

Zwitter, Zweifel, Zwei-Geschlechter-Norm

Ulrike Klöppel

Als im vergangenen Sommer Zweifel aufkamen am weiblichen Geschlecht von Caster Semenya, der südafrikanischen Goldmedaillengewinnerin im 800-Meter-Lauf der Leichtathletik-Weltmeisterschaft 2009, erregte das wochenlang die Medien und die Gemüter. Die „neuen Zwitter-Enthüllungen“, wie sie zum Beispiel *Bild* am 12. September präsentierte, behaupteten, der „Sex-Test“ der *International Association of Athletics Federations* habe ergeben, Semenya sei in Wahrheit ein Intersex beziehungsweise ein Hermaphrodit, tatsächlich sogar ein männlicher Pseudohermaphrodit mit im Bauchraum versteckten Hoden.(1) Damit wäre Semenya eigentlich - um dem Wahrheitsspiel vollends zu genügen - ein Mann. Doch wer bestimmt, was das wahre Geschlecht ausmacht und wie man es feststellt? Die Antwort scheint auf den ersten Blick einfach zu sein: Biologie und Medizin als diejenigen Wissenschaften, die sich mit dem menschlichen Körper und seinen Gesetzen am besten auskennen. Geschlecht und Sexualität gehorchen, so die Alltagsannahme, dem unumstößlichen Naturgesetz der Fortpflanzung. Daher gelten die Zweigeschlechtlichkeit, das heißt der eindeutige körperliche Unterschied zwischen Männern und Frauen, sowie die heterosexuelle Anziehung als simple Wahrheiten der Natur. Bei genauerer Betrachtung historischer wie auch aktueller biologischer und medizinischer Definitionen von Geschlecht zeigt sich, dass diese beständig problematisiert, diskutiert und umdefiniert werden. Die folgende Rückblende, die sich vor allem auf die 1950er bis 1970er Jahre konzentriert, beleuchtet verschiedene medizinische Geschlechtsdefinitionen und die damit verbundenen Diskussionen über Hermaphroditismus und Homosexualität.(2)

Vom Monopol des Gonadengeschlechts ...

Die Entdeckung der Geschlechtschromosomen weckte die Hoffnung, ein eindeutiges Kriterium des Geschlechtsunterschieds gefunden zu haben.

Um 1800 meinten Mediziner, anhand der Gonaden (Keimdrüsen) nunmehr das Geschlecht sicher bestimmen zu können. Die Gonaden verstanden sie als physiologischen Ausgangs- und Kristallisationspunkt einer je spezifischen Differenzierung und Entwicklung der Geschlechter sowie als wichtigstes Organ der Fortpflanzung. Damit stiegen die Keimdrüsen zum Inbegriff und Garant der Geschlechterdifferenz auf. Allerdings räumten die Ärzte auch ein, dass es Menschen gibt, die sowohl Hoden als auch Eierstöcke besitzen. Diese wurden als „echte Zwitter“ bezeichnet.

Nur wenige Jahrzehnte später war das Monopol der Gonaden als Geschlechtsbestimmungskriterium wissenschaftlich bereits wieder höchst umstritten: Die Rolle der Keimdrüsen für die Geschlechtsdifferenzierung galt nun als überschätzt. Um 1900 wiesen mehr und mehr Mediziner darauf hin, dass das Gonadenkriterium für die Geschlechtszuordnung von Hermaphroditen häufig unbrauchbar war: Die Keimdrüsen konnten im Bauchraum versteckt liegen und waren dann beim damaligen Stand der Technik, solange nicht autopsiert werden konnte, nicht sicher zu diagnostizieren; auch konnten ja die Gonaden gemischtgeschlechtlich sein. Praktisch tätige Ärzte gaben zudem zu bedenken, dass Menschen, bei denen Keimdrüsen- und Geschlecht nicht übereinstimmen, durch einen erzwungenen Geschlechtswechsel aus der Bahn geworfen werden könnten. Dies sei auch wegen der schlimmen Folgen für das soziale Umfeld nicht vertretbar.

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts verschärfte sich die wissenschaftliche Infragestellung der Bedeutung der Gonaden angesichts der aufkommenden Hormonforschung und Genetik. Das Keimdrüsen- und Geschlechtskriterium besaß in den Augen tonangebender Mediziner schließlich nur noch den Rang einer Konvention, die dem Bedürfnis nach einer klaren binären Geschlechtsklassifikation geschuldet war. Die Entdeckung der Geschlechtschromosomen weckte Hoffnungen, dass ein eindeutiges Kriterium des Geschlechtsunterschieds gefunden worden sei. Allerdings dämpften führende Genetiker wie der Biologe Richard Goldschmidt die Erwartungen. Goldschmidt legte dar, dass auch die geschlechtsbestimmenden Gene eine relative, quantitative Differenz der Geschlechter und keine absolute anzeigten. Er formulierte die sogenannte „Drehpunkttheorie“, die besagte, dass sich trotz eindeutigem Chromosomengeschlecht aufgrund einer nivellierenden Spannung der genetischen „Männlichkeits- und Weiblichkeitsbestimmer“ ab einem bestimmten

Zeitpunkt der Entwicklung, dem „Drehpunkt“, die zunächst eingeschlagene Geschlechtsdifferenzierung ändern könne. Auf diese Weise erklärte er die Entstehung geschlechtlicher Zwischenstufen, für die er in einer Veröffentlichung von 1915 den Begriff „Intersexualität“ prägte.(3)

... zur Gesamtstruktur der Geschlechtsmerkmale

Mit der Einführung des Sexchromatinkörperchentests zur indirekten Feststellung des chromosomalen Geschlechts und einer Methode der Visualisierung des Karyotyps in den 1950er Jahren wurden mehr Fragen aufgeworfen, als Antworten gefunden.(4) Zwar verwarfen nun auch die deutschen MedizinerInnen die Goldschmidt'sche Drehpunkttheorie zugunsten eines deterministischen, linear-hierarchischen Genkonzepts. (5) Aber die neuen „Sex-Tests“ förderten auch zutage, dass es eine Vielfalt an Kombinationen von Geschlechtschromosomen und zwischen Chromosomen und anderen Geschlechtsmerkmalen beim Menschen gibt. Zu nennen sind hier etwa der X0-Karyotyp, Mosaik - wie zum Beispiel XXY/XX - oder auch sogenannte „XX-Männer“ und „XY-Frauen“. Trotz der gefundenen komplexen Verhältnisse behielten mehrere MedizinerInnen die Konvention bei, das chromosomale Geschlecht bei Präsenz bereits eines einzelnen Y-Chromosoms als männlich zu bezeichnen.(6)

In der medizinischen Diskussion über die Geschlechtsklassifizierung von Hermaphroditen schlug sich dies hingegen nicht nieder. Vielmehr konstatierte ein angesehener Gynäkologe der Freien Universität Berlin 1967 in einem juristischen Fachblatt, „daß es in Anbetracht der Vielschichtigkeit der menschlichen Geschlechtlichkeit kein sicheres Kriterium für das ‚wahre‘ Geschlecht gibt. Weder die Geschlechts-Chromosomen-Konstellation, noch der Keimdrüsenbefund, noch die Zeugungs- bzw. Konzeptionsfähigkeit, noch die hormonale Situation, noch der Zustand der äußeren und inneren Genitalien können in dieser Hinsicht allein verbindliche Aufschlüsse vermitteln.“(7) Nicht wenige MedizinerInnen vertraten statt eines strikt binären Geschlechtsmodells eine quantitativ-graduelle Konzeption, worin Intersexe nur eine besonders extreme Mischung - bezeichnet als „Bisexualität“ - von männlichen und weiblichen Anteilen repräsentierten: „Zum Verständnis der Intersexualitätsphänomene ist die Vorstellung einer allgemeinen Bisexualität der Geschlechter unerlässlich. Der tiefste Wesensunterschied von Mann und Frau liegt im Quantitativen.“(8)

