GENDER OPEN REPOSITORIUM

Inter*sexualisierung : Klitorektomie und das Konzept der angeborenen Bisexualität

Eckert, Lena

2013

https://doi.org/10.25595/554

Veröffentlichungsversion / published version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Eckert, Lena: *Inter*sexualisierung : Klitorektomie und das Konzept der angeborenen Bisexualität*, in: Gender : Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft, Jg. 5 (2013) Nr: 1, 24–38. DOI: https://doi.org/10.25595/554.

Diese Publikation wird zur Verfügung gestellt in Kooperation mit dem Verlag Barbara Budrich.

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY SA 4.0 Lizenz (Namensnennung - Weitergabe unter gleichen Bedingungen) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu dieser Lizenz finden Sie hier:

https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de

Terms of use:

This document is made available under a CC BY SA 4.0 License (Attribution - ShareAlike). For more information see:

https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.en

GenderOpen – Repositorium für die Geschlechterforschung: www.genderopen.de

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

Lena Eckert

Inter*sexualisierung – Klitorektomie und das Konzept der angeborenen Bisexualität

Zusammenfassung

Der deutsche Ethikrat schreibt 2012 in seiner Stellungnahme zur Inter*sexualität, dass medizinische Maßnahmen bei Inter*sexuellen einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit darstellen. Dennoch wird in den darin enthaltenen Empfehlungen am Ende der 200 Seiten umfassenden Studie keine klare Position zu Klitorektomien bezogen. In meinem Artikel untersuche ich die psycho-medizinischen Diskurse im Feld der Inter*sexualisierung, die seit Freud auf binär kodierten Geschlechtszuordnungspraxen und -theorien beruhen. Hierbei konzentriere ich mich auf die Publikationen des Forschenden-Kollektivs um John Money vom Johns-Hopkins-Universitätsklinikum in Baltimore (USA), die die medizinischen Praxen in Bezug auf Inter*sexualität dominieren. Die spezifische Lesart Moneys von Freuds Theorien zur weiblichen Sexualität beeinflusst bis heute den pathologisierenden Ansatz der Inter*sexualisierung, der als Verletzung der Menschenrechte von Inter*-Personen gesehen werden muss.

Schlüsselwörter
Inter*sexualisierung, John Money, Sigmund Freud, Klitoris, Klitorektomie, sex, gender

Summary

Inter*sexualization – Clitorectomy and the concept of innate bisexuality

In its 2012 statement on inter*sexuality the German Ethics Council wrote that the medical treatment of inter*sexual people constitutes a violation of bodily integrity. Nevertheless, the recommendations at the end of the 200-page study do not take a clear stance on clitorectomies . In my article I investigate the psycho-medical discourses in the field of inter*sexualization which have been found in binary coded gender-assignment practices and theories since Freud. I focus on publications of the research collective formed by John Money, who has worked at the Johns Hopkins Hospital (Baltimore, USA) since the 1950s. These publications still dominate medical practices concerning inter*sexuality. The very specific readings of Freud's theories on female sexuality which can be found in this context play a key role and influence the pathologizing approach which must be seen as a violation of the human rights of inter*sex individuals.

Keywords
inter*sexualization, John Money, Sigmund Freud, clitoris, clitorectomy, sex, gender

Einführung

Der Deutsche Ethikrat schreibt 2012 in seiner *Stellungnahme Intersexualität*:

„Irreversible medizinische Maßnahmen zur Geschlechtszuordnung bei DSD[1]-Betroffenen, deren Geschlechtszugehörigkeit nicht eindeutig ist, stellen einen Eingriff in das Recht auf körperliche Unversehrtheit, Wahrung der geschlechtlichen und sexuellen Identität und das Recht auf eine offene Zukunft und oft auch in das Recht auf Fortpflanzungsfreiheit dar" (Deutscher Ethikrat 2012: 174).

1 DSD steht wahlweise für Disorders of Sexual Development oder Differences of Sexual Development. Diese neue medizinische Nomenklatur soll die älteren Begrifflichkeiten Intersexualität oder Hermaphroditismus ersetzen.

Es geht hier um medizinische Eingriffe an Inter*sexuellen[2], die in deutschen Krankenhäusern seit mehreren Jahrzehnten vorgenommen werden. Dem Ethikrat zufolge handelt es sich hierbei um grundlegende Verletzungen der Menschenrechte. Es stellt sich die Frage, auf welchen Grundlagen diese psycho-medizinischen Diskurse zur Inter*sexualisierung[3] beruhen und woher die binär codierte Geschlechtszuordnung innerhalb der Theorien und Praxen stammt. Die Spur führt von Deutschland nach Nordamerika und wieder nach Deutschland.

Zwischen 1955 und 1957 publizierte das Forschenden-Kollektiv der Sexualwissenschaftler_innen und Psycholog_innen John Money, Joan Hampson und John Hampson am Johns-Hopkins-Universitätskrankenhaus in Baltimore (USA) eine Serie von Artikeln. Die darin formulierten Thesen, dass Inter*sexualität ein medizinisches Problem darstelle und behandelt werden müsse, hatten einen maßgeblichen Einfluss auf den Prozess der Inter*sexualisierung in den folgenden Jahrzehnten, sie prägen die Behandlungspraxen bis heute (Money et al. 1955, 1955a, 1955b, 1956, 1957).

Im Oktober 2005 kamen auf einer Konferenz in Chicago, die von der Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society (LWPES) und der European Society for Pediatric Endocrinology (ESPE) ausgerichtet wurde, 50 internationale Expert_innen und zwei Inter*sex-Aktivist_innen zusammen, um neue Forschungs- und Behandlungsperspektiven für Inter*sexualität/Inter*geschlechtlichkeit[4] zu formulieren. Das sogenannte *Consensus Statement* (Hughes et al. 2006) – die Tagungspublikation – führte den neuen Begriff „Disorders of Sexual Development (DSD)“[5] als Bezeichnung für Inter*sexualität ein. Dieses Dokument konstatiert: „a key point to emphasise is that the DSD child has the potential to become a well-adjusted, functional member of society“ (Hughes et al. 2006: 151). DSD wird oft als „Störung der Geschlechtsentwicklung“ ins Deutsche übersetzt (vgl. Thyen et al. 2007). Der Deutsche Ethikrat grenzt sich zwar in seiner *Stellungnahme Intersexualität* (2012) von dieser Übersetzung als „Störung“ aufgrund der

2 Ich verwende hier das * (Sternchen), um die aktuellen Diskussionen innerhalb der Trans*(gender)- und Inter*Bewegungen aufzugreifen. Das Symbol soll verdeutlichen, dass es verschiedene Begrifflichkeiten und Identifikationen gibt, die z. B. Transgender oder Transsexualität, Intersexualität oder Intergeschlechtlichkeit bedeuten. Im Grunde steht das Sternchen für eine Öffnung hin zur Selbstdefinition und gegen eine pathologisierende Bezeichnung durch die Medizin oder die Psychologie.

