

Schluss

i. **Seelenmetaphysik und nicht diskursivierbares Empfinden vs. reduktionisch-physiologische Medizin und der Wille zur Diagnose**

Mit meiner Arbeit habe ich versucht, einem „Willen zur Diagnose“ auf die Spur zu kommen: dem Willen zur medizinischen Konstruktion der Diagnose ‚Transsexualität‘. Dies in einem doppelten Sinn: zum einen dem Willen, im konkreten Fall bei einem Patienten die Diagnose ‚transsexuell‘ zu stellen; zum anderen dem Willen zur Konstruktion der Transsexualität als einer nicht-psychiatrischen durch somatische Eingriffe behandelbaren Krankheit. In beiderlei Hinsicht setzte sich der Wille gegenüber dem ‚Unwillen zur Diagnose‘ dispositivgeschichtlich durch. Hausman wies darauf hin, dass es zur Produktion der transsexuellen Subjektivität nicht notwendig war, dass die Mehrheit der medizinischen Profession dem gegenüber positiv eingestellt war; vielmehr habe ausgereicht die „acceptance by a significant group of well-placed doctors who had at their disposal resources to make sex-change surgery possible“.¹ Die Tatsache, dass es bis in die 1970er Jahre nur einige ‚Brennpunkte‘, nur einige Orte auf der Welt gab, an denen Geschlechtsumwandlungen möglich waren, katalysierte vielleicht eher die Dynamik der medizinischen Konstruktion als Wechselspiel von Forschung und Behandlung als dass es die Dynamik bremste. Und die Geschlechtsumwandlungswilligen wussten, wo das technisch Machbare zu bekommen war. Diese signifikante Gruppe von Ärzten, der auch die von mir analysierten Vertreter des us-amerikanischen Legitimationsdiskurses zuzurechnen sind, hat einen Entwicklungsprozess angestoßen, der zur offiziellen nosologischen Konstituierung der Transsexualität geführt hat: zu ihrer Aufnahme in die *Internationale Klassifikation der Krankheiten* der Weltgesundheitsorganisation (1975) sowie in das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* der American Psychiatric Association (1980).

Das bedeutet jedoch nicht, dass sich nun alle Mediziner dieser Meinung angeschlossen hätten. Kritiker gibt es immer noch, Psychiater mit einem Willen zur Diagnose ‚psychiatrische Störung‘, die grundsätzlich nicht bereit sind, in ihrem Gutachten eine gegengeschlechtliche Identität als Voraussetzung für geschlechtsumwandelnde Eingriffe zu diagnostizieren. Gleichwohl gibt es in vielen Ländern auf das Phänomen Transsexualität spezialisierte Kliniken sowie wohlwollende Gutachter, die einerseits als ‚gate-keeper‘ oder Prüfungsinstanz fungieren und das Begehren des Operationskandidaten eingehend prüfen, jedoch andererseits diesem Operationsbegehren nicht grundsätzlich ablehnend gegenüber stehen. Doch auch Gegenbewegungen sind zu verzeichnen. So fühlte sich Mitte der 1980er Jahre einer der damaligen Exponenten des Legitimationsdiskurses und Leiter der Gender-Identity-Klinik in Los Angeles, Robert Stoller, vielleicht von der ‚Gender-Identity-Bewegung‘ überrollt; er wurde jedenfalls zu einem vehementen Kritiker von Geschlechtsumwandlungen. Dass die Krankheit

¹ Hausman (1992), S. 276f.

Transsexualität Gegenstand eines gesellschaftlichen Aushandlungsprozesses in einem historisch spezifischen Macht/Wissens-Raum war und noch immer ist, zeigt ihren besonderen medizinischen Status.

Bevor ich die Faktoren dieses historischen Aushandlungsprozesses, die Macht/Wissens-Strukturen im Geschlechtsdispositiv, resümierend darstelle, gehe ich auf das diagnostische Grundproblem ein, das ein erkenntnistheoretisches Problem ist. Die Metapher ‚weibliche Seele im männlichen Körper‘ symbolisiert diesen Sachverhalt. Transsexuelle äußern ein nicht diskursivierbares subjektives Identitätsempfinden. Die nicht vermittelbare transsexuelle Empfindung wird positiv repräsentiert durch den Begriff ‚Seele‘, der diffus an abendländisches kulturgeschichtliches Wissen appelliert und so den Geltungsanspruch ihrer Empfindung unterstreicht: ihr mit der metaphysischen Substanz ‚Seele‘ konnotiertes Empfinden sei zwar nicht beweisbar, aber trotzdem nicht in Frage zu stellen.

Ein literarischer Text, *A Curious Child* von Richard Walker,² verdeutlicht den diskursiven Bruch zwischen dem transsexuellen Subjekt und der ärztlichen Objektivierungsinstanz als diagnostisches Problem. Der Ich-Erzähler ist transsexuell und hat sich einer Geschlechtsumwandlungsoperation unterzogen. Seine Frage, ob die über vier Generationen erzählte Familiengeschichte etwas zum Verständnis seiner Person beitragen könne, ist rhetorisch gemeint. Den Ich-Erzähler, der mit den gängigen psychologischen Erklärungsmodellen von Transsexualität vertraut ist, beschleicht das Gefühl, die entscheidende Nuance übersehen zu haben. Doch sein Gefühl einer inneren Entfremdung sei für ihn vor allen Erklärungsversuchen eine Tatsache: „It seems then I detected that alienation in myself as soon as I felt it but that in order to justify to everyone else what I was doing I had to construct it as a theory. Detection then for our own motives but construction to explain them to others and sometimes to ourselves too.“³

Der Ich-Erzähler bezeichnet sich als spirituellen Menschen. Der Glaube an etwas vom Körper Unabhängiges ist für ihn die einzige Legitimation der chirurgischen Intervention, die so zu einem magischen Ritual der Beseelung des manipulierten Körpers wird und anderenfalls nur perverse Travestie der Natur wäre: „Indeed, it is only my faith in the invisible, the un-touchable that can't be examined by probing vaselined gloves, or X-rayed, or reveal itself as a lime-green blip on an oscilloscope, only my knowledge that something lies beyond these medical surfaces that has brought me this far.“⁴ Der Ich-Erzähler umschreibt sein nicht vermittelbares Gefühl der Entfremdung, das er im gesamten Buch vermeidet, auf den Begriff ‚transsexuell‘ zu bringen, religiös-metaphysisch. Er vergleicht es mit der Grenzerfahrung des klinisch Totseins, ein Zustand, in dem laut den Berichten der Überlebenden das Selbst den

² Walker (1989). Walker kennzeichnete sein Buch weder als Roman noch als Biographie oder Autobiographie. Vielleicht wählte er die literarische Form, um sich gegenüber dem Erklärungsanspruch einer (Auto-)Biographie abzugrenzen. Als Indiz für die Identität von Autor und Ich-Erzähler Ronald Wilkins könnte die Bemerkung des Ich-Erzählers gelten, dass über den von ihm verlorenen Prozess zur juristischen Anerkennung seines Geschlechtswechsels bereits anderswo zu lesen war. (a.a.O., S. 294.)

³ Walker (1989), S. 273.

⁴ Walker (1989), S. 3.

Körper verlasse. Sein Selbst habe umgekehrt noch nie in seinen Körper eintreten können: „I have never felt at home in the body conceived alongside me (...).“⁵ Die Schmerzen der Geschlechtsumwandlungsoperation vergleicht er mit denen der Kreuzigung. Doch er durchleide diese nicht, um andere zu erretten, sondern um sich von dem Körper zu erlösen, der nicht zu ihm gehöre.⁶ Dem Chirurgen legt der Autor ‚göttliche Worte‘ in den Mund: „I can use my skill to put your self, your spirit, back in touch with its right body.“⁷ Der Chirurg glaubt an eine Reinkarnation seines Patienten, für den seine Geschlechtsumwandlungsoperation Geburt, erlösende Auferstehung oder Eintritt seiner Seele in den (richtigen) Körper ist.⁸

Bei der medizinischen Diagnose von Transsexualität treffen zwei Paradigmen aufeinander: Seelenmetaphysik der Transsexuellen und reduktionistisch-physiologische Humanwissenschaft der Psychiatrie. Das war analog auch bei der medizinischen Diagnose von Homosexualität im 19. Jahrhundert der Fall. Dass die medizinischen Konstruktionen der Homosexualität im 19. Jahrhundert und der Transsexualität im 20. Jahrhundert über diese Metapher, über einen konträrsexuellen Leib-Seele-Dualismus, funktioniert haben, ist auf eine Wechselwirkung dieser Paradigmen zurückzuführen. Ulrichs drückte sein nicht hintergebares Empfinden durch die Leib-Seele-Metapher aus, um sein mann männliches Begehren als sein innerstes Wesen, seine Natur auszuweisen. Die Sexualpathologie erkannte den Ernst dieser Selbstdefinition eines konträrsexuellen Wesens gegenüber bloßen gleichgeschlechtlichen Handlungen an und konstruierte die konträre Sexualempfindung gemäß dem Paradigma der Medizin als Symptom einer die gesamte Persönlichkeit determinierenden Psycho-Neuropathologie. Psychiater, die sich im 20. Jahrhundert mit unabweisbaren Wünschen nach Geschlechtsumwandlung konfrontiert sahen, konstruierten – wenn sie diesen Wunsch nicht generell psychiatrisierten – die Diagnose Transsexualität als durch biologische Faktoren oder bio-psychologische Einflüsse der frühen Kindheit determiniertes Wesen des Subjekts. Die Seelenmetaphysik der homosexuellen und transsexuellen Subjekte diente zur Demonstration des Ernstes ihrer Empfindung, der nicht in Frage zu stellen ist. Die Medizin stellte diese Empfindungen auch nicht in Frage, sondern erklärte sie sich durch Theorien, die ihrem materialistischen Paradigma entsprachen.

Doch nicht nur die medizinischen Konstruktionen der Homo- und Transsexualität, sondern auch die metaphysischen Selbstdefinitionen Homo- und Transsexueller basierten auf Transformationen der Seele und auf der humanwissenschaftlichen Konstruktion von Geschlecht(erordnung) und Begehren, deren Grundlagen ich im ersten Teil meiner Arbeit analysiert habe.

Vor der Konstruktion der Humanwissenschaften war ein individuelles Seelengeschlecht denkunmöglich. Denn in der Antike wurde in die kosmologische Ordnung das Geschlechterverhältnis in das Verhältnis von Seele und Körper eingeschrieben: die *Seele* = *männlich* wur-

⁵ Walker (1989), S. 12.

⁶ Walker (1989), S. 3.

⁷ Walker (1989), S. 280.

⁸ Walker (1989), S. 265, 3, 12.

de über den *Körper* = *weiblich* gestellt. Die hierarchische Geschlechterdifferenz wurde metaphysisch und nicht durch das Körpergeschlecht begründet: die Frau galt als unvollkommener Mann. Obwohl diese kosmologische göttliche Ordnung bereits ab dem 16. Jahrhundert mit dem Aufkommen der neuzeitlichen Wissenschaften ihre Autorität verloren hatte, wurde erst im 18. Jahrhundert die metaphysische Geschlechterordnung von Anthropologie und Medizin in die biologistisch begründete komplementäre Geschlechterordnung transformiert. Der Mann wurde wieder der Frau übergeordnet; die aus der Natur abgeleiteten Geschlechtscharaktere schlossen das heterosexuelle Begehren mit ein.

Dieser Transformation der Geschlechtskonstruktion waren Transformationen der Seele voraus gegangen bzw. diese verliefen parallel. Descartes hatte die transzendente Seele in die subjektimmanente Vernunft transformiert. An dem von ihm begründeten Dualismus von *res cogitans* und *res extensa* arbeiteten sich Philosophie und Medizin ab. Die Humanwissenschaften konstituierten sich im späten 18. Jahrhundert mit dem Ziel der Überwindung der Trennung des Untersuchungsgegenstands ‚Mensch‘ in eine moralische und eine physische Existenz. Insbesondere die Medizin, die Ende des 18. Jahrhunderts zur anthropologischen Leitdisziplin aufgestiegen war, machte sich die Untersuchung des ‚ganzen Menschen‘, nicht nur des Körpers, sondern auch der Psyche und des gegenseitigen Bedingungsverhältnisses von Körper und Psyche zur Aufgabe. In den Humanwissenschaften analysiert sich fortan der Mensch mittels transzendentaler Methode selbst in seiner Endlichkeit und ergründet sein Wesen – ein erkenntnistheoretisches Problem, das Foucault analysierte und das Medizin und andere Humanwissenschaften ignorieren, wenn sie Aussagen beispielsweise über die ‚Natur‘ der Frau, des Mannes, des Homosexuellen oder des Transsexuellen treffen.

Die Seele hatte als problematische Kategorie in den Wissenschaften des späten 18. Jahrhunderts keinen Platz mehr. Gegenstand der sich zu der Zeit als empirische Erfahrungswissenschaft konstituierenden Psychologie war die Psyche. Die Medizin transformierte bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts ihren ganzheitlichen Anspruch in einen physiologischen Monismus. Das Seelenorgan, die in der Metaphysik problematische Schnittstelle von Körper und Seele, ging im Nervensystem auf. Die Seele wurde zum Gehirn als Substrat der Psyche transformiert. Geisteskrankheiten wurden als Gehirnerkrankheiten definiert. Maßgeblich für die Etablierung der neuroanatomisch-neurophysiologisch orientierten Psychiatrie in Deutschland war Wilhelm Griesinger. Carl Westphal, der Konstrukteur der konträren Sexualempfindung, stand in dessen direkter Tradition. Erst in diesem Wissensraum bekamen anatomische Merkmale wie Gehirn und Nervensystem ein *individuelles* Geschlecht – wie in Krafft-Ebings Hypothese eines (konträrsexuellen) Sexualitätszentrums – und werden zu den Wesen des Menschen bezeichnenden Merkmalen, die die fundamentale Geschlechterdifferenz begründen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich der konträrgeschlechtliche Dualismus von Körper und Seele im Falle der Homo- wie der Transsexualität nur metaphorisch auf den metaphysischen Substanzdualismus bezog. Die Formel stellt ein reduktionistisch-materialistisches Erklärungsmodell dar, das einen subjektimmanenten Dualismus von Psy-

che/Gehirn und Körper bezeichnet. Ärzte diagnostizierten eine ihre Erfahrung überschreitende homosexuelle bzw. transsexuelle Identität mittels physiologischer, psychologischer, biographischer oder habitueller Zeichen, denen auf der Grundlage von Ätiologiehypothesen, die sich auf die Metapher ‚weibliche Seele im männlichen Körper‘ (bzw. umgekehrt) beziehen lassen, eine ‚Tiefendimension‘ verliehen wurde, die also als Symptome einer Krankheit interpretiert wurden, die dadurch erst konstruiert wurde.