Andere MedizinerInnen, so etwa der Münsteraner Humangenetiker Widukind Lenz, kritisierten die Vorstellung fließender Übergänge zwi-

schen den Geschlechtern, da so die Lokalität und Spezifik der genetisch bedingten Störungen der Geschlechtsdifferenzierung ignoriert würden - mit spürbaren Folgen für Praxis und Theorie: „Jede Verwischung der Grenzen zwischen den einzelnen klinischen Zustandsbildern [der Intersexualität] führt zu diagnostischer Unsicherheit und theoretischer Verwirrung.“ Doch damit propagierte er nicht etwa das Y-Chromosom als definitives Kriterium des Geschlechts. Vielmehr forderte er: „Die Bezeichnung ‚männlich‘ oder ‚weiblich‘ sollte möglichst nicht auf die einzelnen Teilkomponenten, sondern nur auf die morphologisch und funktionell komplexe Gesamtstruktur der Geschlechtlichkeit angewandt werden.“(9) Lenz bestand in dieser Weise auf dem Dimorphismus als Ordnungsprinzip der Geschlechtlichkeit. Männlichkeit oder Weiblichkeit machte er nicht an einem einzelnen Kriterium fest, sondern am Gesamteindruck, den der Arzt von den morphologischen und physiologischen Einzelbefunden sowie der (hetero-)sexuellen Funktionsfähigkeit der Genitalien erhielt.(10)

Die beiden Geschlechtermodelle waren allerdings so gegensätzlich nicht. Einerseits ging die quantitativ-graduelle Konzeption von einer Bipolarität der Geschlechtlichkeit aus, in deren Mittelfeld Intersexualität zwar als dritte Geschlechtskategorie einen Platz erhalten konnte, dennoch aber nur als abgeleitete Mischform der Männlichkeits- und Weiblichkeitsnormen begriffen wurde. Andererseits aggregierte das dimorphe Geschlechtsmodell physische und psychische „Teilkomponenten“, die jeweils nur eine relative Geschlechtsdifferenzierung erlaubten. Damit gingen beide Modelle letztlich von relativen Geschlechtsunterschieden aus, zugleich hielten aber auch beide an einem bipolaren Grundverständnis von Geschlecht fest.

Die gemeinsame Genese von Hermaphroditismus und Homosexualität ...

Als die prominente Drehpunkttheorie Goldschmidts mit den neuen Chromosomengeschlechts-Tests Ende der 1950er Jahre zu den Akten gelegt wurde, entfiel damit auch die gemeinsame pathogenetische Erklärung für Hermaphroditismus, Homosexualität und überhaupt alle nicht der männlichen oder weiblichen heterosexuellen Norm entsprechenden Erscheinungen. So wurde nun etwa die „männliche Behaarung“ bei Frauen, die noch 1952 von dem Berner Gynäkologie-Professor Hans Guggisberg im Handbuch *Biologie und Pathologie des Weibes* als Beispiel des „intersexuellen Konstitutionstyps“ eingeordnet worden war, unter dem Begriff „nicht-symptomatischer Hirsutismus“ als eigenes

Störungsbild gegen die Formen der „Intersexualität im engeren Sinne“ abgegrenzt. Auch die einheitliche Erklärung der „Intersexualität im engeren Sinne“ wurde zusammen mit der Drehpunkttheorie zugunsten der Annahme aufgegeben, dass es für die einzelnen umschriebenen Formen der Intersexualität lokalisierbare spezifische Gendefekte geben müsse.(11)

Für Homosexualität, ebenfalls in Guggisbergs Handbuchkapitel noch als ein Symptom der „intersexuellen Konstitution“ benannt, wurden nun anstelle der Drehpunkttheorie entweder rein psychische Dynamiken oder aber spezifische, noch unerforschte genetische Mechanismen angenommen.(12) In der zweiten Hälfte der 1960er Jahre kamen jedoch wieder Diskussionen über eine gemeinsame Erklärung von Homosexualität und bestimmten Formen des Hermaphroditismus auf. Im Raum stand die These einer pränatalen hormonellen Prägung bestimmter Gehirnregionen durch Androgene, also durch sogenannte männliche Hormone. Die Androgenisierung oder das Ausbleiben einer solchen Prägung sollte sich als männliche respektive weibliche Disposition der Psychosexualität auswirken und im pathologischen Falle dazu führen, dass die geschlechtliche Gehirndifferenzierung nicht mit der morphologischen Geschlechtsdifferenzierung übereinstimmte.

Auf einer deskriptiven Ebene ordneten manche MedizinerInnen nach wie vor Homosexualität unter einen weitgefassten Begriff der Intersexualität ein, etwa als „psychogener Intersexualismus“. Diese deskriptive Verknüpfung mit dem Hermaphroditismus speiste sich vor allem daraus, dass Homosexualität weiterhin nicht einfach als Spielart nur der sexuellen Orientierung, sondern als pathologische Uneindeutigkeit im Hinblick auf das geschlechtliche Gesamtbild aufgefasst wurde.

... und ihre Auflösung

Homosexualität als Intersexualität zu deklarieren, fand aber keinesfalls ungeteilte Zustimmung in der Medizin. Hingegen wurden verschiedene körperliche Erscheinungen, wie zum Beispiel der Hirsutismus, als *erworbene* Intersexformen klassifiziert. Bezeichnet als „Intersexualität im weiteren Sinne“ wurden diese postnatalen den pränatal entstandenen Formen der „Intersexualität im engeren Sinne“ gegenübergestellt. Damit war erneut die Möglichkeit einer umfassenden medizinischen Problematisierung geschlechtlicher Uneindeutigkeit geschaffen. Doch anders als mit dem Konzept der „intersexuellen Konstitution“ wurde nun nicht mehr von vornherein unterstellt, dass ein gemeinsamer Entstehungsweg vorliege.

In der zweiten Hälfte der 1960er Jahre kamen erneut Diskussionen über eine gemeinsame Erklärung von Homosexualität und Formen des Hermaphroditismus auf.

Das Verschwinden der einheitlichen Erklärung führte zu einer Spezifizierung der Ursachen, der Entstehung und des Krankheitswerts der geschlechtlichen und sexuellen „Abweichungen“. Das weckte bei vielen MedizinerInnen die Erwartung, dass sich neue Möglichkeiten gezielter medizinischer Interventionen eröffneten. Das wurde insbesondere deutlich in Bezug auf das sogenannte Adrenogenitale Syndrom (AGS) mit XX-Karyotyp und Ovarien, bei dem es aufgrund einer herabgesetzten Cortisolproduktion der Nebennierenrinde pränatal zu einer vermehrten Androgenproduktion mit der Folge einer mehr oder minder ausgeprägten „Vermännlichung“ der Genitalien und des Körpers kommt. Beim AGS konnte, so zeigte sich in den 1950er Jahren, durch gezielten Einsatz von Cortison die Vermännlichung gestoppt und manchmal sogar Fruchtbarkeit hergestellt werden. Da es andererseits als gesichert galt, dass das AGS rezessiv heterozygot vererbt wird, wiesen MedizinerInnen darauf hin, dass eine Fortpflanzung aus eugenischer Sicht nicht wünschenswert sein könne, mithin eine Fertilitätsbehandlung fragwürdig sei.(13)

In den 1970er Jahren drehte sich die Diskussion um eine gezielte Familienplanung bei familiärem Vorkommen von AGS und um die Möglichkeit der selektiven Abtreibung, wenn pränatal weibliches Geschlecht des Fötus festgestellt wurde.(14) Nunmehr vermieden medizinische Veröffentlichungen zumeist Anklänge an eugenische Imperative.(15) Die AutorInnen zogen sich auf ihr Informations- und Beratungsangebot zurück und betonten, dass die Entscheidung für oder gegen ein Kind mit AGS in der Verantwortung der Eltern liege. Doch die medizinische Problematisierung, ob ein Leben mit AGS überhaupt lebenswert sei, legte nahe, dass als „eigenverantwortliche“ Entscheidung der Eltern eigentlich nur die *für* „prophylaktische“ Maßnahmen verstanden wurde. Inzwischen ist auch eine pränatale Behandlung des AGS möglich - in einem Stadium der Fruchtentwicklung, in dem ohne Diagnose auf Verdacht hin eingegriffen wird. Die Möglichkeit einer vorgeburtlichen pränatalen Therapie von bestimmten Formen des Hermaphroditismus sowie der Homosexualität - durch Hormonbehandlung der Mutter - hatte bereits Anfang der 1970er Jahre Günter Dörner, Endokrinologie-Professor an der Ostberliner Charité, auf der Grundlage von Rattenexperimenten zu hormonellen Einflüssen auf die pränatale Gehirndifferenzierung ins Auge gefasst. Seine Studien und Schlussfolgerungen fanden auch im Westen Anklang.(16)

Gleichzeitig kam es im Unterschied zur medizinischen Bewertung von Intersexualität im Verlauf der 1970er Jahre unter dem Druck der Homosexuellenemanzipation zu einer Neubeurteilung des „Krankheitswertes“ von Homosexualität. Erst 1973 konnte sich die *American Psychiatric*

Association dazu entschließen, Homosexualität nicht mehr als eigenständige psychopathologische Kategorie in ihrem weltweit einflussreichen diagnostischen Katalog zu führen. Dennoch ist die Frage der Behandlungsbedürftigkeit von Homosexualität nicht völlig vom Tisch, insbesondere in Bezug auf Kinder und Jugendliche. So beinhaltet beispielsweise das *Lexikon der Syndrome und Fehlbildungen* von 1999 einen eigenen Abschnitt zu Homosexualität, in dem zu lesen ist: „Therapiebedürftigkeit wird angezweifelt. Bei festgelegter Haltung therapieresistent. In leichteren bzw. latenten Fällen Psychotherapie mit unterschiedlichem Erfolg.“ (17) Hierin kommen zwei konträre Entwicklungen des westlichen medizinischen Diskurses zum Tragen: Zwar wird Homosexualität in den Bereich des gesellschaftlich Akzeptierten eingeschlossen, zugleich aber nicht davon abgesehen, Homosexualität unter dem Titel „Fehlbildungen“ anzuführen und eine Beseitigung durch Therapie immer wieder zu diskutieren.

Die ansatzweise Entkoppelung von Hetero- und Homosexualität und die Spezifizierung der verschiedenen Formen der geschlechtlichen und sexuellen „Abweichungen“ haben zu einem medizinischen Interventionismus geführt, der zumindest bezüglich Intersexualität prophylaktische Maßnahmen an erste Stelle hat treten lassen. Das sind die praktischen Folgen der Tatsache, dass die Medizin - bei allen Diskussionen und Veränderungen im Verständnis von Geschlecht und Sexualität - letztlich an der Zweigeschlechternorm festhält. Auch das Heterosexualitätsideal wird weiterhin gepflegt: Heterosexualität gilt als vollwertige Form der Sexualität, Homosexualität als davon abgeleitete Spielart.

Das Beharren auf solchen Normen und die flexible Veränderung von Definitionen und Entstehungstheorien widersprechen sich offenbar nicht, sondern bieten sich gegenseitig beste Voraussetzungen. Das zeigt sich auch daran, dass die innerwissenschaftlichen Problematisierung der Definitionen und der Erkennungsmerkmale von Geschlecht MedizinerInnen nicht davon abbringt zu behaupten, wissenschaftlich befähigt zu sein, Menschen dem männlichen oder weiblichen Geschlecht korrekt zuzuweisen zu können. Damit eignen sie sich die Definitionsmacht und die Entscheidungskompetenz über den sozialen Status von Menschen an. Geschlechter- und Sexualnormen, die eine gesellschaftliche Statuszuweisung beinhalten, werden auf diese Weise von der Medizin trotz aller wissenschaftsinternen Zweifel als wissenschaftliches Faktenwissen legitimiert.

Auch heute ist die Frage der Behandlungsbedürftigkeit von Homosexualität nicht völlig vom Tisch.

Ulrike Klöppel ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Geschichte der Medizin der Charité Berlin. Unter dem Titel „XX0XY ungelöst: Hermaphroditismus, Sex und Gender in der deutschen Medizin. Eine historische Studie zur Intersexualität“ erscheint von ihr beim Bielefelder transcript-Verlag in Kürze eine ausführliche Studie.