3 Inter*sexualisierung wird hier in Abgrenzung zur Inter*sexualität verwendet. Hiermit soll der prozesshafte Charakter der Diagnostizierung, der auf binär codierten psycho-medizinischen Kategorisierungen von Geschlecht beruht, hervorgehoben werden. Dies soll nicht implizieren, dass es keine Erfahrung von Inter*sexualität gibt, sondern betonen, dass der Prozess der Diagnostizierung im gleichen Moment auch die sich verändernden Definitionen von Männlichkeit und Weiblichkeit hervorbringt.

4 Im deutschen Sprachraum wird von Inter*aktivist_innen z. T. bevorzugt der Begriff Inter*geschlechtlichkeit verwendet. Inter*geschlechtlichkeit entspricht demnach eher der politischen Intention von Inter*aktivismus als der Begriff Inter*sexualität. Inter*geschlechtlichkeit trägt auch dem deutlicheren Anteil von Geschlecht im Gegensatz zu Sexualität in der Debatte Rechnung. Dennoch möchte ich im Folgenden den Begriff Inter*sexualität verwenden, da meine historische Untersuchung eben gerade die Entwicklungen des Begriffs Inter*sexualität in der psycho-medizinischen Literatur zum Gegenstand hat.

5 Oft wird der Begriff auch als Disorder of Sexual Differentiation gehandelt. Im ursprünglichen *Consensus Statement* wird DSD jedoch als Disorders of Sexual Development bezeichnet (Hughes et al. 2006).

Beschränkung auf die biologisch-medizinische Beschreibung eindeutig ab (Deutscher Ethikrat 2012: 12) und verweist auf die Bezeichnung „Differences of sexual development", die die Unterschiede benennt. Trotzdem zitiert er immer wieder die im Umfeld des *Chicagoer Consensus Statements* stehenden Publikationen.

Meine Ausgangsfrage lautet: Liegt die Störung statt in der Inter*sexualität nicht vielmehr in der Fortführung von medizinischen Behandlungen der Inter*sexualität seit den 1950er Jahren, und zwar als Störung der Menschenrechte, die sich in den Prozessen der Inter*sexualisierung zeigt? Und ist nicht auch die Verwendung des Begriffs DSD in der medizinischen Literatur eine Störung des ethischen Verständnisses von Geschlecht? Dabei möchte ich mich auf die neo-freudianischen Anleihen, die bei Money und den Hampsons (im Folgenden Money/Hampsons) für die Entwicklung ihrer Thesen und der Behandlungsprotokolle ausschlaggebend waren, konzentrieren. Ihr Konzept hatte eine grundsätzliche Veränderung im Umgang mit dem bis dahin sogenannten Hermaphroditismus zur Folge (vgl. Redick 2005). Der Ansatz ist zudem eng mit der Trennung von *sex* und *gender* verknüpft. Diese Trennung zwischen der geschlechtlichen Identifizierung (*gender*) und einer Körpermorphologie (*sex*) (damals in erster Linie *gender role* oder auch *gender identity* im Unterschied zu *sex*) wurde von Money/Hampsons neu entworfen und bezieht sich in der Argumentation auf die *Abhandlung zur Sexualtheorie* von Freud (2000 [1905]).

Wie formiert sich Inter*sexualisierung, wie bezieht sie sich auf Freud, welche Rolle spielt die *sex-gender*-Trennung und was hat dies mit der neuen Nomenklatur des DSD zu tun? Ich möchte mich diesen Fragen durch die Betrachtung einiger ausgewählter Beispiele aus dem Diskurs über Inter*sexualität annähern und dazu den Begriff der Inter*sexualisierung einführen. Unter Inter*sexualisierung verstehe ich spezifische psycho-medizinische Wissensformationen, die binär codierte Theorien über Körper und Identität sowie geschlechtlich „vereindeutigende" Behandlungspraxen produzieren. Durch die Analyse der Publikationen, auf denen aktuelle Behandlungspraxen beruhen, wird gezeigt, dass für diese medizinischen Eingriffe keine Notwendigkeit besteht.

Die Inter*sexualisierung von Körpern durch die Trennung von *sex* und *gender*

Aufgrund des *Gender*-Konzeptes, das in der feministischen Forschung zur Analyse von Geschlecht im sozial-politischen und dem gesellschaftlich-kulturellen Bereich verwendet wurde, wurde der Begriff *sex* lange Zeit unabhängig von *gender* untersucht. Die *sex-gender*-Trennung wurde, wie oft fälschlicherweise angenommen, nicht in der feministischen Forschung, sondern in der psycho-medizinischen Forschung zum Hermaphroditismus/zur Inter*sexualität entwickelt (Money et al. 1955a, 1955b, 1956, 1957; vgl. Stoller/Rosen 1959). Die Sozialwissenschaftlerin Ann Oakley hat 1972 den Begriff *gender* von dem Psychologen Robert Stoller (1968) übernommen, um ihn für die feministische Agenda zu nutzen. Die Trennung von *sex* und *gender* hat aufgrund ihrer

Herkunft aus der pathologisierenden Inter*sex-Forschung in vielerlei Hinsicht feministische Analysen gesellschaftlicher Verhältnisse und biologischen Wissens lange Zeit erschwert. Toril Moi schreibt, dass die Trennung *sex* medikalisiert und *gender* in eine rein psychologische Kategorie transformiert hätte (Moi 1999: 22). Als Judith Butler in *Gender Trouble* (1990) die Verschränktheit von *sex* und *gender* herausgearbeitet hat, war innerhalb der feministischen Wissenschaft bereits eine Arbeitsteilung zu verzeichnen, mit der vorwiegend *sex* von den Biolog_innen und *gender* von den Geisteswissenschaftler_innen untersucht wurde.

Hier geht es jedoch um die Ursprünge der *sex-gender*-Trennung, die damit verbundene Pathologisierung und die Auswirkungen auf die Prozesse der Inter*sexualisierung. Basis dafür war eine neue psycho-medizinische Terminologie. Über Pathologisierungsprozesse wurde ein anderes Verständnis von Körper und Identität in den sexualwissenschaftlichen Diskurs eingeführt. Das heißt, dass die Trennung von *sex* und *gender* in der Theorie vorgenommen wurde, es jedoch in den medizinischen Behandlungspraxen darum ging, beide in einem heteronormativen und binären Rahmen zu einer kongruenten Deckung zu bringen. Die Behandlungspraxen zielten auf die als pathologisch definierten Inkongruenzen zwischen binärem *sex* und *gender*. Ein bestimmtes *gender* kann nur von einem bestimmten *sex* gelebt werden, dieses soll zur Not auch operativ hergestellt werden.