Dass Transsexualität trotz dieser grundsätzlichen diagnostischen Probleme als eine nicht-psychiatrische durch somatische Eingriffe behandelbare Identitätsstörung konstruiert worden ist, ist nicht auf einen Fortschritt des medizinischen Wissens zurückzuführen, sondern auf Macht/Wissens-Strukturen des sich zu Beginn des 20. Jahrhunderts herausbildenden Geschlechtsdispositivs. Diese Strukturen haben Wurzeln, die bis zur Ulrichs’schen Konstruktion des Urnings und darüber hinaus zurück reichen.

ii. **Der experimentelle Beginn der medizinischen Konstruktion der Transsexualität**

Kann der (Neu-)Beginn der genetischen Forschung um 1900 als Beginn des Versuchs, „das Leben von innen her in den Griff zu bekommen“,⁹ angesehen werden, so war für die Konstituierung des Geschlechtsdispositivs zunächst nicht die Genetik, sondern die Hormonforschung entscheidend. Als Wurzel des Geschlechtsdispositivs beschreibe ich die Experimente mit Keimdrüsentransplantationen, die Eugen Steinach in den 1910er Jahren durchgeführt hat. Diese Tierexperimente bedeuteten eine entscheidende Verschiebung hinsichtlich der Frage der Geschlechtsdetermination: Keimdrüsen und Hormone galten nun als die das Geschlecht bestimmenden Merkmale. Aufgrund ihrer sensationellen Effekte einer willkürlichen Verweiblichung bzw. Vermännlichung ließ die Anwendung dieser Versuche beim Menschen nicht lange auf sich warten. Diese endokrinologischen Experimente markieren einen Quantensprung: sie waren der Einstieg in die Erforschung von Geschlecht und Sexualität, in die chemisch-hormonelle Beeinflussung von Geschlechtsmerkmalen und Fruchtbarkeit bzw. Fortpflanzung und nährten die eugenische Utopie der willkürlichen Geschlechtsdetermination. Sie dienten der Erforschung der Ursache der Homosexualität und waren zugleich der Versuch ihrer Heilung. Ich sehe in den Keimdrüsentransplantationen – als medizinisch-technische Realisierung von Wünschen nach Geschlechtsumwandlung – den Beginn des Konstruktionsprozesses der Transsexualität in der nichtdiskursiven Praxis.

Wünsche nach Geschlechtsumwandlung wurden durch die technische Möglichkeit ihrer Realisierung nicht hervorgebracht, wohl aber entscheidend modifiziert. Das Gefühl, im bei Geburt zugewiesenen Geschlecht nicht zu Hause zu sein, verbunden mit der Wunschvorstellung, lieber dem anderen Geschlecht anzugehören, konnte erst unter den Voraussetzungen der Realisierbarkeit und dem Wissen um diese Realisierbarkeit seitens der Geschlechtsumwandlungswilligen zu einem konkreten Willen werden, der unbeirrbar gegenüber Ärzten vertreten

⁹ Treusch-Dieter (1990), S. 234. Mendels Theorien waren um 1900 wieder entdeckt worden und lösten erst dann den unaufhaltsamen Aufstieg der Genetik zur Erklärung des Lebens aus.

wurde. Aus dem Wunsch wurden ein biographisches Projekt und ein Behandlungsprozess. So stellten sich ‚Prä-Transsexuelle‘ bereitwillig als Forschungsobjekte zur Verfügung. Körperliche Eingriffe wurden an Geschlechtsumwandlungswilligen durchgeführt, ohne für diese Wünsche eine nosologische Kategorie parat zu haben. Das hatte auch Hirschfeld nicht, der sie der sexuellen Zwischenstufe Transvestitismus zuordnete und Empathie für die an ihrem Geschlecht Leidenden zeigte. In der Regel wurden diese Patienten aber als Psychopathen qualifiziert. Trotzdem ließen sich experimentierfreudige Mediziner auf eine Realisierung technisch machbarer Behandlungswünsche ein, lange bevor Transsexualität überhaupt als eine *nicht*-psychiatrische Geschlechtsidentitätsstörung konstruiert worden ist. Das lag zum Teil auch daran, dass Arzt und Patient unterschiedliche Interessen und Strategien verfolgten, wie beim Eingriff der Kastration. Was ärztlicherseits als Mittel gedacht war, so genannte Sexualpsychopathen ruhig zu stellen, war für Patienten ein Schritt zur gewünschten Geschlechtsumwandlung.

Das konstruktive Wechselspiel aus Erforschung und Behandlung im Geschlechtsdispositiv begann. An der Wurzel dieses Dispositivs katalysierte ein Netz von Macht/Wissensstrukturen eine eigendynamische Entwicklung, bei der das theoretische Interesse an der Ätiologie und das diagnostische Interesse an der Symptomatik der gegengeschlechtlichen Identität hinter anderen Interessen zurückstanden. Als diese zum Teil widerstreitenden Interessen habe ich bestimmt: 1. Forschungsinteressen zur Manipulation von Geschlecht und sexueller Orientierung – ein Interesse, das in den 1920er und 1930er Jahren zudem von politisch-eugenischem Interesse war und unter dem Nazi-Regime zu einer Zwangspraxis von Hormonexperimenten führte; 2. behandlungspraktisches Wissen, das sich für andere Patientengruppen nutzbar machen ließ, wie Hormonbehandlungen oder Techniken der plastischen und der Genitalchirurgie; 3. sexualreformerische Empathie für den Einzelfall; 4. das Wissen der Patienten um die technischen Möglichkeiten einer Geschlechtsumwandlung und ihr darauf basierender Durchsetzungswille.

Die Steinach'schen Keimdrüsentransplantationen erfüllten einerseits experimentell Wünsche nach Geschlechtsumwandlung und sollten andererseits Homosexualität zerstören, ‚heilen‘, durch Entfernung der ‚homosexuellen Hoden‘ und Einpflanzung von Hoden heterosexueller Männer. Das verdeutlicht die enge Verbindung von Homosexualität und Transsexualität im Geschlechtsdispositiv, also hinsichtlich der Erforschung der Ursachen und der Möglichkeiten der Beeinflussung beider Phänomene. Hirschfeld hatte vor den Steinach'schen Experimenten über eine zerebrale Ursache der Homosexualität spekuliert wie andere Vertreter der biologistischen Sexualpathologie auch. Nun schwenkte er auf eine endokrinologische Theorie der Homosexualität um: eine ‚zwittrige Pubertätsdrüse‘ sei ihre Ursache. Die Versuche mit Keimdrüsen – auch die so genannten Heilungsversuche – interpretierte er als experimentellen Beweis seiner Theorie sexueller Zwischenstufen. Dieser Theorie lag die Bisexualitätstheorie zu Grunde: die Theorie, dass sich beide Geschlechter aus einer gemeinsamen Keimanlage entwickeln würden und dass auch entwickelte Individuen Spuren oder Anteile des anderen Geschlechts, physische wie psychische, zeigen würden. Mit Steinachs Experimenten war die

Bisexualitätstheorie nicht mehr nur hypothetisches Interpretationsschema, sondern hatte den Sprung in Labor und Klinik geschafft. So kann festgehalten werden, dass die Bisexualitätstheorie, die um 1900 vorherrschende Theorie in der Sexualpathologie und Sexualwissenschaft, die Trennung des Geschlechtsdispositivs vom Sexualitätsdispositiv vorbereitet hat.

Für die Durchführung der mehr experimentellen als diagnostisch geleiteten Eingriffe bei Wünschen nach Geschlechtsumwandlung spielte zunächst die Bisexualitätstheorie keine Rolle als ein Begründungs- oder Rechtfertigungsmodell. Umgekehrt basierte die Konstruktion der Homosexualität auf dem Begründungsmodell, das zum Kollektivsymbol von Transsexuellen geworden ist: ‚weibliche Seele im männlichen Körper‘ (bzw. umgekehrt). Ulrichs hatte den Urning ursprünglich – die später von ihm ‚Weibling‘ genannte Untergruppe – als ‚prä-transsexuell‘ konstruiert.

iii. Die Konstruktion der Homosexualität als geschlechtliche Inversion im Sexualitätsdispositiv des 19. Jahrhunderts

Mit meiner Archäologie der Metapher ‚weibliche Seele im männlichen Körper‘ bzw. ‚männliche Seele im weiblichen Körper‘ habe ich versucht, zum einen die Wurzeln dieser Konstruktion eines gleichgeschlechtlichen Begehrens über eine innere Weiblichkeit von Männern bzw. eine innere Männlichkeit von Frauen offenzulegen, und zum anderen Transformationen und Kontinuitäten der medizinischen Konstruktion von Homosexualität in Abgrenzung zur Konstruktion der Transsexualität aufzuzeigen.

Die Stereotype der Verweiblichung von Männer liebenden Männern und der Vermännlichung von Frauen liebenden Frauen lässt sich in der abendländischen Kulturgeschichte bis zur Antike zurückverfolgen. Dort war allerdings nur die sexuell passive Rolle des Mannes und die sexuell aktive Rolle der Frau ein ethisches Problem. Der effeminierte Päderast und die vermännlichte Tribade verletzen die soziale Ordnung, nicht die Norm natürlicher Heterosexualität. Wie dem christlichen Mittelalter jede nicht eheliche Fortpflanzungssexualität als Sünde galt, so wurde vor allem das Stereotyp des effeminierten Päderasten tradiert und in die Figur des weibischen sündigen Sodomiten transformiert. Gerichtsakten lassen auf die Existenz von sodomitischen Subkulturen in einigen Städten Nordwesteuropas im 18. Jahrhundert schließen. In diesen Subkulturen funktionierte ein effeminierter Habitus als Erkennungszeichen. Als Reflex auf die aus der Natur abgeleitete komplementäre Geschlechterordnung und den darauf zu beziehenden Aufstieg des bürgerlichen Verständnisses der Ehe als einer egalitären auf gegenseitiger Liebe beruhenden Verbindung einerseits und auf verschiedene Sodomieprozessen in dieser Zeit andererseits verfestigte sich allmählich die Unterscheidung einer sodomitischen Minderheit, die allein schon auf Grund ihres Begehrens als verweiblicht galt, von der Mehrheit der Männer. Bei Frauen fand dieser Trennungsprozess im öffentlichen Bewusstsein erst zur Wende des 20. Jahrhunderts statt.

Die bürgerliche Gesellschaft hatte das Verdikt der Sündhaftigkeit in das der Widernatürlichkeit der gleichgeschlechtlichen Liebe übersetzt. Im späten 18. und in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts gab es Versuche, gegen dieses Verdikt die gleichgeschlechtliche Liebe als

Naturerscheinung zu legitimieren. Hier ist vor allem Heinrich Hösslis zweibändiges Werk von 1836/38 zu nennen, aber auch Friedrich Wilhelm Ramdohrs *Venus Urania* von 1798, dessen kulturalistische Geschlechterdefinition zudem die aus der Natur abgeleitete heteronormative Geschlechterordnung in Frage stellte. Doch verding die Strategie, die im bürgerlichen kulturgeschichtlichen Diskurs der Zeit zu verzeichnende Renaissance der griechischen Antike auszunutzen und deren Interpretation des platonischen Eros (die Spaltung in Päderastie als Knabenschändung und Seelenliebe als pädagogischer Eros) gewissermaßen gegen den Strich zu bürsten, nicht.

Hatte Hössli auch gegen das Stereotyp der Effeminiertheit angeschrieben, so drehte Ulrichs die emanzipatorische Strategie um. Er verankerte die habituelle Verweiblichung des ‚Männlichliebenden‘ als dessen weibliches Wesen, konstruierte den Urning als ‚drittes Geschlecht‘,¹⁰ um die Natürlichkeit des gleichgeschlechtlichen Begehrens zu bewiesen und für dessen Straffreiheit einzutreten. Zur Begründung seiner Behauptung des Angeborensseins der mann-männlichen Liebe rezipierte er – als medizinischer Laie trotzdem ganz auf der Höhe der Zeit – die darwinistische Theorie der Ontogenese des Geschlechtsdimorphismus und übertrug sie auf psychische Phänomene. Auch wenn Ulrichs‘ Strategie keine z. B. am Strafrecht abzulesende emanzipatorischen Erfolge bewirkte, so machte seine Legitimation des gleichgeschlechtlichen Begehrens im 19. Jahrhundert Karriere im Sexualitätsdispositiv und im 20. Jahrhundert im Geschlechtsdispositiv. Seine metaphorische Rede von einer weiblichen Seele im männlichen Körper markiert für mich den Schnittpunkt von Allianz- und Sexualitätsdispositiv hinsichtlich des Bereiches der „Psychiatisierung der perversen Lust“¹¹.