Fußnoten

- (1) www.bild.de/BILD/sport/mehr-sport/2009/09/11/zeitungen-berichten/caster-semenya-ist-mann-und-frau.html [Zugriff: 02.12.09]. Der IAAF distanzierte sich noch am Tag zuvor von Spekulationen über angeblich präsentierte Testergebnisse (www.iaaf.org/aboutiaaf/news/newsid=54277.html [Zugriff: 02.12.09]).
- (2) Ich betrachte hier nur die Medizin des deutschen Sprachraums; für eine ausführliche Darstellung und Belege vgl. meine in Erscheinung befindliche Studie.
- (3) Goldschmidt, Richard (1915): „Vorläufige Mitteilung über weitere Versuche zur Vererbung und Bestimmung des Geschlechts“, Biologisches Centralblatt 35/12: 565-570. Zu Goldschmidt vgl. auch Rainer Herr in diesem Heft.
- (4) Der Karyotyp bezeichnet die zytologisch erkennbaren charakteristischen Eigenschaften des Chromosomensatzes.
- (5) Vgl. dazu Rainer Herr in diesem Heft.
- (6) Hintergrund dafür war die einflussreiche Theorie, nach der dem Y-Chromosom die Schlüsselrolle für die männliche Geschlechtsdifferenzierung zukommen sollte, während die weibliche Entwicklung in Abwesenheit des Y-Chromosoms selbsttätig verlaufe. Vgl. dazu auch Heinz-Jürgen Voß in diesem Heft.
- (7) Nevinny-Stickel, Josef/Hammerstein, Jürgen (1967): „Medizinisch-juristische Aspekte der menschlichen Transsexualität“, Neue juristische Wochenschrift 20/15: 663-666, S. 664.
- (8) Lammers, Hans Jörn (1959): „Neue Perspektiven in der Intersexualitätsforschung“, Beiträge zum Problem der Intersexualität. Beiträge zur Sexualforschung 18: 1-20, S. 18.
- (9) Lenz, Widukind (1960): „Genetisch bedingte Störungen der embryonalen Geschlechtsdifferenzierung“, Deutsche Medizinische Wochenschrift 85/7: 268-274, S. 268.
- (10) Angesichts dessen, dass Lenz' Aussage im Zusammenhang mit Intersexualität erfolgte, meinte er vermutlich nicht primär Fortpflanzungsfunktionalität, sondern Beischlafbarkeit.
- (11) Martius, Heinrich (1960): Lehrbuch der Gynäkologie, Stuttgart, S. 343.
- (12) Lüers, Thea/Schultz, Johannes Heinrich (1957): "Chromosomales Geschlecht und Sexualpsyche". Ärztliche Wochenschrift 12/12: 249-254, S. 254; Verschuer, Otmar Frhr. von (1956): "Die genetischen Grundlagen der Sexualkonstitution des Menschen", Zeitschrift für menschliche Vererbungs- und Konstitutionslehre 33/4: 316-329, S. 324 f.
- (13) Prader, Andrea (1953): „Die Cortisondauerbehandlung des kongenitalen adrenogenitalen Syndroms“, Helvetica Paediatrica Acta 8/5: 386-423, S. 418; Jores, Arthur/Nowakowski, Henryk (1964): Praktische Endokrinologie und Hormontherapie nichtendokriner Erkrankungen, Stuttgart, S. 194.
- (14) Wolff, Hanns Peter (1972): "Internistische Indikationen", in Wilhelm; Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer Ahrens (Hg.): Medizinische Indikationen zum therapeutischen Schwangerschaftsabbruch, Köln: 25-56, S. 51. Ich danke Ariane Fenger für diesen Literaturhinweis.
- (15) Witkowski, Regine/Prokop, Otto (1974): Genetik erblicher Syndrome und Missbildungen. Wörterbuch für die genetische Familienberatung, Berlin, S. 12 f. & 37.
- (16) Dörner, Günter (1972): „Sexualhormonabhängige Gehirndifferenzierung und Sexualität“, Jena, S. 232. Dörner wurde 2002 das Bundesverdienstkreuz verliehen. Vgl. zur Kritik Mildnerberger, Florian (2006): „Günter Dörner - Metamorphosen eines Wissenschaftlers“, in Wolfram Setz (Hg.): Homosexualität in der DDR. Materialien und Meinungen, Hamburg: 237-272.
- (17) Witkowski, Regine et al. (1999): Lexikon der Syndrome und Fehlbildungen: Ursachen, Genetik und Risiken, Berlin [u.a.], S. 487 f.