Dieser Paradigmenwechsel beruht auf den *Abhandlungen zur Sexualtheorie* von Sigmund Freud (Freud 2000 [1905]). Dessen Thesen wurden in die Diskurse über Inter*sexualisierung übernommen und auf diese Weise operativ verfestigt. Insbesondere das Konzept der angeborenen Bisexualität und die Übertragung der „erogenen Reizbarkeit“ von der Klitoris auf die Vagina bei der Frau stehen bei dieser Übernahme in die Inter*sexualisierungspraxen und -theorien im Fokus. Die Prozesse der Inter*sexualisierung sind vielfältig, komplex und widersprüchlich, wie schon mehrfach gezeigt wurde (z. B. Holmes 2008; Karkazis 2008; Kessler 1990; Klöppel 2010; Voß 2010), deshalb ist die folgende Analyse nur als Ausschnitt aus einem Diskursfeld zu verstehen.

Die Baltimorer Behandlungsempfehlungen

Money/Hampsons haben den Begriff *gender role* – Geschlechtsrolle – in die psychomedizinische Forschung eingeführt.

„By the term, gender role, we mean all those things that a person says or does to disclose himself or herself as having the status of boy or man, girl or woman, respectively. It includes, but is not restricted to sexuality in the sense of eroticism. Gender role is appraised in relation to the following: general mannerism; deportment and demeanor; play preference and recreational interests; spontaneous topics of talk in unprompted conversation and casual comments; content of dreams, daydreams and fantasies; replies to oblique inquiries and projective tests; evidence of erotic practices and, finally, the person's own replies to direct inquiry“ (Money et al. 1955a: 302).

Demnach bezeichnet die Geschlechterrolle alles, was ein Mensch denkt, fühlt, sagt und tut.[6] Kein Bereich des Lebens ist unabhängig von *gender*, alles kann durch die binäre Codierung des Geschlechtsbegriffes interpretiert werden. Interessanterweise hängt dies jedoch nicht mit der physischen Integrität des Körpers zusammen. So ist z. B. s*ex* als Fähigkeit, zu reproduzieren, nicht die Vorbedingung für ein *gender*, es kann ihm in Moneys Behandlungspraxis sogar diametral entgegenstehen. Das *gender* muss „effektiv" sein – also im Rahmen eines binären Geschlechtsrollenverständnisses reibungslos, unauffällig und produktiv funktionieren.[7] Foucaults Forderung nach dem „wahren Geschlecht" scheint hier nicht im Vordergrund zu stehen (Foucault 1998), sondern das „beste Geschlecht". Das „beste Geschlecht" jedoch wofür, und wie soll es aussehen? Der zitierte Artikel enthält dazu eine eindeutige Passage:

„[T]he greater medical wisdom lay in planning for a sterile man to be physically and mentally healthy, and efficient as a human being, than for a probably fertile woman to be physically well but psychologically a misfit and a failure as a woman, a wife, or a mother" (Money et al. 1955b: 299).

Was hier beschrieben wird, ist eine Behandlungspraxis, die darauf abzielt, Menschen effizient, also leistungsfähig und funktionierend, zu machen und vor allem zu garantieren, dass sie in eine der beiden Geschlechtskategorien einzuordnen sind. Eine Frau, die nicht heiraten und keine Kinder haben will, wird als „failure", als Misserfolg und Fehler konzeptionalisiert. Das psychologische Funktionieren wird über die Verletzung der physischen Integrität gestellt. Eine mögliche psychologische Außenseiterin, etwa eine Frau, die nicht den heterosexistischen Erwartungen ihrer Umgebung entspricht, wird als krank konstruiert. Was aber ist ein funktionierendes Geschlecht oder das beste Geschlecht im Prozess der Inter*sexualisierung? Worauf beruht die Annahme, dass ein Kind, dessen äußere Genitalien ein wenig anders aussehen als die der meisten Kinder, eine Operation benötigt, und wie wird diese Behandlungspraxis begründet? Worauf gehen die Annahmen zurück, dass dies Entscheidungen sind, die nicht das Kind selbst, sondern die Ärzt_innen treffen sollten?

Neo-freudianische Anleihen in der Inter*sexualisierung

Der Artikel „An Examination of Some Basic Sexual Concepts: The Evidence of Human Hermaphroditism" beginnt mit einer Referenz auf Freud und dessen Hypothese über die „angeborene Bisexualität" aller Menschen (Money et al. 1955a). Die These, die Money et al. in diesem Artikel in Anlehnung an ihre Lesart von Freud vorstellen, lautet: „instinctive masculinity and instinctive femininity are present in all members of the human species, but in differing proportions" (Money et al. 1955a: 301). Money/

6 Der Begriff *gender role* wird von Money und seinen Mitarbeiter_innen immer wieder neu definiert, seine Dualität verliert das Konzept jedoch nie (vgl. Money et al. 1957; Money/Tucker 1975).

7 In manchen Forschungskontexten wird auch der Begriff *optimal gender policy* benutzt (vgl. Meyer-Bahlburg 1998: 1–21).

Hampsons sind vor allem an Freuds biologischer Argumentation interessiert. Freud hat ihnen zufolge „construed his theory of innate and constitutional psychic bisexuality on the basis of embryological evidence of an hermaphroditic phase in human embryonic differentiation, and on the basis of anatomical evidence in congenital hermaphroditism itself" (Money et al. 1955a: 301). Freud impliziert tatsächlich, dass sich die menschliche Physiologie aus einer ursprünglich bisexuellen in eine monosexuelle Morphologie entwickelt. In *Drei Abhandlungen zur Sexualität* (1905) schreibt er unter dem Kapitel „Heranziehung der Bisexualität":

„In seltenen Fällen sind nebeneinander beiderlei Geschlechtsapparate ausgebildet (wahrer Hermaphroditismus); zu allermeist findet man beiderseitige Verkümmerung. Das Bedeutsame an diesen Abnormitäten ist aber, dass sie in unerwarteter Weise das Verständnis der normalen Bildung erleichtern. Ein gewisser Grad von anatomischem Hermaphroditismus gehört nämlich der Norm an; bei keinem normal gebildeten männlichen oder weiblichen Individuum werden die Spuren vom Apparat des anderen Geschlechts vermisst, die entweder funktionslos als rudimentäre Organe fortbestehen oder selbst zur Übernahme anderer Funktionen umgebildet worden sind. Die Auffassung, die sich aus diesen lange bekannten anatomischen Tatsachen ergibt, ist die einer ursprünglich bisexuellen Veranlagung, die sich im Laufe der Entwicklung bis zur Monosexualität mit geringen Resten des verkümmerten Geschlechts verändert" (Freud 2000 [1905]: 53).