Die sich erst konstituierende Sexualpathologie pathologisierte Ulrichs‘ emanzipatorische Identitätskonstruktion und konstruierte die sexuelle Inversion als eine geschlechtliche Inversion. Kulturell als typisch für das andere Geschlecht kodierte Zeichen an der ‚Oberfläche des Geschlechts‘ (Habitus, Gestus, Mimik, Geschlechtsrolle, Körper), die Ulrichs zur Konstruktion der Natur des Urnings dienten, wurden zu Symptomen der eingekörperten Perversion. Die biologistisch orientierte Sexualpathologie erklärte Homosexualität, die der heteronormativen Geschlechterordnung widersprach und sich auf die tradierten diffamierenden Stereotype des effeminierten Päderasten und der vermännlichten Tribade beziehen ließ, zum Symptom einer Neuro- oder Psychopathie als eines pathologischen Zustands zwischen Geisteskrankheit und Geistesgesundheit sowie zum Symptom einer Degeneration. Westphal konstruierte die konträre Sexualempfindung – die Empfindung, dem anderen Geschlecht anzugehören – als gegenüber der homosexuellen Orientierung primäre Störung: als ‚Prä-Transsexualität‘, eine Wertung, die sich diskursgeschichtlich nicht durchsetzte. Gemäß der Logik des Sexualitätsdispositivs, dessen Zentrum der Geschlechtstrieb bildete, wurde bereits von Krafft-Ebing der konträre Geschlechtstrieb, Homosexualität, zum primären Symptom erklärt.

Insbesondere im letzten Jahrzehnt des 19. Jahrhunderts wurde unter Sexualpathologen vehement darüber gestritten, ob Homosexualität eine angeborene Degenerationserscheinung

¹⁰ Ulrichs konstruierte nachträglich Frauen liebende Frauen als viertes Geschlecht.

¹¹ Foucault (1983), S. 127.

oder eine primär auf Grund von pathogenen Eindrücken erworbene Nervenkrankheit sei – eine Auseinandersetzung, die sich strukturell im 20. Jahrhundert bezogen auf Transsexualität wiederholt. Doch die Rezeption der Bisexualitätstheorie, in der deutschsprachigen Sexualpathologie zuerst durch Krafft-Ebing, verhalf der Theorie angeborener Homosexualität zum Erfolg. Die Bisexualitätstheorie ermöglichte die Transformation des Ulrichs'schen Körper-Seele-Dualismus, der eine *metaphorische* Theorie darstellte und trotz der Rezeption der Theorie des Urzwitters der Naturphilosophie näher stand als naturwissenschaftlichen Körper-Gehirn-Theorien, in einen Dualismus, der den Regeln des physiologischen Monismus der Psychiatrie gehorchte. Das richtige Seelengeschlecht, das bei Ulrichs das gleichgeschlechtliche Begehren als natürlich gerechtfertigt hatte, wurde zum falsch, pathologisch, entwickelten zerebralen Geschlechtszentrum, das nicht dem Körpergeschlecht entsprach. Neben die *symptomatologische* Konstruktion der Homosexualität durch ‚gender‘-Zeichen einer psychischen und somatischen Verweiblichung bzw. Vermännlichung trat die *ätiologische* Konstruktion, die Homosexualität auf eine Störung der Ontogenese des geschlechtlichen Dimorphismus zurückführte. Vor der bisexualitätstheoretischen Konstruktion der Homosexualität postulierten Sexualpathologen zunächst kein konträrsexuell geprägtes, sondern ein geschlechtsunspezifisch hereditär belastetes Nervensystem als Ursache der Homosexualität.

iv. Verschiebungen zwischen Homosexualität und Prä-Transsexualität und die Abspaltung des Geschlechtsdispositivs vom Sexualitätsdispositiv

Die Rezeption der Bisexualitätstheorie, die sich als Erklärungsmodell in der Sexualpathologie um die Wende zum 20. Jahrhundert durchgesetzt hatte, war meiner Analyse nach für Transformationen im Verhältnis von sexueller und geschlechtlicher Inversion sowie für die Herausbildung des Geschlechtsdispositivs von zentraler Bedeutung. Die Verschiebung der Metapher ‚weibliche Seele im männlichen Körper‘ (bzw. umgekehrt) als Kollektivsymbol vom Diskurs der Homosexualität zum Diskurs der Transsexualität basierte auf diesen Veränderungen.

Die Bisexualitätstheorie war auch ein strategischer Einsatz in der gesellschaftspolitischen Auseinandersetzung um Pathologisierung oder Emanzipation des homosexuellen Begehrens. Doch implizierte sie keine Entpathologisierung der Homosexualität. Das zeigten deren unterschiedliche Bewertung durch Krafft-Ebing, Freud und Hirschfeld. Auch wenn diejenigen Mediziner, die um die Jahrhundertwende Homosexualität entpathologisierten, diese Entpathologisierung auf der Grundlage der Bisexualitätstheorie vollzogen, so blieb die Konstruktion der Wahrheit homosexuellen Begehrens von Macht/Wissens-Konstellationen abhängig und wurde in sexualpolitischen Kontroversen ermittelt. Auch Meinungswechsel von Medizinerinnen zurück zu einer Pathologisierung waren zu verzeichnen. Die biologistische Emanzipationsstrategie als Gegendiskurs und Gegenmacht im Sexualitätsdispositiv war ambivalent. Das zeigte sich besonders drastisch in der Beforschung und Verfolgung von Homosexuellen unter dem Nazi-Regime, die auch biologisch begründet wurden. Die biologistische Strategie endete in einer Menschen vernichtenden Sackgasse.

Für meine Fragestellung der Archäologie der medizinischen Konstruktion der Transsexualität entscheidender war, dass die Bisexualitätstheorie die Trennung von Sexualitätsdispositiv und Geschlechtsdispositiv auf der Ebene der Theorie vorbereitete, die die Steinach'schen Keimdrüsentransplantationen in der Praxis vollzogen. Mit der Steinach-Hirschfeld'schen Theorie einer zwittrigen ‚Pubertätsdrüse‘ als Ursache von Homosexualität vollzog sich eine Veränderung des biologisch-medizinischen Forscherblicks auf das Phänomen Homosexualität. Im Geschlechtsdispositiv ersetzte die ätiologische die symptomatologische Konstruktion der Homosexualität. Die ‚Konträrsexualität‘ zog sich ins Körperinnere zurück: ich benutze den Begriff Konträrsexualität, weil im Geschlechtsdispositiv die Forschung nach biologischen Ursachen von Homosexualität und Transsexualität eng miteinander verbunden ist. Die Ursache anormaler Geschlechtlichkeit, des Triebes wie der Identität, wurde zwischen den Geschlechtern, als Verweiblichung bzw. Vermännlichung biologischer Geschlechtsdeterminanten, gesucht. Nachdem die Hypothese der zwittrigen ‚Pubertätsdrüse‘ als Ursache der Homosexualität als falsifiziert angesehen worden war, traten entsprechend der jeweils aktuellen Forschungsschwerpunkte und Theorien der Geschlechtsdetermination andere biologische Ätiologiehypothesen zur Homo- und Transsexualität an deren Stelle.

Dieser Entwicklung ging auf der Ebene der symptomatologischen Konstruktion der Homosexualität eine Verschiebung voraus bzw. verlief dieser parallel: eine Verschiebung von der konträren Sexualempfindung bzw. geschlechtlichen Inversion hin zur Homosexualität. Nach der Konstruktion der Homosexualität als einer konträren Sexualempfindung (1870) galten um die Jahrhundertwende konträre psychische und somatische Geschlechtscharaktere – und erst recht eine gegengeschlechtliche Identität – mehr und mehr als unzuverlässige oder ungeeignete Symptome; der homosexuelle Trieb selbst wurde zum alleinigen Symptom der Homosexualität als ein Trieb, den die Zwischenstufentheorie auf der Grundlage der heterosexuellen Norm dem anderen Geschlecht zuschrieb.

Diese allmähliche Akzentverschiebung bedeutete, dass umgekehrt die geschlechtliche Inversion als separates Phänomen stärker konturiert wurde, das nicht Homosexualität implizierte. Hirschfelds Zwischenstufentheorie trennte erstmalig ausdrücklich Homosexuelle und Individuen, die er durch einen gegengeschlechtlichen Einschlag ihrer Psyche charakterisierte. Die sogenannten extremen oder Dauertransvestiten, die ihr Geschlechtsempfinden nicht durch eine zwittrige, sondern eine gegengeschlechtliche Seele beschrieben, gehörten zu den ersten, die chirurgische Eingriffe wie Brustamputation und Kastration einforderten und sich bereitwillig experimentellen Hormontherapien unterzogen.

Homosexualität und verschiedene Formen geschlechtlicher Inversion entflochten sich zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Die Metapher ‚weibliche Seele im männlichen Körper‘ (bzw. umgekehrt) verlor im Diskurs der Homosexualität in dem Maß an Bedeutung, wie Homosexualität nicht mehr als geschlechtliche Inversion verstanden und empfunden wurde. Bereits vor der wissenschaftlichen Umkonstruktion hatten sich viele Homosexuelle nicht als invertiert empfunden. Umgekehrt gewann die Metapher als Kollektivsymbol der ‚Prä-Transsexualität‘ in dem Maß an Bedeutung, wie die medizinisch-technischen Möglichkeiten es erlaubten, mit

der Metapher operativ Ernst zu machen.

Die allmähliche Verschiebung der vergeschlechtlichten Körper-Seele-Metapher vom Diskurs der Homosexualität zum Diskurs der Transsexualität fand im Laufe der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts statt. Als kollektivsymbolische (Selbst-)Definition hatte die Metapher für Homosexuelle im 20. Jahrhundert praktisch keine Bedeutung mehr. Nach der massenmedialen Aufmerksamkeit des Falls Jorgensen 1953 wurde sie in verschiedenen Variationen zu *der* Selbstbeschreibung Transsexueller. Doch auch schon vorher wurden vereinzelte Wünsche nach Geschlechtsumwandlung mit der Körper-Seele-Formel begründet.

Im medizinischen Diskurs war diese Verschiebung weniger eindeutig, denn es wurde weiter nach einer biologischen Ursache von Homosexualität zwischen den Geschlechtern geforscht. Doch spielten konstitutionsbiologische Theorien der Homosexualität, die sich auf die Bisexualitätstheorie und/oder die Körper-Seele-Formel bezogen oder beziehen lassen, nach dem 2. Weltkrieg praktisch keine Rolle mehr. Psychoanalytische, behaviouristische und soziologische Ansätze traten an ihre Stelle, um die Pathologisierung oder Emanzipation der Homosexuellen zu begründen. Die Anfänge des biologistischen Legitimationsdiskurses zur Transsexualität, der nach dem 2. Weltkrieg an Bedeutung gewann, lagen in den 1930er Jahren.

v. Konstruktive Wechselwirkungen im Geschlechtsdispositiv: Erforschung und Behandlung von Transsexuellen

Basierend auf den Steinach'schen Experimenten wurde die Theorie, dass Hormone und Keimdrüsen Geschlecht und Geschlechtsempfinden bestimmen, durch Versuche an Transsexuellen getestet. Obwohl nachhaltige Erfolge durch Kastration und anschließende Einpflanzung einer gegengeschlechtlichen Keimdrüse genauso ausblieben wie ‚Heilungserfolge‘ bei Homosexuellen, wurden die Behandlungsexperimente in den 1920er und 1930er Jahren immer wieder durchgeführt. Nachdem sich Endokrinologie und Eugenik nicht mehr für das Experiment Geschlechtsumwandlung interessiert hatten – dazu trug auch die Isolierung der Geschlechtshormone Anfang der 1930er Jahre bei –, wurde eine immanente Legitimation derartiger Eingriffe wichtiger. Denn einige Patienten ließen sich nicht von ihrem Wunsch nach Geschlechtsumwandlung abbringen, drohten mit Selbstverstümmelung oder Selbstmord.

Zur Legitimation bot sich eine Theorie der genetischen Geschlechtsdetermination Richard Goldschmidts an, die er bereits in den 1910er Jahren, also parallel zu den Steinach'schen Versuchen, entworfen und auf den menschlichen Hermaphroditismus übertragen hatte. Doch Steinachs Versuche waren offenkundig wirkmächtiger – dass Steinach mit Säugetieren, Goldschmidt mit Schmetterlingen experimentiert hatte, spielte dafür vielleicht auch eine Rolle – und begründeten das ‚Zeitalter der Endokrinologie‘. Das ging Ende der 1920er Jahre zu Ende, nachdem die auf Steinach zurück gehenden Hypothesen gemeinhin als falsifiziert angesehen worden waren. Hinsichtlich der Geschlechtsdetermination wurde das endokrinologische durch das genetische Paradigma abgelöst. Erst dann, in den 1930er Jahren, wurde Goldschmidts Theorie zur Legitimation von Geschlechtsumwandlungen rezipiert. Die noch nicht als Krank-

heit konstruierte Transsexualität wurde vorläufig als Intersexualität definiert. Männer mit Wunsch nach Geschlechtsumwandlung seien genetisch und psychisch weiblich und nur körperlich (fast) männlich; für Frauen galt das Entsprechende.

Durch die massenmediale Verbreitung der Operation von Christine Jorgensen 1953 wurden transsexuelle Identitätsbildungen induziert. Insbesondere angesichts der gestiegenen Nachfrage nach Geschlechtsumwandlungen erfüllte die genetische Theorie der Transsexualität zwei entscheidende Aufgaben. Eine pragmatische: sie legitimierte die körperlichen Eingriffe, indem sie das gegengeschlechtliche Empfinden auf eine somatische nicht therapierbare Ursache zurückführte. Und eine theoretisch-nosologische Aufgabe: die genetische Theorie legte den Grundstein für eine Entpsychiatisierung des transsexuellen Begehrens und zur Konstruktion der Diagnose Transsexualität. Jene Ätiologiehypothese verlieh Oberflächen-Zeichen ihre Tiefe und Bedeutung als Symptom einer Geschlechtsidentitätsstörung, eines angeborenen konträren ‚Seelengeschlechts‘.

Dass die Hypothese, Transsexuelle seien genetisch konträrsexuell, bereits Mitte der 1950er Jahre allgemein als widerlegt angesehen wurde, spielte keine Rolle. Wer an eine biologische Ursache glauben will, lässt sich durch die Widerlegung einer Theorie nicht entmutigen. Anstelle der einen falsifizierten sind verschiedene andere biologistische Ätiologiehypothesen in den Dienst der Legitimation von Geschlechtsumwandlungen und der medizinischen Konstruktion der Transsexualität getreten. Diese Suche qualifiziere ich auf der Basis von Foucaults Kritik der Humanwissenschaften als notwendig unabschließbare Suche, denn die Ursache eines gesellschaftlich konstruierten Phänomens kann nicht in der ‚Natur‘ gefunden werden. Auf der Basis des analysierten medizinischen Diskurses qualifiziere ich diese Suche auch als notwendige Suche: als permanente Demonstration, dass es auch wirklich eine biologische Ursache zu finden gibt. Ansonsten wäre nicht zu erklären, warum bis heute immer wieder Einzelfälle oder Kasuistiken einer Verbindung von Transsexualität mit hormonellen oder genetischen Anomalien als berichtenswert angesehen werden, obwohl zugleich betont wird, dass bei Transsexuellen im Allgemeinen keine genetischen oder hormonellen Anomalien zu finden seien.

In der Formationsphase der Transsexualität bis in die zweite Hälfte der 1960er Jahre erfüllten biologische Forschungen in den Bereichen der Endokrinologie, der Genetik und ab den 1960er Jahren auch der Neuroendokrinologie/Hirnforschung ihre strategische Funktion, die Hypothese, Transsexualität habe eine biologische Ursache, zu stützen und so Geschlechtsumwandlungen zu legitimieren. Die Forschung kennzeichnete eine Verkopplung von spezifischen auf die Transsexualität bezogenen Forschungsinteressen und allgemeinen Forschungsinteressen zur Klärung der Frage der Geschlechtsdetermination. Es wurden weniger biologische Ursachen der Transsexualität gezielt erforscht als in der jeweils aktuellen Forschung aufgestellte Hypothesen der Geschlechtsdetermination an Transsexuellen getestet. Wie Transsexuelle legitimatorisch als intersexuell kodieren wurden, so fand die biologische Forschung im Grenzbereich beider Phänomene statt.

Gleichwohl blieb trotz dieser Forschungsinteressen und trotz der gestiegenen Nachfrage nach operativen Geschlechtsumwandlungen das medizinische Angebot bis Mitte der 1960er Jahre vergleichsweise gering. Das lag zum einen daran, dass Eingriffe zur Geschlechtsumwandlung in vielen Ländern, auch in den USA – dem Land, das nach dem 2. Weltkrieg die Führungsrolle bei der medizinischen Konstruktion der Transsexualität inne hatte – unter Strafandrohung standen. Das lag zum anderen aber auch daran, dass die immanente Legitimation derartiger Eingriffe durch das Postulat einer intersexuellen Konstitution zunächst nur wenige Mediziner überzeugte. Doch dass die Schlüsselfigur des Konstruktionsprozesses, Harry Benjamin, Protagonist dieser Position war und ungeachtet des Mangels an Beweisen bis zu seinem Tod Mitte der 1980er Jahre seiner Hypothese einer biologischen Ursache treu geblieben ist, hat dispositivgeschichtlich seine Wirkung nicht verfehlt.

Ausschlaggebend für den Erfolg des Legitimationsdiskurses und damit für die medizinische Konstruktion der Transsexualität waren zwei scheinbar gegensätzliche Bereiche der Erforschung der Geschlechtsdetermination, die ich hinsichtlich einer Legitimation von Geschlechtsumwandlungen jedoch als sich perfekt ergänzende Strategien ansehe.

In der biologischen Forschung wurde in den 1960er Jahren eine endokrinologische Hypothese aufgestellt, die sich als für die Legitimation von Geschlechtsumwandlungen entscheidend erwies. Das prä- oder neonatale Niveau weiblicher bzw. männlicher Sexualhormone bedinge, so die Behauptung, eine gegengeschlechtliche Ausdifferenzierung des Hypothalamus, die dann für die ‚konträrsexuelle‘ Entwicklung des Individuums verantwortlich sein soll. Diese Hypothese erwies sich als langlebig, da sie nicht auf der Basis von Kasuistiken, sondern von Tierversuchen aufgestellt worden war, die gewissermaßen modernisierte Varianten der Steinach’schen Experimente der 1910er Jahre darstellten. Ich benutze hier den Begriff konträrsexuell, weil diese Tierversuche sowohl zur Erklärung der Entstehung von Homosexualität als auch von Transsexualität eingesetzt worden sind. Paarungsverhalten von Versuchstieren, das für das jeweils andere Geschlecht typisch ist, wurde von einigen Forschern mit Homosexualität, von anderen Forschern mit Transsexualität analog gesetzt. Die Hypothese der neuroendokrinen Prägung als einer Ursache von Transsexualität gilt noch nicht als falsifiziert. In den 1990er Jahren wurden Hirnsektionen an verstorbenen Transsexuellen durchgeführt und als ihre Bestätigung interpretiert.

Der andere Forschungsbereich hat sich aus der Intersexualismusforschung der 1950er Jahre heraus entwickelt. Grundlegend für diese Forschungen war ein neues Paradigma der Geschlechtsbestimmung. Das psychische Geschlecht bzw. die anerzogene Geschlechtsidentität und -rolle, die mit dem Begriff *gender* bezeichnet und den biologischen Geschlechtsmerkmalen (*sex*) gegenübergestellt wurde, avancierte zum primären Kriterium. Forschungen an Intersexuellen hatten gezeigt, dass sich deren Geschlechtsidentität unabhängig von somatischen Geschlechtsmerkmalen wie Geschlechtschromosomen und Keimdrüsen entwickelt und durch die Erziehung geprägt wird, die sich an der Gestalt der Geschlechtsorgane orientiert. Mit dieser Konstruktion des Geschlechtsmerkmals ‚Identität‘ hatte Transsexualität ihr Geschlechtsmerkmal und Geschlechtsumwandlungen ihre Legitimation bekommen.

Transsexuelle wurden neben Intersexen zu Forschungsobjekten zur Untersuchung der Entwicklung der Geschlechtsidentität unabhängig von bzw. im Gegensatz zu biologischen Geschlechtsmerkmalen. Die zur Erklärung einer transsexuellen Identitätsentwicklung formulierten Hypothesen wurden analog zur Intersexualität aufgestellt. Doch diese Analogie ist nicht schlüssig, da im Fall der Transsexualität die postulierte (früh-)kindliche Prägung von Geschlechtsrolle und –identität sogar im Widerspruch zur Gestalt der Genitalien gelingen soll. Zudem sind die Genitalien bei Transsexuellen nicht wie bei einigen Formen von Intersexualität uneindeutig ausgeprägt, was als ein Grund für eine Identitätsstörung bei Intersexen angenommen wird. Neben dieser lerntheoretischen Hypothese der Genese von Transsexualität wurde ich-psychologisch die im Fall von Mann-zu-Frau-Transsexuellen konfliktfreie (früh-)kindliche Entwicklung einer gegengeschlechtlichen (Kern-)Geschlechtsidentität konstruiert.

Die Relativierung der biologischen Faktoren der Geschlechtsidentität war geringer als es zunächst scheint. Die lerntheoretische und die ich-psychologische Hypothese als die zwei wichtigsten Hypothesen der Psychogenese einer gegengeschlechtlichen Identität postulierten zwar postnatale Faktoren und Mechanismen. Diese sollen jedoch vor allem bereits in der frühen Kindheit wirken und so gut wie unabänderliche Folgen haben. Die frühkindlichen (Erziehungs-)Einflüsse würden, so postulierte es die Lerntheorie Moneys, ins Gehirn programmiert. Und dessen ‚gender‘-Programm kenne nur das ‚sex‘-Entweder-oder: männlich oder weiblich. So wurde zwar der Primat von ‚gender‘ gegenüber den herkömmlichen somatischen Kriterien der Geschlechtsbestimmung betont, aber zugleich ‚gender‘ fest an subtilere (zerebrale) biologische Geschlechtsmerkmale gebunden. Damit wurde das Psychische biologisiert¹² und die Psychogenese deterministisch konstruiert.

Die beiden genannten Bereiche – die biologistische Erforschung der sich ins Mikrophysische verflüchtigenden somatischen Geschlechtsdeterminanten und die psychologische Erforschung postnataler Faktoren der Entwicklung der Geschlechtsidentität – bildeten die Grundlage der Hypothese einer multifaktoriellen Genese von Transsexualität, die zur vorherrschenden Meinung im Diskurs wurde und noch immer ist. Die psychogenetischen Theorien der Transsexualität waren problematisch, weil die Biographien vieler Transsexueller nicht mit den Erklärungsmodellen, den entworfenen Familienkonstellationen, vereinbar waren. Die auf Tierversuchen basierende biologistische Hypothese war demgegenüber zwar nicht falsifizierbar, konnte aber nicht an einzelnen Transsexuellen konkretisiert werden. Hinsichtlich der Legitimation von Geschlechtsumwandlungen ergänzten sich beide Ätiologien derart, dass die psychologischen Theorien mögliche konkrete Ursachen einer transsexuellen Identität anboten. Sollte im konkreten Fall kein passender Anhaltspunkt zu finden sein, wurde eine biologische Ursache als die entscheidende Komponente behauptet.

¹² John Money, der Erfinder der *gender*-Kategorie im medizinischen Diskurs, ging die soziologisch-konstruktivistische Diskussion der ‚gender‘-Kategorie - der Auflösung der Geschlechtskategorien - entschieden zu weit. (Vgl. Money (1993)). Kessler / McKenna (1978) reduzierten in ihrem Grundlagenbuch zur Unterscheidung von *sex* und *gender* die Kategorie *sex* auf die Tatsache, Eizellen- oder Samenproduzent zu sein.

Die Überprüfung und Weiterentwicklung dieser multifaktoriellen Hypothese begründete ein Forschungsinteresse, das die Bereitschaft zu Geschlechtsumwandlungen beflügelte und ab 1965 zur Einrichtung der so genannten Gender-Identity-Kliniken führte. Diese institutionalisierten das produktive Wechselverhältnis von Erforschung und Behandlung von Transsexuellen: das Forschungsinteresse ermöglichte Transsexuellen die gewünschte Geschlechtsumwandlung. Transsexuelle ermöglichten der Medizin die Erforschung der Entwicklung der Geschlechtsidentität wie auch der Wirkung der verschiedenen vorgenommenen hormonellen und chirurgischen Eingriffe auf Psyche und Körper. Neben die Ursachenforschung, in der ab den 1970er Jahren Ätiologiehypothesen häufig nur variiert wurden, trat die behandlungsbezogene Forschung: Differentialdiagnostik, Typologisierungen und Katamnesen sollten die Auswahl geeigneter Kandidaten für geschlechtsumwandelnde Eingriffe sicherstellen und den Erfolg der Behandlung überprüfen.

Diese Institutionalisierung der Praxis beschleunigte die medizinische Konstruktion der Transsexualität. Deren offizielle nosologische Konstituierung kann als Konsequenz dieser Strategie bezeichnet werden. Die Konstruktion der Transsexualität basierte maßgeblich auf der Theorie, sie sei das irreversible Produkt einer multifaktoriellen Genese aufgrund von embryonalen biologischen Ursachen und frühkindlichen Prägungen, und darauf, dass Eindeutigkeit postuliert wurde. Verschiedene Hypothesen erklärten, warum ein Mann eine eindeutig weibliche Geschlechtsidentität und warum eine Frau eine eindeutig männliche Geschlechtsidentität haben kann. So legitimierten sie die Durchführung von Geschlechtsumwandlungen, die euphemistisch als Geschlechtsanpassung bezeichnet werden. Operationsbegehren wie Ätiologiehypothesen bestätigen die Ordnung der Zweigeschlechtlichkeit. So war es nur konsequent, dass mittlerweile in vielen Ländern Regelungen zum juristischen Geschlechtswechsel, zur Änderung von Namen und Personenstand, den medizinischen Geschlechtswechsel flankieren.

Nach der offiziellen Konstruktion der Krankheit Transsexualität entwickelten sich ab den 1980er Jahren das Management von Geschlechtsumwandlungen und die Ursachenforschung unabhängig voneinander weiter. Im Management-Diskurs haben Operationstechniken und Methoden der Hormonbehandlung gegenüber Differentialdiagnosen, Typologisierungen und Katamnesen einen immer größeren Raum eingenommen. Wie Differentialdiagnosen bereits in den 1970er Jahren Transsexualitäten zu Tage förderten, die nicht dem Kanon der Symptome und den Lehrbuch-Biographien entsprachen, die die in legitimatorischer Absicht entworfenen Theorien vorsahen, so legitimierte der katamnestisch dokumentierte therapeutische Erfolg auch bei diesen ‚unechten‘ Transsexuellen eine operative Praxis, für die ätiologische Fragen keine Rolle mehr spielten.

Die transsexuelle Praxis ist nur noch ein Randbereich des Geschlechtsdispositivs. Die Forschungsinteressen in diesem Feld sind praktischer Natur. Vor allem die Phalloplastik stellt immer noch eine Herausforderung für die plastische Chirurgie dar. Und die Hormonbehandlung von Transsexuellen bietet eine Gelegenheit, die Wirkung von Hormonen auf den Geschlechtskörper wie auf die Geschlechtsempfindung zu erforschen. Die parallel dazu stattfin-

dende Ursachenforschung hat keine unmittelbare legitimatorische Bedeutung mehr für die Behandlungspraxis. Trotzdem stachelt der Wille zum Wissen, das im Nachhinein die längst geübte Praxis legitimieren könnte, die Forschung weiterhin an. Neuroendokrinologische Einflüsse vor oder unmittelbar nach der Geburt, geschlechtsdimorphe Strukturen im Gehirn als mutmaßliche Folgen dieser Einflüsse, die Gene: die Medizin versucht weiter, den biologischen Ursachen einer gegengeschlechtlichen Identität auf die Spur zukommen. Diese Forschungen sind für mich allerdings in den Rahmen eines größeren Forschungsprojekts zu stellen, das eine andere ‚Transsexualität‘ zum Ziel hat: die Klärung der genetischen Bedingungen der Geschlechterdifferenz, um diese gentechnisch aufheben zu können. Das Geschlechtsdispositiv wie auch das Sexualitätsdispositiv, von dem es sich zu Beginn des 20. Jahrhunderts abgespalten hat, gehen zusammen im biotechnologischen Dispositiv auf.¹³

Die konstruktiven Wechselwirkungen von Behandlung und Erforschung der Transsexuellen hatten als Anfangspunkt und Voraussetzung ihrer Entwicklung die technische Machbarkeit des medizinischen Geschlechtswechsels. Diese technische Machbarkeit war meiner Meinung nach bereits ihre moralische Legitimation. Foucaults Urteil, dass die Humanwissenschaften in der Moderne an die Stelle des Moraldiskurses getreten sind und eine Moral unmöglich machen, weil das moderne Denken das, was es weiß, gleichzeitig modifiziert, es also nicht mehr Theorie, sondern „in seiner eigenen Mächtigkeit eine bestimmte Handlungsweise“¹⁴ ist, trifft auch auf die von der Medizin konstruierte Transsexualität zu. Das medizinische Wissen über den Wunsch nach Geschlechtsumwandlung und seine Realisierbarkeit transformierten ihn zunächst in ein Behandlungsprojekt. Mit der Machbarkeit war bereits entschieden, dass es gemacht wird, dass es werden ‚darf‘. Die Debatte über das Recht zu geschlechtsumwandelnden Eingriffen, wie sie in Deutschland in den 1950er Jahren von Mitscherlich und anderen in der Zeitschrift *Psyche* geführt wurde, zeigt, dass die für eine Moraldiskussion notwendigen verbindlichen Maßstäbe fehlen. Das strukturkonservative Argument, das die Unveränderbarkeit der gott- oder naturgegebenen Geschlechter(normen) betonte, stand gegen das Argument, die Verminderung des Leids des einzelnen habe Priorität. Robert Stollers Äußerung aus dem Jahr 1966, kurz nach der Eröffnung der ersten Gender-Identity-Klinik in den USA, dass die Büchse der Pandora geöffnet worden und nun mit der in der Welt befindlichen Praxis der Geschlechtsumwandlungen umzugehen sei, drückte – im Ton des machtlosen Bedauerns – die normative Kraft des Faktischen einer eigendynamischen Entwicklung aus. Trotz Eigendynamik: die Regeln dieser Praxis der Geschlechtsumwandlungen bestimmte die Medizin. Deswegen musste das Behandlungsprojekt als eine Krankheit definiert werden. So charakterisiere ich den medizinischen Geschlechtswechsel auch als eine Strategie des Sexualitätsdispositivs.

¹³ Zur Transformation des Sexualitätsdispositivs zum biotechnologischen Dispositiv vgl.: Lösch (1998). Als Wurzel des genetisch-biotechnologischen Dispositiv kann das Ciba-Symposium *Man and his future* (London 1962) gelten. (Treich-Dieter (1990), S. 241.)

¹⁴ Foucault (1988), S. 395f.

vi. **Behandlungsprogramm ‚Transsexualität‘ in einer Ordnung der Zweigeschlechtlichkeit**

Eine *generelle* Psychiatrisierung des transsexuellen Begehrens ist Ausdruck der Pathologisierung einer Lebensform, die als Infragestellung der Normen der Zweigeschlechtlichkeit und der schicksalhaften unabänderlichen Anatomie verstanden wird. Psychiatrisiert wird jedes Individuum, das diesen Wunsch äußert unabhängig davon, ob überhaupt eine manifeste psychische Störung zu diagnostizieren ist. In der Sexualpathologie des 19. Jahrhunderts wurde der Wunsch als Geschlechtsverwandlungswahn, im 20. Jahrhundert als Paranoia bzw. Schizophrenie, als konstitutionelle Psychopathie, Borderline-Syndrom oder Symptom einer Psychoseabwehr pathologisiert. Die ‚Identitätslust‘, die insbesondere im psychoanalytischen Diskurs auf Homosexualität zurückgeführt wurde, wurde psychiatrisiert, die ‚perversen Subjekte‘ sollten psychotherapeutisch normalisiert und diszipliniert werden.

Doch auch das somatische Behandlungsprogramm, der medizinische Geschlechtswechsel kann als Strategie im Sexualitätsdispositiv charakterisiert werden. Denn nicht nur die zur Legitimation von Geschlechtsumwandlungen entworfenen Ätiologiehypthesen, sondern auch die Wünsche und deren Erfüllung bestätigen die Ordnung der Zweigeschlechtlichkeit. Die ‚transsexuelle Identität‘ ist eine transitorische Identität, die sich nach der erfolgten medizinischen Behandlung auflöst. Ohne Medizin gebe es keine Transsexuellen, die dann dank der Medizin wieder verschwinden. Die Medizin hat die Behandlung Transsexueller ermöglicht, aber auch diszipliniert.

Mark Barry Sulcov sah bereits 1973 Transsexualität als ein an das medizinische Behandlungsprogramm gebundenes Phänomen an. Dass seine Dissertation, die sich dem Phänomen Transsexualität mit einem interaktionistischen Ansatz näherte, kaum rezipiert wurde, lag vielleicht daran, dass Sulcov mit diesem Ansatz den Prozess der Etablierung der Krankheit störte.¹⁵ Sulcov hatte 1970 ein Stipendium der Harry Benjamin Foundation zur Erforschung der Transsexualität erhalten. Seine Interviews von Transsexuellen ermittelten Ergebnisse, die nicht mit dem medizinischen Zwangskonzept der Transsexualität vereinbar waren. Dass er seine Studie ausgerechnet in der New Yorker Praxis von Harry Benjamin und Charles Ihlenfeld durchgeführt hatte, machte seine Ergebnisse besonders brisant.

„Transsexualism is an emergent product of the interaction between the medical profession and the patient desiring to change his sexual status.“¹⁶ Die Behauptung der Patienten, transsexuell zu *sein* – niemand behauptete, Transsexualität zu *haben* – und die medizinische Typisierung, diese Patienten *seien* Transsexuelle, verschleierte die soziale Realität dieses Zustands “by interpreting a pattern of behavior and experience as a state of being. (...) The social reality of transexualism is not an illness but a process, a form of treatment that facilitates and legitimizes the routine movement between sexual statuses.”¹⁷ Transsexualität wurde als eine

¹⁵ Im medizinischen Diskurs habe ich keinen Nachweis gefunden. Lediglich Kessler / McKenna (1978), die sich dem Phänomen ‚gender‘ mit der gleichen Methode näherten, zitierten die Arbeit.

¹⁶ Sulcov (1973), S. 31f.

¹⁷ Sulcov (1973), S. 271f.

Krankheit konstruiert für einen Prozess, den Ärzte als Behandlung ansahen. Dieses medizinische Modell erlaubte die Präsentation eines Selbst mit dem Ziel, als transsexuell diagnostiziert zu werden, und es erlaubte Ärzten, 'transsexuelle' Selbstpräsentationen als Krankheitssymptom zu interpretieren.¹⁸

Sulcov thematisierte zur Zeit der Auseinandersetzung um die Ent-Psychiatisierung des Wunsches nach Geschlechtsumwandlung den ermöglichenden Effekt der medizinischen Konstruktion der Transsexualität. Er betonte, dass deren Konstruktion als durch Konstitution oder Erziehung determinierte Identitätsstörung zur Folge hat – paradoxerweise könnte man sagen –, dass der Patient die Macht hat, die Situation mit zu definieren.¹⁹ So konstruierten nur knapp ein Viertel der 65 von Sulcov interviewten Transsexuellen ihre Biographie nach dem Modell, sie seien Opfer von Natur und/oder Erziehung. Mehr als die Hälfte gaben an, ihr Frausein bewusst gewählt zu haben, und berichteten von frühen Lebenserfahrungen, die sie von der Männlichkeit entfremdet hätten und ihr Potenzial der Weiblichkeit entdecken ließen.²⁰ Transsexualität stellte eine Lösung für Identitätsprobleme zur Verfügung, war eine Möglichkeit, vergangene Erinnerungen, eine gegenwärtige ‚Krankheit‘ und eine viel versprechende Zukunft zu organisieren.²¹

Neben diesem Aspekt der latent vorhandenen Selbstbestimmung ist mit Hirschauer festzustellen, *dass* und *wie* Geschlechtswechsel medizinisch bewerkstelligt werden, diszipliniert und normalisiert die Geschlechtswechsler in der Ordnung der Zweigeschlechtlichkeit. „Die ‚Geschlechtsumwandlung‘ hat einen Differenzierungseffekt: sie transformiert die Sehnsüchte, als deren Lösung sie sich präsentiert, entweder in eine Nachfrage oder sie entwertet sie zu bloßen Wünschen, denen mangels Konsequenz die Authentizität fehlt.“²²

Dass der Geschlechtswechsel medizinisch als Transsexualität konstruiert wurde impliziert, *wie* jener Wechsel medizinisch bewerkstelligt wird: als temporäre einmalige Passage, nach der der Passagier unauffällig im ‚neuen‘ Geschlecht verschwindet, dem er sich immer schon zugehörig gefühlt hat. Die Medizinisierung des Geschlechtswechsels basiert darauf, dass Geschlechtsumwandlungswillige von Ärzten – als Bestätigung ihrer Selbstdiagnose – als *Frau* bzw. *Mann* im falschen Körper diagnostiziert werden. So ist Hirschauers Diagnose von der „medizinische(n) Fabrikation authentischer Geschlechtszugehörigkeit“²³ zuzustimmen.

Transsexualität ist historisch und kulturell einmalig – auf wenn sie als „durchorganisierte Dauereinrichtung mit Trend zur Globalisierung“ beschrieben werden kann²⁴ – und konstituiert

¹⁸ Sulcov (1973), S. 282.

¹⁹ Sulcov (1973), S. 45f.

²⁰ Sulcov (1973), S. 184-187.

²¹ Sulcov (1973), S. 293. Wie später Runte mit dem Begriff „biographische Operationen“ wies auch Sulcov darauf hin, dass das Leben im Licht des Transsexualitätskonzepts reorganisiert werde: “Learning the parameters and uses of the concept of transsexualism served as evidence for its existence. Its existence means that it was available for use.” (a.a.O., S. 259.)

²² Hirschauer (1993), S. 330.

²³ Hirschauer (1993), S. 328.

²⁴ Hirschauer (1993), S. 345.

über den Geschlechtswechsel kein ‚drittes Geschlecht‘. Der gegenteilige Hinweis auf die räumliche und zeitliche Universalität des Phänomens ist als Element der Strategie zur Legitimation von Geschlechtsumwandlungen anzusehen. So schrieb z. B. Green: „Evidence for the phenomenon today called transsexualism can be found in records backward through centuries and spanning widely separated cultures.“ In verschiedenen Teilen der Welt gebe es beispielsweise Stämme, bei denen Männer „adopted the ways and dress of women enjoyed high esteem as shamans, priests, and sorcerers“.²⁵ Diesem Argument kann Sulcovs Hinweis gegenübergestellt werden, dass Mann-zu-Frau-Transsexuelle, die nicht die normale, unauffällige Frauenrolle anstreben würden – z. B. Berühmtheiten in Nachtclubs oder politische Kämpfer für die Emanzipation –, das Ziel unterminierten, den weiblichen Status zu erreichen: “rather than fostering the image of a two-role sexual status system, they establish a third category, those moving from one status to the other.”²⁶

Vielleicht hat die Infragestellung und Aufweichung der tradierten Geschlechterrollen im Kontext der so genannten Sexuellen Revolution in den späten 1960er und den 1970er Jahren dazu beigetragen, dass das „treatment pendulum“, wie Bockting und Coleman meinten, mit Hilfe des Jorgensen-Falls und der Arbeit von Harry Benjamin von „attempting to ‘cure’ the transvestite or transsexual with psychoanalysis (...) or aversion treatment“ umgeschlug “to facilitating acceptance and management of gender role transition.”²⁷ Doch Akzeptanz und Management des Geschlechtswechsels basierten auf einem deterministischen Krankheitskonzept, das bipolar ‘konträre’ Geschlechtsidentitäten postulierte und ätiologisch wie symptomatologisch Eindeutigkeit konstruierte. Und Ärzte und Transsexuelle, weil ihre Ärzte es so wollten, betonten, dass der gewünschte Geschlechtswechsel nicht auf dem freien Willen des Individuums beruhe. Dass Benjamin 1969 nicht nur Transsexualität, sondern auch die gegen Geschlechterrollenkonventionen verstoßenden Hippies – „longhaired boys and trousered girls“ – als eine Form von „gender role disorientation“ biologischen Ursprungs qualifizierte,²⁸ zeigt die heute skurril anmutenden Blüten des biologistischen Denkmodells. Unsere Gesellschaft bleibt, so Mike Brake, nicht nur an die strenge Dichotomie der Geschlechterrollen gebunden, sondern kennt nur ein zugeschriebenes und kein “achieved gender”.²⁹

Der als Transsexualität konstruierte und medizinisch bewerkstelligte Geschlechtswechsel stabilisiert die Ordnung der Zweigeschlechtlichkeit. Transsexuelle bringen sich selbst in diese Ordnung, sie entschädigen, wie auch kritische Psychiater bemerken, die Öffentlichkeit weitgehend durch die an ihnen „erkennbare Idealisierung der polaren Geschlechtlichkeit“:³⁰ ihre

²⁵ Green (1966), S. 173, 182; vgl.: Burchard (1961), S. 32; Pauly (1968), S. 460; Hoopes [u. a.] (1968), S. 512; Green / Money (1975), S. XV; Derogatis [u. a.] (1978), S. 234; Pauly / Edgerton (1986), S. 316f.; Jarner [u. a.] (1996). Das erste Kapitel in Greens Monographie von 1974 heißt „Historical and cross-cultural survey“ (Green (1974b), S. 3-13.)

²⁶ Sulcov (1973), S. 255.

²⁷ Bockting / Coleman (1992), S. 132.

²⁸ Benjamin (1969), S. 135.

²⁹ Brake (1976), S. 178, 184.

³⁰ Springer (1981), S. 232.

Identitätsbildung funktioniert auf der Basis der herrschenden Geschlechternormen als Selbstnormalisierung, ein Prozess, bei dem ‚nicht männlich‘ notwendig ‚weiblich‘ und ‚nicht weiblich‘ notwendig ‚männlich‘ bedeutet. Ärzte bringen Transsexuelle in diese Ordnung, indem sie den als falsch diagnostizierten Körper in Übereinstimmung mit der gegengeschlechtlichen Identität bringen. An Transsexualität werden, so Hirschauer, „die Axiome unserer kulturellen Annahmen über Geschlechtszugehörigkeit bewiesen und bestritten: daß der Körper die Geschlechtszugehörigkeit begründet und daß sie von lebenslanger Konstanz ist“. Die Chirurgie überschreite die körperliche Geschlechtsgrenze und reaffirmiere zugleich die Körpergebundenheit der Geschlechtszugehörigkeit, denn es könne nicht nur geschnitten werden, es müsse geschnitten werden. Und trotz der sozialen und biographischen Brüche eines Geschlechtswechsels werde negiert, dass ein Wechsel stattgefunden habe: gerade an Transsexuellen werde gezeigt, wie früh das Geschlecht determiniert sein soll. Mit Hirschauer ist Transsexualität als „Ausdruck einer historisch spezifischen Geschlechtskonstruktion“ zu qualifizieren, deren Kontingenz sich am normalisierenden operativen Eingriff zeige.³¹ Dem gegenüber sehen Psychiater entweder nur die eine Seite der Medaille – „Transsexualität durchbricht die Grenze der zweigeteilten Geschlechterordnung“³² – oder aber sie instrumentalisieren die Position, dass durch operative Geschlechtsumwandlungen „Stereotype bezüglich Geschlechtsrollen und Charakteristiken der beiden Geschlechter noch verhärtet werden“ für ihre grundsätzliche Kritik an der „Propagation der ‚Geschlechtskorrektur‘“.³³

Transsexualität wurde von der Medizin universalistisch als eine Identitätsstörung konstruiert, die von den konkreten gesellschaftlichen Geschlechterverhältnissen und ihren Veränderungen unabhängig ist und die Behauptung impliziert, dass es immer und überall nur genau zwei Geschlechter gegeben hat, gibt und geben wird; als eine Störung, deren Ursache auf paradoxe Weise zugleich im Individuum und in der Natur der Sache, aber nicht in der jeweiligen gesellschaftlichen Geschlechterordnung zu finden sei. Diesem Postulat eines außergesellschaftlichen Ursprungs entspricht die fast mythenförmige Darstellung der Transsexualität in Autobiographien und anderen Medien, eine Darstellungsform, die die Angst der Transsexuellen wie der Nicht-Transsexuellen vor dem Phänomen reduziert.³⁴ Das medizinische Management von Intersexualität, durch das bereits frühkindlich eine geschlechtliche Eindeutigkeit hergestellt wird, deute ich auch als Bewältigungsstrategie dieser Angst vor der Verwischung der Grenzen der Zweigeschlechtlichkeit.

Die medizinische Konstruktion der Transsexualität sowie die Darstellung von Transsexuellen in der medialen Öffentlichkeit festigt die Ordnung der Zweigeschlechtlichkeit, weil sich Transsexuelle, die sich als Opfer von Natur oder Erziehung sehen und darstellen, problemlos als Mann oder Frau – lediglich im falschen Körper – fühlen können und wahrgenommen und (medizinisch) behandelt werden. Das medizinische Management des Geschlechtswechsel

³¹ Hirschauer (1993), S. 350f.

³² Pfäfflin (1993), S. 101.

³³ Springer (1981), S. 236.

³⁴ Vgl.: Silverstone (1984).

stellt eine Strategie des Sexualitätsdispositivs dar, durch die die abweichende Identitätslust zwar nicht mehr psychiatrisiert, aber normalisiert wird. Dass diese Strategie wesentlich als Selbstnormalisierung der Transsexuellen funktioniert, die die gesellschaftlichen Geschlechternormen internalisiert haben, verdeutlicht für mich die Macht dieser Normen.

vii. Vielfalt der Transsexualitäten – Von der Transsexualität zum Transgenderismus

Die Eindeutigkeit und das ‚Immer-schon‘ der gegengeschlechtlichen Identität von Transsexuellen – ihre total und dauerhaft transponierte Geschlechtsidentität – war eine Konstruktion mit strategischem Charakter, die Psychiater und Transsexuelle in einem Wechselverhältnis entwickelten, um den medizinisch bewerkstelligten Geschlechtswechsel zu legitimieren. Der Eindeutigkeit der behaupteten Identität entsprachen die deterministischen Ätiologiespekulationen sowie die eindeutigen Symptome dieser Identität. Und ihr entsprach das idealisierte Therapieziel des ‚passing‘, des unauffälligen Aufgehens im anderen Geschlecht. Die Operation erscheint im medizinischen Diskurs als der krönende Abschluss einer jeden echten Transsexuellenkarriere. Das transportiert schon die Sprache: nicht operierte werden zu präoperierten Transsexuellen, eine Sichtweise, die von vielen Transsexuellen selbstnormalisierend übernommen wird. Alternativen zur Geschlechtsumwandlung werden entwertet. Die Geschlechtsumwandlung wird „durch die (diagnostischen) Zugangskontrollen zu einer Auszeichnung“ aufgewertet.³⁵

Doch die Biographien und die Lebenssituationen Transsexueller sahen schon immer vielfältiger aus – notgedrungen oder freiwillig. Vielfalt kennzeichnete sowohl die Wege und die Motivation, die zum Wunsch, das bei der Geburt zugewiesene Geschlecht zu verlassen, führten, wie auch die Art und Weise der Realisierung dieses Wunsches. Nur ein Teil der Personen, die mit Psychiatern oder Therapeuten wegen ihrer Geschlechtsidentitätsstörung Kontakt aufnahmen, wurde geschlechtsumwandelnd operiert. Gründe dafür mögen zunächst eine verbreitete skeptische, abwartende oder die Patienten hinhaltende Haltung seitens der Psychiater oder Resignation oder mangelnde finanzielle Möglichkeiten seitens der Transsexuellen gewesen sein, sich die Behandlung in Deutschland oder im Ausland leisten zu können. Auch wenn heute Geschlechtsumwandlungen leichter verfügbar sind und in einigen Ländern die Behandlungskosten von der Sozialversicherung übernommen werden und sich so vermutlich der Anteil der Geschlechtsumwandlungen bei dieser Patientengruppe erhöht hat, hat sich an dem Sachverhalt grundsätzlich nichts geändert, dass nur ein Teil der Wünsche eines Geschlechtswechsels auch medizinisch realisiert wird. Das muss nicht unbedingt etwas mit einer Verweigerungshaltung der behandelnden Ärzte zu tun haben. Manche Transsexuelle kommen im Laufe der psychologischen Begutachtung wieder von ihrem Wunsch nach Geschlechtsumwandlung ab und entwickeln eine Lebensperspektive ohne medizinischen Eingriff. Andere wollen von Anfang an keinen chirurgischen Eingriff oder lassen sich nur hormonell behandeln oder leben ihren Geschlechtswechsel ganz ohne medizinische Mittel, wechseln etwa nur

³⁵ Hirschauer (1993), S. 329f.

ihren Vornamen, wie es z. B. das Transsexuellengesetz in der Bundesrepublik Deutschland ermöglicht.³⁶

Vielfältig und geschlechtlich uneindeutig ist auch die Phase des Geschlechtswechsels derjenigen, die eine operative Geschlechtsumwandlung durchführen lassen. Die Zeitspanne zwischen den medizinischen Eingriffen hat sich zwar verkürzt. In der Weimarer Republik vergingen manchmal Jahre zwischen der Kastration, der Penisamputation und der scheidenplastischen Operation, wohingegen heute die Durchführung dieser Eingriffe in einer Operation Behandlungsstandard sein sollte. Doch leben Transsexuelle in der Phase des sogenannten Alltagsstands und der Hormonbehandlung manchmal Jahre mit einem Körper, der sich auf verschiedenen Stufen der Metamorphose befindet. Subjektive Leibwahrnehmung, objektive Körpergestalt sowie das Begehren sind verwickelt und vielschichtig und lassen sich nicht immer den Kategorien Frau oder Mann bzw. homo- oder heterosexuell zuordnen.³⁷ Und die immer noch mangelhaften Ergebnisse einer phalloplastischen Operation lassen Frau-zu-Mann-Transsexuelle in der Regel davon Abstand nehmen, so dass ihre Körpertransformation nicht im männlichen ‚Normkörper‘ ankommt. Dafür wirkt ihr Körper aber durch die Hormonbehandlung meist überzeugend vermännlicht, wohingegen Mann-zu-Frau-Transsexuelle trotz Hormonbehandlung die pubertären Folgen wie Stimmbruch oder Körperbehaarung nicht bzw. nur zum Teil rückgängig machen können. Dafür bietet ihnen die Genitalchirurgie mittlerweile optisch wie funktional gute Produkte an. Diese geschlechtsspezifischen Möglichkeiten und Grenzen der Körpertransformation bedingen eine Vielfalt ‚transsexueller Körper‘, die jedoch nur mittelbar die soziale Geschlechtsdarstellung und damit die Geschlechtswahrnehmung bestimmt, denn für die Wahrnehmung des in der Regel bekleideten Körpers sind außer der Körperstatur noch andere Faktoren wie Habitus, Gestus und Mimik relevant.

Dass diese Vielfalt von Transsexualitäten im medizinischen Diskurs und insbesondere bei der Symptomatologie und Diagnostik – schematisch gesagt – in den 1960er Jahren negiert, in den 1970er Jahren typologisiert und in den 1980er Jahren flexibilisiert worden ist, charakterisiere ich mit Kategorien von Jürgen Link als Übergang von einer protonormalistischen Strategie zu einer flexibel-normalistischen Strategie, wobei sich die protonormalistischen Strategien noch stark an Mechanismen der Normativität anlehnen.³⁸ D. h., Geschlechterrollen und Geschlechtsidentität waren bis Ende der 1960er Jahre noch Orientierungsnormen mit dem Cha-

³⁶ Vielleicht ist das unterschiedliche Verhältnis von operierten Transsexuellen zu nicht medizinisierten Geschlechtswechslern auch eine Erklärung für die höchst unterschiedlichen epidemiologischen Angaben zur Häufigkeit von Transsexualität in einzelnen Ländern. Eine andere Erklärung ist, dass unter problematischen statistischen Bedingungen und mit diskurspolitischen Absichten Häufigkeiten eher geschätzt als errechnet worden zu sein scheinen. Die bei Osburg / Weitze (1993) genannten Statistiken einzelner Länder geben im Mittel eine Häufigkeit um 1:50000 an. Die niedrigste Häufigkeit nennt Pauly 1968: 1:100000 bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen, 1:400000 bei Frau-zu-Mann-Transsexuellen. Die größte Häufigkeit wurde 1988 für Singapur ermittelt mit 35,2 Mann-zu-Frau- und 12 Frau-zu-Mann-Transsexuellen pro 100000 Einwohner. Für die Niederlande wurde 1992 die zweithöchste Häufigkeit von Transsexualität ermittelt. (Osburg / Weitze (1993), S. 103.)

³⁷ Vgl. z. B. die (auto-)biographischen Berichte in: Ulrich / Karsten (1994); Bader [u. a.] (1995).

³⁸ Ich beziehe mich auf Jürgen Links Monographie „Versuch über den Normalismus. Wie Normalität produziert wird“ (1999a), insb. S. 75-82, sowie auf dessen Aufsatz „Normativ“ oder „Normal“? (1999b), insbesondere auf die dortige Gegenüberstellung von Normativität und Normalität (a.a.O., S. 32).

rakter binärer Erfüllungsnormen, waren nicht bloß dem Handeln postexistente deskriptive ‚Grenznormen‘, die Link als einen durch Normalitätsgrenzen bestimmten Bereich um den Durchschnitt versteht, sondern hatten auch den Charakter von dem Handeln präexistenten präskriptiven imperativen ‚Punktnormen‘, denen das Individuum entspricht oder nicht. In diese Phase fallen die legitimierenden biologistischen, lerntheoretischen und ich-psychologischen Hypothesen einer angeborenen oder frühkindlichen konfliktfreien Genese der Transsexualität und damit die Konstruktion transsexueller ‚Lehrbuchfälle‘. Wie der restriktive Charakter der Konstruktion der Transsexualität auf die Normativität der Geschlechternormen verweist, so wird das ‚typisch Weibliche‘ und ‚typisch Männliche‘ normalisierend über Abweichungen bestimmt, z. B. durch das, was an einem Frau-zu-Mann-Transsexuellen nicht dem männlichen Durchschnitt entspricht. Erst im Rückschluss vom Anormalen erschließt sich das Normale, das als ‚blinder Fleck‘ die Klassifizierungen des Anormalen regiert. Der Durchschnitt als Norm der normalisierenden Subjektivierung ist, so Link, qua Definition eine imaginäre Größe, eine Leerstelle, die die Abweichungen brauche. Für das Funktionieren der Normalisierung sei es wichtig, dass die Norm im Kern gerade nicht definiert ist. So sei die Grenze normal - anormal beliebig verschiebbar – im Gegensatz zu den starren aus der Natur abgeleiteten anthropologischen Geschlechtscharakteren der Aufklärung.

