverständnis, im jungen Alter vorgenommen wurden. Zudem gilt Intersexualität als Ausschlusskriterium für Transsexualität (vgl. Deutscher Ethikrat 2012, 26; Richter-Appelt 2013, 240 f.). Auch unterscheiden sich intergeschlechtliche Menschen von transidenten Menschen, indem die jeweiligen problematisierten Inhalte stark voneinander abweichen. Während sich die meisten trans\*-identen Menschen vorwiegend mit Fragen der Identität beschäftigen und sich bewusst und freiwillig chirurgischen Maßnahmen hingeben, steht für die meisten intergeschlechtlichen Menschen die Wahrung der körperlichen Integrität, und somit der Widerstand gegen medizinische Eingriffe im Vordergrund. Trotz aller Unterschiede und der unvereinbar anmutenden Trans\*- und Inter\*-Bewegungen gibt es jedoch auch mindestens eine entscheidende Gemeinsamkeit. So scheint der Umgang mit beiden Phänomenen in das bipolare Geschlechtermodell eingebettet. Im Falle der Trans\* kommt es zu einer Pathologisierung psychischer «Abweichungen» vom gewohnten «Normalfall», im Falle der Inter\* führen physiologische «Abweichungen» zu einer Pathologisierung (vgl. Zehnder 2010, 372 ff.).

Eine Orientierung am Sprachgebrauch derjenigen, welche im Laufe ihres Lebens von Mediziner\_innen als intergeschlechtlich klassifiziert wurden, macht insofern Sinn, als intergeschlechtliche Menschen selbst am besten wissen, mit welcher Bezeichnung sie sich am ehesten identifizieren können. Das Bild ist jedoch, wie Intergeschlechtlichkeit selbst, ausgesprochen heterogen. Von Übernahmen der konkreten medizinischen Terminologie, über neuen Wortkreationen bis hin zur Verwendung alter, ehemals diskriminierend empfundener Begriffe (bspw. Zwitter) im Sinne emanzipatorischer Aneignung durch Sprache (vgl. Voss 2014, 87), zeichnen sich die Selbstbezeichnungen durch ihre Vielseitigkeit aus. Die Debatte um eine ge-

---

<sup>6</sup> ICD = International Classification of Diseases: Die, von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebene, ICD gilt als das wichtigste, weltweit anerkannte Diagnoseklassifikationssystem.

eignete Begriffswahl ist gekennzeichnet von terminologischer Uneinigkeit. Nicht zuletzt, weil es sich um einen Sammelbegriff für eine heterogene Gesamtheit handelt, wird es immer auch Menschen geben, die sich mit gewissen Bezeichnungen nicht identifizieren können. Zudem scheint eine Differenzierung zwischen Begriffen zur Selbstbeschreibung (wie beispielsweise dem empowernd verwendeten Terminus „Herm“) und Zuschreibungen von außen als dringend angebracht.

In der vorliegenden Arbeit wird die Bezeichnung „Intergeschlechtlich(keit)“ verwendet, da dieser Begriff im deutschsprachigen Raum als verhandelbar und von der Inter\*-Community als angebracht erachtet wird (vgl. Ghattas u.a. 2015, 15). Synonym zu „intergeschlechtlich“; Intergeschlechtlichkeit“ sowie „intergeschlechtliche Menschen“ gelten in vorliegender Arbeit „inter\*“; „Inter\*“ und „Inters\*“.

Neben den Kontroversen um eine begriffliche Annäherung an Inter\* sollte jedoch auch auf die grammatikalische Unmöglichkeit hingewiesen werden, die sich bei der deutschen Sprache hinsichtlich der Integration von Inters\* ergibt. So fehlen der deutschen Sprache bereits die Personalpronomen und Anredeformen jenseits des binären Geschlechtsverständnisses (vgl. Lang 2006, 314). Auf diese, dem euroamerikanischen Alltagsdenken zugrunde liegende Binarität, soll nach einer kurzen Einführung in wichtige soziologische und mit Inter\* in Verbindung stehende Grundbegriffe in den folgenden Kapiteln eingegangen werden.

## **2.2 Geschlecht als übergeordnete Kategorie**

In der soziologischen Tradition unterscheiden wir das Biologische vom Sozialen, indem wir eine Differenzierung zwischen „sex“ und „gender“ vornehmen. Hierbei wird sex als die physiologische Komponente betrachtet und gender als die gesellschaftlich-kulturelle Komponente. Diese Unterscheidung zwischen sex und gender, die heute nach wie vor im Sprachgebrauch besteht, wurde erstmals in den Intersex-Studien Moneys eingeführt (vgl. Ayaß 2008, 11 f.). Stoller griff diese auf und bezeichnete gender als die psychologischen und kulturellen Aspekte des Mann-Seins bzw. Frau-Seins. Gender galt demnach als „The amount of masculinity or femininity found in a person“ (Stoller 1984, 9) und existierte weitgehend unabhängig vom jeweiligen sex (vgl. ebd.). Um zu verdeutlichen, dass in allem Biologischen jedoch stets ein gewisse soziale Konstruiertheit vorliegt, und somit „Geschlecht (sex) definitionsgemäß immer schon Geschlechtsidentität (gender) gewesen ist“ (Butler 1991, 26), aber auch um die Kategoriegrenzen aufzuweichen, heben Butler sowie Kessler und MacKenna die Differenzierung zwischen sex und gender auf und verwenden bspw. beide Begriffe im Wechsel (vgl. Kessler & MacKenna 1978, 7).

Bezogen auf Intergeschlechtlichkeit greift die Unterscheidung zwischen sex, im Sinne der naturwissenschaftlichen, und gender, im Sinne der sozialwissenschaftlichen Geschlechtskonzeption, jedoch zu kurz. Da in dieser dualistischen Konzeption von Geschlecht das intrapsychische Erleben (v.a.) intergeschlechtlicher Menschen keine Beachtung findet, unterscheidet Schweizer zwischen dem „Körpergeschlecht“, mit den Komponenten des genetischen, hormonellen und chromosomalen Geschlecht, dem „sozialen Geschlecht“, d.h. dem im jeweiligen kulturellen Interpretationsraster dargestellten Geschlecht und dem „psychischen Geschlecht“. Der Terminus des psychischen Geschlechts beherbergt dabei sowohl das erlebte als auch das gelebte Geschlecht eines jeden Individuums, wobei keine klare Trennlinie zum sozialen Geschlecht gezogen werden kann (vgl. Schweizer 2012c, 19 ff.).

Differenzierter betrachtet, lässt sich das psychische Geschlecht in Anlehnung an die Begriffseinführungen durch Money (vgl. Money & Ehrhardt 1972, 16) und Stoller (vgl. Stoller 1984, 10/29) in die Komponenten „Geschlechtsrolle“, „Geschlechtsidentität“, „Geschlechtsrollenidentität“ sowie „sexuelle Orientierung“<sup>7</sup> unterteilen. Der Terminus der Geschlechtsrolle wurde von Money geprägt und umfasste zu Zeiten der Etablierung „all those things that a person says or does to disclose himself or herself as having the status of boy or man, girl or woman respectively“ (Money u. a. 1955, 285). Die Geschlechtsrolle beinhaltete nach damaliger Auffassung somit noch die Überzeugung über die eigene Geschlechtszugehörigkeit (vgl. ebd. 289). Nach derzeitig geteilter Auffassung bezeichnet der Terminus jedoch „die Gesamtheit der kulturell erwarteten, als angemessen betrachteten und zugeschriebenen Fähigkeiten, Interessen, Einstellungen und Verhaltensweisen des jeweiligen Geschlechts“ (Schweizer 2012c, 24 f.). Die Geschlechtsrolle unterliegt dabei stets dem Wandel der Zeit. Das subjektive Geschlechtererleben eines Menschen wird dagegen als die Geschlechtsidentität bezeichnet. Auch dieser Terminus geht auf Money zurück (vgl. Money u. a. 1975, 16), wurde jedoch von Stoller weiter ausdifferenziert (vgl. Klöppel 2010, 499 ff.). Aktuell versteht man unter Geschlechtsidentität „das subjektive Gefühl eines Menschen, sich als Mann oder Frau (oder dazwischen) zu erleben“ (Richter-Appelt 2007b, 53). Die Geschlechtsrollenidentität bezeichnet die öffentliche Manifestation der subjektiv empfundenen Geschlechtsidentität, die sich im jeweiligen Rollenverhalten widerspiegelt (vgl. ebd. 53) und die sexuelle Orientierung versteht sich als die individuell präferierte Sexualpartner\*innenwahl (vgl. Schweizer 2012c, 21 ff.).

Die Unterscheidung zwischen den verschiedenen Komponenten des psychischen Geschlechts ist notwendig, um nachvollziehen zu können, welche Themen bei einer Inter\*-Geburt plötzlich

---

<sup>7</sup> Die Anwendung des Konzepts der sexuellen Orientierung im Kontext der Intergeschlechtlichkeit wird als nicht unproblematisch betrachtet. So beruht doch das prinzipielle Verständnis der sexuellen Orientierung auf der, dem Konzept zugrunde liegenden, Binarität der Geschlechter, die u.a. von Seiten vieler intergeschlechtlicher Menschen scharf kritisiert wird (vgl. Schönbacher u. a. 2012, 208).

verstärkt in den Fokus geraten und unter Umständen problematisiert werden. So stellt bei vielen Formen der Intergeschlechtlichkeit die Unsicherheit in der Vorhersage der sich jeweils entwickelnden Geschlechtsidentität und somit die Unsicherheit der Entscheidung für ein Erziehungsgeschlecht oft eine enorme Belastung für die Eltern dar, wohingegen die Geschlechtsidentität nicht intergeschlechtlich geborener Kinder zum Zeitpunkt der Geburt noch keine allzu große Rolle zu spielen scheint. Zudem rückt das jeweilige Geschlechtsrollenverhalten intergeschlechtlicher Kinder, oft ungewollt, in den Fokus der Eltern. Eine Unterscheidung ist auch deshalb notwendig, um die historisch wirksamen Determinanten der jeweiligen Behandlungsstandards nachvollziehen zu können.

### **2.3. Das dualistische Geschlechtermodell als Kategorisierung, der nicht entsprochen werden kann**

Es ist nicht zu leugnen, dass spätestens mit der Einführung des Terminus Intersexualität eine Sexualisierung intergeschlechtlicher Körper einherging. So fokussierte man weniger die reproduktiven Organe (Testes und Ovarien) sondern vielmehr die Genitalien, welchen die Funktion eines visuellen Geschlechtsmarkes zugesprochen wurde und mit welchen die Erwartung des erfolgreich durchzuführenden penetrativen Geschlechtsaktes verknüpft wurde (vgl. Dietze 2003, 15). Generell erwachsen bei der Geburt eines Kindes (nicht nur) elterliche Erwartungen hinsichtlich der Entwicklung des Geschlechtserlebens aus dem, was anhand der Genitalien erkennbar ist. Sobald die kindlichen Genitalien nicht mehr einsehbar sind, werden, aufgrund der präsentierten Geschlechtsrolle, Rückschlüsse auf die genitale Ausstattung des jeweiligen Menschen gebildet (vgl. Preves 2000, 28; Preves 2002, 526). Dass dieser Kurzschluss, und somit die alltägliche Selbstverständlichkeit, dass Körper und Geschlecht nicht getrennt denkbar sind (vgl. Garfinkel 1967, 122 ff.; Preves 2000, 28), beim Thema Inter\* nicht greift, liegt auf der Hand. Denn neben „männlich“ und „weiblich“ existieren im euro-amerikanischen Alltagsverständnis weder Kategorien für das Geschlechtserleben, noch für das Aussehen der Genitalien, geschweige denn für einen alternativen Gesellschaftsstatus neben „Mann“ und „Frau“ (vgl. Brunner u. a. 2012, 226; Voß 2012, 22). In der euro-amerikanischen Kultur befindet sich der intergeschlechtliche Körper demnach in einem Schwellenzustand und stellt so lange eine sogenannte liminale Existenz dar, bis er sich zu einem weiblichen oder männlichen Körper entwickelt hat und das durch ihn ausgelöste „gesellschaftliche Unbehagen“ (Crouch 1999, 37, Übers. E.F.) beseitigt wurde (vgl. Lang 2006, 12/324).

Nach Ansicht des Baltimorer Behandlungsteams um Money, welches einen bleibenden Einfluss auf jahrzehntelange Behandlungspraktiken intergeschlechtlicher Menschen ausübte, stellte um 1950 das Erscheinungsbild der äußeren Genitalien sowie deren Interpretation den

Ursprung der psychosexuellen Entwicklung des Menschen dar (vgl. Money 1955, 257). Seitdem ist das Genital für die weichenstellende geschlechtliche Zuordnung und die darauf folgende Sozialisation von bedeutender Relevanz. Die Frage „Wird es ein Mädchen, oder ein Junge?“, würde werdenden Müttern kaum so häufig gestellt werden, wenn sich die Fragenden lediglich für die genitale Ausstattung des Kindes interessieren würden (vgl. Brunner u. a. 2012, 225). So wird den Genitalien ein bedeutsamer Index-Charakter zugesprochen, indem sie zum einen Rückschlüsse auf die inneren Geschlechtsorgane liefern und zum anderen die zukünftig gelebte Sexualität anzeigen (vgl. Errington 1990, 19 f.; Money 1955, 257). Die kindlichen Genitalien dienen somit, im Sinne von „indexical signs“ (Errington 1990, 19), auch den Eltern als Zeichen für die nun einsetzende (geschlechtsgebundene) Erziehung. Ihr synekdochischer Charakter tritt besonders dann zutage, wenn die Genitalien bei der Geburt nicht den Normvorstellungen entsprechen. So gelten intergeschlechtliche Genitalien nicht als „visuell glaubwürdige Genitalien“ (Dietze 2003, 23). Genitalien werden daher im Falle von Intergeschlechtlichkeit nicht als Repräsentation von sex interpretiert, sondern, in Funktion eines pathologischen Markers, als Indikator für eine ‹Abweichung› von sex (vgl. Karkazis 2008, 95). Aufgrund dieses Zeichencharakters der Genitalien bestand Jahrzehnte lang die folgenschwere Auffassung, das verunsichernde Genital intergeschlechtlicher Menschen müsse ‹korrigiert› werden (vgl. Money 1955, 257).

Dass die dichotome Denkweise in Bezug auf körperlich definierte Geschlechtlichkeit bis heute einen normativen Einfluss auf die Behandlungspraxis intergeschlechtlicher Menschen hat, wird deutlich, indem in einigen Kulturen und vereinzelt im euro-amerikanischen Kulturkreis auch heute noch Heirat und Heterosexualität bzw. die bloße Möglichkeit zu heterosexuellem Geschlechtsverkehr als Parameter erfolgreicher Behandlung betrachtet werden (vgl. de Silva 2007, 178; Machado u. a. 2015, 4). Unzufriedenheit mit dem Geschlechtererleben intergeschlechtlicher Menschen wird folglich auf die Zuweisung zum falschen Geschlecht zurückgeführt, nicht jedoch auf das Fehlen alternativer Geschlechtsidentitätsoptionen (vgl. Handford u. a. 2012, 430). Ebenso ist eine Widersprüchlichkeit zwischen Genitalien bzw. Geschlechtsrolle und Fertilitätspotential nach wie vor sowohl für die Medizin als auch für die Gesellschaft undenkbar. Einen gebärenden Mann (bzw. Mensch mit männlicher Geschlechtsrolle) und eine zeugende Frau (bzw. Mensch mit weiblicher Geschlechtsrolle) kann es demnach nicht geben (vgl. Zehnder 2010, 85/120 f.).

Die gelebte und als selbstverständlich erachtete Dichotomie der Geschlechter wird zum einen durch die Existenz intergeschlechtlicher Körper, zum anderen durch die Existenz geschlechtsidentitärer Verortungen außerhalb des männlichen oder weiblichen, ernsthaft infrage gestellt und das bloße Wissen über die Existenz intergeschlechtlicher Körper kann als eine Bedrohung für die Gesellschaft wahrgenommen werden. So gefährdet es die Aufrechterhaltung der institu-

tionalisierten Zweigeschlechternorm, indem deren Grenzen zwischen den beiden zur Verfügung stehenden Geschlechtern verwischt werden (vgl. Dietze 2003, 9; Fausto-Sterling 2000, 8/75 f.). Da sich diese Bedrohung in der Realität jedoch nicht negativ auf die Situation der Gesamtbevölkerung, sondern auf die der intergeschlechtlichen Menschen selbst auswirkt, soll, bspw. anhand der Forderung eines alternativen Geschlechtseintrages, auf die Unzulänglichkeit des binären Systems aufmerksam gemacht werden (vgl. Zehnder 2010, 306). Wie sich in späteren Kapiteln noch zeigen wird, bleibt die Unmöglichkeit, dem klassischen Alltagsverständnis von Geschlecht gerecht zu werden, jedoch nicht bloß auf theoretische Reflexionen um gender beschränkt, stattdessen erstreckt sie sich über die konkrete Lebenspraxis intergeschlechtlicher Menschen.

## 2.4. Biologisches Verständnis von (Inter)geschlechtlichkeit

Medizinisch-biologische Überlegungen prägen den derzeitig nach wie vor aktiven medizinischen Diskurs um Intergeschlechtlichkeit und besitzen dadurch einen großen Einfluss auf die Lebenslagen intergeschlechtlicher Menschen (vgl. Tillmanns 2015, 37). Aufgrund des ‹vom Normalfall abweichenden› Charakters, wurden und werden Formen der Intergeschlechtlichkeit als medizinisch behandlungsbedürftig eingestuft und fanden ihren Weg in die ICD (vgl. Deutscher Ethikrat 2012, 35). Die Klassifizierung als DSD<sup>8</sup> hat somit auf unterschiedliche Art und Weise konkrete Auswirkungen auf die Lebensrealität jedes einzelnen als inter\* klassifizierten Menschen. Eine Beschäftigung mit den Belangen intergeschlechtlicher Menschen, besonders hinsichtlich der Forderung eines Verbots chirurgischer Eingriffe im Kindesalter, ist daher ohne ein Verständnis zugrundeliegender biologischer Gegebenheiten kaum möglich.

Die Geschlechtsentwicklung des Menschen verläuft kaskadenartig, auf mehreren Ebenen (chromosomal, gonadal, somatisch und psychisch). Das körperliche Geschlecht differenziert sich dabei in folgenden drei Phasen aus: Die Geschlechtsdetermination vollzieht sich in der ersten Phase, indem das genetische/ chromosomale Geschlecht etabliert wird. Darauf folgt die Geschlechtsdifferenzierung, welche die zweite und dritte Phase umfasst. Zuerst differenzieren sich die gonadalen Anlagen aus, dann entwickelt sich das phänotypische Geschlecht mit Ausformung des inneren sowie äußeren Genitales (vgl. Schweizer 2012b, 43 ff.). Dabei kann es auf jeder einzelnen Entwicklungsstufe zu ‹Abweichungen› bzw. Veränderungen kommen, welche

---

<sup>8</sup> Da der Fokus der vorliegenden Arbeit nicht auf der medizinischen Perspektive liegt, wird an dieser Stelle von einer Beschreibung der medizinisch klassifizierten Formen von Intergeschlechtlichkeit abgesehen. Um sich als Nicht-Mediziner\*in jedoch einen vereinfachten Überblick zu verschaffen, bietet sich die Lektüre der medizinischen Unterteilung an, die der deutsche Ethikrat in seiner Stellungnahme vorgenommen hat (vgl. Deutscher Ethikrat 2012, 36 ff.).

in einer Diskrepanz zum <typischen> Entwicklungsverlauf resultieren. Von Intersexualität bzw. DSD spricht man demzufolge im medizinischen Kontext dann, wenn es zu einer <untypischen> somatosexuellen Geschlechtsentwicklung kommt, was zur Folge hat, dass nicht alle geschlechtsdifferenzierenden und –determinierenden Merkmale (Gene, Chromosomen, Hormone, Gonaden, äußere Geschlechtsorgane) einer Person ein und demselben Geschlecht entsprechen bzw. zuzuordnen sind.

Trotz großer Fortschritte in molekularer Diagnostik bleibt das Wissen um Zusammenhänge zwischen biomolekularen Veränderungen, dem jeweiligen Erscheinungsbild und der sich entwickelnden Geschlechtsidentität gering und wird kontrovers diskutiert (vgl. Bundesärztekammer 2015, 4; Richter-Appelt 2004, 240; Richter-Appelt 2007b, 53). Bedingt durch die klinische Heterogenität und definitorische Unklarheiten, schwanken die geschätzten Prävalenzwerte von Intergeschlechtlichkeit zwischen großzügigen bemessenen Werten von 1,7% (vgl. Fausto-Sterling 2000, 51 ff.) bis 0,022% (vgl. Hughes u. a. 2006, 554) bzw. 0,018% (vgl. Sax 2002, 177).

Es gilt zu erwähnen, dass bedeutende Erkenntnisse über die <regelhafte> somatosexuelle und teilweise auch psychosexuelle Entwicklung anhand von Studien über sogenannte Intersex-Syndrome gewonnen wurden (vgl. Bosinski 2001, 46). Nach Klöppel wird somit die <regelhaft> verlaufende Entwicklung aus deren <Misslingen> abgeleitet. Zugleich ist diese <Normalität> jedoch der Maßstab an dem sich Intergeschlechtlichkeit als <Störung> qualifiziert und woran sich folglich auch die therapeutischen Zielvorgaben ausrichten. Dass hiermit ein Zirkelschluss vollzogen wird liegt auf der Hand (vgl. Klöppel 2010, 104 f./124). Dass, mit der Berufung auf diesen Maßstab, jedoch eine Naturalisierung binärer Denkweisen verbunden ist, kann anhand späterer Kapitel nachvollzogen werden.

### **3. Annäherung an den Gegenstand „Intergeschlechtlichkeit“**

Im folgenden Kapitel wird die Thematik Intergeschlechtlichkeit aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet. Auf den historischen Abriss der medizinischen sowie medizinkritischen Sichtweise, folgt die Darstellung der rechtlichen Situation intergeschlechtlicher Menschen. Abgerundet wird das Kapitel mit der Herausarbeitung der gesamtgesellschaftlichen Relevanz. Dementsprechend findet die psychosoziale Komponente Beachtung, indem auf die psychosoziale Lebensqualität intergeschlechtlicher Menschen eingegangen wird. Es werden besondere Herausforderungen im Leben eines intergeschlechtlichen Menschen beleuchtet und Ergebnisse aktueller Forschung zur psychosozialen Situation von Inters\* vorgestellt.

### 3.1. Entwicklungen in den medizinischen Behandlungsstrategien – Ein historischer Abriss

Zwar distanzieren sich heutzutage praktizierende Mediziner\*innen von früheren Behandlungsmaximen, jedoch ist die aktuelle Debatte um Intergeschlechtlichkeit noch immer geprägt von den Folgen des jahrzehntelang verfolgten Behandlungskonzepts. Daher scheint der im Folgenden vorgenommene detaillierte Rückblick<sup>9</sup> auf den Umgang mit Intergeschlechtlichkeit unumgänglich.

#### 3.1.1 Die Ära Money

Bereits Mitte des 19. Jahrhunderts wurden im deutschsprachigen Raum vereinzelte Genitaloperationen an intergeschlechtlichen Kindern vorgenommen, allerdings entsprach es (noch) nicht der allgemein geteilten fachlichen Ansicht, bei <uneindeutigem> Keimdrüesengeschlecht das äußere Genital an das, als <ideal> erachtete, männliche oder weibliche Erscheinungsbild chirurgisch anzupassen. In Ermangelung eines objektiven genetischen Geschlechtstests, war man sich lange Zeit unschlüssig, welchem Geschlecht intergeschlechtliche Menschen nach der Geburt zuzuordnen waren. So verfügte man, trotz der sich in jener Zeit entwickelnden genetischen Testverfahren, über keinerlei wissenschaftliche Kriterien für eine Geschlechtszuweisung intergeschlechtlicher Menschen. Die deutsche Medizinerschaft riet somit bis in die Nachkriegszeit, chirurgische Eingriffe bei Inter\*-Syndromen bis in die Pubertät aufzuschieben. Auch bei intergeschlechtlichen Menschen jenseits der Pubertät orientierten sich deutsche Ärzt\_innen in ihren Praxisempfehlungen am „subjektiven Geschlecht“: Man vertrat, bis auf wenige Ausnahmen, die Ansicht, nichts zu unternehmen, was das Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit stören könnte (vgl. Klöppel 2010, 364 ff.). Allerdings hatten sich die subjektive Geschlechtszugehörigkeit und das dazugehörige Geschlechtsverhalten an einem männlichen resp. weiblichen Geschlechtsstatus auszurichten, worin sich der sozialregulative Charakter dieser Zeit widerspiegelt (vgl. ebd. 473 f.).

Zur gleichen Zeit (um 1950) etablierte sich jedoch, bedingt durch Fortschritte in der Urologie, Endokrinologie und plastischen Chirurgie, im Johns Hopkins Hospital in Baltimore ein Behandlungsprogramm, nach welchem systematisch hormonelle sowie chirurgische Eingriffe an den Genitalien und Gonaden intergeschlechtlicher Kinder durchgeführt wurden. Dieser radikalen Vorgehensweise lag die Annahme zugrunde, dass nur ein <eindeutiges> Genital elterliche Unsicherheiten reduzieren und somit eine geschlechtskonforme Erziehung sicherstellen, und

---

<sup>9</sup> Da es sich bei der vorliegenden Arbeit nicht um eine historische Studie handelt und Partei für die Anliegen intergeschlechtlicher Menschen ergriffen werden soll, verläuft die nachfolgende Darstellung der medizinischen Vorgehensweisen nicht wertungsfrei.

gleichsam ein intergeschlechtliches Kind vor späterer Scham und sozialer Stigmatisierung schützen könne (vgl. Money & Ehrhardt 1972, 15/152). In einer Forschungsgruppe um den, in Baltimore praktizierenden, Psychologen John Money und den pädiatrischen Endokrinologen Lawson Wilkins fanden Untersuchungen an intergeschlechtlichen Menschen statt. Dabei entstand die Theorie frühkindlicher sozialer Prägung. Diese besagt, dass die Psychosexualität eines jeden Menschen ganz allein durch die nahezu willkürliche, möglichst endgültige Geschlechtszuweisung unmittelbar nach der Geburt, die geschlechtsgebundene Erziehung sowie das Körperbild geprägt werde. Eine Identifikation intergeschlechtlicher Kinder mit der ihnen zugewiesenen Geschlechtsrolle sowie eine heterosexuelle Orientierung und angepasstes Verhalten seien daher bei geschlechtseindeutiger Erziehung möglich, unabhängig davon, ob die Geschlechtszuweisung mit dem biologischen Geschlecht im Einklang stehe oder nicht. Dabei sei jedoch der Zeitpunkt der Geschlechtszuweisung ausschlaggebend für deren Erfolg. Lediglich die, als kritische Phase bezeichneten, ersten beiden Lebensjahre seien für einen Geschlechtswechsel relevant, danach identifiziere man sich endgültig als weiblich oder männlich (Money u.a. 1955, 289 ff.). Man ging davon aus, dass körpergeschlechtliche ‹Uneindeutigkeit› als Prädiktor für sozialen Ausschluss, psychische Belastung sowie Verunsicherung hinsichtlich der psychosexuellen Entwicklung gelte und somit als pathologisch eingestuft werden musste (vgl. Fausto-Sterling 2000, 63).

Im Kontext der in Baltimore durchgeführten Langzeituntersuchungen um Intergeschlechtlichkeit wurde 1955 im Johns Hopkins Hospital das gender-Konzept eingeführt, um die Theorie der sozialen Bedingtheit der menschlichen Psychosexualität sowie die damit einhergehende „gender-imprinting-Theorie“ zu unterstreichen. Nach Klöppel wurden anhand eben dieser Theorie die standardmäßig durchgeführten chirurgischen Eingriffe gleichzeitig legitimiert (vgl. Klöppel 2010, 307). Die gender-imprinting-Theorie besagt dabei, dass weder das chromosomale oder hormonale Geschlecht, noch das Gonadengeschlecht (wie zuvor angenommen) als sicheres Kriterium für ein ‹wahres› Geschlecht und die damit einhergehende psychosexuelle Geschlechtsentwicklung, inklusive stabiler Geschlechtsrolle, gelte. Einzig und allein das, entsprechend dem möglichst ‹eindeutigen› Erscheinungsbild der äußeren Genitalien ausgerichtete, Erziehungsgeschlecht, mitsamt Geschlechtszuweisung und entsprechender Erziehungsform, diene als Indikator für eine stabile Geschlechtsrolle (vgl. Money 1955, 254 f.). Eine ‹eindeutige› Geschlechtsrolle galt zu damaligen Zeiten als Grundvoraussetzung für die psychische Gesundheit (vgl. Klöppel 2010, 310).

Die Geschlechtszuweisung und die damit i.d.R. einhergehende chirurgische Konstruktion eines optisch sowie funktional für ‹normal› empfundenen Genitals, wurde meist am Erscheinungsbild der vorhandenen (gesunden) äußeren Genitalien ausgerichtet sowie an dem zu jener Zeit chirurgisch Machbaren. Da es jedoch einfacher zu bewerkstelligen war, eine Vagina zu

formen, als einen Penis zu bilden, fanden weit mehr Genitalkorrekturen in die weibliche Richtung statt (vgl. Schweizer & Richter-Appelt 2012a, 100; Voß 2012, 15). Dies erscheint willkürlich, wurde jedoch mit der sozialen Überformbarkeit der Psychosexualität legitimiert.

Mit einer standardmäßigen Geschlechtszuweisung in die weibliche Richtung ging eine operative Klitorisreduktion bzw. eine Entfernung des <Mikropenis> einher. Zudem galt das Anlegen einer Vaginalplastik (Neovagina), welche für gewöhnlich jahrelange Vaginaldehnungen (Bougierungen) bedarf, als geeignet um einen heterosexuellen Geschlechtsverkehr zu ermöglichen. Es wurde davon ausgegangen, dass intergeschlechtliche Kinder, für die eine weibliche Geschlechtsrolle ausgewählt wurde, in jedem Fall für ihr späteres antizipiertes Sexualleben eine penetrationsfähige Vagina brauchen. Zudem galt die Entfernung hormonproduzierender Gonaden (Gonadektomie) als notwendig, um ein, als erhöht vermutetes, Krebsrisiko der Gonaden zu minimieren, obgleich Gonadektomien lebenslange Hormonersatztherapien zur Folge haben (vgl. Schweizer & Richter-Appelt 2012a, 100). Männliche Geschlechtszuweisungen wurden von nicht weniger drastischen chirurgischen und hormonellen Eingriffen begleitet. Dabei galten Genitaloperationen als legitimiert und erfolgsversprechend im Sinne einer „planmäßigen Steuerung der Psychosexualität“ (Klöppel 2013, 93), da die heterosexuelle, penetrative Kohabitationsfähigkeit und die Möglichkeit des stehenden Urinierens beim Jungen als <Erfolg> betrachtet wurden (vgl. Mühlendahl 1991, 24). Die Penetrationsfähigkeit des Penis, respektive Perforierbarkeit der Vagina wurde somit zum Behandlungsziel erklärt und als Indikator des <wahren> Geschlechts gelesen (vgl. Dietze 2003, 15). Mögliche und, wie sich später herausstellte, sehr wahrscheinliche Sensibilitätsverluste der chirurgisch veränderten Geschlechtsorgane standen zu damaligen Zeiten nicht zur Debatte.

Um 1964 wurde vom Psychoanalytiker Robert Stoller der Terminus der Geschlechtsidentität eingeführt (vgl. Stoller 1964, 220 ff.) und von John Money übernommen. Zwar galt die stabile Geschlechtsidentität fortan als das vorrangige Behandlungsziel des Baltimorer Behandlungsmodells. Als Voraussetzung hierfür bedurfte es nach Ansicht der damaligen Behandler jedoch der Anpassung an normierte, <geschlechtstypische> sowie heterosexuelle Verhaltensmuster, welche beim intergeschlechtlichen Körper ausschließlich durch die chirurgisch-hormonelle <Korrektur> des <auffälligen> Genitals und die stringente <geschlechtstypische> Sozialisation gewährt werden konnte (vgl. Klöppel 2010, 539). Dass das Behandlungsziel einer unbeeinträchtigten psychischen Gesundheit nur durch eine körperliche, psychische sowie soziale Anpassung an die gängigen Geschlechternormen (inklusive Heterosexualität) erreicht werden könne, wurde zu jener Zeit kaum hinterfragt (vgl. ebd. 312). Etwaigen Zweifeln und Ambivalenzen der Eltern intergeschlechtlicher Kinder wurde mit einer strengen „psychologischen Führung“ (Money u. a. 1955, 292) und der bewusst unvollständigen Aufklärung entgegengewirkt. Argumentiert wurde mit dem Erklärungsmodell des <unvollendeten> Genitals. Dieses

legt nahe, dass es ein ‹wahres› Geschlecht gebe, dieses jedoch auf körperlicher Ebene, bedingt durch Störungen der embryonalen Geschlechtsdifferenzierungsprozesse, nicht vollständig ausgeprägt sei, allerdings durch medizinische Eingriffe ‹korrigiert› werden könne (Money 1994, 67). Der Geschlechtsdimorphismus galt somit als nicht zu hinterfragende Norm, die zugleich naturalisiert wurde und in eine Legitimation medizinischer Eingriffe im Sinne von ‹Korrekturen› oder ‹Rekonstruktionen› übersetzt wurde (vgl. Klöppel 2010, 314).

