

Sexuologie

Herausgegeben von der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Praktische Sexualmedizin

Inhalt

- Originalarbeiten**
- 2 Geschlechterverhältnisse und Sexualität auf den Trobriand-Inseln
Wulf Schiefenhövel
- 14 Aus dem Maßregelvollzug entlassene Sexualstraftäter
Dieter Seifert, Simone Möller-Mussavi, Stefanie Bolten
- Fortbildung**
- 21 Qualitätszirkel in der Sexualtherapie
Gotthart Kumpan
- 27 Apomorphin und Yohimbin als zentrale Substanzen zur Therapie der erektilen Dysfunktion
Tim Schneider, Herbert Sperling, Herbert Rübben
- Diskussion**
- 33 Die HIV-Epidemie in Deutschland. Die Ahnungslosen, die Uneinsichtigen, die Überträger therapieresistenter HIV-Infektionen
Reinhard H. Dennin, Michael Lafrenz
- Historia**
- 41 Analyse des Geschlechtstriebes
Albert Moll
- Aktuelles**
- 47 Buchbesprechung/Tagungshinweis

Anschrift der Redaktion

Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier (V.i.S.P.), MA Rainer Alisch, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin des Universitätsklinikums Charité, Luisenstrasse 57, D-10117 Berlin, Tel.: 030/ 450 529 301 (Fax: -529 992), e-mail: klaus.beier@charite.de

Verlag: Urban & Fischer Verlag GmbH & Co. KG, Niederlassung Jena, PF 100 537
D-07705 Jena, Telefon (03641) 626-3; Fax (03641) 62 65 00;
E-mail: journals@urbanfischer.de

Anzeigennahme und -verwaltung: Urban & Fischer Verlag & Co. KG, Niederlassung Jena, Anzeigenleitung: Sabine Schröter, PF 100 537, D-07705 Jena, Telefon (03641) 62 64 45, Fax (03641) 62 64 21, Zur Zeit gilt die Anzeigenliste vom 01.01.2002

Abonnementsverwaltung und Vertrieb: Urban & Fischer GmbH & Co. KG, Niederlassung Jena, Abo-Service und Vertrieb: Babara Dressler, Lößdergraben 14a, 07743 Jena, Telefon (03641) 62 64 44, Fax (03641) 62 64 43

Bezugshinweise: Das Abonnement gilt bis auf Widerruf oder wird auf Wunsch befristet. Die Lieferung der Zeitschrift läuft weiter, wenn sie nicht bis zum 31.10 abbestellt wird.

Erscheinungsweise: Zwanglos, 1 Band mit 4 Heften.

Abo-Preis 2003 [Deutschland, Österreich, Schweiz]: 135,- €*; Einzelheftpreis 41,- €*, Alle Preise zzgl. Versandkosten. Vorzugspreis für persönliche Abonnenten 66 €*.

* Alle Preise sind unverbindliche Preiseempfehlungen.

Folgende Kreditkarten werden zur Zahlung akzeptiert: Visa/Eurocard/Mastercard/American Express (bitte Kartenummer und Gültigkeitsdauer angeben).

Bankverbindung: Deutsche Bank Jena, Konto-Nr. 390 76 56, BLZ 820 700 00 und Postbank Leipzig, Konto-Nr. 149 249 903, BLZ 860 100 90

Copyright: Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, insbesondere die Einspielung, Verbreitung oder Wiedergabe in elektronischer Form (online/offline), bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Verlages.

Satz: Rainer Alisch, Hanseatenweg 6, 10557 Berlin

Druck, Bindung: Gutenberg Druckerei GmbH Weimar, Marienstraße 14, D-99423 Weimar.

Diese Zeitschrift wird ab Band III, Heft 1 (1996) auf elementar chlorfreiem, pH-Wert neutralem, alterungsbeständigem Papier gedruckt.

© 2003 Urban & Fischer Verlag

Coverfoto: © gettyimages



Sexuologie – Zeitschrift für sexualmedizinische Fortbildung und Forschung

Sexuologie ist eine wissenschaftliche Fachzeitschrift für die sexualmedizinische Fortbildung und Forschung. Thematisiert werden die psychischen, somatischen, soziokulturellen sowie ethisch-rechtlichen Aspekte von Sexualität, Geschlechtlichkeit und/oder Reproduktion, welche – gerade in ihren Wechselwirkungen – für die Medizin von Bedeutung sind.

Sexuologie ist konzipiert für Ärztinnen und Ärzte der verschiedensten medizinischen Bereiche (vor allem Allgemeinmedizin, Andrologie, Dermatovenerologie, Endokrinologie, Gynäkologie, Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, Urologie) sowie für Fachleute aus anderen Humanwissenschaften (z.B. Anthropologie, Psychologie, Soziologie) und aus der Arbeit mit Sexualstraftätern.

Sexuologie bietet interdisziplinäre Orientierung auf dem Gebiet der Sexualmedizin; d.h. zu Diagnostik und Therapie bei sexuellen Funktionsstörungen, Geschlechtsidentitätsstörungen, sexuellen Verhaltensabweichungen (Paraphilien, Sexualdelinquenz) sowie bei Sexualstörungen aufgrund von Erkrankungen und deren Behandlung. Die Sichtweisen verschiedener Fächer gelangen dabei zur Darstellung.

Wissenschaftlicher Beirat

Dorothee Alfermann, Leipzig
Ralf Dittmann, Bad Homburg
Walter Dmoch, Düsseldorf
Günter Dörner, Berlin
Wolf Eicher, Mannheim
Erwin Günther, Jena
Heidi Keller, Osnabrück
Heribert Kentenich, Berlin
Rainer Knussmann, Hamburg
Götz Kockott, München
Heino F.L. Meyer-Bahlburg, New York
John Money, Baltimore

Elisabeth Müller-Luckmann,
Braunschweig
Piet Nijs, Leuven
Ilse Rechenberger, Düsseldorf
Hans Peter Rosemeier, Berlin
Wulf Schiefenhövel, Andechs
Wolfgang Sippell, Kiel
Michael Sohn, Frankfurt/M.
Hans Martin Trautner, Wuppertal
Henner Völkel, Kiel
Hermann-J. Vogt, München
Reinhard Wille, Kiel

Abstracted/Indexed in BIOSIS · CAB Abstracts · Chemical Abstracts Service (CAS) · Chemical Abstracts (SEXUEX) PSYNDEX · PsycINFO

Mehr Informationen zur „Sexuologie“ und anderen Zeitschriften finden Sie im Internet: <http://www.urbanfischer.de/journals>. Das jeweils neueste **Inhaltsverzeichnis** können Sie jetzt auch kostenlos per e-mail (**ToC Alert Service**) erhalten. Melden Sie sich an: <http://www.urbanfischer.de/journals/sexuologie>

Geschlechterverhältnisse und Sexualität auf den Trobriand-Inseln*

Wulf Schiefenhövel

Relationships between the Gender and Sexuality among Trobriand Islands

Abstract

As part of his pioneering fieldwork on the Trobriand Islands Bronislaw Malinowski had published some observations about the sexual life of the indigenous people which have played a very important role in theories assuming that sexuality is foremost culturally constructed. Some of the major points of his claims are: 1) children have „real“ sex, 2) there is no sexual jealousy among unmarried persons, 3) biological paternity is unknown, 4) therefore mother's brother (maternal uncle) is the most important male figure in the life of children. Own fieldwork (ongoing since 1982) has not found any proof for these claims.

In Trobriand society descent is matrilineal, residence rule is mostly virilocal, land is mainly inherited in the patriline and political leadership rests with often very powerful, polygynous men. In comparison with Papuan cultures in Melanesia women play more important public roles in patriarchal Trobriand society.

This contribution briefly introduces this highly interesting culture, whose members, especially on the more remote outer islands, still are traditional subsistence horticulturists, who get valuable protein from fishing and gathering other marine products. The following topics are (among others) briefly discussed: cultural construction of gender, gender and life cycle, socialisation, puberty and adolescence, later phases of life, social and economic gender roles, parental and caretaker roles, leadership roles, sexuality (homosexuality and paedophilia were not found), courtship, marriage, the relationship between women and men and aspects of culture change, which is also affecting the traditionally strictly kept post partum coitus taboo: instead of approximately two years young couples now refrain from sex for much shorter periods. This change in sexual behaviour, together with a rather

* Aus dem Englischen von Dr. Thomas Laugstien.

basic and often malfunctioning health service leads to the presently very high population growth rate in Papua New Guinea. Contraceptive measures are rarely taken, some few women are receiving depot gestagen injections. In this country, whose provincial and national politics are unfortunately characterised by increasing incompetence and corruption and are dominated by men, politically active women could be a hope for this developing nation.

Keywords: Trobriand, Sexuality, Gender roles, Malinowski

Zusammenfassung

Bronislaw Malinowski hatte im Zuge seiner bahnbrechenden ethnologischen Feldforschungen auf den Trobriand-Inseln Befunde zur Sexualität publiziert, die bis heute in Theorien zur vorwiegend gesellschaftlichen Konstruktion der Sexualität eine große Rolle spielen. Einige der von ihm aufgestellten Behauptungen sind: 1) Kinder haben bereits „wirklichen“ Geschlechtsverkehr, 2) Unter Unverheirateten gibt es keine Eifersucht, 3) Die biologische Vaterschaft ist unbekannt, 4) daher spielt der Mutterbruder („Oheim“) die wichtigste männliche Rolle im Leben der Kinder. Unsere eigenen Felduntersuchungen (fortlaufend seit 1982) haben keinerlei Hinweise für diese Aussagen erbracht.

Die Trobriand-Gesellschaft folgt der matrilinearen Deszendenzregel, der Wohnort der Ehepaare ist meist virilokal, Land wird vor allem in der Patriline vererbt und die politische Führung liegt bei z.T. sehr mächtigen, polygyn verheirateten Männern. Im Vergleich zu den Papua-Kulturen Melanesiens spielen die Frauen dieser austronesischen Kultur, die ebenfalls patriarchisch ausgerichtet ist, aber eine wichtigere Rolle in der Dorfföfentlichkeit.

Der Beitrag gibt einen kurzen Überblick über diese hochinteressante Gesellschaft, deren Mitglieder vor allem auf den mehr abgelegenen kleineren Inseln noch immer einem traditionellen Muster der Subsistenzwirtschaft folgen, und behandelt weiter kurz Themen wie: Kulturelle Geschlechtskonstruktion, Geschlecht und Lebenszyklus, Sozialisation, Pubertät und Adoleszenz, spätere Lebensphasen, soziale und ökonomische Geschlechterrollen, Eltern- und Betreuerrollen, Führungsrollen, Sexualität (Homosexualität und Pädophilie wurden nicht gefunden),

Werbung, Heirat, das Verhältnis von Frauen und Männern und Aspekte des Kulturwandels, der sich auch darin äußert, daß das früher strikt eingehaltene post partum Koitustabu nicht mehr für etwa zwei Jahre, sondern deutlich weniger lang beachtet wird; zusammen mit einer basalen, oft mangelhaften medizinischen Versorgung führt diese Veränderung des Sexualverhaltens zu dem sehr hohen Bevölkerungsanstieg, der in Papua Neuguinea zu beobachten ist. Kontrazeptive Maßnahmen werden selten ergriffen, einige wenige Frauen entscheiden sich für Depot-Gestagen. Für die leider zunehmend von Inkompetenz, Postengeschacher und Korruption geprägte und von Männern dominierte Politik auf Provinz- und nationaler Ebene könnten politisch aktive Frauen Hoffnungsträger für dieses Land in Entwicklung sein.

Schlüsselwörter: Trobriand, Sexualität, Geschlechterrollen, Malinowski

Einleitung

Die Ethnie wird als Trobriand oder Kilivila (wie die Sprache der Bewohner der Trobriand-Inseln heute ausschließlich genannt wird; vgl. die Hauptinsel Kiriwina) bezeichnet. Die kulturell und sprachlich relativ einheitliche Region bestehend aus dem östlichen Zipfel von Neuguinea, den größeren Inseln Goodenough, Ferguson und Normanby und den kleineren Inseln/Inselgruppen in der Salomonsee heißt auch Massim.

Kiriwina, Kaileuna, Kitava, Vakuta und eine Reihe von kleineren Inseln gehören zur Gruppe der Trobriand-Inseln, die durch gemeinsame Kultur und (dialektal differenzierte) Sprache gekennzeichnet sind. Sie liegen nördlich der Ostspitze von Neuguinea in der Salomonsee und sind Teil der Milne Bay Provinz mit der Hauptstadt Alotau. Verwaltung und Polizei befinden sich in Losuia (151°05' östlicher Länge und 8°33' südlicher Breite) auf Kiriwina. Hier gibt es eine kleine Anlegestation für Küstenschiffe, das von einem Health Extension Officer geleitete Krankenhaus des Subdistrikts Kiriwina, die Kiriwina High School, den Amtssitz der protestantischen Kirche, die wenigen größeren Geschäfte und einen Markt. Ein großer Flugplatz, von den Amerikanern während des Zweiten Weltkriegs angelegt, befindet sich etwa 5 km nördlich von Losuia; es gibt wöchentlich mehrere Flüge von und nach Port Moresby und Alotau. Eine unbefestigte Straße, die zunehmend verfällt – ein weiteres Erbstück des Zweiten Weltkriegs – führt vom nördlichen zum südlichen Ende von Kiriwina. Viele Dörfer sind durch weitere solcher „Straßen“ mit dieser Nord-Süd-Achse verbunden. Alles in allem gibt es schätzungsweise 40 Autos für den Personen- und

Güterverkehr, dazu sehr viel mehr Boote mit Außenbordmotoren in den Küstendörfern. Kleinere Schiffe bewältigen den Fährverkehr nach Alotau und zu anderen Häfen in der Milne Bay Provinz.

Die ersten austronesischen Einwanderer dürften sich vor vier- bis fünftausend Jahren auf den Trobriand-Inseln niedergelassen haben. Die Region war offenbar damals von einer Papuabevölkerung bewohnt, weil andere Inseln, die viel weiter vom Festland Neuguineas entfernt liegen (z.B. Buka in der Bougainville-Gruppe) schon vor 23.000 Jahren von Angehörigen dieser Sprachgruppe besiedelt wurden und die austronesischen Seefahrer viel später ankamen. Es gibt deutliche Spuren von Papua-Genen auf den Trobriand-Inseln und auf den Inseln im weiteren Umkreis (Kayser et al. 2000); auf einer von ihnen (Rossel) gibt es noch heute eine papuasprechende Bevölkerung. Bislang wurden erst vorläufige archäologische Untersuchungen durchgeführt, wobei die frühesten Daten ungefähr 1000 Jahre zurückreichen (Gotland University College 1999). Die Legende von einem menschenfressenden Riesen und einem jungen Heros, dessen Mutter zurückgelassen wurde, als die anderen Menschen aus dieser ungastlichen Gegend flohen, könnte den Clash zwischen der frühen Papuabevölkerung und den austronesischen Neuankömmlingen zum Ausdruck bringen.

Bronislaw Malinowski führte seine bahnbrechenden Feldforschungen auf den Trobriand-Inseln vor allem in Omarakana durch, dem Dorf des obersten Chieftain, und zwar in den Jahren 1915/16 und 1917/18 für die Dauer von insgesamt 23 Monaten. Vieles aus seinen wichtigsten Arbeiten (1922, 1926, 1927, 1929, 1935) ist heute im Wesentlichen noch richtig (zu seiner Vernachlässigung der wichtigen Rolle der Frauen in der Trobriand-Gesellschaft siehe Weiner 1976; zur Kritik mancher Sexualitätsdarstellungen siehe unten). Der vorliegende Beitrag basiert auf neuerer anthropologischer Feldforschung, besonders auf den Arbeiten von Annette Weiner auf Kiriwina (1976, 1988, 1991) und von Ingrid Bell-Krannhals (1990) sowie eigenen Untersuchungen auf Kaileuna.

Kultureller Überblick

Die Trobriander (derzeit ungefähr 35.000 – das Bevölkerungswachstum ist wie in anderen Gebieten von Papua-Neuguinea dramatisch, siehe unten) sind ein sehr stolzes Volk, das viele Aspekte seiner traditionellen Lebensweise bewusst und energisch verteidigt. Andererseits gab es natürlich durch die Missionen (ursprünglich durch die London Missionary Society, jetzt durch die Papua Ekalesia im Falle der protestantischen Einwohnermehrheit, außerdem durch die

katholische Mission), durch die Verwaltung, die Schulen und die Touristen (deren Zahlen allerdings zurückgegangen sind) in den letzten Jahrzehnten erhebliche Veränderungen. Hinzu kommt, daß eine ganze Anzahl von Trobriand-Insulanern außerhalb ihrer Heimatregion – auch in der Hauptstadt Port Moresby – gelegentlich in hohen Positionen beschäftigt ist. Der Botschafter von Papua-Neuguinea bei der Europäischen Union war zeitweise ein Trobriander.

Trotz dieser Veränderungen sind die meisten Bewohner immer noch Subsistenzbauern und – je nach Küstennähe ihrer Dörfer – Fischer und Sammler von Meeresfrüchten. Die Frauen sammeln normalerweise Muscheln und andere Kleintiere und Pflanzen am oder nahe beim Riff, die Männer widmen sich mit verschiedenen Methoden (Angel, Netze, Speere, *Derris elliptica*-Fischgift etc.) dem Fischfang. Fisch (*yena* – ich verwende die Orthographie des Kilivila-Wörterbuchs von Senft 1986) und Muscheln (*wigoda*) sind die wichtigsten Proteinquellen. Die Jagd auf Wildschweine, Vögel und einige Beuteltierarten spielt keine besonders große Rolle.

Die am meisten geschätzte Feldfrucht ist die Yamswurzel (meist *Dioscorea alata*, *tetu*), die insbesondere als „Währung“ für Erntegaben (*urigubu*) und andere Tauschriten dient. Yams wird oft im Wettbewerb gezogen: Einer der führenden Männer veranstaltet ein *kayasa*, d.h. die erfolgreichsten Gärtner erhalten von ihm ausgesetzte wertvolle Preise. In guten Jahren werden auf diese Weise erstaunliche Mengen geerntet. Sie werden in großen kegelförmigen Haufen ausgestellt und in speziellen Speichern (*liku*) der hochrangigen Männer oder unter den Dächern der Verandas (*bwema*) der anderen Dorfbewohner gelagert. Diese aus großen, besonders ausgewählten Gärten (*kemata*) stammenden Yamsknollen werden von den Familien, die sie gezogen haben, nicht konsumiert, sondern verschenkt, und zwar im Rahmen der erwähnten Erntegaben – ein besonderes Merkmal der Trobriand-Kultur, das auf ein hochentwickeltes Netzwerk von Reziprozitätsbeziehungen verweist. Eine quantitative Analyse (Schiefenhövel & Bell-Krannhals 1986) dieser *urigubu* hat gezeigt, dass nicht (wie Malinowski behauptet) die Schwester oder ihr Ehemann den Großteil dieser Gaben erhält, sondern der Vater und der ältere Bruder und ganz allgemein männliche Personen, die mit dem Geber eng blutsverwandt sind. Taro (*uli*), Süßkartoffeln (*simsimwai*), Maniok (*tapioka*), Bananen (*usi*), Kokosnüsse (*nuya*) und verschiedene Blattgemüsearten sind für die Ernährung (nicht jedoch psychologisch) von ähnlicher Bedeutung. Sehr begehrt sind Betelnüsse (*Areca catechu*, *buva*), die schwache halluzinogene und andere (u.a. parasympathikomimetische) physiologische Wirkun-

gen hervorrufen. Die Trobriander geben dafür viel Geld aus und sehen in der Betelnuss das Gegenstück zum Bier des weißen Mannes.

Die Gartenarbeit ist mit ihren verschiedenen Stadien von der Abholzung und Brandrodung (normalerweise der Sekundärvegetation) bis zur Ernte die wichtigste kooperative Aktivität. Sie umfaßt viele Zeremonien, unter anderem die *milamala*-Erntetänze (siehe unten).

Ein anderes spektakuläres Element der Trobriand-Kultur, das sich um Tausch und Gegenseitigkeit dreht, ist die *kula*-Zeremonie – der Austausch von *soulava*-Halsketten und *mwali*-Muschelarmreifen, die im bzw. gegen den Uhrzeigersinn sozusagen in einem Kreis herumgehen, der zahlreiche Inseln in der Salomonsee umfasst (Malinowski 1922, Leach & Leach 1983). Die erfolgreiche Teilnahme am *kula* ist für einen Mann mit hohem Prestige verbunden und verlangt gut entwickelten Unternehmungsgeist sowie kognitive und soziale Kompetenz. Wie bei den *kayasa*-Ernten und beim *lisaladabu*-Tauschritus der Frauen (siehe unten), zeigt sich hier der ausgeprägte Wettbewerbscharakter der Trobriand-Kultur. Die kostspieligen *kula*-Expeditionen werden auch heute noch durchgeführt, wobei jedoch für die Fahrt zu den Nachbarinseln zunehmend Motorboote und kleinere Schiffe an die Stelle der großen traditionellen und reich geschmückten *masawa*-Auslegerkanus mit ihren Pandanussegeln treten.

Wie andere Austronesier und anders als die Papua-Ethnien auf den nahegelegenen Inseln und an der Küste von Neuguinea waren die Trobriander gute Seefahrer und Navigatoren, die sich vor allem an der Windrichtung und an den Sternen orientierten und zur Berechnung des Kurses noch weitere Parameter zu Hilfe nahmen. Die nicht beim *kula* benutzte Normalversion der historischen seetüchtigen *masawa*-Boote kann man zu Beginn des dritten Jahrtausends nur noch in einigen abgelegenen Dörfern im alltäglichen Gebrauch sehen.

Die Abstammung ist wie in vielen austronesischen Gesellschaften matrilinear, d.h. die Kinder erben die Zugehörigkeit zu einem der vier Clans (*Malasi*, *Lukwasisiga*, *Lukuba*, *Lukulabuta* mit ihren vielfältigen Subclans oder Lineages) von der Mutter. Das hat besondere Bedeutung für das Häuptlingstum. Die Dorfältesten können wie die regionalen Chiefs und der oberste Chief (der traditionell in Omarakana residiert, immer noch erhebliche Macht hat und eine große Zahl von Ehefrauen beanspruchen kann) ihre Stellung nicht auf ihre Söhne übertragen, weil ihre Funktion an einen Clan gebunden ist (für die führenden Positionen an die *tabalu*-Lineage des *Malasi*-Clans). Die Söhne der Chiefs gehören aufgrund der Clan-Exogamie (eine selten gebrochene Regel, siehe unten) zum Clan der

Mutter und können deshalb für die Häuptlingsfunktion nicht ausgewählt werden. Normalerweise geht diese Funktion deshalb auf die Söhne der Schwestern über. Andererseits wird Landbesitz primär in väterlicher Linie tradiert. Die Trobriand-Gesellschaft ist also bezüglich der genealogischen Abstammung matrilinear und bezüglich der Landrechte wie auch in einigen anderen Aspekten patrilinear. Die Residenzwahl erfolgt virilokal, d.h. ein neu verheiratetes Paar lebt normalerweise im Dorf des Ehemanns. Frauen spielen besonders im Vergleich zu anderen melanesischen Gesellschaften eine recht ausgeprägte öffentliche Rolle, treffen aber keine politischen Entscheidungen für die gesamte Gemeinschaft, was ausschließlich den männlichen Chiefs zukommt. Die Matrilinearität hat also nicht zum Matriarchat geführt.

An der Spitze jeder Lineage stehen ein männlicher Sprecher, der gelegentlich (besonders wenn er als *kula*-Teilnehmer oder anderweitig zu Ansehen gelangt ist) ebenso einflussreich ist wie der Dorfälteste sowie die regionalen *tabalu*-Chiefs. Deren Bedeutung – auch die des obersten Chiefs, der immer noch bei traditionellen Rechtsfällen und anderen Anlässen den Vorsitz führt und wegen der ihm zugeschriebenen magischen Kräfte verehrt und gefürchtet wird – scheint aber zurückzugehen, weil ein modernes politisches System von lokalen Gemeinderäten und anderen mehr oder minder formell gewählten Ämtern zunehmend an Bedeutung gewinnt. Die Einwohner der Trobriand-Inseln und der Nachbarinsel Goodenough wählen zusammen einen Abgeordneten für das nationale Parlament.

Die Dörfer sind im Idealfall kreisförmig angelegt, indem die Hauseingänge auf den Mittelpunkt blicken – eine symbolische Darstellung der Einheit. Die Rückseiten der Häuser (*bwala*), die normalerweise auf herkömmliche Weise mit lokal vorhandenem Material errichtet werden, zeigen auf den Busch oder zum Meer, also auf Sphären, aus denen Gefahr droht. Sie schützen damit die Bewohner vor bösen Mächten. Vor den Häusern mit ihren privaten Innenräumen befindet sich mit Blick auf das Zentrum die Veranda (*bwala*), eine strohgedeckte offene Plattform, auf der viele Aktivitäten quasi öffentlich stattfinden. Im dritten inneren Kreis (ausgehend von der idealen Dorfanlage) stehen die oftmals eindrucksvollen *liku*, die Yamsspeicher hochrangiger Männer. Sie sind ausgerichtet auf das eigentliche Zentrum, in dem sich keine Gebäude befinden, das aber sozial und symbolisch der wichtigste Teil des Dorfes ist und als Ort von Versammlungen, Zeremonien und Tänze dient.

Bis die Trobriander nach der Wende zum 20. Jahrhundert unter dem Einfluss der frühen Missionare und Verwaltungsbeamten ihre Bestattungsbräuche änderten, war das Dorfzentrum auch der Ort, wo man die

Toten für etliche Monate begrub, bevor ihre Schädel und Gebeine in einer zweiten Begräbniszeremonie in Höhlen oder Felsgruften nahe dem Dorf beigesetzt wurden. Das Dorfzentrum war also in religiöser Hinsicht von großer Bedeutung. In manchen dieser Gruften, so bei Labai und Mwatawa im nördlichen, historischen Teil von Kiriwina (wo sich die legendäre „Höhle“ befand, aus der das erste Volk seinem unterirdischen Dasein entstieg, und wo der junge Heros den kannibalischen Riesen tötete) fand man nur wenige Schädel und Langknochen. Diese Grabstätten waren also offenbar den Skeletten großer Häuptlinge vorbehalten.

Heute werden die Toten nahe der Häuser ihre Familie begraben; die Exhumierung und nochmalige Beisetzung der Gebeine wird nicht mehr praktiziert. Tatsächlich wird dieser alte Brauch kaum noch erinnert.

Andere Begräbnisriten haben die Akkulturation fast unverändert überstanden. Die Trauergesänge beginnen oft schon, bevor der Tod eintritt. Verwandte kommen auch aus weit entfernten Dörfern von anderen Inseln, und in einer Atmosphäre tiefer Trauer wird mit lauten Klagen das Grab ausgehoben und der Leichnam bestattet. Das nachfolgende *sagali* (Sammelbegriff für Totenfeste) beinhaltet besondere Rollen für die beiden Verwandtschaftsgruppen – angeheiratete und blutsverwandte –; es wird ein Essen vorbereitet und ein festliches Mahl abgehalten.

Ein zentraler Bestandteil dieser Zusammenkünfte ist die oftmals spektakuläre *lisaladabu*-Zeremonie, die von den Frauen durchgeführt wird. Ein paar Ehemänner wirken manchmal am Rande mit, indem sie ihren Gattinnen Münzen in die Hand drücken, falls die *nunugwa*- (auf Kiriwina: *nununiga*-) Bündel ausgehen. Diese werden in einem langwierigen und zeitraubenden Prozess aus geschabten Bananenblättern gefertigt und fungieren als Tauschmittel. Hochrangige Frauen haben hunderte solcher Bündel (die jeweils fünf *nunugwa* enthalten), dazu aus *nunugwa* gefertigte Röcke (*doba*, dies auch der allgemeine Begriff für weiblichen Reichtum), geschmückt mit weiteren Accessoires.

Die Frauen führen ihre Macht, ihr Kalkül und ihre Kontrolle über den sehr komplizierten Austauschprozess und ihre sozialen oder theatralen Fähigkeiten selbstbewusst auf dem Dorfplatz auf, der in diesen Tagen völlig von ihnen beherrscht wird. Sie befinden sich dabei häufig in einem gehobenen, euphorischen Zustand (vgl. ausführlich Weiner 1976). Es folgen verschiedene weitere Totenfeste, bis nach vielleicht einem Jahr die Tabus, unter denen der Witwer oder die Witwe und andere leben müssen, aufgehoben werden, so dass sie wieder vollständig am Dorfleben teilnehmen können.

Vieles aus der traditionellen animistischen Religion hat die Christianisierung überlebt. So glaubt man immer noch, dass die Totengeister (*baloma*) durch eine Höhle an der Südspitze der Insel Tuma in die Unterwelt eintreten und in den Neugeborenen mütterlicherseits reinkarniert werden. Grundsätzlich werden alle ernstesten Krankheiten und insbesondere Todesfälle entweder auf die (wissenschaftlich nicht nachweisbare) „Vergiftung“ durch Zauberer (*bwagau*) zurückgeführt, auf böse Geister – unter anderem „fliegende Hexen“ (*mulukwausi*) – oder auf die Macht Gottes, der den Menschen zürnt, weil sie seinen Sohn getötet haben, und den Übeltäter bestraft – zum Beispiel für das Stehlen von Betelnüssen, die durch ein Tabu geschützt sind.

Das starke Bevölkerungswachstum setzt die Ökologie zunehmend unter Druck. Traditionelle Bracheperioden (früher bis zu 15 Jahre) können nicht mehr eingehalten werden, die Fruchtbarkeit der Gärten nimmt ab und die Menschen sind mehr und mehr auf Reis und andere Nahrung aus den Läden angewiesen. Nur auf ein paar kleineren Inseln gibt es noch schmale Stücke von Regenwald. Ebenholz, vielfach für die sehr attraktiven Trobriand-Schnitzereien (in früheren Jahrzehnten eine gute Einkommensquelle) verwendet, wächst kaum noch vor Ort und wird mittlerweile von der Insel Woodlark (Muyua) importiert. Von dort stammen auch die kostbaren *beku*, kunstvoll polierte zeremonielle Steinbeilklingen, die in gewissem Maße auch heute noch als Wertobjekte (*vegua*) für wichtige Transaktionen – zum Beispiel Hochzeiten – fungieren. Ein Produkt der modernen Zeiten ist die Pax britannica, d.h. zwischen den Dörfern finden keine Kriege mehr statt, nur noch gelegentliche Kämpfe, bei denen es Verwundete, aber kaum noch Tote gibt. Den Frieden wissen die Trobriander womöglich noch mehr zu schätzen als die Einführung moderner Werkzeuge und Techniken, die ihnen das Leben erleichtern. Natürlich gibt es auch negative Einflüsse auf ihre Kultur, die sie vielfach durch das moderne Leben bedroht sehen. Die negativen Entwicklungen betreffen auch die marine Umwelt. Das Wildern durch taiwanische Schiffe und hochtechnisierte Fischkutter anderer Nationalitäten gefährdet die Meeresressourcen ebenso wie der vermehrte und effizientere Fischfang (z.B. durch lange Leinen mit vielen Haken) und der Einsatz von Dynamit durch die örtlichen Fischer selbst. Auch Seegurken (aus der Familie der Holothuridae, französisch *bêche de mer*), eines der hochbezahlten Güter – als Aphrodisiakum seit Jahrhunderten zu chinesischen Häfen verschifft und der eigentliche Grund, warum sich das melanesische Pidgin zur Lingua franca entwickelt hat –, werden extensiv gesammelt und brauchen lange, um sich zu regenerieren.

Kulturelle Geschlechtskonstruktion

Erwachsene Männer (außer ein paar wenigen, die an Frauen nach eigenem Bekunden nicht interessiert sind) und Frauen gehen gleichermaßen davon aus, dass sie heiraten (was bei fast allen Frauen im gebärfähigen Alter der Fall ist) und Kinder bekommen. Viele Ehen sind kinderlos, wahrscheinlich durch die hohe Prävalenz von Gonorrhoe und anderen Geschlechtskrankheiten, die vor allen bei Frauen zu Unfruchtbarkeit führen können. Die Adoption der Kinder von Verwandten ist weit verbreitet. Von Männern und Frauen wird die Übernahme typischer Geschlechterrollen erwartet – typisch für diese traditionelle arbeitsteilige Gesellschaft, in der die Vorstellung herrscht, dass beide Geschlechter grundsätzlich und notwendig verschieden sind und sich gleichzeitig in psychosozialer und kosmologischer Hinsicht ergänzen. In der trobriandischen Sprache Kilivila hat jede Person ein eindeutiges Geschlecht, was darüber hinaus in einem sehr komplexen System von Klassifikationspartikeln, die als Suffixe den Substantiven angehängt sind, auch für andere Lebewesen und sogar für viele leblose Objekte gilt. Man kann deshalb sagen, dass die Trobriand-Gesellschaft der geschlechtlichen Klassifikation große Bedeutung einräumt.