Dem tradierten bipolaren Bild von Männern und Frauen entsprach das eindimensionale Bild des ‚echten‘ Transsexuellen. Auch die typologisierende Binnendifferenzierung, z. B. die Unterscheidung von primären und sekundären Transsexuellen in den 1970er Jahren, deute ich noch als protonormalistische Strategie der Subjektivierung; ebenfalls die durch Leitsymptome markierten harten Normalitätsgrenzen und die Tatsache, dass einzelne Normalfelder wie Geschlechtsidentität und sexuelle Orientierung isomorph aneinander gekoppelt waren, denn ‚echte‘ oder primäre Transsexuelle hatten postoperativ heterosexuell zu sein. Als die dazu gehörigen Subjekttaktiken der Transsexuellen identifiziere ich einen an den ‚Lehrbuchfällen‘ orientierten Konformismus und eine „Fassaden-Normalität“: Transsexuelle wussten, wie sie zu sein hatten.

In den 1980er Jahren setzte sich die flexibel-normalistische Strategie durch. Das lag zum einen daran, dass sich der medizinische Geschlechtswechsel nach der offiziellen Klassifikation der Transsexualität als Krankheit langsam als ‚Behandlung der Wahl‘ durchsetzte. Zum anderen auch am allmählichen Aufbrechen der tradierten Geschlechterrollen, gewissermaßen als mit 15-jähriger Verzögerung eingetretene Spätfolge der so genannten Sexuellen Revolution. Die Normalitätsgrenzen wurden weicher, an die Stelle transsexueller Typologien trat eine fein graduierte Binnendifferenzierung, die individuelle Besonderheiten zuließ. Die Kopplung der Normalfelder Geschlechtsidentität und sexuelle Orientierung wurde gelockert. An die Stelle des außengelenkten Konformismus trat als Subjekttaktik ein selbständiges Kalkül. Das konnte zwar auch selbst-normalisierenden Charakter haben, bot aber meiner Einschätzung nach auch die Chance der Authentizität.

Doch die medizinische Konstruktion des Phänomens setzt aller Flexibilisierung und Anerkennung der Vielfalt der Wege zur Transsexualität ihre Grenze. Auch die in den Klassifikati-

onen der WHO und der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft vergleichsweise offen formulierten Symptome definieren Transsexualität als Krankheit, als ein Zwangsphänomen. D. h., auch wenn die Diagnose ‚transsexuell‘ nicht von einer bruchlosen ‚Immer-schon‘-Biographie abhängt, wäre eine mit freiem Willen getroffene *Entscheidung* für eine Geschlechtsumwandlung nicht mit der medizinischen Definition des Phänomens vereinbar. Deswegen halte ich Siguschs Versuch, Transsexualität nicht als Krankheit und Transsexuelle als geschlechtlich-sexuelle Minderheit zu verstehen, für problematisch.³⁹ Homosexuelle haben eine kollektive emanzipatorische Identität entwickelt, um gegen soziale Diskriminierung und strafrechtliche Verfolgung anzugehen und um sich von der Pathologisierung durch die Medizin zu emanzipieren. Anders Transsexuelle. Transsexuelle können sich nur mit Hilfe der Medizin emanzipieren und ihre Wünsche realisieren.⁴⁰

Die Frage ist, ob die Flexibilisierung der Normalitätsgrenzen des Weiblichen und Männlichen Konsequenzen hat für das Phänomen Transsexualität. Eine mögliche Konsequenz wäre, dass die Nachfrage nach einer operativen Herstellung des anderen Geschlechts allmählich zurückgeht, eine andere, dass sich das Phänomen Transsexualität in Richtung Transgenderismus⁴¹ transformiert, was umgekehrt zu einer Medizinisierung von subkulturellen Kontexten und Formen des Geschlechtswechsels führen würde. Letztlich geht es dabei um die Machtfrage: ist die Medizin bereit, ihre Souveränität des diagnostischen Wissens und der Entscheidung zum operativen Eingriff aufzugeben und mit den Geschlechtswechslern in einen nicht nur latenten, sondern manifesten offenen Aushandlungsprozess zu treten, der zu einer ‚operation-on-demand-Situation‘ führen könnte? Und inwieweit sind Transgenderists bereit, die Souveränität ihres Lebensentwurfs aufzugeben, um medizinische Eingriffe zu bekommen?

Die Frage, ob das Aufbrechen der tradierten bipolaren Geschlechterrollen dazu führen könnte, dass Menschen diesen Zwang zur Geschlechtsumwandlung nicht mehr entwickeln würden, ist bereits ab den 1970er Jahren diskutiert worden. Die einen meinten, dass auch eine größere Flexibilität der Geschlechterrollen Transsexualität nicht zum Verschwinden bringen würde, denn diese Flexibilität impliziere nicht die Gleichheit der Körper, so dass Transsexuelle weiterhin einen spannungsreichen Identitätssinn hätten: „The loosening of definitions would probably affect the transsexual not at all, in terms of the persistent feeling of ‚wrong

³⁹ Sigusch (1991a und b). Sigusch versteht Transsexuelle als ‚transitorische‘ Minderheit. Das ist ein wichtiger Unterschied zur Transgender-Bewegung.

⁴⁰ Vergleichbar dem Versuch von Homosexuellengruppen, die in den USA in den 1960er Jahren versuchten, mit progressiven Ärzten die Streichung der Homosexualität als psychische Krankheit zu erreichen, waren Strukturen einer Selbstorganisation von Transsexuellen, die ab Ende der 1960er Jahre in den USA bestanden und letztlich auf Benjamins Initiative zurückgingen. Ende der 1970er Jahre lösten sich diese Strukturen wieder auf. (Meyerowitz (2002), S. 226-241, 255) Diese Form der Selbstorganisation entsprach der Strategie der Emanzipation mit Hilfe der Medizin im Sinne der medizinischen Konstruktion der Transsexualität.

⁴¹ Ich benutze den Begriff ‚transgender‘, um eine Überschreitung der Ordnung der Zweigeschlechtlichkeit zu bezeichnen. Ekins / King (2006) benutzen ihn dagegen als Oberbegriff, um nicht nur Formen der Transgression, sondern auch des „Crossing“ (Transsexualität) und der „Transformation“ (dauerhaften Transvestitismus) der Geschlechterordnung zu bezeichnen. Der Titel der Monographie von Ekins / King – The Transgender Phenomenon – spielt auf Benjamins Standardwerk – The Transsexual Phenomenon – an.

body‘.⁴² Äußerungen der gegenteiligen Meinung sind beispielsweise die Verwunderung eines OP-kritischen Psychiaters darüber, dass sich gerade in einer Zeit, „in der Geschlechterrollenstereotype fragwürdig gemacht wurden,“ die Transsexuellen vermehrt hätten.⁴³ Oder die feministische Kritik, die meint, dass die rigiden Geschlechterrollen als soziale Pathologie behandelt werden sollten, anstatt Transsexualität als individuelle Pathologie und Effekt dieser Rollen zu korrigieren, und prognostiziert: “Were the notions of masculinity and femininity less rigid, sex change operations should be unnecessary.”⁴⁴

Statistiken von durchgeführten Geschlechtsumwandlungen legen nahe, dass Männer häufiger den ‘Zwang’ verspürt haben, eine Frau zu sein, als umgekehrt. Ist das männliche Rollenmodell also rigider als das weibliche? Oder finden Frauen andere Wege als die Operation, um mit dem Rollendruck umzugehen, obwohl sie laut Umfragen viel häufiger lieber ein Mann wären als umgekehrt Männer eine Frau?⁴⁵ Vielleicht konnten Männer aber auch nur ihren Wunsch häufiger umsetzen als Frauen oder haben ihn konsequenter verfolgt, weil die Möglichkeiten der Genitaltransformation weiter entwickelt sind? Oder weil die Massenmedien hauptsächlich Mann-zu-Frau-Transsexuelle als Vorbilder angeboten haben? Oder weil die diagnostischen Hürden für einen Wechsel zum privilegierten männlichen Geschlecht höher liegen als beim umgekehrten Geschlechtswechsel?⁴⁶ Das Verhältnis von Mann-zu-Frau-Transsexuellen zu Frau-zu-Mann-Transsexuellen hat sich zwar bis in die 1980er Jahre mehr und mehr angeglichen, jedoch nicht ausgeglichen.⁴⁷ Verschiedene zwischen 1967 und 1993 durchgeführte statistische Erhebungen stellen durchweg ein unterschiedlich deutliches Übergewicht der Mann-zu-Frau-Transsexuellen fest.⁴⁸

Doch der ‚transsexuelle Zwang‘ basiert nur mittelbar auf den gesellschaftlichen Geschlechterrollen, unmittelbar jedoch auf der imaginären Qualität, die die Geschlechtsidentität für das Individuum in unserer Gesellschaft hat, sowie auf der leiblich-affektiven Dimension des Ge-

⁴² Feinbloom (1976), S. 249. Vgl. auch die Position von Docter, dass eine größere Androgynie bezüglich der Geschlechterrollen nicht notwendig eine Unterstützung einer Art männlich-weiblich gemischten Geschlechtsidentität bedeuten würde. (Docter (1988), S. 83.)

⁴³ Langer (1985), S. 69.

⁴⁴ Eichler (1980), S. 75.

⁴⁵ Benjamin zeigte sich 1966 überrascht, dass Frau-zu-Mann-Transsexuelle seltener waren, wo doch laut einer Gallup-Umfrage zwölfmal mehr Frauen lieber ein Mann wären als umgekehrt (Benjamin (1966), S. 148.)

⁴⁶ Halberstam meinte, aufgrund der mit Männlichkeit verbundenen sozialen Macht würde auch noch in den 1990er Jahren „female masculinity“ für abstoßender und pathologischer gehalten als „male femininity“. (Halberstam (1998), S. 269.)

⁴⁷ Benjamin hatte 1966 in seinem Sample das extreme Verhältnis von 8:1 festgestellt. Doch er vermutete, dass ein Verhältnis von 3:1 signifikanter sei. Dies war das Verhältnis der Briefzuschriften selbst diagnostizierter Transsexueller, die Hamburger nach der Publikation des Jorgensen-Falles bekommen hatte. (Benjamin (1966), S. 147f.) Das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* der American Psychiatric Association gibt in seinen unterschiedlichen Ausgaben das von Klinikern genannte Verhältnis von Mann-zu-Frau-Transsexuellen zu Frau-zu-Mann-Transsexuellen wie folgt an: von 8:1 bis 2:1 (DSM-III (1980), S. 263), von 8:1 bis 1:1 (DSM-III-R (1987), S. 75), bei Kindern 5:1, bei Erwachsenen 2:1 bis 3:1. (DSM-IV (1994), S. 535.)

⁴⁸ Die Extreme des Übergewichts von Mann-zu-Frau-Transsexuellen im Verhältnis zu den Frau-zu-Mann-Transsexuellen: für Australien wurde ein Verhältnis von 6,1:1 ermittelt, für die Bundesrepublik Deutschland dagegen nur ein Verhältnis von 2,3:1. (Osburg / Weitze (1993), S. 103.)

schlechts. So deutet sich – diskursiv wie in der gesellschaftlichen Praxis – als Konsequenz der Flexibilisierung der Normalitätsgrenzen des Weiblichen und Männlichen kein Verschwinden des Geschlechtswechsels, sondern eine Flexibilisierung seiner Formen an: neben die Transsexualität – als medizinischer Konstruktion geschlechtlicher Eindeutigkeit auf der Grundlage eines diagnostizierten Zwangs – tritt der Transgenderismus – als soziale und/oder medizinische Konstruktion vielfältiger, auch ambiger Geschlechtlichkeiten auf der Grundlage einer mehr oder minder freien Entscheidung.

Der Hinweis, dass traditionell z. B. dem männlichen Geschlecht zugeschriebene Attribute heute in ein Leben in der weiblichen Geschlechtsrolle integrierbar sind, wird, so meine ich, der Person nicht weiterhelfen, für die – warum auch immer – eine männliche Geschlechtsidentität zur Funktionsbedingung ihrer Existenz geworden ist und die so ihren Leib als ‚falsch‘ empfindet. Die kognitive Dissonanz zwischen dem Wissen um die eigene Körpermorphologie und der Geschlechtsidentität kann in vielen sozialen Kontexten überspielt werden, wird aber insbesondere beim Sex virulent – trotz der berichteten Fähigkeit vieler Transsexueller, sich beim Sex als das andere Geschlecht zu phantasieren⁴⁹ oder mit hochgradiger Beteiligung der Imagination Rollen zu spielen.⁵⁰ „Teilweise besteht die Strategie des Begehrens gerade in der Verwandlung des begehrenden Körpers selbst“. Mit Butler ist zu betonen, dass es notwendig sein kann und für Transsexuelle notwendig ist, „an ein alteriertes Körper-Ich zu glauben, das den Anforderungen eines Körpers (...) gemäß den durch die Geschlechtsidentität bestimmten Regeln des Imaginären (gendered rules of imaginary) entspricht“,⁵¹ um überhaupt zu begehren. An dieser subjektiven Notwendigkeit ändert auch die Tatsache nichts, dass „das Geschlecht keine vordiskursive anatomische Gegebenheit“ ist und dass es so „keinen Rückgriff auf den Körper [gibt], der nicht bereits durch kulturelle Bedeutungen interpretiert ist“.⁵²

Die Bemerkung von Sulcov, dass “the level of sex drive reported by transexuals and the availability of surgical techniques to construct a vagina were apparently closely related”,⁵³ und die Bemerkung von Lothstein, dass Frau-zu-Mann-Transsexuelle nach einer phalloplastischen Operation feststellen könnten, dass „her real penis was not as powerful as her imaginary one“,⁵⁴ weisen auf den Zusammenhang von medizinisch-technischen Möglichkeiten, Geschlechtsidentität und Körperbild hin, auf den Zusammenhang dessen, was allgemein möglich und was individuell nötig ist. Inwieweit eine operative Geschlechtsumwandlung die kognitive Dissonanz reduzieren oder auflösen kann, ist individuell verschieden.

1995 erwähnt Sophinette Becker, Sexualwissenschaftlerin und Psychologin aus Frankfurt, die an Behandlungsstandards für Transsexuelle mitgearbeitet hat, in einem Interview nicht nur

⁴⁹ Money / Primrose (1968), S. 479; Money / Brennan (1968), S. 493.

⁵⁰ Tully (1992), S. 239.

⁵¹ Butler (1991), S. 112.

⁵² Butler (1991), S. 26.

⁵³ Sulcov (1973), S. 87.

⁵⁴ Lothstein (1983), S. 73.

„die Frau-zu-Mann-Transsexuellen, die immer noch mehrheitlich auf diese Phalloplastik verzichten, was ihrer psychischen Stabilität keinen Abbruch tut“, sondern auch, dass es „in Amerika (...) mittlerweile auch eine relevante Gruppe von Transsexuellen [gibt], die die Operation nicht zufriedenstellend findet, und die interessiert ist an einem ‚als-Frau-leben‘, ohne sich dem Medizinapparat völlig auszuliefern“.⁵⁵ In den 1990er Jahren entwickelten diejenigen, die von der Medizin normalisiert und diszipliniert werden, um wieder in die Ordnung der Zweigeschlechtlichkeit zu passen, eine Gegenmacht: Transgenderists und Intersexuelle. Diese zweifache Gegenmacht hat sich zuerst in den USA als Bewegung in der nicht-diskursiven Praxis herausgebildet.

Die Intersex-Bewegung plädiert dafür, keine frühkindlichen das Geschlecht vereindeutigenden Eingriffe durchzuführen und die Entwicklung des Kindes abzuwarten, das an den Eingriffen, die den als Norm gesetzten natürlichen Körper erst herstelle,⁵⁶ leide. Vielleicht empfindet das intersexuelle Individuum keines der zwei Norm-Geschlechter als für sich passend. Transgenderists *entscheiden* sich gegen das ihnen bei Geburt zugewiesene Geschlecht, ohne deswegen voll und ganz das ‚andere‘ Geschlecht sein zu wollen. Da sie sich für ein Leben entscheiden, das nicht in der jeweils gegengeschlechtlichen Norm aufgeht, bieten Transgender-Lebensentwürfe im Gegensatz zur Transsexualität eine Basis für eine emanzipatorische Bewegung, die sichtbar die Ordnungen der Zweigeschlechtlichkeit und der Heterosexualität transzendiert. Die Grenzen zwischen Transsexualität und Transgenderismus sind fließend. Der wesentliche Differenzpunkt zwischen beiden Phänomenen ist die Frage, wieweit sich das Subjekt an die Macht Medizin ausliefert.

Der Gegendiskurs der Transgender- und Intersex-Bewegung ist zunächst von Aktivistinnen und Aktivisten geführt worden. Erst gegen Ende der 1990er Jahre wurde er im sozialwissenschaftlichen Kontext der Geschlechterforschung und vereinzelt auch vom medizinischen Diskurs wahrgenommen. Die Position des Transgenderismus möchte ich abschließend als Möglichkeit von Alternativen zur medizinischen Konstruktion der Transsexualität andeuten.

Im Transgender-Diskurs dominiert der Diskurs von ‚weiblichen Männer‘ über ‚weibliche Männer‘,⁵⁷ die keine Imitation und perfekte Performanz von Männlichkeit anstreben. „Female masculinity“, so lautet der von Judith Halberstam benutzte Begriff, zeige stattdessen, wie Männlichkeit als Männlichkeit konstruiert werde. Es gehe um eine queere Subjektposition, die das hegemoniale ‚gender‘-Konformitäts-Modell selbst in Frage stellen kann.⁵⁸ Im Gegensatz zu Frau-zu-Mann-Transsexuellen würden „FTMs“, also FemaleToMales, dieses Label bewusst beibehalten, um ihr Nicht-Aufgehen in der Männlichkeit zu demonstrieren. FTMs hätten eher einen ambigen Körper. Obwohl auch sie zum Teil somatische Eingriffe machen

⁵⁵ Weller (1995), S. 5.

⁵⁶ Fausto-Sterling hat darauf hingewiesen, dass Körper nicht nur diskursiv, sondern tatsächlich durch die Kultur konstruiert werden. (Fausto-Sterling (2000), S. 20)

⁵⁷ Z. B. Feinberg (1996); Halberstam (1998), Cromwell (1999). Prominentes ‚Gegenbeispiel‘ einer ‚männlichen Frau‘ ist Kate Bornstein, z. B.: Bornstein (1994).

⁵⁸ Halberstam (1998), S. 1, 9.

lassen würden, definiert Halberstam Transgender als Kategorie wie folgt: „at least partially defined by transitivity but that may well stop short of transsexual surgery.“⁵⁹ Halberstam kritisiert Transsexuelle zwar als gender-konservativ, erkennt jedoch den Unterschied an zwischen den “real and desperate desires” von Transsexuellen und dem “playful desire” und der “casual form” der Butch als Variante von ‘female masculinity’.⁶⁰ So kann es meiner Meinung nach nicht darum gehen, die Transgender-Lebensform als progressivere Variante oder als Möglichkeit der Erlösung von der Ordnung der Heteronormativität präskriptiv zu setzen, sondern darum, die Perspektive zu individualisieren und Möglichkeiten für Geschlechterformen neben dem medizinischen Konzept der Transsexualität zu eröffnen.⁶¹

All die, die nicht in dem ihnen bei Geburt zugewiesenen Geschlecht weiterleben wollen oder können, müssen sich entscheiden, wieweit sie sich der Medizin ausliefern, um ihre Identität in dem ihrem Empfinden nach ‚richtigen‘ Körper leben zu können. Das kann eine Trans-Identität sein in einem Körper zwischen den Geschlechtern. Das kann eine gegengeschlechtliche Identität sein in einem entsprechend den technischen Möglichkeiten weitgehend dem anderen Geschlecht angepassten Körper. Die Medizin muss sich entscheiden, ob sie sich darauf einlässt, Eingriffe auch bei Personen durchzuführen, die nicht unter dem Zwang stehen, körperlich das andere Geschlecht zu werden, sondern die ein Leben führen wollen, das sich unter Umständen den geschlechtlichen und sexuellen Eindeutigkeiten entzieht und das sich quer zur heteronormativen Ordnung stellt.

Zu den Mitgliedern der Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA), der „major medical and clinical voice of contemporary western transsexualism“, gehören mittlerweile auch eine beachtliche Anzahl „transgendered professionals“, die das im Namen der Gesellschaft festgeschriebene pathologische Konzept als „gender dysphoria“ kritisieren und darauf bestehen, nicht krank, sondern anders zu sein. Ekins qualifiziert die medizinische Konstruktion der Transsexualität als Modell, dass all die Transgender-Formen behindere, die das binäre Geschlechtersystem negierten oder transzendierten, und appelliert an die Kliniker, auch denen zu helfen, die sich entschieden hätten „to put themselves on the front line by living daily in ways that challenge the binary divide“.⁶²

Vielleicht wiederholt sich die Geschichte und die nach der Entpsychiatisierung gewissermaßen zweite Entpathologisierung des Geschlechtswechsels – diesmal von der durch körperliche Eingriffe zu behandelnden Identitätsstörung Transsexualität zur Vielfalt von Transgender-Lebensformen – beginnt wieder in den USA. Bereits 1993 stellte das „gender committee“ der Universität Minnesota sein Behandlungskonzept um und anerkannte das Spektrum von „transgender identities“. Das Behandlungsangebot erfolgt in Form eines Anbieter-

⁵⁹ Halberstam (1998), S. 154, 161.

⁶⁰ Halberstam (1998), S. 143.

⁶¹ Auch Genschel plädiert für eine Individualisierung der Auseinandersetzung mit Phänomenen der Transsexualität und sieht die Transgender-Bewegung als Chance für eine Vervielfältigung der Selbstrepräsentationen an. (Genschel (2001).)

⁶² Ekins (2005), S. 307, 319, 322.

Konsumenten-Team-Zugangs.⁶³

Im selben Jahr, 1993, also zwei Jahre nach Siguschs Versuch, Transsexuelle als Minderheit zu konstruieren, machte Friedemann Pfäfflin, einer der renommiertesten deutschen Psychiater und Psychotherapeuten auf dem Gebiet der Transsexualität, die polemische Anmerkung, dass sich „in jüngster Zeit (...) Veröffentlichungen [mehr], die Transsexualität unter sozialpsychologischen und politischen Aspekten thematisieren, vom Geschlechtswechsel reden, als ließe sich das Geschlecht jederzeit wie in einer Wechselstube konvertieren und ebenso rasch wieder zurücktauschen.“⁶⁴ Dieser Einwand verdeutlicht die psychiatrische Skepsis einer Laisser-faire-Haltung den Patienten gegenüber, die selber wissen, was sie wollen oder was gut für sie ist, und die keinen Psychiater brauchen, sondern gegebenenfalls nur einen Endokrinologen und einen plastischen Chirurgen. Der Psychiatrie geht es um die Definitionsmacht bezüglich des Phänomens Transsexualität und um die Überzeugung, dass es im Interesse zumindest vieler Geschlechtswechsler sei, wenn das Geschlecht als der vielleicht wichtigste Faktor der persönlichen Identität und die Geschlechtsumwandlung als irreversibler Eingriff der psychiatrischen Kontrolle unterliegt.⁶⁵

Dass bislang Versuche, das bereits durch mehrere Urteile des Bundesverfassungsgerichts liberalisierte bundesdeutsche Transsexuellengesetz grundlegend zu reformieren, gescheitert sind, zeigt, dass Geschlecht und Personenstand zu den grundlegenden Ordnungskategorien unserer Gesellschaft gehören. Money hat Mitte der 1970er Jahre nachgedacht über „some sort of ceremony or celebration that formally marks the occasion of a redeclaration of sex, analogous to that which marks a change of citizenship“.⁶⁶ Hirschauer meint knapp zwanzig Jahre später, „eine juristische Erneuerung des Geschlechtseides“, durch den bis ins 19. Jahrhundert die Geschlechtszugehörigkeit von Zwittern festgelegt worden ist, „könnte auch für heutige Geschlechtswechsler ein Verfahren bieten, für das sich zu streiten lohnt“.⁶⁷ Tertium non datur?

Die biologistische Ursachenforschung muss Transgender-Phänomene ignorieren. Denn wie soll für Geschlechter, die weder als Zwangsphänomen zu verstehen noch in die bipolare Geschlechterordnung einzuordnen sind, eine deterministische Ätiologie konstruiert werden? Die denkbare Behauptung einer z. B. (neuro-)endokrinologischen Prädisposition zur psychischen Vermännlichung oder Verweiblichung wäre für mich jedenfalls kein plausibles da zu allgemeines Erklärungsmodell, weil es alles Mögliche und damit nichts erklärt. Eine weitere Beforschung der Hormone, des Gehirns, der Gene und ein Wechsel von Verlautbarungen und Widerrufungen, nun doch und endgültig den biologischen dimorphen Kern der Geschlechts-

⁶³ Hartmann / Becker (2002), S. 213.

⁶⁴ Pfäfflin (1993), S. 1.

⁶⁵ Wie Pfäfflin halten Hartmann / Becker am klinischen Konzept von Geschlechtsidentitätsstörungen fest und halten es auch für „dringend geboten, dass es nicht zu einer unzulässigen Beliebigkeit oder Entdifferenzierung entsprechender Phänomene kommt“. (Hartmann / Becker (2002), S. 216) Von einer Entpathologisierung „ex Cathedra“, wie sie Sigusch vollzogen habe, halten sie nichts. (a.a.O., S. 218.)

⁶⁶ Money [u. a.] (1975), S. 196.

⁶⁷ Hirschauer (1993), S. 334.

identität gefunden zu haben – als Strategie des Geschlechtsdispositivs – und ein operatives Management von Geschlechtsumwandlungen, das auf der Basis eines diagnostizierten Zwangs eindeutige Geschlechter herstellt – als Strategie des Sexualitätsdispositivs – ist wahrscheinlicher als ein Rückzug der Normalisierungsinstanzen Medizin und Justiz aus der Bestimmung der Geschlechter.⁶⁸

Welche Ordnungen wären in Gefahr, wenn in Urkunden kein Geschlechtsvermerk vorhanden wäre? Würden Individuen deswegen ohne Geschlechtsidentität aufwachsen oder später in eine Identitätskrise geraten? Es geht mir nicht um ein Plädoyer für die Abschaffung der Geschlechtsidentität, sondern um die Eröffnung von Optionen. Es geht darum, das radikal Andere anzuerkennen.

Das Geschlecht kann sich ändern. Der Körper muss nicht die Geschlechtszugehörigkeit bestimmen. Es gibt mehr Optionen als nur Mann oder Frau. Und muss jeder Mensch überhaupt ein 'bestimmtes' Geschlecht haben?

⁶⁸ Für ein auf die Phänomene Transsexualität und Intersexualität bezogenes Plädoyer für die Aufrechterhaltung der „pragmatischen“ Einteilung der Menschheit in männlich und weiblich in Medizin und Recht vgl. Frewer / Säfken (2005).