In der Annahme, ein optimales Vorgehen für die Konfrontation mit nicht ‹eindeutigen› Genitalien gefunden zu haben, wurde das Baltimorer Programm bald zum Behandlungsstandard. Trotz anfänglichen Zögerns, löste es nach einigen Jahren auch in Deutschland die zuvor vorherrschende Ansicht der Unvorhersagbarkeit der psychosexuellen Entwicklung intergeschlechtlicher Menschen nahezu vollständig ab. Im Laufe der 1960-70er Jahre wurde somit die, in Deutschland zuvor vertretene, am subjektiven Geschlecht orientierte gender-Theorie revidiert und den neugewonnenen Erkenntnissen der Forschungsgruppe um Money angepasst. Infolgedessen galten die Baltimorer Behandlungsleitlinien auch in Deutschland als etabliert, was einen enormen Anstieg der Empfehlungen früher Genitaloperationen und Hormonbehandlungen an intergeschlechtlichen Kindern mit sich brachte (vgl. Klöppel 2010, 592 f.; 2013, 94).

In der Literatur ist das Baltimorer Behandlungsprogramm als „optimal gender policy“ bekannt geworden, da es sich von der zuvor verbreiteten Herangehensweise, der Suche nach dem ‹wahren› Geschlecht, distanzierte um sich auf die Suche nach dem ‹optimalen› Geschlecht und somit der ‹optimalen› Geschlechtsrolle zu begeben (vgl. Karkazis 2008, 55). Da Hird und Germon davon ausgehen, das Behandlungsmodell beruhe auf dem Interesse, diejenige Geschlechtsrolle zu wählen, die heterosexuelles Begehren bzw. Agieren am wahrscheinlichsten macht, bezeichnen sie das Vorgehen, entsprechend dem heterosexuellen Imperativ, als „best sex“-Mentalität (vgl. Hird & Germon 2001, 164 ff.). Klöppel spricht von einer „Strategie der geschlechtlichen Normierung“ (Klöppel 2010, 24).

Die psychischen Auswirkungen der drastischen chirurgischen Eingriffe sowie deren Einfluss auf die sexuelle Empfindungsfähigkeit galten zu jener Zeit als nicht relevant und wurden erst durch die Proteste erster Inter\*-Aktivist\*innen in den 1990er Jahren ins Bewusstsein gerufen (vgl. ebd. 542; Klöppel 2013, 91 ff.). Bedenken hinsichtlich der Sinnhaftigkeit des Behandlungsmodells wurde ebenfalls bis zur Jahrtausendwende kaum geäußert.

### ***3.1.2. Die 1990er Jahre – Formierung einer Medizinkritik***

In den 1990er Jahren änderte sich die Situation bedeutsam, als Vertreter\*innen der ersten Generation intergeschlechtlicher Erwachsener, die nach dem Baltimorer Standard behandelt

wurden, das ihnen auferlegte Schweigen brachen und an die Öffentlichkeit traten, um eine Revision der Behandlungsrichtlinien zu fordern. Die USA stellte einen bedeutsamen Ausgangspunkt für die, sich von da an etablierende, Intersex-Bewegung dar, wobei Cheryl Chase eine Vorreiter\*innenrolle einnahm. Chase gründete 1992 die, ehemals als Peersupport-Gruppe fungierende, Intersex Society of North America (ISNA), die als einflussreiche Intersex-Organisation unter geändertem Namen (Accord Alliance) nach wie vor Bestand hat und 2006, noch vor der Ausarbeitung des Consensus Statements, klinische Richtlinien für die Versorgung intergeschlechtlicher Menschen (vgl. Consortium on DSD 2006a) sowie ein Handbuch für Eltern (vgl. Consortium on DSD 2006b) veröffentlichte (vgl. Karkazis 2008, 245 ff.; Zehnder 2010, 162 ff.).

Mittlerweile existieren weltweit zahlreiche Intersex-Initiativen, Organisationen und Selbsthilfegruppen mit unterschiedlichen Akzentsetzungen. 2003 wurde der weltweit größte Inter\*-Dachverband, die Organisation Intersex International (OII) mit dem Ziel gegründet, Inter\*s eine Stimme zu verleihen (vgl. Zehnder 2010, 178). Mit der internationalen Vereinigung intergeschlechtlicher Menschen (IVIM)/ OII Deutschland verfügt OII über einen deutschen, mit dem Verein intergeschlechtlicher Menschen Österreich (VIMÖ) über einen österreichischen Ableger. In Deutschland etablierte sich 2004 der Verein Intersexuelle Menschen, der als Dachverein und Interessensvertretung für intergeschlechtliche Menschen sowie Selbsthilfegruppierungen des deutschen Sprachraums fungiert und sich für die Rechte intergeschlechtlicher Menschen einsetzt (vgl. Intersexuelle Menschen e.V. 2016a).

Die Kritik der Inter\*-Aktivist\*innen war bereits zu Beginn vorwiegend medizinkritisch bzw. depathologisierend ausgerichtet und wendete sich an Mediziner\_innen, die irreversible, <geschlechtsangleichende> bzw. geschlechtsverändernde Eingriffe an intergeschlechtlichen Menschen vorgenommen haben. Kritisiert wurden daher Verstöße gegen die Menschenrechte intergeschlechtlicher Menschen, die Inkaufnahme von Einbußen in der sexuellen Empfindungsfähigkeit aufgrund chirurgischer Eingriffe und traumatisierende, auch nicht-operative Verfahren wie genitale Untersuchungen und Fotografien. Auch die jahrelange Tabuisierung, fehlende Diagnosemitteilung, Verweigerung der Akteneinsicht und unvollständige oder gänzlich fehlende Aufklärung sowie der fehlende Rechtsstatus wurden angefochten. Ebenso massive Gewalterfahrungen wie Gonadektomien und die lebenslangen Hormontherapien mit entsprechenden Nebenwirkungen, sowie die generelle Pathologisierung von Intergeschlechtlichkeit. Darüber hinaus wurde die Frage in den Raum gestellt, ob eine Anpassung an die Zwei-Geschlechter-Norm überhaupt notwendig sei (vgl. Chase 1999, 451 ff.; Intersexuelle Menschen e.V. 2008, 9 ff.; Richter-Appelt 2007a, 94; Schweizer & Richter-Appelt 2012a, 106 ff.). Da die Themen im Wesentlichen auch heute noch von Bedeutung sind, werden die ge-

nannten Kritikpunkte nach wie vor von Inter\*-Aktivist\*innen und Interessensgruppen vertreten.

Der Sexualforscher und Mediziner Milton Diamond plädierte 1997, unter Berücksichtigung ethischer Aspekte, für eine Abkehr vom Baltimorer Behandlungskonzept. Des Weiteren sprach er sich für ein Moratorium bei der Geburt intergeschlechtlicher Kinder und gegen tabuisierende Vorgehensweisen aus (vgl. Diamond 1997, 209 f.). Eine Rolle spielte dabei der kontrovers diskutierte Fall David Reimer<sup>10</sup>, welcher die desaströsen Auswirkungen der Baltimorer Behandlungspraxis auf die psychische Gesundheit demonstriert. Diamond und Sigmundson sprachen sich in ihren Veröffentlichungen dafür aus, dass sowohl die Medizin als auch die Gesellschaft beginnen müsse, sich mit den verschiedenen Ausprägungen des menschlichen Geschlechts anzufreunden, statt sie den <Idealen> männlich resp. weiblich anzupassen (vgl. ebd. 207). Des Weiteren plädierten sie u.a. für einen Einbezug der intergeschlechtlichen Menschen in Entscheidungsprozesse, für die altersgemäße Aufklärung auch darüber, dass Genitaloperationen die sexuelle Funktions- und Erregungsfähigkeit einschränken und dafür, dass nicht lediglich die Phallusgröße als Kriterium für die Geschlechtszuordnung hergenommen werde (vgl. Diamond & Sigmundson 1997, 1046 ff.).

### *3.1.3. Die Gegenwart mit Blick auf die Zukunft– Forderungen aus der ethischen Perspektive*

Inzwischen geht man davon aus, dass ein Paradigmenwechsel insofern stattgefunden hat, als die Behandlungsrichtlinien sowohl von Seiten der Inter\*-Community als auch von medizinischer Expert\_innenseite grundlegend kritisiert und hinterfragt wurden (vgl. Creighton 2006, 208 ff. Richter-Appelt 2007b, 57 ff.). Ethische Gesichtspunkte fanden allerdings erst sehr spät Einzug in die medizinischen Kontroversen um eine zufriedenstellende Versorgung intergeschlechtlicher Menschen (vgl. Thyen u. a. 2005, 5). Die aus vielen Blickwinkeln geäußerte Kritik bewirkte in den letzten Jahren jedoch zahlreiche Revisionen hinsichtlich der Empfehlungen für die Inter\*-Versorgung. Die bekanntesten Empfehlungen entstanden 2006 im Rahmen der Chicagoer Consensus Konferenz (vgl. Hughes u.a. 2006), auf welcher sowohl Mediziner\*innen als auch Vertreter\*innen anderer Disziplinen sowie Inter\*-Aktivist\*innen an neuen Behandlungsrichtlinien arbeiteten. Wurde der Umgang mit Intergeschlechtlichkeit lange Jah-

---

<sup>10</sup> Der Fall wurde in der medizinischen Fachliteratur und später in öffentlichen Medien unter dem Fall „John/Joan“ bekannt. An diesem Fall wurde eine umfassende Debatte um Nature vs. Nurture und der zugehörigen Implikationen für intergeschlechtliche Menschen ausgetragen. Zwar handelte es sich bei David Reimer nicht um einen intergeschlechtlich geborenen Menschen, jedoch hat der Fall die gängige Behandlungspraxis intergeschlechtlicher Menschen doch sehr geprägt. David Reimer wurde 1965 als Bruce Reimer geboren, verlor durch einen Unfall bei einer routinemäßig durchgeführten Beschneidung seinen Penis und wurde auf Anraten Moneys als Mädchen (Brenda) großgezogen. 1997 wurde bekannt, dass David Reimer fortan in der männlichen Geschlechtsrolle lebte. 2004 nahm sich David Reimer das Leben (vgl. Karkazis 2008, 68 ff.; Schweizer & Richter-Appelt 2012a, 104 ff.).

re nahezu ausschließlich durch medizinische Diagnostik und Intervention bestimmt, wird zunehmend eine (trans-)disziplinäre Akzentverlagerung gefordert. Im Zentrum steht daher nicht mehr die rein medizinische Problematisierung, sondern die ganzheitliche, lebensweltlich orientierte Versorgung intergeschlechtlicher Kinder und ihrer Angehörigen, unter Berücksichtigung der individuellen psychosozialen Belange (vgl. Kleinemeier u. a. 2007, 123; Zehnder & Streuli 2012, 407). Gemeinsam ist den meisten Empfehlungen, dass eine Geschlechtszuweisung nicht zwingend mit entsprechenden chirurgischen Eingriffen einhergehen muss. Stattdessen sollen diese lediglich bei medizinischen Notwendigkeiten bzw. mit informierter Einwilligung der Inters\* selbst durchgeführt werden (vgl. Richter-Appelt 2012a, 268). Generell sollte der Fokus weg rücken von den (anatomisch, funktionell und ästhetisch möglichst «unauffälligen») Genitalien, hin zu einer größtmöglichen (auch sexuellen) Lebensqualität und Gesundheit intergeschlechtlicher Menschen (vgl. Kleinemeier & Jürgensen o.J., 6; Schönbucher u. a. 2012, 210).

Auch wenn es an allgemeingültigen Definitionen zu sexueller Lebensqualität mangelt, geht man heute davon aus, dass diese auch andere Aspekte beinhaltet als die bloße heterosexuelle Funktionsfähigkeit aufgrund dementsprechend geformter bzw. genormter Genitalien. Stattdessen geht es um das subjektive Erleben befriedigender Sexualität. Dabei umfasst Sexualität mehr als sexuelle Praktiken, so z.B. auch „die Fähigkeiten sich zu verlieben, Attraktivität subjektiv zu erleben sowie eine sexuelle Beziehung zu initiieren und aufrechtzuerhalten“ (Schönbucher u. a. 2008, 28). Nicht nur die lange beibehaltene Gleichung heterosexuelle Funktionsfähigkeit = sexuelle Zufriedenheit sollte dringend hinterfragt werden. Zudem sollten auch Faktoren wie die elterliche Bindung und die gesellschaftliche Akzeptanz Beachtung finden (vgl. Schönbucher u. a. 2012, 217 f.).

Bezüglich der Partizipation von Inters\* setzte sich in verschiedenen Empfehlungen die sogenannte „full consent policy“ durch, wonach Eingriffe nur dann vorgenommen werden dürfen, wenn die\_der Patient\*in detailliert aufgeklärt wurde und zudem der ausdrückliche Wunsch der\_des Patient\*in bzw. deren\_dessen Vertreter\*in besteht. Zumindest auf ein grundlegend revidiertes Informationsmanagement im Sinne der „informierten Einwilligung“ solle man sich einigen. Die Aufklärung über Diagnose, Ausblick und Behandlungsmöglichkeiten solle umfassend und entsprechend des Alters und der Auffassungsgabe des Kindes erfolgen. Dabei fordern zahlreiche Selbsthilfeverbände und gängige (meist ethische) Maßstäbe mit unterschiedlichen Akzentsetzungen, zusätzlich zu der umfassenden Aufklärung, die vorrangige Wahrung des Kindeswohls, einen stets einzelfallorientierten Umgang, Offenheit und Akzeptanz, die Vermeidung von Zeitdruck sowie die Einführung eines Moratoriums, das Offenlassen zukünftiger Handlungsoptionen, die Möglichkeit zur Beratung, die unbedingte und enge Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen, die Vermeidung jeglicher Schädigung und Traumatisierung

durch chirurgische Eingriffe oder medizinische Behandlung sowie die bestmögliche Beteiligung der Inter\*s selbst im Sinne der Selbstbestimmung, die Berücksichtigung des Rechts des Kindes auf Schutz sowie elterliche Stellvertretung und die Achtung und Wahrung der familiären bzw. Eltern-Kind-Bindung (vgl. Ahmed u. a. 2014, 5 f.; Arbeitsgruppe Ethik im Netzwerk Intersexualität 2008, 244 f.; Deutscher Ethikrat 2012, 94 f. Bundesärztekammer 2015, 2 ff.; Intersexuelle Menschen e.V. 2008, 11 ff.; Jürgensen u. a. 2006, 360; Jürgensen u. a. 2008, 4; Thyen u. a. 2005, 6; Wiesemann 2010, 2 ff.). Im Zweifel habe man sich jedoch stets an der psychosozialen Situation des Kindes, statt an den soziokulturellen Normvorstellungen biologischer Körper zu orientieren (vgl. Arbeitsgruppe Ethik im Netzwerk Intersexualität 2008, 245). Inter\*-Interessensverbände fordern, zusätzlich zur Wahrung der körperlichen Integrität, das Unterlassen irreversibler medikamentöser und chirurgischer Eingriffe ohne lebensbedrohliche Indikation (vgl. Intersexuelle Menschen e.V. 2008, 19).

Aufgrund der Vielschichtigkeit der mit einer Inter\*-Geburt in Verbindung stehenden Fragestellungen, wird, spätestens seit der expliziten Benennung multidisziplinärer Teams als Schlüsselement kompetenter Inter\*-Versorgung im Rahmen der Consensus Konferenz, von verschiedenen Seiten gefordert, die Diagnostik und eventuelle Behandlung intergeschlechtlicher Kinder in eigens dafür qualifizierten und qualitätskontrollierten, interdisziplinären Kompetenzzentren vorzunehmen. Die Implementierung multidisziplinärer Teams wurde dabei von einigen Autor\*innen konzeptionell ausgearbeitet. Gemeinsam ist den Ansätzen, dass das Expert\*innenteam nicht nur aus Spezialist\*innen verschiedener medizinischer Fachrichtungen bestehen sollte. Zusätzlich sollten erfahrene Psycholog\*innen und Sozialarbeiter\*innen integriert werden (vgl. Ahmed u. a. 2011, 13; Consortium on DSD 2006a, 9 ff.; Hiort 2007, 102; Lee u. a. 2014, 5; Moran & Karkazis 2012, 1 ff.; Schaeffer u. a. 2010, 1 ff.). Eine langfristige Betreuung soll dann in unabhängigen qualifizierten Beratungsstellen in Verbindung mit Peer-Support geschehen. Da die bloße Bereitstellung eines multi- bzw. interdisziplinären Teams kein Garant für eine kompetente Versorgung darstellt, sollten die Fachkräfte verschiedener Disziplinen kontinuierlich weitergebildet werden, auch hinsichtlich einer inter- bzw. transdisziplinären Verständigung, jedoch v.a. in Bezug auf die Notwendigkeit einer personenzentrierten Versorgung, was die finanzierte Bereitstellung eines Peer-Kontaktes sowie die Integration bisher ungehörter Stimmen im Sinne einer transdisziplinären Versorgung beinhaltet (vgl. Consortium on DSD 2006a, 1; Deutscher Ethikrat 2012, 106; Groneberg 2012, 488; Intersexuelle Menschen e.V. 2008, 19; Streuli u. a. 2012, 2 ff.; Streuli u. a. 2014, 46 ff.; Tillmanns 2015, 77; Thomas 2007, 19 f.; Woweries 2014, 117; Zehnder 2010, 17/392; Zehnder & Streuli 2012, 395 ff.).

Es ist jedoch notwendig, zwischen theoretischen Überlegungen und praktischer Umsetzung zu unterscheiden, denn die in den letzten Jahren so rege erarbeiteten medizinischen sowie ethi-

schen Leitlinien haben lediglich empfehlenden Charakter. Zwar scheint die Forderung der Bereitstellung eines multidisziplinären Teams zumindest in reduzierter Version in der Praxis umgesetzt worden zu sein (vgl. Lee u. a. 2014, 4; Pasterski u. a. 2010, 620), jedoch sind Behandlungsprotokolle nach wie vor durch eine korrigierend eingreifende, pathologische Herangehensweise geprägt. Außerdem findet die Perspektive intergeschlechtlicher Menschen in der Bewertung des Erfolgs medizinischer Interventionen wenn überhaupt, dann nur peripher Beachtung (vgl. Machado u. a. 2015, 10 f.). Zudem empfehlen (meist medizinische) Fachartikel eine Orientierung an der Optimierung chirurgischer bzw. medizinischer Interventionen (vgl. Ahmed 2004, 849). Trotz heftiger Kritik werden somit auch heute noch bei einigen Formen der Intergeschlechtlichkeit Genitaloperationen durchgeführt und mit der Optimierung der chirurgischen Möglichkeiten sowie dem besseren Verständnis anatomischer Begebenheiten begründet (vgl. Lee u. a. 2014, 4 f.). Zwar scheint sich die Zahl der Clitorisplastiken zu verringern (vgl. Pasterski u. a. 2010, 621), jedoch fehlt es noch an aussagekräftigen Langzeitstudien zur generellen chirurgischen Behandlungspraxis infolge der Empfehlungen durch die Chicagoer Consensus Konferenz (vgl. Ahmed u. a. 2014, 4). Nach wie vor wird jedoch empfohlen, ein intergeschlechtliches Kind unmittelbar nach der Geburt einem eindeutigen Erziehungsgeschlecht zuzuweisen, da davon ausgegangen wird, dass Unsicherheiten von den Angehörigen als stressvoll erlebt werden (vgl. Hiort 2007, 104; Hughes u. a. 2006, 556).

Ob die Empfehlungen, den Fokus vom kosmetischen Erscheinungsbild der Genitalien weg zu nehmen, in der Praxis umgesetzt werden, bleibt häufig im Ungewissen. Trotzdem die verschiedenen Leitlinien einen Paradigmenwechsel hinsichtlich der Versorgung intergeschlechtlicher Menschen signalisieren, bedeutet dies keinesfalls, dass die Implementierung dieses neuen Denkens in der Praxis erfolgt bzw. dessen Nutzen für Inter\* evaluiert wird. Zudem verringert die bloße Feststellung bestimmter Bedarfe keinesfalls die (u.a. finanziellen) Barrieren, die weiterhin in der Umsetzung bestehen (vgl. Warne 2012, 304). Es bedarf daher nach wie vor des Einsatzes verschiedenster Inter\*-Initiativen, um den Forderungen Nachdruck zu verleihen.

### **3.2. Intergeschlechtlichkeit im Kontext des Rechts**

Das deutsche Recht bietet dem Menschen lediglich zwei Geschlechtskategorien. Mit Ausnahme der 2013 in Kraft getretenen Erweiterung des Personenstandsgesetzes existieren keine gesetzlichen Vorschriften, die sich auf die Rechtsstellung intergeschlechtlicher Menschen beziehen. Ebenfalls bestehen keinerlei Regelungen, welche die bloße juristische Existenz intergeschlechtlicher Menschen thematisieren. Intergeschlechtlichkeit findet allenfalls in Gesetzesbegründungen Beachtung. Inter\* wird schlichtweg nicht thematisiert und Verortungen außerhalb des männlichen und weiblichen stehen bis dato nicht zur Verfügung (vgl. BGH 2016, 5;

Deutscher Bundestag 1996, 3; Kolbe 2008, 5 ff.). Selbst dem Grundgesetz liegt das bipolare Geschlechtskonzept zugrunde<sup>11</sup> (vgl. Kolbe 2008, 11; Plett 2007, 20).

Da rechtliche Vorschriften trotz der Nichtnennung von Intergeschlechtlichkeit normierend auf die Lebenspraxis intergeschlechtlicher Menschen einwirken, jedoch keinen gesonderten Schutz gewähren, fordern zahlreiche Inter\*-Verbände Revisionen in der Gesetzgebung. Dabei berufen sie sich auf das Recht körperlicher Integrität (Art. 2 Abs. 2 GG) und das Recht auf Schutz vor Diskriminierung aufgrund des Geschlechts (Art. 3 Abs. 3 GG). Vorreiterrollen bzgl. der Integration von Inter\* nehmen Malta, Australien und Südafrika ein<sup>12</sup> (vgl. Charlebois 2015, 6 f.).

Von Inter\*-Initiativen wurde demzufolge vielfach der Wunsch geäußert, Intergeschlechtlichkeit in die Gesetzgebung einzuarbeiten, um die Exklusivität der Kategorien Frau und Mann aufzuheben. Zudem wird gefordert, dass der Geschlechtseintrag eines intergeschlechtlich geborenen Kindes lediglich provisorisch zu erfolgen hat (vgl. Intersexuelle Menschen e.V. 2008, 19). Auch der Ethikrat forderte in seiner Stellungnahme eine Überarbeitung des Personenstandsgesetzes. Vorgeschlagen wurde die Erweiterung der bestehenden Kategorien „männlich“ und „weiblich“ um die alternative Option „anderes“. Zudem wurde die Möglichkeit der nachträglichen Personenstandsänderung gefordert sowie die Überprüfung der generellen Notwendigkeit eines Geschlechtseintrags (vgl. Deutscher Ethikrat 2012, 177).

Die deutsche Bundesregierung griff diesen Punkt auf und änderte daraufhin im November 2013 wichtige Regelungen im Personenstandsgesetz. Laut Erweiterung durch §22, Absatz 3, PStG gilt demnach Folgendes: „Kann das Kind weder dem weiblichen noch dem männlichen Geschlecht zugeordnet werden, so ist der Personenstandsfall ohne eine solche Angabe in das Geburtenregister einzutragen“ (Deutscher Bundestag 2013, 3) Der Forderung eines Moratoriums wurde nicht nachgekommen. Ebenso wurde der Wunsch nach einem Wahlrecht für betreffende Personen nicht berücksichtigt. Zwar ist an der Neuregelung durchaus positiv zu bewerten, dass die Existenz intergeschlechtlich geborener Menschen im geltenden deutschen Recht anerkannt wird. Dem ist sicherlich eine Signalwirkung zuzuschreiben, jedoch gibt es zahlreiche Kritikpunkte. Bemängelt werden bspw. der Vorschriften-Charakter und die damit in Verbindung stehenden Zwangs-Outings intergeschlechtlicher Kinder. Die Situation der Eltern

---

<sup>11</sup> Dementsprechend heißt es in Art. 3 Abs. 2 GG „Männer und Frauen sind gleichberechtigt. Der Staat fördert die tatsächliche Durchsetzung der Gleichberechtigung von Frauen und Männern und wirkt auf die Beseitigung bestehender Nachteile hin“.

<sup>12</sup> Malta hat im April 2015 ein Gesetz verabschiedet aufgrund dessen geschlechtsangleichende Behandlungen und/ oder chirurgische Eingriffe an Minderjährigen unter Verbot stehen, sofern sie solange aufgeschoben werden können, bis das Kind seine informierte Einwilligung geben kann. Australien führte 2013 ein Gesetz ein, welches jegliche Diskriminierung aufgrund von Intergeschlechtlichkeit verbietet und Südafrika fügte bereits 2006 Intergeschlechtlichkeit mit zu den Gründen hinzu, aufgrund derer man nicht diskriminiert werden dürfe (vgl. Charlebois 2015, 7; Lee u. a. 2014, 3).

und Kinder wird somit nicht vereinfacht, sondern vielmehr verschärft, denn fortan besteht die Pflicht, intergeschlechtliche Kinder binnen einer Woche ohne Geschlechtsangabe in das Geburtenregister einzutragen. Damit einher geht die Offenlegung der Intergeschlechtlichkeit in allen weiteren Rechtsgeschäften, denn der fehlende Geschlechtseintrag bleibt ausschließlich intergeschlechtlichen Menschen vorbehalten. Was dies bei derzeitigen Adoptions-, Heirats- und Lebenspartnerschaftsregelungen zu bedeuten hat, ist nicht geklärt und verdeutlicht zugleich die Ungereiftheit der Gesetzgebung. Zudem bleiben die Kriterien, nach denen eine bzw. keine Geschlechtszuordnung vorgenommen wird, von der Neuregelung unberührt. Da die Ein-Wochen-Frist die Entscheidung von Seiten der intergeschlechtlich Geborenen verunmöglicht, verbleibt die Definitionsmacht somit auf Seiten der Mediziner\*innen und Eltern (vgl. Ghattas 2013, 71 f.; Plett 2014, 9; Remus 2015, 72 f.; Voß 2014, 80; Zobel 2014, 238).

Da auch dem Hauptanliegen vieler Inter\*-Verbände, nämlich dem einer Gesetzesänderung, die irreversible medizinische Eingriffe bei fehlender bzw. zweifelhafter medizinischer Indikation verbietet (vgl. Intersexuelle Menschen e.V. 2016b; VIMÖ & PIÖ 2015, 1 ff.), nicht nachgekommen wurde, gilt es also auch in Zukunft, die noch bestehenden Mängel sowie Widersprüche in der deutschen Gesetzgebung aufzulösen (vgl. Plett 2007, 169 ff.; Plett 2014, 13). Dazu gehören auch Fragen des Kindeswohls, der informierten Einwilligung, der Stellvertretung durch die Eltern sowie der Abgrenzung zwischen Heilbehandlung und Körperverletzung.

### **3.3. Intergeschlechtlichkeit als soziales Phänomen**

Es folgt eine Darstellung der Tradition medizinischer Deutungshoheit in Fragen der Geschlechtszugehörigkeit und der damit in Verbindung stehenden Expert\*innenfrage. Intergeschlechtlichkeit wird daraufhin als ein soziales Phänomen bestimmt, dessen sich, neben der Medizin, auch andere Professionen bewusst sein sollten.

#### ***3.3.1. Die Zuständigkeitserklärung der Medizin über gesamtgesellschaftliche Belange***

Im Laufe des 18. Jahrhunderts wurde das bis dato geltende Selbstbestimmungsrecht intergeschlechtlicher Menschen beschränkt, indem die Rechtsprechung festlegte, dass nicht mehr das einzelne Individuum über das eigene Geschlecht zu entscheiden habe, sondern nur der Experte dazu befugt sei, das <wahre> Geschlecht aufzudecken. Die Geschlechtsfeststellung wurde somit an die Medizin delegiert (vgl. Foucault 2004, 9). Nach Klöppel setzte sich die Medikalisierung von Intergeschlechtlichkeit erst Mitte des 20. Jahrhunderts vollständig durch (Klöppel 2013, 88). Unter Medikalisierung wird dabei die zunehmende Ausweitung und Kontrolle der Medizin über ursprünglich medizinferne Lebensbereiche und soziale Phänomene verstanden (vgl. Schneider & Strauß 2013, 217).

Hinsichtlich der Thematik Intergeschlechtlichkeit resultierte die Aneignung der Definitions- und Kontrollmacht in einer medizinischen Problematisierung und in der Schaffung einer neuen Krankheit. Dies steht sicherlich in nicht unerheblichem Maße mit der im 18. Jahrhundert zunehmenden Verlagerung der Geburten in Krankenhäuser in Verbindung, was bedeutete, dass sich auch die Geburten intergeschlechtlicher Kinder in einem medizinischen Interpretationsraster ereigneten. Die Crux an der Medikalisierung von Intergeschlechtlichkeit besteht jedoch darin, dass, indem soziale Phänomene (wie die antizipierte soziale Stigmatisierung) in medizinische übersetzt werden, von Mediziner\_innen zugleich auch die Zuständigkeit für die Lösung des, nun medizinischen, Problems beansprucht wird. Durch die Pathologisierung eines primär gesellschaftlichen Phänomens wird die aus der <Geschlechtstransgression> antizipierte Problematik entpolitisiert sowie individualisiert und eine medizinische Lösung scheint indiziert (vgl. Hester 2006, 50; Karkazis 2008, 8/98 f.; Kromminga 2005, 29; Preves 2008, 44/126). Durch medizinisch durchgeführte Geschlechtszuschreibungen wird dabei die, in der Gesellschaft vollzogene, und somit kulturell gelebte Differenzierung und Grenzziehung zwischen lediglich zwei möglichen Geschlechtern angewandt, performt und zugleich reproduziert und verfestigt. Die gesellschaftliche Zweigeschlechternorm wird, unter Zuhilfenahme operativer Mittel, fortgesetzt (vgl. Hirschauer 1998, 13; Voß 2012, 42). Zehnder spricht bezüglich der Reproduktion von Bipolarität von „doing sex“, mit „doing gender“ als sinnlogischer Konsequenz (vgl. Zehnder 2010, 341). Während gewisse Geschlechtsmerkmalskombinationen als pathologisch eingestuft werden, wird die angenommene Natürlichkeit der Geschlechtsbinarität nicht mehr hinterfragt. Stattdessen wird sie weiter untermauert, indem intergeschlechtliche Genitalien als nicht natürlich erachtet werden und durch den medizinischen Eingriff zum natürlichen, <regelhaften> Zustand zurück geführt werden (vgl. Kessler 1990, 24; Kessler 1998, 5). Dies spiegelt sich (trotz wahrgenommener Modifikationsbemühungen) auch in relativ aktuellen Behandlungskonzepten wider (vgl. Klöppel 2010, 127). So gelten medizinische Behandlungsmaßnahmen in der Konsequenz als Hilfeleistung im Sinne einer Heilungsmethode, die kein kritisches Hinterfragen bedarf. Gleichzeitig werden (gesunde) intergeschlechtliche Menschen in einen Zustand meist lebenslanger chronischer Krankheit versetzt (vgl. Hester 2006, 48 f.; Lang 2006, 175).

Da gemeinhin die Annahme besteht, die Gesellschaft verlange eine klare Trennung zwischen männlich und weiblich, wird einer Inter\*-Geburt der Charakter eines „psychosozialen Notfalls“ (Sinnecker 2004, 805) zugeschrieben. Diesem psychosozialen Notfall wird dann jedoch paradoxerweise durch medizinische Interventionen Abhilfe verschafft (vgl. Karkazis 2008, 96). Ein gesamtgesellschaftliches Problem wird demnach mit medizinischen Mitteln zu lösen versucht. Die postulierte Notwendigkeit einer medizinischen Reaktion auf körperliche <Abweichung> von gesellschaftlichen Normen ist allerdings insofern zumindest nachvollziehbar, als

den Genitalien im Sinne ihrer Indexikalität eine soziale Wirkung zugesprochen wird, Intergeschlechtlichkeit kulturell als Stigma bzw. Devianz wahrgenommen wird und die Behandlung somit als Abwendung antizipierter Stigmatisierung legitimiert wird. Zudem dient der Medizin die Antizipation der fehlenden gesellschaftlichen Akzeptanz geschlechtlicher ‹Uneindeutigkeit› als weiterer Legitimationsgrund für (in diesem Sinne präventive) geschlechtsnormierende Eingriffe (vgl. Lang 2006, 295). Nicht-Behandlung steht nicht zur Debatte, auch wenn die Frage gerechtfertigt ist, ob eine nicht-geschlechtsneutrale und somit gesellschaftlich konforme Erziehung zwangsläufig Genitalien erfordert, welche der ‹Idealvorstellung› von männlich oder weiblich entsprechen, zumal diese i.d.R. von der breiten Öffentlichkeit nicht einsehbar sind (vgl. Kessler 1998, 126). Diese Differenzierung scheint angebracht, denn so ist es einem Großteil der Inter\*-Aktivist\*innen ein Anliegen, die chirurgische und hormonelle Behandlungspraxis radikal zu überdenken, wenn nicht sogar weitgehend einzuschränken bzw. abzuschaffen, nicht unbedingt jedoch die Handhabung der Geschlechtszuordnung und dementsprechenden Erziehung (vgl. Dreger & Herndorn 2009, 217).