Es gibt kaum eine Tendenz zur Androgynie, außer bei den *milamala*-Herbsttänzen, in denen Männer und Frauen sehr ähnliche – aber nicht, wie Malinowski (1929) behauptet, die gleichen – *doba*-Baströcke tragen: die der Frauen sind kürzer und auf einer Hüfte geschlossen (es wird keine Unterwäsche getragen); die der Männer sind länger und vorne geschlossen, darunter tragen sie die traditionelle Schambeckung (*mweki*) aus der weißen Rinde der Betelnusspalme (Abb. 1). Aus einiger Distanz sind *milamala*-Tänzer als Männer und Frauen kaum zu unterscheiden, zumal sie in dem hochgradig stilisierten Rundtanz die gleichen Bewegungen ausführen (Abb. 2). Das ist ein

Abb. 1: Schmuckhöschen (Durchziehschurz aus Rinde der Betelpalme) eines Tanzleiters



interessantes Merkmal der Trobriand-Kultur, sehr im Gegensatz zu dem für Papua-Gesellschaften typischen kulturell gesteigerten Geschlechtsdimorphismus, der bei Männern und Frauen zu ganz unterschiedlichen Erscheinungsformen und Verhaltensweisen führt. Die Trobriander haben andererseits eine besondere männliche Tanzform mit ausgeprägt phallischen Elementen.

Das Geschlecht im Lebenszyklus

Die Rollen erwachsener Frauen und Männer ändern sich im Laufe ihres Lebens nur wenig. Die Männer verlieren wie in allen Gesellschaften mit zunehmendem Alter an Vitalität und sexueller Potenz, was unter den Frauen Anlass für gutmütige Scherze ist; sie scheinen aber diese altersbedingten Übergänge mit demselben Gleichmut (d.h. ohne Klagen über physische oder psychische Probleme) zu vollziehen wie die Frauen ihr Altern und die Menopause. Der Unterschied zu westlichen Gesellschaften, in denen ein hoher Prozentsatz von Frauen am prämenstruellen Syndrom und an menopausalen oder anderen altersbedingten Beschwerden leidet und Männer zunehmend Medikamente gegen Alterserscheinungen und zur Steigerung der Vitalität nehmen, ist frappierend. Frauen jenseits der Menopause lassen etwas männlichere Züge als jüngere Frauen erkennen, es gibt aber keine ausgeprägte Veränderung in ihrem Verhalten oder im Lebensstil. Manche der älteren Damen umgeben sich – auch nach unseren Maßstäben – mit einem ziemlich eleganten und würdevollen Flair. Die Männer können ihre Funktionen als Dorfälteste (*tokarevaga*) oder Chiefs (*guyau*) bis zu ihrem Tode ausüben; hier liegt einer der Unterschiede zum Big-Men-System der Papua-Gesellschaften, wo diese Funktionen an Vitalität und Leistung gebunden sind.

Die Sozialisation von Jungen und Mädchen

Jungen und Mädchen haben geschlechtsspezifische Namen (mindestens zwei, die den mütterlichen und den väterlichen Clan repräsentieren) und sollen sich zu „normalen“ Frauen und Männern entwickeln, d.h. die kulturell vorgeschriebenen Rollen ausfüllen. Kleine Mädchen bekommen viel früher als Jungen, die für eine Reihe von Jahren nackt gehen können, eine Genitalbedeckung (heute normalerweise ein Baumwollröckchen). Sie sollen in der Öffentlichkeit nicht ihre Beine spreizen und andere Anstandsregeln befolgen. Sie nehmen auch etwas früher an typisch weiblicher Haus- und Gartenarbeit teil, während Jun-

Abb. 2: Einer der „androgynen“ *milamala*-Tänze zur Feier der Ernte: Beide Geschlechter tragen (leicht verschiedene) Röcke (*doba*) aus Bananenblatthfasern. Bei anderen Tänzen tragen die Männer und Jugendlichen geschlechtstypische Genitalkleidung



gen für eine längere Periode von Arbeiten freigestellt sind. Eine der ersten spielerischen Nachahmungen mütterlicher Aktivität lässt sich beobachten, wenn kleine Mädchen versuchen, Bananenblätter zu schaben – der erste Schritt zur Herstellung der *doba* als Tauschmittel und Stolz der Frauen (siehe oben). Solche geschlechtsspezifischen Aktivitäten werden von den Erwachsenen gefördert und als passend und richtig angesehen. Bei den Jungen gilt dies beispielsweise für das Fischen mit Leine und Haken. Die Kinder sind oft Allmütter für ihre jüngeren Geschwister. Dies betrifft häufiger Mädchen, die Babys herumtragen, die fast so groß sind wie sie; aber auch Jungen übernehmen die elterliche Funktion mit offensichtlicher Freude und ohne jeden Zwang. Diese Zuwendung zu Kleinkindern ist eine gute Vorbereitung auf ihre künftige Elternrolle (siehe unten).

Pubertät und Adoleszenz

Die Pubertät setzt mit der etwa zweijährigen Differenz zwischen Jungen und Mädchen ein, die auch für andere Populationen charakteristisch ist. Der Zeitpunkt der Menarche liegt bei ungefähr 15 Jahren. Das scheint erstaunlich, weil die Trobriander ernährungsmäßig in einer Art Paradies leben und über alle Grundnahrungsmittel verfügen, kommt aber durch Parasitenbelastung zustande, d.h. dadurch, dass der kindliche und jugendliche Organismus gegen Malaria und andere Infektionskrankheiten erfolgreich ankämpfen muss, bevor das Immunsystem damit fertig wird. Danach beginnen die im Kindesalter unterentwickelten Körper – nach westlichen Maßstäben klein und untergewichtig, aber vital und mental nicht beeinträchtigt –, schnell zu wachsen und entwickeln in relativ kurzer Zeit sekundäre Geschlechtsmerkmale.

Die früheste Schwangerschaft, die wir in 20-jähriger Feldforschung auf Kaileuna beobachtet haben, erfolgte mit 16 Jahren. Junge Männer werden kaum vor dem 20. Lebensjahr Väter, normalerweise erheblich später. Das verändert sich inzwischen, zusammen mit einem kürzeren Post-partum-Koitustabu (siehe unten). Es gibt keine Übergangsriten für Pubertät und Adoleszenz, insbesondere nicht die für Papuakulturen charakteristische Initiation von Jungen oder Heranwachsenden in männliche Geheimgesellschaften. Es gibt auch nichts Entsprechendes bei Mädchen.

Erwachsenwerden

Nach der Pubertät sollen sich Mädchen und Jungen wie Erwachsene verhalten und immer mehr Verantwortung übernehmen. Auch hier gibt es keine besondere Zeremonie, um diesen Übergang zu markieren. Es handelt sich um einen graduellen Prozess mit beträchtlichen individuellen Unterschieden.

Mittleres und fortgeschrittenes Alter

Männer und Frauen in den besten Jahren liefern die meisten Ressourcen, insbesondere Nahrung aus den Gärten und aus dem Meer. Sie entwickeln oft außerordentliche körperliche und geistige Energie und sind vielfach stolz darauf, dass sie als harte und fleißige Arbeiter bekannt sind. Besonders in den Zeiten wettbewerbsmäßiger Yamsproduktion (*kayasa*, siehe oben) verbringt man täglich viele Stunden in den Korallengärten, wo das Roden, Pflanzen, Jäten und Ernten mit einfachen Werkzeugen betrieben wird – heutzutage mit Buschmessern, Äxten und Grabstöcken, die gelegentlich (häufig aber auch nicht) eine Metallspitze haben. Männer und Frauen teilen sich grundsätzlich diese Gartenarbeit, wobei überwiegend die Männer die körperlich schwereren Arbeiten übernehmen (zum Beispiel das Roden und das Anlegen von hohen und starken Zäunen zum Schutz gegen Wildschweine, die die Pflanzungen vernichten).

Wer das mittlere Alter überschritten hat, wird *numwaya* oder *tomwaya* genannt. Diese Bezeichnungen beinhalten ein hohes Maß an Respekt und sind am ehesten mit „verehrte Dame“ oder „geehrter Herr“ zu übersetzen. Man macht sich oft falsche Vorstellungen, welches Alter Menschen in traditionellen Gesellschaften erreichen können. Die allgemeine Lebenserwartung etwa für die Gruppe der neugeborenen Babys liegt natürlich mit ungefähr 40 Jahren bei den Trobriandern viel niedriger als in Industriegesellschaften,

was aber auf die Infektionskrankheiten zurückzuführen ist und nicht etwa bedeutet, dass es keine alten Menschen gibt. Es ist nicht ungewöhnlich, dass Frauen und mit etwas geringerer Wahrscheinlichkeit auch Männer 80 Jahre oder noch älter werden. Diese Menschen sind oft erstaunlich gesund und fit, können gut für sich sorgen und bleiben lange in die Dorfgesellschaft integriert. Es gibt kein offensichtliches Alzheimer-Problem, wie es für westliche Gesellschaften typisch ist. Die körperlichen und geistigen Fähigkeiten lassen langsam und schrittweise nach. Der Tod von Kindern und jüngeren Leuten ist normalerweise Infektionen geschuldet (ein typisches Merkmal von Entwicklungsländern), bei alten Leuten auch einem allgemeinen Verfall der physiologischen Funktionen. Langwierige Gebrechen treten kaum auf. Es ist eindrucksvoll, Trobriander sterben zu sehen: Sie sind normalerweise ganz ruhig und nehmen ihr Schicksal hin. Nur selten begegnet man unkontrollierten Ängsten und Panikattacken. Jung und alt sind mit lebensbedrohenden Krankheiten und mit dem Tod als stets gegenwärtigen Phänomenen konfrontiert, und das dürfte sie auf ihren eigenen Tod vorbereiten.

Geschlechtsspezifische Persönlichkeitsunterschiede

Für die Trobriander besteht kein Zweifel, dass Frauen und Männer nicht nur körperlich, sondern auch in ihrem Charakter verschieden sind. Männer widmen sich gefährlichen Aktivitäten in der äußeren Welt wie langen Seereisen und gelegentlichen Kämpfen (neben anderen Waffen fungieren dabei spitze Eisenstücke als gefährliche Wurfgeschosse), während Frauen ihre Aktivitäten auf die innere Welt von Haus und Familie richten. Zumindest in einer Zeremonie werden aber diese Rollen spielerisch vertauscht: beim festlichen Stapellauf (*kabidoya*) eines neuen *masawa*-Boots für eine *kula*-Expedition. Mädchen und Frauen aus einem Nachbardorf laufen zum Meer, wo das Boot vorangrudert wird, und werfen die Mannschaft, die schließlich zum Gegenangriff übergeht, mit Kokosnussschalen und anderen Gegenständen. So gibt es eine physische, aber stets spielerische Auseinandersetzung auf dem Riff und am Strand, die mit einem Festmahl im Dorf fortgesetzt wird.

Soziale Geschlechtergruppen

Das Geschlecht ist für die Trobriander, wie oben gezeigt, eine wichtige Kategorie. Männergruppen gehen fischen, verrichten schwere Rodungs- oder andere Feldarbeit – oft für einen einflußreichen Mann, der

sie dafür belohnt –, sie spielen gegen andere Dörfer Fußball oder die sehr interessante trobriandische Kriкет-Version, oder sie unternehmen eine *kula*-Expedition. Frauengruppen tragen Yamsknollen aus den Gärten ins Dorf, oder sie reisen – eine der vielfältigen Aktivitäten der von den Kirchen organisierten „Frauenclubs“ – in entfernte Dörfer, wo man sich gegenseitig Nahrung und andere Geschenke überreicht. Gruppen von unverheirateten weiblichen (*kubukwabuya vivila*) und männlichen Adoleszenten (*kukumatuva tauwau*) werden in Zeremonien mit einem gemeinsamen Mahl beköstigt, während verheiratete Erwachsene ihre Nahrungsgaben in den von ihnen bewohnten Dorfteilen (*katuposula*) erhalten und die Mahlzeit in geschlechtlich gemischten Gruppen einnehmen.

Ökonomische Geschlechterrollen

Wie schon gesagt, gibt es bei vielen Subsistenzaktivitäten traditionell eine Arbeitsteilung. Andererseits lässt sich die Gartenarbeit in vieler Hinsicht von Männern und Frauen gemeinsam ausführen, wobei die Ehegatten oft Seite an Seite arbeiten. Das Fischen im offenen Meer ist ein typischer Männerjob, das Fischen am Riff und das Sammeln von Meeresfrüchten bei Ebbe ist typisch für Frauen.

In manchen größeren Dörfern und in der „Stadt“ Losuia versorgen lokale Märkte die zunehmende Zahl von Einwohnern, die über keine eigenen Gärten und Fischgründe verfügen. Die Fische werden auf diesen Märkten normalerweise von Männern verkauft, während die Frauen Gartenprodukte und seit ein paar Jahren auch selbstgemachtes Brot, Gebäck und ähnliches anbieten. Die künstlerisch vielfach sehr reizvollen Schnitzereien werden ausschließlich von Männern gefertigt, die versuchen, sie an die wenigen Touristen zu verkaufen.

Bezahlte Jobs im Tourismus und in anderen Gewerbebranchen werden gleichermaßen von Frauen und Männern angenommen. In den Banken und anderen Institutionen in der Hauptstadt Port Moresby findet man häufig Trobriand-Insulaner, erkennbar an ihren *bagi*-Halsketten, die aus den gleichen Spondylusmuscheln gefertigt sind wie die unbezahlbaren *soulava*, die im *kula*-System herumgehen. Trobriandische Geschäftsleute und Politiker sind männlichen Geschlechts – abgesehen von einer hochrangigen Trobrianderin, die sich zusammen mit ihrem in Australien geborenen Ehemann für neue Formen des Tourismus und für die kulturelle Bewusstseinsbildung ihres Volkes einsetzt.

Elternrollen und andere Betreuungsrollen

Eine quantitative Studie zur Kinderbetreuung (Schiefenhövel 1991) hat gezeigt, dass die biologische Mutter etwa bis zum ersten Lebensjahr die wichtigste Person im Leben des Babys ist. Es gibt ein sehr hohes Maß an Körperkontakt bei Tage (um die 60%) und mehr noch in der Nacht, wenn die Kinder bei ihrer Mutter schlafen. Die Messung der Körperbewegungen durch Aktimeter (Siegmond et al. 1994) hat deutlich gemacht, dass die Mütter ihre nächtlichen und in geringerem Maße auch ihre täglichen Aktivitäten sehr stark auf die ihrer Kinder einstellen, so dass Unruhe, Weinen oder andere Signale fast umgehend mit sehr kompetenter intuitiver Zuwendung beantwortet werden. Die Kinder schreien im Durchschnitt ungefähr 30 Sekunden, dann werden sie durch Körperkontakt oder (am häufigsten) durch Stillen beruhigt. Ungefähr 20% der Tageszeit verbringen die Säuglinge an der Brust, wo sie nicht nur trinken, sondern auch zu ihrem psychischen Wohlbefinden nuckeln. Die Trobriander unterscheiden diese zwei Aktivitäten sprachlich als *-nunu-* und *-susu-*.

Wie in anderen traditionellen Gesellschaften richten Mütter, Väter (die nach den ersten Monaten zu wichtigen Betreuungs- und Bezugspersonen werden) und andere Allomütter ihr Verhalten darauf aus, dass diese kleinen Wesen alle Liebe und Zuwendung brauchen und erwarten, dass ihre Signale mit dem gesamten Spektrum an elterlicher Fürsorge beantwortet werden. Eine längere Trennung von der Mutter oder einer Betreuungsperson ist sehr selten. Die Babys befinden sich bei ihrer Familie, ganz gleich zu welcher Tages- und Nachtzeit. Sie erhalten auf diese Weise die optimale Stimulation durch taktile, olfaktorische, auditive und visuelle Reize, sodass sich ihr Gehirn optimal entwickelt. Ihre psychomotorische Entwicklung ist auch nach westlichen Maßstäben sehr gut, solange sie gestillt werden, was normalerweise zwei Jahre oder noch länger dauert (zu den hier eintretenden Veränderungen siehe unten). Ihre kritische Phase beginnt mit dem Abstillen, das oft ein psychisches Trauma hervorruft und den Beginn der retardierten Entwicklung markiert – wahrscheinlich vor allem durch den fehlenden Immunschutz der Muttermilch, aber auch deshalb, weil es keine besondere Übergangs- und Kindernahrung gibt.

Ganz anders als Malinowski in manchen Teilen seines Werkes schrieb (in anderen erklärt er wiederum, dass die Väter ein liebevolles Verhältnis zu ihren Babys haben), haben die biologischen Väter eine sehr enge und gefühlsbetonte Beziehung zu ihren Kindern,

seien sie Säuglinge oder größer. Es gibt spielerisches Verhalten, Mund-zu-Mund-Fütterung, verbale Interaktion, Instruktion usw. Der Onkel mütterlicherseits (*kadala*) spielt im Alltagsleben der Säuglinge und Kinder nur eine sehr bescheidene Rolle. Malinowski sah in ihm *die* entscheidende männliche Figur in der Familie. In seiner Sicht beruhte die Trobriand-Kultur zum großen Teil auf einer Kombination von zwanglosem Sex zwischen Unverheirateten, „ignorantia paternitatis“ (siehe unten) und Matrilinearität, so dass er die Rolle des biologischen Vaters grob unterschätzte.

Öffentliche Führungsrollen

Wie oben erwähnt, ist die politische Führerschaft, d.h. das Treffen von Entscheidungen, die das ganze Dorf oder die regionale Gemeinschaft betreffen, immer noch eine Männerdomäne. Obwohl die Frauen im bestimmten Zeremonien (vor allem beim *lialadabu*) und in den Familien durchaus eine Rolle spielen, üben die Häuptlinge spürbar und unangefochten patriarchale Macht aus – offenbar ein altes Merkmal der Trobriand-Kultur. Männer sind auch die Organisatoren und Leiter von öffentlich durchgeführten Wettbewerbszeremonien (z.B. *kayasa* und *kula*). Frauen übernehmen eine führende Rolle in manchen der vielfältigen Phasen bei den Totenfesten, indem sie zum Beispiel als *tolisagali* die Tauschzeremonie leiten. Die Gemeinderäte und andere Vertreter der neuen, gouvernementalen Formen politischer Führung sind normalerweise ebenfalls Männer. Es gibt also ein klares politisches Machtgefälle: Männer – Frauen – Heranwachsende – Kinder.

Geschlecht und Religion

Religiös bedeutsame Aktivitäten wie Heilungs- und Fruchtbarkeitsriten, „Liebeszauber“ etc. können gleichermaßen von Männern und Frauen durchgeführt werden. Religiöse Riten in Zusammenhang mit dem Auslaufen der Boote und der Jagd werden aber eher von Männern durchgeführt. Protestantische Pfarrer, Katecheten und andere kirchliche Amtsträger (*misinari*) sind immer noch ausschließlich männlich. Frauen haben aber oft leitende Funktionen bei Gebeten und ähnlichen kirchlichen Aktivitäten.

Freizeitaktivitäten und Kunst

An verschiedenen Aktivitäten im Meer in der Nähe der Dörfer wie Schwimmen und Wasserspielen nehmen Jungen und Mädchen, manchmal auch Männer und Frauen gemeinsam teil. Die letzteren produzieren ein eindrucksvolles Trommelgeräusch, indem sie

unter großem Gelächter in einer besonderen Weise mit der Faust durch das Wasser schlagen. Allgemein ist die Atmosphäre bei der Arbeit, besonders aber bei den Freizeitaktivitäten sehr entspannt. Humor und Scherze sind aus dem Leben der Trobriander nicht wegzudenken. Die Menschen genießen die Gesellschaft der anderen, besonders bei den vielfältigen Festen, die aus unterschiedlichen Anlässen (manchmal auch von den Kirchen) organisiert werden.

Einer modernen Form der Unterhaltung begegnet man vorzugsweise in klaren Vollmondnächten auf dem Dorfplatz: Eine Gruppe junger Männer singt moderne Songs, begleitet von gelegentlich selbstgefertigten Gitarren und Ukelelen. Die Mädchen singen mit und tanzen manchmal in einem von ihnen erfundenen Stil aus relativ komplizierten choreographischen Elementen, den sie *disco* nennen. Diese Lieder, die sich um Liebeskummer, Sehnsucht und Traurigkeit drehen, sind meist von einzelnen jungen Männern komponiert. Manche werden sehr populär, verbreiten sich quer über die Inseln oder schaffen es sogar bis in eine lokale Rundfunkstation.

Handarbeiten wie die Produktion der erwähnten Bananenfaserbündel durch die Frauen oder die von Männern gefertigten Schnitzereien gehören trotz ihrer wirtschaftlichen Bedeutung ebenfalls zu den Freizeitaktivitäten. Malerei wird sehr wenig betrieben, nur die eindrucksvoll geschnitzten und bemalten Abschlussbretter (*lagim*) der *masawa*-Kanus und die *liku*-Yamsspeicher hochrangiger Häuptlinge haben farbenprächtige symbolische Dekorationen. Der menschliche Körper, vielfach eindrucksvoll und attraktiv bemalt, ist ein weiteres Objekt künstlerischer Aktivität (Abb. 3 und 4). Allgemein ist die Trobriand-Kultur durch einen hochentwickelten ästhetischen Sinn in den visuellen und rhetorischen Künsten ebenso wie in Musik und Tanz charakterisiert.

Sexualität

Malinowskis Buch über *The Sexual Life of Savages* (1929) hat die postviktorianische Welt schockiert und fasziniert. Manche Passagen darin sind aber weniger fundiert als seine normalerweise sorgfältigen und genauen Darstellungen trobriandischen Lebens. Wie andere vor und nach ihm scheint er dem Klischee vom sexuellen Südseeparadies aufzusitzen, das Cook und andere Entdecker in die Welt gesetzt hatten. Nur teilweise entsprach es den Tatsachen. Die Sexualität dürfte in der Trobriand-Kultur weniger von Tabus geregelt gewesen sein, als dies zu Malinowskis Zeiten in Europa der Fall war. Heute verhält es sich umgekehrt, weil die westlichen Sexualnormen viel lockerer geworden sind.

Malinowski behauptete, dass „Kinder wirklichen Geschlechtsverkehr haben“. Das ist ein grobes Fehlurteil, höchstwahrscheinlich dadurch verursacht, dass er wie viele andere Ethnologen den körperlichen Reifungsprozess unterschätzte: Mädchen und Jungen, die in europäischen Augen wie 10-jährige aussehen, können schon 14 oder 16 Jahre alt sein. Man benötigt hier genaue Geburtsdaten oder muss das Gebiss untersuchen, weil dessen Ausbildung einer biologischen Uhr folgt und durch Umweltfaktoren viel weniger retardiert wird als das körperliche Wachstum, die Entwicklung sekundärer Geschlechtsmerkmale usw. Malinowski behauptete auch, dass der jugendliche Sex frei von Eifersucht sei. Wir hatten in unserem Langzeitprojekt eine Reihe von männlichen Patienten, die durch Tätlichkeiten ernsthaft verletzt wurden, weil sie angebliche oder tatsächliche Sexualkontakte mit den Freundinnen der Angreifer hatten. Wie Ingrid Bell-Krannhals herausgefunden hat, gibt es zahlreiche indirekte Werbungen, was auch Malinowski feststellt. Die vom ihm beschriebenen „Sex-Expeditionen“ waren wohl ebenso wie die Vergewaltigung einzelner Männer durch weibliche Banden (*katuyausi*) relativ seltene Ereignisse. Richtig ist allerdings, dass sich Mädchen und Frauen während der Erntezeit gewisse Freiheiten herausnehmen, indem sie zum Beispiel Männer öffentlich in der Genitalgegend berühren, was normalerweise tabu ist.

Die abwegigste Position des zu Recht berühmten Anthropologen war seine energisch verteidigte Überzeugung, dass den Trobriandern der biologische Zusammenhang von Geschlechtsverkehr und Schwangerschaft unbekannt war. Man hat sich mit dieser Frage ausführlich beschäftigt (vgl. Schlesier 1979, Delaney 1986); hier sei nur gesagt, dass die Trobriander als Schweinezüchter (junge Eber werden kastriert) und intelligente Naturbeobachter immer genau gewusst haben dürften, daß der Geschlechtsverkehr eine *Conditio sine qua non* der Schwangerschaft ist – man kann sich auch kaum vorstellen, dass irgendeiner vergangenen oder gegenwärtigen Gesellschaft diese Tatsache nicht bekannt sein sollte. Richtig ist allerdings, dass nach Überzeugung der Trobriander die Seele (*baloma*) eines verstorbenen Mitglieds des Matrilinears in den gezeugten Embryo eintreten muss, damit er sich zu einem richtigen Kind entwickelt.

Der Sexualkontakt zwischen Unverheirateten erfordert, wie oben gesagt, sorgfältige und einfühlsame Werbung, häufig durch (weibliche) Vermittler und Liebeszauber. Der Geschlechtsverkehr (*ulatila*) erfolgt normalerweise in sitzender Stellung; die Frau rutscht auf den Schoß des Mannes. Küsse und manche andere Formen sexuellen Kontakts sind nicht besonders üblich, was sich aber zu ändern beginnt. Erre-

Abb. 3: Junge Trobrianderin mit individuellem Makeup



Abb. 4: Highschool Schülerin in traditionellem Tanzschmuck



gungs- und Orgasmusstörungen bei Frauen sind offenbar kein verbreitetes Problem. Nach grober Schätzung dürfte die wöchentliche Verkehrsfrequenz in der sexuell aktiven Bevölkerung bei zwei liegen – ganz ähnlich wie in westlichen Ländern.

Homosexualität war in der traditionellen Trobriand-Kultur nicht vorhanden oder äußerst selten. Männer ohne sexuelles Interesse an Frauen blieben partnerlos. Lesbischer Verkehr dürfte ebenso selten gewesen sein. Heute ist Homosexualität durch weiße Männer eingeführt worden. Die Trobriander haben von Aids gehört und sind sehr besorgt, dass diese tödliche Krankheit bei ihnen eingeschleppt werden könnte – schon jetzt gehen in den Krankenhäusern der Hauptstadt Port Moresby die meisten Todesfälle auf das Konto von HIV-Infektionen.

Pädophilie war in der Vergangenheit ebenfalls kein Thema: Sexuelle Handlungen mit Kindern wären durch öffentliche Missbilligung unterbunden worden. Entsprechend den Inzesttabus (*sova*, *kwesuvavasa*) sind Sexualkontakte zwischen Bruder und Schwester strikt zu vermeiden. Kontakte zwischen anderen Mitgliedern der Kernfamilie sind gleichfalls untersagt, können aber vorkommen, ebenso wie sexuelle Beziehungen oder sogar Heiraten zwischen Mitgliedern des gleichen Clans, was gegen eine grundlegende, aber unter gewissen Umständen verhandelbare Regel verstößt. Malinowskis Darstellung der Inzesttabus und ihrer möglichen Brüche ist im Prinzip heute noch gültig.

Brautwerbung und Heirat

Einige Formen der Werbung wurden oben angesprochen. Ein wichtiges Prinzip ist, dass die Person (normalerweise der Mann), die den erotisch-sexuellen Kontakt aktiv sucht, nicht durch direkte Ablehnung das Gesicht verliert; daher die Bedeutung indirekter Strategien, die heutzutage auch das Schreiben von Liebesbriefen einschließen. Familien aus unterschiedlichen Clans versuchen gelegentlich, die Heirat ihrer Kinder zu arrangieren. Heiraten zwischen Kreuzvettern und -basen (*crosscousin marriages*) können kulturell bevorzugt werden, sind aber selten. Die meisten Ehen kommen durch wechselseitige Zuneigung zustande, normalerweise nach einer vorangehenden sexuellen Liaison. Die Frauen haben bei dieser Entscheidung eine starke Position und lassen sich nicht in eine Verbindung zwingen, die sie nicht wollen, selbst wenn sie ein mächtiger Häuptling umwirbt. Die faktische Bekanntmachung des neuen Status als verheiratetes Paar (*vavegila*) ist daran ersichtlich, dass beide am Morgen nach einer vermutlich intensiv genossenen Nacht auf der Plattform vor dem Haus sitzen – häufig der Hütte des jungen Mannes, in der er seine Freundin(nen) vorher empfangen hat. Nach diesem informellen Akt beginnen die beiden Familien mit dem Austausch von Geschenken, um das neue Band zwischen ihnen zu festigen.

Verhältnis von Mann und Frau

Auf Kilivila gibt es drei (in mancher Hinsicht auch vier) Ebenen von Possessivpronomina: a) meine Haut oder mein Kind werden auf die erste Ebene gestellt, die einem am nächsten ist; b) auf der zweiten Ebene rangieren für die Trobriander Dinge in einem weniger engen Zusammenhang zum Sprecher, z.B. mein Husten oder meine Arbeit; die dritte Ebene bezeichnet Dinge, die man besitzt, z.B. mein Buschmesser oder mein Kanu. Erstaunlicherweise rangiert auch der Ehepartner in dieser relativ distanzierten Kategorie. Das lässt sich zumindest teilweise damit erklären, dass für die Trobriander der Ehemann oder die Ehefrau definitionsgemäß (wenn auch in einigen seltenen Fällen von Claninkest nicht in der Praxis) einem anderen Clan angehört. Es handelt sich um eine funktionale Beziehung zur gemeinsamen Reproduktion von Nachwuchs und zur Produktion von Nahrung und Wohlstand. Diese Auffassung von gleichsam zwei Parteien, die eine zeitweilige Verbindung eingehen, zeigt sich auch in den Totenfesten.

Trotz dieser sehr funktionalen Definition und Klassifikation des Ehepartners besteht zwischen den

Paaren oft eine enge und tiefe Bindung. Außereheliche Affären, nach traditionellem Recht untersagt, sind allerdings recht häufig, und die Scheidung – rechtlich einfach, emotional oft sehr belastend – ist eine mögliche Konsequenz.

Andere Geschlechterbeziehungen

Vor- und außerehelicher Sexualverkehr kommt, wie schon gesagt, vor, wenn auch wohl nicht so häufig wie in modernen westlichen Gesellschaften. Bei bestimmten Anlässen bietet sich für Männer die Gelegenheit, andere Frauen zu treffen und mit ihnen Sex zu haben – besonders bei *kula*-Expeditionen. Gerade darin könnte, wie J.W. Leach (1983) feststellt, ein Motiv für diese kostspielige und potentiell gefährliche Unternehmung liegen.

Veränderungen in den geschlechtsbezogenen Einstellungen, Überzeugungen und Praktiken

Die moderne Erziehung in den Dorfschulen oder in der einzigen High School in Losuia hat die Unterschiede in den Alltagsaktivitäten von Jungen und Mädchen verringert und dürfte dazu führen, dass Frauen in den Familien und in der Öffentlichkeit mehr Einfluss gewinnen. In den letzten Jahren haben sich ein paar wenige Frauen für dreimonatliche empfängnisverhütende Injektionen entschieden, um die Zahl der Schwangerschaften und Kinder zu verringern (Kondome sind frei verfügbar, hatten aber keinen großen Erfolg). Ihre Entscheidung entspricht der allgemeinen Besorgnis, dass die schnell zunehmende Bevölkerung über die Landwirtschafts- und Meeresressourcen hinauswachsen könnte. Andererseits heiraten junge Paare früher, und – für das Übervölkerungsproblem womöglich bedeutsamer – sie halten sich nicht mehr an das Post-partum-Koitusstabus, das noch vor einem Jahrzehnt strikt befolgt wurde. Die Partner sind offenbar nicht bereit, länger als ein Jahr auf Sex zu verzichten, so dass die jungen Frauen ihre Kinder schneller entwöhnen. Das hat bereits zu geringeren Abständen zwischen den Geschwistern geführt (früher lagen zwei bis drei Jahre dazwischen) und folglich zu einer immer mehr zunehmenden Kinderzahl.

Eine weitere Veränderung wird von den Frauen herbeigeführt, die vor allem in kirchlichen Gruppen sozial, politisch und zum Teil auch wirtschaftlich aktiv werden. Angesichts der Tatsache, dass die Politik in Papua-Neuguinea eine fast ausschließlich männliche

und leider oft sehr korrupte Sphäre des öffentlichen Lebens ist, könnte das Auftreten trobriandischer Frauen auf der politischen Bühne dazu beitragen, einige der drängendsten Probleme dieser entstehenden Nation zu lösen.