Freud präsentiert Hermaphroditismus also als eine ursprüngliche oder originäre Form der menschlichen Entwicklung in Bezug auf sexuellen Dimorphismus (vgl. Salamon 2004). Das Konzept, das hier angerufen wird, ist das der Evolution von einer weniger entwickelten Stufe hin zu einer höher entwickelten Stufe des monosexuellen Körpers. Freuds konsequente Referenzen auf biologische Theorien, insbesondere Evolutionstheorien, haben zur Folge, dass er eine atavistische bisexuelle Veranlagung (sei sie physisch oder psychisch) als eine Regression in einen primitiven Zustand konzeptionalisiert. Freud überträgt seine Hypothese der Bisexualität im embryonalen Stadium jedoch nicht auf die psychische Entwicklung. Dafür „bedurfte es nur noch eines regelmäßigen Zusammentreffens der Inversion mit den seelischen und somatischen Zeichen des Hermaphroditismus" (Freud 2000 [1905]: 53). Obwohl dieses Zitat sich auf die sogenannte Inversion (heute Homosexualität) als Ausdruck von körperlichem Hermaphroditismus (damals Bisexualität) bezieht, lese ich diese Stelle als grundsätzlich widersprüchlich zu Moneys und Hampsons Interpretation. Freud denkt hier über die Möglichkeit nach, dass „die Inversion in ihren Abarten als Ausdruck eines psychischen Hermaphroditismus" (Freud 2000 [1905]: 53) verstanden werden könnte. Aber „[a]llein diese Erwartung schlägt fehl. So nahe darf man sich die Beziehungen zwischen dem angenommenen psychischen und dem nachweisbaren anatomischen Zwittertum nicht vorstellen" (Freud 2000 [1905]: 53). Er schließt also einen direkten Zusammenhang zwischen sexueller Orientierung und Körpermorphologie aus.

Phallisches Fleisch und Klitorektomien

Freuds Begriff von Bisexualität ist weiter zu fassen. In dem Aufsatz „Über die weibliche Sexualität“ von 1931 schreibt er:

„Zunächst ist unverkennbar, dass die für die menschliche Anlage behauptete Bisexualität beim Weib viel deutlicher hervortritt als beim Mann. Der Mann hat doch nur eine leitende Geschlechtszone, ein Geschlechtsorgan, während das Weib deren zwei besitzt: die eigentlich weibliche Vagina und die dem männlichen Glied analoge Klitoris“ (Freud 2000 [1931]: 277)[8].

Doch bereits 1905 heißt es in den *Abhandlungen*: „Ist die *Übertragung* der erogenen Reizbarkeit von der Klitoris auf den Scheideneingang gelungen, so hat damit das Weib seine für die spätere Sexualbetätigung leitende Zone gewechselt“ (Freud 2000 [1905]: 125 [Hervorhebung der Autorin]). Mit dieser Theorie legte Freud den Grundstein für Money/Hampsons, die Klitoris als sexuelles Organ von der reifen Frau wegzuerklären und ihre Behandlungsempfehlungen zu rechtfertigen. Freud beschreibt das Ergebnis der *Übertragung* in der reifen Frau wie folgt:

„Erst mit der Vollendung der Entwicklung zur Zeit der Pubertät fällt die sexuelle Polarität mit männlich und weiblich zusammen. Das Männliche faßt das Subjekt, die Aktivität und den Besitz des Penis zusammen, das Weibliche setzt das Objekt und die Passivität fort. Die Vagina wird nun als Herberge des Penis geschätzt, sie tritt das Erbe des Mutterleibes an“ (Freud 2000 [1905]: 241).

Die Anlage der Bisexualität, die nach Freud bei der Frau deutlicher zutage tritt, erfährt in den Praxen der Inter*sexualisierung eine materielle Verhinderung. Die Freudschen *Abhandlungen* werden operativ umgesetzt. Die Verlagerung der weiblichen Sexualität von der Klitoris auf die Vagina wird in der Inter*sexualisierung operativ hergestellt. Die Unterscheidung zwischen *sex* und *gender*, also die Trennung zwischen geschlechtlicher Identifikation und Körpermorphologie, wird notwendig, um hier eine Pathologie zu deklarieren. Die vorsichtig formulierten entwicklungstheoretischen Thesen Freuds werden von Money/Hampsons vereinfacht übernommen und fungieren als Voraussetzung ihrer Behandlungsempfehlungen. Diese Empfehlungen werden in weiteren Artikeln aus dem Zeitraum 1955–1957 ausformuliert.

In „Recommendations Concerning Assignment of Sex“ stellen Money et al. (1955b) ihre Behandlungsempfehlungen vor. Sie argumentieren, dass ein Mädchen mit einer größeren Klitoris „sooner or later, however, […] comes to realize her oddity. It is preferable that such a child knows, from the time when she can first begin to comprehend it, that she has a clitoris like all other girls, but that it is too big, and will be made smaller surgically“ (Money et al. 1955b: 293f.). Und: „[G]irls should also know, incidentally, that whereas boys have a penis, girls have a vagina – in juvenile vocabulary, a baby tunnel – as a double insurance against childish theories of surgical mutilation and maiming“ (Money et al. 1955b: 295). Hier passiert mehr, als dass „nur“ ein

8 Hier kann mit Thomas Laqueur (1990) gefragt werden: Warum ist nicht das männliche Glied der weiblichen Klitoris analog?

lustspendendes Organ (diskursiv) über die Referenz der Komplementarität von Penis und Vagina entfernt wird. Es wird zudem eine Argumentation verhindert, in der die operative Entfernung als Verletzung oder als Verstümmelung (mutilation) bezeichnet werden kann. Ein Organ, das von Freud diskursiv entfernt wurde, soll operativ entfernt werden, ohne dass darüber nachgedacht wird, ob das gesunde und lustspendende Organ auch erhalten werden kann.