Die Medizin besitzt somit in der euro-amerikanischen Kultur sowohl die Definitionsmacht, als auch das Deutungsmonopol über intergeschlechtliche Körper. Darüber hinaus bestimmt sie, selbst eingebettet in einen gesellschafskulturellen Bedeutungshorizont, das kulturell wirkungsmächtige Körperwissen, welches neben dem eigenen leiblichen Erleben auch das „Common-Sense“ Verständnis über Körper enthält (vgl. Lang 2006, 65). Das euro-amerikanische „Common-Sense-Geschlechtermodell“ ist nach Garfinkel über die Grenzen des Alltagsverständnisses hinaus im Denken verfestigt und setzt sich unter anderem aus folgenden Annahmen zusammen:

‹Es gibt ausschließlich zwei Geschlechter, nämlich männlich und weiblich und die Gesellschaft normaler Personen zeichnet sich durch ihre moralische Dichotomie aus. Geschlechtslosigkeit gibt es nicht. Jeder Mensch muss einem (und nur einem) Geschlecht zuzuordnen sein, denn bezüglich der Zugehörigkeit zum jeweiligen Geschlecht gibt es essentielle Indizien. Dazu gehört der Penis und die Vagina: Ein Penis ist ein Indiz für Männlichkeit; eine Vagina für Weiblichkeit. Hat jedoch ausnahmsweise ein Mann eine Vagina bzw. eine Frau einen Penis, so ist dies auf irgendeine Art und Weise geschehen, war jedoch von der Natur nicht so vorgesehen, denn die Geschlechtszugehörigkeit wird allgemein als ein „natural matter of fact“ (Garfinkel 1967, 123) angesehen. Das Geschlecht ist nicht veränderbar. Die jeweilige Ausprägung männlich resp. weiblich besteht bereits pränatal und ändert sich auch mit dem Tode nicht. Geschlechtswechsel dagegen sind nur im Rahmen ritueller Zeremonien erlaubt› (vgl. ebd. 122 ff.).

Diese, zunächst trivial erscheinenden Annahmen wurden von Kessler und MacKenna aufgegriffen und in Gestalt eines allgemein akzeptierten und affirmierten „folk model“ von Geschlecht erweitert (vgl. Kessler & MacKenna 1978, 113 f.).

Ein heutzutage bekanntes Argumentationsmuster unter Ärzt\*innen sind die vermeintlich optimierten chirurgischen Techniken und Behandlungsergebnisse (vgl. Voß 2012, 19). So werden zwar einerseits frühere schlechte Ergebnisse von Genitaloperationen eingestanden, gleichzeitig werden jedoch jegliche Befürchtungen hinsichtlich negativer Ergebnisse der aktuellen chirurgischen Praxis als unbegründet abgetan. Die Argumentationsstruktur maskiert dabei die Ängste und Verunsicherungen, die durch eine intergeschlechtliche Geburt ausgelöst werden und täuscht eine Behandlungsnotwendigkeit vor. Sie verhindert zudem, dass die moralische Komponente pathologisierter Geschlechtlichkeit in den Fokus gerückt wird. Was zählt, ist die Eliminierung des mit der <Uneindeutigkeit> verbundenen Unwohlseins. Dabei werden <uneindeutige> Genitalien nicht als gesunde Organe, sondern als notwendigerweise veränderbare bzw. <korrekturbedürftige> Organe betrachtet. Durch diese Vorgehensweise wird das <uneindeutige> Genital bzw. der Mensch mit <uneindeutigem> Genital problematisiert, nicht jedoch die soziale Konzeptualisierung von Geschlecht und geschlechtlicher <Eindeutigkeit>.

Da Intergeschlechtlichkeit mit medizinischen Interventionen einhergeht, lernen auch Eltern die Besonderheit ihrer intergeschlechtlichen Kinder, meist von Geburt an, mit medizinischer Brille und im Kontext der jeweiligen Diagnose zu betrachten. Weil die Sprache der Medizin, unter Verwendung biomedizinischer Fachtermini, oft als unfehlbar und objektiv wahrgenommen wird, gelingt es Mediziner\*innen, die Situation zu dominieren. Begriffe wie <uneindeutige> Genitalien lassen das Problem als ein medizinisch lösbares oder zumindest medizinisch eruierbares erscheinen. Man hat in einer Situation, welche solch große Ungewissheit signalisiert, kaum eine andere Wahl, als sich auf den Wahrheitsgehalt der medizinischen Aussagen zu verlassen (vgl. Karkazis 2008, 98/181 f.; Voß 2012, 44 f.).

Doch auch wenn Hormonbehandlungen und chirurgische Eingriffe an nicht einwilligungsfähigen intergeschlechtlichen Kindern verboten würden und Inters\* einen Platz im Gesetz bekämen, wäre dies nicht automatisch mit einer Änderung der gesellschaftlichen Normvorstellungen verbunden und eine Akzeptanz intergeschlechtlicher Menschen und ihrer Körper wäre nicht ohne weiteres erreicht (vgl. Zehnder 2010, 402). So stellt doch die <natürliche> Zweigeschlechtlichkeit eine der letzten Bastionen unseres Geschlechtermodells und somit eine der letzten, für gewiss und sicher verhandelten Überzeugungen der euro-amerikanischen Sozialstruktur dar (vgl. Lang 2006, 206).

Für die Legitimierung medizinischer Eingriffe im Sinne von „Heilmethoden“ hat sich das sogenannte „locker-room-Argument“ als eine Art Metapher etabliert. Anhand der antizipierten

sozialen Stigmatisierung intergeschlechtlicher Kinder im Rahmen des Schulsports wird auf die fehlende gesellschaftliche Bereitschaft für Inter\* hingewiesen. Bei den beispielhaften Unzulänglichkeiten im gesellschaftlichen Raum, d.h. der Bereitstellung zweier Umkleieräume, handelt es sich nach Dreger's Auffassung jedoch um einen Hinweis darauf, dass wir es eben nicht mit einer ausschließlich medizinischen Thematik zu tun haben, sondern mit einer gesamtgesellschaftlichen (vgl. Dreger 1999, 5). Aufgrund der Tatsache, dass es die Gesellschaft ist, innerhalb derer Hürden und Herausforderungen bestehen, scheint die Annahme naheliegend, dass es sich bei Intergeschlechtlichkeit nicht um ein medizinisches, wohl aber um ein soziales ‹Problem› handelt (vgl. Preves 2008, 11). Entsprechend der mit Inter\* in Zusammenhang stehenden Unsicherheiten bemerkt Kessler: „Genitale Uneindeutigkeit wird nicht aus dem Grund ‹korrigiert›, weil sie eine Bedrohung für das Leben des Kindes darstellt, sondern weil sie eine Bedrohung für die Kultur des Kindes darstellt“ (Kessler 1990, 25, Übers. EF). Die Vermutung liegt nahe, dass die medizinische Normierung intergeschlechtlicher Konditionen nicht im Sinne einer Abwendung etwaiger Stigmatisierung und Traumatisierung des von der Norm ‹abweichenden› Kindes erfolgt, sondern vielmehr zur Auslöschung des „gesellschaftlichen Unbehagens“ (Crouch 1999, 37, Übers. EF) und somit zur Aufrechterhaltung der gewohnten sozialen Ordnung. Dabei lässt die Bedeutung, die normierenden Kategorisierungen in der westlichen Gesellschaft beigemessen wird, die Verunsicherung, welche das Überschreiten der Kategoriegrenzen auslöst, nachvollziehbar erscheinen (vgl. Preves 2008, 11 ff.). Klöppel wirft demgemäß die Frage auf, ob es tatsächlich der geschlechtlich ‹uneindeutige› Körper ist, der das Problem darstellt, oder nicht vielmehr die Art und Weise, wie dieser Körper durch Pathologisierung zu einem medizinischen bzw. psychologischen Problem mit entsprechend abgestimmten Lösungsversuchen gemacht wurde und immer noch wird (vgl. Klöppel 2010, 16 f.). Die Geburt eines Kindes mit ‹uneindeutigen› Genitalien geht in den seltensten Fällen einher mit lebensbedrohlichen Komplikationen, die einer medizinischen Intervention bedürfen (vgl. Hiort 2007, 99). Weshalb also wird bei einem Großteil intergeschlechtlicher Geburten noch immer die Medizin als nahezu alleinig involvierte Disziplin hinzugezogen?

### ***3.3.2. Die „Expertenfrage“ im Wandel der Zeit***

Mediziner\_innen galten zwar bereits ab dem 16. Jahrhundert als diejenigen Expert\_innen, welche bei ‹Uneindeutigkeit› des Geschlechts zurate gezogen werden sollten, jedoch mangelt es für jene Zeit an Belegen über tatsächliche Geschlechtszuweisungen durch Ärzt\_innen. Dennoch erklärten sich Mediziner\*innen mehr und mehr für Intergeschlechtlichkeit zuständig. Zudem standen Geburten zu Beginn des 20. Jahrhunderts aufgrund des Anstiegs der Krankenhausgeburten vermehrt unter ärztlicher Kontrolle, wodurch sich Mediziner\_innen die Möglichkeit früher medizinischer Eingriffe bei ‹uneindeutigen› Genitalien bot. ‹Uneindeutige› Körper wurden fortan nicht mehr als natürliche, wenn auch ‹abweichende› Körper betrachtet.

Stattdessen wurden sie als pathologisch und behandlungsbedürftig definiert (vgl. Karkazis 2008, 181; Klöppel 2013, 88 ff.). Mitte des 20. Jahrhunderts begann man Inter\*-Geburten zunehmend als medizinischen Notfall zu begreifen. Bedingt durch medizinische und wissenschaftliche Fortschritte fand somit in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts eine Konsolidierung der medizinischen Definitionsmacht über Intergeschlechtlichkeit statt, die sich sowohl über die Erklärungskompetenz der somatosexuellen Entwicklung und gleichsam der Entwicklung intergeschlechtlicher Körper als auch über die Behandlungsweise eben dieser Phänomene erstreckte (vgl. Karkazis 2008, 38).

Bezüglich der Problematisierung <uneindeutigen> Geschlechts wird bislang sowohl der Medizin als auch der Psychologie ein Expertenstatus eingeräumt. Dieser zieht sich in seiner Konsequenz bis in die Ausgestaltung der Lösung dieser medizinisch-psychologisch definierten Probleme. Denn sowohl Medien als auch Bürgerinitiativen, soziale Bewegungen und die Regierungspolitik berufen sich in der Reflexion bestehender Verhältnisse und der Initiation politischer Veränderungen auf das Fachwissen beider Disziplinen, indem deren Expert\*innenmeinung eingeholt und kaum angezweifelt wird (vgl. Deutscher Bundestag 2001, 8; Klöppel 2010, 126 f.). In der machtvollen Position der Medizin erkennt Klöppel eine Gatekeeper-Funktion in Bezug auf die Dichotomie von Geschlechtlichkeit. So ist sie aufgrund ihrer Kompetenz und Zuständigkeit in der Lage, Geschlechtsklassifikationen zu erstellen und zu kontrollieren (vgl. Klöppel 2010, 36 ff.). Klöppel spricht der Medizin jedoch ebenfalls einen transformativen Charakter zu, indem sie zur Modifizierung und Flexibilisierung des Geschlechterwissens in der Lage ist (vgl. ebd. 67).

2005 wurden zu der Chicagoer Consensus Konferenz lediglich zwei Inters\* eingeladen. Unter den 50 Teilnehmer\*innen, welche über das Inter\*-Management der Zukunft diskutierten, befanden sich fast ausschließlich internationale Mediziner\*innen unterschiedlicher Provenienz. Zwar stellt dies einen Fortschritt in Richtung verstärkter Beteiligung von Inters\* bzgl. sie höchstpersönlich betreffender Themen dar, jedoch erscheint der Anteil intergeschlechtlicher Teilnehmer\*innen gering. Von einem gleichberechtigten Dialog kann demnach nicht die Rede sein, zumal beide Inters\* von der Vorbereitungsarbeit ausgeschlossen wurden und sich somit der weitreichenden Bedeutung der Konferenz nicht bewusst waren (vgl. Thomas 2007, 20 f.). Die Chicagoer Richtlinien verdeutlichen, dass größtenteils noch immer angenommen wird, lediglich kompetente Mediziner\_innen könnten einschätzen, was als positives Ergebnis zu bewerten sei. Die Richtlinien machen somit transparent, dass es weiterhin Mediziner\*innen sind, welche die Expert\_innenmacht über das Inter\*-Management innehaben (vgl. Karkazis 2008, 3 ff.).

Kritisiert wird der allgemein geteilte Konsens, Aktivist\*innenstimmen seien, im Gegensatz zum Expert\_innenwissen, subjektiv gefärbt, was eine Entkräftung der von Inters\* geäußerten

Kritik mit sich bringt (vgl. Charlebois & Guillot 2014, 278). Obwohl kaum Langzeituntersuchungen der jahrzehntelangen Behandlungsweise vorliegen, betrachten einige Mediziner\_innen ihre eigenen Beobachtungen paradoxerweise als klinisch evident, nicht jedoch die Erfahrungen intergeschlechtlicher Menschen, welchen lediglich anekdotischer Charakter zugesprochen wird (vgl. Kessler 1998, 120). Karkazis spricht diesbezüglich von einer „Hierarchie akzeptabler Wirksamkeit“ (Karkazis 2008, 168, Übers. EF), welche, sofern sie fortbesteht, jegliche Kooperation zwischen Mediziner\_innen und Inter\*s erschweren, wenn nicht verhindern wird.

Nichtsdestotrotz lässt sich beobachten, dass Inter\*-Stimmen in den letzten Jahren mehr Gehör geschenkt wird und ihre Expertise in zahlreiche Veröffentlichungen einfließt. Auch gewinnt das Thema Selbstbestimmung immer mehr Anklang in Debatten um Behandlungskonzepte (vgl. Voß 2012, 21). Diesbezüglich sollte die in vielen Empfehlungen benannte Forderung Beachtung finden, Peer-Beratung als einen festen Bestandteil des Versorgungsnetzes um Intergeschlechtlichkeit zu verankern (vgl. Deutscher Ethikrat 2012, 173).

Bezüglich der Kategorien Geschlecht bzw. Sexualität geht Klöppel von einer trans-/formativen Rolle der Medizin aus. So wird die Medizin in ihrer Gestaltungsmächtigkeit zum einen durch rechtliche Regelungen und zum anderen durch erstarkende Patient\*innen-Initiativen eingeschränkt (vgl. Klöppel 2010, 604). Zehnder untersuchte den medizinkritischen Gegendiskurs im virtuellen Raum und stellte dabei fest, dass in diesem geschützten Rahmen Mediziner\_innen oft der Expert\_innenstatus aberkannt wird. Stattdessen wird die notwendige Expertise anderen Forenmitgliedern eingeräumt, welche somit als Expert\*innen ihrer eigenen Situation agieren und als solche untereinander wahrgenommen und respektiert werden (vgl. Zehnder 2010, 203 f.). Um die Expert\*innenstellung für sich zu beanspruchen wird dabei, in Bezug auf den eigenen Körper, mit medizinischen Termini oder Diagnosen argumentiert, was Zehnder, hinsichtlich der von der Inter\*-Community angestrebten Entpathologisierung, kritisch betrachtet (vgl. ebd. 346). Auch Preves geht davon aus, dass, sofern von intergeschlechtlichen Menschen selbst biomedizinische Termini und Diagnosen zum Zwecke der Selbstbezeichnung verwendet werden, von einer kulturellen Akzeptanz des medizinischen Paradigmas und somit der Medikalisierung auszugehen ist (vgl. Preves 2008, 45). Dennoch ist nicht von einer resignierten und unreflektierten Übernahme medizinischer Fachtermini die Rede. Vielmehr informieren sich mehr und mehr intergeschlechtliche Menschen in ihrer Rolle als soziale Akteur\*innen. Medizinische Diskurse werden überprüft und kritisch analysiert. Viele Inter\*s sind im gesellschaftspolitischen Raum präsent und treten sichtbar an die Öffentlichkeit, um die eigene Existenz zu entdramatisieren (vgl. Charlebois & Guillot 2014, 289). Der medizinische Diskurs um Intergeschlechtlichkeit ist zudem konstitutiv für eine Kritik desselben, indem das biomedizinische Körperwissen die Grundlage darstellt, auf derer sich medizinkritische

Diskurse entwickeln können. Dabei werden medizinische Termini nicht bloß übernommen, stattdessen werden sie zur Selbstidentifikation angeeignet, zurückerobert und umgedeutet (vgl. Zehnder 2010, 153/308). Zudem scheint die Pathologisierung nicht in Gänze kritisiert zu werden, denn die Diagnostik stellt das einzige Behandlungselement dar, welches von vielen Aktivist\*innen sogar gefordert wird. Dabei ist jedoch unbedingt eine Differenzierung zwischen zwei grundsätzlich unterschiedlichen Deutungen vorzunehmen. So macht es einen Unterschied, ob man als intergeschlechtlicher Mensch als krank wahrgenommen wird, wie es im derzeitigen medizinischen Diskurs gängig ist, oder als prinzipiell gesunder Mensch mit einer gewissen Kondition, welche sich in einer Diagnose (wie jeder anderen) widerspiegelt (vgl. ebd. 194 f.). Gleichzeitig sieht Zehnder in den sprachlichen Differenzierungen jedoch eine Ursache dafür, dass die Perspektive intergeschlechtlicher Menschen in der Realität, wenn überhaupt, lediglich marginal einbezogen wird (vgl. ebd. 394).

Generell kann nach wie vor von einer Asymmetrie zwischen Behandler\*innen als Repräsentant\*innen der medikalisierten Sichtweise und Inters\* sowie Angehörigen als Vertreter\*innen der lebensweltlichen Perspektive gesprochen werden (vgl. Zehnder & Streuli 2012, 400). Ein Konsens scheint in Anbetracht der Unklarheiten zum momentanen Zeitpunkt noch schwer erreichbar. Zudem bestehen nicht nur Unklarheiten zwischen Behandler\*innen und Behandelten sondern ebenfalls innerhalb des anerkannten Expert\*innentums. Auch bei noch so großem Interesse an positiven Veränderungen scheinen diese, ohne eine fortwährende Kooperation zwischen den Disziplinen, unerreichbar (vgl. Creighton u. a. 2009, 259). Groneberg geht einen Schritt weiter, indem er für eine gelingende Interdisziplinarität im Forschungsfeld um Intergeschlechtlichkeit eine unbedingte Notwendigkeit im Einbezug lebensweltlicher Sichtweisen sieht, wodurch bereits die Stufe zur Transdisziplinarität beschritten wird. Nur durch die Integration des spezifischen Erfahrungswissens intergeschlechtlicher Menschen kann Forschung sozial verantwortbar und demnach praxisrelevant sein. Des Weiteren ist, nach Groneberg, in der Begegnung von Inters\* und Fachleuten nicht die Differenzierung „zwischen Betroffenen und Sachverständigen“ zu reflektieren, „sondern die zwischen Betroffenheit und Sachverstand“ (Groneberg 2012, 492).

Die Expert\*innenmacht, welche in der Neuzeit auf Seiten der Medizin stand, wurde im Laufe des 20. Jahrhunderts sowohl von den Sozialwissenschaften als auch vom Feminismus kritisiert und in Frage gestellt. Statt dem Biologischen sollte das Soziale an Bedeutung gewinnen. Groneberg stellt dar, dass auf Seiten aller beteiligten Disziplinen enorme Hemmungen bestehen, die Definitionsmacht an den intergeschlechtlichen Menschen selbst abzugeben (vgl. Groneberg 2014, 73). So werden Inters\* auch heute noch viel zu häufig als Forschungsobjekte statt als Expert\*innen ihrer Sache wahrgenommen. Es steht eine Überwindung der Selbstverständlichkeit medizinisch-psychologischer Problemdefinitionen an, hin zu einer Selbstver-

ständigkeit der Selbstbestimmung intergeschlechtlicher Menschen. Dazu gehört auch, Inters\* selbst entscheiden zu lassen, ob überhaupt ein Problem vorliegt, wie dieses eventuelle Problem ausgestaltet ist und wie es zu beheben ist (vgl. Klöppel 2010, 82/602).

### ***3.3.3. Zur psychosozialen Lebensqualität intergeschlechtlicher Menschen***

Für die meisten intergeschlechtlichen Menschen stellt nicht die Intergeschlechtlichkeit an sich das Problem dar, sondern die gesellschaftlichen Schwierigkeiten die mit deren Problematisierung einhergehen und somit die gesellschaftliche Reaktion auf Intergeschlechtlichkeit. Dabei stellten die Normalisierungsversuche der plastischen Chirurgie genau das Gegenteil davon her, was sie zu erzeugen versuchten (vgl. Hart 2013, 84). Dass die psychosoziale Lebensqualität intergeschlechtlicher Menschen in den Fokus gerückt werden sollte, verdeutlicht der nachfolgende Anriss der Herausforderungen, die sich für Inters\* und Angehörige ergeben. Daraufhin wird die Forderung einer Modifikation des Versorgungsnetzes um Inter\* anhand der Ergebnisse aktueller Studien zur psychosozialen Situation von Inters\* begründet.

#### ***3.3.3.1 Beispielhafte Herausforderungen für intergeschlechtliche Menschen und Angehörige***

Es gibt verschiedene Konstellationen, in welchen Intergeschlechtlichkeit zu einer herausfordernden Lebenserfahrung werden kann. Schwierigkeiten ergeben sich demnach für Eltern neugeborener intergeschlechtlicher Kinder, für intergeschlechtliche Kinder und Jugendliche sowie für intergeschlechtliche Erwachsene, die zum Teil ihr Leben lang im Unklaren über die eigene Intersex-Kondition gelassen wurden (vgl. Lev 2006, 35).

Bei der Mitteilung, man habe ein Kind zur Welt gebracht, das weder sicher ein Junge, noch sicher ein Mädchen ist, handelt es sich in den meisten Fällen um eine völlig unerwartete Nachricht, für die meist kein gängiges Denkschema existiert. Dies geht häufig mit großer Verunsicherung und Verwirrung, teilweise Scham- und Schuldgefühlen, Gefühlen der Macht- und Hilflosigkeit und teilweise sogar mit einem Schockzustand einher (vgl. Pulvermüller 2012, 256 ff.; Richter-Appelt 2012b, 358 ff.; Sanders u. a. 2011, 2224). Bedingt durch das fehlende Wissen über Intergeschlechtlichkeit, müssen Eltern zunächst verstehen, um was es sich dabei handelt. Sie müssen abschätzen können, welche medizinischen Notwendigkeiten bestehen und ihnen wird zugemutet, folgenschwere Entscheidungen zu treffen, welchen sie sich oft nicht gewachsen fühlen. Besonders die Zeit der Untersuchungen ist von großer Unsicherheit und Sorge geprägt (vgl. Consortium on DSD 2006a, 22; Karkazis 2008, 123 ff.). Auch wenn es sich tatsächlich in den meisten Fällen nicht um einen medizinischen Notfall handelt, so empfinden Eltern häufig einen enormen Druck, eine Entscheidung treffen zu müssen. Nach derzeitiger Rechtslage besitzen Eltern die Vertretungshoheit ihres Kindes, wenn es um Entscheidungen bzgl. der einzuschlagenden Geschlechtsrolle geht, aber auch um Fragen chirurgischer

Eingriffe. Meist sind es jedoch die Situationen, die sich nach dem Krankenhausaufenthalt im gewohnten Umfeld ereignen, die als besonders herausfordernd erlebt werden. Wie gehe ich im Umgang mit anderen mit der geschlechtlichen Ungewissheit um? Was kann ich wem erzählen? Wie kann ich mich ausdrücken? Wo müssen wir uns „outen“? Wie wird es aufgefasst? Wann und wie kläre ich mein eigenes Kind auf? Was passiert, wenn mein Kind das Geschlecht wechseln möchte? Es wird antizipiert, wie sich das Kind entwickeln wird, welchen Situationen man es ausgesetzt sieht. So entwickelt sich leicht eine Sorge vor sozialer Isolation oder Stigmatisierung. Doch neben all diesen plötzlichen Sorgen muss noch genügend Raum für die elterliche Liebe und Freude über das Eltern-Sein bestehen. Später dann haben Eltern häufig mit Schuldgefühlen zu kämpfen (vgl. Jürgensen u. a. 2006, 368; Karkazis 2008, 179 ff.; Lev 2006, 35 ff.). Ganz gleich, welche Entscheidung getroffen wird, alle Beteiligten müssen mit einem hohen Maß an Unsicherheit umgehen können, denn nach wie vor gibt es bei sehr vielen Formen der Intergeschlechtlichkeit keine stichhaltigen Vorhersagemöglichkeiten bzgl. der sich entwickelnden Geschlechtsidentität (vgl. Holterhus 2013, 1691).

Zum anderen bestehen große Herausforderungen, die Inters\* selbst zu bewältigen haben. Die eigene Intergeschlechtlichkeit geht häufig einher mit Gefühlen der Verwirrung, mit Missverständnissen oder Unbehagen. Intergeschlechtliche Kinder und Jugendliche leiden häufig unter der Geheimhaltung innerhalb der Familie und dem Schweigegebot, welches vielen Inter\*-Kindern nach wie vor auferlegt wird. Häufig wurden chirurgische Eingriffe unter dem Deckmantel anderer Erkrankungen vorgenommen und gehen einher mit wiederholten Untersuchungen des Genitalbereichs, Fotografien und „Vorführungen“, die meist traumatisch verarbeitet werden (vgl. Karkazis 2008, 190). Zudem nehmen Kinder schnell wahr, dass den eigenen Genitalien, trotz bestehender Geheimhaltung, unverhältnismäßig viel Aufmerksamkeit gewidmet wird und dies wiederum Stress in der Familie auslöst. Emotionen wie Scham, Schuld und das Gefühl der Fremdartigkeit stehen an der Tagesordnung (vgl. Lev 2006:39 ff.). Die innerfamiliäre Geheimhaltung kann einen Vertrauensverlust mit sich führen und den Verdacht einer Komplizenschaft zwischen Eltern und Mediziner\*innen provozieren (vgl. ebd. 210). Wird innerhalb der Familie eine Geheimhaltung gepflegt, dann verwehren sich dem Kind zudem die Möglichkeiten, Gleichgesinnte oder Koalitionspartner aufzusuchen und das Gefühl der Isolation zu brechen. Besonders die Jugend gilt dann als schwierige Zeit, in der man zusätzlich zu den klassischen Pubertätsproblemen mit dem sich entwickelnden Verständnis über die eigene Intergeschlechtlichkeit umzugehen lernen muss. Auch die Transition von der pädiatrischen zur Erwachsenen-Versorgung stellt eine große Herausforderung für alle Beteiligten dar, jedoch vorrangig für die jugendlichen Inters\* selbst (vgl. Bundesärztekammer 2015, 9).

Derzeit erwachsene Inters\*, die noch nach dem Baltimorer Behandlungsprogramm behandelt wurden, stehen ebenfalls vor enormen psychosozialen Herausforderungen. Besonders die Ta-

buisierung innerhalb und außerhalb der Familie wirkt sich desaströs auf das psychische Befinden intergeschlechtlicher Menschen aus. Den wahren Grund für frühkindliche Krankenhausaufenthalte zu erfahren, kann demnach desorientierende und traumatisierende Effekte haben. In Selbstberichten wird häufig von einer Atmosphäre der Scham und Stigmatisierung gesprochen, die mit der eigenen Körperlichkeit in Verbindung gebracht wird (vgl. Karkazis 2008, 220).

### *3.3.3.2 Überblick über den Stand der Forschung*

Langzeitstudien, die sich den psychosozialen Lebenslagen intergeschlechtlicher Menschen widmen sind noch sehr jung, zudem sehr rar und aufgrund unterschiedlicher Untersuchungsdesigns und Wertmaßstäbe sowie aufgrund der Heterogenität der Stichproben in den Ergebnissen inkonsistent. Darüber hinaus wurde psychosoziale Zufriedenheit oft mit sexueller Zufriedenheit bzw. ausschließlich heterosexueller Funktionsfähigkeit gleichgesetzt und dementsprechend einseitig untersucht. Generell ergeben sich oft Schwierigkeiten dahingehend, wie und vor allem von wem Lebensqualität definiert werden soll (vgl. Machado u. a. 2015, 3 f.; Nordenström 2015, o.S.; Schönbucher u. a. 2008, 26 ff.).

Nichtsdestotrotz hat sich in den letzten Jahren dieser noch junge Forschungsschwerpunkt in einigen Studien durchgesetzt. So sind, bezogen auf die Lebenssituation intergeschlechtlicher Menschen, in Deutschland drei umfassende wissenschaftliche Untersuchungen zu nennen, welche sich z.T. auch dem Beratungsbedarf intergeschlechtlicher Menschen widmen. Dies ist zum einen die klinische Evaluationsstudie des Netzwerks DSD/ Intersexualität, durchgeführt in den Jahren 2005-2008; die Hamburger Katamnesestudie zu Intersexualität des Instituts für Sexualforschung und forensische Psychiatrie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf aus den Jahren 2007-2008 sowie die Erhebung des Deutschen Ethikrates von 2011 (vgl. Deutscher Ethikrat 2012, 61 ff.). Alle drei Untersuchungen kommen trotz unterschiedlicher Vorgehensweise zu dem Resultat, dass die psychosoziale Situation intergeschlechtlicher Menschen oft negativ bewertet wird, wobei die Lebenslagen intergeschlechtlicher Menschen wesentlich durch medizinische Interventionen beeinflusst werden (vgl. Bora 2011, 13/17).

Die Evaluationsstudie des Netzwerk DSD ermittelte, anhand von Selbsteinschätzungen, erhöhte psychische Belastungen bei 45 % der in der weiblichen Rolle lebenden Inters\*, keine erhöhte Geschlechtsdysphorie (vgl. Jürgensen u. a. 2013, 2707 f.), jedoch signifikant niedrige Werte auf der Skala der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern. Dies zeigt sich v.a. in den Bereichen Selbstwert, körperliches Wohlbefinden und schulische Leistungen (vgl. Jürgensen u. a. 2014, o.S.). Zudem wird Unzufriedenheit mit mehreren Aspekten der erfahrenen Behandlung ausgedrückt (vgl. Kleinemeier & Jürgensen o.J., 18). In der Hamburger Katamnesestudie wurden über 60 % der Befragten anhand ihrer Selbstauskünfte als „psychisch

auffällig“ eingestuft (vgl. Brinkmann u. a. 2007, 139; Richter-Appelt 2008, 75). Darüber hinaus konnten deutliche Einschränkungen in der sexuellen Lebensqualität festgestellt werden. Meist in Verbindung mit durchgeführten chirurgischen Eingriffen. Zudem bestehen Einschränkungen in der Zufriedenheit mit dem eigenen Körpererleben und körperlichen Wohlbefinden sowie ein erhöhter Belastungsgrad hinsichtlich der Sexualität in Partner\*innenschaften und Unsicherheiten im Sozialkontakt sowie in der sexuellen Interaktion (vgl. Richter-Appelt 2008, 72; Schönbucher u. a. 2014, 80; Schweizer & Richter-Appelt 2012b, 190 ff.). Der deutsche Ethikrat ermittelte in seiner Onlineumfrage, dass die Selbsteinschätzung intergeschlechtlicher Menschen (AGS-Menschen ausgeschlossen) bzgl. ihrer allgemeinen Lebensqualität zu 55-65 % positiv ausfällt. Fokussiert man den Bereich der psychischen Gesundheit und Sexualität, sinkt der Anteil auf 40 %. Zudem stellen jeweils etwa 40 % der Befragten einen Zusammenhang zwischen chirurgischer Eingriffe und Geschlechtsrolle, psychischer Gesundheit sowie Lebensqualität her. Ferner besteht ein nicht zu vernachlässigender Anteil an Alltagsdiskriminierung und Ausgrenzungserfahrungen (vgl. Bora 2011, 13 ff.; Deutscher Ethikrat 2012, 73 f./82 ff.).

Die Hamburger Katamnesestudie zeigt zudem, dass bei den Befragten nahezu keine der, durch die optimal gender policy inspirierten Zielvorgaben durch bisherige Behandlungsvorgehen erreicht werden konnten (vgl. Brinkmann u. a. 2007, 139 ff.). Dies legt eine kritische Revision der Behandlungsziele nahe, und zwar weg von der Funktionsfähigkeit hin zur (nicht nur sexuellen) Lebensqualität (vgl. Schönbucher u. a. 2014, 75 f.). Zur allgemeinen Zielvorstellung einer normalen psychosexuellen Entwicklung zählten, gemäß des Baltimorer Behandlungsparadigmas, die größtmögliche reproduktive sowie sexuelle Funktionsfähigkeit, die Beschränkung der Operationen auf ein Minimum, ein geschlechtskonformes Erscheinungsbild sowie angemessenes Geschlechtsrollenverhalten mit stabiler Geschlechtsidentität und einer bestmöglichen Lebensqualität (vgl. Meyer-Bahlburg u. a. 2000, 200 ff.; Richter-Appelt 2004, 253).

Selbstberichten intergeschlechtlicher Erwachsener zufolge gingen Operationen, die ohne deren Einwilligung stattfanden und meist zahlreiche Nachuntersuchungen nach sich zogen, häufig mit Traumatisierungen einher, die eben jene Eingriffe vermeiden sollten (vgl. Fausto-Sterling 2000, 86; Kraus-Kinsky 2012, 164 f.; Richter-Appelt 2004, 255; Schweizer & Richter-Appelt 2012b, 193 f.). Die Tabuisierung führt eine Sprachlosigkeit und Unaussprechlichkeit mit sich, welche einzig und allein, jedoch auf schamerzeugende Art und Weise, durch Untersuchungen und Thematisierungen im medizinischen Kontext unterbrochen wird. Unmittelbar mit der Sprachlosigkeit geht das Gefühl einher, sozial isoliert zu sein. Viele intergeschlechtliche Menschen fühlen sich aufgrund der Inkongruenz zwischen der eigenen Körperlichkeit und den binären Erwartungen der Gesellschaft stigmatisiert (vgl. Schweizer 2012a, 478 f.; Zehnder 2010, 199 f./348 ff.; Zehnder & Streuli 2012, 404). Diese stigmatisierte Identität in eine Identität

tät umzuwandeln, die geprägt ist von Anerkennung der eigenen Andersartigkeit, stellt eine große Herausforderung dar, die nicht ohne Gewähr werden der eigenen Besonderheit und dem Kontakt zu anderen Inters\* erfolgen kann (vgl. Schweizer 2012a, 478).