Literatur

- Bell-Krannhals, I. (1990): Haben um zu geben. Eigentum und Besitz auf den Trobriand-Inseln, Papua New Guinea. Basel: Wepf & Co.
- Delaney, C. (1986): The meaning of paternity and the virgin birth debate. In: *Man*, 21 (3): 494-513.
- Gotland University College (1999): The Archaeology of the Trobriand Islands, Milne Bay Province, Papua New Guinea. Visby.
- Kayser, M.; Brauer, S.; Weiss, G.; Underhill, P.A.; Roewer, L.; Schiefenhövel, W.; Stoneking, M. (2000): Melanesian Origin of Polynesian Y Chromosomes. *Current Biology* 10 (20): 1237-1246.
- Leach J.W.; Leach, E. (Eds.) (1983): *The Kula*. New Perspectives on Massim Exchange. Cambridge u.a.: Cambridge University Press.
- Leach, J.W. (1983): Trobriand Territorial Categories and the Problem of Who is not in the kula. In: Leach, J.W.; Leach, E. (Eds.): 121-146.
- Malinowski, B. (1922): *Argonauts of the Western Pacific: An Account of Native Enterprise and Adventure in the Archipelagoes of Melanesian New Guinea*. New York: E.P. Dutton (dt.: *Argonauten des westlichen Pazifik*. Frankfurt/M.: Syndikat 1979).
- Malinowski, B. (1926): *Crime and Custom in Savage Society*. New York, London: International Library of Psychology, Philosophy and Scientific Method (dt.: *Sitte und Verbrechen bei den Naturvölkern*. Bern: Francke 1949).
- Malinowski, B. (1927): *Sex and Repression in Savage Society*. New York: Meridian Books (dt.: *Geschlechtstrieb und Verdrängung bei den Primitiven*. Reinbek: Rowohlt 1962).
- Malinowski, B. (1929): *The Sexual Life of Savages in North-western Melanesia*. London: Routledge (dt.: *Das Geschlechtsleben der Wilden in Nordwest-Melanesien*. Leipzig-Zürich: Grethlein 1929, Neuauflage Frankfurt/M.: Syndikat 1979).
- Malinowski, B. (1935): *Coral Gardens and their Magic: A Study of the Methods of Tilling the Soil and of Agricultural Rites in the Trobriand Islands*. 2 vols. New York: American Book Co. (dt.: *Korallengärten und ihre Magie*. Frankfurt/M.: Syndikat 1981).
- Schiefenhövel, W. (1991): Ethnomedizinische und verhaltensbiologische Beiträge zur pädiatrischen Versorgung. *Curare* 14 (4): 195-204.
- Schiefenhövel, W.; Bell-Krannhals, I. (1986): Wer teilt, hat Teil an der Macht: Systeme der Yams-Vergabe auf den Trobriand-Inseln, Papua Neuguinea. *Mitteilungen der Anthropologischen Gesellschaft in Wien (MAGW)*, 116: 19ff.
- Schlesier, E. (1979): Me'udana (Südost-Neuguinea). Die Empfängnistheorie und ihre Auswirkungen. In: *Curare* 2 (2): 97-104.
- Senft, G. (1986): *Kilivila. The Language of the Trobriand Islanders*. Berlin, New York, Amsterdam: Mouton de Gruyter.
- Siegmund, R.; Tittel, M., Schiefenhövel, W. (194): Time Patterns in parent-child interactions in a Trobriand village (Papua New Guinea). *Biological Rythm Research* Vol. 25, 3: 241-251.
- Weiner, A.B. (1976): *Women of Value, Men of Renown. New Perspectives in Trobriand Exchange*. Austin, London: University of Texas Press.
- Weiner, A.B. (1988): *The Trobriand Islanders of Papua New Guinea*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Weiner, A.B. (1991): Trobriand Islands. In: Hays, T.E. (Ed.): *Encyclopedia of World Cultures, Vol. II: Oceania*. Boston: G.K. Hall & Co.: 348-351.

Anschrift des Autors

Prof. Dr. Wulf Schiefenhövel, Max-Planck-Gesellschaft für Humanethnologie, Von-der-Tann Str. 3, D-82346 Andechs,
mail: schiefen@erl.ornithol.mpg.de

Aus dem Maßregelvollzug entlassene Sexualstraftäter

Dieter Seifert, Simone Möller-Mussavi, Stefanie Bolten

Released Sexual Offenders from Forensic Hospitals

Abstract

In Germany patients of forensic institutions are often automatically associated with sexual offences. This connection is as unreflected as nevertheless currently relevant in the discussion of new forensic hospital locations. The following article informs about the relatively small group of sexual offenders that are actually placed in German forensic hospitals also showing that the latest development of „cautious discharge practice“ is first and foremost carried out on sexual offenders. Although it is well known that these patients represents a very heterogeneous group we could also show that there are corresponding socio-demographic aspect that clearly differentiate between sexual offenders and other forensic patients.

Keywords: Forensic institutions, Sexual offender, Forensic psychiatry

Zusammenfassung

Patienten des psychiatrischen Maßregelvollzugs werden bisweilen „zwangsläufig“ mit Sexualdelinquenz in Verbindung gebracht. Derartig unreflektierte Assoziationen keimen insbesondere durch die aktuelle Diskussion um erforderliche neue Klinikstandorte erneut auf. Der folgende Beitrag informiert über die vergleichsweise kleine Gruppe der tatsächlich im Maßregelvollzug untergebrachten Sexualstraftäter und zeigt, dass die jüngst beobachtbare zurückhaltende Entlassungspraxis forensischer Patienten in erster Linie bei Sexualstraftätern realisiert wird. Trotz der bekannten Heterogenität dieser spezifischen Gruppe fallen gewisse Übereinstimmungen in der Soziodemografie auf, die sie von den übrigen Maßregelvollzugspatienten deutlich unterscheiden.

Schlüsselworte: Maßregelvollzug, Sexualstraftäter, forensische Psychiatrie

Einleitung

Sexualstraftäter stellen im Straf- wie auch im Maßregelvollzug eine besondere und zugleich kontrovers diskutierte Gruppe dar¹. Im Vordergrund der Debatte steht die Frage der fortdauernden Gefährlichkeit und somit der Sicherheit für die Allgemeinheit. Selbst die generelle Behandelbarkeit dieser Klientel wird vereinzelt angezweifelt. Entgegen der weitläufigen und in den Medien oftmals falsch dargestellten Annahme stellen Sexualstraftäter *keine* einheitliche Gruppe dar. Versuche an Hand internationaler Klassifikations-schemata (ICD-10, DSM-IV) eine präzise diagnostisch-nosologische Zuordnung vorzunehmen, bieten eher oberflächliche Orientierungshilfen. Allseits akzeptierte Kategorisierungen hinsichtlich spezifischer Deliktgruppen (z.B. Pädophilie, Vergewaltigung, Exhibitionismus etc.) konnten bis heute nicht etabliert werden – trotz durchaus praktikabler Differenzierungsversuche (Beier 1995, Eher 2001, Rehder 2001, Schorsch et al. 1994). Hinsichtlich der Gefährlichkeitseinschätzung bleibt zu bedenken, dass beispielsweise exhibitionistische Handlungen vollkommen anders einzuschätzen sind, als Tötungsdelikte aus sexueller Motivation. Überdies reicht die Bandbreite der Diagnosen von hirnanorganischen Wesensänderungen über schizophrene Psychosen bis zu Persönlichkeitsstörungen mit sadistisch-perversen Entwicklungen.

Die Heterogenität dieser Gruppe spiegelt sich unter anderem in sehr differierenden (juristischen) Verfahrensweisen wider. Derzeit sind in Deutschland etwa 6.000 bis 7.000 Sexualstraftäter strafrechtlich untergebracht. Der überwiegende Teil befindet sich in Justizvollzugsanstalten (ca. 75%) – laut Angaben des Statistischen Bundesamtes (2001) derzeit 4630. Dort

¹ Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung machen – entgegen der allgemeinen Annahme – mit 0,8% der laut Polizeilicher Kriminalstatistik insgesamt 6.363.865 im Jahr 2001 registrierten Straftaten, nur einen zahlenmäßig kleinen Anteil der Kriminalität in Deutschland aus.

repräsentieren sie eine vergleichsweise kleine Gruppe (7% der 60.678 insgesamt Inhaftierten). Demgegenüber stellt sich die Situation im Maßregelvollzug (§ 63 StGB) gänzlich anders dar. Leygraf ermittelte in einer bundesweiten Erhebung 1988, dass in forensisch-psychiatrischen Kliniken etwa ein Viertel der Patienten (26,7 % – 528 der insgesamt 1973 Patienten) auf Grund von Sexualstraftaten untergebracht waren. Seitdem ist ein kontinuierlicher Anstieg der Maßregelklientel mit Sexualdelikten zu verzeichnen. Mitte der 90er Jahre ergab eine Querschnittserhebung in NRW bereits einen Anteil von 30%. Unter Einbeziehung derjenigen, die ein Tötungsdelikt aus sexueller Motivation begingen, betrug der Anteil 38% der forensischen Gesamtpopulation (Seifert & Leygraf 1997).

Die Voraussetzungen für eine Unterbringung im Maßregelvollzug (§ 63 StGB) sind neben der positiven Feststellung einer verminderten (§ 21 StGB) bzw. aufgehobenen Schuldfähigkeit (§ 20 StGB) eine negative Kriminalprognose. Dessen ungeachtet lässt sich weder in den Gutachten noch den Urteilstexten stets transparent nachvollziehen, wovon im Einzelfall die Zuerkennung einer verminderten bzw. (weitaus seltener) aufgehobenen Schuldfähigkeit bei dieser Klientel abhängt. Demzufolge bleibt unklar, welche Täter einer Behandlung im Maßregelvollzug (§ 63 StGB) zugeführt bzw. in einer Justizvollzugsanstalt untergebracht werden. Von den im Jahr 2000 insgesamt 5874 verurteilten Sexualstraftätern gelangten 1508 in eine Justizvollzugsanstalt. Demgegenüber wurden in dem selben Jahr lediglich 134 Sexualstraftäter nach § 63 StGB in ein forensisches Krankenhaus eingewiesen². Entscheidende Einflussgrößen stellen die unterschiedliche juristische Einweisungspraxis und je nach psychiatrischer Schule variable Sachverständigengutachten dar. Ob ein Gutachter zur Frage der Schuldfähigkeit und Kriminalprognose in foro hinzugezogen wird, obliegt allein der Sachkompetenz des Richters. Wissenschaftliche Untersuchungen dazu liegen bislang nicht vor.

Dieser Artikel betrachtet die psychisch kranken/gestörten Sexualstraftäter (untergebracht in forensischen Einrichtungen gemäß § 63 StGB), die seit 1997 entlassen wurden. Zunächst wird der Frage nachgegangen, ob bzw. worin sich diese Patientengruppe von den übrigen entlassenen Maßregelvollzugspatienten

unterscheidet. Weiterhin wird betrachtet, ob Unterschiede hinsichtlich der vorbereiteten Nachsorge für Sexual- und Nicht-Sexualstraftäter bestehen.

Methode

Die vorliegenden Daten stammen aus einer DFG-finanzierten prospektiven Prognosestudie (Se 865/1-4)³, an der insgesamt 23 forensische Kliniken Deutschlands beteiligt sind. Ziel der Studie ist die Evaluierung relevanter Prognosekriterien. Die Erfassung der Daten erfolgt mittels eines speziell entwickelten Fragebogens, der sowohl anamnestic/historische als auch klinische Items beinhaltet. Die Erhebung erfolgt unmittelbar vor der Entlassung der Patienten aus dem Maßregelvollzug.

Die jetzige Zwischenauswertung umfasst die Darstellung folgender Daten: Zuerst wird die Gruppe der Sexualstraftäter der Gesamtgruppe der Nicht-Sexualstraftäter sowie einer nach Alter, Diagnose, Unterbringungsdauer und Geschlecht gematchten Vergleichsgruppe im Hinblick auf soziodemographische Unterschiede gegenübergestellt. Anschließend wird an Hand der Bewährungshelferberichte die Nachsorgesituation der Gruppen verglichen.

Ergebnisse

Straftaten, die zur Unterbringung führten

Unter den insgesamt 304 Probanden, die seit 1997 entlassen wurden, befinden sich 48 (15,8%), deren Unterbringung auf Grund von Sexualstraftaten gemäß § 63 StGB einschließlich Tötungsdelikten aus sexueller Motivation erfolgte. Bei den derzeit im Maßregelvollzug untergebrachten Patienten liegt der Anteil dieser Gruppe wesentlich höher: Mitte der 90er Jahre wurde bei einer Querschnittserhebung in Nordrhein-Westfalen ein Anteil von 38,1% Patienten errechnet (Seifert & Leygraf 1997) (vgl. Tab. 1).

Die Entlassungszahlen der Täter, die wegen sexuellen Missbrauchs von Kindern oder Abhängigen verurteilt wurden, liegen deutlich höher (9,3%), als derjenigen mit Vergewaltigungs- oder Nötigungsdelikten (5,2%).

Diagnosen

Drei Fünftel (n=29) der aus dem Maßregelvollzug entlassenen Sexualstraftäter werden als persönlichkeitsgestört eingestuft (Tab. 2). Diagnostisch unterscheidet sich die Gruppe der Sexualstraftäter somit wesentlich

² Von den verurteilten Sexualstraftätern erhielten 3719 eine Freiheitsstrafe, die in 2363 Fällen zur Bewährung ausgesetzt wurde. Zu einer Geldstrafe wurden 2003 Straftäter verurteilt. Eine Einweisung in eine Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) erhielten 62, für 17 wurde eine Sicherungsverwahrung (§ 66 StGB) angeordnet (Bundesamt für Statistik, 2000). Anmerkung: Die Verurteiltenstatistik berücksichtigt i.G.z. Polizeilichen Kriminalstatistik nur die alten Bundesländer einschließlich Gesamt-Berlin. Eine Strafaussetzung zur Bewährung ist nur bei einer Haftstrafe von bis zu 2 Jahren möglich. Die Bewährungszeit beträgt 2 bis maximal 5 Jahre. Dem Gericht obliegt es, dem Verurteilten bestimmte Auflagen zu erteilen, beispielsweise Teilnahme an einer ambulanten o. stationären Psychotherapie.

³ Zur detaillierten Beschreibung des Studiendesigns und der momentanen Entlassungspraxis im Maßregelvollzug siehe Seifert et al. (2001b).

Tab. 1: Vergleich der Unterbringungsdelikte der Querschnitterhebung (1997) und der Prognosestudie (2002)

	n	%	n	%
Sexualdelikte	212	38,1	48	15,8
davon:				
sexuell. Missbrauch Abhängiger (§ 174 StGB)	2	0,4	2	0,7
homosexuelle Handlungen (§ 175 StGB)	7	1,3	0	0,0
sexueller Missbrauch von Kindern (§ 176 StGB)	72	12,9	26	8,6
Exhibitionismus (§ 183 StGB)	3	0,5	0	0,0
Vergewaltigung (§ 177 StGB)	54	9,7	11	3,6
sexuelle Nötigung (§ 178 StGB)	30	5,4	5	1,6
Tötungsdelikte aus sexueller Motivation	44	7,9	4	1,3
Tötungsdelikte aus anderer Motivation	115	20,7	74	24,3
Sonstige Delikte	229	41,2	182	59,9
Summe	556	100,0	304	100,0

von der Gruppe der Nicht-Sexualstraftäter: Persönlichkeitsstörungen werden nur zu 25% diagnostiziert, überwiegend finden sich Patienten mit einer schizophrenen Psychose (53%).

Die Diagnose Persönlichkeitsstörung spezifizieren die Behandler nicht in allen Fällen. Zudem erfolgt die diagnostische Zuordnung nicht einheitlich nach ICD-10 bzw. nach DSM-III-R oder IV. Gemäß der vorliegenden diagnostischen Zuordnung ist festzuhalten, dass – bei separater Betrachtung der 29 Sexualstraftäter mit einer Persönlichkeitsstörung – 9 Patienten eine andere spezifische (überwiegend narzisstische) und 6 eine dissoziale Persönlichkeitsstörung zugeschrieben wird. Das Vorliegen einer spezifischen sexuellen Problematik wird bei 11 Patienten explizit aufgeführt, wobei die Annahme einer Störung der Sexualpräferenz in Form einer Pädophilie bei 9 Patienten vorliegt.

Tab. 2: Diagnosen

Diagnosen	Sexualstraftäter (n=48)		Nicht-Sexualstraftäter (n=256)	
	n	%	N	%
Persönlichkeitsstörung	29	60,4	65	25,4
Intellektuelle Behinderung	7	14,6	22	8,6
Schizophrenie	6	12,5	136	53,1
Hirnorganische Wesensänderung / Demenz	6	12,5	26	10,2
Suchterkrankung	-	-	7	2,7
Summe	48	100,0	256	100,0

Tab. 3: Alter und Unterbringungsdauer

	Sexualstraftäter (n=48)		Nicht-Sexualstraftäter (n=256)	
	MW	Spanne (in Jahren)	MW	Spanne (in Jahren)
Unterbringungsalter	38,6	19-83	34,7	17-82
Erste strafrechtliche Sanktion	21,7	11-66	24,9	10-80
Unterbringungsdauer	7,3	1,1-26,5	5,6	0,4-32,6

Die Zweitdiagnose „leichte intellektuelle Minderbegabung“ erhalten 12 der 48 Sexualstraftäter (25%). Eine Suchtproblematik wird bei jedem Dritten (31%) genannt. Ein vergleichbarer Anteil findet sich auch bei den Nicht-Sexualstraftätern (33%). Differenziert nach der Art der Sexualstraftat fällt auf, dass denjenigen, die Vergewaltigungs-, Nötigungs- und Tötungsdelikte begehen, deutlich häufiger (48%) als der Gruppe der Missbraucher (24%) eine Alkohol- oder Drogenproblematik (vorwiegend Kokainmissbrauch) bescheinigt wird.

Ein Einfluss von Alkohol zum Tatzeitpunkt findet sich bei der Hälfte aller Patienten (52%). Eine differenzierte Betrachtung der Sexualstraftäter zeigt, dass vier Fünftel der Patienten mit Vergewaltigungs- und Nötigungsdelikten bzw. Tötung aus sexueller Motivation bei Begehung der Straftat alkoholisiert sind. Dagegen trifft dies nur auf zwei Fünftel der übrigen Sexualstraftäter zu.

Soziodemographische Daten

Wie bei den Maßregelpatienten generell (vgl. Leygraf 1988), so fallen auch bei der Mehrzahl der Sexualstraftäter ausgesprochen schlechte soziale Startbedingungen auf. 83% stammen aus den beiden untersten Sozialschichten (Kleining & Moore 1968). Zum Zeitpunkt der Unterbringung hat fast ausnahmslos ein weiterer sozialer Abstieg stattgefunden (98%). Außerdem verfügen Sexualstraftäter über eine hoch signifikant schlechtere Schulbildung (Bildungsniveau in 67% der Fälle unterhalb des Hauptschulabschlusses) als Nicht-Sexualstraftäter ($T[2,89]=2,89^{**}$). Nur etwa jeder Dritte besitzt eine abgeschlossene Berufsausbildung, trotzdem sind die Sexualstraftäter zum Tatzeitpunkt etwas besser in den Arbeitsmarkt integriert (38%) als die Nicht-Sexualstraftäter (31%)⁴. Das Alter der ausschließlich männlichen Sexualstraftäter liegt zum Zeitpunkt der Tatbegehung zwischen 19 und 83 Jahren (MW 38,6) (vgl. Tab. 3). Im Vergleich zu den Nicht-Sexualstraftätern ist ihr Unterbringungsalter somit signifikant höher ($T[2,257]=-2,13^{*}$)⁵, ihr Alter bei der ersten strafrechtlichen Sanktion (MW 21,7 Jahre) jedoch tendenziell niedriger ($p<.06$). Die Unterbringungsdauer der wegen Se-

⁴ Einschränkung sei jedoch erwähnt, dass dieser Unterschied weitgehend auf einen höheren Anteil derer, die in beschützenden Werkstätten arbeiten, zurück zu führen ist (13% der Sexualstraftäter vs. 6% der Nicht-Sexualstraftäter).

⁵ Die Grundlage für diesen Mittelwertsunterschied bildet vermutlich das recht hohe Alter derer, die auf Grund von Missbrauchsdelikten untergebracht sind (MW 42,9 Jahre).

xualdelikten Verurteilten (MW 7,4 Jahre) ist signifikant länger ($T [2,64] = -2,0^*$) als derer mit anderen Delikten (MW 5,6 Jahre). Dabei bestehen deutliche Differenzen zwischen Tätern mit Tötungsdelikten aus sexueller Motivation (MW 16,6 Jahre), Vergewaltigungen und Nötigungen (MW 7,3 Jahre) sowie Missbrauchern (MW 6,9 Jahre).

Mehr als die Hälfte (60%) der Probanden sind ledig, nur 15% verheiratet. Unmittelbar vor der Unterbringung besitzen lediglich 17% der Sexualstraftäter eine feste Partnerschaft, 39% leben allein. Der Hauptteil aller Patienten (80%) befindet sich *erstmalig* im Maßregelvollzug. Von den Sexualstraftätern ist bereits ein Viertel wiederholt forensisch gemäß § 63 StGB untergebracht. Im Vergleich zur Gruppe der Nicht-Sexualstraftäter (9%, Tab. 4) findet sich ein signifikanter Unterschied ($T [2,64] = -1,97^*$)⁶.

Generell wird Sexualstraftätern seltener als den übrigen Maßregelpatienten eine aufgehobene Schuldfähigkeit (§ 20 StGB) zuerkannt (35%). Dieses Ergebnis basiert möglicherweise auf dem hohen Anteil schizophrener Patienten (53%) in der Vergleichsgruppe. Aber auch bei gesonderter Betrachtung der 29 Persönlichkeitsgestörten Sexualstraftäter fällt auf, dass 27 eine verminderte und lediglich Zweien eine aufgehobene Schuldfähigkeit (§ 20 StGB) zuerkannt werden. Demgegenüber erhalten Persönlichkeitsgestörte, deren Unterbringung auf anderen Delikten basiert, vergleichsweise häufiger eine aufgehobene Schuldfähigkeit (21 von 65).

Zusätzliche biographische Belastungen

Des weiteren finden sich vergleichsweise mehr zusätzliche biographische Belastungen, die einen bahnenenden Einfluss auf die Persönlichkeitsentwicklung der Patienten ausgeübt haben dürften (Tab. 4): Sexualstraftäter werden häufiger unehelich geboren; nahezu die Hälfte wächst in einem gewalttätigen Familienmilieu und etwa ein Drittel in der untersten Sozialschicht auf.

Es könnte kritisch angemerkt werden, dass ein Überwiegen bestimmter diagnostischer Gruppen hier zu Konfundierungen führt, folglich die Deliktspesifität nicht ausschlaggebend ist. Aus diesem Grund wird eine nach Geschlecht, Unterbringungsalter, Unterbringungsdauer und Diagnosen gematchte Vergleichsgruppe (n=48) gebildet. Der Vergleich zwischen beiden Gruppen zeigt, dass sich hier keine neuen Erkenntnisse ergeben, da die Situation der gematchten Gruppe nicht maßgeblich von der Gesamtgruppe abweicht. Nach wie vor überwiegen die biographischen Belastungen in der Gruppe der Sexual-

straftäter. Insbesondere die Angehörigkeit zur unteren Unterschicht stimmt in der Vergleichsgruppe (19%) mit der Gesamtgruppe der Nicht-Sexualstraftäter überein (19%), obwohl anzunehmen wäre, dass der recht große Anteil schizophrener Patienten⁷ einen Einfluss hätte ausüben können.

Erhebliche Unterschiede zu den Nicht-Sexualstraftätern ergeben sich weiterhin bei näherer Betrachtung der Gestaltung intimer und partnerschaftlicher Beziehungen sowie der psychosexuellen Entwicklung (Tab. 5). Insgesamt liegt bei 67% der Sexualstraftäter eine Auffälligkeit in diesem Bereich vor, hingegen nur bei 29% der Restgruppe. Retardierte psychosexuelle Entwicklungen treten mehr als doppelt so häufig bei den Sexualstraftätern auf. Außerdem wird deutlich, dass pädophile Neigungen nahezu ausschließlich in der Gruppe der Sexualstraftäter vorliegen.

Auch an dieser Stelle wird eine zusätzliche Auswertung hinsichtlich der gematchten Vergleichsgruppe vorgenommen. Insgesamt liegen hier bei 33% der Patienten Auffälligkeiten in diesem Bereich vor. Eine retardierte psychosexuelle Entwicklung weisen 27% der Probanden auf, früh erkennbare pädophile sowie homosexuelle Neigungen sind indes in der Vergleichsgruppe nicht dokumentiert. Die oben vorgestellten

Tab. 4: Biographische Belastungen

	Sexualstraftäter (n=48)	Nicht-Sexualstraftäter (n=256)
Geburtsstatus nicht ehelich	17 %	10 %
Herkunftsfamilie: gewalttätiges Familienmilieu	46 %	33 %
psychische Erkrankungen	10 %	21 %
untere Unterschicht	31 %	19 %
Stationär – psychiatrische Behandlung	52 %	77 %
Frühere Behandlung im Maßregelvollzug	25 %	9 %

Tab. 5: Auffälligkeiten in der psychosexuellen Entwicklung / Partnerschaft

	Sexualstraftäter (n=48)		Nicht-Sexualstraftäter (n=256)	
Gewalttätige / problematische Partnerschaften	1	2 %	6	2 %
Promiskuität / oberflächliche Beziehungen	3	6 %	13	5 %
Erheblich retardierte psychosexuelle Entwicklung	16	34 %	49	19 %
Früh erkennbare pädophile Neigung	9	19 %	2	1 %
Transsexuelle Symptomatik	1	2 %	2	1 %
Homosexuelle Neigungen	2	4 %	3	1 %
Summe	32	67 %	75	29 %

⁶ Signifikanz: * $p < 0,05$ (2-seitig); ** $p < 0,01$ (2-seitig)

⁷ Bekanntermaßen stammen schizophrene Patienten vergleichsweise häufiger aus höheren sozialen Schichten als persönlichkeitsgestörte Patienten.

Unterschiede müssen insofern lediglich in Bezug auf die retardierte psychosexuelle Entwicklung etwas relativiert werden.

Vordelikte

41 Sexualstraftäter (85%) haben Vordelikte, 59% waren bereits mindestens einmal inhaftiert. Im Gegensatz dazu finden sich bei den Nicht-Sexualstraftätern deutlich niedrigere Zahlen (68% haben Vordelikte / 32% waren zuvor inhaftiert). Angaben zu einschlägigen Sexualdelikten in der Vorgeschichte konnten in 28 Fällen (58%) ermittelt werden. Eine detaillierte Betrachtung verdeutlicht, dass vor allem Probanden, die eine Verurteilung auf Grund sexuellen Kindesmissbrauchs erhalten, bereits früher durch gleichartige Delikte auffielen (68%). Von den Straftätern, die wegen Vergewaltigungen oder sexueller Nötigung untergebracht sind, zeigen 44% einschlägige Vorstrafen.

Nachsorge

Für nahezu alle Patienten (96%)⁸ ist bereits im Vorfeld der Entlassung durch die Klinik eine intensive Nachsorge vorbereitet worden. In vier Fünftel aller Fälle geht der Entlassung ein mehrmonatiges Probenwohnen voraus. Diese Beurlaubung aus dem Maßregelvollzug erfolgt unter den Rahmenbedingungen, die für die Zeit nach der bedingten Entlassung geplant sind, in Sinne einer schrittweisen Wiedereingliederung. Im Entlassungsbeschluss formulieren die Strafvollstreckungskammern überwiegend gerichtliche Weisungen zum Wohnen, Arbeiten und zur therapeutischen Nachsorge. Den Angaben der Therapeuten zur Entlassungssituation der Sexualstraftäter kann Folgendes entnommen werden:

- ▶ Die Hälfte (48%) wechselt in eine komplementäre Einrichtung. 8% ziehen in ein Betreutes Wohnen. In denen am geringsten kontrollierten Wohnformen, alleine in eigener Wohnung (21%) oder mit der selbstgegründeten Familie (17%), befinden sich lediglich Probanden mit einer Persönlichkeitsstörung. Sie sind im Vergleich zur Gesamtgruppe zudem überproportional häufig wegen sexueller Missbrauchsdelikte untergebracht. Ein Proband verbleibt stationär in der Allgemeinpsychiatrie.

- ▶ Die Therapeuten dokumentieren, dass für 85% der Entlassenen ambulant-therapeutische Maßnahmen eingeleitet werden. Ein Drittel dieser Klienten werden von den forensischen Einrichtungen nachbetreut. Hierbei handelt es sich ausschließlich um Sexualstraftäter, bei denen entweder eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde oder die wegen (versuchten) Mordes aus sexueller Motivation untergebracht waren. Von den übrigen 15% werden 5 Probanden in ein Heim entlassen, einer verbleibt stationär in der Psychiatrie. Lediglich ein Proband, der zur Ursprungsfamilie zurückgezogen ist, erhält keine professionelle Nachbetreuung.
- ▶ Über einen festen Arbeitsplatz verfügen bei der Entlassung doppelt so viele (35%) Sexualstraftäter wie Nicht-Sexualstraftäter (17%).

In der Gesamtbetrachtung der Nachsorge zeigen sich keine gravierenden Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Darüber hinaus stellt sich die Frage, inwieweit die geplante Nachsorge tatsächlich umgesetzt und beibehalten wird. Diese Informationen können den Bewährungshelferberichten entnommen werden. Zur Zeit liegen insgesamt 92 Berichte für 31 Sexualstraftäter vor, die einen Zeitraum von maximal 24 Monaten (MW 12 Monate) nach der Entlassung umfassen. Diese dokumentieren insgesamt, dass die Nachsorgesituation weitgehend beibehalten wird, allerdings kommt es zu einigen stationären (Krisen-) Aufnahmen in die Allgemein Psychiatrie.

Diskussion

Sexualstraftäter stellen nach gängiger Meinung eine problematische Gruppe dar (Schüler-Springorum et al. 1996). Dabei gerät bisweilen – nicht nur in der öffentlichen und politischen Diskussion – die deutliche Heterogenität dieser Gruppe in den Hintergrund. In Medienberichten bleiben zudem grundsätzliche und nicht unerhebliche Unterschiede, wie zum Beispiel die Art der Unterbringung – in einer JVA oder einem forensisch-psychiatrischen Krankenhaus – vielfach unberücksichtigt. Für den zahlenmäßig kleineren Anteil der im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB unterbrachten Sexualstraftäter haben sich seit Mitte der 90er Jahre markante Veränderungen ergeben. Nach Verabschiedung des „Gesetzes zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten“ (26.01.1998) berichten forensische Einrichtungen über einen *weiteren* Zuwachs dieser Deliktgruppe. Faktisch konnte belegt werden, dass die derzeit restriktive Entlassungspraxis im Maßregelvollzug pri-

⁸ Von den 2 Probanden ohne (vorbereitete) Nachsorge kommt einer in den Strafvollzug zur Verbüßung einer Reststrafe, nachdem die Maßregel für erledigt erklärt wurde. Ein externes psychiatrisches Gutachten hatte die Voraussetzungen einer die Steuerungsfähigkeit tangierenden psychischen Störung zum Tatzeitpunkt im Nachhinein verneint („Fehleinweisung“). Der andere Proband (Diagnose: Mittelgradige Intelligenzmindering; Delikt: Sexueller Missbrauch von Kindern) kehrt in die Ursprungsfamilie zurück.

mär bei dieser Patientengruppe realisiert wird (Seifert et al. 2001a). Folglich verweilen derzeit nicht nur *mehr* Sexualstraftäter im Maßregelvollzug als noch vor 10 Jahren sondern auch im Mittel wesentlich *länger*. Zudem kann davon ausgegangen werden, dass sie einen längeren Freiheitsentzug erleiden als diejenigen, die bei erhaltener Schuldfähigkeit zu einer Haftstrafe verurteilt wurden. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass die Verweildauer eines Maßregelpatienten eher von der politischen Großwetterlage als von wissenschaftlich empirischen Erkenntnissen abhängt (vgl. aus juristisch-kriminologischer Sicht: Dessecker 1997). Einschlägige Rückfallraten dieser Tätergruppe liegen gemäß internationaler Metaanalysen unter 15% und sind somit erheblich niedriger als allgemein angenommen wird (Hanson & Bussière 1996). Im nationalen Raum fand Egg (2000) vergleichbare Rückfallzahlen⁹. Unter Berücksichtigung der Therapiestudien der letzten 20 Jahre konnte zudem die Behandlungseffizienz dieser Klientel eindrucksvoll belegt werden (Hanson, 2002).