Money/Hampsons gehen davon aus, dass „the external genitals are the sign from which parents and others take their cue in assigning a sexual status to a neonate and in rearing him [sic!] thereafter, and the sign above all others, which gives a growing child assuredness of his or her gender" (Money et al. 1955a: 306). Sie führen weiter aus: „nonetheless, it is possible for a hermaphrodite to establish a gender role fully concordant with assigned sex and rearing, despite a paradoxical appearance of the external genitals" (Money et al. 1955a: 306). Das Team berichtet, dass 23 der 76 Patient_innen, die keine Operation hatten, mit einem sogenannten Widerspruch zwischen externen Genitalien und zugewiesenem Geschlecht lebten. Nur eine dieser 23 Personen schaffte es nicht, sich mit ihrer „Anomalität" zurechtzufinden, während es von den anderen heißt, „[they] had a gender role and orientation wholly consistent with assigned sex and rearing" (Money et al. 1955a: 307). Joan Hampson eröffnet ihren Artikel mit den Worten:

> „it is possible for an hermaphroditic child to grow into a gender role contradictory of chromosomal, gonadal or hormonal sex. Perhaps even more remarkably, he or she may also grow into a gender role contradicted by predominant appearance of the external genital organs" (Hampson 1955: 265).

Sie stellt des Weiteren fest, dass psychotische Symptome aufgrund ihrer Absenz verdächtig sind[9]. Von den als Frauen aufgewachsenen Patient_innen berichtet sie, die weibliche Geschlechtsrolle sei so tief verwurzelt, dass nicht einmal ihr erigierbarer „Phallus" die Sicherheit über ihre erotische Rolle infrage gestellt habe, sie nehmen sich nicht als Männer wahr.[10] Hampson schlussfolgert, dass 22 von 23 Patient_innen sich als heterosexuelle Frauen identifizierten, obwohl sie einen erigierbaren „Phallus" hatten. Warum diese Personen als Patient_innen definiert wurden, wird nicht erklärt. Für Hampson ist das Beeindruckende, dass die Frauen mit ihrem als männlich definierten Organ trotzdem eine Subjektivität entwickelt haben, die im Einklang mit einer Körpermorphologie ist, die eigentlich eine weibliche Identifikation unterminieren und verunsichern sollte. Das eigentlich Bedrohliche an dieser Situation ist die Signifikanz des Penis und das angenommene monolithische Verhältnis zwischen Identität und Körpermorphologie. In der überraschenden Zusammenfassung des Artikels schreibt Hampson: „prompt and unequivocating decision of the sex of assignment was found beneficial, along with early reconstructive genital surgery, as required" (Hampson 1955: 273). Über die Operationen heißt es, es gäbe Beweise, dass eine Klitorisamputation in der Kindheit oder später nicht nachteilig für nachfolgende erotische Empfindlichkeit oder die Kapazität für Orgasmus

9 „Psychotic symptoms were conspicuous by their absence" (Hampson 1955: 266).

10 „[T]he feminine role had become so thoroughly ingrained that not even a large erectile phallus had challenged the certainty of erotic role" (Hampson 1955: 270).

sei.[11] Jedoch beschreibt Hampson auch Widerstände gegen die operativen Eingriffe, da viele Chirurg_innen davor zurückschreckten, etwas zu entfernen, das schon zeitgenössische Wissenschaftler_innen zur signifikantesten erotischen Zone bei der Frau erklärt haben.[12] Klitorisreduktion, Klitorektomie oder Klitorisamputationen wurden nach den Publikationen von Money/Hampsons Standard in den Praxen der Inter*sexualisierung.

Operative Eingriffe

Money/Hampsons haben nicht die Chance ergriffen, die Freudschen Theorien zu revidieren oder sie an eigenen empirischen Forschungen zu prüfen. Stattdessen haben sie die diskursive Wegerklärung der Klitoris von Lustempfinden, Erotik und Sexualität und die Verunmöglichung von geschlechtlichen Identifikationen (*gender*) mit unterschiedlichen Körpermorphologien (*sex*) erst in den Diskurs zur Psycho-Sexualität eingeführt und fest installiert.

Die Vielzahl an medizinischen Publikationen zu diesem Thema handelt davon, welche Methode die beste sei, gesunde Körperteile zu amputieren. Es wird darüber nachgedacht, wie die „phallische Größe" der Klitoris reduziert werden kann und wie ein herausragendes kosmetisches Ergebnis herzustellen sei. John Gearhart von der Johns-Hopkins-Universität versuchte in den 1990er Jahren, seine Methode der Klitorisamputation zu verbessern; ihm war es wichtig, „the neurovascular bundle in the stump" zu erhalten (Gearhart et al. 1995: 487). Cheryl Chase antwortete auf seinen Artikel im *Journal of Urology*, dass sie und eine Vielzahl anderer Personen, die einer Klitorektomie unterzogen wurden, anorgasmisch seien und dass ihre sexuellen Funktionen durch die „Berührung" des Chirurgen zerstört worden seien.[13] Was deutlich wird, ist, dass in westlichen Krankenhäusern Babys, Kindern und Erwachsenen sogenanntes „phallisches Fleisch" entfernt wird, um „ästhetische" Genitalien und eine „gesunde" psychologische Entwicklung zu garantieren (Braga 2006; Gearhart et al. 1995; Hendren/Donahoe 1980).

Money/Hampsons empfehlen, Eltern während der Beratung das Konzept zu erläutern, „that their child is a boy or a girl, one or the other, whose sex organs did not get completely differentiated or finished" (Money et al. 1955b: 291). Des Weiteren sollen während der Beratung Zeichnungen angefertigt werden, in denen der ursprüngliche Hermaphroditismus aller menschlichen Embryonen in der undifferenzierten Phase und die letzte Stufe, in der die Ähnlichkeit zwischen den weiblichen und männlichen äußeren Genitalien noch vorhanden ist, dargestellt werden.[14] Auf diese Weise könne

11 „[T]he evidence demonstrates that clitoral amputation in childhood or later proved detrimental neither to subsequent erotic responsiveness, nor to capacity for orgasm" (Hampson 1955: 270).

12 „[M]any surgeons have hesitated to deprive a patient of what some authorities have declared the most significant erotic zone in the female" (Hampson 1955: 270).

13 „[S]exual function has been destroyed due to the surgeons 'touch'" (Chase 1996).