Derzeit gibt es einige umfassende Studien, darunter DSD-Life (vgl. DSD-Life 2016), welche sich zum Ziel gesetzt haben, die Behandlung intergeschlechtlicher Menschen, auch unter dem Gesichtspunkt gesteigerter Lebensqualität, zu verbessern und deren Daten in klinische Behandlungsleitlinien eingepflegt werden sollen (vgl. Lee u. a. 2014, 8 f.).

Bennecke u.a. konnten im Rahmen der klinischen Evaluationsuntersuchung des Netzwerks DSD zeigen, dass über 40% der von ihnen befragten Eltern intergeschlechtlicher Kinder psychologische Unterstützung wünschen, jedoch lediglich 50% ein solches Angebot erhalten haben. Zudem äußerten 40% der Befragten, die Diagnose nicht vollständig verstanden zu haben (vgl. Bennecke u. a. 2015, o.S.).

Die Erkenntnisse implizieren die Forderung nach tiefgreifenden Veränderungen im Inter\*-Versorgungskonzept. So sollte Eltern eine kontinuierliche psychosoziale Begleitung bzw. Beratung durch qualifizierte Fachkräfte angeboten werden, um sie u.a. dahingehend zu befähigen, das Kind altersgemäß aufzuklären, eine offene Atmosphäre zu schaffen und jegliche Tabuisierung zu vermeiden. Ebenso bedarf es Unterstützung zur Prävention möglicher Krisen und zum Autonomie-Management des älter werdenden Kindes. Jugendlichen sowie erwachsenen Inters\* sollte aufgrund eventueller Traumatisierungs-, Stigmatisierungs- und Tabuisierungserfahrungen ebenfalls eine qualifizierte, individuelle psychotherapeutische und psychosoziale Unterstützung angeboten werden. V.a. in der Transitionsphase von pädiatrischer zur Erwachsenenversorgung müssen Inters\* auf eine Unterstützung zurückgreifen können. Auch sollten Inters\* ausreichend Möglichkeiten gewährt werden, unabhängig von den Eltern, in vertrautem Rahmen Fragen stellen zu dürfen und ausreichend in wichtige Entscheidungsprozesse einbezogen zu werden. Hierbei könnten sozialpädagogische Fachkräfte als Anwält\*innen, Moderator\*innen und Mediator\*innen fungieren. Ergänzt werden sollte dies unbedingt mit dem Angebot einer Vernetzung sowie Kontaktherstellung zu anderen Inters\* oder Eltern im Sinne des Peer-Supports (vgl. Bundesärztekammer 2015, 7 f.; Consortium on DSD 2006a, 27; Frader u. a. 2004, 426 ff.; Hughes u. a. 2006, 557 f.; Kleinemeier u. a. 2007, 123 f.; Richter-Appelt 2012b, 358 ff.; Schweizer & Richter-Appelt 2012b, 199). Die Angebote sollten dabei stets personenzentriert ausgestaltet und auf freiwilliger Basis angeboten werden (vgl. Consortium on DSD 2006a, 2 f.).

Die tatsächliche Bereitstellung dieser geforderten qualifizierten psychosozialen Betreuungsangebote, welche sich nicht auf eine rein medizinische Herangehensweise beschränken, geschieht gegenwärtig jedoch, soweit man dies überblicken kann, nur sehr unzureichend (vgl.

BMFSFJ 2015, 16 f.; Kleinemeier u. a. 2007, 124; Tillmanns 2015, 10 f.). Nach Tillmanns, in deren Publikation, auf der Basis zweier Expert\*inneninterviews, die Inhalte einer Inter\*-gerechten Beratung herausgearbeitet wurden, könne man keinesfalls davon ausgehen, dass die bestehenden Angebote, welche sich mit Sexualität und Geschlecht beschäftigen, Intergeschlechtlichkeit bereits mit abdecken (vgl. Tillmanns 2015, 124). Entsprechend der Vereinbarungen im Koalitionsvertrag der Regierungsparteien der 18. Legislaturperiode wurde in Deutschland eine interministerielle Arbeitsgruppe (IMAG) gegründet um die Situation inter\*- und transgeschlechtlicher Menschen in den Fokus zu rücken (vgl. BMFSFJ 2016). Die Ergebnisse zur Befragung der interministeriellen Arbeitsgruppe Inter- und Transsexualität, die sich seit 2014 mit den Beratungsstrukturen und Unterstützungsangeboten für intergeschlechtliche Menschen befasste, wurden erst nach Fertigstellung dieser Arbeit veröffentlicht und konnten daher kaum berücksichtigt werden. Es sei nur so viel gesagt, dass die bestehenden Strukturen und Angebote von 96 % der Befragten als unzureichend eingestuft wurden (vgl. BMFSFJ 2015, 16 f.).

## **4. Forschungsmethodisches Vorgehen**

Um einen Überblick über die tatsächliche Ausgestaltung psychosozialer Versorgungsangebote zu bekommen, reicht eine Literaturrecherche nicht aus, denn nähere Informationen zu der tatsächlichen Bereitstellung entsprechender Angebote sind rar. In den folgenden Kapiteln soll es daher um eine professionelle Einschätzung des psychosozialen Versorgungsnetzes gehen, derer mithilfe von Expert\*inneninterviews nachgegangen wird. Nachfolgend wird das forschungsmethodische Vorgehen vorgestellt.

### **4.1. Fragestellung und Auswahl der Erhebungsmethoden**

Da Untersuchungen zu der tatsächlichen Bereitstellung von inter\*-spezifischen (Beratungs-) Angeboten äußerst rar sind, soll in vorliegender Arbeit untersucht werden, inwieweit man in Deutschland sowie Österreich von einer bedarfsgerechten psychosozialen Versorgung intergeschlechtlicher Menschen sprechen kann und welche Implikationen der derzeitige Umgang mit Intergeschlechtlichkeit für die Soziale Arbeit hat. Die erkenntnisleitende Fragestellung lautet demzufolge:

*„Wie ist das psychosoziale Versorgungsnetz für intergeschlechtliche Menschen ausgestaltet und welche Ansatzpunkte ergeben sich für eine gendergerechte soziale Arbeit?“*

Erfragt werden somit zwei Themenbereiche. Zum einen soll eine professionelle Einschätzung des derzeitigen Versorgungsnetzes vorgenommen werden. Dabei interessiert die Beurteilung

aus der Perspektive von Praktiker\*innen, die gleichzeitig einen persönlichen Inter\*-Bezug haben oder sich stellvertretend für die Belange intergeschlechtlicher Menschen einsetzen. Zum anderen strebt die Untersuchung an, bestehende Unzulänglichkeiten zu thematisieren und daraus resultierende Interventionsmöglichkeiten aufzuzeigen, die innerhalb des professionellen Verantwortungsbereichs der Sozialen Arbeit verortet sind. Demnach wird die Untersuchung als hoch relevant für angehende sowie praktizierende Pädagog\*innen und Sozialarbeiter\*innen erachtet, die sich durchaus eine Zusammenarbeit mit intergeschlechtlichen Menschen vorstellen können, allerdings aufgrund der im Studium häufig zu kurz kommenden Thematisierung wenige Informationen darüber erlangen konnten, ob diese Form der Beteiligung überhaupt erwünscht wird, geschweige denn, was darunter zu verstehen ist. Zudem kommt die Untersuchung gendergerecht arbeitenden Sozialarbeiter\*innen zugute, die bereits, bewusst oder unbewusst, mit intergeschlechtlichen Menschen zusammenarbeiten.

Mit rekonstruktiven Verfahren der qualitativen Forschungsmethodik soll in der vorliegenden Arbeit den Bedingungen und Zusammenhängen, die mit der Forschungsfrage in Verbindung stehen, nachgegangen werden (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014, 21). Dem Interesse an einer möglichst nahen Orientierung am jeweiligen Relevanzsystem der Praktiker\*innen wird im vorliegenden Forschungsprojekt durch die Erhebungsmethode der Expert\*innenbefragung mittels leitfadengestütztem Interview Rechnung getragen. Die Notwendigkeit einer Expert\*innenbefragung ergibt sich dabei aus der spezifischen Fragestellung. Diese Forschungsfragestellung anhand von Datenmaterial jenseits von (Expert\_innen)interviews zu bearbeiten ist (derzeit) nicht ausreichend und erscheint zudem nicht angemessen.

Bogner und Kollegen unterscheiden zwischen drei verschiedenen Wissensformen, welche anhand von Expert\*inneninterviews hervorgebracht werden können: Das technische Wissen, das Prozesswissen und das Deutungswissen. Im Fokus der vorliegenden Untersuchung steht dabei das Deutungswissen der Praktiker\*innen und somit die jeweils subjektive Perspektive der Praktiker\*innen. Infrage kommt daher das von Meuser und Nagel entwickelte theoriegenerierende Interview, welches vollständig den qualitativen Methoden zugerechnet wird und primär Deutungswissen zum Vorschein bringen soll. Theoriegenerierend ist diese Methode insofern zu nennen, als dass sie die Entwicklung einer Theorie zum untersuchten Gegenstandsbereich zum Ziel hat. Die Theoriegenerierung resultiert aus einer analytischen und interpretativen Bearbeitung des empirischen Materials und somit aus einer Rekonstruktion der subjektiven Dimension des jeweiligen Wissens der befragten Expert\*innen. Das Interview kann dabei durch seine (analytisch-)induktive Vorgehensweise in der Theoriegenerierung an

Überlegungen zur Methode der „Grounded Theory<sup>13</sup>“ anschließen und ist der interpretativen Soziologie zuzuordnen (vgl. Bogner u. a. 2014, 25; Bogner & Menz 2009, 66).

Die leitfadengestützte Gesprächsführung wird nach Meuser und Nagel sowohl dem thematisch eingegrenzten Interesse des Forschenden als auch dem Expert\*innenstatus des interviewten Gegenübers gerecht (vgl. Meuser & Nagel 1991, 448). Dabei wird ein offener Leitfaden als angemessenes Erhebungsinstrument erachtet. Die Flexibilität in der Handhabung eines bestehenden Leitfadens ist zur Gewinnung von Deutungswissen nahezu unerlässlich. Narrative Passagen sind dabei nicht auszuschließen (vgl. ebd. 51 f.).

Mit dem Expert\*inneninterview als Methode der Wahl fällt der Fokus auf die Generierung von bereichsspezifischen sowie objekttheoretischen Aussagen, nicht jedoch auf eine Analyse der Basisregeln sozialen Handelns und universalen Strukturen. Aussagen von Expert\*innen sind immer auch gebunden an den jeweiligen Handlungskontext wodurch eine Kontrolle des Wahrheitsgehaltes kaum erfolgen kann (vgl. ebd. 466). Da es in der Untersuchung jedoch nicht darum geht, allgemeingültige Aussagen über einen Sachverhalt zu treffen, sondern vielmehr darum, an dem Erfahrungsschatz von Praktiker\*innen teilzuhaben und teilhaben zu lassen, wird die Methode der Expert\*innenbefragung als geeignetes Erhebungsinstrument betrachtet. Durch die qualitative Methodik kann größtmögliche Offenheit zum Forschungsgegenstand und zugleich eine individuelle Ausrichtung an der Erfassung subjektiver Sichtweisen des Gegenübers gewährleistet werden. Dies ist auch das vorrangige Ziel dieses Forschungsvorhabens, weshalb auf die Methodik der qualitativen Sozialforschung mit der Expert\*innenbefragung als Hauptverfahren der Datengewinnung zurückgegriffen wird.

## **4.2. Auswahl der Interviewpartner\*innen**

Sowohl das spezifische Forschungsinteresse der Forscher\*in als auch die Repräsentativität der Expert\*in bestimmen nach Bogner und Menz, wer als Expert\*in gilt und folglich für eine Befragung in Frage kommt. Ferner charakterisieren sich Expert\*innen durch die soziale Relevanz ihres Wissens. Dabei handelt es sich um das spezifische Deutungswissen, welches praxiswirksam wird und für das Erkenntnisinteresse von Bedeutung ist. Expert\*innen sind demnach Personen, welche anhand ihres Deutungswissens, auf dem Fundament ihres spezifischen Erfahrungswissens, in einem konkreten Handlungsfeld wirkmächtig werden, d.h. dieses sinnhaft als auch handlungsleitend strukturieren. Nicht etwa auf der Exklusivität des Expert\*innenwissens, sondern auf der sozialen Relevanz und Wirkmächtigkeit dieses Wissens liegt der Fokus des Forschungsinteresses im theoriegenerierenden Interview (vgl. Bogner &

---

<sup>13</sup> Die „Grounded Theory“ ist der induktiven Methodologie zuzuordnen und hat die systematische Generierung einer Theorie zum Ziel (vgl. Strauss & Corbin 1994, 273).

Menz 2009, 70 ff.). Gefragt ist somit eine spezifische Wissenskonfiguration, nämlich diese, die es der Expert\*in erlaubt, für mögliche Problemlösungen Verantwortung zu übernehmen (vgl. Meuser & Nagel 1991, 443). Durch diesen speziellen Fokus lässt sich das theoriegenerierende Interview bezüglich der Datenerhebung als eigenständige Methode begründen (vgl. Bogner & Menz 2009, 93).

In der vorliegenden Untersuchung gilt somit als Expert\*in, wer berufspraktische Einblicke in die Arbeit mit intergeschlechtlichen Menschen hat und somit im Sinne der sozialen Relevanz beruflichen Handelns wirkmächtig wird. Für die bearbeitete Thematik scheinen besonders auch die Ansichten und Einblicke der „Expert\*innen in eigener Sache“ von großem Wert, was in der Auswahl der Interviewpartner\*innen berücksichtigt wurde.

Es konnten drei Interviewpartner\*innen für eine Befragung gewonnen werden. Alle drei stammen aus unterschiedlichen, jedoch teilweise überschneidenden Berufsfeldern und zeichnen sich durch ihr intensives (politisches) Engagement und ihren beträchtlichen ehrenamtlichen Einsatz aus:

Expert\*in 1 betreut eine Beratungsstelle für Inters\*, Angehörige und Interessierte in Deutschland, die vorrangig von Eltern intergeschlechtlicher Kinder in Anspruch genommen wird. Expert\*in 1 verfügt aufgrund familiärer Betroffenheit über einen Anteil Eigenbetroffenheit, welcher sie\* in besonderer Weise für die Beratung von Angehörigen qualifiziert. Expert\*in 2 engagiert sich im Bereich Öffentlichkeitsarbeit und Bildung zum Thema Intergeschlechtlichkeit in Österreich und setzt besonders auf die Vernetzung und den engen Austausch mit Inter\*-Organisationen. Als Mitglied eines Beratungsteams steht Expert\*in 2 ebenfalls für Inters\*, Angehörige und Interessierte zur Verfügung. Interviewpartner\*in 3 agiert im Sinne einer Expert\*in in eigener Sache und ist sowohl im Bereich Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit aktiv, als auch in der Konzeptualisierung und Durchführung von Qualifizierungsangeboten für Peer-Berater\*innen in Deutschland.

Die Interviewpartner\*innen erhielten im Vorfeld der Befragung eine kurze Konzeption des Forschungsvorhabens und wurden nach der Erlaubnis einer Audioaufzeichnung des Gesprächs gebeten. Alle Expert\*innen stimmten der Aufzeichnung zu. Expert\*in 2 erhielt auf Wunsch den Interviewleitfaden als Orientierung im Vorfeld der Befragung. Interview 1 und 3 fanden ohne vorherige Kenntnis der konkreten Fragestellungen statt.

### **4.3. Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der Datenerfassung**

Ausgehend von der Untersuchungsfragestellung wurden zur Erstellung eines Interviewleitfadens fünf Themenblöcke gebildet (Anhang 2). Nach einem allgemeinen Teil der persönlichen

Herangehensweise an die Thematik folgte ein Teil zum konkreten Handlungsfeld der Expert\*innen. Daraufhin wurde auf das psychosoziale Versorgungsnetz sowie Qualifizierungsmöglichkeiten für eine gendersensible Professionalität Bezug genommen. Zum Abschluss wurden Zukunftsvisionen und Wunschvorstellungen der Expert\*innen eruiert. Die Fragen des Leitfadens wurden infolge einer intensiven Literaturrecherche und angepasst an das im Vorfeld erkennbare Tätigkeitsprofil der Expert\*innen entwickelt. Um einen Einfluss auf die Aussagen der Expert\*innen gering zu halten, wurden die Fragen möglichst neutral formuliert. Konkretisierungen wurden im Sinne von Stichworten aufgenommen und lediglich angesprochen, sofern sie nicht bereits durch die Interviewpartner\*innen zur Sprache gebracht wurden. Um einen möglichst natürlichen Gesprächsverlauf herzustellen, wurde ein flexibler Umgang mit dem Leitfaden anvisiert. Die Themenblöcke waren in allen drei Interviewleitfäden identisch, allerdings wurden, entsprechend den jeweiligen Handlungsfeldern der Expert\*innen, einzelne Fragen variiert. Spontane Nachfragen sowie Ergänzungen des Leitfadens durch die Expert\*innen fanden ebenfalls Raum.

Die Interviews fanden am 01. und 17. März 2016 sowie am 04. April 2016 statt. Interview 1 und 2 fanden in den jeweiligen Räumlichkeiten der Beratungseinrichtung statt, Interview 3 zuhause bei der Expert\*in. Alle Interviews wurden mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet. Interview 1 dauerte, abzüglich einer ca. 15 minütigen Unterbrechung durch ein Diensttelefonat der Expert\*in, eine Stunde und 40 Minuten. Interview 2 dauerte eine Stunde und 7 Minuten ohne Unterbrechung. Interview 3 dauerte eine Stunde und 53 Minuten, abzüglich einer ca. 10 minütigen Pause. Während der Unterbrechungen wurde das Aufnahmegerät gestoppt. Die Orientierung an der Struktur des Leitfadens wurde nach jeweiliger Angemessenheit variiert und direkt im Anschluss an die Befragungen wurden Gedächtnisprotokolle angefertigt, um wichtige Informationen vor bzw. nach der Befragung, sowie Angaben zur Atmosphäre zu berücksichtigen.

#### **4.4. Methodik der Datenauswertung**

Die Auswertungsmethode erfolgt nach der von Meuser und Nagel vorgeschlagenen Vorgehensweise, die sich in den Grundzügen an die „Grounded Theory“ anlehnt. Dabei gilt als Ziel, die Bedeutungen der Expert\*innenaussagen hinsichtlich der sie bedingenden Strukturen zu rekonstruieren (vgl. Bogner u. a. 2014, 75). Die Auswertungsmethode richtet sich somit an Forschungen mit dem Fokus auf Deutungswissen und schließt sich der rekonstruktiven Sozialforschung an (vgl. Meuser & Nagel 1991, 455 ff.).

Um den Ansprüchen einer „Grounded Theory“ gerecht zu werden, folgte, nach der Transkription und Paraphrasierung, die Auswertung nach der von Strauss und Corbin vorgeschlagenen

Kodierungsmethodik. Da der Fokus der Arbeit darauf gerichtet ist, eine Theorie zu formulieren, die in der Lage ist, ein soziales Phänomen zu beschreiben und zu erklären und zudem der prozessuale Charakter der Forschungsarbeit berücksichtigt werden sollte, stellte sich die Vorgehensweise nach Strauss und Corbin als äußerst gewinnbringend heraus. Strauss und Corbin unterscheiden dabei zwischen drei verschiedenen Formen des Kodierens, die miteinander verwoben werden. Das offene Kodieren stellt den analytischen Prozess dar, in welchem, anhand von Strategien, Konzepte identifiziert und bzgl. ihrer Eigenschaften entwickelt werden. Anhand des axialen Kodierens werden durch induktive sowie deduktive Prozesse Subkategorien zu Hauptkategorien (Phänomenen) in Beziehung gesetzt. Dabei richtet sich die kategoriale Anordnung nach dem paradigmatischen Modell, wonach jedes Phänomen in Beziehung zu folgenden Subkategorien entwickelt wird: Bezüglich der sie bedingenden Ursachen sowie der spezifischen Eigenschaften und dimensional Ausprägungen des Phänomens, bzgl. dem jeweiligen Kontext mit begünstigenden sowie erschwerenden Faktoren, den zur Bewältigung des Phänomens angewandten Handlungsstrategien und den diesbezüglichen Konsequenzen. Durch das selektive Kodieren wird die gesamte interpretative Arbeit integriert, indem eine analytische Geschichte entwickelt wird. Dabei kristallisiert sich die Kernkategorie heraus, um die, mithilfe des paradigmatischen Modells, die verbleibenden relevanten Kategorien gruppiert werden (vgl. Strauss & Corbin 2010, 39 ff.).

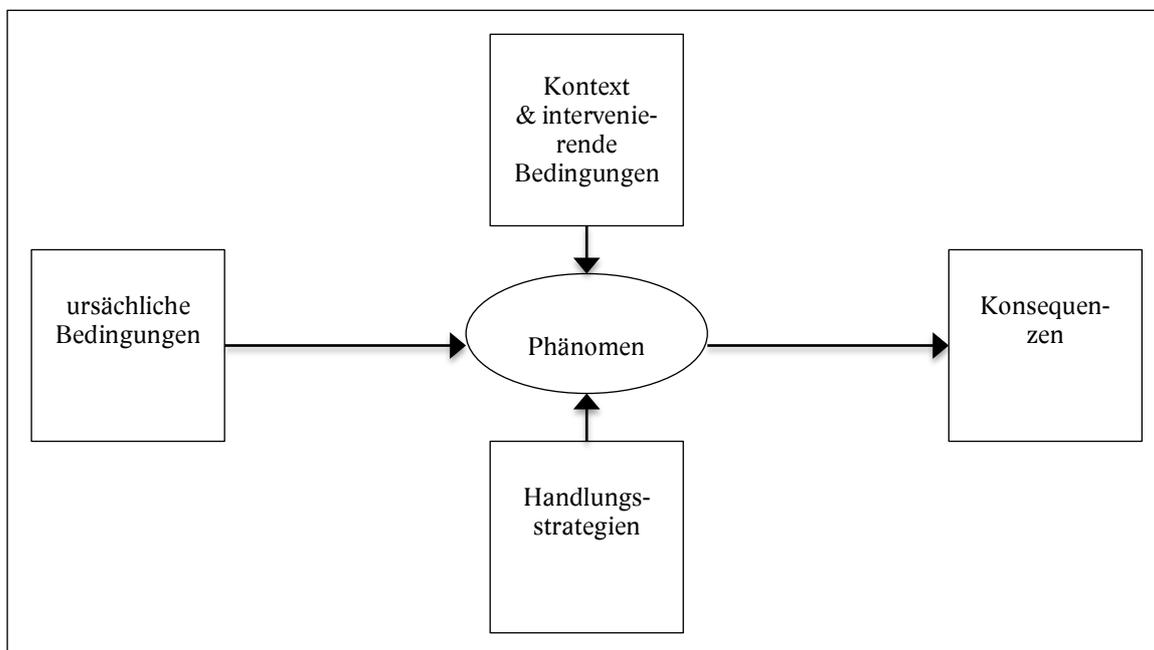


Abbildung 1: Paradigmatisches Modell nach Strauss und Corbin (vgl. Böhm 2013:479).

## 5. Auswertung der Expert\*innen-Interviews

Im folgenden Kapitel erfolgt eine detaillierte Darstellung der Interviewauswertung. Diese orientiert sich thematisch an der kategorialen Einordnung der Expert\*innenaussagen, die anhand des paradigmatischen Modells vorgenommen wurde.

### 5.1. Das psychosoziale Versorgungsnetz als zentrales Phänomen

Als zentrales zu untersuchendes Phänomen gilt in der Kodierung der Interviews die professionelle Einschätzung bzgl. der Bedarfsgerechtigkeit<sup>14</sup> des psychosozialen Versorgungsnetzes für intergeschlechtliche Menschen. Im Folgenden wird der Begriff der psychosozialen Versorgung vorerst eng gefasst, indem lediglich diejenigen Aussagen integriert werden, die sich auf eine Einschätzung der psychosozialen Angebote für intergeschlechtliche Menschen beziehen, die durch die Regelversorgung bereitgestellt werden. Ergänzende Angebote, die durch intensives Engagement der Inter\*-Aktivist\*innen, Allys und Peer-Berater\*innen bereitgestellt werden, finden zu einem späteren Zeitpunkt Beachtung.

Die befragten Expert\*innen bezeichnen das derzeitige psychosoziale Versorgungsnetz als „dünn“ (Exp.1, 18:708) bzw. „grottenschlecht“ (Exp.2, 8:316). Zwar bestehen auch innerhalb der Regelversorgung erste Ansätze, im interdisziplinären Team zusammenzuarbeiten und eine Vernetzung mit Psychotherapeuten, Ärzten und Support-Groups herzustellen, allerdings sind diese Vernetzungen meist auf wenige klinische Kompetenzzentren begrenzt. Alles in allem werden Inter\* jeglicher Altersstufen nur unzureichend versorgt. Auch die Nachbetreuung wird in vielen Fällen lediglich für einen begrenzten Zeitraum durch nicht ausreichend qualifiziertes Krankenhauspersonal gewährleistet (vgl. Exp.2, 8:316-322). Der ländliche Raum bleibt dabei ganz außen vor, denn nach der Diagnosestellung im gut aufgestellten Klinikum geht es wieder zurück zum Hausarzt. Mit einer psychotherapeutischen Anbindung ist meist nicht zu rechnen (vgl. Exp.1, 18:712-723; 20:785-790).

Die Schwierigkeit, als intergeschlechtlicher Mensch qualifizierte Unterstützung zu erhalten, erstreckt sich auch auf den niedrighwelligen Bereich der Regelversorgung. Da es in Deutschland, mit Ausnahme der in dieser Arbeit befragten Einrichtung und einer weiteren, keine spezi-

---

<sup>14</sup> Gemäß §70, Abs.1, SGB V gilt in Deutschland für die (medizinische) Gesundheitsversorgung die normative Grundlage, den Versicherten „eine bedarfsgerechte und gleichmäßige [...] Versorgung [...] zu gewährleisten.“ Eine bedarfsgerechte Leistungserbringung liegt vor, wenn der objektive Bedarf und die tatsächlich erbrachte Leistung deckungsgleich sind und demnach durch Art und Umfang der gesundheitlichen Dienstleistungen gesundheitliche Nachteile bei Nachfragenden vermieden werden können (vgl. SVR 2001, 36).

fisch ausgerichteten Inter\*-Beratungsstellen gibt (vgl. Exp.1, 31:1206-1213), sind Inters\* auf unspezialisierte Einrichtungen der Regelversorgung angewiesen: „Auf der einen Seite hast du niedrigschwellige Angebote, auf der anderen Seite kennen die sich im Bereich Inter\* überhaupt nicht aus“ (Exp.1, 20:765f.). Erschwerend kommt hinzu, dass die Kommunikation zwischen manch einer Einrichtung der Regelberatung und spezialisierten Inter\*-Beratungsstellen nicht immer einfach ist (vgl. Exp.1, 19:749-760). Es wird zudem von Situationen der Fremdbestimmung berichtet, indem Beratende Probleme sehen, wo keine sind und der Auftrag der Klient\*in nicht mehr im Vordergrund steht (vgl. Exp.1, 14:559-578). Dies erstreckt sich bis hin zu Missachtungen der Distanzwahrung und körperlichen Übergriffen an intergeschlechtlichen Menschen in Beratungssettings (vgl. Exp.3, 9:381-387). Ein weiterer Kritikpunkt einer Expert\*in bezieht sich auf das unnötige Hervorrufen von Verunsicherung auf Seiten der Ratsuchenden. „Wenn ich mich ganz normal fühle und ich ganz normal sozialisiert bin, sicher in meiner Gruppe bin - Warum muss ich verunsichert werden durch Beratung?“ (Exp.3, 11:435 ff.). Dieser Gedanke spiegelt sich auch in folgender Aussage wider: „Zu denken, dass jemand, wenn jemand so geschädigt worden ist, dass er dann nichts mehr ist, dass eine Regelberatungsstelle das nicht auf die Reihe kriegt.“ (Exp.3, 12:507 f.). Dabei kommt es zu einer explosiven Mischung, wenn zusätzlich das eigene Unwissen bzw. die eigene, durchaus berechtigte, Unsicherheit auf Seiten der Beratenden nicht eingestanden wird. „Das Thema ist einfach zu komplex, als dass einer alles weiß und das muss man auch nicht immer. Man muss nur wissen, wen man fragen darf. Und [...] das fehlt mir manchmal bei anderen Beratungsstellen.“ (Exp.1, 13:488-491). Expert\*in 3 spricht diesbezüglich von einer bestimmten „Angst oder [...] Einstellung von sogenannten professionalisierten Beratungsnetzen, die sagen, [...] wir beraten das alles, wir können das alles. Dieser fehlende Selbstzweifel und die fehlende Reflexion es nicht zu können und damit nicht schlechter zu sein“ (Exp.3, 13:547-550). Alles in allem mangelt es an qualifizierten Fachkräften, jedoch verfügt man als im sozialen Bereich Beschäftigte\*r über keinerlei offizielle Qualifizierungs- und Weiterbildungsangebote (vgl. Exp.1, 18:714 ff.; 29:1132f.; Exp2, 13:509).

## **5.2. Überlegungen zu den ursächlichen Bedingungen**

Anhand des paradigmatischen Modells stellt sich an dieser Stelle die Frage nach möglichen Ursachen der berichteten Engpässe in der Regelversorgung. Die Aussagen der Expert\*innen machen deutlich, dass die entstehenden Schwierigkeiten häufig aus einem Nicht-Wissen und dementsprechendem Nicht-Mitdenken von Inter\* resultieren. „Denn die ganz normale Regelberatung kann ja nicht sicher stellen, dass diese Menschen überhaupt eine Beratung bekommen. Weil so wenig Kenntnisse über die Situation von intergeschlechtlichen Menschen beste-

hen.“ (Exp.3, 3:66-69). Dementsprechend kann auch nicht auf die individuellen Bedarfe intergeschlechtlicher Menschen eingegangen werden, denn „da fängt es ja schon an. Ich meine, eine Sensibilität für etwas zu stärken, dafür muss ja erst mal ein gewisses Wissen da sein [...] und da sehe ich eigentlich schon das große Manko.“ (Exp.1, 27:1051 ff.). Dabei scheint die Notwendigkeit des Ausbaus psychosozialer Versorgungsnetze von vielen nicht gesehen zu werden (vgl. Exp.1, 18:716 ff.), was in der, den Expert\*innen oft zu Ohren kommenden, Aussage „das betrifft so wenige, das betrifft uns sowieso nicht“ (Exp.2, 13:541) deutlich wird.

Die fehlende Einsicht in die Relevanz der Thematik resultiert dabei vermutlich aus fehlendem Grundwissen, aus purem Fehlwissen im Sinne von „was ist jetzt das schon wieder perverse?“ (Exp.2, 13:547) jedoch auch aus dem fehlenden Wissen über die Bedarfe intergeschlechtlicher Menschen.

„Es gibt überhaupt keine evidenten Erkenntnisse darüber, was diese geschlechtszuweisenden Operationen eigentlich mit diesen Menschen machen und was sie anschließend brauchen. Wie kann man das sicherstellen? Wo finde ich denn diese Frage beantwortet in der Regelversorgung? Aber genau darum geht es, um Entwicklung dieser Fragen!“ (Exp.3, 6:243-247).

Um eine bedarfsgerechte Versorgung sicher zu stellen, müssen somit zuerst die Bedarfe auffindig gemacht werden, was ohne eine Beteiligung der Expert\*innen in eigener Sache nicht funktionieren kann. Zu den Bedarfen, welche von Seiten der Regelversorgung nicht gedeckt werden, zählt Expert\*in 3 bspw. die Intervention bei Krisen durch medizinische Unterversorgung, Rechtsberatung, soziale Beratung, Begleitung von Lebenssituationen, aber auch der Zugang zur Selbsthilfe und die Unterstützung im Verständnis der eigenen Konditionen, der eigenen Akte und der medizinischen Fachtermini (vgl. Exp.3, 2:61-74).

Dass es an Wissen zur Intergeschlechtlichkeit mangelt, zeigt sich jedoch nicht erst im Umgang innerhalb medizinischer und psychosozialer Angebote, sondern bereits auf der Stufe schulischer Aufklärung. So lerne man im Aufklärungsunterricht jede Menge, doch nicht „dass die Klitoris der Frau eben nicht nur ein kleines Pünktchen ist sondern sich durch den halben Unterleib durchzieht, beispielsweise. Das sind so Sachen, die dann nicht unbedingt im Unterricht beigebracht worden sind.“ (Exp.1, 18:688-691). Dann kommt es vor „dass du Lehrer hast, die noch nie was von dem Thema gehört haben“ (Exp.1, 25:969 f.). Dabei „ist ganz klar, dass jeder eine andere Nase hat, aber dass man im Intimbereich anders ausschaut, das wissen wir nicht“ (Exp.2, 9:378 f.). Gedacht wird dabei zumindest nicht an ein Inter\*-Kind, das möglicherweise mit im Aufklärungsunterricht sitzt. „Und dann wird es im Sexualkundeunterricht auf einmal damit konfrontiert, dass das so eine Länge haben muss und so eine Tiefe und wie lang ist ein Penis und was macht man damit und warum?“ (Exp.3, 10:424 ff.). Wenn dann jedoch

„Lehrer\*innen zusammenzucken und nicht sagen, hmm, das kann ich gar nicht, weil ich gar nicht selbst Bescheid weiß. Wenn sie das nicht offen aussprechen dürfen, dann ist das natürlich auch ein

Problem. [...] Aber dieses Nicht-Können gar nicht erst zuzulassen, deswegen ist es wichtig, dass sie eine Ahnung haben“ (Exp.3, 19:792-798).