Dennoch wird gerade in Deutschland unverändert ein Mangel an empirischen Daten dieser Klientel beklagt (Poszar, 1999). Unsere Untersuchungsergebnisse belegen, dass trotz der Heterogenität dieser Gruppe insbesondere hinsichtlich der Soziodemografie Unterschiede zu den übrigen Maßregelpatienten bestehen. So weisen Sexualstraftäter einen höheren Grad an biografischen Belastungen auf und treten nicht nur *früher* sondern auch *vermehrt* strafrechtlich in Erscheinung. Psychiatrische Vorgeschichten liegen seltener vor, vorhergehende strafrechtliche Unterbringungen gemäß §63 StGB hingegen häufiger. Vor allem in Bezug auf die psychosexuelle Entwicklung finden sich offensichtliche Diskrepanzen – 2 von 3 Sexualstraftätern zeigen hier deutliche Auffälligkeiten. Bei jedem dritten Patienten fällt bereits im Kindes- und Jugendalter eine erheblich retardierte psychosexuelle Entwicklung auf und bei jedem Fünften kristallisiert sich schon früh eine pädophile Neigung heraus. Es muss offen bleiben, ob diese Unterschiede möglicherweise auch darauf basieren, dass Gutachter und Therapeuten auf Grund der Deliktart die psychosexuelle Entwicklung detaillierter erfragen als bei den übrigen Patienten. Dessen ungeachtet bestätigen diese Befunde die unter präventiven Gesichtspunkten relevante Einschätzung klinischer Kinder- und Jugendpsychiater, dass psychosexuelle Auffälligkeiten im Jugendalter nicht nur erkannt sondern auch entsprechend Beachtung finden sollten. Entgegen früherer Meinungen,

dass sich solche Störungen vielfach „auswachsen“, sind jedoch rechtzeitige therapeutische Interventionen durchaus sinnvoll, etwa in Form von stationären Gruppentherapien jugendlicher Sexualstraftäter (Groth et al. 1981; Bullens 1993; Gruber & Rotthaus 1999).

Außerdem gilt für forensische Patienten im Allgemeinen und für Sexualstraftäter im Besonderen, dass ohne adäquate Nachsorge die Kriminalprognose nicht sicher sein kann (Bolten et al. 2002). Niedergelassene Therapeuten sind indes nur schwer für diese Patientengruppe zu gewinnen (Ortlieb 2002). Diese Aufgabe muss derzeit weitgehend von Institutsambulanzen forensischer Einrichtungen übernommen werden, die bisher lediglich vereinzelt etabliert werden konnten. Der Aufbau einer flächendeckenden mobilen forensischen Ambulanz ist daher schon aus Gründen der Rückfallprävention zu fordern. Auf der anderen Seite ist als wichtiger Eckpfeiler einer als gelungen zu bezeichnenden Wiedereingliederung die vergleichsweise unproblematische Integration der Sexualstraftäter in den Arbeitsmarkt zu betrachten.

Bedeutsam scheint zudem, dass die Dokumentation des nachstationären Verlaufes durch die Bewährungshelfer teilweise lückenhaft ist (Seifert et al. 2001b). Dies betrifft vor allem prognostisch relevante Aspekte, wie Suchtmittelkonsum oder Medikamentencompliance. Für einen adäquaten Informationsaustausch der nach der Entlassung beteiligten Institutionen (Strafvollstreckungskammer, forensische Ambulanz, Bewährungshelfer, komplementäre Einrichtungen etc.) ist eine sorgfältige Dokumentation jedoch unabdingbar und besitzt allem Anschein nach auch einen Rückfall verhindernden Einfluss (Seifert et al. 2002 in Druck). Die für den Verlauf der Führungsaufsicht verantwortlichen Richter der Strafvollstreckungskammern benötigen von den Bewährungshelfern umfangreiche Informationen, um die Gefährlichkeit des Probanden einschätzen zu können. Fazit bleibt, dass qualitative und quantitative ambulante Therapiemöglichkeiten für Sexualstraftäter verbesserungswürdig sind. Deutschland nimmt im Vergleich zu seinen europäischen Nachbarländern hier lediglich einen Platz im Mittelfeld ein (Frenken 2002).

⁹ Allerdings steigen die einschlägigen Rückfallzahlen bei längerer Katamnese – international: 35 bis 45% nach 15 bis 25 Jahren (Hanson 2001); national: 34% nach 19 bis 28 Jahren (Beier 1995).

Literatur

- Beier, K.M. (1995): Dissozialität im Lebenslängsschnitt. Theoretische und empirische Untersuchungen zu Phänomenologie und Prognose begutachteter Sexualstraftäter. Springer: Berlin.
- Bolten, St.; Hufnagel, S.; Möller-Mussavi, S. & Seifert, D. (2003): Kann ohne Nachsorge die Legalprognose „sicher“ sein? In: Osterheider, M. (Hrsg.): Forensik 2002. Wie sicher kann Prognose sein. PsychoGen Verlag: Dortmund: 186-199.
- Bullens, R. (1993): Ambulante Behandlung von Sexualdelinquenten innerhalb eines gerichtlich verpflichtenden Rahmens. In: Ramin, G. (Hrsg.): Inzest und sexueller Missbrauch. Beratung und Therapie. Einhandbuch. Jungfermann: Paderborn: 397-412.
- Dessecker, A. (1997): Straftäter und Psychiatrie. Eine empirische Untersuchung zur Praxis der Maßregel gemäß § 63 StGB im Vergleich mit der Maßregel gemäß § 64 StGB und sanktionslosen Verfahren. Kriminologische Zentralstelle: Wiesbaden.
- Egg, R. (2000): Rückfall nach Sexualstraftaten. *Sexuologie VII*: 12-26.
- Eher, R. (2001): Zur kriminalprognostischen Begutachtung des Sexualstraftäters – die Bedeutung neuer nordamerikanischer Einflüsse. *Bewährungshilfe – Soziales / Strafrecht / Kriminalpolitik* 48: 221-231.
- Frenken, J. (2002): New European Trends in Sexual Offender Management. Vortrag auf der 7. Biennial Conference of the International Association for the Treatment of Sexual Offenders, Wien, Sept.: 11-14.
- Groth, A.N.; Hobson, W.F.; Lucey, K.P. & St. Pierre, J. (1981): Juvenile sexual offenders: Guidelines for treatment. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 25: 265-272.
- Gruber, T. & Rotthaus, W. (1999): Systemische Therapie mit jugendlichen Sexualstraftätern in einer symptomhomogenen Gruppe. *Zeitschrift für Strafverfolgung* 6: 341-347.
- Hall, G.C.N. (1995): Sexual offender recidivism revisited: A meta-analysis of recent treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63: 802-809.
- Hanson, R.K. & Bussiere, M.T. (1996): Predictors of sexual offender recidivism: A meta-analysis. Public Works and Government Services Canada.
- Hanson, R.K. (2001): Sex offender risk assessment. In: Hollin, C.R. (Hrsg.): *Handbook of offender assessment and treatment*, Chichester: New York/Weinheim: 85-96.
- Hanson, R.K. (2002): Empirical evidence of sex offender treatment efficacy. Vortrag auf der 7. Biennial Conference of the International Association for the Treatment of Sexual Offenders, Wien, Sept.: 11-14.
- Kleining, G. & Moore, H. (1968): Soziale Selbsteinstufung (SSE). *Kol Zeitschrift Soziol Soz Psychologie* 20: 502-552.
- Leygraf, N. (1988): Psychisch kranke Straftäter. Epidemiologie und aktuelle Praxis des psychiatrischen Maßregelvollzuges. Springer: Berlin.
- Ortlieb, M. (2003): Bedarfsanalyse zur psychotherapeutisch Versorgungssituation bei entlassenen Maßregelvollzugspatienten in Westfalen-Lippe. In: Osterheider, M. (Hrsg.): *Forensik 2002. Wie sicher kann Prognose sein*. PsychoGen Verlag: Dortmund: 166-185.
- Pozsár, C.; Schlichting, M. & Krukenberg, J. (1999): Sexualstraftäter in der Maßregelbehandlung. Ergebnisse einer Stichtagserhebung in Niedersachsen. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform* 82: 94-103.
- Rehder, U. (2001): RRS – Rückfallrisiko bei Sexualstraftätern. Kriminologischer Verlag: Lingen.
- Schorsch, E. & Pfäfflin, F. (1994): Die sexuellen Deviationen und sexuell motivierte Straftaten. In: Venzlaff, U. & Foerster, K. (Hrsg.): *Psychiatrische Begutachtung*, 2.Auflg. Gustav Fischer Verlag: Stuttgart: 323-368.
- Schüler-Springorum, H.; Berner, W.; Cirullies, B.; Leygraf, N.; Nowara, S.; Pfäfflin, F.; Schott, M.; Volbert, R. (1996): Sexualstraftäter im Maßregelvollzug – Gutachten der unabhängigen Expertenkommission vom 31.1.1996. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform* 79, 3: 148ff.
- Seifert, D.; Bolten, S. & Möller-Mussavi, S.: Gescheiterte Wiedereingliederungen nach Behandlung im Maßregelvollzug. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*. (in Druck).
- Seifert, D.; Jahn, K. & Bolten, S. (2001a): Zur momentanen Entlassungssituation forensischer Patienten (§63 StGB) und zur Problematik der Gefährlichkeitsprognose. *Fortschritte in Neurologie und Psychiatrie* 6, 69: 245-255.
- Seifert, D.; Bolten, S.; Jahn, K.; Möller-Mussavi, S. (2001b): *Berichte der Bewährungshilfe: Datenquelle für die Katamnese einer prospektiven Prognosestudie im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB*. *Bewährungshilfe* 2: 56-66.
- Seifert, D. & Leygraf, N. (1997): Die Entwicklung des psychiatrischen Maßregelvollzugs (§ 63 StGB) in Nordrhein-Westfalen. *Psychiatrische Praxis* 24: 237-244.
- Statistisches Bundesamt (2001): *Rechtspflege. Strafvollzug – Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen*. Fachserie 10, Reihe 4.1. Metzler & Poeschel.
- Statistisches Bundesamt (2000): *Rechtspflege. Strafverfolgung*. Fachserie 10, Reihe 3. Metzler & Poeschel.

Anschrift der Autoren

Dr. med. Dieter Seifert, Dipl.-Psych. Simone Möller-Mussavi, Dipl.-Psych. Stefanie Bolten, Institut für Forensische Psychiatrie / Universitätsklinikum Essen, Rheinische Kliniken Essen, Virchowstr. 174, 45147 Essen,
mail: dieter.seifert@uni-essen.de

Qualitätszirkel in der Sexualtherapie*

Gotthart Kumpan

„Qualitätszirkel“ for sexual medicine

Abstract

This paper describes the development of a gynaecologist into becoming a specialist in the field of sexual medicine and stresses the importance of the bio-psycho-social approach in the daily routine of the physicians. The insufficient way of dealing with the sexuality of older people is given as an example of existing deficits in the area of gynaecological-sexual medicine practice.

On the other hand this presentation describes the first experiences of working together in our „Qualitätszirkel“ for sexual medicine in Düsseldorf. Suggestions are being presented by the „Qualitätszirkel“ to support the curricula for advancement in the field of sexual medicine and to enlist the cooperation of the Academy of Sexual Medicine or GPS.

Keywords: Training to be a specialist for sexual medicine, Gynecology, Sexuality of older people

Zusammenfassung

Der Beitrag schildert den Werdegang eines Gynäkologen zum Sexualmediziner und hebt die Bedeutung des bio-psycho-sozialen Charakters der Sprechstunde des niedergelassenen Arztes hervor. Am Beispiel der Sexualität älterer Menschen wird dargestellt, welche Defizite gegenwärtig in der gynäkologisch-sexualmedizinischen Praxis bestehen.

Nachfolgend wird der Qualitätszirkel für Sexualmedizin in Düsseldorf vorgestellt, und es werden Vorschläge zur Ergänzung der Curricula „Sexualmedizinische Fortbildung“ und zur Kooperation der Akademie für Sexualmedizin bzw. der GPS mit sexualmedizinischen Qualitätszirkeln gemacht.

Schlüsselworte: Ausbildung zum Sexualmediziner, gynäkologische Sprechstunde, Sexualität älterer Menschen

* Der Text basiert auf einem Vortrag, gehalten bei der „9. Jahrestagung der Akademie für Sexualmedizin“ am 11.5.2002 in Leuven/Belgien.

Sexualmedizin – als Turmbau zu Babel
 Gibt es widerstrebende Interessen und Sprachverwirrung
 bei den heutigen Turmbauern, verlassen gar einige die
 Baustelle?

Für wen soll eigentlich das Gebäude gebaut werden?

Warum gelingt die Integration sexualmedizinischen
 Wissens in den Praxis-Alltag so schlecht?

Der Weg zum Sexualmediziner

Im Folgenden wird anhand der eigenen Erfahrungen auf die Schwierigkeiten eingegangen, Sexualmedizin in der Praxis zu betreiben und dann gefragt, in wieweit diese von dem Qualitätszirkel(QZ) aufgefangen werden können?. Es erscheint sinnvoll, den gynäkologischen Praxis-Alltag genauer zu beschreiben, weil die Aktivitäten des QZ aus dem Blickwinkel des Praktikers besser verständlich sind.

Im eigenen Fall war der sexualmedizinischen Ausbildung eine über 14-jährige Tätigkeit in freier Praxis als niedergelassener Gynäkologe vorausgegangen. In diese Zeit fiel eine über 10jährige Teilnahme an den von Prof. Molinski an der Universitätsfrauenklinik Düsseldorf veranstalteten Kursen: „Die bio-psycho-soziale Sprechstunde des niedergelassenen Arztes“.

Bei den „Molinski-Kursen“ ging es darum, die psychosomatische Kompetenz niedergelassener Ärzte *innerhalb ihres Fachgebietes* zu erhöhen, ähnlich wie später bei den sexualmedizinischen Curricula in Bezug auf die Sexualmedizin. Teilnehmer waren damals Kliniker und niedergelassene Ärzte der verschiedensten Fachrichtungen, überwiegend Gynäkologen, Urologen, Hautärzte und Allgemeinmediziner, keine Psychologen, Psychoanalytiker oder Psychiater.

Molinski hatte zu Beginn der Kurse gesagt: „der gewöhnliche Mediziner denkt, der Mensch sei das, was er über ihn beim Physikum in Anatomie und Physiologie gelernt hat“. Im Laufe der Kurse erweiterte sich der Horizont. Neben vielem Anderen veränderten

sich auch Befindlichkeit und Ausstrahlung der Kollegen in ihren Praxen. Wahrnehmung von Übertragung und Gegenübertragung wurde zum selbstverständlichen Rüstzeug, und wir lernten Möglichkeiten und Grenzen des eigenen Handelns genauer zu erkennen, – eine Fähigkeit, die gerade auch dem Sexualmediziner im Praxisalltag zu Gute kommt.

Eine positive Folge dieser Kurse war es, dass besonders im Düsseldorfer Raum, aber eigentlich sogar bundesweit, eine Gruppe von Ärzten herangezogen wurde, die sich nicht mehr mit den bisherigen Gepflogenheiten in Klinik und Praxis abfinden wollten und ihren medizinischen Alltag entsprechend Molinski's Vorgaben veränderten. Einige von ihnen waren später auch Teilnehmer des Düsseldorfer Sexualmedizinischen Curriculums.

Inzwischen ist die Psychosomatik vor allem in der Gynäkologie etabliert. Die DGPF ist die größte Gruppierung innerhalb der Deutschen Gynäkologischen Gesellschaft und Psychosomatische Curricula sind Teil der Gynäkologischen Weiterbildungsordnung.

Eine problematische Folge der Molinski-Kurse war, dass einige Gynäkologen den Zusatztitel „Psychotherapie“ erwarben und von da an ihre Praxis aufteilten in einen gynäkologischen und einen psychotherapeutischen Teil. Vormittags Gynäkologe – nachmittags Psychotherapeut. Also in Molinskis Sprache – Wechsel vom „Vordercouchler“ zum „Hintercouchler“. Als Folge dieser Dissoziation mussten die eigenen gynäkologischen Patienten zu einem Kollegen weggeschickt werden, wenn man sie weiter psychotherapeutisch behandeln wollte, also wahrlich kein „gleichzeitig bio-psycho-soziales Setting“! Schlimmer noch, einige besonders qualifizierte Gynäkologen arbeiteten fortan nur noch als Psychotherapeuten und gingen damit der Gynäkologie verloren.

Die Entscheidung, nicht in das Psychiker-Lager zu wechseln, wie viele der Kollegen, sondern in Molinski's Sinn Frauenheilkunde und psychosomatische Methodik miteinander zu verbinden und Frauenarzt zu bleiben, war nicht immer leicht durchzuhalten.

Mit Beginn der Tätigkeit als Sexualmediziner stellte sich erneut das Problem einer Spaltung. Ging der Trend zum hochwissenschaftlichen Superspezialisten, zum All-round-Experten für Sexualmedizin, oder sollte der Versuch gemacht werden Sexualmedizin im Fach zu betreiben, also im Rahmen der gynäkologischen Sprechstunde?

Kaum war in Berlin das erste Curriculum beendet, kursierte in den Berliner gynäkologischen Praxen ein Anschreiben eines Kursteilnehmers, der seine Praxis bereits als Spezialpraxis für Sexualmedizin empfahl und um Patienten warb.

Die Teilnahme an den von der Akademie für Sexualwissenschaft veranstalteten Curricula führte dazu, die Sexualisierung des Alltags kritischer und bewusster zu betrachten. Besonders in den Medien werden Illusionen von Reichtum, Schönheit und, sexueller Omnipotenz vorgegaukelt, verbunden mit einer in diesem Maße nie gekannten öffentlichen Befriedigung voyeuristischer Wünsche.

Selbst in Tageszeitungen konnte man am Beispiel des mehrfach abgedruckten intimen und hocharotischen Kunstwerks von Courbet „Der Ursprung der Welt“ sehen, wie sexualisiert unser Alltag ist. Werbesprüche wie: „Männer denken alle 5 Minuten an Sex, dazwischen an Sixt“ illustrieren das ebenso, wie Bilder von Sophia Loren mit 67 Jahren.

So wird sowohl bei Alten als auch bei Jungen ein „Leistungsdruck“ erzeugt, der sich in der Praxis in Depression und Versagensängsten äußert, und sich in der häufigen Bitte um Anti-aging-Medizin und gelegentlich psychotherapeutische Gespräche, auch mit dem Frauenarzt, niederschlägt.

Von der Information zur Integration

Wie schwierig es sein kann, im Praxis-Alltag das zuvor in den Curricula erworbene Wissen umzusetzen, zeigt das Beispiel nur eines einzigen gynäkologischen Sprechstundenvormittags: Von Impotentia coeundi, Orgasmus (Ejaculatio) praecox, über Transsexualismus zum Borderline-Syndrom und sogar bis zur sexualisierten Gewalt kann der Themenbogen reichen.

Beispielhaft sei von einer Sprechstunde berichtet: *Zunächst erzählt eine ältere Patientin auf den Geschlechtsverkehr hin angesprochen, „sie brauche das nicht mehr“ und auf die geäußerte Verwunderung hin, „na, ja, sie würde vielleicht schon noch wollen, aber bei dem Mann ginge es nicht mehr“, dazwischen wird der Anruf eines Mannes durchgestellt, der mit tiefer Stimme fragt, ob ich auch Männer behandle. Er würde von einer Allgemein-Ärztin betreut, ich solle ihm nur die Hormonspritzen geben. Später erscheint eine etwas ungepflegte ca. 40-jährige Patientin, die von wahnhaften Vorstellungen berichtet, „jede Nacht steige einer über sie drüber“, sie finde „immer das ekelige Sperma“, zugleich beteuert sie aber, daß sie völlig allein lebe und keinen Partner habe. Kurz vor der Mittagspause kommt noch ein 17-jähriges Mädchen zusammen mit der Mutter und erzählt stockend, sie sei in der S-Bahn von einer Gruppe Jungen festgehalten worden und einer hätte sie vergewaltigt, und hoffentlich sei sie nicht schwanger. Wochen später, nachdem sie öfter in der Praxis gewesen war, gesteht sie, dass*

sie einen Freund habe, von dem sie auch tatsächlich schwanger sei, nur die Mutter habe davon nichts wissen dürfen. – Die hatte selbstverständlich schon Polizei und Jugendamt eingeschaltet.-

In den normalerweise vorgesehenen 15 Minuten pro Patient sind diese Probleme nicht ausreichend zu besprechen. Das psychosomatische Budget ist hoffnungslos überzogen, sexualmedizinische Interventionen sind nicht abrechenbar, aber auch die Bereitschaft unentgeltlich Leistungen zu erbringen, ist begrenzt.

Wie bringt man zumindest den sexualmedizinischen Patienten bei, dass sie und wie viel sie privat bezahlen müssen, ohne die Motivation für die Therapie zu gefährden? Wie ist mit den eigenen Widerständen umzugehen?

Dazu kommt fehlendes Interesse der Ärztekammern und der KV'en an der Sexualmedizin; Schulterzucken und Unverständnis bei den Fachkollegen; „Einzelkämpfer“! Die mögliche Folge – nach der Hochzeit der Ausbildung – Überforderung im Alltag: „burn out“!

Eine Berliner Kollegin, die von ihren Ausbildern als besonders engagierte Sexualmedizinerin genannt worden war, gestand, „die Arbeit wächst mir über den Kopf. Mehr als 3 Paare im Jahr kann ich bei der Bezahlung nicht betreuen!“

Ausbildung und Praxisbedürfnisse

Eine Folge der Teilnahme an dem Düsseldorfer sexualmedizinischen Curriculum war verstärkte Beschäftigung mit dem Thema „Sexualität älterer Menschen“ in der Praxis. Dabei traten erhebliche Schwierigkeiten auf.

Auf dem Dresdner Kongreß der Akademie für Sexualmedizin wurde hervorgehoben, dass ca. 30 – 40 % aller Männer und Frauen in Deutschland zumindest zeitweise an sexuellen Funktionsstörungen leiden (Goedtel 2001). Es fiel auf, dass nur wenige ältere Frauen von sexuellen Problemen erzählten, dass aber auch auf Seiten des Arztes Hemmungen bestanden, ältere Frauen auf ihre sexuellen Bedürfnisse hin anzusprechen.

Das Literaturstudium erbrachte eine Fülle von interessanten Publikationen zum Thema Alterssexualität – von Loewit, Vogt, Ringler, Frick-Bruder, Fröhlich, Brandenburg, Jürgensen, Sobeslavsky, Fervers-Schorre, Kockott, Neises, Zank u. a. –, in denen fast immer das Tabu angesprochen wurde, das einerseits jüngere Ärzte daran hindert, ältere Paare nach ihrer Sexualität zu fragen, umgekehrt aber auch ältere Patienten daran hindert sich jüngeren Ärzten anzuvertrauen.

Wir haben deshalb in der Praxis eine Umfrage gestartet und gefragt, ob es für die Patienten wichtig sei, dass der Arzt gleichaltrig oder älter ist, wenn sie Hilfe bei sexuellen Problemen benötigten. Danach war es für ein Drittel der über 60-jährigen wichtig, dass der Arzt älter ist, für ein weiteres Drittel war es nur wichtig, dass der Arzt in kompetenter Weise mit dem Thema umgeht, 1/3 war indifferent.

Wünschenswert erscheint deshalb:

1. Verstärkte wissenschaftliche und wissenschaftlich-praktische Beschäftigung mit der Sexualität älterer Menschen.
2. Thematisierung des Tabus, das auf der Sexualität älterer Menschen lastet, in sexualmedizinischen Selbsterfahrungsgruppen.
3. Politische Aktivitäten der Akademie und der GPS, um die zumindest in Deutschland gültige starre Altersregelung für Kassenärzte (Pensionierung mit 68 Jahren) aufzulockern, weil es andernfalls keine gleichaltrigen Ärzte für ältere und alte Paare oder Einzelpatienten in der Sexualmedizin gibt.

Einige Kollegen hatten bereits am Ende der Ausbildung über Insuffizienzgefühle und Resignation geklagt und zugleich ein gewisses Maß an Überdruß bei der Beschäftigung mit Sexualmedizin signalisiert: 2 Jahre hätte die Familie, der Partner, die Hobbys, andere wichtige medizinischen Interessen und Verpflichtungen zurückstehen müssen, jetzt wäre es erst mal genug mit der Sexualmedizin.

Qualitätszirkel

Es wurde klar, dass der Arzt in der Rolle des „Einzelkämpfers“ überfordert ist. Deshalb erfolgte die Suche nach „Verbündeten“:

1. Die Akademie und die GPS
Verschiedene Herren der Akademie boten ihre Unterstützung an.
2. Die Leiter der Curricula und der einzelnen Gruppen
Einzelne Gruppenleiter führen ihre Gruppen aus den Curricula bis heute fort.
3. Das Frankfurter Institut für Sexualwissenschaft der Universität bzw. die Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS).

Für Kontakte zur DGfS, möglichst durch die Akademie vermittelt, gibt es auch ganz praktische Notwendigkeiten, z.B. regionale professionelle Unterstützung.

4. Qualitätszirkel, als Selbsthilfe.

Zur Steigerung der eigenen Kompetenz haben sich einige Teilnehmer des Düsseldorfer sexualmedizinischen Curriculums zu dem **QZ als interdisziplinärem Netzwerk** zusammengeschlossen.

Basis des Qualitätszirkels ist, wie in der Einladung zum 1. Berliner Sexualmedizinischen Curriculum formuliert, dass „die Sexualmedizin auf *Interdisziplinarität* angelegt ist“ und „dass sexuellen Störungen eine *biopsychosoziale Genese* zugrunde liegt“.

Wichtig auch das Schreiben der Akademie vom 12.6.2001 „Gründe für eine zügige Integration des Befähigungsnachweises Sexualmedizin in die ärztliche Weiterbildungsordnung“, in dem der früher von einigen geäußerten Ansicht – „die Therapie sexueller Funktionsstörungen sei lediglich als *Sonderform von Psychotherapie* anzusehen“, – deutlich widersprochen wurde.

Die Akademie führt in diesem Schreiben aus: – „wie die Praxis zeigt, können die nicht psychotherapeutisch vorgebildeten Kollegen/innen Sexualstörungen nicht nur erfolgreich behandeln, sondern verantwortungsbewusst auch ihre *Grenzen erkennen* und bei Patienten mit einer tieferliegenden Hintergrundproblematik (beispielsweise einer Persönlichkeitsstörung) die *kompetente Weitervermittlung* an psychotherapeutisch ausgebildete Kollegen/innen mit sexualmedizinischer Zusatzausbildung veranlassen.“

Der Befähigungsnachweis Sexualmedizin ist daher in hohem Masse geeignet, ein Netzwerk sexualmedizinisch tätiger Kollegen aus verschiedenen Facharztgruppen entstehen zu lassen und auf qualifizierte Weise die Versorgung der Patienten zu verbessern“.

Organisation des Qualitätszirkels

Soweit zu erfahren war, gibt es bis jetzt nur in Düsseldorf einen QZ für Sexualmedizin. Der Zirkel existiert seit ca. 1,5 Jahren. Die Idee dafür kam bei den sexualmedizinischen Fortbildungstagen in Igls im Juni 2000 auf und wurde in Leuven, während der Selbsterfahrungs-Wochenenden des sexualmedizinischen Curriculums, weiter vorangetrieben. – Von vornherein ging es um mehr Kommunikation miteinander und um politische bzw. standespolitische Aktivitäten!

Der QZ wird von der KV Nordrhein unterstützt, obwohl der Zirkel überregional besetzt ist. Die Teilnehmer kommen aus 5 verschiedenen KV-Bereichen. Die Idee war, dass dieser QZ Keimzelle für weitere Zirkel in anderen KV-Bereichen sein könnte.

Bis Dezember 2001 wurden die Sitzungen von der Ärztekammer Nordrhein, danach von der KV Nordrhein zertifiziert. Die Teilnehmer erhalten für jede Sitzung 4 Fortbildungspunkte. Die Räume und das Arbeitsmaterial, sogar die Getränke, werden von der KV Nordrhein zur Verfügung gestellt. Bis jetzt fanden 8 Sitzungen statt.

Insgesamt gehören dem QZ 20 Kolleginnen und Kollegen an: Gynäkologen, Psychotherapeuten, Gynäkologen mit Zusatztitel „Psychotherapie“ und eine Hautärztin. Mehrere Teilnehmer verfügen über eine Moderatorenausbildung für QZ. Das Schwergewicht zugunsten der „Psychiker“ wirkt sich bei der Gruppenarbeit nicht nachteilig aus, aber doch deutlich modifizierend.

Zu Beginn der Sitzungsreihe wurde von den Mitgliedern ein Konzept erstellt. Danach sollten die einzelnen Sitzungen stets den gleichen Ablauf haben:

1. „Der lehrreiche Fall“: Eine oder zwei Fallvorstellungen mit nachfolgender Diskussion
2. „Verschiedenes“: Berufspolitische Fragen, Organisationsfragen z.B. Internetnutzung, Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Problemen und wissenschaftliche „News“
3. Themenauswahl für die nächste Sitzung.
4. Nichtoffizieller Schlusspunkt: Gemeinsames Essen und Trinken in einem benachbarten Restaurant, denn – sexuelle Probleme sind Beziehungsprobleme. Um eine Gruppenkompetenz zu erwerben, ist es nötig, auch untereinander menschlich auf einer guten Beziehungsebene zu stehen, deshalb gemeinsames Essen und Trinken.

Bei der 1. Sitzung des QZ wurde ein **Themenspeicher** angelegt und eine Bündelung der Themen nach Schwerpunkten vorgenommen. Es waren Themen und Bedürfnisse, die unmittelbar aus dem Praxis-Alltag stammten und die in den folgenden Sitzungen einzeln abgehandelt werden sollten :

1. Gesellschaftliche Bilder von Sexualität
2. Sexualmedizin und Politik
3. Intervision
4. Sexuelle Lustlosigkeit
5. Einzeltherapie (ohne Partner), ist das vertretbar, was ist zu beachten
6. „Blick über den Tellerrand“, könnte bedeuten, Kontakt zu Wissenschaftlern auch anderer Gesellschaften, wie DGPFPG oder DGfS
7. Telefonsex
8. Sexualität und öffentliche Medien, – Film, Fernsehen, Internet, Zeitung (z.B. wie geht man mit einer Frau um, die darüber klagt, dass der Mann den ganzen Tag vor dem PC sitzt und Internet-Sex konsumiert?)

Bei einer späteren Sitzung des QZ wurden die Themenwünsche der 1. Sitzung noch einmal überprüft. Die neue Gewichtung lautete:

1. Austausch (10x)
2. Politik (8x)
3. Praxis (4x)

Dabei wurde deutlich, dass das Bedürfnis nach kollegialem Austausch in den zurückliegenden Monaten noch gewachsen war.

„Politik“ bezieht sich auf Voten, der QZ möge sich auseinandersetzen mit den neuen Gesetzen zur Prostitution, mit der Darstellung unserer Arbeit in der Öffentlichkeit, mit Gesundheitspolitik und Sexualmedizin, mit der Ausbildung bzw. Etablierung regionaler Strukturen und gesellschaftspolitischen Stellungnahmen. „Praxis“ bezieht sich auf die Tatsache, dass bei den jeweiligen Sitzungen ein lebhafter Austausch über aktuelle Probleme, auch Praxisprobleme, stattfindet und die Kollegen sich untereinander mit Sonderdrucken und Formularen versorgen oder auch ganz praktische Hinweise geben, z.B. wo man „Amielle“ beziehen kann oder wer „Vagemoran vertreibt“.

Dem anfangs geäußerten Wunsch eines Kollegen im Themenspeicher – „Einsamer Sexualmediziner sucht Gleichgesinnten“ – wird damit entsprochen.

„Nach den Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV kommen die QZ als Verfahren zur Qualitätssicherung in Betracht. Die QZ arbeiten grundsätzlich themenzentriert.“

Als Ergebnis einer QZ-Arbeit kann eine Handlungsleitlinie entstehen. Zu einem späteren Zeitpunkt sollte dann die Effektivität der gemeinsamen Leitlinie überprüft werden.“ – Vorgaben der KV Nordrhein für QZ.

Ziel eines QZ ist Qualitätssicherung und ein Mittel dafür sind gemeinsam erarbeitete interne Leitlinien. Bis zu gemeinsamen Leitlinien hat es der QZ noch nicht geschafft, aber er steckt ja noch in den Anfängen.

Der QZ hat auch schon Stellung bezogen zu unsachgemäßer und fachlich nicht vertretbarer medizinischer Werbung. Z.B. wurde im Dt. Ärzteblatt von einer Pharmafirma unter Missachtung jeder psychischen und partnerschaftlichen Komponente für ein Präparat gegen „Erektionsschwäche“ geworben, – „Sex ist, wenn's der Partner schafft“ –, als wäre das schon alles.

Vorschläge des Qualitätszirkels zu Ausbildungsfragen

Die Teilnehmer des sexualmedizinischen Curriculums sind nun sozusagen Experten in eigener Sache. Deshalb haben die Teilnehmer des QZ eine Liste aufgestellt, welche Ergänzungen aus ihrer Sicht bei der Durchführung folgender Curricula wünschenswert wären:

1. Fortführung der Supervision über das Ende des Curriculums hinaus
2. Einrichtung von Aufbau- bzw. Postgraduierten-Curricula
3. Angebot von Folgetreffen der Sexualmedizinischen

Curricula, Refresher-groups

4. Sexualmedizinische Balintgruppen, auch nach Beendigung des Curriculums

5. Modifizierung der Themen in den Curricula (mehr Praxisbezogenheit); es gab eine deutlich psychotherapeutische und wissenschaftliche Ausrichtung des Curriculums, also zu Gunsten der „Psychiker“ – Leuten, die nie anfassen und nur sprechen, zu Lasten der „Praktiker“ – also Leuten, die anfassen und eher weniger sprechen. Einige „Praktiker“ äußerten, dass sie nicht genügend Hilfen für den Praxisalltag erhalten hätten.

6. Patienteninterviews live, wie früher bei Molinski, wären hilfreich gewesen, die Teilnehmer hätten erleben können, wie ein „Experte“ sexualtherapeutische Gespräche führt. Wünschenswert wären vielleicht auch Video-Demonstrationen.

7. Klarere übersichtlichere Zertifikate

8. Einladung der QZ (so es dann in Zukunft mehr als nur einen gibt) in die Curricula, um die Kollegen während der Ausbildung bereits mit praktizierenden Sexualmedizinern in Kontakt zu bringen, und um damit eine größere Praxisanbindung der Curricula zu erreichen.

Die folgenden Themen – dies ist nur eine Auswahl und auch mehr als Anregung gedacht – sollten möglichst in die nächsten Curricula aufgenommen bzw. verstärkt bearbeitet werden:

1. Homosexualität
2. Alterssexualität
3. Libidostörungen
4. Begutachtung von Sexualstraftätern

Die Teilnehmer des QZ möchten der Akademie für Sexualmedizin Dank sagen. Die Akademie hat jedem Einzelnen viel gegeben, der Akademie verdankt der QZ seine sexualmedizinische Kompetenz. Aber auch der QZ könnte der Akademie etwas geben. Die Akademie könnte Stichworte erhalten, welche Probleme in der Praxis anstehen, die nach Meinung des QZ wissenschaftlich bearbeitet werden sollten.

Andererseits sollte die Akademie für Sexualmedizin bestrebt sein, dazu beizutragen, dass die sexualmedizinische Kompetenz der niedergelassenen Kollegen stetig verbessert wird, da sie die ersten Ansprechpartner für die Patienten sind und die Weichen für die spätere Betreuung stellen. In den Spezialpraxen und Universitäten landen fast nur Patienten, die bereits wenigstens ein niedergelassener Kollege gesehen hatte.

Um eine bessere Integration der wissenschaftlichen Information in den klinischen und den Praxis-Alltag zu erreichen, wünscht der QZ von der Akademie oder der GPS:

1. Förderung der QZ und Dialog mit den QZ

2. Unterstützung beim Aufbau regionaler Strukturen, regionale Kontaktlisten
3. Vorstellung der Absolventen der Curricula durch die Akademie im Internet (mit Hervorhebung deren Kompetenz)
4. Netzwerk via Internet
5. Chat-Room, in dem regelmäßig führende Vertreter der Akademie zu sprechen sind
6. Hilfestellungen auch technischer Art, z.B. Formulare
7. und dass Akademie oder GPS sich in Fragen, die die Sexualmedizin berühren, auch in den gesellschaftlichen und den politischen Diskurs einbringen, wenn es sich zum Beispiel um die Gesetze zur Prostitution, um „Potenzpillen“ oder Ähnliches handelt.

Resümee

Zum Schluss sei nochmals auf das Eingangsthema vom Turmbau zu Babel zurückgekommen:

Es gibt ganz offensichtlich unterschiedliche Ebenen und Ansatzpunkte für die Beschäftigung mit Sexualmedizin, entweder mehr theoretisch-wissenschaftlich, oder klinisch-wissenschaftlich oder klinisch-praktisch. Wenn die Integration der unterschiedlichen Ansätze gelingt, dann sollte es möglich sein, die Sexualmedizin im Praxisalltag zu etablieren, und damit das Bauwerk „Sexualmedizin“ nicht zuletzt zum Wohle unserer Patienten, den eigentlichen „Bauherrn“, seiner Vollendung näher zu bringen.

Um noch einmal Molinski zu zitieren:

„Man müht sich und müht sich – und kommt ans Ziel!“

Literatur

- Attermeyer, U.; Brandenburg, U.; Leeners, B. (2002): Alterssexualität im Generationen-Vergleich. In: Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Beiträge der Jahrestagung 2001 der DGPPG. Gießen: 311-314.
- Buddeberg, C. (1996): Sexualberatung. 3. Aufl. Enke: Stuttgart: 149-157.
- Fervers-Schorre, B. (1996): Seelisches Erleben und Sexualität im Alter. Gynäkologie 29: 770-775.
- Fervers-Schorre, B. (1999): Klimakterium. In: Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Springer: Berlin Heidelberg: 633-638.
- Frick-Bruder, V. (1995): Sexuelle Konflikte im Alter. Z f Sexualforsch 8: 49-55.
- Frick-Bruder, V. (2001): Herausforderung jenseits der Lebensmitte. In: Diederichs, P.: Psychoanalyse und Frauenheilkunde. Psychosozial-Verlag: Gießen: 173-180.
- Fröhlich, G. (1998): Psychosomatik männlicher Sexualität. Sexuologie 4: 203-211.
- Gödtel, R. (2001): Zwischen Lust und Frust. Gynäkologie & Geburtshilfe 5: 59-60.
- Jürgensen, O. (2001): Sexualität älterer Frauen. In: Berberich, H. & Brähler, E.: Sexualität und Partnerschaft in der zweiten Lebenshälfte. Psychosozial-Verlag: Gießen: 71-85.
- Kockott, G. (1997): Sexualität kennt keine Altersgrenzen. Sexualmedizin 1: 10-14.
- Leserbrief (2002): Unsensibel und tendenziös. Gynäkol Praxis 26: 160.
- Loewit, K. (1990): Auch mit Sexualität zufrieden älter werden. Sexualmedizin 19: 578-583.
- Neises, M. (2001): Thema Sexualität in der gynäkologisch-psychosomatischen Sprechstunde. In: Berberich, H.; Brähler, E.: Sexualität und Partnerschaft in der zweiten Lebenshälfte. Psychosozial-Verlag: Gießen: 129-137.
- Programm für das Curriculum „Sexualmedizinische Fortbildung“ an der Charite für das 1. Jahr vom 1.11.1997. bis 30.10.1998.
- Ringler, M. (2001): Die alte Frau. Die Frau im fortgeschrittenen Alter. In: Patient Frau. Springer: Wien/New/York: 219-226.
- Sobeslavsky, I. (2000): Sexualität im Alter. Gynäkol Praxis 24: 713-725.
- Vogt, H.J. (2001): Sexualität ist mehr als Genitalität. Speculum aktuell 18: Nr.1: 1-2.
- Zank, S. (1999): Sexualität im Alter. Sexuologie 2: 65-87.

Anschrift des Autors

Dr. med. Gotthart Kumpan, Berliner Str. 14, 14169 Berlin, mail: dr.kumpan@t-online.de

Apomorphin und Yohimbin als zentrale Substanzen zur Therapie der erektilen Dysfunktion

Tim Schneider, Herbert Sperling, Herbert Rübber

Apomorphine and Yohimbine as central substances for the therapy of erectile dysfunction

Abstract

Yohimbine and apomorphine are potent central initiators of erectile function, that complete available oral treatment options for ED like the PDE-V-inhibitors. Being extracted from the bark of the Yohimbe-tree, yohimbine is acting as a blocking agent of central alpha-2-receptors, thus improving the erectile response without any influence on libido. Data, referring to the effectiveness of yohimbine, are controversial and placebocontrolled, doubleblind studies are rare. Nevertheless, yohimbine seems to lead to sufficient results in patients, suffering from psychogenic and borderline organic ED. Apomorphine also leads to an increase in central proerectile stimuli and does not affect libido. Due to its structural similarity to dopamine, apomorphine is acting as a mixed D₁ / D₂ dopaminereceptoragonist, binding to dopamine 1 and 2 receptors in the central nervous system. In patients with mild to moderate ED, apomorphine leads to good results, nitrate-medication is not contraindicated. Nevertheless, efficacy of treatment declines with the severity of the disease. Main side effects are nausea and dizziness. Despite the central acting mechanisms of both substances, yohimbine and apomorphine belong to completely different classes of substances, that differ especially in their effectiveness. Only careful selection of patients will lead to sufficient results in the treatment of ED with yohimbine and apomorphine.

Keywords: Erectile dysfunction, Apomorphine, Yohimbine

Zusammenfassung

Mit den Substanzen Yohimbin und dem Apomorphin, als seit kurzem verfügbarem zentralen Initiator der erektilen Funktion, existieren potente alternative Therapieoptionen zu den PDE-V-Inhibitoren zur Behandlung der ED mit oral applizierbaren Pharmaka. Yohimbin, ein Alkaloid aus der Rinde des Yohimbe-Baumes, wirkt über die Blockade zentraler Alpha-2-Rezeptoren erektionsfördernd ohne die Libido zu beeinträchtigen. Die Datenlage zu Yohimbin ist unübersichtlich, aussagefähige Studien fehlen. Zusammenfassend scheint Yohimbin aber bei psychogener und beginnend organogener ED zufriedenstellende Erfolge zu erzielen. Apomorphin bewirkt eine Steigerung der erektionsfördernden Efferenzen ohne Veränderung der Libido und wird aus Morphin synthetisiert. Durch eine große Ähnlichkeit zur Dopaminstruktur wirkt Apomorphin als gemischter D₁ / D₂-Dopaminrezeptoragonist über eine Bindung an Dopamin 1 und 2 Rezeptoren im zentralen Nervensystem erektionsfördernd. Apomorphin führt bei Patienten mit leichter bis mässiger ED jeglicher Genese zu guten Ergebnissen, insbesondere stellt eine Nitratmedikation keine Kontraindikation dar. Die Effektivität der Therapie sinkt mit der Schwere der ED. Nebenwirkungen beschränken sich auf leichte Übelkeit und Benommenheit. Trotz des zentralen Wirkmechanismus des Yohimbins und des Apomorphins handelt es sich aber um vollständig unterschiedliche Substanzklassen, die sich insbesondere in der zu erwartenden Wirkung stark unterscheiden. Nur durch Einsatz in streng definierten Patientenkollektiven können die o.g. Erfolgsraten bei der Therapie der ED erzielt werden.

Schlüsselworte: Erektile Dysfunktion, Apomorphin, Yohimbin

Einleitung

Nachdem die lokale Therapie der erektilen Dysfunktion (ED) unter der besonderen Berücksichtigung des Prostaglandin E1 (PGE1) mit intrakavernöser, intraurethraler und transdermaler Applikation vorgestellt wurde (vgl. Heft 4, 2002), sollen in dieser Arbeit die oral applizierbaren, zentralen Stimulantien der erektilen Funktion dargestellt werden.

Mit den Substanzen Yohimbin als Phytopharmakon und insbesondere dem Apomorphin als seit kurzem verfügbaren zentralen Initiator, existieren potente Therapieoptionen der ED, die durch zielgerechten Einsatz in den nachfolgend definierten Patientengruppen gute Therapieerfolge erzielen können. Die zentralen Stimulantien stellen derzeit zusammen mit den Phosphodiesterase-Typ-V-Inhibitoren (PDE-V-Inhibitoren) Sildenafil, Vardenafil und Tadalafil, die ebenfalls im Rahmen einer eigenen Übersichtsarbeit demnächst vorgestellt werden, die einzig verfügbaren effektiven oralen Therapieoptionen der ED dar. Um die optimale Wirkung der jeweiligen Substanz zu erzielen, ist eine sorgfältige Auswahl der Patienten notwendig, die von der Therapie voraussichtlich profitieren werden.

Yohimbin – z.B. Yohimbin Spiegel[®], Yocon Glenwood[®]

Pharmakologie

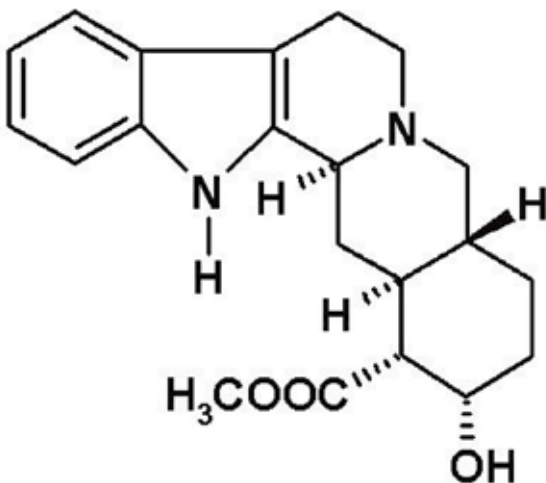
Yohimbin ist die erste zugelassene, oral wirksame Substanz zur Behandlung der ED und wird aus der Rinde des in Zentralafrika beheimateten Yohimbebaumes gewonnen (s. Abb. 1). Das Alkaloid bewirkt über die Blockade zentraler prä-synaptischer Alpha-2-

Rezeptoren eine verstärkte Ausschüttung von Noradrenalin und ggf. auch Adrenalin, was kontrovers diskutiert wird (Galitzky et al. 1990, Murburg et al. 1991, Giuliano & Rampin 1999). Diese Effekte wirken erektionsfördernd ohne die Libido zu beeinträchtigen. In der Peripherie wird ein partieller Antagonismus des Yohimbin bei der Noradrenalin-vermittelten Kontraktion der glatten kavernösen Muskulatur diskutiert (Montorsi et al. 1995, Morales et al. 1995). Neben der antagonistischen Wirkung über post-junktionale Alpha-2-Adrenazeptoren scheint auch ein direkter Effekt auf die vaskuläre Muskulatur möglich (Traish et al. 1999).

Klinische Erfahrungen

Zur Objektivierung der Wirksamkeit des Yohimbin wurden verschiedene, teils doppelblinde, placebokontrollierte Studien durchgeführt. Erste Daten resultieren aus dem Jahre 1987. Morales und Mitarbeiter haben eine placebokontrollierte Studie an 100 Patienten mit organischer ED durchgeführt und konnten nur einen geringfügigen Effekt bei einer Dosierung von 18mg / Tag beobachten. Die Gesamtansprechrage lag bei 44% und unterschied sich damit statistisch nicht signifikant von der Gesamtansprechrage der Placebo-Gruppe (Morales et al. 1987). Eine weitere Studie der gleichen Arbeitsgruppe beobachtete bei einer placebokontrollierten Studie an 48 Patienten mit psychogener ED ebenfalls eine Gesamtansprechrage von 46% nach 10 Wochen und schlussfolgerte, dass der Erfolg der Yohimbin-Therapie unabhängig von der Ursache der ED zu sein scheint (Reid et al. 1987). Susset und Mitarbeiter konnten 1989 bei 82 ED-Patienten eine Erfolgsrate von 34% unter Einsatz von Yohimbin über 4 Wochen mit einer Maximaldosis von 42 mg / Tag beobachten, von denen aber nur 14% die vollständige Wiederherstellung der Erektionsfähigkeit angaben und 20% lediglich eine Verbesserung berichteten (Susset et al. 1989). Im Gegensatz zu o.g. Studien haben Hartmann und Mitarbeiter 1991 nachweisen können, dass die Indikationsstellung bei Einsatz von Yohimbin entscheidend für den Therapieerfolg ist. Während die Yohimbin-Therapie bei nicht-selektionierten Patienten nur in einem marginalen Prozentsatz zum Erfolg führte, wurde bei Patienten mit überwiegend psychogenen oder grenzwertig organogenen Befunden zufriedenstellende Ergebnisse erzielt (Hartmann et al. 1991). Dieses Patientenkontingent scheint in der Studie von Vogt und Mitarbeitern, die 86 Patienten mit erektiler Dysfunktion aber nicht sicher nachweisbarer psychogener oder organischer Ursache, mit 30 mg Yohimbin pro Tag therapiert haben, am besten

Abb. 1: Strukturformel des Yohimbins



definiert worden zu sein. Insgesamt konnte eine statistisch signifikante Erfolgsrate von 71% im Vergleich zu 45% unter Placebo erzielt werden (Vogt et al. 1997). Im Gegensatz hierzu stehen die Ergebnisse von Kunelius und Mitarbeitern sowie Teloecken und Mitarbeitern, die 1997 und 1998 bei 29 bzw. 22 Patienten mit organogener ED keinen statistisch signifikanten Unterschied zu Placebo feststellen konnten, obwohl Teloecken sogar eine Dosis von 100 mg Yohimbin pro Tag applizierte (Kunelius et al. 1997, Teloecken et al. 1998). Trotz dieser negativen Ergebnisse bei Patienten mit ausgeprägter ED organischen Ursprungs, kommen Ernst und Pittler 1998 in ihrer Metaanalyse von 7 Studien zu dem Ergebnis, dass Yohimbin eine wirksame orale Therapieform auch der organogenen ED darstellt, die bei niedrigen Kosten und wenig Nebenwirkungen Placebo überlegen ist, was durch eine aktuelle Studie von Guay und Mitarbeitern, die bei 18 Nichtrauchern mit leichter organischer ED eine Erfolgsrate der Yohimbin-Therapie von 50% feststellen konnten, unterstrichen wird (Ernst et al. 1998; Guay et al. 2002).

Meston und Worcel haben erstmalig Yohimbin allein und in Kombination mit L-Arginin bei der Therapie postmenopausaler sexueller Erregungsstörungen der Frau eingesetzt. Bei Konfrontation der Patientinnen mit erotischem Filmmaterial konnte zwar eine subjektive Steigerung der sexuellen Erregung beobachtet werden, diese unterschied sich aber nicht signifikant von der Placebowirkung (Meston und Worcel 2002).

Mögliche Nebenwirkungen von Yohimbin beschränken sich auf gelegentliche Unruhe, verstopfte Nase, Händezittern und Schlafstörungen. Ein eventueller senkender oder steigernder Einfluss auf den Blutdruck ist in wissenschaftlichen Untersuchungen bisher nicht eindeutig nachgewiesen.

Zu empfehlen ist eine Dosierung von dreimal 5 mg über die ersten drei Tage mit nachfolgender Steigerung auf die Erhaltungsdosis von dreimal 10 mg. Ein Wirkungseintritt ist frühestens nach 14 Tagen zu erwarten, die Therapie sollte über zumindest 6 Wochen fortgeführt werden.

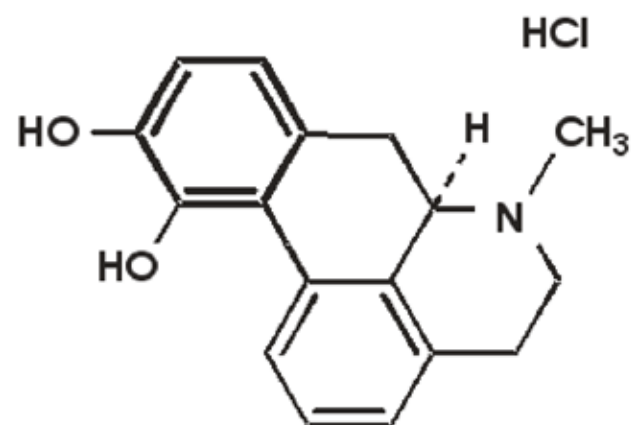
In Zusammenschau der o.g. Ergebnisse scheint Yohimbin bei Patienten mit psychogenen oder beginnend organogenen Befunden zu zufriedenstellenden Ergebnissen zu führen. Patienten mit mittlerer bis schwerer ED organischen Ursprungs sollte diese Therapieform aufgrund des zu erwartenden Misserfolgs nicht offeriert werden.

Apomorphin – z.B. Uprima[®], Ixense[®]

Pharmakologie

Apomorphin bewirkt eine Steigerung der erektionsfördernden Efferenzen ohne Veränderung der Libido. Als Morphinabkömmling hat Apomorphin kaum Ähnlichkeit mit der Ursprungsverbindung und keine potentiell suchterzeugenden, narkotisierenden oder analgetischen Effekte. Es wird durch Einwirkung anorganischer Säure aus Morphin synthetisiert und durch Zerstörung von vier der fünf asymmetrischen Zentren des Morphins neuarrangiert mit Ausbildung einer großen Ähnlichkeit zur Dopaminstruktur (s. Abb. 2) (Altwein und Keuler 2001). Als gemischter D₁ / D₂ Dopaminrezeptoragonist wirkt Apomorphin über eine Bindung an Dopamin 1 und 2 Rezeptoren im zentralen Nervensystem. Der bevorzugte Wirkungsort ist der Nucleus paraventricularis im Hypothalamus mit Dominanz des D₂-Rezeptors, wohingegen in der Area preoptica medialis eine Stimulation der D₁-Rezeptoren zur Erektion führt (Chen et al. 1999, Andersson 2000). Dopamin bzw. Apomorphin bewirken über Stimulation von Neuronen im Nucleus paraventricularis eine Freisetzung von Oxytocin aus den Nervenendigungen im Rückenmark, die erektionsfördernd wirken. Es resultiert eine Senkung der cAMP-Konzentration, die über die NO-Synthetase zur Stickoxyd-Bildung führt, welches schlussendlich für die Erektion notwendig ist. Neben den Dopamin-Rezeptoren spielen auch Serotonin-Rezeptoren eine Rolle bei der Erektionsvermittlung durch Modulation der Reizübertragung in den spinalen Bahnen (Altwein und Keuler 2001). Der proerektile Impuls wird entlang des Rückenmarks über den Nervenplexus des Beckens fortgeleitet, wobei die sympathische Aktivität gehemmt und der Parasympathikus stimuliert wird. Über

Abb. 2: Strukturformel des Apomorphins



die kavernen Nerven und Relaxation der glatten kavernen Muskulatur mit vermehrtem arteriellem Einstrom kommt es nachfolgend zur Gliedversteifung. Apomorphin wird sublingual nach einem Schluck Wasser zur Befeuchtung der Mundschleimhaut zur besseren Resorption appliziert. Es erreicht seine maximale Plasmakonzentration nach 15 – 20 Minuten, die Erektion setzt bei sexueller Stimulation nach 20 Minuten ein. In Deutschland verfügbar sind 2 und 3 mg Dosierungen. Apomorphin wird mit einer Halbwertszeit von 3 Stunden über die Leber metabolisiert, Interaktionen mit ACE-Hemmern, Alpha- oder Beta-Blockern, Kalziumkanalblockern oder Diuretika bestehen nicht. Auch eine parallele Nitrat-Medikation stellt keine Kontraindikation dar (Altwein & Keuler 2001).

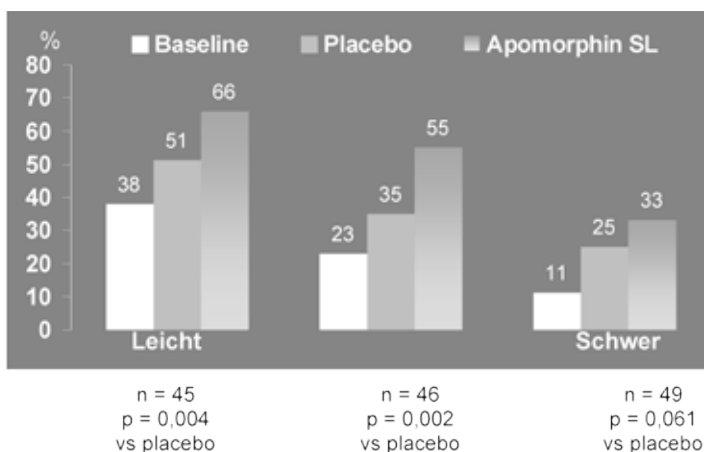
Klinische Erfahrungen

Die proerektile Wirkung des Apomorphins ist bereits seit langer Zeit bekannt. Neben der Erektionsverstärkung bei gesunden Freiwilligen 1984, konnte 1991 ein positiver Effekt des Apomorphins bei Patienten mit psychogener ED nachgewiesen werden (Lal et al. 1984, Segraves et al. 1991). Im Rahmen der Markteinführung des Apomorphins in Deutschland Mitte des Jahres 2001 wurden multiple Studien zur Wirksamkeit und Verträglichkeit der Substanz bei allen Formen der erektilen Dysfunktion durchgeführt. Ein großer Teil der Studien beruht auf einem Patientenkollektiv mit erhaltener erektiler Restfunktion als Zielgruppe, Prä-Marketing Studien erfolgten aber auch unter Einbeziehung aller Schweregrade der erektilen Dysfunktion. Dula und Mitarbeiter haben die Wirksamkeit und Sicherheit von 3 mg Apomorphin im Vergleich zu 4 mg Apomorphin und Placebo an 269 Männern mit ED aller Schweregrade über 12 Wochen in einer doppel-

blinden, randomisierten Studie überprüft. Die Applikation von 3 mg Apomorphin führte hier zu einer signifikant höheren Rate an Erektionen, die ausreichend für den vaginalen Geschlechtsverkehr (GV) waren (50 zu 32%) und zu einer erhöhten GV-Rate (48 zu 34%). Die 4 mg-Dosierung führte nicht zu einer Verbesserung der Wirksamkeit, aber zu einer vermehrten Übelkeitsrate von 14% im Vergleich zu 3% unter 3 mg Dosierung (Dula et al. 2001). Zwei weitere placebo-kontrollierte, doppelblinde Studien an 252 Patienten mit ED konnten ebenfalls eine signifikante Überlegenheit des Apomorphins gegenüber Placebo in der 2 mg Dosierung nachweisen, da jeweils 10% mehr Patienten der Apomorphin-Gruppe Erektionen erzielten, die einen GV ermöglichten (Mirone und Stief 2001). Ein Vergleich der 2, 3 und 4 mg Dosierung in einer doppelblinden, randomisierten Studie an 507 Patienten zeigte eine Überlegenheit der 3 mg Dosierung gegenüber 2 mg, da 41% der Patienten im Vergleich zu 33% in mehr als 50% der Versuche in der Lage waren, den GV zu vollziehen. Eine Steigerung der Dosis auf 4 mg zeigte keinen weiteren proerektilen Effekt, sondern führte nur zu vermehrter Übelkeit (Mirone & Stief 2001). Um die maximale Effektivität der Apomorphin-Therapie beurteilen zu können, ist nach Heaton und Mitarbeitern die Einnahme der 3 mg Dosierung mindestens 4 mal in Folge notwendig. Optimal ist die Einnahme bis zu 8 mal, da durch die mehrfache Einnahme ein Trainingseffekt entsteht, der erst die definitive Beurteilung der Effektivität ermöglicht (Heaton et al. 2002). Bei Beginn mit der 2 mg Dosis, können Nebenwirkungen wie Übelkeit und Benommensein nach Mehrfachgebrauch auch bei Steigerung auf 3 mg unter 5% gesenkt werden. In seltenen Fällen wurden Synkopen beobachtet, die selbstlimitierend waren und insgesamt Ausnahmeerscheinungen im durch Übelkeit und Benommensein geprägten Nebenwirkungsspektrum des Apomorphins darstellen (Buvat und Montorsi 2001).

Apomorphin ist insbesondere bei Patienten mit psychogener sowie milder bis mittelschwerer organogener erektiler Dysfunktion und erhaltener erektiler Restfunktion wirksam. Bei zunehmender Schwere der erektilen Dysfunktion sinkt die Erfolgsrate. So führt die Applikation von 3 mg Apomorphin bei milder ED noch in 66% der Fälle zu einer ausreichenden Erektion für den GV pro Versuch (n= 45 Pat.), reduziert sich aber auf 55% bei Patienten mit moderater ED (n= 46 Pat.) und auf eine Erfolgsrate von 33% bei Patienten mit schwerer ED (n= 49 Pat.) (s. Abb. 3) (Daten der Takeda Pharma GmbH, Aachen). Wenngleich Heaton 2001 in einer Übersichtsarbeit von 3 doppelblinden, placebokontrollierten Phase-III-Studien zur Verträglichkeit und Wirksamkeit von Apomorphin über 71%

Abb. 3: Ausreichende Erektionen für den Geschlechtsverkehr pro Versuch in Abhängigkeit von der Schwere der ED (3 mg Apomorphin SL im Vergleich zu Placebo) (Daten von der Takeda Pharma GmbH, Aachen, zur Verfügung gestellt).



Patienten mit moderater bis schwerer ED berichtet, die bei einer Dosierung von 4 mg in 55% der Versuche in der Lage waren den GV zu vollziehen, scheinen sich diese Ergebnisse bei Einsatz der verfügbaren 3 mg Dosierung in der täglichen Praxis bei Patienten mit schwerer ED nicht zu bestätigen (Heaton 2001). Aufgrund der o.g. Daten von Heaton aus dem Jahre 2001 wird in den Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Libido- und Erektionstörungen eine ähnliche Effektivität des Apomorphins mit den PDE-V-Inhibitoren angenommen, die aber noch nicht durch vergleichende Studien nachgewiesen werden konnte (Kurzgefasste Leitlinien 2002). Ergebnisse einer derzeit laufenden Studie zum direkten Vergleich von Apomorphin und Sildenafil liegen noch nicht vor, dürfen aber mit Spannung erwartet werden.

Neben der Patientenselektion ist die korrekte sublinguale Anwendung und die parallele sexuelle Stimulation, wie von den PDE-V-Inhibitoren bekannt, entscheidend für den Therapieerfolg.

Kombination mit anderen Präparaten

Daten über Kombinationstherapien mit anderen Substanzen sind bislang rar. Dennoch haben Lammers und Mitarbeiter die oralen Therapiekombinationen von 40 mg Phentolamin + 6 mg Apomorphin oral, 40 mg Phentolamin + 150 mg Papaverin, 40 mg Phentolamin + 6 mg Apomorphin + 150 mg Papaverin im Vergleich zu 100 mg Sildenafil untersucht. Es zeigte sich für alle Therapieformen einen signifikanten Effekt ohne statistisch signifikante Unterschiede untereinander. Trotz der Schlussfolgerung des Autors, dass Apomorphin in Kombination mit Phentolamin eine gut tolerierte Therapieoption mit wenig Nebenwirkungen darstellt, sollte diese Studie aufgrund der oralen und nicht sublingualen Applikation und der 6 mg Dosis insgesamt kritisch betrachtet werden (Lammers et al. 2002).

Schlussfolgerung

Die zentral wirksamen Medikamente zur Verbesserung der erektilen Funktion stellen einen wichtigen Teil der derzeit verfügbaren Therapieoptionen der ED dar. Sie nehmen eine Schlüsselstelle zwischen den lokal applizierbaren Substanzen wie dem PGE1 mit der Einbusse an Komfort durch intrakavernöse oder intraurethrale Applikation und den oral verfügbaren PDE-V-Inhibitoren mit der absoluten Kontraindikation der Nitrat-Einnahme ein. Durch die Möglichkeit der Einnahme trotz paralleler Nitrat-Medikation und die orale Applikationsform stellen sie insbesondere für Patienten mit Abneigung gegen die intrakavernöse

Selbstinjektion oder kardialer Vorschädigung und Notwendigkeit der Nitrat-Medikation die Alternative der ersten Wahl bei ED dar.

Trotz des zentralen Wirkmechanismus des Yohimbins und des Apomorphins handelt es sich aber um vollständig unterschiedliche Substanzklassen, die sich insbesondere in der zu erwartenden Wirkung stark unterscheiden. Nur durch Einsatz in streng definierten Patientenkollektiven können die o.g. Erfolgsraten bei der Therapie der ED erzielt werden. Hier ist zu unterstreichen, dass Yohimbin nur bei Patienten mit psychogener und grenzwertig organogener ED zufriedenstellende Ergebnisse erwarten lässt. Apomorphin hingegen ist insbesondere bei Patienten mit leicht bis moderater ED jeglicher Genese indiziert und führt dort zu guten Ergebnissen.

Literatur

- Altwein, J.E.; Keuler, F.U. (2001): Oral treatment of erectile dysfunction with apomorphine SL. *Urol Int* 67: 257-263.
- Anderson, K.E. (2000) Neurotransmitters: Central and peripheral mechanisms. *Int J Impot Res* 12: 26-33.
- Buvat, J.; Montorsi, F. (2001) Safety and tolerability of apomorphine sl in patients with erectile dysfunction. *BJU Int*: 88: 30-35.
- Chen, K.K.; Chan, J.Y.; Chang, L.S. (1999): Dopaminergic neurotransmission at the paraventricular nucleus of hypothalamus in central regulation of penile erection in the rat. *J Urol* 162: 237-242.
- Dula, E.; Bukzofer, S.; Perdok, R.; George, M. (2001): Double-blind, crossover comparison of 3 mg apomorphine sl with placebo and with 4 mg apomorphine sl in male erectile dysfunction. *Eur Urol* 39: 558-564.
- Ernst, E.; Pittler, M.H. (1998): Yohimbin for erectile dysfunction: a systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *J Urol* 159: 433-436.
- Galitzky, J.; Riviere, D.; Tran, M.A.; Montastruc, J.L.; Berlan, M. (1990): Pharmacodynamic effects of chronic yohimbine treatment in healthy volunteers. *Eur J Clin Pharmacol* 39: 447-451.
- Giuliano, F.; Rampin, O. (1999): Alpha receptors in the central nervous system and its effects on erection. *J Androl* 20: 683-687.
- Guay, A.T.; Spark, R.F.; Jacobson, J.; Murray, F.T.; Geisser, M.E. (2002): Yohimbine treatment of organic erectile dysfunction in a dose-escalation trial. *Int J Impot Res* 14: 25-31.
- Hartmann, U.; Stief, C.G.; Djamilian, M. (1991): Therapieversuch der erektilen Dysfunktion mit oraler Medikation bei selektionierten Patienten. *Urol B* 31: 204-207.
- Heaton, J.P. (2001): Key issues from the clinical trials of apomorphine SL. *World J Urol* 19: 25-31.

- Heaton, J.P.; Dean, J.; Sleep, D.J. (2002): Sequential administration enhances the effect of apomorphine in men with erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 14: 61-54.
- Kunelius, P.; Hakkinen, J.; Lukkarinen, O. (1997): Is high dose yohimbine hydrochloride effective in the treatment of mixed-type impotence? A prospective, randomized, controlled double-blind crossover study. *Urology* 49: 441-444.
- Kurzgefasste Interdisziplinäre Leitlinien 2002, 3. Auflage (2002) Deutsche Krebsgesellschaft (Hrsg.), Zuckschwerdt-Verlag, München, Bern, Wien, New-York (ISBN: 3-88-603-7762) (zu beziehen über: www.urologenportal.de)
- Lal, S.; Ackman, D.; Thavundayil, J.X. (1984): Effect of apomorphine, a dopamine receptor agonist, on penile tumescence in normal subjects. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 8: 695-699.
- Lammers, P.I.; Rubio-Auriales, E.; Castell, R.; Castaneda, J.; Ponce de Leon, R.; Hurley, D.; Lipezker, M.; Loehr, L.A.; Lowrey, F. (2002): Combination therapy for erectile dysfunction: a randomized, double-blind, unblinded active-controlled, cross-over study of the pharmacodynamics and safety of combined oral formulations of apomorphine hydrochloride, phentolamine mesylate and papaverine hydrochloride in men with moderate to severe erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 14: 54-60.
- Meston C.M.; Worcel, M. (2002): The effects of yohimbine plus L-arginine glutamate on sexual arousal in postmenopausal women with sexual arousal disorder. *Arch Sex Behav* 31: 323-332.
- Mirone, V.G.; Stief, C.G. (2001): Efficacy of apomorphine in erectile dysfunction. *BJU Int* 88: 25-29.
- Montorsi, F.; Guazzoni G.; Rigatti, P.; Pozza, G. (1995): Pharmacological management of erectile dysfunction. *Drugs* 50: 465-479.
- Morales, A.; Condra, M.; Owen, J.A.; SurrIDGE, D.H.; Fenemore, J.; Harris, C. (1987): Is Yohimbine effective in the treatment of organic impotence. Results of a controlled trial. *J Urol* 137: 1168-1172.
- Morales, A.; Heaton J.P.; Johnston, B.; Adams, M. (1995): Oral and topical treatment of erectile dysfunction: present and future. *Urol Clin north Am* 22: 879-886.
- Murburg, M.M.; Villacres, E.C.; Ko, G.N.; Veith, R.C. (1991): Effects of Yohimbine on human sympathetic nervous system function. *J Clin Endocrinol Metab* 73: 861-865.
- Reid, K.; SurrIDGE, D.H.; Morales, A.; Condra, M.; Harris, C.; Owen, J.; Fenemore, J. (1987): Double-blind trial of yohimbine in treatment of psychogenic impotence. *Lancet* 22: 421-423.
- Seagraves, R.T.; Bari, M.; Seagraves, K.; Spirnak, P. (1991): Effect of apomorphine on penile tumescence in men with psychogenic impotence. *J Urol* 145: 1174-1175.
- Susset, J.G.; Tessier, C.D.; Wincze, J.; Bansal, S.; Malhora, C.; Schwacha, M.G. (1989): Effect of yohimbine hydrochloride on erectile impotence: a double-blind study. *J Urol* 141: 1360-1363.
- Teloeken, C.; Rhoden, E.L.; Sogari, P.; Dambros M.; Souto, C.A.V. (1998): Therapeutic effects of high dose yohimbine hydrochloride on organic erectile dysfunction. *J Urol* 159: 122-124.
- Traish, A.M.; Kim, N.N.; Goldstein, I.; Moreland, R.B. (1999) Alpha-adrenergic receptors in the penis: identification, characterisation, and physiological function. *J Androl* 20: 671-682-
- Vogt, H. J.; Brandl, P.; Kockott, G.; Schmitz, J.R.; Wiegand, M.H.; Schadrack, J.; Gierend, M. (1997): Double-blind, placebo-controlled safety and efficacy trial with yohimbine in the treatment of non-organic erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 9: 155-161.

Adresse der Autoren

Dr. med. Tim Schneider, Dr. med. Herbert Sperling, Prof. Dr. med. Dr. h.c. Herbert Rübben, Urologische Universitätsklinik Essen, Hufelandstr. 55, 45122 Essen, mail: tim.schneider@uni-essen.de

Die HIV-Epidemie in Deutschland. Die Ahnungslosen, die Uneinsichtigen, die Über- träger therapieresistenter HIV-Infektionen

Reinhard H. Dennin, Michael Lafrenz

The HIV epidemic in Germany. People unaware of their infection, people lacking of discernment, the transmitters of therapy-resistant HIV

Abstract

An analysis is given regarding the current concepts for the prevention of the spread of HIV/AIDS in Germany. This is in view of almost not considered interrelations as to rights and duties with the requirements of human rights and the idea of solidarity by those being hit by HIV.

Key words: HIV, AIDS, Prevention, Control of behavior

Zusammenfassung

Die derzeitigen Konzepte zur Prävention von HIV/AIDS in Deutschland werden analysiert mit Blick auf bisher kaum beachtete Zusammenhänge zu Rechten und Pflichten der von der HIV-Infektion Betroffenen mit den Vorgaben der Menschenrechte und der Solidaridee.

Schlüsselwörter: HIV, AIDS, Prävention, Verhaltenssteuerung

Angesichts der seit einigen Jahren etwa konstanten Rate der jährlichen HIV-Erstdiagnosen (HIV: Human Immunodeficiency Virus; AIDS: Aquired Immunodeficiency Syndrome) in Deutschland – trotz laufender Präventionskampagnen – drängen sich Fragen nach den kollektiv- und individual-psychologischen Hintergründen für diese Dynamik auf. Ist die offiziöse Einschätzung Nordamerika und Europa betreffend „Die HIV/AIDS-Epidemie ist unter Kontrolle, aber keineswegs gestoppt“ beruhigend? (RKI 2001a). Darf sich die Öffentlichkeit mit dieser Einschätzung in Sicherheit wiegen? Unsere Analyse kommt aufgrund aktueller Entwicklungen zu einer anderen prognostischen Sichtweise.

Die HIV-Infektion: Einordnung aus epidemiologischer und juristischer Sicht

Grundsätzlich ist die HIV-Infektion nicht ‚community aquired‘ wie Polio-, Hepatitis A¹ (RKI 2001b) oder Windpockeninfektionen, sondern Folge einer aktiven, individuellen Handlung. Die Ausbreitung der HIV-Infektion folgt den Transmissionsmechanismen einer Tardivepidemie, hier durch persönlichen, intensiven Kontakt des Infizierten mit anderen Menschen, meist durch Sexualverkehr, bedingt – abgesehen von besonderen Situationen wie vertikale Transmission, Transfusion u.a. Bei i.v. Drogenabhängigen ist das ‚Vehikel‘ Nadel oder die komplette Spritze im Fall von ‚needle sharing‘ ein spezielles Sonderproblem. Abstrahiert von jeder stigmatisierenden Vorstellung heißt die Konsequenz im Klartext: HIV-Infizierte sind die weitertragenden Kräfte der regionalen Epidemien als Teil der HIV-Pandemie – nebst den risikofähigen, noch nicht infizierten Partnern.

AIDS ist eine schwere, durch HIV ausgelöste Schwächung des körpereigenen Abwehrsystems mit den bekannten fatalen Folgereaktionen. Mit der Progression zum Stadium AIDS wird der Körper wehrlos gegen viele Krankheitserreger und anfällig für Tumoren, die ein immun-kompetenter Mensch ohne Probleme abwehrt. HIV wird zeitlebens nicht aus dem infizierten Organismus entfernt (Pomerantz 2002), ein Phänomen, das auch von anderen humanpathogenen Viren, z.B. Mitgliedern der Herpesvirusfamilie bekannt ist, bei diesen aber offensichtlich längst zu einem evolutionär-regulierten Gleichgewicht ausbalanciert worden ist, das für die Infizierten i.d.Regel nicht tödlich ist.

Durch die gesundheitliche Schädigung der HIV-Übertragung, einer „Infektion mit meist infauster

¹ Für das Hepatitis A-Virus sind Ausnahmen zu beachten!

Prognose“, wird das grundgesetzlich geschützte Recht auf körperliche Unversehrtheit beschädigt – im weiteren Sinne schließlich als eine Verletzung der Menschenwürde des Neu-Infizierten anzusehen (Die Würde des Menschen ist unantastbar; Art 1, Abs 1, Grund-G). „... the protection of human health is indispensable for the protection of human rights ...“ (Piot 1997). Eine Beeinträchtigung der Menschenwürde erfüllt für den Einzelnen aber unmittelbar keinen zivil- oder strafrechtlichen Tatbestand; es wären in den angesprochenen Situationen lediglich innerlich verpflichtende ethisch/moralische, religiös oder weltanschaulich begründete Wertevorstellungen beeinträchtigt. Die durch die Schwächung des körpereigenen Immunsystems ausgelösten Krankheiten führen nach langer Zeit schließlich zum Tode, so dass die Infizierten sinngemäß als die „Todgeweihten“ bezeichnet werden (Unschuld 2000).

Die Manifestationszeit zum Stadium AIDS: Folgen der langen, asymptomatischen Phase

Bereits 1987 zeichnete sich eine ungewöhnlich lange ‚Inkubationszeit‘ der HIV-Infektion ab (Stille & Helm 1987). In den westlichen Industriestaaten wird ohne antiretroviral medikamentöse Intervention innerhalb einer mittleren ‚Manifestationszeit‘ von zehn Jahren bei etwa 50% der HIV-Infizierten das Stadium AIDS erreicht. Davon ausgenommen ist ein noch nicht genau bekannter Anteil HIV-Infizierter, der teilweise bis zu 20 und mehr Jahren keine Progression zu AIDS zeigt. Diese so genannten ‚long term non-progressors‘ (LTNPr) (Montaner 2001) sind aber ebenfalls als infektiös einzustufen. Ob die HIV-Infektkette bei ihnen zum Abbruch kommt, hängt im wesentlichen von dem Verhalten des HIV-Trägers ab.

Vor diesem Hintergrund sind u.a. die Ursachen für die kürzlich vom AIDS-Zentrum des Robert-Koch-Instituts (RKI) veröffentlichten Daten zu sehen: Etwa vier von fünf, d.h., 80% der Patienten wußten bis zur Erstdiagnose AIDS nicht von ihrer HIV-Infektion „oder sie wurden vor ihrer AIDS-Diagnose nicht mit antiretroviralen Medikamenten behandelt, obwohl das Vorliegen einer HIV-Infektion bereits längere Zeit bekannt war“ (RKI 2000c, 2002). Zu diesen Befunden wird richtig nur auf die ‚entgangenen frühzeitigen Behandlungsmöglichkeiten‘ hingewiesen, die langfristigen Konsequenzen wegen der potentiellen ‚stillen‘ Ausbreitung der HIV-Infektion werden aber nicht mitbedacht: Zumindest während dieser Zeit vor der HIV-

Erstdiagnose kann von ahnungslosen HIV-Positiven die Infektion weiter verbreitet werden, abhängig vom persönlichen Lebensstil – wie Promiskuität –, von kulturellen, sozialen Hintergründen und der Übertragbarkeitseffizienz des HIV, die durch weitere Faktoren wie z.B. genitale Infektionen (Syphilis, Herpes genitales u.a.) beeinflusst wird. Diese ‚ahnungslos‘ HIV-Infizierten stellen ein brisantes HIV-Infektionspotenzial dar: im Verlauf der über viele Jahre sich unauffällig hinziehenden Progression bis zum Stadium AIDS baut sich durch sie unbemerkt und stetig eine Akkumulation von HIV-Infizierten mit dynamischer Verbreitungstendenz auf. Sie bilden ein wachsendes aber verborgenes Reservoir, aus dem über Jahrzehnte – womöglich über Generationen? – unerkannt Neuinfektionen gespeist werden. Hierin liegt eine derzeit unkalkulierbare Gefahr (s. Kapitel Ausblick).

Für die USA – gegenüber Europa mit einem zeitlichen Vorlauf von einigen Jahren zu sehen – wurden Zahlen zu diesen nichts Böses ahnenden HIV-Infizierten veröffentlicht: etwa 300.000 Personen wissen dort nicht von ihrer HIV-Infektion bei einer jährlichen Rate an HIV-Erstdiagnosen von ca. 40.000 (Susman 2002). Für Deutschland liegen offizielle Zahlen zu diesen ahnungslosen HIV-Trägern nicht vor; nur die Zahl der ‚Neuinfektionen‘ wird für das Jahr 2002 mit ca. 2000 angegeben. Bedrohlich sind ferner Migranten aus Hochprävalenzländern (HPL), z.B. aus den ehemaligen GUS-Staaten mit hohen Anteilen an Prostituierten und der ‚Sextourismus‘ von Deutschland in Hochprävalenzländer. Der Anteil HIV-Positiver aus HPL insgesamt wird unter den ‚Neuinfektionen‘ im Jahr 2002 auf 23% geschätzt. Diese Entwicklungen blieben in den bisherigen Konzeptionen zur Prävention von HIV/AIDS weitgehend unbeachtet.

Die antiretrovirale ‚Therapie‘ (ART, HAART)

Die Erfahrung zeigt, dass ART bzw. HAART vielen HIV-Patienten neue Lebensqualität und mehr lebenswerte Jahre gebracht haben; durchaus nüchtern lauten hingegen die offiziellen Einschätzungen dieses Erfolges: „Die erreichbaren Ergebnisse werden aber auch sehr viel realistischer gesehen. Vor allem ist klar geworden, dass die Dauerbehandlung mit den Medikamenten auch ihren Preis in Form von Nebenwirkungen fordert“ (RKI 2001d). Auch ist mit den antiretroviralen Interventionen nach derzeitigem Kenntnisstand HIV nicht aus dem infizierten Organismus zu eradizieren. „Es gibt keine wissenschaftlich gesicherten Belege dafür, dass HIV-infizierte Menschen, bei denen mit den heute verfügbaren Medikamenten-

Kombinationen die im Blut nachweisbare Menge an HIV stark gesenkt werden konnte, deswegen nicht mehr infektiös sein können“ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2001). Dieser Umstand ist zu vielen Patienten, die unter antiretroviraler Therapie stehen, nicht bewusst! Grenzwerte zur HI-Viruslast zwecks Einschätzung von Transmissionsrisiken sind zunächst nur als statistische Aussage zu werten, die in Langzeitbeobachtungen evaluiert werden müssen. Wenn sie sich als richtig erweisen, besteht Änderungsbedarf zu einigen Basisvoraussetzungen der bisherigen Präventionsstrategien (Hosseinipour et al. 2002). Neben den Resistenzentwicklungen ist auch die Compliance ein Problem. Zu letzterem sind durch Entwicklung von Kombinationspräparaten und Medikamenten mit neuen Wirkmechanismen bereits Verbesserungen zu verzeichnen; auch neue Formulierungen und darüber hinaus ein optimiertes Therapie-Management werden sich vorteilhaft auswirken.

HIV-Isolate mit Resistenzen gegen ART/HAART per se als Resultat des Selektionsdrucks durch die antiretroviralen Medikamente sind wegen der hohen Mutationsrate des HIV-Genoms keine Überraschung:

1. Nach den im vergangenen Jahr vom RKI veröffentlichten Erhebungen liegt der Anteil resistenter HIV-Isolate von therapie-naiven Neuinfizierten bei mindestens 12% (RKI 2001e). Diese Entwicklungen – die sich nicht nur auf den deutschen Bereich beschränken (Little et al. 2002) – bereiten den HIV-Therapeuten Sorge, werden doch die Erfolge der antiretroviralen Behandlung durch die Transmission therapieresistenter HIV teilweise zunichte gemacht – abgesehen von den Belastungen für die Versicherungsgemeinschaft durch die Kostenübernahme für Resistenzbestimmungen bei therapie-naiven Neuinfizierten.

2. Das daraus resultierende zweite Problem bereitet in der Langzeitperspektive Unbehagen, weil es die Uneinsichtigkeit Betroffener zu erhofften Verhaltensänderungen belegt. Denn nicht erwähnt wird die langfristig zu sehende epidemiologische Facette dieser Zahlen: Ein noch nicht exakt zu quantifizierender Anteil anti-retroviral Behandelter gibt wissentlich – sicherlich meist ohne Wollen – seine HIV-Infektion weiter mitsamt den bereits (partiell oder voll-) resistenten HIV – allen Botschaften der Präventionskampagnen zum Trotz! Es muß ein durchaus diskutabler Standpunkt und nicht a priori Diskriminierung sein, ein derart egozentrisches Verhalten von Betroffenen, die unter ART oder HAART stehen, zu thematisieren. Warnungen zu diesen Resistenzentwicklungen verbunden mit wissentlicher Weitergabe der HIV-Infektion haben dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) frühzeitig vorgelegen – es wurde jedoch kein

Handlungsbedarf gesehen. Das RKI warnt korrekt mit der Einschätzung: „Trotz der Therapiemöglichkeiten bleibt AIDS eine tödliche Erkrankung! Die Bemühungen um eine bestmögliche Prävention dürfen nicht nachlassen!“ (RKI 2001f).

Die Präventionskampagne gegen die Ausbreitung von HIV

Seit Auftreten von HIV-Infektionen in Deutschland und Erkennen ihrer gesundheitspolitischen Bedeutung wurde die Notwendigkeit gesehen, mit Präventionskampagnen der epidemischen Ausbreitung gegen zu steuern. Sie wurden 1985 von der Bundesregierung eingeleitet mit dem Ziel und Slogan „Gib AIDS keine Chance“. Die Konzeption beinhaltet im wesentlichen:

- ▶ die Vermittlung eines hohen Wissensstandes in der Bevölkerung über Ansteckungsrisiken, Nichtrisiken und Schutzmöglichkeiten;
- ▶ die Motivation zur Kondombenutzung besonders in Risikosituationen als Voraussetzung für ‚safer sex‘;
- ▶ die Schaffung und Stützung eines gesellschaftlichen Klimas gegen Ausgrenzung und Diskriminierung Betroffener – verbunden mit begleitender Forschung und Evaluierungsmanagement (Töplich et al. 2001).

Die aktuellen Präventionskonzepte enthalten damit richtige Elemente, insgesamt Botschaften, die es vorbehaltlos zu unterstützen gilt, mit denen der Ausbreitung der HIV-Infektion sicherlich entgegen gewirkt werden konnte; aber die Konzepte müssen neuen Erkenntnissen zufolge weiterentwickelt werden. Für den epidemiologischen AIDS-Experten kann allerdings die Strategie des Abwartens „... dass sich Verhaltensänderungen nicht innerhalb kurzer Zeiträume erreichen lassen...“² nur als Teilaspekt der Beschwichtigung angesehen werden. Bei solchem Beharren droht Erstarrung.

Es fehlen unmissverständliche Hinweise auf die Zielgruppe der HIV-Positiven und auf die nachhaltige Verantwortlichkeit der bereits Infizierten³. Es darf keine Tabus geben, die Auswirkungen einer wissentlich oder unwissentlich erfolgten HIV-Übertragung differenzierend zu thematisieren, verständlich dargestellt auch für die Kommunikation mit sozialen Randgruppen und fremdsprachlichen Mitbürgern, weil letz-

² Entnommen einer Korrespondenz mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

³ Abgesehen von allgemeinen Aktionen wie „Männer (eine Hauptbetroffenengruppe) stellen sich der Verantwortung“; s. RKI: Zum Welt AIDS-Tag 2000; Epid Bull 48/2000: 379

tere wegen der zunehmenden Anteile von Migranten aus Hochprävalenz-Ländern derzeit mit ca. 23% an HIV-Erstdiagnosen vertreten sind. „Gib Aids keine Chance“, „AIDS geht alle an“ oder auch „Kampf gegen AIDS“ sind zwar medienprägnante Präsentationen, mit denen aber die konkreten Gefahren nur symbolhaft in das Bewusstsein der Allgemeinheit gerückt werden. Zahlreiche Plakat-Aktionen für Kondomwerbung sind leider zu l'art pour l'art Effekten ausgeartet – wobei der heimtückische Hintergrund ‚AIDS‘ auf kärgliche Anteile – bis auf etwa 1/100 der Gesamtwerbefläche – reduziert ist. AIDS ist zudem ein anonymer, weil eben nur symbolhafter Gegner, der selbst nicht besiegt werden kann; derart plakative Slogans lenken ab vom vorrangigen Ziel: die eigentlichen Ursachen für die HIV/AIDS-Epidemie liegen im Fehlverhalten zu vieler wissend HIV-Infizierter, den ahnungslos Infizierten und schließlich den risikoanfälligen, aber noch HIV-unerfahrenen Menschen. Insbesondere für die derzeit zahlenmäßig ‚unbekannte‘ Gruppe der unerkannten, ahnungslos HIV-Infizierten fehlen Konzeptionen, um sie ausfindig zu machen, sie als Zielgruppen zu konkretisieren zwecks Einbeziehung in neu zu gestaltende präventive Maßnahmen.

Ein Anstoß für diese sozialetischen Überlegungen ist auch folgendes Beispiel; es illustriert die parasoziale Einstellung eines real Betroffenen und seines potenziell gefährdeten Partners: Auf einer Internetseite der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. (DAH 2003) ist zu lesen: „*Michael (34 Jahre, HIV-positiv, in Rente): Wir gehen das Risiko bewusst ein, obwohl ich positiv bin und André nicht.... Wenn beide das wissen und es trotzdem ohne Gummi machen, dann ist es für meinen Begriff in Ordnung. André: Wenn doch mal was passiert, dann ist das meine eigene Schuld.*“ Wenn eine zwar nicht strafbewehrte Grenzüberschreitung oder auch dieses sozial-anthropologisch Unrecht befürwortende Verhalten nicht einen eindeutigen Protest hervorruft, sondern auf Ungebundenheit mit Inkaufnahme von Restrisiko hingewiesen wird, dann geschieht unseres Erachtens eindeutig zu wenig, dann erweist sich das liberale, gesellschaftliche Schonräume zubilligende Präventionskonzept als unzureichend (siehe auch vorangehenden Beitrag, Wille et al. 2002). Bei allem Verständnis für den modernen ‚way of life‘ mit dem Trend zur maximierten Selbstverwirklichung repräsentiert das Beispiel von Michael und André: Als mitmenschlich zu verantwortendes Verhalten steht es beispielhaft für die voranschreitende Verflachung der Solidaridee! Die hedonistische Komponente in der sexuellen Begegnung verbunden mit einem bagatellisierenden Egoismus in der Partnerschaft muß von den politisch Verantwortlichen einkalkuliert werden. Solches Verhalten erweist sich als kontraproduktiv im

Sinn der oftmals von Politikern beschworenen „Solidarität mit Betroffenen“, weil es sogar Irritationen bei der hilfsbereiten Solidargemeinschaft provozieren kann. Auch wenn Abwägungen anklingen: Als Kontrapunkt muß die einzig richtige, präventionskonforme Botschaft der Deutschen Aids-Hilfe hier unmissverständlich lauten: Kein Risiko! Es gibt keinen Rechtfertigungsgrund, sich davon abweichend zu verhalten.

Es fehlen überdies positiv bestärkende Präventionskonzepte mit dem Ziel wie ‚Miteinander kann es geschafft werden‘. Dies schließt ein: Alle Betroffenen müssen aktive Mitarbeit leisten, um das mittelfristig drohende Unheil einzudämmen! Gefragt ist Kooperation mit dem Gemeinwesen, dessen Hilfe man in Anspruch nimmt. Es sollte zumindest öffentlich angebracht werden, wieviel Solidarität von HIV-Infizierten für das Gemeinwohl zu erwarten oder eventuell sogar einzufordern ist. Solidarität ist nicht als Einbahnstraße zu verstehen! (Marks et al. 1999).

Das AIDS-Zentrum des RKI bemerkt zutreffend: „HIV-Infektionen und AIDS müssen aber als tödliche Bedrohung und zugleich **vermeidbare Gefahr** weiter sehr ernst genommen werden“ (RKI 2000g).

Problematik der aktuellen Präventionskampagnen

Den verantwortlichen Entscheidungsträgern war bewusst, dass sich mit den gegenwärtigen Konzepten die jährlichen HIV-Inzidenzen, gemessen an den HIV-Erstdiagnosen, nicht auf Null zurückführen lassen. Nur, wird es mit an die Vernunft appellierenden Interventionsaussagen überhaupt möglich sein, noch mehr Menschen als bisher dauerhaft und kontinuierlich vom Risikoverhalten abzubringen? Genügen hierzu die bekannten Präventions- und Beratungsangebote? Aufgrund der Erfahrungen sind die an sich richtigen Botschaften unzulänglich entwickelt, um noch mehr Betroffene im Sinn der gebotenen Verhaltensänderungen zu beeinflussen. Vorausschauende Entwürfe als Konsequenz aus falschen Einschätzungen menschlichen Verhaltens angesichts einer auf individuellen, zwischenmenschlichen Handlungen basierenden Epidemie sind nicht erkennbar. Hoffnungen wie, „dass sich Verhaltensänderungen nicht innerhalb kurzer Zeiträume erreichen lassen...“ (vgl. Fußn. 2) sind längst überholt, durchaus ad absurdum geführt; irrixe Annahmen sind zur Genüge untermauert durch Studien, die das zunehmende und auch veränderte Risikoverhalten aufzeigen, das sich nicht nur bei den ‚klassischen‘ STDs widerspiegelt sondern sich auch auf die Übertragung von HIV-Infektionen auszuwirken scheint (RKI 2001h). Diese Entwicklungen wer-

den europaweit und in den USA beobachtet. Angesichts desillusionierender Erfahrungen und drastisch gekürzter Etats mutet die zutreffende Mahnung der BZgA „Vergessen ist ansteckend“ wie eine Beschwichtigungsformel an.

Wie ist die Entwicklung über die aktuelle epidemiologische Lage hinaus einzuschätzen, die mit der lange Zeit unbemerkt ablaufenden HIV-Ausbreitung verbunden ist? Strafrechtlich kann ein Mensch nur für vermeidbares Verhalten belangt werden. Bewusst fahrlässige oder bedingt vorsätzliche Täterschaft setzt Wissen voraus. Eine effektive HIV-Prävention muß somit zwischen Wissenden und Ahnungslosen unterscheiden.

Das Dilemma

Zweifellos gilt es, sorgfältig und behutsam zwischen den bisher thematisierten Botschaften zu Verhaltensänderungen im Sinne von „AIDS geht uns alle an“ und mehr restriktiven Maßnahmen zu balancieren. Mit letzteren ist die Gefahr des ‚Abtauchens‘ nicht solidarisch eingestellter Mitbürger verbunden, die von ihrer Infektion mit HIV wissen oder ahnen. Damit wurde sogar die Gefahr einer möglichen ‚Kriminalisierung‘ solcher unsolidarischen Mitbürger angedeutet. Diese Sicht kommt einer einseitigen, unreflektierten Vorteilnahme für Betroffene gleich: nur deren Rechte ‚gegen‘ aber nicht Verpflichtungen ‚für‘ die Gesellschaft werden beschworen. Ein kürzlich diskutiertes Gerichtsurteil aus Schottland zeigt die Problematik auf, die mit der Kriminalisierung der wissentlichen HIV-Übertragung verbunden sein kann (Bird & Brown 2001). Eine allgemeine Meldepflicht oder ein Breitenscreening scheint nicht tauglich, wohl aber „... den Umgang mit der HIV-Testung zu entkrampfen“ (Stille 2001).

Nur, alles sensible Abwägen wird auf Dauer nicht am Kern der Angelegenheit vorbeikommen: Für modifizierte und erweiterte Präventionskampagnen Konzepte zu erarbeiten, mit denen bestimmte Gruppen HIV-positiver Menschen aus unterschiedlichster Motivation und Einsichtsfähigkeit heraus in geeignete Maßnahmen eingebunden werden mit dem Ziel, die von ihnen ausgehenden möglichen Infektketten zu unterbrechen, d.h., Verantwortung übernehmen zu müssen. Das betrifft auch besonders schwer erreichbare Randgruppen. Wie aber sind Menschen, die für audiovisuelle Botschaften nach bisherigem Konzept nicht erreichbar sind, von verhängnisvollem Tun abzubringen, in einen Prozeß des sozialverantwortlichen Handelns einzubinden?

Alles Ausloten mit Blick auf die Verhältnismäßigkeit von Konzepten und Maßnahmen wird sich der

Frage stellen müssen: Wieviel individueller Freiraum zur Selbstbestimmung darf von den unter dem Schutzschild der Bemühungen vor Diskriminierung Betroffenen im Umgang mit ihrer tödlichen Infektion toleriert werden?

Die individuelle Unverantwortlichkeit als ein grundlegendes, die HIV/AIDS-Pandemie antreibendes Element wird in Diskussionen zu HIV/AIDS und Menschenrechten nicht berücksichtigt (UNAIDS 2001, Unschuld 2000). Der sozialetische Imperativ hat sich nach den Vorgaben der Menschenrechtsgebote zu richten: Nichts zu tun und zu lassen, was die Würde und körperliche Unversehrtheit des ‚Partners‘ beschädigt! Die Gesundheit noch nicht Infizierter zu schützen muß es rechtfertigen, Opfer bei uneinsichtigen Verursachern der Verbreitung der Infektion mit grosser Tragweite einzufordern; gebührendes Verhalten Betroffener wäre dann praktizierte Solidarität an vorderster Stelle. *Keineswegs alle (!)*, aber der epidemiologischen Datenlage nach *zu viele* der von der HIV-Infektion Betroffenen sind nicht bereit und willens, sich den sicher psychisch belastenden und einschränkenden Situationen im Interesse des Gemeinwohls selbstverantwortlich zu fügen – und nicht nur diese, siehe die steigenden Inzidenzen für z.B. Syphilis. Allein über den berechtigten Schutz Betroffener vor Diskriminierung und Stigmatisierung nachzusinnen und ihn konsequent weiterzuentwickeln öffnet uneinsichtigen HIV-Infizierten Nischen, von denen Schaden für Mitbürger ausgeht. Der Eindruck kommt auf, daß die bisherigen Konzepte und Strategien teils auch als Duldung für sorgloses, ohne Pflichtbewusstsein geleitetes Handeln zu sehen sind, die eine Bedrohung tödlicher Art für andere darstellen. Daß die verantwortlichen Entscheidungsträger für Präventionskampagnen eine Mentalität zu vieler Betroffener, die ohne sozialverantwortliche Rückkopplung auf Kosten und letztlich zum Schaden des Gemeinwohls – möglicherweise auch zukünftige Generation(en) betreffend – ausgelebt werden darf, konkludent übernehmen, sollte Anlaß zur Besorgnis sein. Wohlgemerkt, es muß sorgfältig abgewogen werden, aber vor dem drohenden Hintergrund einer derzeit unvorhersehbaren Entwicklung darf das sinngemäß selbstsüchtige, sozialfeindliche Verhalten von vielen Betroffenen nicht als Tabu behandelt werden. Hier deutet sich nicht nur eine gesundheits-, sondern auch gesellschaftspolitische Herausforderung an.

Die auf Europa weisende Formulierung „..... complacency over HIV prevention may have set in ... some governments of western Europe“ (Nicoll & Hamers 2002) kennzeichnet die derzeitige Situation: „Für eine Revision der AIDS-Präventionsstrategie, die in Deutschland von einem breiten Konsens sowohl in

Politik als auch Wissenschaft getragen wird, besteht derzeit und in absehbarer Zukunft kein Anlaß“ (BMG, vgl. Fußn. 2).

Die auf hehren Voraussetzungen bauenden Leitgedanken des neuen Infektionsschutzgesetzes (IfSG) wie „Stärkung der Eigenverantwortung in bestimmten Berufsbereichen“ – sinngemäß auf die hier beschriebenen Situationen mit fatalen Folgen übertragbar – werden z.B. durch die jährlichen Raten an HIV-Erstdiagnosen und insbesondere die Situation therapieresistenter HIV bei therapie-naiven Neuinfizierten konterkariert! In der parlamentarischen und legislatorischen Vorbereitung für das neue IfSG wird eine richtige Zielvorgabe zutreffend bezeichnet mit „... die Unterbrechung von Kontaktketten...“ als bewährtes Instrument zur Eindämmung von Infektionskrankheiten – siehe Kommentar vom 16.01.1997 zur Begriffsbestimmung Nr. 6, §2. Für Schwachstellen sind Legislative und Exekutive verantwortlich. Die HIV-Infektion als „... immer noch tödliche Gefahr...“ ist an bestimmbare Personen gebunden, sie wird aber im IfSG lediglich als nichtnamentliche Meldung behandelt (§7 Abs. 3 Nr.2).

Und leider gibt es auch ‚Störeffekte‘ allgemeiner Art: Mit zeitgerecht Sex-orientierten Werbestrategien für Dinge des täglichen Bedarfs wird per massenmediale Verbreitung diese emotionale, irrationale Ebene des homo ‚sapiens‘ effektiv angesprochen: zielgenau und in umgekehrter Richtung ausgenutzt (s. z.B. Jendrosch 2000).

Auch wenn Unzulänglichkeiten in den bisherigen Konzepten nachgebessert werden – den herkömmlichen Präventions- und Interventionskampagnen scheinen in einer offenen Gesellschaft Grenzen vorgegeben.

Nochmals, die grundsätzlichen Fragen lauten: Kann es überhaupt gelingen, irrationales Verhalten basierend auf archaisch verwurzelten Verhaltensmustern mit rationalen Botschaften in ‚ausreichender‘ Weise zu beeinflussen? Ist die bisherige Basiskonzeption geeignet, die individuell unterschiedlichen Wechselwirkungen zwischen Emotion und Vernunft in die erforderliche rationale Selbststeuerung zu lenken? Werden damit hinreichend HIV-Positive – die zudem von ihrem ‚positiven Status‘ wissen – bereit und fähig sein, diese Botschaften intellektuell zu verarbeiten und ihr Verhalten verantwortungsvoll danach einzurichten? Wie ist die Aufklärung für Jugendliche effektiver und dauerhafter zu gestalten – trotz gegenläufiger Aktionen im Sinn von ‚trendy life style‘ – hier auch im Zusammenhang mit ‚Lifestyle‘-Drogen zu sehen? Ist das oft eingeforderte Recht auf Nichtwissen um die eigene HIV-Infektion mit tödlicher Bedrohung für andere noch zeitgemäß?

Ausblick – auch über die Region hinaus

In Deutschland sind wir von dem für andere Regionen und dortige Einflüsse beschriebenen Szenario „... das Unheil beherrschbar zu machen (HIV-Prävalenzen im einstelligen Prozentbereich“ (Markus 2001) den epidemiologischen Daten zufolge (noch) erfreulich weit entfernt; dennoch scheint es angesichts der in den letzten Jahren gleichbleibenden HIV-Erstdiagnosen (s.o.) wenig plausibel, die HIV/AIDS-Epidemie hier als „unter Kontrolle“ einzustufen, auch wenn unmittelbar anschließend zutreffend konzediert wird „... aber keineswegs gestoppt.“ Denn, was genau ist „...unter Kontrolle...“ zu verstehen, welche Entwicklungen müssen in künftigen Planungen angedacht werden: Gibt es einen ‚akzeptablen‘ Sättigungsgrad? Wie wäre dieser zu definieren und wer ist dazu legitimiert? Solange es keine Impfung und keine kausale Therapie gibt, sind Präventionskampagnen mit bisher nicht ausreichend beachteten und neuen Inhalten gefordert, in denen die triebhaft verankerten, vielschichtigen Motivationen des homo ‚sapiens‘ und übergeordnete Einflüsse berücksichtigt werden (Crepaz & Marks 2002). Befunde liegen vor, wonach sich bei einigen Menschen die HIV-Infektion zwar etablieren, aufgrund bestimmter human-genetischer Marker und evtl. noch unbekannter Faktoren aber nur partiell manifestieren – oder sogar voll abgewehrt werden kann. Diese Beobachtungen deuten darauf hin, dass sich auch in der menschlichen Population Evolutionsgesteuerte Gleichgewichte zum Vorteil von HIV etablieren können, der ‚gesunde‘ Mensch zum Träger und Überträger wird – ähnlich jenen Phänomenen, die z.B. vom simian immunodeficiency virus (SIV) in bestimmten Affenspezies bekannt sind (Hirsch et al. 1999, Hahn et al. 2000). Baltimore’s Anmerkung wie „The key fact about HIV is that it is a nonequilibrium infectious agent“ weist auf diesbezügliche Potenziale des HIV hin (Baltimore 1995). Die Zeit arbeitet zugunsten von HIV.

Zusammenfassung von Zielen und Strategien für künftige Präventionsarbeit:

- ▶ Verantwortliche Einbindung HIV-positiver Menschen in Präventionskonzepte; hier darf nicht allein das ärztliche Beratungsgespräch ansetzen;
- ▶ Verbesserte Rahmenbedingungen für mehr diagnostische HIV-Teste;
- ▶ Konzepte, die unwissentlich HIV-Infizierten als Zielgruppe zu definieren und in massenmedialen Kampagnen anzusprechen;

- ▶ Auf das Gefahrenpotenzial der unwissentlich HIV-Infizierten für kommende Generationen aufmerksam machen;
- ▶ Differenziertere Konzepte für eine effektive Einbeziehung bisher schwer / kaum erreichbarer Randgruppen; Entwicklung von möglichen Maßnahmen, aus diesen Gruppen die HIV-Transmission zu unterbinden;
- ▶ Konzepte, die den emotionalen Bereich wirkungsvoll ansprechen zur Entwicklung von Verantwortung für Sexual-Partner und Entwicklung eines Solidarverhaltens;
- ▶ Konzepte, die den Zusammenhang zwischen Drogenkonsum und HIV-Infektion unter Einbeziehung der so genannten ‚Party-Drogen‘ herstellen – verbunden mit verstärkter Jugendarbeit;
- ▶ Positiv motivierende Botschaften wie ‚Miteinander schaffen wir es‘ in massenmedialen Kampagnen;
- ▶ Die Öffentlichkeitsarbeit von Institutionen, die mit AIDS-Prävention befaßt sind, auf präventionskonkordante Aussagen verpflichten.

Aktueller Nachtrag

Zahl der HIV-Infektionen in Deutschland gestiegen

Berlin (dpa)⁴: Im Jahr 2002 haben sich nach Analysen des Robert-Koch-Instituts wieder mehr Menschen in Deutschland mit HIV infiziert. Es gebe Hinweise darauf, dass sich in den Großstädten mehr homosexuelle Männer angesteckt hätten. In Berlin gebe es beispielsweise einen „gravierenden Anteil“ an Neuinfektionen, so ein Wissenschaftler des Instituts. In Deutschland leben zur Zeit rund 39 000 Menschen mit HIV.

Berlin (dpa)⁵: Im Jahr 2002 haben sich nach Analysen des Robert Koch-Instituts (RKI) wieder mehr Menschen in Deutschland mit HIV infiziert. „Es gibt Hinweise darauf, dass sich in den Großstädten mehr homosexuelle Männer angesteckt haben“, sagte Osama Hamuda vom RKI. In Berlin gebe es beispielsweise einen „gravierenden Anteil“ an Neuinfektionen, ergänzte der Wissenschaftler. Insgesamt stieg die Zahl der HIV-Erstdiagnosen von 1478 registrierten Fällen im Jahr 2001 auf 1517 Fälle im Jahr 2002. In Deutschland leben zur Zeit nach RKI-Angaben rund 39 000 Menschen mit HIV, darunter 30 900 Männer, 9000 Frauen und weniger als 400 Kinder. Bei rund

5000 Menschen ist Aids als Krankheit ausgebrochen, im Jahr 2002 gab es rund 600 Todesfälle.

Die Infektionen im Jahr 2002 geschahen laut RKI zu 40 Prozent über homosexuelle Kontakte bei Männern. Der Anteil der Frauen beträgt 25 Prozent. 13 Prozent der Betroffenen steckten sich bei heterosexuellen Kontakten an, weitere 7 Prozent durch unsaubere Drogenspritzen. Insgesamt kommen 21 Prozent aller Infizierten aus einem Land mit hoher HIV-Rate.

Den leichten Anstieg der HIV-Zahlen führt Hamuda auch darauf zurück, dass homosexuelle Männer wieder mehr ungeschützten Geschlechtsverkehr haben. „Aids hat heute durch die besseren Therapien für viele Menschen an Schrecken verloren“, sagte der Forscher. Nach wie vor sei es aber ein Irrglaube, dass die Krankheit heilbar sein.

„Viele Homosexuelle glauben heute, dass sie nach einer HIV-Therapie nicht mehr ansteckend sind“, ergänzte der Wissenschaftler. Auch das sei eine Fehleinschätzung. Paare, die sich jahrelang wegen einer HIV-Infektion eingeschränkt hätten, tendierten jetzt wieder zu riskanteren Sexualpraktiken. Am häufigsten werde das Aids-Virus aber nach wie vor durch die vielen anonymen Sex-Kontakte im Homosexuellen-Milieu übertragen. „Das ist keine Frage von wachsender Rücksichtslosigkeit oder Schuld. Zum Sex gehören immer zwei“, sagte Hamuda.

Danksagung: Herrn Prof. Dr. med. W. Solbach für die kritische und konstruktive Durchsicht des Manuskripts.

Literatur

- Baltimore, D. (1995): The enigma of HIV infection. *Cell* 82: 175-76.
- Bird, S.M.; Brown, A.J. (2001): Criminalisation of HIV transmission: implications for public health in Scotland. *Brit Med J* 323, Nr 7322: 1174-7.
- BZgA (2001): www.bzga.de
- Crepaz, N.; Marks, G. (2002): Towards an understanding of sexual risk behavior in people living with HIV: a review of social, psychological & medical findings. *AIDS* 16: 135ff.
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (2003): <http://www.aidshilfe.de/>.
- Hahn, B.H.; Shaw, G.M.; Cock, K.M. De; Sharp, P.M. (2000): AIDS as a zoonosis: Scientific and public health implications. *Science* 287: 607-614.
- Hirsch, V.M.; Campell, B.J.; Bailes, E.; Goeken, R.; Brown, C.; Elkins, W.R. et al. (1999): Characterization of a novel simian immunodeficiency virus (SIV) from L'Hoest monkeys (*Cercopithecus lhoesti*): implications for the origins of SIVmd and other primate lentiviruses. *J Virol.* 73(2): 1036-45.

⁴ © dpa - Meldung vom 31.03.2003 17:09 Uhr.

⁵ © dpa - Meldung vom 01.04.2003 09:55 Uhr.

- Hosseinipour, M.; Cohen, M.S.; Vernazza, P.L.; Kashuba, A.D. (2002): Can antiretroviral therapy be used to prevent sexual transmission of human immunodeficiency virus type 1? *Clin Infect Dis.* 34: 1391-5.
- Jendrosch, T. (2000): *SexSells*. Darmstadt: GIT-Verlag.
- Little, S.J.; Holte, S.; Routy, J.-P. et al. (2002): Antiretroviral-Drug resistance among patients recently infected with HIV. *N Engl J Med* 347: 385-393.
- Marcus U (2001): HSV- und AIDS-Epidemie in Afrika. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 44: 1219-1223.
- Marks, G.; Burris, S.; Peterman, T.A. (1999): Reducing sexual transmission of HIV from those who know they are infected: the need for personal and collective responsibility. *AIDS* 13: 297-306.
- Montaner, L.J. (2001): Structured treatment interruptions to control HIV-1 and limit drug exposure. *Trends in Immunology* 22: 92-6.
- Nicoll, A.; Hamers, F.F. (2002): Are trends in HIV, gonorrhoea, and syphilis worsening in western Europe? *Brit Med J* 324: 1324-7.
- Piot, P. (1997): Foreword. In: Gostin, L.O.; Lazzarini, Z.: *Human Rights and Public Health in the AIDS Pandemic*. New York, Oxford: Oxford University Press: VII-VIII.
- Pomerantz, R.J. (2002): Reservoirs of human immunodeficiency virus type 1: the main obstacles to viral eradication. *Clin Infect Dis* 34 (1): 91-7.
- RKI (2001a): Gedanken zum Welt AIDS-Tag – Zum Stand der HIV/AIDS-Pandemie. *Epid Bull Heft* 47: 358-359.
- RKI (2001b): Ein Hepatitis-A-Ausbruch unter homosexuellen Männern in Paris im Jahr 2000. *Epid Bull Heft* 50: 384.
- RKI (2000c): Anmerkungen zur HIV/AIDS-Epidemie in Deutschland. *Epid Bull Heft* 48: 379-81 und RKI (2002): HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland. *Epid Bull Sonderausgabe B*: 3.
- RKI (2001d): Gedanken zum Welt AIDS-Tag 2001. *Epid Bull Heft* 47: 357.
- RKI (2001e): Überwachung der Ausbreitung Therapie-resistenter HIV in Deutschland und Europa. *Epid Bull Heft* 47: 361 und RKI (2002): Zum Welt-AIDS-Tag 2002 – Ausbreitung Therapie-resistenter humaner Immundefizienzviren in Deutschland; Aktualisierung der Ergebnisse der Serokonverterstudie des Robert-Koch-Instituts. *Epid Bull Heft* 48: 404-405.
- RKI (2001f): Gedanken zum Welt AIDS-Tag 2001. *Epid Bull Heft* 47: 358 (siehe auch RKI 2002: HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland – Aktuelle epidemiologische Daten -Bericht I/2002. *Epid Bull Sonderausgabe B*:1-3).
- RKI (2000g): Anmerkungen zur HIV/AIDS-Epidemie in Deutschland. *Epid Bull Heft* 48: 379-380.
- RKI (2001h): Bericht über den 8. Deutschen AIDS-Kongress, Berlin 2001; Situationsbericht – Optimieren von Therapie und Betreuung. Anmerkungen zur Situation in Deutschland. *Epid Bull Heft* 30: 227-228; (s. auch *Epid Bull Sonderausgabe A/2002* und *Epid Bull* 48/2002).
- Stille, W. (2001): Ärzten muß es juristisch und politisch einfacher gemacht werden, Patienten auf HIV zu testen. *Ärztezeitung* 20, Nr. 217: 2.
- Stille, W.; Helm, E. B. (1987): AIDS – Die derzeitige Bedrohung, Folgerungen und Konsequenzen. *Dt Ärztebl* 84, Heft 6: B-230-1.
- Susman, E. (2002): National HIV Prevention Conference, Atlanta, 2001. Notes and Quotes. *AIDS* 16 (2): N1-N2.
- Töppich, J.; Christiansen, G.; Müller, W. (2001): Gib AIDS keine Chance. *Public Health in Deutschland am Beispiel der AIDS Prävention*. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 44: 788-95.
- UNAIDS (2001): Stigma and discrimination fuel AIDS epidemic, UNAIDS warns. The World AIDS Conference against Racism, Racial Discrimination, Xenophobia and Related Intolerance. 31 August to 07 September, 2001, Durban, South Africa.
- Unschuld, P.U. (2000): HIV, AIDS und Ethik. *Anaesthesist* 49: 928-38.
- Wille, R.; Dennin, R.H.; Lafrenz, M. (2002): Hinter-Fragwürdigkeit der etablierten AIDS-Bekämpfungskonzeption. *Sexuologie* 9, Heft 3: 141-143.

Anschrift der Autoren

Prof. (apl) Dr. rer. nat. habil. Reinhard H. Dennin, Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Universität zu Lübeck, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck, mail: dennin@hygiene.mu-luebeck.de

Dr. med. Michael Lafrenz, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin, Abteilung für Tropenmedizin, Medizinische Fakultät, Universität Rostock. Ernst-Heydemann-Str. 6, 18057 Rostock

Analyse des Geschlechtstrieb

Albert Moll

Einleitung

Das nachfolgende Textstück ist den 1898 erschienenen *Untersuchungen über die Libido sexualis** entnommen. Wie Moll im Vorwort (Vf.) vermerkt, sind „mehrere Ausdrücke“ von ihm „teils neu gebildet“, „teils in einem anderen Sinne angewandt“ worden. Konkret handelt sich um die Begriffe „Trieb“, „Detumescenztrieb“ und „Kontrektionstrieb“, die auch in der nachfolgenden Passage vorgestellt werden.

Im Alltagsverständnis gilt es als üblich, Sexualität als Naturtatsache und somit als triebbeherrscht zu denken, wissenschaftsgeschichtlich lässt sich das breite Panorama eines Übergangs von einem ursprünglich religiösem Konzept von Sexualität zu einem eher wissenschaftsdominierten entdecken. Ist das triebgestützte Modell von Sexualität also ein Wissenschaftskonstrukt der Moderne, das dazu noch in dem Moment entsteht, als die Frau als sinnlich-triebhaft und gefährlich wahrgenommen wird, wie sich in der Ausstellung „Femmes Fatales 1860-1910“ im niederländischen Groningen zu Anfang dieses Jahres verfolgen liess? Anders gefragt, bietet dieses Modell heute noch Anschlussstellen, wenn ja welche, v.a., weil hinsichtlich der Geschlechtskörper ein anderes Phantasma die momentane öffentliche Wahrnehmung beherrscht: Männer wollen Sex, Frauen eine Beziehung?

Ihren Ausgang nimmt die Triebgeschichte der Sexualität zunächst im 18. Jahrhundert als Kampf gegen die kindliche Onanie. Ausserhalb einer Dialektik von Verbot und Begehren, die als sich selbsterzeugend beschrieben werden kann und der aber qua Willensleistung Einhalt geboten werden sollte, spielte der sexuelle Drang keine Rolle – die Sexualität selbst wird im Rahmen von Säftelehren und somatischen Gleichgewichtsmodellen verhandelt.

Molls *Untersuchungen* markieren einen Einschnitt, der dadurch gekennzeichnet ist, dass seitens der Medizin, bzw. der „Psychologie“ (Moll VI) Wissen über die genitale Lust unter der Bezeichnung „Sexualität“ akkumuliert wird und so die moderne Sexualforschung entsteht, deren

Interesse sich zunächst auf die abweichende Sexualität richtet. So verweist Moll ausdrücklich darauf, dass er – nachdem er in seiner ersten Monographie *Die konträre Sexualempfindung* von 1893 „fast nur den krankhaften Geschlechtstrieb“ behandelt hatte – es „für notwendig gehalten“ habe, „in diesem Buche ganz besonders auch den normalen Geschlechtstrieb zu berücksichtigen“ (ebd.).

Das von ihm beschriebene Modell eines biologisch geprägten Geschlechts- bzw. Sexualtriebs, der das sexuelle Begehren und Agieren bestimmt, wird im wesentlichen von seinen sexualwissenschaftlich interessierten Zeitgenossen geteilt: Auguste Forel etwa führt die „Libido sexualis“ mit den phylogenetisch aus der „Urbido“ entstandenen „Sympathiegefühlen“ zur „sexuellen Begierde“ zusammen. Analog dazu denkt auch Iwan Bloch Sexualität als „Summe der aus dem Geschlechtstrieb hervorgehenden und mit ihm verknüpften Erscheinungen“, wobei er den Trieb durch drei Momente bestimmt sieht: „die Tätigkeit der Keimdrüsen“, die „peripherische Erregung“, die von den erogenen Zonen ausgeht und durch „zentrale psychische Einflüsse“.

Sigmund Freuds Leistung kann darin gesehen werden, die Vorstellung von einem triebgesteuerten Individuum ausserhalb der gerade erst entstandenen Sexualwissenschaft verankert und damit popularisiert zu haben. Denn er re-interpretiert deren Annahme vom menschlichen Sexualverhalten, das in einem biologisch fundierten, angeborenen Agens wurzelt, dahingehend, dass er in diesem basalen Trieb „die psychische Repräsentanz einer kontinuierlich fließenden, innersomatischen Reizquelle“ sieht. So kann er den sexuellen Antrieb, die Libido, zwar als somatisch bedingt begreifen, die Sexualität selbst aber wird zu einem ganzheitlichen Geschehen, in dem Körper und Seele verbunden sind, was wiederum ermöglicht, sie für gesellschaftliche Einflüsse offen zu halten. Nicht nur das Sexualverhalten im engeren Sinne, das Verhalten des Menschen in vielen anderen Bereiche erscheint nun von einer Instanz bestimmt, die nicht mehr im „Selbst“ oder „Ich“ zu Hause ist, sondern in einer abgespaltenen Provinz, die unter dem Namen „das Unbewusste“ figuriert.

Im Streit um eine essentialistische oder sozial-konstruktivistische Deutung der Sexualitätsgeschichte fällt es

* Erster Bd. Berlin: H. Kronfeld. 1898: 1-11.

leicht, Freud hinsichtlich der ersteren im doppelten Sinne unter Verdacht zu setzen. Zu Ende der siebziger Jahre hat Michel Foucault dann sowohl das Postulat eines ahistorischen intrinsischen Triebes wie auch die Annahme einer universellen Eltern-Kind-Struktur, der die Trieb-Modifikation mit der Herausbildung von sexueller Orientierung und Identität unterstellt ist, einer historisierenden Kritik unterzogen: Was bei Freud als „König Sex“ erscheint, ist demnach nichts anderes als das Resultat eines mit der christlichen Beichte eingeleiteten Prozesses der Selbsterforschung, in dessen Konsequenz wir uns als Subjekte verstehen würden, die eine innerste Sexualität, die es eben auszuforschen gelte, „haben“.

Was mit dem triebgeleiteten Modell der Onanie angelegt schien – plötzlich tun zu *müssen*, was man tut – wird mit Foucault zur höchsten Gewissheit: das sexuelle Subjekt ist einem Apparat diffuser Machtverhältnisse und Normalisierungsinstanzen ausgeliefert und auch da wo es vermeint Widerstand zu leisten, zu passiver Hinnahme verdammt.

Die Konsequenzen des Foucaultschen Ansatzes, vor allem in seiner radikalisierten Variante, die auch den Trieb selbst – anders als primäre Bedürfnisse wie Essen, Schlafen, Trinken – in der sozialen Konstruktion aufgehen lässt, sind enorm. Unabhängig davon, ob dem Trieb ein kultur- und gesellschaftszerstörerisches Potential zugesprochen wird oder die gesellschaftlichen Strukturen als trieb-repressiv verstanden werden, beiden Sichtweisen geht die biologische Referenz, die ihre jeweilige Rede überhaupt sinnvoll macht, ebenso verloren wie letztlich auch dem Strafrecht, mit seinen klassischen Unterscheidungen von „Sollen“, „Können“ und „Müssen“. Vor allem letzteres scheint auch als unmittelbarer Kontext durch, in dem Moll versucht, den „Trieb“ von nahestehenden Begriffen wie „Drang“, „Neigung“ oder „Instinkt“ abzugrenzen.

Die zurückliegende wissenschaftliche Sexualforschung hat eine Reihe extrem einseitiger Positionen hervorgebracht. Dass biologische Faktoren menschliches (Sexual-)Verhalten mitbeeinflussen, ist jedoch letztlich so wenig unstrittig wie hundert Jahre zuvor. Als sicher kann auch gelten, dass das, was unter den möglichen Einflüssen als ausschlaggebend bewertet wird, letztlich eine Frage des heuristischen, d.h. theoretischen Zugangs ist und unter Verweis auf „die Empirie“ nicht endgültig geklärt werden kann.

Somit scheint Molls Fazit hinsichtlich des abweichenden sexuellen Verhaltens kaum an Aktualität verloren zu haben, wenn er erklärt: „Inwiefern diese Abweichungen durch Ererbung und inwiefern durch Erwerbung herbeigeführt werden, was durch assoziation intra vitam zu ererbten Komplexen hinzukommt, wird sich in vielen Fällen nicht feststellen lassen.“ (Moll: 192).

Mit dem Worte Geschlechtstrieb geht es uns so, wie mit vielen anderen psychologischen Begriffen: jeder wendet es an, jeder glaubt es in dem richtigen Sinne anzuwenden, und doch zeigt sich, dass nicht selten Differenzen zwischen den verschiedenen Forschern vorhanden sind. Dasselbe begegnet uns in die Psychologie mit den Grundbegriffen Empfindung, Gefühl, Wahrnehmung, Bewusstsein, Wille: jeder hat seinen Standpunkt und verbindet einen anderen Sinn mit diesen Worten. So geht es uns, wie erwähnt, auch mit dem Wort Geschlechtstrieb. Der eine versteht darunter lediglich subjektive Empfindungen an den Genitalien, der andere denkt dabei wesentlich an die Beziehungen zum anderen Geschlecht, ein dritter an die Fortpflanzung. Eine Analyse des Wortes Geschlechtstrieb scheint mir schon aus diesem Grunde wünschenswert; sie wird uns aber auch andere Vorteile bieten. Ich brauche nur daran zu erinnern, dass, um den normalen von dem abnormen, den gesunden von dem krankhaften Geschlechtstrieb anzugrenzen, eine Analysierung als Grundlage notwendig ist. Ich weise ferner darauf hin, dass der Geschlechtstrieb gewisse Beziehungen zwischen Menschen bewirkt, und dass eine Abgrenzung dieser durch den Geschlechtstrieb bewirkten Beziehungen von anderen kaum anders möglich ist, als durch eine Analyse des Begriffs. Ich erwähnte die Freundschaft und den sogenannten Geselligkeitstrieb, um anzudeuten, dass der Geschlechtstrieb sich nur auf ganz bestimmte Beziehungen erstreckt.

Das Wort Geschlechtstrieb setzt sich aus zwei Worten zusammen: Geschlecht und Trieb. Wenn wir uns zunächst über das Wort Trieb verständigen wollen, so ergeht es uns ganz ebenso wie mit den oben genannten Grundbegriffen, die so verschiedenartig von den einzelnen Forschern angewendet werden.

Von den zahlreichen Anwendungsarten des Begriffes Trieb müssen wir wenigstens zwei hier kennen lernen, um Missverständnisse zu vermeiden. Fast stets werden diese zwei ganz verschiedenen Begriffe mit demselben Wort bezeichnet. Die eine Anwendungsart entspricht ungefähr der Wundtschen Definition. Wundt¹ bezeichnet den Trieb als eine Gemütsbewegung, die sich in äußere Körperbewegung von solcher Beschaffenheit umzusetzen strebt, dass durch den Erfolg der Bewegung entweder ein vorhandenes Lustgefühl vergrößert oder ein vorhandenes Unlustgefühl beseitigt wird. Wundt fasst den Begriff des Triebes, wie man sieht, sehr weit auf. „Streben und Widerstreben bilden die Grundlage aller Willenshandlungen. Die geistige Entwicklung beim Menschen macht in dieser Beziehung keinen Unterschied; sie hebt nicht die Triebe auf oder lehrt sie unterdrücken, sondern sie

¹ Wilhelm Wundt: Grundzüge der Physiologischen Psychologie. 4. Aufl. 2. Band. Leipzig 1893: 508.

erweckt nur neue und höhere Formen derselben, welche über die in dem Tier und dem Naturmenschen wirksamen immer mehr die Herrschaft erlangen. Nicht in der Freiheit von Trieben oder in ihrer Bezwungung besteht also die Errungenschaft der Kultur, sondern in einer Vielseitigkeit derselben, von der das Tier, bei dem das sinnliche Begehren alles Handeln lenkt, keine Ahnung hat.“

In diesem Sinne sind nun Triebbewegungen und Triebhandlungen überall vorhanden. Alles, was einem Menschen gefällt, löst bei ihm den Trieb aus, es zu nehmen, es zu besitzen. Wenn wir Trieb in diesem Sinne anwenden, braucht, wie schon aus Wundts Worten hervorgeht, durchaus keine Triebhandlung dem Triebe zu folgen. Ganz anders liegt aber die Sache bei der zweiten Anwendungsart des Begriffes Trieb. Diese zweite Anwendungsart ist mehr ein allgemeiner Begriff, indem er eine seelische Disposition bezeichnet, die jemand dazu drängt, Handlungen derselben Art auszuführen, wobei die logische Überlegung keine Rolle spielt und eine willkürliche Unterdrückung der Handlung infolge des starken Dranges nicht möglich ist. Wie viele derartige Triebe es gibt, wollen wir hier zunächst nicht erörtern. Krafft-Ebing¹ erkennt nur zwei an, den Selbsterhaltungs- und den Geschlechtstrieb. Frühere Irrenärzte nahmen an, dass es einen Stehltrieb, einen Mordtrieb u.s.w. gäbe. Hierbei sollte eben eine seelische Disposition vorliegen, die zu ununterdrückbaren Handlungen führte. Dass sich Trieb in diesem Sinne von der ersten Anwendungsart vollkommen unterscheidet, liegt auf der Hand. Die Erörterungen darüber, ob es einen Stehltrieb gibt oder nicht, hätten gar keinen Zweck gehabt, wenn man nicht Stehltrieb in dem zweiten Sinne angewendet hätte, indem man hierbei das Ununterdrückbare der Handlung betonte. Einen gelegentlichen Trieb, zu stehlen – im erstgenannten Sinne –, hat wohl auch mancher ehrliche Mensch, nur mit dem Ergebnis, dass andere Motive das Stehlen unterdrücken. Würde also Stehltrieb in dem ersten Sinne, in dem Wundts gebraucht sein, d.h. würde es sich um eine flüchtige Neigung handeln, einmal zu stehlen, so würden wir einen Stehltrieb ohne weiteres anerkennen müssen, und es würde gar keine Diskussion hierüber möglich sein. Ob es aber einen Stehltrieb im zweiten Sinne gibt, d.h. einen Trieb, der bei gesunden Leuten zu der ununterdrückbaren Handlung des Stehlens führt, das ist eine andere Frage, die wir im vierten Kapitel erörtern werden. Das Ununterdrückbare und die stets auf dieselbe Handlung gerichtete Disposition unterscheidet Trieb in dem zweiten Sinne von der Anwendungsart, die wir zuerst besprochen.

Um nun im folgenden alle Missverständnisse zu vermeiden, werde ich das Wort Trieb in dem ersten Sinne überhaupt nicht anwenden. Ich werde statt dieses Wortes dann andere Worte, Drang, Begehrung, Wunsch, Neigung, Antrieb, setzen, und ich werde das Wort Trieb immer nur in dem zweiten Sinne brauchen. Gehen wir nach diesen Auseinandersetzungen über die Triebe im allgemeinen zur Besprechung des Geschlechtstrieb über. Nach Hegar², dem sich Eulenburg³ anschliesst, umfasst das, was man Geschlechtstrieb nennt, zwei ganz verschiedene Triebe: den Begattungstrieb und den Fortpflanzungstrieb. Hegar selbst gibt zu, dass ein eigentlicher Fortpflanzungstrieb bei den wenigsten Menschen vorkomme, dass er höchstens bei der Frau noch vorhanden sei, dass aber bei dem Kulturmenschen zu viel Reflexion hinzukommt, als dass wir bei den meisten Menschen von einem Fortpflanzungstrieb reden können. Ich glaube, dass, wenn wir Trieb in unserem Sinne auffassen, wir vielleicht noch weiter gehen können als Hegar. Wir können dann das Bestehen eines Fortpflanzungstriebes beim Menschen überhaupt fast ganz bestreiten. Es mag wohl bei vielen der Wunsch vorliegen, sich fortzupflanzen; aber ein Trieb dürfte kaum noch anzunehmen sein.

Es wird behauptet, dass man bei Naturvölkern noch einen Fortpflanzungstrieb finde. Marshall⁴ erzählt, wie Westermarck⁵ berichtet, er habe bei den Todas zahlreiche Beispiele dieses Wunsches nach Abkömmlingen so stark ausgeprägt gefunden, dass er den Eindruck gewann, es sei hier noch die ursprüngliche Eigenschaft des Fortpflanzungstriebes vorhanden, und diese Eigenschaft besitze mehr den Charakter eines einfachen Naturtriebes als eines verständigen menschlichen Gefühls. Mag aber diese Angabe auch richtig sein, so will ich doch hervorheben, dass in den meisten hierüber sonst gegebenen Mitteilungen das Wort Fortpflanzungstrieb durchaus falsch angewendet wird. Beispielsweise könnte von einem Fortpflanzungstrieb nicht die Rede sein, wenn jemand den Geschlechtsakt ausübt, um Kinder zu zeugen, die ihm selbst im Alter eine Stütze oder im Kampfe ums Dasein einen Nutzen gewähren sollen. Ebenso könnte von einem Fortpflanzungstrieb nicht die Rede sein, wenn, wie es etwa bei den alten Juden mitunter der Fall war, die Fortpflanzung geschah, um ein göttliches Gebot zu erfüllen.⁶ Ich meine, dass man auch bei unseren Frauen den

² Alfred Hegar: Der Geschlechtstrieb. Stuttgart 1894: 1.

³ Albert Eulenburg: Sexuale Neuropathie. Leipzig 1895: 88.

⁴ W.E. Marshall: A Phrenologist amongst the Todas. London 1873: 209.

⁵ Eduard Westermarck: Geschichte der menschlichen Ehe, a.d. Engl. v. Leonda Katscher und Romulus Grazer. Jena 1893.

⁶ Die Annahme Westermarcks (a.a.O.: 381), bei den Hebräern wurzele der Wunsch nach Sprösslingen, besonders Söhnen, in der Auffassung, die Geister der Verstorbenen würden durch die Huldigungen, die sie von ihrer männlichen Nachkommenschaft erhalten, beglückt, ist durchaus irrig, da das Judentum solche Huldigungen nicht kennt.

¹ Richard von Krafft-Ebing: Lehrbuch der Psychiatrie. 5. Auflage Stuttgart 1893: 81.