14 „[T]he original hermaphroditism of all human embryos in the undifferentiated phase, and the late stage at which external genital similarity of males and females is still apparent" (Money et al. 1955b: 291).

den Eltern das „enlightening concept of genital unfinishedness“ (Money et al. 1955b: 291) vermittelt werden. Dieses Konzept rekurriert nicht nur auf biologische Theorien des Embryonalen, sondern auch auf die neo-freudianischen Annahmen der angeborenen psychischen Bisexualität. Der Begriff „Unfertigkeit“ reflektiert die Diskurse von Unreife und Entwicklungshemmung (*arrested development*). Für Money heißt das in Hinsicht auf seine Behandlungsanweisungen: „hermaphrodism means that a baby is born with a sexual anatomy improperly differentiated. The baby is, in other words, sexually unfinished“ (Money/Ehrhardt 1972: 5). Die Ärzt_innen und Chirurg_innen vollenden demnach lediglich, was die Natur nicht geschafft hat. Sie vervollkommnen die Ordnung der angenommenen natürlichen Zweigeschlechtlichkeit und beschneiden das Kind, das sich angeblich in einem weniger entwickelten inter*sexuellen Stadium befindet, also in einem evolutionär minderwertigeren Körper als dem monosexuellen Körper.[15] Die Begriffe Unfertigkeit und Entwicklungshemmung rechtfertigen die operative „Fertigstellung“ des Kindes. Die mit der Operation verbundene psychologische Erziehung zu einer der binär kodierten Geschlechterrollen zeigt sich auch, wenn es um die Fortpflanzungsfähigkeit geht. Denn nach Money/Hampsons scheint es sich dabei nicht um eine biologische Gegebenheit zu handeln, sondern um eine Erfüllung von sozio-politischen Kategorien. Nach Money/Hampsons sind andere Faktoren als die reine biologische Fortpflanzungsfähigkeit für das Kinderkriegen entscheidend:

„Actual childbearing is distinguished from potential biological fertility and is not determined by chromosomal, hormonal, and gonadal sex alone. It is also determined by the social encounters and cultural transactions of mating and marrying, which are inextricably bound up with gender role and erotic orientation“ (Money et al. 1955b: 290).

Für Money/Hampsons geht es um die Garantie einer heterosexuellen Orientierung, die in enger Verknüpfung mit Geschlechtsrollen und deren Stereotypen gesehen werden muss. Nicht die biologischen Voraussetzungen zur Fortpflanzung, sondern die psychosoziale Integration in eine heteronormative Gesellschaft soll Fortpflanzung ermöglichen. Was dafür in der Theorie und Praxis von ihnen geopfert wird, ist die physische Integrität eines Menschen.

In den meisten Studien zu chirurgischen Praxen in der Inter*sexualisierung wird die Verminderung von sexueller Erregbarkeit nicht thematisiert (vgl. Azziz et al. 1990; Azziz et al. 1986). Einige Wissenschaftler_innen fordern zwar, die Praxen der Inter*sexualisierung zu untersuchen; die Theorien, die diesen zugrunde liegen, werden jedoch kaum erforscht (vgl. Creighton 2004). Es gibt nach mehr als 60 Jahren der Durchführung von Klitorektomien immer noch keine Langzeitstudien: „to our knowledge the long-term effect on sexual function of removing this erectile tissue is unknown“ (Baskin et al. 1999: 1018; vgl. auch Ahmed et al. 2004). Viele konzentrieren sich auf die technischen Entwicklungen innerhalb der Chirurgie: „historically the surgical treatment of patients requiring feminizing genitoplasty has evolved from clitoral amputation to clito-

15 Ich habe diese Argumentation an anderer Stelle ausführlich dargelegt (Eckert 2010).

ral preservation“ (Baskin et al. 1999: 1018). Auch Überlegungen zur Beschaffenheit der Klitoris werden aktuell formuliert: „the anatomy of the clitoris is not well understood, and studies have shown that most anatomy texts are inaccurate in the size and precise location of this organ“ (Crouch et al. 2004: 137). Die Reflexionen gehen hier sogar noch weiter: „if the clitoris is functionally normal at birth but simply enlarged, it is questionable whether surgery that irretrievably impairs function is acceptable“ (Crouch et al. 2004: 138). Es wird vermutet, dass Frauen „may resent the destruction of a major part of her sexual potential“ (Crouch et al. 2004: 138).

Mit der Klitorektomie geht oft die operative Herstellung einer sogenannten Neo-Vagina einher. An dieser Stelle kann nicht genauer darauf eingegangen werden, doch bleibt festzuhalten, dass Money dies in der Fortführung seiner Behandlungsempfehlungen bedacht hat.[16] So schreibt er: „in addition to clitorodectomy, feminizing surgery may require vaginoplasty as well“ (Money 1973: 481). Sogenannte Vaginoplastiken oder die chirurgische Konstruktion einer Neo-Vagina gehören noch immer zur Behandlung (Azziz et al. 1986; Azziz et al. 1990). Das beste und effektivste *gender*, das Money/Hampsons als das *Optimum Gender of Rearing* bezeichnen, ist ein penetrierbares, heteronormativ-komplementäres Phantasma. Nicht nur die Freudsche Übertragung der erotischen Reizbarkeit von der Klitoris auf die Vagina in der reifen Frau, auch die materielle Auslöschung der sogenannten angeborenen Bisexualität wird in der Inter*sexualisierung operativ vollzogen, indem Klitorektomien und „Re“-Konstruktionen einer Neo-Vagina vorgenommen werden. Ein weibliches *gender* muss ein *sex* haben, d. h. dasjenige, das ihm von der binär kodierten Geschlechterordnung zugewiesen ist. Das *Optimum Gender of Rearing* ist dasjenige, das penetrierbar ist und schon nach Freud eine „Herberge für einen Penis“ darstellt, wenn das Kind als Mädchen/Frau erzogen werden soll.

Fragen, die sich in den Praxen der Klitorektomie und der „Re“-Konstruktion einer Neo-Vagina immer noch stellen und die auch die neue Terminologie des DSD aufwirft, betreffen die gewaltsamen operativen Eingriffe an Körpern. Diese Eingriffe können als eine soziale Störung gefasst werden. Auch die Ignoranz und Auslöschung der Vielfalt von *sex* zugunsten eines Zweigeschlechtersystems könnte als soziale Störung bezeichnet werden. In den Debatten zu DSD wird immer noch die Notwendigkeit der Anpassungsfähigkeit und der Funktionalität der zu behandelnden Person fortgesetzt, wie sie schon in den 1950er Jahren bei Money/Hampsons zu finden ist. Sie steht weiterhin im Zentrum der derzeitigen Behandlungsparadigmen. Immer noch werden die gleichen Argumente angeführt: „a key point to emphasize is that the DSD child has the potential to become a well-adjusted, functional member of society“ (Hughes et al. 2006: 151). „To be well-adjusted“ kann als „angepasst“, aber auch als „bereinigt“ oder „eingestellt“ übersetzt werden. Unter dem Begriff DSD, der neuen Nomenklatur, stellen inter*sexualisierte Kinder also immer noch eine Störung dar, die bereinigt werden muss.

16 Ich habe diese Praxen der Vaginoplastiken und der Herstellung von Neo-Vaginas an anderer Stelle erläutert und auch auf neo-freudianische Theorieanleihen hin untersucht (Eckert 2010).

Zusammenfassung: das Zweigeschlechtersystem als Menschenrechtsverletzung[17]

Das eindrucksvollste Ergebnis einer Beschäftigung mit diesen grundlegenden Texten für die Praxen der Inter*sexualisierung lautet, dass in den empirischen Studien aus den 1950er Jahren keine Psychopathologie auffällig wurde, die Studien aber trotzdem als Rechtfertigung für eine medizinische und psychologische Praktik dienten. Das Phantasma, das Money/Hampsons in den Diskurs über Inter*sexualisierung einbrachten, ist kein medizinisches oder psychologisches Problem, sondern ein gesellschaftliches.

Die Dissoziation des Konzeptes *gender* von *sex* in den Theorien und Praxen der Inter*sexualisierung ist die Voraussetzung für die Differenzierung und die Pathologisierung beider Konzepte. Die neo-freudianischen Anleihen in den Arbeiten des Forschenden-Teams um Money haben zu einer performativen Umsetzung der Monosexualitätstheorie geführt: Die Performativität von Freuds *Abhandlungen zur Sexualtheorie* werden in der Inter*sexualisierung und ihren begleitenden operativen Eingriffen materiell. Die *sex-gender*-Trennung war eine Voraussetzung für Money/Hampsons, ihre Behandlungsmaximen zu entwickeln und durchzusetzen. Dies lieferte die narrative Grundlage für die Argumentation, dass ein inter*-Kind unfertig in seiner Entwicklung sei. Die operativen Eingriffe zur „Vervollständigung" der „Natürlichkeit" eines Zweigeschlechtersystems dienen dazu, das Kind in einer der zwei Geschlechterrollen zu fixieren. Dies geschieht anhand der Operation der externen Genitalien, die „ästhetischen" Kriterien entsprechen sollen und in einer Komplementarität *designed* werden.

Genitalien stehen als *pars pro toto* für die Identität eines Körpers. Sein Fleisch, seine Materie, das an dieser Stelle in der Inter*sexualisierung als entweder monströs groß oder monströs klein definiert wird, wird unter Rückbezug auf eine als „natürlich" definierte Kongruenz zwischen *sex* und *gender* beschnitten. Die Komplementarität der Genitalien – Penis/Vagina – steht hier emblematisch für die exzessiven Normalisierungsmechanismen innerhalb der Praxen von Inter*sexualisierung.

Erst seit der Politisierung des Themas durch Inter*-Bewegungen und durch seine wissenschaftliche und aktivistische Aufarbeitung konnte auf die Verstümmelungen in westlichen Krankenhäusern aufmerksam gemacht werden (z. B. Chase 2003; Holmes 2002; Kromminga 2011).[18] So konnte in einer öffentlichen Anhörung am 8. Juni 2011 vor dem Ethikrat der Inter*aktivist Ins A Kromminga medikamentöse/chirurgische „Entstörungslösungen" (Kromminga 2011: 1) kritisieren und die Perspektive einbringen, dass nicht die Körperfunktionen und Anatomien von Inter*s[19] problematisch seien, „sondern der normierende Blick auf sie" (Kromminga 2011: 2). „Diese Eingriffe an

17 Dieses Zitat ist dem Ausstellungskatalog der 101-intersex-Ausstellung in der Neuen Gesellschaft für Bildende Künste in Berlin vom Jahr 2005 entnommen (NGBK 2005).

18 Erst das Ende von „Shame and secrecy" (ein Slogan der ersten Inter*-Bewegungen) hat einiges verändert. Über das Internet wurde es möglich, dass sich die Inter*-Bewegungen formieren konnten. Sie sind seitdem immens gewachsen und mittlerweile wichtige politische Organe (z. B. ISNA, AISSGUK, Bodies Like Ours, OII international).

19 Ich verwende hier den Begriff *Inter*, da er von Ins A Kromminga in dieser Kommunikation verwendet wird. Zudem verweise ich auf die Diskussion in Fußnote 2.

intergeschlechtlichen Menschen [verletzen] die Menschenrechte auf Selbstbestimmung und körperliche Unversehrtheit“ (Kromminga 2011: 3). Die eigentliche „Entstörungslösung“, die verfolgt werden müsse, sei eine sozial-politische, die die Menschenrechte ernst nehme.

Immer noch die Interventionen von Inter*-Aktivist_innen ignorierend, führen Chirurg_innen weiterhin Klitorektomien durch und sind damit Ausführende der Baltimorer Behandlungsempfehlungen. Der heteronormative Imperativ der Behandlungsprotokolle ist auch 2012 noch aktiv. Die Stellungnahme des Ethikrates in Deutschland vom Februar 2012 bezieht keine klare Position zum Thema Klitorektomien. Konsens und Empfehlung ist hier immer noch, dass dies der Entscheidung der Ärztin/des Arztes überlassen werden müsse (Deutscher Ethikrat 2012). Eine Entscheidung, an der die betroffene Person nicht beteiligt wird. Inter*sexualisierung beruht also weiterhin auf einer Medikalisierung anhand gesellschaftlicher Koordinaten; es gibt für den Eingriff der Klitorektomie in den meisten Fällen keine medizinische Indikation.

Literaturverzeichnis

Ahmed, S. Faisal et al. (2004). Intersex and gender assignment; the third way? *Archives of Disease in Childhood,* 89, 847–850.

Azziz, Ricardo et al. (1986). Congenital adrenal hyperplasia: long-term results following vaginal reconstruction. *Fertility and Sterility,* 46 (6), 1011–1014.

Azziz, Ricardo et al. (1990). Androgen-insensitivity syndrome: long-term results of surgical vaginal creation. *Journal of Gynecologic Surgery,* 6 (1), 23–26.

Baskin, Laurence et al. (1999). Anatomical Studies of the Human Clitoris. *The Journal of Urology,* 162, 1015–1020.

Braga, Luis et al. (2006). Prospective Evaluation of Feminizing Genitoplasty Using Partial Urogenital Sinus Mobilization for Congenital Adrenal Hyperplasia. *The Journal of Urology,* 176, 2199–2204.

Butler, Judith. (1990). *Gender Trouble*. *Feminism and the Subversion of Identity*. New York: Routledge.

Chase, Cheryl. (1996). Letter to the Editor. *The Journal of Urology,* 156 (3), 1139–1140.

Chase, Cheryl. (2003). What is the Agenda of the Intersex Patient Advocacy Movement? *The Endocrinologist,* 13 (3), 240–242.

Creighton, Sarah. (2004). Long-term outcome of feminization surgery: The London experience. *BJU International,* 93, 44–46.

Creighton, Sarah et al. (2009). Intersex Practice, Theory, and Activism. A Roundtable Discussion. *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies,* 15 (2), 249–60.

Crouch, Naomi et al. (2004). Genital sensation after feminizing genitoplasty for congenital adrenal hyperplasia: a pilot study. *BJU International,* 93, 135–138.

Deutscher Ethikrat. (Hrsg.). (2012). *Stellungnahme Intersexualität.* Zugriff am 26. August 2012 unter http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-intersexualitaet.pdf

Eckert, Lena. (2010). *Intervening in Intersexualization: The Clinic and the Colony* (Dissertation). Utrecht: Universiteit Utrecht.

Foucault, Michel. (Hrsg.). (1998). *Herculine Barbin: Über Hermaphroditismus.* Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Freud, Sigmund. (2000 [1905]). Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. In Sigmund Freud, *Studienausgabe*. Bd. 5 (S. 37–146). Frankfurt/M.: Fischer.

Freud, Sigmund. (2000 [1931]). Über die weibliche Sexualität. In Sigmund Freud, *Studienausgabe*. Bd. 5 (S. 273–294). Frankfurt/M.: Fischer.

Gearhart, John et al. (1995). Measurement of pudendal evoked potentials during feminizing genitoplasty: Technique and Applications. *The Journal of Urology,* 153 (2), 486–487.

Hampson, Joan. (1955). Hermaphroditic Genital Appearance, Rearing and Eroticism in Hyperadrenocorticism. *Bulletin of Johns Hopkins Hospital,* 96 (6), 265–273.

Hendren, W. Hardy & Donahoe, Patricia. (1980). Correction of Congenital Abnormalities of the Vagina and Perineum. *Journal of Pediatric Surgery,* 15 (6), 751–763.

Holmes, Morgan. (2002). Rethinking the Meaning and Management of Intersexuality. *Sexualities,* 5 (2), 159–180.

Holmes, Morgan. (2008). *Intersex: A Perilous Difference.* Selinsgrove, Pennsylvania: Susquehanna University Press.

Hughes, Ian et al. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. *Journal of Pediatric Urology*, 2, 148–162.

Karkazis, Katharina. (2008). *Fixing Sex. Intersex, Medical Authority and Lived Experience*. Durham, London: Duke University Press.

Kessler, Suzanne. (1990). The Medical Construction of Gender: Case Management of intersexed Infants. *Signs: Journal of Women in Culture and Society,* 16 (1), 3–27.

Klöppel, Ulrike. (2010). *XX0XY ungelöst: Die medizinisch-psychologische Problematisierung uneindeutigen Geschlechts und Trans/Formierung der Kategorie Geschlecht von der Zeit der Aufklärung bis in die Gegenwart.* Bielefeld: transcript.

Kromminga, Ins A. (2011). *Zur Situation von Menschen mit Intersexualität in Deutschland.* Öffentliche Anhörung vom 8. Juni 2011 des Ethikrates. Zugriff am 8. Januar 2013 unter http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/anhoerung-08-06-2011-kromminga.pdf

Laqueur, Thomas. (1990). *Making Sex. Body and Gender from the Greeks to Freud*. London: Harvard University Press.

Meyer-Bahlburg, Heino F. L. (1998). Gender Assignment in Intersexuality. *Journal of Psychology & Human Sexuality,* 10 (2), 1–21.

Moi, Toril (1999): *What is a Woman? And Other Essays.* Oxford/New York: Oxford University Press.

Money, John. (1955). Hermaphroditism, Gender and Precocity in Hyperadrenocorticism: Psychologic Findings. *Bulletin of Johns Hopkins Hospital,* 96 (6), 253–264.

Money, John. (1973). Hermaphroditism. In Albert Ellis & Albert Abarbanel (Hrsg.), *The Encyclopedia of Sexual Behaviour* (S. 472–484). New York: Jason Aronson.

Money, John & Ehrhardt, Anke. (1972). *Man & Woman, Boy & Girl. The Differentiation and Dimorphism of Gender Identity from Conception to Maturity*. Baltimore, London: The Johns Hopkins University Press.

Money, John; Hampson, John & Hampson, Joan. (1955a). An Examination of Some Basic Sexual Concepts: The Evidence of Human Hermaphroditism. *Bulletin of Johns Hopkins Hospital,* 97 (4), 301–319.

Money, John; Hampson, John & Hampson, Joan. (1955b). Hermaphroditism: Recommendations concerning Assignment of Sex, Change of Sex, and Psychologic Management. *Bulletin of Johns Hopkins Hospital,* 97 (4), 284–300.

Money, John; Hampson, John & Hampson, Joan. (1956). Sexual Incongruities and Psychopathology: The Evidence of Human Hermaphroditism. *Bulletin of Johns Hopkins Hospital,* 98 (1), 43–59.

Money, John; Hampson, John & Hampson, Joan. (1957). Imprinting and the Establishment of Gender Role. *A.M.A. Archives of Neurology and Psychiatry,* 77 (3), 333–336.

Money, John & Tucker, Patricia. (1975). *Sexual Signatures: on Being a Man or a Woman*. Boston: Little Brown & Co.
NGBK. (2005). *1-0-1 one o' one intersex. Das Zwei-Geschlechter-System als Menschenrechtsverletzung*. Berlin: Neue Gesellschaft für Bildende Kunst.
Oakley, Anne. (1972*). Sex, Gender and Society*, London: Temple Smith.
Redick, Alison. (2005). What happened at Hopkins: The Creation of the Intersex Management Protocols. *Cardozo. Journal of Law and Gender,* 12, 289–296.
Salamon, Gayle. (2004). The Bodily Ego and the Contested Domain of the Material. *Differences,* 15 (3), 95–122.
S_he. (2003). Performing the Gap – Queere Gestalten und geschlechtliche Aneignung. *Arranca,* 28, 22–26.
Stoller, Robert. (1968). *Sex and Gender*. *On the Development of Masculinity and Femininity.* New York: Science House.
Stoller, Robert & Rosen, Alexander C. (1959). The intersexed patient. *California Medicine,* 91 (5), 261–265.
Thyen, Ute; Hampel, Eva & Hiort, Olaf. (2007). Störungen der Geschlechtsentwicklung. Disorders of sex development. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50 (12), 1569–1577.
Voß, Heinz-Jürgen. (2010). *Making Sex Revisited. Dekonstruktion des Geschlechts aus biologisch-medizinischer Perspektive.* Bielefeld: transcript.

Zur Person

Lena Eckert, Dr. Arbeitsschwerpunkte: Gender Studies, Inter*sexualisierung, Psychoanalyse, Anthropologie, Wissenschaftsgeschichte, Queer Theory, Postkoloniale Theorie, Bildungstheorien, postanarchistische Theorie.
Kontakt: Fakultät Medien, Universität Weimar, Bauhausstraße 11, 99423 Weimar
E-Mail: lena.eckert@gmail.com