Ebenso scheint man werdenden Eltern in Geburtsvorbereitungskursen die Botschaft nicht zuzumuten zu wollen, „dass es durchaus auch sein könnte, ein vollkommen gesundes Kind auf die Welt zu bringen, dessen Genitalien halt irgendwie aus der Norm schlagen. Das hört kein Mensch. [...] Und dann haben wir eben diese Ausnahmesituation“ (Exp.2, 10:395-399).

### **5.3. Kontextuelle Faktoren oder die Rolle des gesellschaftlichen Umgangs**

Art und Umfang der derzeitigen psychosozialen Versorgung ereignen sich innerhalb eines gesellschaftspolitischen Kontextes, welcher sich bedeutsam im derzeitigen gesellschaftlichen Umgang mit Inter\* widerspiegelt. Wie bereits im ersten Teil der Arbeit dargestellt, gestaltet sich dieser Umgang problematisch. „Klar, erst mal hatte man nur mit Ärzten zu tun und nur mit Diagnosen [...] und Untersuchungen und OP-Empfehlungen und solchen Sachen.“ (Exp.1, 3:105 f.) Auch in (psychotherapeutischen) Regelberatungsstellen kommt es nach wie vor zu Pathologisierungen, indem bspw. eine intersexuelle Identität als Störung deklariert und zu heilen versucht wird (vgl. Exp.3, 12:499-503). Pathologisierung ist somit ein ernstzunehmendes Thema, jedoch ebenfalls Exotisierung und Tabuisierung: „Wir operieren den Rest, was nicht passt und dann brauchen Sie nie wieder drüber reden [...] dann ist es vom Tisch“ (Exp.1, 1:37 f.). Dabei fällt Expertin 2 in Schulungen für Pädagog\*innen auf, dass, sobald sie Inter\* thematisiert, dass dies „oft ein ganz großes Thema ist [...]. Dass Pädagog\*innen sagen, ja wir haben so ein Kind und wir dürfen das zum Beispiel nicht wickeln vor den anderen [...] oder wenn es um Doktorspiele ginge [...] das darf sich nicht nackt zeigen“ (Exp.2, 5:181-187). Auch auf Homepages rund um Geschlecht und Sexualität „kommt fast nirgendwo Intersex vor“ (Exp.2, 11:467 f.).

Des Weiteren bestehen unterschiedlichste Vorurteile sowie Pauschalisierungen zu intergeschlechtlichen Menschen bzw. Inter\*-Aktivist\*innen (vgl. Exp.1, 29:1136 ff; Exp.2, 16:655 f.). Wenn sich dann Pädagog\*innen fragen, wie sie mit ihren zwei zur Verfügung stehenden Duschräumen umgehen sollen, wenn da plötzlich ein Inter\*-Kind mit im Schulsport ist, dann fehlen oft die Ideen (vgl. Exp.3, 16:684-687). Geschlecht stellt dabei eine der zentralsten Kategorien im zwischenmenschlichen Umgang dar, denn „das ist innerhalb der ersten Sekunden, wenn man jemanden anschaut, dann hat man ja schon die beiden Kästchen, ist es Mann oder Frau.“ (Exp.2, 16:667 ff.). Zudem prägen eng beschriebene Normen und Menschenbilder die Kategorie Geschlecht und folglich den Umgang mit Intergeschlechtlichkeit. Das beginnt bei Normierungen der Geschlechtsteile und reicht bis zu Normierungen der als erstrebenswert

erachteten Geschlechtspraktiken (vgl. Exp.1, 16:640-656; Exp.3, 10:424 ff.). „Es ist ja für die meisten Menschen schon unverständlich, dass man sich in das gleiche Geschlecht verliebt. Und dann ist das vielleicht eine Person, die irgendwie nicht eindeutig ist“ (Exp.2, 16:665 ff.).

Dass Geschlecht und Normen besonders für Jugendliche enorm wichtig zu sein scheinen und sich auf die Bereitschaft, Verschiedenheit zu akzeptieren, auswirken, spiegelt sich sowohl in der in Jugendworkshops immer wieder auftauchenden Frage „Wie schau ich aus? Ist das normal?“ (Exp.2, 9:372) wider, als auch in der wachsenden Zahl an ästhetisch-chirurgischen Eingriffen an (innerhalb der Norm befindlichen) Genitalien (vgl. Exp.2, 9:365-368; Exp.3, 18:773-777). Die Bedeutung, die der Kategorie Geschlecht beigemessen wird, verdeutlicht gleichzeitig, dass Geschlecht und folglich auch Intergeschlechtlichkeit als gesamtgesellschaftliche Thematik erachtet werden muss, die alle angeht (vgl. Exp.2, 9:370; Exp3, 5:178 ff.).

Wie im nächsten Schritt zu sehen sein wird, ereignet sich das Bereitstellen eines Versorgungsangebotes auch immer im Kontext der jeweiligen Landes- bzw. Bundespolitik (vgl. Exp.3, 4:147 ff.) sowie der rechtlichen Situation. Da es jedoch, abgesehen von den Änderungen des deutschen Personenstandsgesetzes, zu keiner gesetzlichen Verankerung von Intergeschlechtlichkeit kam, kann man sich schwer auf gesetzliche Ansprüche beziehen. Dass die veränderten Personenstandsregelungen jedoch von Seiten der Expert\*innen als äußerst gefährlich und unausgegoren eingestuft werden, lässt sich unschwer erkennen. Weder wurde der Umgang mit Kindern ohne Geschlechtseintrag geklärt, denn „diese Kinder sind ohne Geschlecht“ (Exp.3, 17:731 f.) und werden somit zwangsgeoutet noch mit erwachsenen Inters\*, die einen Pass beantragen und vielleicht heiraten möchten (vgl. Exp.1, 24:9957-974; 27:1070-1088; Exp.2, 15:604-610).

#### **5.4. Intervenierende Bedingungen: Erschwerende und begünstigende Faktoren**

Um der Logik der hier aufgestellten Theorie folgen zu können, wird im Folgenden vorerst auf die Grundidee der Strategien eingegangen, die zur Bewältigung der unzureichenden Versorgung eingesetzt wurden, um in einem weiteren Schritt die diesbezüglichen begünstigenden und erschwerenden Faktoren zu erläutern.

Sehr treffend hat Expert\*in 3 geschildert, wie sie\* mit der Situation der unzureichenden Versorgung umgegangen ist:

„Ich habe gesehen, dass ich selbst auch an Grenzen gestoßen bin, ich bin ja auch Expert\*in in eigener Sache. Und wir haben versucht das ganze ruhig und mit den entsprechenden Stellen zu verhandeln. Das funktionierte überhaupt nicht. Die Notwendigkeit, dass es keine Angebote gibt, da kann man entweder ruhig zuschauen oder man muss es ändern. Und ich hab mich dann mal für das ändern entschieden. (Exp.3, 5:190-194)

Die konkrete Handlungsstrategie ist somit das „Selbst-Machen“ durch Inter\*-Aktivist\*innen, -Allys und Angehörige. Dabei hängt dieses „machen können“ jedoch bedeutsam von den intervenierenden Bedingungen des Kontextes ab, auf welche im Folgenden eingegangen wird.

So wirkt sich bspw. die jeweilige politische Haushaltslage bedeutsam auf die Regelfinanzierung zusätzlicher Angebote für Inters\* aus. Wenn man allerdings davon ausgeht, dass im Großen und Ganzen die Einsicht in die Relevanz der Thematik eher gering ist, zählt der Finanzierungsaspekt zu den erschwerenden Bedingungen für die Bereitstellung zusätzlicher Angebote. Die Bereiche, in denen sich die befragten Expert\*innen engagieren, werden somit zu großen Teilen aus ehrenamtlichem Engagement auf Basis von Spendengeldern gestemmt, denn die Projekte werden, wenn überhaupt, dann nur befristet durch öffentliche Mittel finanziert (vgl. Exp.1, 4:137-154; Exp.2, 3:128-140; Exp.3, 1:37-47). „Es sind keine finanziellen Mittel da. Wir bekommen Hilfe über die Krankenkassen, aber das ist so wenig, dass wir da keine Löhne auszahlen können.“ (Exp.3, 2:43 f.). Expert\*in 3 bringt dies mit der fehlenden Anerkennung der eigenen Arbeitsleistung in Verbindung (vgl. Exp.3, 13:544 ff.).

Eine weitere erschwerende Bedingung stellt die Komplexität der Thematik dar. Dies beginnt bereits bei der Vielfalt innerhalb der Intergeschlechtlichkeit. „Es gibt es nie, dass du sagen kannst, den Fall hab ich vor Wochen schon mal gehabt [...]. Also es ist immer ein anderer Fall und immer andere Konstellationen.“ (Exp.1, 5:180 ff.). Denn nicht nur der inter\* Mensch ist einzigartig, durch sein bloßes Mensch-sein und seine spezifische Intergeschlechtlichkeit und dazugehörige Bedürfnisse, sondern auch sein jeweiliges Umfeld und dessen Auswirkungen auf mögliche Problematisierungen. Sei es kulturell, regional oder religiös bedingt (vgl. Exp.1, 5:180-202). Zudem tritt die Komplexität der Thematik auch in den Thematisierungen innerhalb der Beratungssettings zutage. „Der Fragenkatalog ist sehr bunt“ (Exp.1, 5:162 f.) und reicht von rechtlichen Aspekten, Fragen zu biologischen oder medizinischen Vorgängen bzw. Akten, Ärzt\*innenempfehlungen bis hin zu Fragen zur eigenen Lebenssituation oder zum Umgang mit Alltagsdiskriminierung. Dazu kommen konkrete Hilfesuche von Interessierten und Angehörigen bzgl. Aufklärungsmöglichkeiten des Umfelds oder bzgl. Unsicherheiten im Umgang mit Inters\* (vgl. Exp.1, 5:163-70; 9:339-376; Exp.2, 4:153-193). Auch die Frage nach dem Umgang mit intergeschlechtlichen Menschen im Alter stellt Beratende vor Herausforderungen, denn weder sind Seniorenheime darauf vorbereitet, dass die ersten intergeschlechtlichen Menschen, die nach dem Baltimorer Behandlungskonzept behandelt wurden, nun langsam auf Pflegeheime angewiesen sind, noch existieren überhaupt irgendwelche Konzepte, wie ein Umgang gestaltet werden kann (vgl. Exp.1, 24:947-956; Exp.3, 6:227-239). Mit zu bedenken ist zudem die von Expert\*in 1 als „Eisberg-Phänomen“ (Exp.1, 7:273) bezeichnete

Schwierigkeit, in Beratungssettings die „Fragen hinter den Fragen“ (Exp.1, 7:274) herauszufinden. Denn oft wird der eigentliche Unterstützungsbedarf nicht direkt angesprochen.

Ein weiterer Punkt, der den Umgang mit Intergeschlechtlichkeit erschwert, ist die Verunsicherung, die bei strikt binärgeschlechtlich sozialisierten Menschen oft durch Geschlecht, Normen und folglich auch Inter\* ausgelöst wird. So verunsichert bereits Jugendliche, wie man im Intimbereich auszusehen hat (vgl. Exp.2, 9:365-368). Dass dann bspw. weiblich sozialisierte Inters\*, die einen plötzlichen, jedoch natürlichen Virilisierungsschub bekommen, Verunsicherung und Irritationen in ihrer Umwelt auslösen, verwundert nicht. Aber die Beschäftigung mit dem „Neuen“ verunsichert auch Eltern, Angehörige, Pädagog\*innen, denn es müssen Pfade beschritten werden, die nicht bekannt sind und dabei wird die Verunsicherung häufig auch von Angst begleitet (vgl. Exp.1, 26:1003-1010). Expert\*in 1 bezeichnet diese als „Angst vor neuem Land“ (Exp.1, 28:1112). Dabei „ist [es] einfach total irre, dass Andersartigkeit noch so viel Angst verbreitet.“ (Exp.2, 20:830 f.). Diese Verunsicherung erschwert dann wiederum die Bereitstellung ergänzender Angebote durch Nicht-Inters\*, denn „Verunsicherung lähmt“ (Exp.3, 17:704) und ohne das notwendige Einfühlungs- und Reflexionsvermögen ist es schwieriger, zu den Fragen hinter den Fragen zu gelangen. Verunsicherung ist dabei insofern besonders problematisch, als sie in vielen Fällen Benachteiligung und Diskriminierung nach sich zieht (vgl. Exp.3, 3:118-121) und die Gefahr birgt, eher *über* Inter\* zu reden als *mit* ihnen zu reden, und insofern fremdbestimmend zu agieren (vgl. Exp.1, 14:547-584).

Auch vereinzelte Kooperationsschwierigkeiten innerhalb des Versorgungsnetzes wirken sich erschwerend auf die bedarfsgerechte Versorgung aus. So berichtete Expert\*in 1 von Kommunikationsschwierigkeiten mit einer fachverwandten Beratungsstelle, die sich darin äußerten, dass man trotz Medienpräsenz nichts von einer Inter\*-Beratungsstelle zu wissen schien (vgl. Exp.1, 19:745-760). Expert\*in 2 wunderte sich über mangelnde Resonanz bzgl. eines Angebotes, Inter\* in die Hebammenausbildung zu integrieren (vgl. Exp.2, 13:538-543). Hinzu kommt das bereits erwähnte mangelhafte Eingestehen von Nicht-Wissen und das ausbleibende Weiterleiten an Support Groups von Seiten der Regelberatung. Expert\*in 2 konstatiert folgerichtig: „Es ist schon eine Herausforderung mit dem Thema zu arbeiten.“ (Exp.2, 16:671 f.).

Es gibt jedoch auch zahlreiche Aspekte, die dem Bereitstellen geeigneter Angebote förderlich sind und einen Ausgleich zu den hinderlichen Faktoren darstellen. So gibt es doch auch viele Kolleg\*innen anderer Disziplinen, die der Kooperation positiv gestimmt sind. Dies zeigt sich in Hilfestellungen bei der Etablierung neuer Angebote bspw. durch die Bereitstellung bereits bestehender Strukturen (vgl. Exp.1, 7:248-260) oder in Bezug auf Vernetzungsmöglichkeiten. Da in Beratungssettings meist Ärzt\*innen empfohlen werden, mit denen die befragten Expert\*innen bereits gut im Austausch stehen, stellen die Kolleg\*innen, an die weiter verwiesen wird, verlässliche Kooperationspartner dar (vgl. Exp.1, 21:812-830). Zudem berichten die

Expert\*innen, dass ihre Fachkompetenz gezielt angefragt wird, um eigene Wissenslücken zu decken oder Fälle zu besprechen (vgl. Exp.1, 26:1018-1022).

Zu der zuvor beschriebenen Angst vor Neuem erkennen die Expert\*innen jedoch in vielen Situationen eine gewisse Bereitschaft für Neues. So bemerkt Expert\*in 3: „die Gesellschaft ist in der Mehrheit weiter als wir das vermuten“ (Exp.3, 4:140 f.). Diese Bereitschaft spiegelt sich zum Teil auch in einer Neugier wider, denn „es ist wirklich ein Thema, das extrem neugierig macht“ (Exp.2, 9:354). Diese Faszination jedoch auch zuzulassen (vgl. Exp.2, 16:646) ist sicherlich ein nicht ganz einfacher Punkt. Expert\*in 1 beschreibt die Situation von Eltern neugeborener Inter\*-Kinder folgendermaßen: „Wenn die kleine Kinder haben oder Neugeborene mit der Diagnose, die müssen sich teilweise ganz neue Pfade suchen. Das ist aber auch spannend. Einige finden das voll spannend.“ (Exp.1, 26:1009-1011). Dass dieses Neue bei vielen Menschen Interesse auslöst zeigt sich auch in der positiven Resonanz, die Expert\*in 2 in ihrer\* Öffentlichkeitsarbeit entgegengebracht bekommt. Sie\* bemerkt bspw., dass Menschen auf sie\* zukommen und dezidiert nach einer Mitarbeit in der Öffentlichkeitsarbeit anfragen. Zudem kommt die Initiative, Inter\* mit in institutionelle Konzepte aufzunehmen, mittlerweile auch von Seiten der Einrichtungen und Organisationen selbst (vgl. Exp.2, 12:469f.; 488-501; 18:734-739).

Ebenso wirken öffentlichkeitswirksame Auftritte und eine gewisse Medienpräsenz förderlich auf die Bereitstellung geeigneter Angebote. So gibt es immer mehr Menschen, die sich in der Öffentlichkeit outen und von ihrer Intergeschlechtlichkeit sprechen. Ebenso geschieht über das Medium Internet einiges zugunsten einer Bewusstwerdung der Relevanz (vgl. Exp.2, 2:67-72; 12:479-482). Leider bleibt die große Medienpräsenz, bspw. durch sich outende Prominente momentan noch eine Wunschvorstellung der Expert\*innen (vgl. Exp.2, 19:797 ff.; Exp.3, 4:162-167) denn „warum sollen diese Menschen mutiger sein als andere?“ (Exp.3, 4:166 f.). Eine andere Form der „Medienpräsenz“ wäre die regelhafte Integration von Inter\* in die Bildungspläne. In die Schulbücher wurde Inter\* zwar noch nicht flächendeckend aufgenommen und zudem lediglich für die Oberstufe angedacht, jedoch ist man diesbezüglich im Prozess (vgl. Exp.1, 28:1102-1107; Exp.3, 4:145-154). Ein weiterer Schritt wäre dann die regelhafte Integration in Ausbildungsprogramme aller Professionen, die direkt oder indirekt mit intergeschlechtlichen Menschen arbeiten (könnten). Man ist diesbezüglich noch immer auf das Engagement der wenigen Inter\*-Organisationen angewiesen, da dementsprechende Konzepte für Grundschulungen fehlen (vgl. Exp.1, 25:982-987).

## 5.5. Handlungsstrategien als Reaktion auf das derzeitige Versorgungsgefüge

Dem paradigmatischen Modell zufolge kommen wir nun zu den Handlungs- und Interaktionsstrategien als Reaktion auf das derzeitige Versorgungsnetz. Dabei geht es keinesfalls lediglich um die vollzogenen Strategien, sondern gleichsam um ausbleibende Handlungen und Handlungen, die in Zukunft in Angriff genommen werden sollten. Nachdem die, von den Expert\*innen beschriebenen, Handlungsstrategien erläutert werden, geht es im nächsten Schritt um Ansatzpunkte für eine Beteiligung der Sozialen Arbeit.

### 5.5.1 *Eigeninitiatives Vorgehen engagierter Inter\*-Aktivist\*innen*

Wie bereits angedeutet sahen sich Inters\* und andere Engagierte gezwungen, selbst etwas zu unternehmen, um der Situation der mangelhaften Bedarfsdeckung entgegenzuwirken und das psychosoziale Versorgungsnetz eigenhändig auszubauen. Die Initiative hierfür ging dementsprechend, infolge der fehlenden Anstrengungen durch die Regelversorgung, von sich ehrenamtlich engagierenden Menschen aus. So beschreibt Expert\*in 3: „Wir haben natürlich analysiert, was brauchen wir tatsächlich? Und wo finden wir das? Und wenn ich das in der Regelversorgung nicht finde, dann kann man sich überlegen, wie kriegen wir das hin, dass wir dieses Angebot machen können?“ (Exp.3, 5:213-216). Das Eigenengagement stellt somit eine Eigenschaft dar, die die komplette Bandbreite an Interventionen überspannt und somit hinsichtlich jeder Aktivität mitgedacht werden muss. Da es keine regelhaften Weiterbildungsmaßnahmen gibt, mussten sich die befragten Expert\*innen auch ihr eigenes Wissen autodidaktisch aneignen. Dabei gilt zu berücksichtigen, dass mit dem Eigenengagement teilweise große finanzielle Ausgaben verbunden sind, die eigens aufgebracht werden müssen (vgl. Exp.1, 3:92 ff., Exp.2, 1:17 ff.; Exp.3, 5:190-218). Nach Expert\*in 2 „steht und fällt das Ganze eben mit dem Eigenengagement der Personen“ (Exp.2, 4:136 f.). Die persönlichen Beweggründe der befragten Expert\*innen sind dabei unterschiedlicher Natur, resultieren häufig jedoch aus einem Teil Eigenbetroffenheit und der Erkenntnis bestehender Lücken, Irritationen und mangelnder Unterstützung allerdings auch aus Interesse oder Neugier (vgl. Exp.1, 1:9-26; Exp.2, 20:816-819; Exp.3, 5:190-196). Auch die Multiplikation eigeninitiativ geleisteter Öffentlichkeitsarbeit geschieht durch Einzelpersonen, welche die Relevanz erkennen und dementsprechend aktiv werden möchten (vgl. Exp.3, 17:722 ff.).

Von den befragten Expert\*innen wurden somit Handlungsfelder geschaffen, welche die Lücken der Regelversorgung aufzufangen versuchen. Dementsprechend ist das Aufgabenspektrum der Expert\*innen äußerst umfassend. Expert\*in 1 begann mit der Vernetzungsorganisation unter den Mitgliedern einer Eltern-Initiative, wurde dann als Repräsentant\*in der Elternperspektive zur Mitarbeit bei der Erstellung verschiedener Behandlungsleitlinien angefragt

und stellt nun eine wichtige Ansprechperson hinsichtlich Beratung für Angehörige und Interessierte dar. Zusätzlich kooperiert sie\* eng mit einem Inter\*-Verein und engagiert sich für Weiterqualifizierungsmaßnahmen (vgl. Exp.1, 2:47-83; 10:391-409). Ihren\* Auftrag sieht sie\* darin, „Menschen, die sich mit der Thematik [...] auseinandersetzen müssen oder wollen, ein bisschen weiter zu helfen“ (Exp.1, 31:1227 ff.). Expert\*in 2 ist Sexualpädagog\*in und engagiert sich im Bereich Öffentlichkeitsarbeit und Bildung zum Thema Intergeschlechtlichkeit in Österreich und misst der Vernetzung und dem engen Austausch mit Inter\*-Organisationen großen Wert bei. Als Mitglied eines Beratungsteams steht Expert\*in 2 ebenfalls für Inter\*, Angehörige und Interessierte zur Verfügung, wobei Anliegen meist direkt an Berater\*innen des Peersupports weitergeleitet werden. Expert\*in 2 organisiert unterschiedliche Tagungen und gründete eine Plattform, die Wissen bündeln und die Vernetzung fördern soll (vgl. Exp.2, 2:78-123). Expert\*in 3 agiert im Sinne einer Expert\*in in eigener Sache und vereint zahlreiche Funktionen in einer Person. Sie\* organisiert die Vernetzung innerhalb des Unterstützungssystems für intergeschlechtliche Menschen in Deutschland, engagiert sich durch öffentlichkeitswirksame Auftritte für die Rechte intergeschlechtlicher Menschen, referiert auf Informationsveranstaltungen, organisiert vielfältige Fortbildungsangebote, stellt ein Beratungsangebot für Inters\* zur Verfügung und ist maßgeblich an der Konzeptualisierung und Durchführung von Qualifizierungsangeboten für Peer-Berater\*innen beteiligt (vgl. Exp.3, 1:7-35; 2:47-109).

Drei, zum Teil bereits angesprochene Elemente der Handlungsstrategien der befragten Expert\*innen wurden in den Interviews besonders intensiv bearbeitet und sollen im Folgenden detailliert dargestellt werden. Dies dient gleichsam der Verortung einer potentiellen Beteiligung von Sozialpädagog\*innen.

Zum einen stellt die Vernetzungstätigkeit der Expert\*innen ein bedeutsames Standbein ihres Handelns dar. Dabei knüpfen sie an bereits bestehende Strukturen an, die bspw. durch Inter\*-Initiativen oder fachverwandte Kolleg\*innen etabliert wurden (vgl. Exp.1, 7:248-260). Expert\*in 3 spricht diesbezüglich von „Netzwerke[n] im Netzwerk“ (Exp.3, 13:532) und Expert\*in 1 beschreibt die Bedeutung von Vernetzung folgendermaßen: „Vernetzung ist ein ganz großes Thema. Einfach dadurch, dass es so wenig Möglichkeiten gibt, von der Beratung her und eben so wenige Spezialisten, die sich wirklich auskennen.“ (Exp.1, 22:864 ff.). Die Expert\*innen haben sich diesbezüglich bereits Netzwerke erarbeitet und Kontakte hergestellt, an die sie guten Gewissens weiter verweisen können. „Diese Netzwerke sind mittlerweile sehr engmaschig und beziehen sich eben nicht nur auf psychologische oder endokrinologische, chirurgische, soziale Netzwerke sondern wir verweben das miteinander.“ (Exp.3, 13:534 ff.). Vernetzung spielt demzufolge nicht nur hinsichtlich der ärztlichen Versorgung eine Rolle, sondern auch zwischen Inters\* und Angehörigen untereinander. Alle Expert\*innen legen demnach großen Wert auf die Vernetzung und den Austausch mit Selbsthilfegruppen, Peer-

Berater\*innen und engagierten Menschen aus Inter\*-Vereinen (vgl. Exp.1, 8:308-317; Exp.2, 2:78-87).

Der zweite Aspekt betrifft die Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit. Wie bereits ausgeführt, bringen Lücken im Grundwissen der Gesellschaft, als auch auf Seiten der Medizin, gravierende Auswirkungen für intergeschlechtliche Menschen mit sich. Da der Aspekt der Aufklärung einen Grundpfeiler in der Situationsbewältigung darstellt, macht es Sinn, wichtige Informationen zum Thema Inter\* bereits früh in die Bildung zu integrieren und dem, von Expert\*in 3 genannten, Leitgedanken „Bildung gibt uns Sicherheit“ (Exp.3, 19:809) zu folgen. Expert\*in 2 hat durch ihre\* Position als Sexualpädagog\*in die Möglichkeit, ihr\* Wissen in vielen Bereichen einfließen zu lassen. Da es Kindern im Grundschulalter noch leicht fällt eine Erweiterung ihres Geschlechterwissens zu akzeptieren, integriert Expert\*in 2 Inter\* gerne in Workshops mit Kindern (vgl. Exp.2, 9:378-379). Zudem setzen sich die Expert\*innen für eine Integration von Inter\* in Bildungsplänen ein, denn „da ist ja auch eine Lehrperson der Wissenschaft verpflichtet. Und das ist halt einfach auch Realität.“ (Exp.2, 10:418 f.). Dass diese Realität bei Unwissenheit Verunsicherung auslöst, wurde bereits dargestellt. Expert\*in 3 nimmt diese Verunsicherung bei konkreten Fällen in Schulklassen dann zum Anlass, Informationsveranstaltungen zu organisieren um Verwirrungen aufzulösen und mögliche Diskriminierung zu vermeiden (vgl. Exp.3, 3:107-135). Derzeit bezeichnet Expert\*in 3 dieses Vorgehen als eine Art Schadensbegrenzung indem sie\* bemerkt: „Wir müssen im Grunde genommen dieses Manko in der Bildung auffangen, auch bei den Betroffenen selbst.“ (Exp.3, 2:76 f.). Dass es erst gar nicht zu Verunsicherungen kommen muss, indem nämlich Aufklärung bereits viel früher, d.h. vor unvorbereiteten Konfrontationen mit der Realität, stattfindet, gehört laut Expert\*in 3 dagegen in die Kategorie „Wunschträume [, denn] dazu müsste es in alle Bildungspläne erst mal rein“ (Exp.3, 4:145).

In Schulungen von Hebammen und Lehrer\*innen wird im Grunde genommen Aufklärung an der Basis betrieben, indem diese die Wissenserweiterung im Sinne von Multiplikator\*innen an werdende Eltern und Schüler\*innen weiter tragen (vgl. Exp.2, 3:93-113; 10:391-395; Exp.3, 4:154-157). Expert\*in 2 organisiert unter Beteiligung von Inter\*-Aktivist\*innen Tagungen und sonstige Aktionen im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit. Sie\* überprüft unter reger Beteiligung zahlreicher Helfer\*innen Homepages zum Thema Geschlecht und Sexualität auf deren Vollständigkeit und bietet eine Integration der Inter\*-Thematik an (vgl. Exp.2, 3:87-93; 11:463-482).

Der dritte bedeutsame Aspekt betrifft die Bildungsarbeit bzw. die Bereitstellung von Qualifizierungsmöglichkeiten zum Thema Inter\*. Infolge des Mangels an regelhaften Fortbildungsmaßnahmen setzen sich alle drei Expert\*innen mit Unterstützung der Inter\*-Vereine für die Weiterqualifizierung von Menschen, die mit Inters\* arbeiten, ein. Dabei spielt es keine Rolle,

ob man spezifische Angebote für Inters\* bereitstellen möchte oder Inters\* einfach mitgedacht haben will, denn, so beschreibt es Expert\*in 2 in ihrer\* Rolle als Sexualpädagog\*in: „ich sollte davon ausgehen, dass ich da nicht nur Buben und Mädchen drin sitzen hab“ (Exp.2, 9:387 f.). Dies betrifft insbesondere Lehrer\*innen, Hebammen, Gynäkolog\*innen, Kinder- und Säuglingspfleger\*innen, jedoch auch Sozialpädagog\*innen, Erzieher\*innen und sonstige Professionen, denn, so formuliert es Expert\*in 3: „das geht alle an“ (Exp.3, 5:180).

Die Qualifizierung beginnt bereits darin, dass sich das Beratungsangebot der Expert\*innen ebenfalls an Kolleg\*innen benachbarter Disziplinen richtet. Zudem werden auf Anfrage Informationsveranstaltungen organisiert, um konkretes Wissen einem breiteren Publikum zugänglich zu machen und bestehende Vorurteile zu korrigieren. Besonderer Wert wird dabei darauf gelegt, potentielle Multiplikator\*innen zu erreichen. Auch bei der Organisation von Tagungen spielt der enge Austausch mit engagierten Inters\* und die Berücksichtigung deren Forderungen und Wünsche eine große Rolle. Es gibt sowohl in Deutschland als auch in Österreich diesbezüglich einige sehr engagierte Inters\*, die sich und ihre Expertise, sofern es in ihren Möglichkeiten steht, (bisher leider unentgeltlich) für Tagungen und Informationsveranstaltungen zur Verfügung stellen (vgl. Exp.1, 26:1018-1041; 29:1132-1144; Exp.2, 13:509-531; Exp.3, 5:173-180; 17:722-739; 19:813-821). Zu der Qualifizierung verschiedenster Professionen konnte in Deutschland in den letzten Jahren eine Ausbildung von bundesweit agierenden Peer-Berater\*innen organisiert werden. Eine Finanzierung der Tätigkeit als Peer-Berater\*in wird noch verhandelt (vgl. Exp.1, 6:215-245; Exp.3, 20:827-843).

Zu den Inhalten der Qualifizierung Professioneller zählen, zusätzlich zu dem zu vermittelnden Grundwissen zu Intergeschlechtlichkeit, vor allem auch notwendige Kompetenzen in der Zusammenarbeit und im natürlichen Umgang mit Inters\*. Im direkten Arbeitskontakt mit Inters\* kann man besonders von den Beratungserfahrungen der befragten Expert\*innen profitieren. Zuvorderst muss natürlich, je nach Tätigkeitsfeld, das notwendige Grundwissen bzgl. medizinischer, medizinhistorischer, biologischer, endokrinologischer, pharmazeutischer, ethischer und kultureller Aspekte vorhanden sein (vgl. Exp.1, 23:901-947; Exp.3, 13:555 f.). Besonders bei beratend Tätigen, die selbst nicht intergeschlechtlich sind, ist Sensibilität, Reflexions- und Einfühlungsvermögen vonnöten, um sich ganz auf den jeweiligen Menschen und seine eigens definierten Anliegen fokussieren zu können und nicht fremdbestimmend zu agieren. Dabei sollte das Gegenüber unbedingt als ebenbürtig akzeptiert werden (vgl. Exp.1, 14:545-584). Auch Pauschalisierungen sollten vermieden und dringendst hinterfragt werden. Nicht alle Inters\* sind zwangsläufig traumatisiert und haben einen problematischen Bezug zu ihrer Geschlechtlichkeit (vgl. Exp.2, 16:654-658). Die besondere Sensibilität ist auch hinsichtlich der Erforschung der tatsächlichen Anliegen notwendig, um zu den „Fragen hinter den Fragen“ vorzudringen (vgl. Exp.1, 7:271-276). Zudem muss besonderer Wert auf eine verständliche,

gewaltfreie Sprache gelegt werden, die sich, bspw. in Bezug auf das verwendete Pronomen, in jedem Fall an der Wünschen der Ratsuchenden auszurichten hat (vgl. Exp.3, 3:90-95; 8:316-319). Selbstverständlich sollte auch die unnötige Produktion von Verunsicherungen vermieden und die (körperliche) Distanz gewahrt werden (vgl. Exp.3, 9:384-390). Eine „Reflexion dessen, was man da tut“ (Exp.3, 10:403) ist dabei in jedem Falle anzuraten. Dies bezieht sich auch auf das Eingestehen eigener Grenzen und Unzulänglichkeiten, um bei Bedarf jederzeit weiter verweisen zu können. So formuliert Expert\*in 3: „Ich erwarte gar nicht von diesen ganzen vielen Beratungsstellen, dass sie sich alle spezialisieren sondern ich erwarte, dass sie wissen, wenn da bestimmte Schlüsselworte kommen, dass sie als Mittler auftreten und keine Falschberatung machen“ (Exp.3, 7:266-269). Unbedingt sollten nach Expert\*in 2 Menschen, die selbst keinen Inter\*-Bezug haben, die sich jedoch in der Öffentlichkeitsarbeit engagieren möchten, einen engen Austausch mit Inters\* anstreben, um sich immer nah an den tatsächlichen Anliegen, Wünschen und Bedarfen intergeschlechtlicher Menschen zu orientieren. Denn es gilt, Inters\* immer mit ins Boot zu holen, nicht über sie zu sprechen, sondern sie sprechen zu lassen. Dabei muss man „das Rad auch nicht neu erfinden.“ (Exp.2, 17:701 f.). Stattdessen kann auf bewährte Konzepte und Materialien (Anhang 3) zurückgegriffen werden, die in den letzten Jahren entwickelt wurden (vgl. Exp.2, 15:626-702; Exp.3, 4:138 ff.).