Geschlechtsakt als Folge des Fortpflanzungstriebes als etwas allgemeines mit Unrecht annimmt; denn eine Frau, die den Koitus ausführt, um Kinder zu bekommen, hat vorher alles, was dafür und dawider spricht, überlegen können und wenn sie nun in der Absicht, ein Kind zu erhalten, sich hingibt, so ist dies eine willkürliche, aber keine Triebhandlung. Wenn die betreffende Frau aber aus anderen Gründen den Geschlechtsakt ausübt, z.B. um einen Reiz, ein Vergnügen zu empfinden oder, wie die Prostituierte, um dabei Geld zu verdienen, dann ist natürlich noch viel weniger von einer Triebhandlung die Rede, sondern es ist dann der Koitus für die betreffende Person ein Akt, ausgeführt auf Grund von freiwillig gewählten Motiven. In allen diesen Fällen könnte höchstens der Wunsch sich fortzupflanzen, mitunter eines der mitbestimmenden Motive sein. Von einem wirklichen Fortpflanzungstrieb könnte doch nur, wenn ungefähr folgende Bedingungen erfüllt sind, die Rede sein. Nicht der Drang, mit einem Manne zusammen zu kommen, darf das Motiv für den Geschlechtsakt abgeben, nicht der Wunsch ein Vergnügen bei dem Geschlechtsakt zu empfinden, darf das Motiv sein, sondern ausschließlich der Gedanke, ohne eigenes Kind gewissermaßen etwas Unvollkommenes zu sein. Die Vorstellung, dass man ohne Kind keine Lebensfreude mehr haben könne und besonders die absolute Beherrschung durch diesen Gedanken würde Vorbedingung sein müssen, wenn man von einem Fortpflanzungstrieb reden sollte. Mit Recht aber sagen Hegar und Eulenburg, dass eben die Reflexion bereits eine viel zu große Rolle im menschlichen Leben spiele, als dass in dieser Form ein Fortpflanzungstrieb oft aufträte. Allerdings scheint es, dass wir vielleicht in Ausnahmefällen einen solchen Trieb noch finden. Laura Marholm¹ behauptet von deutschen Jungfrauen, „sie sähen in dem fremden Manne, der sich ihnen vielleicht nähern könne, nichts als möglicherweise den Vater ihres zukünftigen Kindes; alles Sehnen deutscher Mädchenherzen gelte nur dem Mutterglück, nur Mutter werden, um jeden Preis Mutter werden. Nach einigen Jahren vergeblichen Wartens auf dieses Vergnügen soll es dem deutschen Mädchen sogar gleichgültig werden, durch wen sie es wird, wenn nur der Drang gestillt wird, den sie empfindet. Wenn eine deutsche Jungfrau ein kleines Kind sieht oder gar anrührt, so träumt sie dabei von ihrem zukünftigen Kind.“ Auch Lombroso und Ferrero sprechen sich dahin aus, dass die Liebe der Frau in der Hauptsache Folge der Mutterschaft und ihres Schutzbedürfnisses sei, während das geschlechtliche Element dabei zurücktrete². Die Äußerung der Rahel zu

Jakob: „Schaffe mir Kinder, wo nicht, so sterbe ich“, sei physiologisch begründet. Immerhin liegt in dieser Auffassung nicht der extreme Standpunkt, wie ihn Laura Marholm mit ihrer Annahme eines absoluten Fortpflanzungsbedürfnisses des Weibes vertritt. Sie sieht in der Liebe der Frau zu dem Manne ausschließlich die Liebe zum Vater ihres zukünftigen Kindes. Wenn es solche Frauen gibt, dann können wir, wie ich glaube, noch von einem Fortpflanzungstrieb reden, und es scheint nach den Mitteilungen von Laura Marholm gelegentlich noch etwas derartiges vorzukommen. Mir selbst ist dies von einigen Frauen, die allerdings nur die Ausnahme bilden, bestätigt worden. Natürlich dürfen wir aber diesen Wunsch und Drang, Kinder zu haben, nicht etwa so auffassen, dass das Kind nur gewissermaßen ein Spielzeug für die Mutter sein soll, das eventuell, wenn es nicht vorhanden ist, durch einen Kanarienvogel oder einen Mops ersetzt wird; es müsste vielmehr der wirkliche innere Trieb vorliegen, aus dem eigenen Ich ein neues Wesen hervorzubringen. Ob solche Jungfrauen, bei denen Laura Marholm in der genannten Weise den Fortpflanzungstrieb beschreibt, wirklich ins Krankenhaus gehören, wie Adine Gemberg vermutet, bezweifle ich. Jedenfalls aber sind sie Ausnahmen.

Dass ganz allgemein der Geschlechtstrieb auch als Fortpflanzungstrieb bezeichnet wird, das kommt von der Verwechslung des bewussten Zieles des Triebes mit dem unbewussten Zweck desselben. Der Trieb dient der Fortpflanzung; sie ist gewissermaßen die objektive Seite, während die subjektive Seite des Geschlechtstriebes das ist, was Hegar als Begattungstrieb bezeichnet; d.h. der Begattungstrieb dient dem Fortpflanzungszweck.

Um die so häufige Zusammenwerfung der Begriffe Fortpflanzungstrieb, Begattungstrieb, Geschlechtstrieb zu vermeiden, ist es notwendig, uns zunächst über den Begriff Instinkt zu einigen. Eduard von Hartmann³ nennt Instinkthandlungen zweckmäßige Handlungen ohne Bewusstsein des Zwecks. Mit gewissen Einschränkungen werden wir diese Begriffsbestimmung festhalten. Ribot⁴ klagt mit Recht darüber, dass das Wort Instinkt bei Naturforschern und Philosophen so verschieden angewendet werde. Wundt⁵ bezeichnet als Instinkte die angeborenen Triebe. Das Angeborene wird allerdings von fast allen betont. So hat auch Wilser⁶ in einer Diskussion über den geborenen Verbrecher das Angeborene für ein Hauptcharakteristikum des Instinktes gehalten. Darwin bezeichnet die

³ Eduard von Hartmann: Philosophie des Unbewussten. 8. Aufl. 1. Band. Berlin 1878: 68.

⁴ Ribot: L'hérédité psychologique. 2me éd. Paris 1882: 15.

⁵ a.a.O. 2. Band: 509.

⁶ Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychiatrisch-gerichtliche Medizin. Berlin 1895. 51 Band. 1. Heft: 227.

¹ Vgl. hierüber Adine Gemberg: Im Namen der weiblichen Jugend. Das Magazin für Literatur. 19 Sept. 1896.

² C. Lombroso und G. Ferrero: La Donna delinquente la Prostituta e la Donna normale. Torino 1893: 57.

Instinkthandlungen als Verrichtungen, die wir nur mit Hilfe von Überlegung und Gewohnheit leisten können, die aber von einem Tiere, besonders von einem jungen und unerfahrenen oder in derselben Weise von einer großen Zahl von Tieren ausgeübt werden, ohne dass diese ihr Endziel zu sehen scheinen.¹ Diese Definition bezeichnet im Wesentlichen dasselbe wie die Hartmannsche. Jedenfalls würden wohl alle Autoren, die überhaupt den Instinkt anerkennen, darüber einig sein, dass Handlungen, die der Hartmannschen Definition genügen, Instinkthandlungen sind. Der Wandertrieb der Vögel, die, ohne zu wissen, weshalb und wohin sie wandern, zu einer bestimmten Zeit des Jahres ihren Wohnort verlassen, ist ein solcher Instinkt; ebenso das herdenweise Zusammenleben vieler Tiere, das Einspinnen der Raupen zu der Zeit, wo sie sich verpuppen. Ich halte im Wesentlichen Hartmanns Definition für richtig, möchte aber doch eine Einschränkung, damit Missverständnisse fernbleiben, hinzufügen. Ich meine, dass das Nichtwissen des Zweckes keine absolute Vorbedingung für den Begriff des Instinktes ist. Ich würde z.B. von Instinkten auch bei solchen Wandervögeln sprechen, die, nachdem sie den Zweck des Wanderns kennen gelernt haben, doch in jedem Jahre wieder wandern. Das Wissen des Zweckes kann auch bei Instinkthandlungen vorkommen. Wir würden sonst beispielsweise auch das Essen beim Hunger, wenn wir erfahren haben, dass wir uns dadurch am Leben erhalten, nicht mehr als Instinkthandlung bezeichnen können. Das Wissen des Zweckes macht die Instinkthandlung noch nicht zu einer anderen, sondern lediglich die Motivierung der Handlung durch das Wissen des Zweckes. Wenn also Vögel nach einem bestimmten Orte fliegen, zwar durch ihren Wandertrieb veranlasst, aber, nachdem sie bereits erfahren haben, dass sie an diesem Orte Nahrung finden, so würde ich ein solches Ziehen noch für eine Instinkthandlung halten. Nur wenn das Nahrungssuchen das wirkliche bewusste Motiv bei dem Ziehen des Vogels ist, dann, glaube ich, würden wir die Handlung nicht mehr zu den Instinkthandlungen rechnen dürfen. Eduard von Hartmanns Definition sagt in Wirklichkeit dasselbe, gibt aber wegen der besonderen Bedeutung des Wortes Zweck², die sich in ihr findet, leicht zu Missverständnissen Veranlassung, und deshalb wollte ich die Einschränkung nicht unterlassen. Der Zweck braucht also nicht unbedingt unbewusst zu sein. Anders läge es, wenn der Betreffende die Handlung ausführt mit der bewussten Absicht, den Zweck herbeizuführen. Dann würde von einem Instinkt nicht mehr die Rede sein. Wenn ein Mann, der

nur Neigung zu Männern hat, der aber anderen gegenüber sich als Weiberheld erweisen will, zu einer weiblichen Person geht und bei ihr den Beischlaf ausübt, nachdem er durch die Phantasievorstellung eines Mannes sich eine Erektion verschafft hat, so würde dieser Koitus nicht mehr zu den instinktiven zu rechnen sein; er ist vielmehr eine Folge der einfachen Überlegung und Erfahrung des Betreffenden.

Wenden wir diese Erörterung über den Instinkt auf den Geschlechtstrieb an, so ergibt sich, dass er einem Instinkte dient, nämlich dem der Fortpflanzung. Wer daher den Geschlechtstrieb als Fortpflanzungstrieb bezeichnet, mag das tun; beide Begriffe würden sich decken; wie schon erwähnt, ist dann Geschlechtstrieb die subjektive, Fortpflanzungstrieb die objektive Seite desselben Vorganges. Aber das Wort Fortpflanzungstrieb wendet man, um Verwirrung zu vermeiden, am besten überhaupt nicht an, wenn man es nicht auf die oben genannten seltenen Fälle beschränken will.³

Von Hegars Einteilung bleibt somit nur der Begattungstrieb übrig. Wir werden aber sehen, dass der Begattungstrieb in zwei ganz verschiedene Vorgänge zerfällt, die man, lediglich weil sie gewöhnlich vereinigt auftreten, als einen einzigen Trieb, Geschlechtstrieb bezeichnet. Der eine Vorgang spielt sich an den Genitalien ab; er drängt zu einer Veränderung an ihnen und findet seine Befriedigung beim Mann in der Ejakulation. Es wäre also hier ein Ejakulationstrieb vorhanden. Ich werde jedoch den Ausdruck Ejakulationstrieb nicht anwenden, weil er nicht allgemein gültig ist. Wenigstens liegt die Sache beim weiblichen Geschlecht etwas anders als beim männlichen. Es kommt wohl mitunter auch beim weiblichen Geschlecht in der höchsten Wollust beim Koitus oder auch bei der Masturbation zu einer Ejakulation, deren Sekret aus den Bartholinischen Drüsen und vielleicht aus Uterusschleimdrüsen stammt; aber es ist die Frage, ob die Ejakulation beim Weibe eine so wesentliche Rolle spielt, zu verneinen. Da die Ejakulation beim weiblichen Geschlecht auch nicht die Herausbeförderung der Keimzellen, wie es beim Mann der Fall ist, bewirkt, wird man von vornherein annehmen müssen, dass sie jedenfalls für den Zweck des Beischlafs nicht die Bedeutung hat, wie die Ejakulation des Mannes. Dass die Ejakulation beim weiblichen Geschlecht überhaupt eine geringere Rolle

³ Man könnte dem Worte Fortpflanzungstrieb noch aus einem anderen Grunde Anstoss nehmen, nämlich deshalb, weil der naive Mensch beim Erwachen des Geschlechtstriebes keine Ahnung davon zu haben braucht, dass er durch dessen Befriedigung Nachkommen zeugt. Er braucht davon nicht mehr zu wissen, als die Vögel, die aus künstlich ausgebrüteten Eiern ausgekrochen sind, und die niemals ältere Vögel ihrer Art gesehen haben, wenn sie zum erstenmal zum Begattungs- und Brutgeschäft zusammentreten. Auch sie wissen gar nichts davon, dass sie dadurch Nachkommen erzeugen. Wenn dies aber auch für den naiven nicht belehrten Menschen zutrifft, so würde ich den Begriff des Fortpflanzungstriebes aus diesem Grunde nicht bestreiten; denn es könnte sehr wohl eine aus dem Leben geschöpfte Erfahrung einen Trieb herbeiführen.

¹ Charles Darwin: Über die Entstehung der Arten durch natürliche Zuchtwahl. Übersetzt von Carus. 6. Aufl. Stuttgart 1876: 287.

² Vgl. Eduard von Hartmann: Kategorienlehre. Die Finalität. Leipzig 1896: 431ff.

spielt, geht schon daraus hervor, dass die Entwicklung des Sekretes der Bartholinischen Drüsen nicht an die Pubertät gebunden ist. Aber sehen wir von dem Zweck des Beischlafs vollkommen ab, und beobachten wir den Akt als solchen. Zunächst lässt sich die Frage, ob Frauen beim Koitus eine Flüssigkeit ejakulieren, für eine Reihe von Fällen nicht sicher beantworten, weil die Ejakulation des Mannes eine Unterscheidung, ob die Flüssigkeit von dem Manne oder dem Weibe her stammt, nicht zulässt. Die Frage, ob das Weib ejakuliert, lässt sich verhältnismäßig am einfachsten bei homosexuellen Frauen, die sich durch Cunnilingus befriedigen, bei der Masturbation des weiblichen Geschlechts und bei nächtlichen wollüstigen Träumen ermitteln. Es wird mir aber als ganz sicher angegeben, dass es beim weiblichen Geschlecht mitunter zum höchsten Orgasmus und zum vollkommenen Gefühl der Befriedigung kommen könne, ohne dass eine Ejakulation erfolgt. Während bei dem Mann das Gefühl der Befriedigung dadurch entsteht, dass Samen ejakuliert wird, ist die Ejakulation beim weiblichen Geschlecht nötig. Der Mann ist befriedigt, wenn der Samen entfernt ist; das geht am besten daraus hervor, dass bei dem *Coitus interruptus*, wo der Betreffende die Ejakulation möglichst lange hinausschiebt, das wirkliche Gefühl der Befriedigung erst nach stattgehabter Ejakulation eintritt. Von welchen Umständen beim weiblichen Geschlecht das Gefühl der Befriedigung abhängt, ist schwer zu ermitteln. Es tritt die Befriedigung mitunter ein, wenn die Schwellkörper der Klitoris, nachdem sie angeschwollen waren, wieder abschwollen, und wenn gewisse Bewegungen durch rhythmische Muskelkontraktionen in den Genitalien des Weibes beim Koitus ablaufen, und zwar ohne Ejakulation.¹ Da also nach den bisherigen Feststellungen die Ejakulation des weiblichen Geschlechts nicht die Rolle spielt wie beim männlichen Geschlecht, vielmehr der auf die Genitalien beschränkte Drang, eine gewisse Entladung zu erreichen, nicht immer erst durch eine Ejakulation beseitigt wird, werde ich den Ausdruck Ejakulationstrieb nicht anwenden. Ich werde vielmehr diesen Drang, an den Genitalien eine Veränderung herbeigeführt zu sehen, als Detumescenztrieb² bezeichnen, und zwar bei Männern ebenso wie bei Frauen.

¹ Ich möchte aber darauf aufmerksam machen, dass vielleicht die ejakulierte Flüssigkeit mitunter nur zu gering ist, um wahrgenommen zu werden; ebenso wie bei Männern nach mehrfachem Koitus, der in kurzen Intervallen ausgeübt wird, die herausbeförderte Flüssigkeit immer geringer wird.

² *Tumere* heisst angeschwollen sein und wird auch in sexuellem Sinne gebraucht (vgl. Carolus Rambach: *Thesaurus eroticus linguae latinae* Stuttgartiae 1833); *tumescere* heisst anschwellen, *detumescere* abschwollen. Auf ein Abschwollen sowohl in physiologischer Hinsicht (Veränderung des Blutzuflusses, Entleerung von Flüssigkeit, Abschwollen der erigierten und geschwollenen Schwellkörper) als auch in psychologischer (Abnahme der Empfindungen an den Genitalien) kommt es aber bei diesem Vorgang an den Genitalien immer an, wenn Befriedigung eintreten soll.

Was ich noch betonen möchte, ist der Umstand, dass in der Stammesentwicklung ursprünglich auch beim weiblichen Geschlecht eine Ejakulation nicht nur stattfand, sondern auch eine große Bedeutung hatte. Man sieht dies heute noch bei Fischen, die ihre Eier durch Ejakulation entleeren.

Es gibt auch männliche Individuen, bei denen von einem Ejakulationstrieb nicht die Rede ist, und die trotzdem einen Drang haben, eine Veränderung an den Genitalien herbeizuführen. Es ist dies bei früh auftretender Masturbation der Fall, bei der Erektion und eine Art Wollustgefühl eintreten, aber keine Ejakulation stattzufinden braucht. Auch hier werde ich von einem Detumescenztrieb reden.

Wir haben jetzt den einen Vorgang, der beim Geschlechtstrieb eine wesentliche Rolle spielt, kennen gelernt, nämlich den Drang, an den eigenen Genitalien eine Veränderung herbeizuführen. Der zweite Vorgang, der beim Geschlechtstrieb in Frage kommt, ist der Trieb, sich einer anderen Person, und zwar unter normalen Verhältnissen einer Person des anderen Geschlechts, zu nähern, sie zu berühren, zu küssen. Ich werde diesen Trieb, um so allgemein wie möglich zu bleiben, als Kontrektationstrieb³ bezeichnen. Es soll damit nur angedeutet sein, dass es der Trieb zu einer Berührung geistiger oder sinnlicher Natur ist. Beim normalen Menschen zeigt sich dieser Kontrektationstrieb als heterosexueller Trieb, d.h. als ein Trieb zum anderen Geschlecht. Entwicklungsgeschichtlich werden wir sehen, liegt die Sache anders. Bei Zwitter in der Tierwelt, z.B. Blutegeln, können wir die Beobachtung machen, dass jedes Individuum zwar männliche und weibliche Keimdrüsen besitzt, dass aber trotzdem zwei Individuen zum Geschäft der Begattung zusammentreten. Es entsteht hier schon die Frage, ob der Kontrektationstrieb etwas ebenso Ursprüngliches ist wie der Detumescenztrieb. Ich möchte die Frage bereits jetzt verneinen. Das Ursprüngliche ist die Detumescenz, und wir werden später bei der Betrachtung der Descendenztheorie dies genauer kennen lernen; an dieser Stelle wollte ich nur die beiden Komponenten, in die man beim erwachsenen normalen Menschen den Geschlechtstrieb zerlegen kann, besprechen.

³ *Contrectare* heisst berühren, geschlechtlich berühren, aber auch sich geistig mit etwas beschäftigen.

Buchbesprechung

Otto P. Hornstein: **Hautkrankheiten und Hautpflege im Alter**. Stuttgart: WVG-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2002, 462 Seiten, Preis: € 164,00

Das wichtigste im Leben ist die innere Zufriedenheit. Diese zu erreichen, wird uns zunehmend schwerer gemacht. Unser Umfeld, geprägt durch die öffentliche und veröffentlichte Meinung, gaukelt uns vor, was wir für wichtig halten sollen.

Jugend, jugendliches Aussehen, der ewige Jungbrunnen samt dem Anspruch an die unveränderte Leistung sämtlicher Körperfunktionen suggerieren die Erfüllbarkeit aller Wünsche.

Zum Geburtstag, zum Neujahr wünschen wir uns „vor allem Gesundheit“, als wenn die Gesundheit allein schon Lebensfreude garantieren würde. Dies würde ja beinhalten, dass ein Mangel z.B. an Gesundheit Lebensfreude und innere Zufriedenheit verhindern würde.

Bedenkt man, dass die Lebenserwartung Anfang des vergangenen Jahrhunderts bei etwa 50 Jahren lag, und vergleicht dies mit der Alterspyramide unserer Jetztzeit, ist es klar, dass wir uns alle mit dem eigenen Altern wie allgemein mit dem Altern verstärkt auseinandersetzen müssen. Anti-Aging-Strategien grenzen sich ab von der Alternsmedizin und insbesondere von der Geriatrie, der sogenannten Reparaturmedizin. Der diskriminierende Aspekt in diesem Begriff verweist zum einen darauf, wie negativ – zumindest solange man jung/jünger ist – das Alter und die Gebrechen des Alters besetzt sind, zum anderen könnte hierdurch der Präventionsgedanke gefördert werden. Der schizophrene Spagat zwischen Rentenpolitik und Gesundheitspolitik führt jedoch dahin, dass die Finanzierung von Alterns- und Präventionsforschung sowie von Präventivmaßnahmen als erstes gestrichen wird, wenn es ums Geld geht. Dies beinhaltet natürlich – der Natur gemäß – auch das, was jeden Menschen angeht, das objektive und das subjektive Altern. Gemeint sind nicht nur die *molestes senectutis*, sondern die Funktionen sämtlicher Organe, das gesamte Äußere und hier insbesondere Aussehen und Beschaffenheit der Haut.

O.P. Hornstein benutzt im 1. Kapitel seines Buches Anatomie und Physiologie der Haut zur Darstellung von Funktionen und Strukturprinzipien der Haut einschließlich der Schutzfunktionen. Hieraus entwickeln sich die sichtbaren und funktionellen Hautveränderungen während des Alterns. Zu unterscheiden ist die als „extrinsisch“ bezeichnete Lichtalterung von der „intrinsischen“ Zeitalterung. Es resultiert daraus die Altershaut. Die biorhythmischen Vorgänge einschließlich der sozialen Einflüsse auf den Biorhythmus alter Menschen werden ebenso gewürdigt wie Übergewicht oder das sogenannte metabolische Syndrom.

Hier werden auch die andrologischen Probleme im Alter abgehandelt. Es wird darauf verwiesen, dass tiefgreifende psychosoziale Änderungen der allgemeinen gesellschaftlichen Einstellung zur Sexualität, Partnerschaft und „Glück“ dazu geführt haben, dass im Zusammenhang mit der im 20. Jahrhundert erheblich gestiegenen Lebenserwartung auch die Alterssexualität erhöhtes Interesse findet. Psychosomatisch positiv zu verbuchen sind mehr die qualitativen als die quantitativen Änderungen der

Alterssexualität: „mehr Zärtlichkeit der erotischen Zuwendung, weniger dranghafte Aggressivität, mehr Gefühle gegenseitiger Geborgenheit“. Somatische Veränderungen wie z.B. einseitige Hodenatrophie, Lipomastie/Gynäkomastie müssen genauso korrekt abgeklärt werden wie z.B. der Hypogonadismus. Auf eine taktvolle, aber präzise Sexualanamnese wird großer Wert gelegt. Festzuhalten ist, dass die exogene Stimulierbarkeit und damit die sozio-kommunikative Funktion der Haut bis ins höchste Alter erhalten bleiben kann.

Kenntnisse über die Struktur und Funktion der Epidermis sowie über die Morphologie und Physiologie des Bindegewebes im Alter sind Grundlagen für die Dermato-Therapie. Besonderheiten der altersgerechten Therapieprinzipien werden ausführlich besprochen wie z.B. die gründliche Anleitung für die Anwendung externer Therapeutika, Beachtung des längeren Zeitaufwandes bei der ärztlichen Beratung sowie Einbeziehung von Familienangehörigen in die häusliche Therapie. Ebenso dürfen die emotionalen Erlebensweisen und kognitiven Verarbeitungswege bei hautkranken Patienten nicht unterschätzt werden. Beispielhaft soll darauf verwiesen werden, dass junge Patienten z.B. mit als entstellend erlebter Akne eine Rettung nicht selten in naturheilkundlichen oder extrem alternativen bis magisch-esoterischen Therapieangeboten suchen, während ältere Patienten mit persistierenden oder chronischen rezidivierenden Dermatopathien wie z.B. einer Psoriasis eher dazu neigen, sich mit Alkohol zu „trösten“.

Besonderes Interesse dürfte das Kapitel „Grundzüge der Hautpflege und der dermatologischen Phäniatrie im Alter“ finden. Welche Funktionen kann Hautpflege übernehmen, z.B. Vorbeugung einer verfrühten Hautalterung? Welche äußerlich anzuwendenden Mittel sind geeignet, wie wirken diese? Beruflicher Hautschutz, Lichtschutz, Waschen, Duschen und das Baden mit Besonderheiten bei alten Menschen werden instruktiv besprochen bis hin zum Anlegen von Verbänden und zur Dekubitusprophylaxe.

Chronische Lichtschäden, Pigmentstörungen, sichtbare Narben sollen beseitigt oder gemindert werden. Peeling unterschiedlicher Art, Dermabrasionen sowie Skin-resurfacing mittels Laser-Strahlen werden realitätsbezogen besprochen, auch Augmentation und Camouflage, sowie die Dreiecksbeziehungen zwischen Arzt-Patient-Pflegepersonen hervorgehoben.

Ein eigenes Kapitel „Das Gesicht im Alter“ zeigt die Bedeutung für die sichtbare Identität eines Menschen auf. Die sozio-psychologische Individualität des Gesichtes für das Selbstwertgefühl, für die Kommunikation und als psycho-emotionales Ausdrucksorgan auch in höherem und hohem biologischen Alter wird ausdrücklich betont, vor allem in einer Zeit, „die Jugendlichkeit als Schönheitsideal im Geschäftsleben und in der Produktwerbung ständig anpreist“. Der Gesamteindruck des Gesichtes, das Minenspiel, die Einzelregionen mit ihren Faltenbildungen u.a. erlauben dem Arzt die physiognomische Blickdiagnostik als Hinweis auf eine Erkrankung oder eines Leidenszustandes, z.B. das Vollmondgesicht beim M.Cushing oder das Salben-/Maskengesicht beim Parkinsonismus.

Im Alter sind nahezu alle Hautkrankheiten möglich, oft jedoch in unterschiedlicher Ausprägung. Ein besonderes Problem

sind unerwünschte arzneimittelbedingte Hautreaktionen. Pharmakotoxische und kinetische Störungen sind dabei häufiger als allergische Reaktionen. Das vielfältige Erscheinungsbild richtig zu werten, erfordert große klinische und allergologische Erfahrung.

Die epochalen therapeutischen Erfolge der wissenschaftlich fundierten Medizin, welche heute nahezu als selbstverständlich angesehen werden, haben ihren Preis. Unerwünschte Wirkungen (sog. Nebenwirkungen) sind trotz optimaler Wachsamkeit der Ärzteschaft nicht sicher zu vermeiden. Medizinsoziologische Therapieprobleme resultieren aus erhöhtem Arzneimittelverbrauch, gesteigerter Anspruchshaltung und vielen anderen Komponenten. O.P. Hornstein erstellt einen gleichsam „therapeutischen Knigge“, der dem ärztlichen Handeln zu Grunde liegt und immer lag, und der trotzdem unterstrichen gehört. Er beginnt mit: „keine Medikation ohne eingehendes Beratungsgespräch“ und endet mit dem altbewährten Grundsatz „primum nil nocere“.

Wie jedes Krankheitsgeschehen, so sind auch Hautkrankheiten affektiv-emotionalen Einflüssen unterworfen. Psychogene Dermatopathien sowie psychisch konditionierende Hautkrankheiten bewirken nicht selten eine psychosomatisch oder eine somato-psychisch hervorgerufene pathogene Kettenreaktion. Allein die Wahrnehmung und abnorme seelische Verarbeitung der Hautalterung, die in unserer demographisch alternden Bevölkerung als etwas Negatives erlebt wird, kann narzisstische Ängste mobilisieren. Hypochondrisch werden vorher unbeachtete Hautveränderungen registriert und zwanghaft ausgelebt. Bekannte Beispiele sind der Alterspruritus oder der Dermatozoen-Wahn. Bei der Dymorphophobie fällt die Diskrepanz zwischen Dringlichkeit des Behandlungswunsches und der Geringfügigkeit des Befundes auf. Manche „Problempatienten“ mit unbegründeter chronischer Therapie-Unzufriedenheit sind hier einzuordnen. Dabei – wie auch bei Artefakt-Patienten – ist genau abzugrenzen von Simulationen und Aggravationen. Grundvoraussetzung für das therapeutische Vorgehen, unabhängig davon, ob es sich um eine Dymorphophobie, um hypochondrische oder anankastische Psychosynndrome, eine taktile Haluzinose oder um eine Dermatopathia artefacta handelt, ist die Arzt-Patient-Beziehung. Die Compliance bei alten Menschen mit Hautproblemen unterliegt nicht nur psychischen Besonderheiten, sondern gleichzeitig alterstypischen Kommunikationsbarrieren wie Schwerhörigkeit, Immobilität, Gedächtnismängel und anderem. Lavierte Syndrome wie Depression, Alkohol- oder Arzneiabhängigkeit sind zu beachten. „Krankheit kann Maske, Mittel oder seelisches Signal zur Hilfe sein!“ Nicht die analytische Konfliktlösung, sondern die Bewältigung der veränderten Lebenssituation ist das Therapieziel, um so wieder ein psychophysisches Gleichgewicht zu erreichen.

Der Autor hat es verstanden, eine primär für Hautärzte wichtige Übersicht und Zusammenfassung von Altersdermatosen so zu gestalten, dass die gesamte Ärzteschaft angesprochen wird. Bei der Vielzahl der älteren Menschen, die den Arzt aufsuchen, ist die richtige Einordnung eines eventuell banalen Nebenbefundes für den unwissenden Laien gegebenenfalls genauso entscheidend für die Be- und Verarbeitung des „Neuen“, des Krankheitsgeschehens – bis hin zur Karzinophobie, wie z.B. ein maligner

Hauttumor. Bei alten Menschen erfordert die Chronizität vieler Hauterkrankungen nicht nur eine gezielte und ausreichende, fachlich und wirtschaftlich zweckmässige Lokal- und Allgemeintherapie, sondern auch die Intensivierung der ärztlichen Beratung. Selbstverständlich wird großer Wert gelegt auf die gründliche Anamnese und den klinischen Befund, der auch in zahlreichen Abbildungen, welche in der Buchmitte zusammengefaßt sind, vorzüglich illustriert wird. Immer eingeschlossen – und oftmals hervorgehoben in farbigen Kästen – sind die psychischen Implikationen, ohne deren Beachtung die Compliance nicht möglich ist. Die Besonderheiten in der Patient-Arzt-Beziehung gerade im Alter werden genauso wie verhaltens-/psychotherapeutische Vorgehensweisen in die therapeutischen Strategien einbezogen.

Leben bedeutet einen kontinuierlichen Alterungsprozeß. Hautpflege und weitere präventive Maßnahmen können die biologische Uhr nicht anhalten, vielleicht jedoch langsamer stellen. Hautkrankheiten im Alter dürfen nicht verharmlost werden, nur weil der Mensch alt ist. Jeder weiß, wie sehr der Zustand der Haut – das Äußere – zeitlebens das Wohlbefinden beeinflusst. O.P. Hornstein ist es bestens gelungen, uns in seinem umfangreichen Buch – gestützt auf seine Erfahrung, sein bewundernswertes klinisches Wissen und die ärztliche Psychotherapie – das notwendige diagnostische und therapeutische Rüstzeug an die Hand zu geben – zum Nutzen unserer Patienten.

H.-J.Vogt (München)

21. Haupttagung der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung vom 26.09 bis 28.09 2003 in Hamburg (UEK, Erikahaus/Altes Ärztehaus)

Die Tagung steht unter der Überschrift *Geschlecht zwischen Spiel und Zwang*. In empirischen wie theoretischen Beiträgen werden Fragen der sozialen Konstruktion bzw. biologischen Determination von Geschlecht, Geschlechtsidentität und sexuellen Identitäten beleuchtet. Es geht dabei um „klinische“ wie soziale Phänomene von Inter-, Trans- und Bisexualität, Pädophilie, Cybersex, die Bedeutung sexueller Funktionsstörungen für männliche und weibliche Identität sowie Beziehungsbiographien zum Beginn des 21. Jahrhunderts.

Das Tagungsprogramm und Anmeldeformulare sind zu erhalten über:

Dr. Andreas Hill
Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie
Martinistraße 52,
20359 Hamburg
Tel.: 040 – 42803 3214
Fax: 040 – 42803 6406
e-mail: hill@uke.uni-hamburg.de