Auch bezüglich des Mitdenkens von Inters\*, bspw. im schulischen Aufklärungskontext gibt es einige nahezulegende Kompetenzen: Vielfalt sollte stets mitgedacht und Verunsicherungen durch Problematisierungen oder Exotisierungen vermieden werden, indem Inter\* mehr Raum der Normalität gegeben wird. Dies zieht natürlich gewisse Fragen nach sich, die eigens abgewogen werden müssen. „Wie weit gebe ich dem auch Normalität, den Raum der Normalität? Wie weit erwähne ich tatsächlich, [...] dass das unter den Diskriminierungsschutz fällt? [...] Was löst das eigentlich aus, wenn das so eine Sonderstellung bekommt?“ (Exp.3, 11:430-435). Reflexionsvermögen und ein kritischer Blick ist somit in jedem Falle vonnöten, auch hinsichtlich der jeweilig aktuellen Behandlungsstandards (vgl. Exp.3, 13:557; 21:887 f.).

Eine ganz entscheidende Komponente, die in den Interviews oft betont wurde und hinsichtlich derer man von Inters\* besonders viel lernen kann, ist die positive Herangehensweise an die Thematik. So bekommt Expert\*in 3 als Reaktion auf Schulungen häufig zu hören, dass die Teilnehmer\*innen „sich das ganz anders vorgestellt haben, viel problematischer eigentlich. Dass es eigentlich gar nicht problematisch sein muss, und dass es so einfach ist, einen anderen Blick auf Geschlecht zu bekommen.“ (Exp.3, 12:482 ff.). Sie\* stellt fest: „Wir haben da eine andere Sicht auf die Dinge. Wir sehen nicht in der ersten Linie das Defizit, das in unseren Augen in der Regel gar kein Defizit ist, sondern eben das persönliche Potential und die Auswirkungen.“ (Exp.3, 2:85-88). Sofern er angebracht ist, darf demnach auch Humor seinen Platz

finden (vgl. Exp.3, 8:339 ff.). Bezüglich vielfältiger Lebens- und Liebesformen fragt sich Expert\*in 3:

„Hat nicht jede Gruppe, die miteinander in Verbindung gehen möchte, [...] ihre eigenen Regeln und ihr eigenes Spiel? Und wie prude sind wir da eigentlich, wenn wir nicht sagen können, ja, ist das nicht ganz schön, den anderen auch zu erfahren? Zu erleben was der oder die [...] sich wünscht?“ (Exp.3, 9:364-368).

Diesen positiven Blick auf Inter\* erreicht man bspw., indem man Kontakte zu Selbsthilfegruppen und anderen Inters\* herstellt. Dabei soll der Pathologisierung und dem, damit in Verbindung stehenden, gesellschaftlichen Ausschluss entgegengewirkt werden (vgl. Exp.3, 11:469-472). Menschen, die einen Unterstützungsbedarf haben, wird somit ein positives Bild davon vermittelt, wie das Leben mit Intergeschlechtlichkeit aussehen kann: „Das einfach zu sehen, oh, es gibt ganz viele Familien, die sind wie wir, die schlagen sich auch durch mit solchen Problemen“ (Exp.1, 8:317 f.). Wenn Eltern dann sehen, wie sich andere intergeschlechtliche Kinder entwickeln, „dann hat man irgendwie ein Bild. Also dann hat man etwas Positives.“ (Exp.1, 9:331).

Auf der einen Seite soll somit Leichtigkeit im Umgang spürbar werden, auf der anderen Seite gilt es jedoch auch, die Schädigungen und Schattenseiten der Behandlung anzuerkennen und eine Balance zwischen beidem, d.h. zwischen dem Raum für Möglichkeiten und der Anerkennung der Schutzbedürftigkeit, herzustellen (vgl. Exp.3, 8:339-345; 2:87 ff.).

Ein weiteres zu erreichendes Ziel in der Zusammenarbeit mit Inters\* ist es, erfüllbare Perspektiven aufzuzeigen. Alternativlosigkeit aufzuheben, indem Möglichkeiten, die bestehen, und Wege, die beschritten werden können, deutlich gemacht werden. Es gilt, „diesen Menschen mit seiner Hoffnung in Bahnen zu lenken, die auch erfüllbar sind.“ (Exp.3, 12:518 f.). Diese Möglichkeiten erscheinen besonders realistisch, wenn sie von anderen Menschen vorgelebt werden. Indem Ratsuchende zu Selbsthilfegruppen eingeladen werden, lernen sie Menschen kennen, deren Perspektive auch sie haben (vgl. Exp.3, 16:674-677).

„Viele Ratsuchende sind uns sehr dankbar, wenn man verschiedene Perspektiven aufzeigt. Und immer dann auch wieder sagt, und wenn es fünf Wege sind, die ich dir jetzt aufgezeigt hab, muss es nicht deiner sein, sondern das ist deine Entscheidung, denn das entscheidet jeder für sich.“ (Exp.3, 9:356 ff.).

Expert\*in 3 zeigt mit dieser Aussage, dass es beim Aufzeigen von Perspektiven immer auch darum geht, die Wahl oder die Sicht der Dinge bei den Ratsuchenden selbst zu lassen. Dabei spielen kulturelle, kontextuelle, religiöse und selbst regionale Faktoren eine große Rolle und sollten stets mit berücksichtigt werden. Allein schon „die Wertigkeit in einer Gesellschaft, in einer Kultur, von Mann und Frau hat [...] eine ganz große Auswirkung“ (Exp.1, 24:938 f.). Im Vordergrund steht somit stets die Bestärkung der Individualität und Selbstbestimmung (vgl. Exp.3, 12:492). Demgemäß richtet sich auch das Angebot des Peersupports an den eigenen

Wünschen und Bedürfnissen der Ratsuchenden aus und findet wohnortnah bzw. dort statt, wo sich die Ratsuchenden das wünschen (vgl. Exp.1. 6:231-237).

### ***5.5.2. Ansatzpunkte für eine Beteiligung der Sozialen Arbeit***

Wünschenswert, jedoch bisher noch ausgeblieben, sind Interventionen wie die regelhafte und flächendeckende Integration von Inter\* in Bildungspläne sowie in Ausbildungsprogramme aller relevanten Professionen. Die routinierte Vernetzungsförderung zwischen ehrenamtlich motivierter Arbeit und Regelversorgung und somit das routinierte Weiterleiten an Selbsthilfeverbände, Inter\*-Beratungsstellen und Peersupport (vgl. Exp.2, 20:793-802; Exp.3, 2:57 f.). Das Bereitstellen zusätzlicher qualifizierter Angebote für Inter\* und die unbefristete Finanzierung bisher ehrenamtlich motivierter Arbeit (vgl. Exp.2, 30:1169-1200). Jedoch auch größere Medienpräsenz und rechtliche Regelungen, bspw. zur Sicherung der körperlichen Unversehrtheit (vgl. Exp.2, 19:795-802; Exp.3, 22:921 ff.).

Ebenfalls wünschenswert wären Interventionen von Seiten der Sozialen Arbeit. Da die Soziale Arbeit zu erkennen beginnt, dass die Thematik „Inter\*“ ein relevantes Handlungsfeld für die eigene Profession darstellt, soll im Folgenden auf Argumente für eine Beteiligung der Sozialen Arbeit eingegangen werden. Besonders hinsichtlich der Menschenrechte, die durch die Behandlung intergeschlechtlicher Menschen tangiert bzw. verletzt werden, sollte sich die Soziale Arbeit zuständig fühlen.

„Das sind ja staatliche Verpflichtungen, die übernommen wurden. Und Soziale Arbeit ist auch eine staatliche Verpflichtung und alle staatlichen Verpflichtungen, da wirken natürlich auch die ratifizierten Verträge rein. Das heißt, die Verpflichtungen, die die BRD eingegangen ist zur Nicht-Diskriminierung. Wenn nicht die Soziale Arbeit, wo dann?“ (Exp.3, 15:629-633).

Expert\*in 2 bemerkt bspw. in der Pädagog\*innenfortbildung, dass die Thematik Inter\*, sofern sie benannt wird, oft eine große Relevanz aufweist, da es in jeder Arbeit mit Kinder- oder Jugendgruppen natürlich immer auch intergeschlechtliche Kinder gibt, die mit angesprochen werden möchten und sollten. Pädagog\*innen wird, v.a. in der Arbeit mit kleinen Kindern, von Seiten der Eltern oft ein Schweigegebot auferlegt, dabei fehlt es an Informationen zum Umgang mit der Thematik und mit den jeweiligen Kindern. Ebenfalls der Umgang mit sog. <gendernonkonformem> Verhalten, welches noch nicht einmal mit Intergeschlechtlichkeit in Verbindung stehen muss „stellt [...] Pädagog\*innen und Eltern oft vor riesen Herausforderungen.“ (Exp.2, 5:192). Aber auch der Umgang mit nun relevant werdenden Themen wie dem fehlenden Geburtseintrag in Deutschland. „Wie geh ich eigentlich mit denen um? [...] Was muss ich eigentlich bedenken? Welche Schutzmaßnahmen muss ich eigentlich ergreifen, [...] dass dieses Kind keine überproportionale Gewalt erfährt? Wie geh ich damit um in sozialen Spannungsfeldern?“ (Exp.3, 18:732-738). Da all diese Fragen auch in der Sozialen Arbeit eine Rolle spielen, wird die Bildungsarbeit und die Fortbildung der relevanten Berufsgruppen als

besonders wichtig eingestuft. Besonders Student\*innen und Auszubildende versucht man zu erreichen, denn Berufseinsteiger\*innen haben ihr Berufsleben noch vor sich. Sie könnten Inter\* von Beginn an berücksichtigen, d.h. mitdenken (vgl. Exp.2, 19:782-786) und sie könnten zudem als wichtige Multiplikator\*innen fungieren (vgl. Exp.3, 19:818 f.).

Da die bloße Beschäftigung mit der Thematik als herausfordernd betrachtet wird, machen die Expert\*innen einige Vorschläge, die einen Einstieg in die Thematik erleichtern. Vor allem der Austausch mit Inter\* stellt nach Expert\*in 2 einen bedeutsamen Aspekt dar:

„Ich würde wirklich an der Basis anfangen. [...] Was braucht ihr? Was kann ich geben? Wie kann ich da gut reinkommen um keine Fehler zu machen? Ja, auch Mut zum Fehler, und immer wieder das Hinterfragen und einfach ganz viel in den Austausch zu gehen. Und es kommen hunderte Fragen, wenn man sich mit dem Thema beschäftigt und wer kann es besser beantworten als die Inter\*-Personen selber eben.“ (Exp.2, 15:631-636).

Dabei kann auf die, in den letzten Jahren veröffentlichte, Literatur, sowie Infomaterialien (Anhang 3), die explizit für einen wünschenswerten Umgang mit Intergeschlechtlichkeit erstellt wurden, zurückgegriffen werden (vgl. Exp.2, 15:636-642).

Da die Öffentlichkeitsarbeit von dem Engagement der Inter\*-Aktivist\*innen abhängt, deren Energiereserven selbstverständlich begrenzt sind, wäre eine Unterstützung auch in diesem Bereich sinnvoll (vgl. Exp.2, 6:238-246). Es geht dabei auch darum, die eigene Mithilfe anzubieten, „und wenn man mithelfen kann, irgendeine Broschüre zu vertreiben oder Sponsorengelder aufzustellen, oder schauen, wie kann ich, wenn ich jetzt Vortragende bin, wie kann ich es gut reinbringen. Ja, einfach anklopfen.“ (Exp.2, 17:706 ff.).

Die befragten Expert\*innen, aber auch andere Peer-Berater\*innen unterstützen Inter\*n neben zahlreichen anderen Anliegen in ganz lebenspraktischen Bereichen, bspw. in der Erlangung eines GdBs, sie bieten Sozialberatung an und fungieren als Patient\*innenvertreter\*innen (vgl. Exp.3, 3:103-106). Da dies klassische Tätigkeitsfelder der Sozialen Arbeit sind, sollten intergeschlechtliche Klient\*innen auch in der regelhaften Sozialen Arbeit kompetente Unterstützung finden. Erkannt wurde der Bedarf an einer Qualifizierung von Sozialarbeiter\*innen bereits. So bilden die befragten Expert\*innen auch Sozialarbeiter\*innen aus und veranstalten Fachtagungen an Hochschulen für Soziale Arbeit (vgl. Exp.3, 5:173-180). Dass jedoch die Konzepte fehlen, wie Inter\* in der Sozialen Arbeit integriert werden kann, zeigt sich in folgender Aussage von Expert\*in 3: „Vor Jahren wurden wir häufig angefragt und die Frage kommt heute noch manchmal ‘Was denkt ihr, was könnte man tun?’, ‘Was kann ich in der Sozialen Arbeit tun?’“ (Exp.3, 6:225 ff.). Für bestehende Schwierigkeiten im Umgang mit Inter\* in der Regelversorgung, bspw. in der Altenpflege „gibt es [...] noch keine Lösungen, da denkt noch nicht mal jemand drüber nach“. (Exp.3, 6:239). Dabei wird jedoch keineswegs gefordert, dass alle Professionen, die jemals Inter\* zu ihrer Klientel zählen könnten, Fachleute im Bereich Inter\* wer-

den. Vielmehr sollten sie wissen, dass es Inters\* gibt und welche Anlaufstellen sich mit deren Belangen auskennen. Sie sollten als Mittler auftreten und hellhörig werden, wenn gewisse Schlüsselworte zur Sprache kommen um dann die Vernetzung zwischen Regelberatung und Inter\*-Verbänden, Selbsthilfegruppen und Peer-Support zu stärken (vgl. Exp.3, 7:266-287). „Und schon würde das sauber laufen. Voraussetzung wäre, die Beratungsstelle muss die Bildung haben“ (Exp.3, 7:287 f.).

Besonders wichtig ist es dabei auch, die Expert\*innen in eigener Sache als ebenbürtige Expert\*innen zu betrachten, eigene, liebgewonnene Überzeugungsmuster zu reflektieren und Inters\* in ihren eigens formulierten Anliegen bestmöglich zu unterstützen (vgl. Exp.3, 14:567-579). Da Inter\* bisher noch nicht regelhaft in die Curricula verschiedenster Studiengänge integriert wurde, ist man weiterhin auf die Eigeninitiative von Einzelpersonen (auf Seiten der Lehrenden sowie der Studierenden) angewiesen. So kann bspw. Expert\*in 3 jederzeit angefragt werden, eine Grundeinführung zum Thema Inter\* in einem Studiengang abzuhalten bzw. einen Beitrag zu einem Workshop beizusteuern. So können einzelne Student\*innen dafür sorgen, dass Inter\* in ihrem Studiengang integriert wird. Dass dies bereits gut funktioniert, bemerkt Expert\*in 3 anhand der zahlreichen Buchungen ihrer\* Einführungsveranstaltungen (vgl. Exp.3, 14:593-618).

## **5.6. Konsequenzen für die psychosoziale Versorgung**

Mit den Handlungsstrategien der Expert\*innen sind gemäß des paradigmatischen Modells gewisse Konsequenzen verbunden, welche sich zum Teil bereits eingestellt haben, zum Teil jedoch noch in weiter Zukunft stehen und als Zielvorstellungen für ein weiteres Engagement fungieren. Im Folgenden sollen daher wichtige Aspekte vorgestellt werden.

Ein Aspekt betrifft die dichtere Angebotspalette bzgl. einer bedarfsgerechten Versorgung intergeschlechtlicher Menschen. So hat sich das intensive Engagement der befragten Expert\*innen und anderer Aktivist\*innen zu einem wertvollen, niedrighschwelligem Angebot für Inters\* entwickelt. Es darf jedoch keinesfalls geschlussfolgert werden, dass hiermit eine bedarfsgerechte Versorgung sichergestellt wurde und es somit keiner weiteren Bemühung mehr bedarf. Diesbezüglich sollte man sich vor Augen führen, dass es sich größtenteils um ehrenamtlich motiviertes Engagement handelt, denn nach wie vor fehlt es an einer Anerkennung der geleisteten Arbeit und an einer Integration in die Regelversorgung (vgl. Exp.1, 20:797 ff.). An dieser Anerkennung hängt dann wiederum die finanzielle Unterstützung zur Aufrechterhaltung der Arbeitsleistung. Nach wie vor müssen somit Inter\*-Verbände für den finanziellen Rückhalt sorgen, sogar für die Qualifizierung der Peerberater\*innen und anderer Professionen, wobei „Gelder eintreiben, [...] das ist eigentlich nicht die Aufgabe einer Betroffenenorga-

nisation. [...] Man muss immer bedenken [...] das sind ein paar Leute, die da wirklich Himmel und Hölle in Bewegung gesetzt haben und den ganzen Laden am laufen halten.“ (Exp.1, 30:1191-1200). Eine angemessene Finanzierung dieser Arbeitsleistung im Sinne einer Entlohnung ist somit eine Konsequenz, die wohl noch anderer Interventionen bedarf, um sichergestellt zu werden.

Im Folgenden werden zwei weitere Idealvorstellungen genannt, welchen man, mithilfe der angewandten Handlungsstrategien, bereits ein Stück näher gekommen ist. Zum einen ist dies die Stärkung der Selbstbestimmung von Inters\*, an welcher sich die Expert\*innen in ihrer Beratungstätigkeit orientieren, welche jedoch auch die Öffentlichkeits- und Bildungsarbeit prägt. Indem die meist leidvollen Erfahrungen von Fremdbestimmung anerkannt werden und dem ein selbstbestimmter Umgang entgegengesetzt wird, indem Inters\* als Expert\*innen in eigener Sache mit ihrer individuellen Wahrnehmung bestärkt werden und selbst entscheiden können, wann sie Hilfe benötigen, von wem sie Hilfe in Anspruch nehmen möchten und was wann problematisiert wird oder auch nicht. Indem ihnen Perspektiven aufgezeigt werden, für die sie sich selbst entscheiden können und Inters\* selbst bestimmen, wie über sie gesprochen wird, wie über sie geforscht wird und wo Grenzen überschritten werden (vgl. Exp.1, 16:625-681; 22:854-861; Exp.2, 5:213-226; Exp.3, 8:313-316; 18:778-782). Diese Selbstbestimmung gilt es auch in Zukunft weiter zu festigen.

Normalität und die Selbstverständlichkeit geschlechtlicher Vielfalt ist ein weiteres Ziel, dem man mithilfe des Engagements von Inter\*-Aktivist\*innen näher gekommen ist, welches jedoch auch weiterhin als Ziel fungieren sollte. Anzuerkennen, dass selbst die derzeitig bestehenden Normen wesentlich mehr Variation beinhalten, als gemeinhin angenommen wird, d.h. anzuerkennen „dass es irgendwo Normen sind, die irgendjemand festlegt und dass man sich da nicht unbedingt dran festmachen muss, weil die meisten [Menschen] da nicht in die Norm passen“ (Exp.1, 17:654 ff.). „Es muss jeder Mensch wissen, dass es diese Vielfalt auch in der Geschlechtlichkeit gibt. Dass unsere Körper alle unterschiedlich sind. [...] Und da wäre es wichtig, eine Sensibilität zu entwickeln für das Wahre.“ (Exp.3, 7:289-302). Die eigene Auffassung geschlechtlicher Realitäten kann sich verändern „wenn einem bewusst wird, dass jeder Mensch different ist. Auch innerhalb einer sogenannten Diagnose.“ (Exp.3, 20:855 ff.) und somit innerhalb und außerhalb vorgegebener Normen. Wichtig ist, dass man „dann auch die Gewissheit hat, dass man in jedem Fall, egal wie man ist, immer richtig ist.“ (Exp.3, 18:772 f.). Es ist folglich notwendig, davon auszugehen, dass das eigene Umfeld, privat oder beruflich, nicht nur aus Frauen und Männern besteht, „das ist halt einfach Realität“ (Exp.2, 10:419).

Dass das dementsprechende Bewusstsein zumindest bei einigen Menschen bereits geschärft wurde, zeigt sich in der Zahl der Unterstützungsanfragen, die Expert\*in 2 von Initiativen erhält, die auch Inters\* ansprechen möchten (vgl. Exp.2, 12:488-496), die sich fragen „wie

könnten wir uns öffnen? Wie könnten wir diese Personengruppe erreichen?“ (Exp.2, 12:500 f.). Um diese Realität der breiten Allgemeinheit zugänglicher zu machen und das Bewusstsein zu schärfen, wären dann jedoch auch Reaktionen von politisch-rechtlicher Seite wünschenswert, bspw. durch das Abschaffen des Geschlechtereintrages oder das Verbot nicht-lebensnotwendiger, normierender Eingriffe im Kindesalter (vgl. Exp.2, 14:594-599; 19:795-802). Expert\*in 2 bezeichnet es als „das höhere Ziel [...], dass Realität einfach sein darf und dass es jeder weiß. Dass es einfach vollkommen normal ist. [...] Wenn du die Leute auf der Straße fragst wie viele Geschlechter es gibt, dass die nicht sagen zwei.“ (Exp.2, 19:796-802). Auch Expert\*in 3 wünscht sich, dass Inter\* gesamtgesellschaftlich mitgedacht werden und

„dass das eine große gesellschaftliche Akzeptanz bekommt. Ich bin aber auch sicher, dass die Gesamtgesellschaft davon profitieren wird. Und ich wünsche mir natürlich dann auch, dass die Gesamtgesellschaft das auch erkennt. Dass sie sich sicher fühlt, auch in weniger eng beschriebenen Normen. [...] Und da darf keiner verloren gehen in dieser Gesellschaft. Denn so funktioniert Gemeinschaft. Ich wünsche mir [...] die wahre Inklusion.“ (Exp.3, 22:934-950).

## 5.7. Die Prozesshaftigkeit der Theorie

Ein wichtiges Element bei der Erstellung einer „Grounded Theory“ stellt die Prozesshaftigkeit der Theorie dar. Dies soll im Folgenden erläutert werden. Dabei lassen sich bereits zahlreiche Anzeichen von Veränderung (seien es tatsächlich beobachtete Entwicklungen, Stagnationen oder rückläufige Veränderungen) in den Aussagen der Expert\*innen ausmachen.

Diese Veränderungen betreffen zum einen Themen, die zur jeweiligen Zeit im Fokus stehen. So ist es, seit der Änderung der deutschen Personenstandsregelungen, notwendig, sich Gedanken zu machen, wie mit einem Kind mit fehlendem Geschlechtseintrag umgegangen werden muss (vgl. Exp.3, 17:728-739). Ebenso stellt das Wissen über bzw. Einstellungen zu Inter\* immer nur den Stand dessen dar, was zu einer gewissen Zeit als richtig empfunden wurde und bedarf somit ständiger Anpassungen und Reflexionen (vgl. Exp.3, 22:887-892).

Veränderungen zeigen sich natürlich auch im gesellschaftlichen Bewusstsein. Dies betrifft sowohl Inter\* selbst, denn „mit der Sichtbarkeit haben natürlich auch die Anfragen zugenommen. Weil die Menschen sich trauen zu fragen.“ (Exp.3, 1:39 f.). Andererseits bemerkt Expert\*in 2, dass sich mit zunehmender Präsenz in Schulworkshops auch die Zahl der Kontaktanfragen unsicherer Jugendlicher erhöhen, die Veränderungen am eigenen Körper wahrnehmen, diese jedoch nicht einordnen können (vgl. Exp.2, 5:174 f.). Veränderungen im Bewusstsein werden auch hinsichtlich professionell Arbeitender angestrebt. So sagt sich Expert\*in 2: „Je mehr wir in das öffentliche Bewusstsein kommen, umso eher wissen sie es dann, dass sie zumindest weiter verweisen können“ (Exp.2, 8:27 f.). Hinsichtlich der Schulung verschiedener Einrichtungen der Regelversorgung gilt: „Es ist eben stetige Arbeit, da in das Be-

wusstsein zu kommen.“ (Exp.2, 8:337 f.). Dabei sieht Expert\*in 2 jedoch auch die Erfolge eines offensiven Vorgehens, indem Inter\* in immer mehr Organisationen verankert wird (vgl. Exp.2, 9:345-351). „Über die neuen Medien ist sehr viel in Bewegung und im Austausch.“ (Exp.2, 12:481 f.). So bewirkt die Möglichkeit, sich über das Internet zu vernetzen, dass sich mehr Menschen darum kümmern, sich mit der eigenen Organisation gegenüber Inters\* zu öffnen oder die Integration von Inter\* auf fremden Homepages zu überprüfen (vgl. Ep.2, 12:479-501).

Auch steigert die Medienpräsenz bzw. der Umfang an Informationen, der über das Internet zu beziehen ist, den Grad an Informiertheit, bevor eine konkrete Beratung in Anspruch genommen wird. „Diese Grundbegrifflichkeiten sind den meisten Leuten, die Fragen haben schon klar. Die haben sich dann meistens schon mit dem Thema auseinandergesetzt“ (Exp.1, 11:423 f.), was sich dann wiederum in spezielleren Fragen niederschlägt, die einer tieferen Kenntnis der Thematik bedürfen. Die gesteigerte Medienpräsenz wiederum ist größtenteils den engagierten Inter\*-Aktivist\*innen zu verdanken und auch darin bemerkte Expert\*in 2 Veränderungen. Hat es bis vor einigen Jahren nur wenige offiziell-geoutete Inters\* in Österreich gegeben, werden es immer mehr, die der Tabuisierung entgegenwirken möchten (vgl. Exp.2, 2:67-72).

Expert\*in 3 bezeichnet ihren Einsatz in der Qualifizierung der Peer-Berater\*innen als „ein Projekt, das nicht fertig ist. Wir sind ja im Prozess.“ (Exp.3, 20:843) Dass dabei auch mit rückläufigen Veränderungen oder Stagnationen umgegangen werden muss, zeigt sich bspw. darin, dass die Expert\*innen, trotz weiterhin ausbleibender Finanzierung der eigenen Arbeitsleistung, nach wie vor motiviert bleiben (vgl. Exp.1, 4:140-147; Exp.2, 4:140; Exp.3, 4:170 ff.). Stagnationen wurden vor allem in der gesellschaftspolitischen Anerkennung bemängelt. So wurde 2012 die Stellungnahme des deutschen Ethikrates veröffentlicht

„und dann diese Personenstandsregelung und jetzt gibt es die interministerielle Arbeitsgruppe, die dann gegründet worden ist [...]. Aber sonst passiert nichts und wir haben jetzt 2016. Es werden keine Gelder parat gestellt, dass Beratungsstellen eingerichtet werden. Es werden keine Gelder parat gestellt für Fortbildungen. Es wird in keine Schulbücher aufgenommen.“ (Exp.1, 28:1095-1102)

Zum einen werden also Veränderungen direkt wahrgenommen, bspw. indem berufserfahrene OP-Schwestern nach einer Schulung verkünden, dass sie ihr bisheriges Handeln in Frage stellen und auch künftig eine andere Behandlung vornehmen werden (vgl. Exp.2, 19:771-786). Zum anderen werden Veränderungsprozesse abgeschätzt und ggf. nach alternativen Strategien gesucht. Dies geschieht z.B. hinsichtlich der Forderung des Verbots früherer Genitaloperationen: „Bis das Wissen jetzt in neuen Pädagog\*innen- oder Mediziner\*innengenerationen so weit verfestigt ist, also das dauert ja Generationen, wahrscheinlich. [...] Das ist eine Form, wie man es unterlaufen kann.“ (Exp.2, 14:580-583). Expert\*in 3 glaubt hingegen,

„dass da ganz viel passiert, dass sich verschiedene Berufsbilder damit auseinandersetzen und es zu einer Verunsicherung kommt, die dann aber wieder gelöst werden will. [...] Eine gesellschaftliche

Veränderung wahrzunehmen und diese wirklich auch umzusetzen bzw. auch zu begleiten, ich halte das für etwas sehr Positives.“ (Exp.3, 18:756-761).

## 6. Diskussion der Ergebnisse

Die Einschätzungen der Expert\*innen machen deutlich, dass die psychosoziale Versorgung intergeschlechtlicher Menschen ein komplexes Handlungsfeld darstellt, in dem verschiedene Faktoren ineinander greifen und sich wechselseitig bedingen. Dabei teilen alle Expert\*innen die Meinung, dass eine bedarfsgerechte Versorgung weder in Deutschland noch in Österreich gewährleistet wird. Die vielerorts geforderte transprofessionelle Verzahnung funktioniert insofern noch nicht, als dass sich die befragten Expert\*innen nicht in die Regelversorgung integriert fühlen bzw. es noch zu keiner regelhaften Anerkennung der von ihnen geleisteten Arbeit kam. Zudem fehlt es in Einrichtungen der medizinischen sowie psychosozialen Regelversorgung an Wissen über Intergeschlechtlichkeit.

Der Exkurs in die Prozesshaftigkeit verdeutlichte jedoch, dass es verschiedene Stellschrauben gibt, an denen gedreht wurde oder gedreht werden kann, um die Situation positiv zu beeinflussen. Viele Veränderungen wurden, insbesondere in den letzten Jahrzehnten, bereits von zahlreichen Inter\*-Aktivist\*innen initiiert. So stellte sich die aktive, depathologisierende Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit als ein notwendiger und einflussreicher Faktor zur Enttabuisierung der Thematik Inter\* dar. Das Füllen bestehender Wissenslücken spielt dabei sowohl bei der Gesamtgesellschaft eine Rolle als auch bei professionell Arbeitenden und, zur Sicherung einer größtmöglichen Transparenz und Zufriedenheit, bei Inter\* und Angehörigen selbst. Dies betrifft selbstverständlich auch die altersgemäß angemessene Aufklärung intergeschlechtlicher Kinder (vgl. Bennecke u. a. 2015, o.S.; Deutscher Ethikrat 2012, 158 ff.; Intersexuelle Menschen e.V. 2008, 11/19; Schweizer & Richter-Appelt 2012b, 194 f.; Thyen u. a. 2014, 756). Bisher wird die Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit hauptsächlich von engagierten Inter\*-Aktivist\*innen gestemmt, das Bewusstsein ändert sich jedoch dahingehend, dass die Thematik, bevor sie als fester Bestandteil der Schulcurricula gilt, eigeninitiativ in die eigene geschlechterreflektierende pädagogische bzw. Lehrtätigkeit integriert wird (vgl. Hechler 2012, 126). Darüber hinaus wird jedoch mit Nachdruck auf die staatlichen Verpflichtungen hingewiesen, Inter\* sowohl in Bildungspläne zu integrieren als auch in die Aus- und Fortbildung von Mediziner\*innen, Psycholog\*innen und beteiligte Professionen niedrigschwelliger Angebote. Ferner soll die transdisziplinäre Vernetzung sowie die Verständigung zwischen den involvierten Disziplinen sichergestellt werden (vgl. Intersexuelle Menschen e.V. 2008, 11; Kleinemeier u. a. 2007, 122; Streuli u. a. 2014, 51 f.).

Erwünscht werden somit die bisher noch ausgebliebenen Interventionen. Vorrangig sei hierzu die Ausweitung der bisher auf Kompetenzzentren beschränkten Qualifizierung auf Angebote der Regelversorgung genannt, damit die Bereitstellung einer personenzentrierten, bedarfsangemessenen Versorgung auch im ländlichen Raum gewährleistet werden kann (vgl. Exp.1, 18:720-723; 30:1169-1173). Dabei bemerken die Expert\*innen, dass es keinesfalls erwartet wird, dass sich jede Einrichtung der Regelversorgung zu Fachleuten der Inter\*-Thematik fortbildet, jedoch, dass sich das Wissen über Inter\* verfestigt und Mitarbeitende der Regelversorgung als Mediator\*innen fungieren, die eine wichtige Vernetzungsarbeit zu Selbsthilfegruppen und Peer-Berater\*innen leisten (vgl. Groneberg u. a. 2008, 218; Jürgensen u. a. 2013, 2712).

Für eine Integration der Sozialen Arbeit wird bereits seit einigen Jahren plädiert (vgl. Consortium on DSD 2006a, 10; Frader u. a. 2004, 427). Sozialarbeiter\*innen eignen sich bspw., sofern ausgebildet, für die Koordination notwendiger Hilfen im Sinne eines genderreflektierenden Fallmanagements (vgl. Moran & Karkazis 2012, 2), für die Transitionsbegleitung, für die Vermittlung und Vernetzung der Familie mit Ärzten, psychosozialer Versorgung, Selbsthilfegruppen und Peer-Support, für die Begleitung und das Bereitstellen praktischer Hilfen in den Familien, für das Ermöglichen eines Zugangs zu notwendigen Informationen. Sie eignen sich ferner als Ansprechpartner\*innen in Krisensituationen, für die Erarbeitung erreichbarer Perspektiven, für die anwaltschaftliche Vertretung der Belange gegenüber den Leistungserbringern, für den Einsatz für transdisziplinäre Forschung, oder, falls sie im interdisziplinären Team agieren, für die interdisziplinäre Koordination innerhalb des Teams (vgl. Consortium on DSD 2006, 11f.; Zehnder 2008, 44 ff.).

Doch die Soziale Arbeit hat nicht nur das Potential, sondern vielmehr die Pflicht, sich mit sozialen Problemlagen und deren Bearbeitung auseinanderzusetzen (vgl. Zehnder 2009, 28), Diversität anzuerkennen und jede Form der Diskriminierung zu beseitigen. Dabei sollte sie im Sinne einer Menschenrechtsprofession ihrer Verpflichtung zur Vermeidung jeglicher Form der Diskriminierung nachkommen (vgl. Exp.3, 15:624-633) und dabei stets die Selbstbestimmung und Selbstermächtigung von Inters\* im Fokus behalten. Entsprechend der sozialarbeiterischen Handlungsmaxime „Hilfe zur Selbsthilfe“ könnte die Soziale Arbeit Inters\* bei dem Erschließen eigener Stärken und Ressourcen unterstützen und somit zu deren Empowerment beitragen. Dabei werden im Sinne einer empowernden Sozialen Arbeit die Selbstgestaltungskräfte und Ressourcen fokussiert, die zu einer Verbesserung belastender Lebenssituationen beitragen können und so zu einem Zugewinn an Autonomie und gelingender, selbstbestimmter Lebensführung verhelfen (vgl. Herriger 2014, 7). Inters\* könnten ferner in ihrem selbstbestimmten Engagement unterstützt werden, indem ihnen eine Bühne geboten und ostentative Antidiskriminierungs- und Enttabuisierungsarbeit geleistet wird (vgl. Exp.2, 17:701-709),

indem man Partei ergreift und Inters\* in der Verwirklichung ihrer Anliegen und Forderungen bekräftigt. Auch die Vernetzungsförderung untereinander hat empowernde Wirkung (vgl. Zehnder 2010, 233 f./299). Die Soziale Arbeit sollte, gemäß eines personenzentrierten Ansatzes immer erst überprüfen, inwieweit eigens formulierte Bedarfe da sind bzw. durch eigene Ressourcen gedeckt werden könnten und erst dann Hilfesysteme eröffnen, wenn diese auch erwünscht und benötigt werden. Vorerst sollen Inters\* und Angehörige jedoch zu selbstaktivem Handeln ermächtigt werden, um einen guten Umgang zu finden und die Kontrolle wiederzuerlangen.

Die Expert\*inneninterviews offenbarten eine durchaus positive Herangehensweise, welche auch durch die Soziale Arbeit unterstützt werden sollte. Dahingehend sollte Inters\* der Raum gewährt werden, sich eine positive Selbstsicht aufzubauen und diese auch in Funktion von Expert\*innen in eigener Sache nach außen hin zu vertreten. Zudem sollte die Vernetzung zu Peer-Berater\*innen sichergestellt werden, denn diese nehmen eine wichtige Funktion im psychosozialen Versorgungsnetz ein, die zum einen Selbstermächtigung bereits verkörpern und vorleben und zum anderen dem medizinischen Modell ein depathologisierendes, positives Modell entgegensetzen. Diesbezüglich sollte auch die Soziale Arbeit Inters\* bei der Bereitstellung öffentlicher Mittel unterstützen, denn die Finanzierung stellt eine grundlegende Voraussetzung für die Bereitstellung einer bedarfsgerechten Versorgung dar.

Im Sinne eines lebensweltorientierten Ansatzes sollte stets berücksichtigt werden, dass es sich bei Intergeschlechtlichkeit um komplexe Interaktionen zwischen biologischen, psychosozialen und kulturellen Faktoren handelt (vgl. Wiesemann 2010, 3). Dies fordert eine personenorientierte Herangehensweise, welche die lebensweltliche Befindlichkeit in den Mittelpunkt stellt (vgl. Groneberg 2012, 486). Da diesbezüglich ebenfalls die Umweltfaktoren relevant sind, gilt es den gesellschaftlichen Umgang im Blick zu behalten und im Sinne gezielter Öffentlichkeitsarbeit für eine positive Sicht auf Inter\* zugänglich zu machen.

Die befragten Expert\*innen deuteten immer wieder auf die menschliche Vielfalt hin, die unter all den Normen unterzugehen scheint. Indem Sozialarbeiter\*innen diesen geschlechtlichen Variationsreichtum wahrnehmen und annehmen, werden sie zugleich angeregt, eigene Überzeugungen kritisch zu beleuchten. Gleichsam wird die Institution der Sozialen Arbeit herausgefordert, ihre Angebote insofern zu modifizieren, als dass sich alle Geschlechter angesprochen fühlen können (vgl. Czollek u. a. 2009, 39). Sei es durch die gezielte Bereitstellung spezifischer Inter\*-Beratungsangebote, durch das Mitdenken von Inter\* im Rahmen regelhafter Versorgungsangebote oder durch die Unterstützung intergeschlechtlicher Menschen dabei, das Mitdenken von Inter\* im positiven Sinne auch im gesamtgesellschaftlichen Denken zu verankern.

## 7. Schlussbetrachtung und Ausblick

Auf die von Pädagog\*innen geäußerte Frage, wie mit intergeschlechtlichen Kindern im Sportunterricht umzugehen sei, wenn lediglich zwei Duschen existieren, reagiert Expert\*in 3 mit Leichtigkeit: „dann schick ich Ihnen einen Duschvorhang und den hängen Sie dann auf und jeder der mal hinter dem Duschvorhang duschen möchte, der darf das dann.“ (Exp.3, 16:688 f.). In gewisser Weise spannt dies den Bogen zur allseits gebrauchten „locker-room-Argumentation“, anhand deren binärer Ausrichtung man Stigmatisierungs- und Ausgrenzungserfahrungen bereits im Kindesalter antizipiert. Sicherlich bestehen Hürden im Alltag, denen begegnet werden muss, jedoch nicht im Sinne einer Anpassung intergeschlechtlicher Menschen an die Gegebenheiten sondern im Sinne einer Anpassung der Gegebenheiten an die geschlechtliche Realität.

Warum sollte man also am binären System festhalten, wenn man, in Anbetracht der großen Variationsbreite menschlicher Geschlechtsmerkmale, davon ausgehen kann, dass so viele verschiedene Geschlechter existieren wie es Menschen gibt (vgl. Sigusch 2005, 184)? Die Normen aufzuweichen und die Vielfalt anzuerkennen ist demnach eine Forderung, derer auch Sozialarbeiter\*innen nachkommen sollten, denn nach Expert\*in 3 sind es nicht nur die intergeschlechtlichen Menschen, die von einer Aufweichung der Geschlechtergrenzen profitieren werden, sondern die gesamte Gesellschaft (vgl. Exp.3, 22:935-936).

Diese Arbeit versuchte der Frage nachzugehen, wie das psychosoziale Versorgungsnetz in der Realität ausgestaltet ist und an welcher Stelle Ansatzmöglichkeiten für einen Einsatz der Sozialen Arbeit bestehen. Im Verlauf der Befragungen stellte sich schnell heraus, dass rund um die eigentlichen Bedarfe intergeschlechtlicher Menschen viele Unklarheiten bestehen. So kann eine bedarfsgerechte Versorgung erst sichergestellt werden, wenn denn auch die Bedarfe ermittelt wurden. Diesbezügliche Fragen zu stellen und unter Beteiligung der Expert\*innen in eigener Sache zu beantworten, sollten sich auch zukünftige Studien zum Ziel setzen um sich an dem gesellschaftlichen Veränderungsprozess zu beteiligen.

*„Denn die Frage ist ja auch, in welcher Welt wollen wir leben?  
Wie soll die Welt von morgen aussehen und wie kommen wir da hin?“  
(Exp.3, 22:941 f.)*

## 8. Literaturverzeichnis

- Ahmed, S.F. 2004. Intersex and gender assignment; The third way? *Archives of Disease in Childhood* 89, 9, 847–850.
- Ahmed, S.F. u. a. 2011. UK guidance on the initial evaluation of an infant or an adolescent with a suspected disorder of sex development: UK guidance on evaluation of DSD. *Clinical Endocrinology* 75, 1, 12–26.
- Ahmed, S.F., Gardner, M. & Sandberg, D.E. 2014. Management of children with disorders of sex development: New care standards explained. *Psychology & Sexuality* 5, 1, 5–14.
- Arbeitsgruppe Ethik im Netzwerk Intersexualität 2008. Ethische Grundsätze und Empfehlungen bei DSD: Therapeutischer Umgang mit Besonderheiten der Geschlechtsentwicklung/Intersexualität bei Kindern und Jugendlichen. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 156, 3, 241–245.
- Ayaß, R. 2008. *Kommunikation und Geschlecht: eine Einführung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Baumgartinger, P.P. 2008. Lieb[schteam] Les[schteam], [schteam] du das gerade liest... Von Emanzipation und Pathologisierung, Ermächtigung und Sprachveränderungen. *Liminalis. Zeitschrift für geschlechtliche Emanzipation* 2, 24–39.
- Bennecke, E. u. a. 2015. Subjective need for psychological support (PsySupp) in parents of children and adolescents with disorders of sex development (dsd). *European Journal of Pediatrics*. Online unter: <http://link.springer.com/10.1007/s00431-015-2530-8> (Zugriff: 06.07.2016).
- BGH – Bundesgerichtshof 2016. Beschluss vom 22. Juni 2016 in der Personenstandssache. XII ZB 52/15. Online unter: <http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&nr=75539&pos=0&anz=1> (Zugriff: 08.08.2016).
- BMFSFJ 2015. Kurzzeitbefragung zu Strukturen und Angeboten zur Beratung und Unterstützung bei Variationen der körperlichen Geschlechtsmerkmale. Begleitmaterial zur Interministeriellen Arbeitsgruppe Inter- und Transsexualität. Online unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung2/Pdf-Anlagen/kurzzeitbefragung-intersexualitaet,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> (Zugriff: 08.08.2016).
- BMFSFJ 2016. Interministerielle Arbeitsgruppe „Intersexualität/ Transsexualität“. Online unter: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/gleichstellung,did=215952.html> (Zugriff: 08.08.2016)
- Böhm, A. 2013. Theoretisches Codieren: Textanalyse in der Grounded Theory. In U. Flick, E. Von Kardoff, & I. Steinke *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag., 475–485.

- Bogner, A. & Menz, W. 2009. Das theoriegenerierende Experteninterview: Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In A. Bogner, B. Littig, & W. Menz Experteninterviews: Theorien, Methoden, Anwendungsfelder. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwiss.
- Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. 2014. Interviews mit Experten: eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden: Springer VS.
- Bora, A. 2011. Zur Situation intersexueller Menschen - Bericht über die Online-Umfrage des deutschen Ethikrats. Online unter: <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/bora-zur-situation-intersexueller-menschen.pdf> (Zugriff: 31.07.2016).
- Bosinski, H.A.G. 2001. Anthropologische Grundlegung: Individualgeschichte. In K. M. Beier, A. Becker, & Beier-Bosinski-Hartmann-Loewit Sexualmedizin: Grundlagen und Praxis. München: Urban & Fischer, 41–98.
- Brinkmann, L., Schweizer, K. & Richter-Appelt, H. 2007. Geschlechtsidentität und psychische Belastungen von erwachsenen Personen mit Intersexualität. Zeitschrift für Sexualforschung 20, 2, 129–144.
- Brunner, F. u. a. 2012. Hängt das Geschlecht vom Körper ab? Körper- und Geschlechtererleben bei Personen mit kompletter Androgeninsensitivität (CAIS). In K. Schweizer & H. Richter-Appelt Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen. Beiträge zur Sexualforschung. Gießen: Psychosozial-Verlag, 225–252.
- Bundesärztekammer 2015. Stellungnahme der Bundesärztekammer „Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Varianten/ Störungen der Geschlechtsentwicklung (Disorders of Sex Development, DSD).“ Deutsches Ärzteblatt 1–11.
- Butler, J. 1991. Das Unbehagen der Geschlechter. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Charlebois, J.B. 2015. Sanctiones sex/ualities: The medical treatment of intersex bodies and voices. In Sanctioned sexualities. ILGA International World Congress. Mexico, 1–30.
- Charlebois, J.B. & Guillot, V. 2014. Medizinische Widerstände gegenüber der Kritik von intergeschlechtlichen Aktivist\_innen: Operationen an der Front der Glaubwürdigkeit. In E. Schneider & C. Balthes-Löhr Normierte Kinder. Effekte der Geschlechternormativität auf Kindheit und Adoleszenz. Bielefeld: transcript Verlag, 277–291.
- Chase, C. 1999. Rethinking treatment for ambiguous genitalia. Pediatric Nursing 25, 4, 451–455.
- Consortium on Disorders of Sex Development 2006a. Clinical Guidelines for the Management of Disorders of Sex Development in Childhood. Online unter: [www.dsdguidelines.org](http://www.dsdguidelines.org) (Zugriff: 31.07.2016).
- Consortium on Disorders of Sex Development 2006b. Handbook for Parents. Online unter: [www.dsdguidelines.org](http://www.dsdguidelines.org) (Zugriff: 31.07.2016).
- Creighton, S. 2006. Adult Outcomes of Feminizing Surgery. In S. E. Sytsma Ethics and Intersex. International Library of Ethics, Law, and the New Medicine. Dordrecht: Springer, 207–214.

- Creighton, S. u. a. 2009. Intersex Practice, Theory, and Activism. A Roundtable Discussion. *Intersex and after* 15, 2, 249–260.
- Crouch, R.A. 1999. *Betwixt and Between: The Past and Future of Intersexuality*. In A. D. Dreger *Intersex in the Age of Ethics*. Hagerstown: University Publishing Group, 29–49.
- Czollek, L.C., Perko, G. & Weinbach, H. 2009. *Lehrbuch Gender und Queer: Grundlagen, Methoden und Praxisfelder*. Weinheim: Juventa-Verlag.
- Deutscher Bundestag 1996. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Christina Schenk und der Gruppe der PDS - Drucksache 13/5757 -. Genitalanpassungen in der Bundesrepublik Deutschland. Online unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/13/059/1305916.pdf> (Zugriff: 31.07.2016).
- Deutscher Bundestag 2001. Intersexualität im Spannungsfeld zwischen tatsächlicher Existenz und rechtlicher Unmöglichkeit. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Christina Schenk und der Fraktion der PDS. Drucksache 14/5627. Online unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/14/056/1405627.pdf> (Zugriff: 31.07.2016)
- Deutscher Bundestag 2013. Beschlussempfehlung und Bericht des Innenausschusses (4. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksache 17/10489 – Entwurf eines Gesetzes zur Änderung personenstandsrechtlicher Vorschriften. Online unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/121/1712192.pdf> (Zugriff: 31.07.2016).
- Deutscher Ethikrat 2012. *Intersexualität: Stellungnahme*. 2. Aufl. Berlin: Dt. Ethikrat.
- Diamond, M. 1997. Sexual identity and sexual orientation in children with traumatized or ambiguous genitalia. *The Journal of Sex Research* 34, 2, 199–211.
- Diamond, M. & Sigmundson, H.K. 1997. Management of Intersexuality: Guidelines for Dealing With Persons With Ambiguous Genitalia. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 151, 1046-1050.
- Dietze, G. 2003. Allegorien der Heterosexualität. Intersexualität und Zweigeschlechtlichkeit - eine Herausforderung an die Kategorie Gender? *Die Philosophin* 28, 9–35.
- Dreger, A.D. 1999. When Medicine Goes Too Far in the Pursuit of Normality. *Health Ethics Today* 10, 1, 2–5.
- Dreger, A.D. & Herndorn, A.M. 2009. Progress and Politics in the Intersex Rights Movement. *Feminist Theory in Action*. In I. Morland. *Intersex and after* 15, 2, 199–224.
- DSD-Life 2016. About DSD-Life. Online unter: <http://www.dsd-life.eu/> (Zugriff: 31.07.2016).
- Errington, S. 1990. Recasting Sex, Gender, and Power. A theoretical and regional overview. In J.M. Atkinson & S. Errington *Power and difference: gender in island Southeast Asia*. Stanford, Cal: Stanford Univ. Pr. 1-58.

- Fausto-Sterling, A. 2000. Sexing the body: Gender politics and the construction of sexuality. 1. Aufl. New York: Basic Books.
- Foucault, M. 2004. Über Hermaphroditismus. [Der Fall Barbin]. 1. Aufl., Nachdr. H. Barbin & W. Schäffner Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Frader, J. u. a. 2004. Health Care Professionals and Intersex Conditions. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine 158, 5, 426.
- Garfinkel, H. 1967. Studies in Ethnomethodology. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall Inc.
- Ghattas, D.C. 2013. Schlechte Praktiken und ihre Gründe. In E. Barth u. a. Inter. Erfahrungen intergeschlechtlicher Menschen in der Welt der zwei Geschlechter. Berlin: NoNo Verlag, 69–72.
- Ghattas, D.C. u. a. 2015. Inter\* & Sprache TriQ-Projekt „Antidiskriminierungsarbeit und Empowerment für Inter\*\*“ & IVIM/ OII Deutschland. Online unter: [http://www.transinterqueer.org/download/Publikationen/InterUndSprache\\_A\\_Z.pdf](http://www.transinterqueer.org/download/Publikationen/InterUndSprache_A_Z.pdf) (Zugriff: 31.07.2016).
- Groneberg, M. 2012. Empfehlungen zum Umgang mit Zwischengeschlechtlichkeit. In K. Schweizer & H. Richter-Appelt Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen. Beiträge zur Sexualforschung. Gießen: Psychosozial-Verlag, 485–500.
- Groneberg, M. 2014. Der Begriff menschlicher Geschlechtlichkeit in seiner epistemologischen und ethischen Relevanz. In E. Schneider & C. Baltes-Löhr Normierte Kinder. Effekte der Geschlechternormativität auf Kindheit und Adoleszenz. Bielefeld: transcript Verlag, 67–85.
- Groneberg, M., Werlen, M. & Zehnder, K. 2008. Empfehlungen. In M. Groneberg & K. Zehnder „Intersex“ - Geschlechtsanpassung zum Wohl des Kindes?. Freiburg, Schweiz: Academic Press Fribourg/ Paulusverlag, 216–221.
- Guillot, V. 2014. Intergeschlechtlichkeit und Menschenrechte. In E. Schneider & C. Baltes-Löhr Normierte Kinder. Effekte der Geschlechternormativität auf Kindheit und Adoleszenz. Bielefeld: transcript Verlag, 265–276.
- Handford, C. u. a. 2012. Brauchen wir ein drittes Geschlecht? Erwachsene mit Androgeninsensitivität nehmen Stellung. In K. Schweizer & H. Richter-Appelt Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen. Beiträge zur Sexualforschung. Gießen: Psychosozial-Verlag, 429–445.
- Hart, P. 2013. Orchideen züchten - Eine inter\* Erfahrung auf Film. In E. Barth u. a. Inter. Erfahrungen intergeschlechtlicher Menschen in der Welt der zwei Geschlechter. Berlin: NoNo Verlag, 79–86.
- Hechler, A. 2012. Intergeschlechtlichkeit als Thema geschlechterreflektierender Pädagogik K. Debus u. a. Geschlechterreflektierte Arbeit mit Jungen an der Schule. Texte zu Pädagogik und Fortbildung rund um Jungen, Geschlecht und Bildung 125–136.

- Hechler, A. 2014. Intergeschlechtlichkeit als Thema in Pädagogik und Sozialer Arbeit. *Sozialmagazin. Die Zeitschrift für Soziale Arbeit* 39, 3-4, 46–53.
- Herriger, N. 2014. *Empowerment in der Sozialen Arbeit: eine Einführung*. 5., erw. und aktualisierte Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hester, J.D. 2006. Intersex and the rhetorics of healing. In S. E. Sytsma *Ethics and Intersex*. Dordrecht: Springer, 47–71.
- Hiort, O. 2007. Störungen der Geschlechtsentwicklung: Konsequenzen der neuen Nomenklatur und Klassifikation. *Zeitschrift für Sexualforschung* 20, 2, 99–106.
- Hird, M.J. & Germon, J. 2001. The Intersexual Body and the Medical Regulation of Gender. In K. Backett-Milburn & L. McKie *Constructing Gendered Bodies*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 162–178.
- Hirschauer, S. 1998. Performing Sexes and Genders in Medical Practices. In E. Berg & A. Mol *Differences in Medicine: Unraveling Practices, Techniques, and Bodies*. Durham, NC: Duke University Press, 13–27.
- Holterhus, P.-M. 2013. Intersexualität und Differences of Sex Development (DSD): Grundlagen, Diagnostik und Betreuungsansätze. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 56, 12, 1686–1694.
- Hughes, I.A. u. a. 2006. Consensus statement on management of intersex disorders. *Journal of Pediatric Urology* 2, 3, 148–162.
- 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.
- Intersexuelle Menschen e.V. 2016a. Was will Intersexuelle Menschen e.V.? Online unter: <http://www.im-ev.de/verein/> (Zugriff: 29.05.2016).
- Intersexuelle Menschen e.V. 2016b. Forderungen Intersexuelle Menschen e.V. Online unter: <http://www.im-ev.de/forderungen/> (Zugriff: 29.05.2016).
- Jürgensen, M. u. a. 2006. “Any Decision is Better Than None” Decision-Making About Sex of Rearing for Siblings with 17 $\beta$ -Hydroxysteroid-dehydrogenase-3 Deficiency. *Archives of Sexual Behavior* 35, 3, 358–370.
- Jürgensen, M., Hiort, O. & Thyen, U. 2008. Kinder und Jugendliche mit Störungen der Geschlechtsentwicklung: Psychosexuelle und -soziale Entwicklung und Herausforderungen bei der Versorgung. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 156, 3, 226–233.
- Jürgensen, M. u. a. 2013. Psychosexual Development in Adolescents and Adults with Disorders of Sex Development—Results from the German Clinical Evaluation Study. *The Journal of Sexual Medicine* 10, 11, 2703–2714.

- Jürgensen, M. u. a. 2014. Health-related quality of life in children with disorders of sex development (DSD). *European Journal of Pediatrics* 173, 7, 893–903.
- Karkazis, K.A. 2008. *Fixing sex: intersex, medical authority, and lived experience*. Durham: Duke University Press.
- Kessler, S.J. 1998. *Lessons from the intersexed*. New Brunswick, N.J: Rutgers University Press.
- Kessler, S.J. 1990. The Medical Construction of Gender: Case Management of Intersexed Infants. *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 16, 1, 3–26.
- Kessler, S.J. & MacKenna, W. 1978. *Gender. An ethnomethodological approach*. New York: Wiley.
- Kleinemeier, E. u. a. 2007. Zur psychosozialen Versorgung von Familien mit Kindern und Jugendlichen mit Störungen der Geschlechtsentwicklung. *Zeitschrift für Sexualforschung* 20, 2, 121–128.
- Kleinemeier, E. & Jürgensen, M. o.J. Erste Ergebnisse der Klinischen Evaluationsstudie im Netzwerk Störungen der Geschlechtsentwicklung/Intersexualität in Deutschland, Österreich und Schweiz Januar 2005 bis Dezember 2007. Online unter: [http://www.netzwerk-dsd.uk-sh.de/fileadmin/documents/netzwerk/evalstudie/Bericht\\_Klinische\\_Evaluationsstudie.pdf](http://www.netzwerk-dsd.uk-sh.de/fileadmin/documents/netzwerk/evalstudie/Bericht_Klinische_Evaluationsstudie.pdf) (Zugriff: 31.07.2016).
- Klöppel, U. 2010. *XX0XY ungelöst. Hermaphroditismus, Sex und Gender in der deutschen Medizin. Eine historische Studie zur Intersexualität*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Klöppel, U. 2013. Medikalisierung „uneindeutigen“ Geschlechts. In E. Barth u. a. *Inter. Erfahrungen intergeschlechtlicher Menschen in der Welt der zwei Geschlechter*. Berlin: NoNo Verlag, 87–95.
- Klüsche, W. 1999. *Ein Stück weitergedacht ... Beiträge zur Theorie- und Wissenschaftsentwicklung der Sozialen Arbeit*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Kolbe, A. 2008. Empowerment durch Recht? Intersexualität im juristischen Diskurs. *Liminalis. Zeitschrift für geschlechtliche Emanzipation* 2, 4–23.
- Kraus-Kinsky, E. 2012. Adrenogenitales Syndrom. Persönliches Erleben zwischen eigener Lebensgeschichte und dem Dasein als Ärztin. In K. Schweizer & H. Richter-Appelt *Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen. Beiträge zur Sexualforschung*. Gießen: Psychozial-Verlag, 161–173.
- Kromminga, I.A. 2005. Die Borniertheit der Toleranz. Die extraterrestrischen Strahlen meiner Jugend - (Scotty, where ARE you?!). In *Neue Gesellschaft für Bildende Kunst 1-0-1 [one 'o one] intersex*. Berlin: NGBK, 27–31.
- Lang, C. 2006. *Intersexualität: Menschen zwischen den Geschlechtern*. 1. Aufl. Frankfurt am Main ; New York: Campus.
- Lee, P.A. u. a. 2014. Advances in diagnosis and care of persons with DSD over the last decade. *International Journal of Pediatric Endocrinology* 2014, 1, 19.

- Lev, A.I. 2006. Intersexuality in the Family: An Unacknowledged Trauma. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy* 10, 2, 27–56.
- Machado, P.S. u. a. 2015. Follow-up of psychological outcomes of interventions in patients diagnosed with disorders of sexual development: A systematic review. *Journal of Health Psychology*. Online unter: <http://hpq.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/1359105315572454> (Zugriff: 31.07.2016).
- Meuser, M. & Nagel, U. 1991. ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht: ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In D. Garz & K. Kraimer *Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 441–471.
- Meyer-Bahlburg, H.F.L. u. a. 2000. Psychosexual quality of life in adult intersexuality: The example of congenital adrenal hyperplasia (CAH). In B. Stabler & B. B. Bercu *Therapeutic Outcome of Endocrine Disorders*. New York: Springer.
- Money, J. 1955. Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: Psychologic findings. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital* 96, 6, 253–264.
- Money, J. 1988. *Gay, straight, and in-between: The sexology of erotic orientation*. New York: Oxford Univ. Press.
- Money, J. 1994. *Sex errors of the body and related syndromes: A guide to counseling children, adolescents, and their families*. 2. Aufl. Baltimore, Md.: Brookes.
- Money, J., Hampson, J.G. & Hampson, J.L. 1955. Hermaphroditism: recommendations concerning assignment of sex, change of sex and psychologic management. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital* 97, 4, 284–300.
- Money, J. & Ehrhardt, A.A. 1972. *Man & woman, boy & girl: the differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity*. Baltimore: Johns Hopkins Univ. Press.
- Money, J. & Ehrhardt, A.A. 1975. *„Männlich - weiblich“: die Entstehung der Geschlechtsunterschiede*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Moran, M.E. & Karkazis, K. 2012. Developing a Multidisciplinary Team for Disorders of Sex Development: Planning, Implementation, and Operation Tools for Care Providers. *Advances in Urology* 2012, 1–12.
- Mühlendahl von, K.E. 1991. Intersexuelles Genitale beim Neugeborenen. In *Pädiatrische Notfälle*. Jena, 21–24.
- Nordenström, A. 2015. Psychosocial Factors in Disorders of Sex Development in a Long-Term Perspective: What Clinical Opportunities are there to Intervene? *Hormone and Metabolic Research* 47, 05, 351–356.
- Pasterski, V., Prentice, P. & Hughes, I.A. 2010. Consequences of the Chicago consensus on disorders of sex development (DSD): Current practices in Europe. *Archives of Disease in Childhood* 95, 8, 618–623.

- Plett, K. 2007. Rechtliche Aspekte der Intersexualität. *Zeitschrift für Sexualforschung* 20, 2, 162–175.
- Plett, K. 2014. W, M, X - schon alles? Zu der neuen Vorschrift im Personenstandsgesetz und der Stellungnahme des Deutschen Ethikrats zu Intersexualität. *psychosozial* 37, 135, 7–15.
- Preves, S.E. 2000. Negotiating the Constraints of Gender Binarism: Intersexuals' Challenge to Gender Categorization. *Current Sociology* 48, 3, 27–50.
- Preves, S.E. 2002. Sexing the Intersexed: An Analysis of Sociocultural Responses to Intersexuality. *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 27, 2, 523.
- Preves, S.E. 2008. *Intersex and identity: The contested self*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press.
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. 2014. *Qualitative Sozialforschung: ein Arbeitsbuch*. 4., erw. Aufl. München: Oldenbourg.
- Pulvermüller, J.M. 2012. Gedanken einer Mutter. In K. Schweizer & H. Richter-Appelt *Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen. Beiträge zur Sexualforschung*. Gießen: Psychosozial-Verlag, 255–267.
- Remus, J. 2015. Inter\*Realitäten. In F. Schmidt, A.-C. Schondelmayer, & U.B. Schröder *Selbstbestimmung und Anerkennung sexueller und geschlechtlicher Vielfalt*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 63–74.
- Richter-Appelt, H. 2004. Intersexualität und Medizin - Erste Ergebnisse eines Forschungsprojekts. *Zeitschrift für Sexualforschung* 17, 239–257.
- Richter-Appelt, H. 2007a. Intersexualität im Wandel. *Zeitschrift für Sexualforschung* 20, 2, 93–98.
- Richter-Appelt, H. 2007b. Intersexualität: Störungen der Geschlechtsentwicklung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 50, 1, 52–61.
- Richter-Appelt, H. 2008. Medizinische und psychosoziale Aspekte der Intersexualität. Ergebnisse der Hamburger Katamnese studie bei erwachsenen Personen mit verschiedenen Formen der Intersexualität. In M. Groneberg & K. Zehnder „Intersex“ - Geschlechtsanpassung zum, Wohl des Kindes?. Freiburg, Schweiz: Academic Press Fribourg/ Paulusverlag, 53–81.
- Richter-Appelt, H. 2012a. Irritationen des Geschlechts im Wandel – Beiträge in 25 Jahren *Zeitschrift für Sexualforschung*. *Zeitschrift für Sexualforschung* 25, 03, 252–272.
- Richter-Appelt, H. 2012b. Psychologische und psychotherapeutische Interventionen. In K. Schweizer & H. Richter-Appelt *Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen. Beiträge zur Sexualforschung*. Gießen: Psychosozial-Verlag, 355–369.
- Richter-Appelt, H. 2013. Intersexualität nicht Transsexualität: Abgrenzung, aktuelle Ergebnisse und Reformvorschläge. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 56, 2, 240–249.

- Sanders, C., Carter, B. & Goodacre, L. 2011. Searching for harmony: Parents' narratives about their child's genital ambiguity and reconstructive genital surgeries in childhood. *Journal of Advanced Nursing* 67, 10, 2220–2230.
- Sax, L. 2002. How Common Is Intersex? A Response to Anne Fausto-Sterling. *The Journal of Sex Research* 39, 3, 174–178.
- Schaeffer, T.L. u. a. 2010. An Evidence-Based Model of Multidisciplinary Care for Patients and Families Affected by Classical Congenital Adrenal Hyperplasia due to 21-Hydroxylase Deficiency. *International Journal of Pediatric Endocrinology* 2010, 1–13.
- Schneider, W. & Strauß, B. 2013. Medikalisierung. *Psychotherapeut* 58, 3, 217–218.
- Schönbucher, V., Schweizer, K. & Richter-Appelt, H. 2008. Sexuelle Lebensqualität von Personen mit Intersexualität und 46,XY Karyotyp. *Zeitschrift für Sexualforschung* 21, 1, 26–55.
- Schönbucher, V. u. a. 2012. Heterosexuelle Normalität oder sexuelle Lebensqualität? Behandlungsziele im Wandel. In K. Schweizer & H. Richter-Appelt *Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen. Beiträge zur Sexualforschung*. Gießen: Psychosozial-Verlag, 207–223.
- Schönbucher, V. u. a. 2014. Heterosexuelle Normalität oder sexuelle Lebensqualität? Behandlungsziele im Wandel. *psychosozial* 37, 135, 75–86.
- Schweizer, K. 2012a. Identitätsbildung und Varianten der Geschlechtsidentität. In K. Schweizer & H. Richter-Appelt *Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen. Beiträge zur Sexualforschung*. Gießen: Psychosozial-Verlag, 459–484.
- Schweizer, K. 2012b. Körperliche Geschlechtsentwicklung und zwischengeschlechtliche Formenvielfalt. In K. Schweizer & H. Richter-Appelt *Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen. Beiträge zur Sexualforschung*. Gießen: Psychosozial-Verlag, 43–67.
- Schweizer, K. 2012c. Sprache und Begrifflichkeiten. Intersexualität benennen. In K. Schweizer & H. Richter-Appelt *Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen. Beiträge zur Sexualforschung*. Gießen: Psychosozial-Verlag, 19–39.
- Schweizer, K. 2014. Geschlechtsidentität bei Intersexualität. *Psychoanalytische Perspektiven. psychosozial* 37, 135, 63–74.
- Schweizer, K. & Richter-Appelt, H. 2012a. Behandlungspraxis gestern und heute. Vom „optimalen Geschlecht“ zur individuellen Indikation. In K. Schweizer & H. Richter-Appelt *Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen. Beiträge zur Sexualforschung*. Gießen: Psychosozial-Verlag, 99–118.
- Schweizer, K. & Richter-Appelt, H. 2012b. Die Hamburger Studie zur Intersexualität. Ein Überblick. In K. Schweizer & H. Richter-Appelt *Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen. Beiträge zur Sexualforschung*. Gießen: Psychosozial-Verlag, 187–205.

- Schweizer Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin 2012. Zum Umgang mit Varianten der Geschlechtsentwicklung. Ethische Fragen zur „Intersexualität“. Stellungnahme Nr. 20/2012. Bern: o.V.
- Sigusch, V. 2005. Neosexualitäten: über den kulturellen Wandel von Liebe und Perversion. Frankfurt/Main: Campus-Verlag.
- De Silva, A. 2007. Physische Integrität und Selbstbestimmung: Kritik medizinischer Leitlinien zur Intersexualität. Zeitschrift für Sexualforschung 20, 2, 176–185.
- Sinnecker, G.H.G. 2004. Intersexualität. Der Gynäkologe 37, 9, 799–805.
- Staub-Bernasconi, S. 2007. *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft: systemtheoretische Grundlagen und professionelle Praxis - ein Lehrbuch*. 1. Aufl. Bern: UTB-Verlag.
- Stoller, R.J. 1964. A Contribution to the Study of Gender Identity. Journal of the American Medical Association 45: 220-226.
- Stoller, R.J. 1984. Sex and gender: the development of masculinity and femininity. London: Karnac.
- Strauss, A. & Corbin, J. 1994. Grounded Theory Methodology: An Overview. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln *Handbook of Qualitative Research*. New York: SAGE Publications Inc., 273–284.
- Strauss, A. & Corbin, J. 2010. Grounded theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Unveränd. Nachdr. der letzten Aufl. Weinheim: Beltz.
- Streuli, J.C. u. a. 2012. DSD and Professionalism from a Multilateral View: Supplementing the Consensus Statement on the Basis of a Qualitative Survey. *Advances in Urology* 2012, 1–8.
- Streuli, J.C. u. a. 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, 43–53.
- SVR - Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Gutachten vom 31.08.2001, BT-Drs. 14/6871. Online unter: [http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2000-2001/kurzf-de00.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2000-2001/kurzf-de00.pdf) (Zugriff: 31.07.2016).
- Thomas, B. 2007. Die Chicago Konsensus Konferenz 2005 aus der Sicht einer Patientin. *Zeitschrift für Sexualforschung* 20, 2, 186–193.
- Thyen, U. u. a. 2005. Deciding on Gender in Children with Intersex Conditions: Considerations and Controversies. *Treatments in Endocrinology* 4, 1, 1–8.
- Thyen, U. u. a. 2014. Utilization of Health Care Services and Satisfaction with Care in Adults Affected by Disorders of Sex Development (DSD). *Journal of General Internal Medicine* 29, S3, 752–759.
- Tillmanns, M. 2015. Intergeschlechtlichkeit: Impulse für die Beratung. Gießen: Psychosozial-Verlag.

- UN 2016. Universal Declaration of Human Rights. Online unter: [http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/eng.pdf](http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/eng.pdf). (Zugriff: 31.07.2016).
- VIMÖ-Verein intersexueller Menschen Österreich & PIÖ-Plattform Intersex Österreich 2015. Positionspapier. Online unter: <http://vimoe.at/wp-content/uploads/2014/03/Positionspapier-VIMO%CC%88-PIO%CC%88.pdf> (Zugriff: 29.05.2016).
- Voß, H.-J. 2012. Intersexualität - Intersex: eine Intervention. 1. Aufl.. Münster: Unrast.
- Voß, H.-J. 2014. Intergeschlechtlichkeit. Kreuzungen: Medizin - politische Praxis - generierter Text. In A. Baier & S. Hochreiter Inter\*geschlechtliche Körperlichkeiten. Diskurs/ Begegnungen im Erzähltext. Aktuelle Herausforderungen der Geschlechterforschung. Wien: Zaglossus, 69–93.
- Warne, G.L. 2012. Fragen im Zusammenhang mit der Behandlung von Menschen mit Störungen der Geschlechtsentwicklung. In K. Schweizer & H. Richter-Appelt Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen. Beiträge zur Sexualforschung. Gießen: Psychosozial-Verlag, 291–310.
- Wiesemann, C. 2010. Ethical Guidelines for the Clinical Management of Intersex. *Sexual Development* 4, 4-5, 300–303.
- Woweries, J. 2014. Wer ist krank? Wer entscheidet es? In E. Schneider & C. Baltes-Löhr Normierte Kinder. Effekte der Geschlechternormativität auf Kindheit und Adoleszenz. Bielefeld: transcript Verlag, 105–123.
- Zehnder, K. 2008. Intersexualität als soziales Phänomen. Handlungsbedarf aus sozialarbeiterischer Perspektive auf Grundlage einer Inhaltsanalyse persönlicher Geschichten aus dem World Wide Web. In M. Groneberg & K. Zehnder „Intersex“ - Geschlechtsanpassung zum, Wohl des Kindes?. Freiburg, Schweiz: Academic Press Fribourg/ Paulusverlag, 25–52.
- Zehnder, K. 2009. Intersexualität - ein soziales Phänomen: vom Leben zwischen den Geschlechtern. *Sozial Aktuell* Jg. 41, 9, 26–28.
- Zehnder, K. 2010. Zwitter beim Namen nennen: Intersexualität zwischen Pathologie, Selbstbestimmung und leiblicher Erfahrung. Bielefeld: Transcript.
- Zehnder, K. 2014. Die Stellungnahmen des Deutschen Ethikrats und der Schweizerischen Nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin in kritischer Perspektive. *psychosozial* 37, 135, 27–42.
- Zehnder, K. & Streuli, J. C. 2012. Kampf der Diskurse? Unverständnis und Dialog. In K. Schweizer & H. Richter-Appelt Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen. Beiträge zur Sexualforschung. Gießen: Psychosozial-Verlag, 395–413.
- Zobel, S. 2014. Intergeschlechtlichkeiten - eigene Realitäten, eigene Normen. In E. Schneider & C. Baltes-Löhr Normierte Kinder. Effekte der Geschlechternormativität auf Kindheit und Adoleszenz. Bielefeld: transcript Verlag, 227–247.

## **Abkürzungsverzeichnis**

AGS = Adrenogenitales Syndrom

DSD = Disorders of Sex Development

GdB = Grad der Behinderung

ICD = International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

## **Anhang**

I	Kommentar zur Titelseite.....	79
II	Ausformulierter Interviewleitfaden.....	80
III	Materialvorschläge für die Bildungs- und Beratungsarbeit.....	85
IV	Eidesstattliche Erklärung.....	89
V	Interview-Transkripte.....	separater Anhang

## I      **Kommentar zur Titelseite**

Im Sinne einer Entpathologisierung ‹normabweichender› Geschlechtsmerkmale klang in den Interviews immer wieder an, den Blick auf das Positive zu richten, die Vielfältigkeit anzuerkennen und den Menschen als Gesamtkunstwerk zu betrachten (vgl. Exp.3, 12: 504). Die Grafik auf der Titelseite soll nur auf den zweiten Blick erkennen lassen, dass sie stilisiert die Variationsbreite der äußeren Geschlechtsorgane darstellt, welchen jahrelang, im Falle einer Inter\*-Geburt, nahezu keinerlei positive Aufmerksamkeit zukam. Dem soll in dieser Arbeit eine andere Perspektive entgegengesetzt werden. Unabhängig möglicher Assoziationen soll auf den ersten Blick und auch darüber hinaus die Ästhetik (im Sinne von Harmonie, Schönheit und Natürlichkeit) angesprochen werden, die jeder Mensch, ob innerhalb der momentan geltenden Geschlechternormen oder außerhalb, für sich und seinen Körper beanspruchen darf. Darüber hinaus soll eine Frage angeregt werden, nämlich die, ob Genitalien wahrhaftig die Bedeutung verliehen werden soll, welche ihnen bei der Geburt (oft unbewusst) zugestanden wird. Indem Genitalien zu ernst genommen werden, wird, nach Kessler, nicht das einzigartige Genital respektiert sondern lediglich die Idee einer Idealvorstellung (vgl. Kessler 1998, 118). Sollte man nicht vielmehr diesen einmaligen Menschen auf dieser Welt willkommen heißen und wahrhaftig als Gesamtkunstwerk betrachten?

## II Ausformulierter Interviewleitfaden

I	Persönliche Motivation/ Generelles zur Einrichtung	Unterfragen	erwähnt? evtl. nachfragen
<p>Könnten Sie zum Einstieg kurz schildern, welche Ihre Aufgaben hier in der Beratungsstelle XY sind und wie Ihr beruflicher Hintergrund aussieht?</p>	<p>a) Könnten Sie mir kurz auch etwas zu Ihren persönlichen Beweggründen für Ihre Tätigkeit erzählen?</p>		
	<p>b) Wie haben Sie sich selbst qualifizieren können?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fortbildungen?</li> <li>○ Eigeninitiative?</li> </ul>	
<p>Was gab den Anstoß für die Etablierung der Beratungsstelle XY? Wer waren die Initiatoren bzw. wer hat wie insistiert?</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wie wird die Beratungsarbeit finanziert?</li> <li>○ Handelt es sich um ein befristetes Projekt?</li> </ul>	

II	Konkretes Handlungsfeld	Unterfragen	erwähnt? evtl. nachfragen
	Könnten Sie mir, um einen Einblick in Ihre Arbeit zu bekommen, schildern, welche Angebote bei Ihnen für Inters* bereitgestellt werden?	<p>a) Welche Angebote werden wie von wem genutzt?</p> <p>b) Wer leistet die Beratung? Welche Hintergründe haben die Berater*innen?</p> <p>c) Wie beurteilen Sie die Aufsuche-Frequenz Ihrer Klient_innen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Inters/ Eltern/ Angehörige/ Freunde/ Professionelle??</li> <li>○ Inwieweit wurde das Angebot angenommen?</li> <li>○ arbeiten auch intergeschlechtliche Berater*innen im Team?</li> <li>○ ehrenamtlich oder honoriert?</li> <li>○ Gibt es häufiger einmalige Besuche, oder auch Klient*innen, die die Beratung über einen langen Zeitraum nutzen?</li> </ul>
	Mich interessieren auch die Inhalte der Beratung. Was führt Ihre Klientel zu Ihnen in die Beratungsstelle?	<p>a) Welche Bedarfe werden von wem geäußert?</p> <p>b) Gibt es wiederkehrende Themen? Probleme, die gehäuft thematisiert werden?</p> <p>c) Können Sie seit Gründung der Einrichtung Veränderungen bzgl. der Thematisierungen verzeichnen? Gibt es „Trends“?</p> <p>d) Wie hoch schätzen Sie den Anteil an Problematisierungen in Bezug auf die eigene Intergeschlechtlichkeit (/des Kindes) im Vergleich zu „alltäglichen“ Problemen, die jedem begegnen können, egal ob Inter* oder nicht?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Muster?</li> <li>○ rechtl. Fragen; Problematiken im Umfeld; einfach mal reden; Unwissenheit; fehlende/ Probleme mit Aufklärung; unabhängig von der sex. Identität etc..</li> <li>○ (bspw. bedingt durch best. Ereignisse: die Änderung des PstG in Deutschland/ öffentlichkeitswirksame Auftritte intergeschlechtlicher Menschen/ Filme)</li> <li>○ müssen es immer „Probleme“ sein, die Inters* in die Beratung führen</li> <li>○ was resultiert woraus?</li> </ul>
	<p>Könnten Sie schildern, welchen Hindernissen, Herausforderungen und Hürden Sie im (beraterischen) Alltag begegnen?</p> <p>→ ich meine dabei Schwierigkeiten, die vielleicht auch typisch für das Handlungsfeld „Beratung“ sind, also evtl. auch die Grenzen dieser Form der Unterstützung...</p>	<p>a) Wie gehen Sie mit der Differenziertheit der Anliegen um? Es handelt sich ja um ein sehr komplexes Themenfeld, allein schon die Art und der Zeitpunkt der „Diagnosenstellung“ oder die Form der erfahrenen Aufklärung wirkt sich ja stark darauf aus, was wann evtl. problematisch und ggf. problematisiert wird..</p> <p>a) Kommt es vor, dass Anliegen an Sie herangetragen werden, bei welchen Sie an eigene Grenzen stoßen? Was wären beispielhafte Anliegen?</p> <p>c) Fallbeispiel: Angenommen ich würde als Inter* im Teenageralter in Ihre Beratung kommen. Ich wäre im Kindesalter nicht operiert worden, hätte allerdings Hormone bekommen. Nun spiele ich mit dem Gedanken, einen chirurgischen Eingriff vornehmen zu lassen. Allerdings verspüre ich auch Angst, Zweifel, Unsicherheit. Was wäre Ihnen in diesem Fall wichtig, mir mit auf den Weg zu geben?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>(Falls hier bereits auf Schwierigkeiten in der Kooperation mit anderen Institutionen eingegangen wird → auf späteren Teil im Interview verweisen)</i></li> <li>○ Gibt es die Möglichkeit zur Supervision/ kol. Austausch</li> <li>○ Welche Rolle spielt für Sie die (Nicht-) Betroffenheit?</li> <li>○ Wünschen sich manche intergeschlechtliche Ratsuchende lieber eine*n inter*-Berater*in?</li> </ul>

III	Psychosoziales Versorgungsnetz/ IST-Zustand	Unterfragen	erwähnt? evtl. nachfragen
	Seit einigen Jahren wird in der Fachliteratur zusätzlich zu medizinischen Gesichtspunkten vermehrt auch das psychosoziale Befinden intergeschlechtlicher Menschen in den Fokus gerückt. Wie schätzen Sie das aktuelle psychosoziale Versorgungsnetz für intergeschlechtliche Menschen ein?	a) Haben Sie den Eindruck, dass die theoretischen Reflexionen bzgl. verbesserter psychosozialer Versorgung in der Praxis umgesetzt wurden?	→ Falls ja, woran machen Sie das fest? → Falls nein, haben Sie eine Erklärung dafür?
		b) Was müsste, Ihrer Ansicht nach, verbessert werden, damit ein gutes psychosoziales Versorgungsnetz gewährleistet werden kann?	
	Gibt es Anfragen/ Bedarfe, die Sie (professionell bedingt) nicht/ nicht ausreichend bedienen können?	b) Kommt es vor, dass Bedarfe geäußert werden, die von anderen Stellen zu bearbeiten wären, diese jedoch nicht auf Inter*-Klientel abgestimmt sind?	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wie schätzen Sie den Zugang intergeschlechtlicher Menschen zu Leistungen der Regelversorgung ein?/ Gibt es Hürden; Hindernisse? psychosozial + medizin.</li> <li>○ Wird Intergeschlechtlichkeit in der Regelversorgung mitgedacht?</li> </ul>
	Wie erleben Sie die inter-/ transdisziplinäre Kooperation im Inter*-Versorgungsnetz?	a) Kann man eine Vernetzung (bspw. zu Ärzten/ Support-Groups..) herstellen und wird dies überhaupt von Ratsuchenden gewünscht?	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wird dies ebenfalls von Seiten der Ärzte gewünscht?</li> <li>○ Gibt es Situationen, in denen man eine ablehnende/ unkooperative Haltung anderer Professionen erfährt?</li> </ul>
		b) Falls eine Vernetzung gewünscht wird: Haben Sie Ideen wie eine bessere Vernetzung gewährleistet werden könnte?	
		c) Kommen wir zurück zu unserem fiktiven Fallbeispiel (s.o.): Falls der Entschluss zu einem chirurgischen Eingriff bereits konkret ist: Gibt es weiterführende Stellen, an welche Sie mich anbinden könnten...? Was geschieht als nächstes? Wo wende ich mich hin?	

IV	Qualifizierungsmöglichkeiten/ SOLL-Zustand?	Unterfragen	erwähnt? evtl. nachfragen
	Welche Qualifikationen sind in der Beratungsarbeit mit intergeschlechtlichen Menschen besonders gefragt?	a) Wie werden Ihre Berater*innen fortgebildet/ auf den Job vorbereitet? b) An welchen Idealen und Prinzipien orientieren Sie sich bei Ihrer Arbeit? c) Was ist Ihre Ansicht darüber, dass sehr viele intergeschlechtliche Menschen unentgeltliche (Beratungs-)Arbeit leisten? d) Werden Sie häufig von Kolleg*innen anderer Disziplinen kontaktiert um den eigenen Beratungsbedarf zum Thema Intergeschlechtlichkeit zu decken?	  ○ Ehrenamt vs. Professionalisierung ○ Expertenstatus  ○ Teams?/ Einzelpersonen? ○ Was sind die Beweggründe?
	Wie schätzen Sie den Bedarf an Inter*-spezifischer Weiterqualifizierung bei (Sozial-)Pädagog_innen ein?  (unabh. vom spezif. Berufsfeld).	a) Haben Sie eine Erklärung dafür, dass Intergeschlechtlichkeit so selten Eingang in die Ausbildung sozialpädagogischer Fachkräfte findet? b) Hätten Sie einen Ratschlag für Sozialpädagog_innen, die sich gerne für eine Arbeit mit intergeschlechtlicher Klientel qualifizieren möchten? c) Wie könnte, Ihrer Meinung nach, eine erhöhte Sensibilität zum Thema Intergeschlechtlichkeit bei regelhaften psychosozialen Einrichtungen/ Beratungsstellen hergestellt werden? d) Wie könnte es gelingen, dass Intergeschlechtlichkeit in den Lehrplänen der FHs, Unis, Schulen regelhaft verankert wird?	○ Unwissen? Fehlwissen? ○ Unsicherheit? ○ Tabuisierung?  ○ gibt es weitere Anlaufstellen, zusätzlich zu den Fortbildungsangeboten?  ○ Genderkompetenz?  ○

V	Zukunftsvisionen/ Ideale	Unterfragen	erwähnt? evtl. nachfragen
	<p>Was fokussieren Sie mit Ihrer Arbeit; Welches Ziel haben Sie vor Augen?</p> <p>Worin sehen Sie Ihren Auftrag?</p>	<p>a) Was sind beispielhafte Momente, in denen Sie denken: Jawohl, es ist wichtig, was ich hier mache.</p>	
	<p>Was ist wünschenswert für die Zukunft? Was würden Sie gerne verändern?</p> <p>(evtl. auch stellvertretend für Ihre Klient*innen)</p>	<p>a) Was könnte in Zukunft besser werden?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Was hindert uns daran?</li> </ul>
	<p>Gibt es Themen, die Sie in unserem Gespräch vermisst haben, auf die Sie aber gerne noch mal eingehen möchten?</p> <p>Kritik?</p>		

### III Materialvorschläge für die Bildungs- und Beratungsarbeit

#### Materialien für die Bildungsarbeit zum Thema Intergeschlechtlichkeit

Filme	
<p><b>Die Katze wäre eher ein Vogel...</b> Ein visuelles Hörstück Jilg, M. (2007) 55 min.</p>	<p>Experimentelle Dokumentation über 4 intergeschlechtliche Biografien. Thematisiert werden Erfahrungen in Bezug auf das eigene Körperempfinden, Pathologisierung und chirurgische Eingriffe sowie auf die zwanghafte Verortung innerhalb der Geschlechtsbinarität. → zu beziehen über: <a href="http://www.die-katze-ist-kein-vogel.de">www.die-katze-ist-kein-vogel.de</a></p>
<p><b>XXY</b> Spielfilm (FSK12) Puenzo, L. (2007) 87 min.</p>	<p>Einfühlsames, argentinisch-spanisch-französisches Drama über Alex, eine*n intergeschlechtliche*n Jugendliche*n, die_der sich auf der Suche nach der eigenen Geschlechtsidentität befindet. (Achtung, der Film enthält eine Szene, die einen sexuellen Übergriff darstellt). → <a href="http://www.xxy-film.de">www.xxy-film.de</a></p>
<p><b>Tintenfischalarm</b> Dokumentation Scharang, E. (2006) 107 min.</p>	<p>Ein biographisches Filmportrait über Alex Jürgen, welches mit einer beeindruckenden Offenheit von wichtigen Stationen im Leben des intersexuellen Alex Jürgen erzählt.</p>
<p><b>Das verordnete Geschlecht</b> Dokumentation Tolmein, O. &amp; Rortermund, B. (2001) 62 min.</p>	<p>Bekannteste deutsche Dokumentation über Intergeschlechtlichkeit, in der Positionen von Inters*, Angehörigen und Mediziner*innen vorgestellt werden. → <a href="http://www.das-verordnete-geschlecht.de">www.das-verordnete-geschlecht.de</a></p>
<p><b>Hermes und Aphrodite</b> Trickfilm (FSK0) Zootzky, G. (2013) 9 min. 55 sec.</p>	<p>Der Trickfilm betont die Natürlichkeit von Intergeschlechtlichkeit und erzählt von Sascha, die* als Mädchen aufgewachsen ist und in ihrer* Pubertät entdeckt, dass sich ihr* Körper anders entwickelt als bei anderen Mädchen. für Kinder bis 10 Jahre → zu beziehen über: <a href="mailto:gvzootz-ky@yahoo.de">gvzootz-ky@yahoo.de</a></p>
<p><b>Der Weg zu Dir</b> Trickfilm Pauli, A. 3 min. 50 sec.</p>	<p>Bewegender Trickfilm über die liebevollen Gefühle eines Elternpaars ihrem intergeschlechtlichen Kind gegenüber. → <a href="http://www.youtube.com/watch?v=u73b7ZYq8a0">www.youtube.com/watch?v=u73b7ZYq8a0</a></p>
<p><b>Mein Sommer mit Mario</b> Drama (FSK12) Solomonoff, J. (2012) 88 min.</p>	<p>Einfühlsames Drama über das Erwachsenwerden, über sexuelle Identität, ein Geheimnis und über die Freundschaft zwischen Jorgelina und Mario.</p>
<p><b>Orchids – My intersex adventure</b> Dokumentation Hart, P. (2010) 26 min.</p>	<p>Australischer Dokumentarfilm von Phoebe Hart. → <a href="http://www.orchids-themovie.com">www.orchids-themovie.com</a></p>

Texte etc.	
Kindergarten- bis Grundschulalter	
<b>Lila oder was ist Intersexualität?</b> Intersexuelle Menschen e.V.	Liebevolles Kinderbuch das die Vielfältigkeit der Menschen beschreibt. Geeignet zur Unterstützung der Aufklärung kleiner Kinder. → <i>Download: <a href="http://www.db.intersexuelle-menschen.net/includes/pdf/Lila.pdf">www.db.intersexuelle-menschen.net/includes/pdf/Lila.pdf</a></i>
<b>Jill ist anders</b> – Ein Kinderbuch zur Intersexualität. Rosen, U. (2015) Salmo Verlag	Kinderbuch zur Intergeschlechtlichkeit. Auf der Homepage sind zusätzliche Handreichungen für Erzieher*innen und Grundschullehrer*innen erhältlich. → <i><a href="http://www.kinderbuch-intersexualitaet.de/downloadbereich.html">www.kinderbuch-intersexualitaet.de/downloadbereich.html</a></i>
6-12 Jährige	
<b>Ganz schön intim</b> Sexualerziehung für 6 - 12 Jährige Selbstlaut e.V. (2013)	Kapitel D4 und D9 behandeln die Thematik Intergeschlechtlichkeit auf eine wertschätzende Art und Weise und sensibilisieren für das selbstverständliche Mitdenken von Intersex*. → <i>Download: <a href="http://www.selbstlaut.org/_TCgi_Images/selbstlaut/20130718152344_Ganz_Schoen_Intim_Juli2013.pdf">www.selbstlaut.org/_TCgi_Images/selbstlaut/20130718152344_Ganz_Schoen_Intim_Juli2013.pdf</a></i>
ab etwa 16 Jahren	
<b>Ach, so ist das?!</b> – Schradi, M. (2014) Zwerchfell Verlag	Sammlung biographischer Comicroportagen von LGBTI* → <i>Teilweise im Web veröffentlicht unter: <a href="http://www.achsoistdas.com">www.achsoistdas.com</a></i>
<b>BLITS-Quiz.</b> Intersexuelle Menschen e.V.	Eine Reise durch den Geschlechterdschungel: Diskussionsspiel zur Lebensvielfalt von Menschen. → <i>Zu beziehen über <a href="http://www.intersexuelle-menschen.net">www.intersexuelle-menschen.net</a></i>
<b>Hexenblut</b> Comicroman Lötzerich, S. (2014) Luftschacht-Verlag	(ab Oberstufe) Eindrucksvolle Graphic Novel. Intensiv, offen und autobiographisch.
<b>Unterrichtseinheit vom Umgang mit der Intergeschlechtlichkeit</b> Rosen, U. (2009) Unterricht Biologie	Nicht-pathologisierende Unterrichtsmaterialien. Einbezogen wurden neben dem rechtlichen und medizinischen Fokus die Perspektiven der Betroffenen. → <i>Download: <a href="http://www.kinderbuch-intersexualitaet.de/UE%20Aktualisierung%2026.03.2015.pdf">www.kinderbuch-intersexualitaet.de/UE%20Aktualisierung%2026.03.2015.pdf</a></i>
<b>Inter: Erfahrungen intergeschlechtlicher Menschen in der Welt der zwei Geschlechter</b> Barth, E. u. a. (2013) NoNo Verlag	Sammlung von Texten sowie Kunstwerken internationaler intergeschlechtlicher Menschen, die durch solidarische Texte ergänzt wurden.
<b>Mein intersexuelles Kind:</b> weiblich männlich fließend Morgen, C. (2013) Transit Buchverlag	Persönliche Erzählung einer Mutter. Ergänzt durch Interviews mit Ärzt*innen, anderen Eltern, Intersex* und Interessensgruppen.
<b>Ich war Mann und Frau.</b> Mein Leben als Intersexuelle Völling, C. (2010) Fackelträger Verlag	Christiane Völling erzählt in ihrer* bewegenden Biografie von ihrem* Leben als Intersex*.
<b>Intersexualität - Intersex: eine Intervention</b> Voß, H.-J. (2012) Unrast Verlag	Kurze Publikation über Intergeschlechtlichkeit, die sich gut als Einführung in die Thematik eignet.

<p><b>1-0-1 [one 'o one]</b>  <b>intersex:</b> Das Zwei-Geschlechter-System als Menschenrechtsverletzung  NGBK (2005)  NGBK-Verlag</p>	<p>Künstlerische Publikation zum Projekt 1-0-1 Intersex, einem Ausstellungs- und Archivprojekt der Neuen Gesellschaft für Bildende Kunst.  Breite Auseinandersetzung mit den Geschlechtergrenzen anhand von künstlerischen, aktivistischen und wissenschaftlichen Beiträgen.</p>
<p><b>Intersexualität kontrovers.</b>  Grundlagen, Erfahrungen, Positionen.  Schweizer, K. &amp; Richter-Appelt, H. (2012)  Psychozial-Verlag</p>	<p>Umfassende Sammlung transdisziplinärer Beiträge zum Thema Intergeschlechtlichkeit.</p>

### Materialien für die Beratungs- und Antidiskriminierungsarbeit zum Thema Intergeschlechtlichkeit

<p><b>Intergeschlechtlichkeit: Impulse für die Beratung</b>  Tillmanns, M. (2015)  Psychozial-Verlag</p>	<p>Handlungsempfehlungen für eine inter*-sensible Beratungspraxis, die auf einer engen transdisziplinären Kooperation mit Selbsthilfe und Peer-Beratung basieren.</p>
<p><b>Intergeschlechtlichkeit als Thema in Pädagogik und Sozialer Arbeit</b>  Hechler, A. (2014)  Sozialmagazin 39  S. 46–53.</p>	<p>Darstellung der Problematiken in der pädagogischen Thematisierung von Inter* und Impulse für eine Integration der Thematik in die eigene pädagogische Praxis</p>
<p><b>Inter* und Sprache</b>  TrIQ/ TransInterQueer (2015)</p>	<p>Eine Auswahl inter*relevanter Begriffe, mit kritischen Anmerkungen vom TrIQ-Projekt » Antidiskriminierungsarbeit &amp; Empowerment für Inter* «  → <i>Download:</i>  <a href="http://www.transinterqueer.org/download/Publikationen/InterUndSprache_A_Z.pdf">www.transinterqueer.org/download/Publikationen/InterUndSprache_A_Z.pdf</a></p>
<p><b>Ratgeber zu Transgeschlechtlichkeit, Intergeschlechtlichkeit und Mehrfachdiskriminierung</b>  Netzwerk Trans*-Inter*-Sektionalität</p>	<p>Eignet sich für professionell Arbeitende, die eine intersektionale Einsicht in die Problemlagen und Belange trans- sowie intergeschlechtlicher Menschen erlangen möchten.  → <i>Download:</i> <a href="http://www.transintersektionalitaet.org/wp-content/uploads/2014/12/web_tis_brosch_auf_2_140931.pdf">www.transintersektionalitaet.org/wp-content/uploads/2014/12/web_tis_brosch_auf_2_140931.pdf</a></p>
<p><b>Inter* - Hinweise für Ärzt_innen, Psycholog_innen, Therapeut_innen &amp; andere med. Berufsgruppen</b>  TrIQ und IVIM</p>	<p>Leitfaden für einen wünschenswerten professionellen Umgang mit intergeschlechtlichen Menschen  → <i>Download:</i>  <a href="http://www.transinterqueer.org/download/Publikationen/InterSensibroschuere_2013.pdf">www.transinterqueer.org/download/Publikationen/InterSensibroschuere_2013.pdf</a></p>
<p><b>Zwischen den Geschlechtern?!</b>  Intersexuelle Menschen Landesverb. Niedersachsen e.V.</p>	<p>Wissen, Beratung und Selbsthilfe für intersexuelle Menschen, ihre Familien und Angehörigen sowie ihr Umfeld</p>
<p><b>Was ist es denn?</b>  Intersexualität/ DSD  Intersexuelle Menschen e.V. (2014)</p>	<p>(Nicht nur) für Hebammen informative Broschüre zur Intersexualität  → <i>Download:</i> <a href="http://www.db.intersexuelle-menschen.net/includes/pdf/Hebammenbroschuere_2014.pdf">www.db.intersexuelle-menschen.net/includes/pdf/Hebammenbroschuere_2014.pdf</a></p>

**Internetadressen (Deutschland/ Schweiz/ Österreich) Stand: 06.08.2016**

<b>AGS – Eltern &amp; Patienteninitiative</b>	<a href="http://www.ags-initiative.de">www.ags-initiative.de</a>	Verein für Eltern und <Betroffene> (Adrenogenitales Syndrom)
<b>Deutsche Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität</b>	<a href="http://www.dgti.org">www.dgti.org</a>	Deutsche Plattform/ Lobbyarbeit für inter*- & transgeschlechtliche Menschen
<b>Deutsche Klinefelter-Syndrom-Vereinigung</b>	<a href="http://www.klinefelter.de">www.klinefelter.de</a>	Deutsche Selbsthilfeorganisation (Klinefelter)
<b>DSD-Life</b>	<a href="http://www.dsd-life.eu">www.dsd-life.eu</a>	Europäisches Forschungsprojekt zur Situation intergeschlechtlicher Menschen
<b>Homosexuellen Initiative Salzburg (HOSI)</b>	<a href="http://www.hosi.or.at">www.hosi.or.at</a>	Österreichischer Verein für LGBTI*-Belange: Öffentlichkeitsarbeit, Vernetzung + Beratungsangebote...
<b>Internationale Vereinigung Intergeschlechtlicher Menschen (IVIM)</b>	<a href="http://www.intersexualite.de">www.intersexualite.de</a>	Deutsche Vertretung der Internationalen Vereinigung Intergeschlechtlicher Menschen
<b>Ins A Kromminga</b>	<a href="http://www.genderfreenation.de/">www.genderfreenation.de/</a> <a href="http://www.abject.de">www.abject.de</a>	Künstlerisches Projekt zur Hinterfragung bestehender Normen
<b>Meingeschlecht</b>	<a href="http://www.meingeschlecht.de">www.meingeschlecht.de</a>	Portal für Inter* Trans* Genderqueere Jugendliche. Verzeichnis über Anlaufstellen.
<b>Netzwerk DSD/ Intersexualität</b>	<a href="http://www.netzwerk-dsd.de">www.netzwerk-dsd.de</a>	Deutsches Netzwerk mit zugehörigen Forschungsprojekten zu Intergeschlechtlichkeit
<b>Oriental Queer Organisation Austria</b>	<a href="http://www.orqoa.at">www.orqoa.at</a>	Die ORQOA setzt sich für die Anerkennung der Rechte von Migrant*innen aus der LGBT-Community in Österreich ein
<b>Plattform Intersex Österreich</b>	<a href="http://www.plattform-intersex.at">www.plattform-intersex.at</a>	Netzwerk zur Bündelung vorhandenen Wissens & mit dem Ziel, die Situation intergeschlechtlicher Menschen zu verbessern
<b>Queer Leben</b>	<a href="http://www.queer-leben.de">www.queer-leben.de</a>	Beratungsangebot für inter*- und transgeschlechtliche Menschen
<b>Selbsthilfegruppe XY-Frauen</b>	<a href="http://www.xy-frauen.de">www.xy-frauen.de</a>	Deutsche Selbsthilfegruppe für XY-Frauen
	<a href="http://www.eltern.xy-frauen.de">www.eltern.xy-frauen.de</a>	Selbsthilfegruppe für Eltern
<b>Turner-Syndrom-Vereinigung Deutschland</b>	<a href="http://www.turner-syndrom.de">www.turner-syndrom.de</a>	Deutsche Selbsthilfeorganisation (Turner-Syndrom)
<b>Verein Intergeschlechtlicher Menschen Österreich</b>	<a href="http://www.vimoe.at">www.vimoe.at</a>	Erster Verein Österreichs zur Verbesserung der Situation intergeschlechtlicher Menschen. Angebot des Peer-Supports.
<b>Verein Intersexuelle Menschen e.V.</b>	<a href="http://www.im-ev.de">www.im-ev.de</a>	Bundesverband Deutschland: Interessensvertretung für intergeschlechtliche Menschen. Verfügt über Landesverbände inkl. Beratungsangebote/ Peer-support...
	<a href="http://www.shg.im-ev.de">www.shg.im-ev.de</a>	Zugehörige Selbsthilfegruppe
<b>Zwischengeschlecht</b>	<a href="http://www.zwischengeschlecht.org">www.zwischengeschlecht.org</a>	Schweizer Lobbygruppe für die Berücksichtigung der Menschenrechte für intergeschlechtliche Menschen.

## IV Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift