

Sexuologie

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

Inhalt

Originalarbeiten

- 94 Diagnostik neurogen bedingter sexueller Funktionsstörungen
Antje Hagedorn-Wiesner
- 105 Das Schwellkörpersystem der Frau als dreidimensionales Modell
Angelika Beck
- 120 Das Spektrum der Sexualstörungen und ihre Klassifizierbarkeit im ICD-10 und DSM-IV
Christoph J. Ahlers, Gerard A. Schaefer, Klaus M. Beier

Fortbildung

- 153 Schwangerschaft bei Jugendlichen. First Love Ambulanz – Ein Modellprojekt zur Verhinderung ungewollter Schwangerschaften von Jugendlichen
Birgit Delisle
- 158 Vom Alltagstest zur Operation – Ein integratives Betreuungskonzept
Annett Gauruder-Burmester, Graf Popken, Klaus M. Beier
- 164 Penisvergrößerung – Welche finanziellen und physischen Gefahren birgt das Internet?
Tim Schneider, Berthold Schneider

Diskussion

- 167 Sexualbegleitung für geistig behinderte Menschen
Lothar Sandfort

Historia

- 171 Magnus Hirschfeld – Sexualwissenschaft im Kontext ihrer Zeit
Rainer Alisch, Katja Henze, Anne-Hilke Kelling, Patricia Marques de Melo

Aktuelles

- 175 Buchbesprechungen, Tagungsbericht, Tagungsankündigungen, Jahresinhaltsverzeichnis

Anschrift der Redaktion

Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier (V.i.S.P.) Rainer Alisch MA, 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: Elsevier GmbH, Niederlassung Jena, Postfach 100537, 07705 Jena, Deutschland.

Tel.: +49(0)3641/62 63, Fax: +49(0)3641/62 65 00, E-mail: journals@elsevier.com

Anzeigenleitung: Elsevier GmbH, Niederlassung Jena, Deutschland, Ansprechpartner: Cora Grotzke, Löttergraben 14a, 07743 Jena. Tel.: +49(0)3641/62 64 45, Fax: +49(0)3641/62 64 21; E-mail: c.grotzke@elsevier.com

Anzeigenpreise: Gültig ist die Preisliste vom 1. Januar 2005.

Lieferkonditionen (2005): Volume 11 (1 Band mit 2 Doppelheften)

Abopreise* (2005): Deutschland, Österreich, Schweiz: Bandpreis 141,00 €; Vorzugspreis 69,00 €; Doppelheftpreis 86,00 €;

* Die Preisangaben sind unverbindliche Preisempfehlungen. Preisänderungen müssen wir uns vorbehalten. Alle Preise verstehen sich inklusive Versandkosten und exklusive Umsatzsteuer. Bei der Rechnungsstellung wird Umsatzsteuer gemäß der zum Rechnungszeitraum geltenden Richtlinien erhoben. Versand per Luftpost ist möglich, Preise auf Anfrage. Kunden in den EU-Ländern werden gebeten ihre Umsatzsteuernummer anzugeben.

Privatabonnements zum Vorzugspreis sind mit Namen und Adresse des Empfängers direkt an den Verlag zu richten. Sie sind mit „Privatabonnement“ zu kennzeichnen. Besteller, Rechnungsempfänger und Rechnungszahler müssen Privatpersonen sein. Die Zahlung kann per Kreditkarte (Eurocard/Mastercard, VISA oder American Express; bitte Kartennummer und Ablaufdatum angeben) oder Vorauskasse erfolgen. Die Angabe einer Instituts- oder Geschäftsadresse ist nur zulässig, wenn das Institut oder Unternehmen ebenfalls ein Abonnement hat.

Der Verlag behält sich das Recht vor, Zusatzbände im Abonnementzeitraum zu publizieren. Erscheinende Supplement-Bände zu einzelnen Zeitschriften sind in den genannten Preisen enthalten.

Kündigung von Abonnements: Abonnements laufen jeweils für ein Kalenderjahr und werden unbefristet bis auf Widerruf verlängert, falls nicht bis zum 31. Oktober des Jahres gekündigt wird.

Abonnements: Bitte richten Sie ihre Bestellung an Elsevier GmbH, Niederlassung Jena, AboService/Vertrieb, Postfach 100537, 07705 Jena, Deutschland.

Tel.: +49(0)3641/62 64 47, Fax: +49(0)3641/62 64 43, E-mail: k.ernst@elsevier.com

Bankverbindung:

Deutsche Bank Jena, Kontonummer 390 7656 00 (BLZ 820 700 00);

IBAN: DE76 8207 0000 0390 7656 00; BIC/SWIFT: DEUTDE33

Postbank Leipzig, Kontonummer 0 149 249 903 (BLZ 860 100 90);

IBAN: DE48 8601 0090 0149 2499 03; BIC/SWIFT: PBNKDEFF

Bitte geben Sie bei der Zahlung ihre vollständigen Daten an.

Copyright: Alle Artikel, die in dieser Zeitschrift veröffentlicht werden, sind urheberrechtlich geschützt, alle Rechte vorbehalten. Ohne schriftliche Erlaubnis des Verlages ist es verboten, Teile der Zeitschrift in irgendeiner Form zu reproduzieren. Dies beinhaltet ebenso die Digitalisierung, als auch jede andere Form der elektronischen Weiterverarbeitung, wie Speichern, Kopieren, Drucken oder elektronische Weiterleitung des digitalisierten Materials aus dieser Zeitschrift (online oder offline).

Für den allgemeinen Vertrieb von Kopien für Anzeigen- und Werbezwecke, für die Neuzusammenstellung von Sammelbänden, für den Wiederverkauf und andere Recherchen muss eine schriftliche Erlaubnis vom Verlag eingeholt werden.

Satz: Rainer Alisch, Hanseatenweg 6, 10557 Berlin

Druckerei, Bindung: Gutenberg Druckerei GmbH Weimar, Marienstraße 14, 99423 Weimar

() Seit Band III, Heft 1 (1996) erfüllt das Papier, das für diese Zeitschrift genutzt wurde, die Anforderungen von ANSI/NISO Z39.48-1992 (Beständigkeit von Papier).

Hergestellt in Deutschland

Coverfoto: Nils Kinder, Berlin

((Deutsche Fachpresse))

© Elsevier GmbH

Alle Rechte vorbehalten.



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, Dermato-Venerologie, 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. zur 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.

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

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

Diagnostik neurogen bedingter sexueller Funktionsstörungen

Antje Hagedorn-Wiesner

Investigation of neurogenic sexual dysfunction

Abstract:

Sexual dysfunctions may be evoked by psychogenic and numerous somatic causes. A disease of the peripheral oder central nervous system could be one of these causes. Frequent disturbances of the peripheral nervous system are diabetic or alcoholic polyneuropathy and radicular lesions caused by lumbosacral mass prolaps. Diseases of the spinal cord, either inflammatory (e.g. Multiple Sclerosis), traumatic oder degenerative are important examples for central nervous involvement.

The article describes, as far as known today, the neurophysiological and neuroanatomic basics of sexuality and possible disturbances. Clinical and especially electrophysiological diagnostic methods will be described extensively as well as their significance to everyday work.

Keywords: neurological examination, sexual dysfunction, erectile dysfunction, anal sphincter reflex, bulbocavernosus muscle reflex, musculus cremaster reflex, anal sphincter electromyography, pudendal motor latency, pudendal somatosensory evoked potentials

Zusammenfassung

Sexuelle Funktionsstörungen können neben psychischen und vielfältigen anderen somatischen Ursachen auch durch Erkrankungen des zentralen und/oder peripheren Nervensystems bedingt sein. Häufige Störungen des peripheren Nervensystems sind diabetische und alkoholische Polyneuropathien sowie radikuläre Läsionen durch lumbosakrale Massenvorfälle. Rückenmarksprozesse stellen die wichtigsten zentralnervösen Erkrankungen dar, diese sind entweder entzündlicher (z.B. Multiple Sklerose), traumatischer oder degenerativer Genese.

Der Artikel beschreibt, soweit bekannt, die neurophysiologischen und neuroanatomischen Grundlagen der Sexualfunktion und deren möglichen Störungen. Die klini-

sche und insbesondere elektrophysiologische Diagnostik wird ausführlich vorgestellt und in ihrer Bedeutung für den klinischen Alltag gewichtet.

Schlüsselbegriffe: Neurostatus, Sexualfunktionsstörung, erektile Dysfunktion, Analreflex, Bulbocavernosusreflex, Cremasterreflex, M. sphincter ani externus, EMG des M. sphincter ani, Neurographie des N. pudendus, Pudendus SEP

Einleitung

Sexuelle Funktionsstörungen können vielfältige Ursachen haben. Erkrankungen des peripheren oder zentralen Nervensystems sind nicht selten hieran beteiligt. Welche Krankheiten in Frage kommen und wie diese diagnostiziert werden können, soll dieser Artikel beschreiben.

Körperlich-neurologische Untersuchung

Neben einer allgemeinmedizinischen körperlichen Untersuchung muss eine komplette neurologische Untersuchung durchgeführt werden, wobei der Schwerpunkt dabei selbstverständlich auf der vermuteten oder bekannten neurologischen Erkrankung liegt. Viele neurologische Erkrankungen führen jedoch zu mehreren Symptomen, so kann beispielsweise ein MS-Patient mit einer spinalen Läsion nicht nur an einer spastischen Beinparese, einer Blasen- und Sexualfunktionsstörung, sondern auch an einer schweren Sehstörung aufgrund von Blickparesen und Nystagmus leiden. Eine ausschließlich symptomorientierte Untersuchung würde diese „Nebenbefunde“, die das Alltagsleben des Patienten erheblich einschränken können, übersehen.

Der **Neurostatus** beinhaltet die Prüfung der Hirnnerven, des Reflexstatus (mit Muskeltonus und der Pyramidenbahnzeichen), der Motorik, Sensibilität, Koordination, Stand- und Gangsicherheit sowie die Erhebung des psychopathologischen Befunds.

Bei der **Untersuchung der Sensibilität** sollte insbesondere darauf geachtet werden, ob sich ein **sensibles Niveau** als Hinweis auf eine Querschnittläsion finden läßt. Es sollte die Oberflächensensibilität bei leichter Berührung mit dem Finger oder dem Watte-träger sowie die Schmerzempfindung untersucht werden. Insbesondere im Anogenitalbereich ist eine sehr detaillierte Sensibilitätsprüfung erforderlich. (Spürt der Patient beispielsweise das Eindringen des Fingers bei der analen Untersuchung?) Gleichzeitig sollte eine gründliche **Inspektion und ggf. auch Palpation des Urogenital- und Analbereichs** erfolgen. Die Untersuchung erfolgt am besten in Linksseitenlage (bei einem rechtshändigen Untersucher). Zur Inspektion des Analbereichs müssen die Gesäßbacken gespreizt werden. Vorhandene sensible Defizite sollten möglichst dem Versorgungsgebiet einzelner oder mehrerer Nerven (insbesondere dem N. pudendus) oder dem der sakralen Dermatome zuzuordnen sein.

Bei der **Prüfung der Motorik** müssen die bekannten **Kennmuskeln** für die einzelnen Segmente getestet werden. Bei Verdacht auf organisch bedingte Sexualfunktionsstörungen sind insbesondere die **lumbosakralen Myotome** von diagnostischer Bedeutung (M. sphinkter ani als Kennmuskel S 3-5). Der Untersucher sollte sich folgendende Fragen beantworten: Passen evtl. vorhandene Paresen zum vermuteten spinalen Niveau? Ist die willkürliche Kontraktion des M. sphinkter ani möglich? Liegt eine Spastik vor? Liegt diese nur an den Beinen oder auch an den Armen vor? Im Rahmen der Untersuchung muss ebenfalls der Muskeltonus des M. sphinkter ani beurteilt werden. Bei einer Spastik dieses Muskels findet sich eine überschießende Kontraktion nach Dehnung mit dem Finger. Es müssen neben den routinemäßig untersuchten Eigen- und Fremdreflexen auch der Kremasterreflex (Bestreichen der Oberschenkelinnenseite führt zur ipsilateralen Hodenanhebung, L1/L2), der Bulbocavernosusreflex (Druckstimulation der Glans penis verursacht eine Kontraktion des M. bulbocavernosus, S2-3) sowie der Analreflex (Bestreichen der Perianalregion führt zu ipsilateraler Sphinkterkontraktion – auf Seitendifferenzen achten!, vgl. S4-5) untersucht werden.

Zusammenfassend müssen insbesondere der **Anogenitalbereich inspiziert** und auf sensible und motorische Störungen hin untersucht werden, außerdem sind **sensible und motorische Querschnittsyndrome** zu beachten. Weiter sind die **Kennmuskeln der lum-**

bosakralen Myotome von besonderer Bedeutung. Häufig bestehen **gleichzeitig Blasen- und Mastdarmfunktionsstörungen**.

Neuroanatomie der Sexualfunktion

Es wird angenommen, dass beispielsweise Beeinträchtigungen der Erektion zu 10 – 19% auf Nervenschädigungen zurückzuführen sind (Junemann et al. 1994). Patienten mit traumatischen Querschnittlähmungen zeigen fast immer neben den motorischen und sensiblen Ausfällen auch Beeinträchtigungen der Sexualfunktionen. Bei männlichen Patienten mit Diabetes kommt es in 30 – 60% der Fälle im Laufe der Erkrankung zu Erektionsstörungen, bei weiblichen Diabetikern gibt es kaum Untersuchungen auf diesem Gebiet. Der Prozentsatz an organisch bedingten Sexualfunktionsstörungen dürfte bei Frauen aber ähnlich hoch liegen wie bei den männlichen Zuckerkranken. Blasenstörungen treten im Laufe einer Multiplen Sklerose-Erkrankung bei bis zu 90% der Betroffenen auf, bei ca. 50 – 75% kommt es zu einer Beeinträchtigung der sexuellen Funktionen. Lumbosakrale Bandscheibenmassenvorfälle, die häufig bei jüngeren Menschen vorkommen, beinhalten neben Lähmungen, Sensibilitätsstörungen und Blasen- sowie Mastdarmstörungen typischerweise auch Beeinträchtigungen der sexuellen Funktionen, welche bis zum kompletten Ausfall der Erektions- und Orgasmusfähigkeit führen können.

Die Kenntnis der den sexuellen Funktionen zugrundeliegenden Neuroanatomie ist unerlässlich, um organische (Mit-)Ursachen sexueller Funktionsbeeinträchtigungen und -störungen erkennen zu können (Steers 2000), da sich gerade bei neurologischen Erkrankungen häufig eine Kombination organischer, sozialer und psychischer Faktoren findet.

Kasuistik 1

Der 31-jährige Elektroinstallateur stellte sich wegen einer zunehmenden ED vor. Er berichtete, dass die willkürliche Erektion nur mehr mit Mühe zustande komme und häufig für einen befriedigenden Geschlechtsverkehr nicht mehr ausreiche. Auch die Orgasmusfähigkeit sei deutlich eingeschränkt. Nächtliche und morgendliche Erektionen seien vorhanden, auch die Libido sei nicht eingeschränkt.

Aus der Vorgeschichte wurde über eine Multiple Sklerose, die seit 5 Jahren bekannt war, berichtet. Der

Patient hatte bisher unter 2 Schüben gelitten, die mit Sehstörungen und einer Feinmotorikstörung des linken Armes einhergegangen waren. Diese Symptome hatten sich aber nach seinen Angaben fast vollständig zurückgebildet.

Bei der körperlichen Untersuchung fand sich der schlanke Patient in gutem Allgemeinzustand. Neurologisch fanden sich im Hirnnervbereich keine Auffälligkeiten, der linke Arm zeigte eine diskrete Reflexbetonung sowie eine leichte Bradydysdiadochokinese, außerdem bestand eine sehr geringe Paraparese der Beine mit einer leichten Spastik und einem sensiblen Niveau unterhalb von Th 2. Eine sichere Reithosensensibilitätsstörung lag nicht vor. Auffällig war ein sehr lebhafter beidseitiger Analreflex.

Die elektrophysiologische Zusatzdiagnostik zeigte eine einseitige Verlängerung der visuell-evozierten Potentiale als Zeichen einer früher abgelaufenen Retrobulbärneuritis, die somatosensiblen Potentiale der Beine (TibialisSEP) war beidseits pathologisch verlängert, ebenso die PudendusSEP. Pudendusneurographie und das EMG des M. sphinkter ani externus zeigten keine Hinweise auf eine Schädigung des peripheren Nervensystems, es fand sich jedoch eine pathologische Spastik des Analsphinkters (s. Abb. 1).

Die urologische Untersuchung (mit Urodynamik) zeigte eine Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie mit behandlungsbedürftigen Restharmengen.

Die Kernspintomographie des ZNS zeigte mehrere alte Demyelinisierungsherde ohne Hinweise auf eine frische Entzündung, die spinale MRT zeigte einen frischen Herd (mit Kontrastmittelanreicherung), der sich über einen großen Abschnitt des unteren Zervikalmarks erstreckte.

Zusammenfassend war es zu einem erneuten Schub der Multiplen Sklerose mit einer Entzündung

im unteren Zervikalmark gekommen, die zu einer Sexualfunktions- und Blasenstörung sowie einer sehr leichten sensomotorischen Paraparese der Beine geführt hatte. Dem Patienten selbst war nur die erektile Dysfunktion aufgefallen, die ihn in seiner Lebensqualität erheblich beeinträchtigt hatte. Auf Nachfrage hin gab er dann auch eine zunehmende Pollakisurie sowie eine leichte Gangunsicherheit im Dunkeln in den letzten Wochen an, die für ihn bisher jedoch keinen Krankheitswert gehabt hatten.

Das Gehirn als „Steuerungszentrale“ ist für **psychogene Erregung**, d.h. Erregung, die z.B. durch visuelle Stimulierung, Gerüche, nicht-genitale Berührung, Gefühle und Erinnerungen entsteht, zuständig. Außerdem verstärkt bzw. unterdrückt es durch genitale Stimulation entstandene **reflektorische Erregung**. Hierfür sind vermutlich in erster Linie der Hypothalamus und angrenzende limbische Strukturen, jedoch auch Teile des Temporal- und Frontallappen zuständig. Interessanterweise führt die elektrische Stimulation des Neokortex nicht zu sexueller Erregung, so dass vermutlich eher stammesgeschichtlich ältere Hirnteile für die Regulation sexuellen Verhaltens verantwortlich sind (MacLean PD 1996). Ein anatomisch abgrenzbares „zerebrales Erregungszentrum“ gibt es, soweit bisher bekannt ist, nicht. Sexuelle Erregung kann offensichtlich an vielen verschiedenen Orten im Gehirn ausgelöst werden. Dies ist ein Unterschied zur Blasenfunktion, die ja in großen Teilen ähnlich anatomisch organisiert ist wie die Sexualfunktionen. Dort findet sich jedoch ein zerebrales Blasenzentrum (im Gyrus frontalis superior).

Im **Hypothalamus** finden Sympathikus und Parasympathikus eine erste Integration. In vielen Organen wirken diese beiden vegetativen Subsysteme antagonistisch, auf den Ablauf der sexuellen Reaktionen wir-

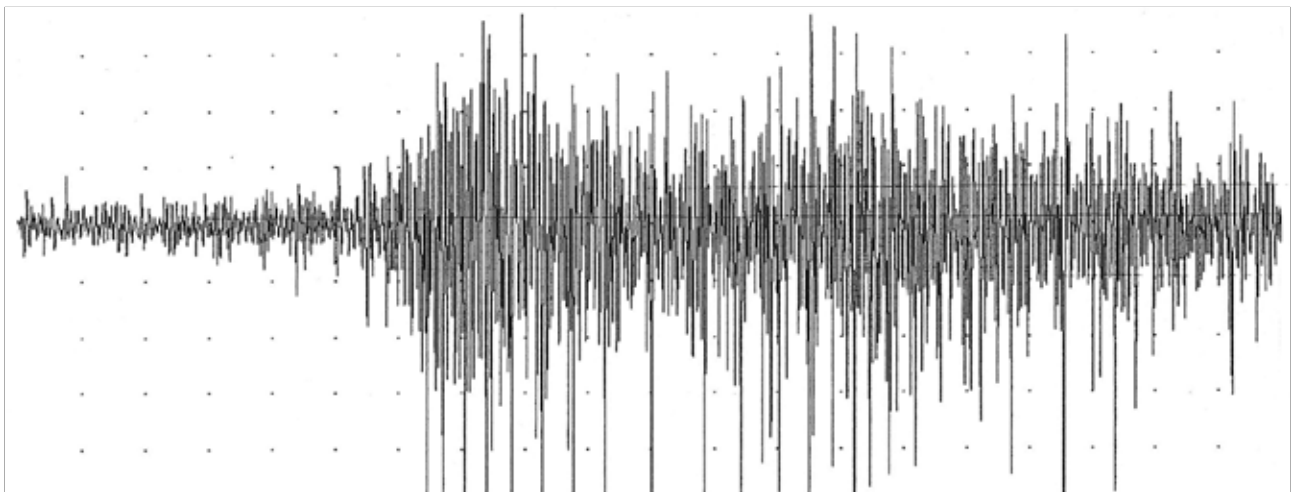


Abb. 1 EMG-Ableitung aus dem M. sphinkter ani ext. mit pathologischer Reflexsteigerung bei digitaler Dehnung

ken sie komplementär: Grob vereinfacht kann man sagen, dass sie initiiert und (orgastisch) beendet werden von einem kurzzeitigen sympathikotonen Übergewicht. Im Rahmen der hypothalamischen Steuerung der hypophysären Hormonsekretion (durch Releasing-Hormone: RH) gibt es hier einen Pulsgenerator für das Gonadotropin-RH, der außer von Geschlechtshormonen von vielen hormonalen, neuronalen, metabolischen und umweltbedingten Faktoren beeinflusst wird.

Hemmende Bahnen verlaufen (neben kortikalen Bahnen) von der Medulla zu den sakralen Zentren (McKenna 1998). Diese benutzen Serotonin als Transmitter – eine mögliche Erklärung dafür, dass serotonerg wirkende Medikamente (z.B. manche Antidepressiva) sich hemmend auf Erregung und Orgasmusfähigkeit auswirken. Vom Gehirn laufen efferente Bahnen zu spinalen und sakralen autonomen Kerngebieten. Der thorako-lumbale sympathische Grenzstrang von Th11 – L3 bildet das „**psychogene Erektionszentrum**“, das parasympathische Kerngebiet in den sakralen Segmenten S2 – S4 das „**reflektorische Erektionszentrum**“. Zusätzlich finden sich direkte Verbindungen vom Hypothalamus zum somatischen Kerngebiet des N. pudendus im Vorderhorn von S2 und S3. Sympathische Fasern ziehen aus dem Grenzstrang zum oberen und unteren Plexus hypogastricus, um von dort als Nervi hypogastrici zum Plexus pelvici und um dann letztlich zusammen mit parasympathischen und somatischen Fasern in gemeinsamen Nerven zu den Genitalien zu gelangen. Weitere Sympathikusfasern laufen über den Grenzstrang zu sakralen Ganglien und von dort weiter, ebenfalls in gemischten Nerven mit parasympathischen und somatischen Fasern, zum Beckenboden. Auch bei Patienten mit einer Querschnittslähmung oberhalb von Th 12 können sexuelle Erregung und auch Orgasmen möglich sein. Es wird angenommen, dass diese Funktionen über sympathischen Bahnen vermittelt werden (Sipski et al. 2001).

Die parasympathischen Ganglienzellen liegen im Sakralmark (S2 – S4). Von dort läuft der N. pelvici (der auch sympathische Fasern enthält) zum Plexus pelvici. Von dort ziehen die Nervi cavernosi (die ebenfalls sympathische Anteile enthalten) in enger Nachbarschaft zur Prostata und erreichen dann den Penis bzw. die Klitoris. Die anatomische Nähe der Nervi cavernosi zur Prostata bzw. zum Blasen Hals führt dazu, dass diese bei operativen Eingriffen an diesen Organen stark gefährdet sind. So führen Prostatektomien aufgrund einer Hyperplasie bei ca. 10%, die Kryochirurgie eines Prostatacarcinoms sogar bei ca. 90% der Patienten zu Beeinträchtigungen der Erektionsfähigkeit. (Soderdahl DW et al. 1996), (Abo-seif et al. 1997)

Die somatische sensible Versorgung des Genitales erfolgt über den N. pudendus (S2 – S4), dessen motorische Anteile auch die quergestreifte Beckenbodenmuskulatur innervieren. Die quergestreifte Beckenbodenmuskulatur ist einerseits für die kontrollierte Entleerung von Blase und Darm zuständig, andererseits für die muskulären Kontraktionen beim Orgasmus und teilweise für die penile und kitorale Erektion. Afferenzen aus dem N. pudendus aktivieren parasympathische Neurone im Nucleus intermediolateralis des lumbosakralen Rückenmarks. Daher ist der somatische Pudendusnerv essentiell für die Entstehung der reflektorischen Erregung.

Zusammenfassend wird angenommen, dass es sich bei der Regulation der Sexualfunktionen, vergleichbar der Regulation der Blasenfunktion, um einen sakralen Reflexbogen handelt, der zentral kontrolliert wird. Eine spinale Läsion oberhalb von Th10 führt zum Verlust der psychogenen Erregung, (Schädigung des sogenannten psychogenen Erregungszentrums) eine reflektorische Erregung (penile und kitorale Erektion und Lubrikation) ist jedoch möglich. Eine sakrale Läsion hingegen führt oft aufgrund der Schädigung parasympathischen Kerngebiete im Sakralmark als Zentrum der reflektorischen Erregung zum völligen Verlust von Erektion und Lubrikation. In 25 % der Fälle ist jedoch eine psychogene Erektion möglich.

Kasuistik 2

Der 68jährige Patient war 3 Monate vor der Vorstellung an einem intrakapsulär gelegenen Prostatacarcinom operiert worden. Eine Nachbehandlung war nicht erforderlich gewesen. Vor der Operation habe er an einer leichten Erektionsstörung sowie einer milden Urgeinkontinenz für Stuhl bei bekannter Pankreasinsuffizienz (mit wässrigen Durchfällen gelitten), bezüglich der Blase sei er komplett beschwerdefrei gewesen. Die Diagnose des Carcinoms sei ein Zufallsbefund im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung gewesen.

Postoperativ litt der Patient unter einer kompletten Inkontinenz für Urin, das Wasser laufe einfach so weg, ohne dass er es beeinflussen könne. Die Erektionsfähigkeit sei vollständig erloschen, weder willkürliche noch nächtliche und morgendliche Erektionen seien vorhanden. Stuhl könne deutlich schlechter als zuvor gehalten werden. Klinisch fand sich ein deutlich reduzierter Tonus des M. sphincter ani externus mit einem erloschenen Analreflex bei intakter Sensibilität im Anogenitalbereich, die ASR waren abgeschwächt, es bestand eine Pallhypästhesie der Unterschenkel bei sonst unauffälligem Neurostatus.

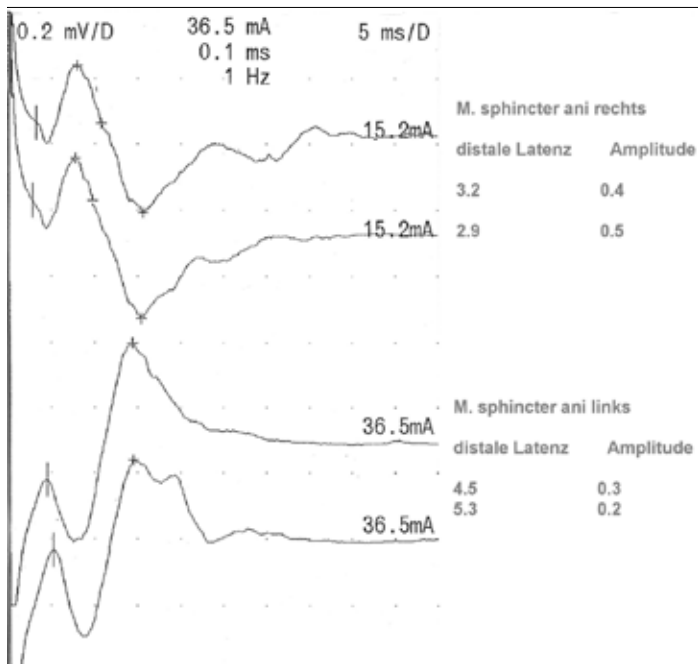


Abb. 2 Motorische Pudenduslatenz nach analer rechtsseitiger (oben) bzw. linksseitiger (unten) Stimulation (jede Untersuchung wurde einmal wiederholt)

Elektrophysiologisch fanden sich neurogene Veränderungen des EMGs des Musculus sphincter ani (auf eine Untersuchung des Blasenhalssphincters wurde verzichtet, da diese Untersuchung sehr unangenehm und nur begrenzt aussagefähig ist) sowie eine rechtsseitig leicht und links deutlich pathologisch verlängerte Pudenduslatenz (vgl. Abb. 2).

Zusammenfassend ist es bei der Operation offensichtlich zu einer Verletzung des linksseitigen Nervus pudendus sowie wahrscheinlich auch der Nn. cavernosi gekommen. Darüberhinaus besteht möglicherweise auch eine direkte Schädigung des Blasenhalssphincters, urologische Vorbefunde lagen bedauerlicherweise nicht vor.

Die Pudendusschädigung ließ sich mit EMG und Neurographie sichern, die Nervi cavernosi waren bei bekanntem Diabetes wahrscheinlich präoperativ schon beeinträchtigt, es ist aber offensichtlich zu einer weiteren Verschlechterung gekommen. Diese Schädigung ist aber heutzutage mit den routinemäßig verfügbaren Verfahren noch nicht nachweisbar.

Neurophysiologische Untersuchungsverfahren

Vor dem Einsatz neurophysiologischer und sonstiger apparativer Untersuchungsverfahren sollte man zunächst versuchen, sich die mögliche anatomische Lokalisation einer neurologischen Störung anhand von klinischen Symptomen soweit wie möglich zu verdeutlichen.

So wird bei einer Erektionsstörung bei einer bekannten Multiplen Sklerose wahrscheinlich eine spinale Läsion im Zervikal- oder Thorakalmark vorliegen. Bei einer Beeinträchtigung sexueller Funktionen nach Operation eines Uterus-Carcinoms mit anschließender Bestrahlung findet sich eher eine operative und/oder radiogene Schädigung des Plexus lumbosacralis bzw. einzelner peripherer Nerven.

Aufgrund der engen Nachbarschaft der anatomischen Strukturen wird im Fall des oben beschriebenen Multiple Sklerose-Patienten meist zusätzlich eine Blasenstörung und evtl. auch eine spastische Paraparese vorliegen.

Die Patientin mit dem Uterus-Carcinom wird vermutlich ebenfalls unter einer Blasenstörung und evtl. auch unter einer, möglicherweise sehr diskreten, Paresse der Beckengürtelmuskulatur leiden. Diese zusätzlich bestehenden neurologischen Symptome erleichtern die Lokalisationsdiagnostik erheblich.

Sofern einem die anatomische Zuordnung der Störung nicht bereits aus der Vorgeschichte bekannt ist, läßt sich mittels Anamnese und klinisch-neurologischer Untersuchung meist eine ungefähre Lokalisation erreichen. Vereinfacht dargestellt ist eine **Zuordnung zu folgenden Strukturen** anzustreben:

- ◆ Gehirn
- ◆ Zervikal-/Thorakalmark
- ◆ Lumbosakralmark/Kaudaregion
- ◆ Beckenplexus/peripheres Nervensystem

Bildgebende Verfahren wie CT und MRT können hierbei u.U. eine **morphologische Darstellung** liefern, **neurophysiologische Verfahren** bieten ergänzend eine **Funktionsdiagnostik**. Abhängig vom (vermuteten) Schädigungsort ist dann ggf. das entsprechende elektrophysiologische Zusatzverfahren einzusetzen.

Hiermit ist eine Überprüfung des somatischen afferenten und efferenten Nervensystems möglich. Die Diagnostik des für die Sexualfunktionen so wichtigen vegetativen Nervensystems ist im Rahmen der Routineverfahren jedoch leider sehr begrenzt.

Wichtige nicht- bzw. minimal-invasive Verfahren

- ◆ Somato-sensibel evozierte Potentiale nach Stimulation des N. pudendus und des N. tibialis (Pudendus- bzw. Tibialis-SEP)
- ◆ Latenzmessungen des N. pudendus (PNTML)
- ◆ Elektromyographie des äußeren Analsphinkters (EMG des M. sphinkter ani externus) sowie weiterer Muskeln des Lumbosakralplexus

Weitere, jedoch nicht in der neurologischen Routine-diagnostik etablierte Verfahren sind die penile sympathische Hautantwort, magnetisch evozierte Potentiale des Analsphinkters und der Blase, das Corpus-cavernosum-EMG, die elektrische Messung des Bulbocavernosus- und Analreflexes, sowie die Bestimmung der urethro-analen Latenzzeit und der urethralen sensiblen Latenz. Auch die oben erwähnten Verfahren werden in der Regel nur in Schwerpunktzentren eingesetzt.

Elektromyographie des äußeren Analsphinkters

Mit der Nadelmyographie des äußeren Analsphinkters (Sphinkter-EMG) lassen sich neurogene Schädigungen nachweisen (Chantraine A 1966). Hierbei werden selektiv die quergestreiften Muskeln des M. puborectalis und des M. sphinkter ani externus untersucht. Es ist so ein Rückschluß auf eine Läsion des den Muskel versorgenden Nervus pudendus, des Plexus lumbosacralis oder auch der weiter proximal gelegenen sakralen Nervenwurzeln möglich. Auffällige Befunde sind nach Traumata im Beckenbereich, nach Bestrahlungen, operativen Eingriffen wie Hysterektomien und komplizierten vaginalen Entbindungen sowie Kaudaläsionen, zum Beispiel nach einem lumbosakralen Bandscheibenmassenprolaps, zu sehen. Polyneuropathien, wie beispielsweise die diabetische PNP, weisen häufig eine Beteiligung des autonomen und des somatischen peripheren Nervensystems auf. Die somatische Schädigung läßt sich mit dem EMG u.U. erkennen. Darüber hinaus können muskuläre Schäden und Defekte des Analsphinkters erkannt werden, wie sie häufig nach vaginalen Entbindungen und Senkungen des Beckenbodens auftreten.

Kommt es bei Dehnung des Sphinkters mit dem Finger zu heftigen, nicht-erschöpflichen Entladungen, ist dies ein Zeichen einer neurogenen Spastik. Diese läßt sich nicht nur an den Extremitätenmuskeln nachweisen, sondern auch an der quergestreiften Beckenbodenmuskulatur, zu der der M. sphinkter ani gehört.

Eine Spastik ist immer als ein Zeichen für eine Schädigung zentraler motorischer Bahnen zu werten, entweder im Bereich des Rückenmarks oder des Gehirns. Einen solchen Befund wird man typischerweise bei sexuellen Funktionsbeeinträchtigungen im Rahmen von zervikalen und thorakalen Querschnittsläsionen sehen, sowohl bei traumatischer als auch entzündlicher Genese.(vgl Abb. 1). Die Diagnostik von Fehlbildungen und Anlagestörungen wie beispielsweise eine Spina bifida stellt eine weitere Indikation für das Beckenbodenelektrogramm dar.

Praktisches Vorgehen:

Es wird zunächst eine **Untersuchung in Ruhe** durchgeführt, um pathologische Spontanaktivität als Hinweis auf eine floride neurogene Schädigung darzustellen. Danach erfolgt die **Einzelpotentialanalyse bei leichter Willküraktivierung**. Anschließend wird die **Reflexaktivierung** beim Husten und digitaler Dehnung geprüft. Zuletzt wird die **Reaktion nach Aufforderung des Patienten zum Pressen und Kneifen** untersucht.

Durch diese Untersuchungen kann eine **neurogene Schädigung** (aufgrund von pathologischer Spontanaktivität sowie von Veränderungen der Potentialgröße und -konfiguration) nachgewiesen werden. Allerdings setzt eine differenzierte Aussage eine ausreichende Erfahrung des Untersuchers voraus. Eine ungefähre **zeitliche Einordnung des Schädigungszeitpunkts**, sowie eine Einschätzung des **Ausmaßes** sind ebenfalls möglich.

Eine Kontraktion der Sphinkteren beim Versuch zu pressen kann auf eine Fehlkoordination hinweisen, wie sie sich ebenfalls bei sexuellen Funktionsbeeinträchtigungen zeigen kann. Allerdings finden sich hier aufgrund der Untersuchungsbedingungen, die vom Patienten häufig als unangenehm erlebt werden, oft Artefakte, die sich mit Geduld und Einfühlungsvermögen aber meist beseitigen lassen.

Bei fehlender Reflexaktivierung lassen sich Rückschlüsse auf eine Störung im Verlauf des Reflexbogens ziehen, beispielsweise verursacht durch eine diabetische Neuropathie, eine Schädigung peripherer Nerven nach Operationen und Geburten oder einen Plexusschaden nach Bestrahlung. Auch eine lokale Schädigung der gestreiften Muskulatur (okkult geburtstraumatischer Sphinkterriß) kann eine mangelnde Reflexaktivierung verursachen.

Wie oben bereits erwähnt, läßt sich eine Spastik als Folge spinaler oder zentraler Läsionen ebenfalls diagnostizieren: eine kurze Dehnung des Sphinkters mit dem Finger führt zu heftigen Kontraktionen, die sich akustisch und optisch darstellen..



Abb. 3 EMG des äußeren Analsphinkters



Abb. 4 EMG-Ableitung aus dem M. sphincter ani ext. mit normalen und polyphasischen = pathologischen (z.B. Zeile 2) Potentialen

Die Untersuchung dauert etwa eine halbe Stunde und ist nur gering invasiv. Die Hauptkontraindikation ist; wie für jede EMG-Untersuchung; eine erhöhte Blutungsneigung (idiopathisch oder aufgrund von Antikoagulation).

Das Ausmaß einer neurogenen Schädigung lässt sich relativ genau differenzieren und erlaubt auch die Abgrenzung zu einem muskulären Defekt.

Bei Frauen, die neben einer Beeinträchtigung der sexuellen Funktionen zusätzlich an einer Inkontinenz leiden, finden sich häufig Mischformen von muskulärer und neurogenen Schädigung, häufig verursacht durch Geburtstraumen. Auch diese Mischformen lassen sich durch ein EMG genau analysieren und diagnostizieren.

Elektrisch stimulierte Pudenduslatenz

Eine weitere elektrophysiologische Untersuchung, die eine Aussage über den N. pudendus erlaubt, ist die Messung der elektrisch stimulierten Pudenduslatenz (Pudendal Nerve Terminal Motor Latency = PNTML). Diese sollte jedoch zusammen mit einem EMG des Analsphinkters durchgeführt werden.

Zur Durchführung der Untersuchung wird eine spezielle Elektrode, die so genannte St. Marks Pudendal Electrode benutzt. Der Finger des Untersuchers wird mit der darauf aufgeklebten Elektrode bei Frauen in die Vagina (Wiesner A und Jost WH 2001), (Tetzschner T et al. 1997) und den Analkanal (Kiff ES und Swash 1984) eingebracht.

Bei Männern erfolgt die Untersuchung nur anal. Die vaginale Untersuchung ergibt häufig noch Zusatzinformationen zur Innervation der Blase. Die Reizung erfolgt am distalen Ende der Elektrode (entsprechend der Fingerspitze des Untersuchers) und somit möglichst nah am Ursprung des N. pudendus. Die Ableitung erfolgt am proximalen Teil, der am Analsphinkter bzw. am Beckenboden anliegt. Die Untersuchung ist etwas unangenehm, aber nicht schmerzhaft.

Der N.pudendus besteht aus motorischen, sensiblen und vegetativen Fasern. Bei der elektrischen Stimulation des Nerven wird die periphere Endstrecke des motorischen Anteils gemessen.

Da in die eigentliche Leitungszeit die neuromuskuläre Überleitung mit ein geht, kann keine Leitungsgeschwindigkeit berechnet werden, sondern man muß sich auf die Bestimmung der Latenzzeit, für die Normwerte existieren, beschränken. Bei Neuropathien, beispielsweise nach Traumata oder Bestrahlungen oder im Rahmen einer diabetischen PNP, findet sich eine Latenzverlängerung. Auch bei einer Stuhl- oder Harninkontinenz als Folge eines Geburtstraumas findet sich häufig eine verlängerte Pudenduslatenz.

Amplitudenminderungen können ein Hinweis auf eine axonale Schädigung sein, sind aber nur bei relevanten Seitendifferenzen zu verwerten (vgl. Abb 5, 6 und 6).

Kasustik 3

Es stellte sich ein 22-jähriger Mann vor, der sich vor 1 Jahr bei einem Sturz in suizidaler Absicht aus dem 2. Stock unter anderem eine Fraktur der unteren Lendenwirbelsäule zugezogen hatte.

Initial hatten neben schweren Organschäden eine hochgradige Paraparese der Beine, eine komplette ED sowie eine vollständige Blasen- und Mastdarmläh-



Abb. 5 u. 6 Untersuchung des N. pudendus mit der Skt. Marks Elektrode

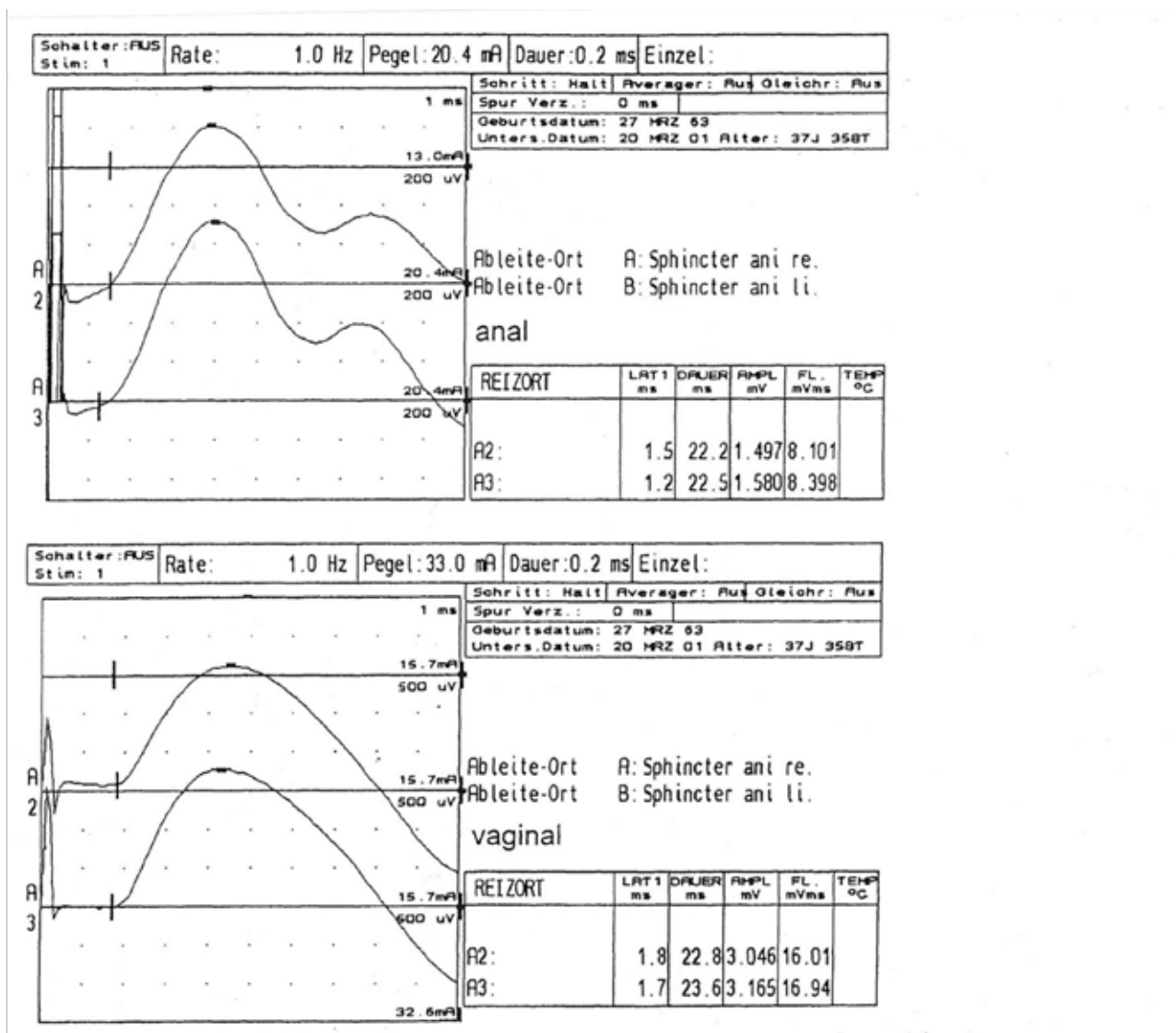


Abb. 7 Motorische Pudenduslatenz nach analer (oben) bzw. vaginaler (unten) Stimulation. Entnommen aus: Wiesner, Jost (2001)

mung bestanden. Mittlerweile litt der Patient noch unter einer distal betonten vorwiegend linksseitigen Beinparese, freies Gehen war jedoch gut und sicher möglich, Sensibilitätsstörungen des linken Unterschenkels und im Anogenitalbereich sowie unter einer für ihn im Vordergrund stehenden Mastdarminkontinenz. Die Blase werde kontrolliert entleert, es bestehe allerdings eine gewisse Restharnbildung, eine vollständige Entleerung sei mit Klopfmassage möglich. Die Erektionsstörung habe sich soweit gebessert, dass Geschlechtsverkehr und Orgasmus möglich seien.

Klinisch fanden sich neben den oben beschriebenen Befunden eine linksbetonte Hypästhesie in einem Gebiet, das etwa dem Reithosenareal entsprach, ein schlaffer Analsphinktertonus sowie ein beidseits erloschener Analreflex. Der Kremasterreflex war ebenfalls nicht erhältlich.

Elektrophysiologisch fand sich eine beidseits unauffällige Pudenduslatenz, das EMG des M. sphincter ani ext. zeigte beidseits pathologische Spontanaktivität als Zeichen einer erst kürzlich zurückliegenden Schädigung. Rechts fanden sich wenige, deutlich zu kleine Willkürpotentiale, die erheblich neurogen verändert waren (sogenannte Reinnerationspotentiale), links ließen sich überhaupt keine Willkürpotentiale nachweisen. Die Maximalinnervation war, wie nichts anders zu erwarten, hochgradig reduziert.

Zusammenfassend zeigt die Untersuchung eine weiterhin bestehende schwere Schädigung der sakralen Wurzeln bei einer intakten peripheren Innervation als Folge des spinalen Traumas. Eine deutliche Besserung ist angesichts völlig fehlender Willküraktivität linksseitig nicht mehr zu erwarten. Die Behandlung muss sich auf symptomatische Maßnahmen beschränken.

Somatosensibel evozierte Potentiale des N. pudendus

Somatosensibel evozierte Potentiale (SEP) mit Reizung von Arm- oder Beinnerven stellen heute ein Routineverfahren zur Diagnostik und Lokalisation peripherer und zentraler Läsionen des somatischen Nervensystems dar. Indikationen sind Myelopathien, Polyneuropathien, Multiple Sklerose, Plexusläsionen und Prognoseeinschätzungen bei Patienten im postanoxischen Koma. Seit einiger Zeit ist auch die Ableitung kortikaler und spinaler SEP nach Stimulation des N. pudendus möglich (Haldeman et al. 1982). Hierdurch können Aussagen sowohl über den peripheren als auch über den zentralen Anteil des sensiblen Teils des N. pudendus getroffen werden. Die kortikale Antwort stellt die Gesamtlatenz der afferenten Leitungsbahnen

aus dem Pudendus-Innervationsgebiet dar. Zur Abklärung von Sexualfunktionsstörungen erfolgt die **Stimulation** durch eine **klitoral aufgeklebte Oberflächen-elektrode** (indifferente Elektrode im Bereich der Oberschenkelinnenseite) bzw. **peripenile Ringelektroden sowie Elektroden beiderseits perianal**. Die **Ableitung erfolgt spinal bzw. kortikal** durch Oberflächen- oder Nadelelektroden. Zusätzlich sollte zur genaueren Lokalisierung noch die Untersuchung der SEP nach Stimulation des beidseitigen N. tibialis erfolgen. Die Ableitung erfolgt über dem somatosensorischen Kortex (Cz + 2cm) mit Oberflächen- oder Nadelelektroden. Es handelt sich um ein Averaging-Verfahren – üblicherweise werden ca. 200 Stimulationen aufsummiert und gemittelt.

Verlängerungen der Latenzen treten sowohl bei peripheren Läsionen als auch bei zentralen Demyelinisierungsherden auf. Die Untersuchung erlaubt die Integrität schnell leitender Fasern und deren zentrale Weiterleitung zu beurteilen. Das Verfahren ist nicht belastend für den Patienten. Es ermöglicht zwar eine Objektivierung von Sensibilitätsstörungen, allerdings keine Lokalisationsdiagnostik.

Auch diese Methode erlaubt, ebensowenig wie die anderen bereits vorgestellten Verfahren, keine Beurteilung des autonomen Nervensystems, welches jedoch für die sexuellen Funktionen von hohem Stellenwert ist. Das autonome Nervensystem ist in der Routinediagnostik praktisch nicht zu beurteilen. Die einzige (außerhalb von Speziallabors) verfügbare diagnostische Möglichkeit stellt die penile sympathische Hautantwort dar, die aber nicht standardmäßig eingesetzt wird und für die es bei Frauen keine äquivalente Untersuchung gibt.

Kasuistik 4

Die 32 jährige Frau gab an, nach der Geburt ihres ersten Kindes vor 5 Monaten beim Verkehr mit ihrem Mann kaum mehr etwas im Genitalbereich zu verspüren. Weder das Eindringen des Penis noch äußere Stimulation könne sie empfinden, eine Orgasmusfähigkeit sei ebenfalls nicht mehr gegeben. Selbstbefriedigung habe sie noch nicht versucht. Die Geburt sei langwierig und schmerzhaft gewesen, was sie so nicht erwartet hatte, es hätte jedoch keine medizinischen Komplikationen gegeben. Vor der Entbindung sei ihr Sexualleben sehr befriedigend gewesen, sie leide daher sehr unter der jetzigen Situation. Die körperlich-neurologische Untersuchung der schlanken, im guten Allgemeinzustand befindlichen Patientin zeigte keine Auffälligkeiten. Das EMG des M. sphincter ani ext.

zeigte leichte neurogene Veränderungen, die nicht über das übliche Maß nach vaginalen Entbindungen hinausgingen, die vaginale und anale Pudendusneurographie war allseits unauffällig, ebenso die somatosensiblen evozierten Potentiale von Klitoris und Anus.

Eine organische Genese der Beschwerden konnte damit weitgehend ausgeschlossen werden. Diesen Befund empfand die Patientin als sehr entlastend, da sie sich große Sorgen gemacht hatte, dass es durch die Geburt zu irreversiblen Veränderungen gekommen war.

Weitere Untersuchungsverfahren

Die Untersuchung des **elektrisch ausgelösten Bulbo-cavernosusreflexes** kann sowohl bei erektiler Dysfunktion als auch bei Blasen- und Mastdarmstörungen pathologische Befunde aufweisen. Es handelt sich dabei um einen polysynaptischen Reflex, der afferent von der Glans penis zum Sakralkonus Höhe S2–4 und wieder zurück verläuft. Da in die Meßzeit die Dauer der afferenten und efferenten Strecke sowie die spinale Umschaltung mit eingehen, ist eine Lokalisation der Störung hiermit nicht möglich. Es ist umstritten, ob eine seitendifferente Untersuchung möglich ist. Diese Methode wird bis heute nicht routinemäßig zur Untersuchung von sexuellen Funktionsstörungen verwendet, allerdings wird sie im Rahmen aufwendiger neurourologischen Diagnostik gelegentlich eingesetzt. Dies gilt ebenfalls für die Untersuchung des **elektrisch stimulierten Analreflexes**.

Sympathische Hautantwort

Bei der Messung der sympathischen Hautantwort werden **Hautwiderstandsmessungen nach Applikation eines elektrischen oder akustischen Reizes** durchgeführt. Hierbei werden postganglionäre sympathische Fasern erfaßt. Das Verfahren ist populärwissenschaftlich als Teil des sogenannten Lügendetektors bekannt. Bisher ist lediglich eine penile Ableitung möglich, Frauen können daher mit dieser Methode nicht untersucht werden. Dies ist zur Zeit das einzige Routineverfahren, mit welchem die Funktion des vegetativen Nervensystems direkt geprüft werden kann. Allerdings wird dabei lediglich der Sympathikus erfaßt, der Parasympathikus entgeht diesem Meßverfahren.

Klinisch beschränkt sich der Einsatz hauptsächlich auf die Diagnostik erektiler Funktionsbeeinträchtigungen, gelegentlich wird das Verfahren auch zur Erfassung autonomer Neuropathien bei Diabetikern

eingesetzt. Problematisch ist, dass sich bei bis zu 20 Prozent der Gesunden keine penile sympathische Hautantwort erhalten läßt, verwertbar sind daher nur eindeutige Latenzverlängerungen, nicht jedoch ein nicht darstellbares Potential.

Zusammenfassend können mit neurophysiologischen Untersuchungsverfahren fast ausschließlich das somatische Nervensystem erfasst werden. Routinemäßig eingesetzte Verfahren sind die Elektromyographie des M. sphinkter ani externus, die elektrisch stimulierte Latenz des N. pudendus sowie somatosensibel evozierte Potentiale im N. pudendus-Innervationsgebiet. Weitergehende elektrophysiologische Untersuchungsverfahren sind Speziallabors vorbehalten (s. z.B. Lundberg et al.

Therapie

Mit Hilfe der oben geschilderten klinischen und elektrophysiologischen Untersuchungsverfahren kann festgestellt werden, ob

- ◆ **eine Schädigung des peripheren oder zentralen Nervensystems besteht** und wenn ja,
- ◆ **welches Ausmaß** diese hat und
- ◆ **welche Prognose** besteht.

Bei Frauen finden sich nach einer Entbindung immer wieder organische Veränderungen wie Verletzungen des Damms mit Schmerzen und gestörter Sensibilität am Scheideneingang, ein- oder beidseitige Pudendusläsionen nach Zangen- und Vakuumextraktionen oder auch Veränderungen der anatomischen Strukturen durch Senkung des Beckenbodens. Die Bedeutung organischer Schäden nach Entbindungen wird häufig unterschätzt und den betroffenen Frauen werden daher mitunter (rein) psychogene Erklärungsmodelle für ihre sexuellen Probleme vermittelt. Jedoch kann hier ein Hinweis auf körperliche Beeinträchtigungen, insbesondere wenn diagnostisch nachgewiesen, eine Entlastung bedeuten. Viele Frauen fühlen sich dann oftmals zum ersten Mal mit ihren sexuellen Problemen (zu Recht) ernst genommen.

Erektions- und Lubrikationsstörungen sind bei **Multipler Sklerose** und anderen Erkrankungen, die das Rückenmark betreffen können, häufig. Hier ist eine organische Ursache wahrscheinlich, wenn u.a. die Pudendus-SEP pathologisch sind.

Teilweise ist eine ursächliche Behandlung möglich, u.a. mit Phosphodiesterase-5-hemmern. Wenn dies nicht der Fall sein sollte, so ermöglicht es doch

den Betroffenen und ihren Partnern, ggf. auch einem Therapeuten, sich auf diese Veränderungen einzustellen und diese in eine Behandlung mit einzubeziehen.

Bei durch **Polyneuropathien** verursachten Sexuallunktionsstörungen steht die Behandlung der Grunderkrankung im Vordergrund.

Die neurologische Diagnostik bei **Radikulopathien**, wie z.B. lumbosakralen Bandscheibenmassenvorfällen, zeigt das Ausmaß der neurogenen Schädigung. Anhand spezifischer Veränderungen im EMG kann eine Aussage zur Prognose getroffen werden. Grundsätzlich kann – wenn Reparationsvorgänge zu beobachten sind – bis zum Ablauf von 2 Jahren Besserung erhofft werden. Therapeutisch können vaginale und anale Elektrostimulationsbehandlungen sowie gezielte Physiotherapie, welche die Beckenbodenmuskulatur auftrainieren und u.U. das Gefühlsempfinden verbessern, sinnvoll sein. Vergleichbares gilt für **Schäden des N. pudendus**. Bei nachgewiesenen organischen Schäden als mögliche Ursache für eine Beeinträchtigung der sexuellen Funktionen, kann eine medikamentöse Behandlung die sexuelle Zufriedenheit innerhalb der Partnerschaft verbessern. Sofern eine Partnerschaft besteht, ist die Indikation somatischer Therapieoptionen jedoch gemeinsam mit dem Paar zu stellen.

Literatur

- Abouseif S, Shinohara K, Borirakchanyavat S, Deirmenjian J, Carroll PR (1997): The effect of dryosurgical ablation of the prostate on erectile function. *Br J Urol* 80: 918-22.
- Chantraine A (1966): Electromyography of the human striated urethral and anal sphincters. Descriptive and analytical study. *Rev Neurol (Paris)*, Sep 115 (3): 396-403.
- Haldeman S, Bradley WE, Bhatia N, Johnson BK (1982): Pudendal evoked responses. *Arch Neurol* 39: 280-283.
- Junemann KP, Buhle CP, Persson-Junemann C (1994): Pathophysiology of neurogenic impotence. *Sex Disabil* 12: 5-15.
- Kiff ES, Swash M (1984): Normal and delayed distal conduction in the pudendal nerves of patients with idiopathic (neurogenic) faecal incontinence. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 47: 820-823.
- Lundberg PO, Ertekin C, Ghezzi A, Swash M, Vodusek D (2001): Neurosexology Guidelines for Neurologists. *Eur J Sexol* 8 (Suppl 3): 2-24.
- MacLean PD (1996): Studies on the cerebral representation of certain basic sexual functions. In: Gorski RA, Whalen RE, editors: The brain and gonadal function, Brain and behaviour, vol III: LA: University of California Press, p 35.
- Soderdahl DW, Knight RW, Hansberry KL (1996): Erectile dysfunction following transurethral resection of the prostate. *J Urol* 156: 1354-6.
- McKenna KE (1998): Central control of penile erection. *Int J Impot Res* 10 (Suppl 34).
- Sipski ML, Alexander CJ, Rosen RC (2001): Sexual arousal and orgasm in women: effects of spinal cord injury. *Ann Neurol* 49: 35-44.
- Steers WD (2000): Neural pathways and central sites involved in penile erection: neuroanatomy and clinical implications. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 24: 507-516.
- Tetzschner T, Sorensen M, Lose G, Christiansen J (1997): Vaginal pudendal nerve stimulation: a new technique for assessment of pudendal nerve terminal motor latency. *Acta Obstet Gynecol Scandinavica* 76: 324-331.
- Wiesner A, Jost WH (2001): Vaginal versus anal stimulierte Pudenduslatenz – ein Vergleich. *Akt Neurol* 28: 388-390.

Adresse der Autorin

Dr. Antje Hagedorn-Wiesner, Fachärztin für Neurologie, Deutsches Beckenbodenzentrum, St. Hedwig Kliniken Berlin, Große Hamburger Str. 5 – 11, 10115 Berlin, antje.hagedorn@gmx.de

Das Schwellkörpersystem der Frau als dreidimensionales Modell

Angelika Beck

The female system of genital congestion as three-dimensional mock-up

Abstract

Although the extended female spongy body system is widely documented in scientific publications, it is remarkable how little has looked out in common knowledge: There are hardly any sensual transformations into everyday awareness. Recent studies attest female juveniles to be well informed concerning sexuality, but for girls it seems to be difficult to integrate the sexual into their body-pattern. The aesthetic appreciation of their genitals remains hard for them. Looking at recently used German Biology books for 11 to 12-year old children entirely written by men you find very few hints to female spongy bodies apart from the portrayal of the clitoris as a little skin tip. Also the visual media, mostly dominated by male dramaturgy encourage young women neither to develop a self-confident sexual profile nor to negotiate self-validated sexual encounters with their partners.

In collaboration with a company producing anatomical mock-ups a model has been generated showing the female spongy body system, that invites to search and to discover the female anatomy. It enables appreciation and comprehension of the female anatomy.

Following the homologous development of male and female sexual organs the mock-up allows new views of the sexual difference. Instead of conjuring complementarity as many Biology schoolbooks do the sexual difference should be referred to opening up a space for unpredictable sexual choreographies. What we aim at is to encourage girls and women to develop a self-confident and self-validated sexual profile.

Keywords: sexual education, clitoris, female sponge bodies, anatomical mock-up

Zusammenfassung

Der Wissensstand über das ausgedehnte weibliche Schwellkörpersystem ist, obwohl durch wissenschaftliche Publikationen gut dokumentiert, bislang überraschend wenig ins Allgemeinwissen gesickert: Es fehlt an sinnlich erfassbaren Übersetzungen für das Alltagsbewusstsein. Neuere Studien bescheinigen weiblichen Jugendlichen zwar Informiertheit in Sachen „Sex“, aber eine Integration des Sexuellen in das Körperbild und eine ästhetische Anerkennung ihres Genitales fällt jungen Frauen oft nicht leicht. In den aktuell genutzten und durchweg von Männern verfassten deutschen Biologiebüchern für 11- bis 12-Jährige findet man bis auf die Darstellung des Kitzlers als kleines Hautzipfelchen wenig Hinweise auf weibliche Schwellkörper. Auch die von einer männlichen Dramaturgie dominierten Bildmedien unterstützen die jungen Frauen nicht, ein selbstbewusstes sexuelles Profil zu entwickeln und selbstvalidierte sexuelle Begegnungen mit ihren Partnern auszuhandeln.

In Zusammenarbeit mit einer Firma für anatomische Lehrmodelle wurde ein Modell des weiblichen Schwellkörpersystems entwickelt, das zum Forschen und Entdecken einlädt und mittels Transparenz und Tastbarkeit Einsicht und Begreifen der anatomischen Ausstattung der Frau ermöglicht. Die Berücksichtigung der homologen Entwicklung der männlichen und weiblichen Sexualorgane eröffnet neue Sichtweisen auf die Geschlechterdifferenz. Statt wie die Biologielehrwerke Komplementarität zu beschwören, wird auf die Differenz verwiesen, die Spielraum schaffen kann für unvorhersagbare sexuelle Choreografien, und Mädchen/junge Frauen ermutigt, selbstbewusst ein eigenes sexuelles Profil zu entwickeln.

Schlüsselwörter: Sexuaufklärung, Klitoris, weibliche Schwellkörper, anatomisches Modell

Der Forschungsstand: weibliche Sexualorgane und Sexualprobleme

Der Wissensstand über das ausgedehnte weibliche Schwellkörpersystem, das mehr umfasst als die Klitoris, ist ausgiebig dokumentiert: ForscherInnen wie Helen S. Kaplan (1974), J. Lowndes Sevely (1987), Sabine zur Nieden (1994), Helen O'Connell (1998) und Natalie Angier (1999) u.a. brachten eine Fülle anatomischer Darstellungen und Beschreibungen der weiblichen Schwellkörper (Klitoris, Bulbi, weibliche Prostata, Perinäum) ans Licht. Seit gut 400 Jahren findet man ausgiebige Beschreibungen und teilweise detaillierte Darstellungen der „weiblichen Wollust-Organ“, wie Kobelt sie 1844 nannte (Laqueur 1989: 91). Seit der Renaissance zeichneten und beschrieben Anatomen wie Gabriel Fallopio, Anatom aus Padua, im Jahr 1571 und hundert Jahre später Regnier de Graaf (1672) die Klitoris in ihrer Ausdehnung (Sevely 1988).

Huffmann legt im selben Jahr anatomische Zeichnungen des weiblichen Harnröhrenschwellkörpers (Corpus spongiosum) mit den paraurethralen Gängen (Ductus paraurethralis) nach Wachsmodellen vor (Sevely 1988: 108-111). Die weibliche Harnröhre wurde, so zur Nieden, „bisher durch die starre Einteilung Klitoris/Vagina enterotisiert und hauptsächlich dem urologischen Bereich zugeordnet.“ Dabei ist „auch die weibliche Harnröhre mit ihrem Schwellkörper ein hochoerogener Bereich, der nur künstlich vom empfindsamen Bereich der vorderen Vaginalwand zu trennen ist.“ (zur Nieden 2004: 26)

Der G-Punkt (Gräfenberg-Punkt)

Mit dem G-Punkt wird eine Region in der vorderen Vaginalwand bezeichnet, die ca. 3 cm hinter dem Vaginaleingang leicht zu tasten ist und von vielen Frauen als höchst erogen empfunden wird. Sie wird nach dem Gynäkologen Ernst Gräfenberg benannt, der diese sensible Zone als erster beschrieben hat. (Gräfenberg 1950). Perry und Whipple haben die Rolle und Bedeutung des G-Punkts im heutigen Sexualleben der Frau untersucht. Obwohl, so Zaviacic (2002), über die anatomische Grundlage des G-Punkts weiterhin Unklarheit herrscht, da sich keine spezielle Morphologie entdecken lässt, gibt es keinen Zweifel, dass hier eine durch die vordere Scheidenwand verspürte hochwirksame erogene Zone existiert.

Die weibliche Prostata

Milan Zaviacic präsentiert im Jahr 2002 eine ausführliche Darstellung des urogenitalen Organs, das seit der Tagung des Federative International Committee on Anatomical Terminology (FICAT 2001 in Orlando, Florida/USA) die Bezeichnung „weibliche Prostata“ trägt. Die weibliche Prostata umgibt die Harnröhrenwand und weist Schwellkörpergewebe auf. Mit ihrer Sekretion ist sie die Hauptquelle des weiblichen Ejakulats, das z.B. beim durch Stimulation des G-Punktes herbeigeführten Orgasmus aus der Urethra austritt (Zaviacic 2002: 110-112). Die Menge des Ejakulats variiert von Frau zu Frau und kann von wenigen Tropfen bis zu einem Schnapsglas voll reichen (zur Nieden 2004: 113). Zaviacic vermutet, dass es sich bei der weiblichen Ejakulation „nicht um das Resultat einer direkten Stimulation der weiblichen Prostata handelt, sondern eher um einen indirekten Mechanismus, der den Inhalt der Prostata durch den Druck der Schwellkörpergewebe hinauspresst.“ Die Venen, die das Schwellkörpergewebe bilden, schwellen „während der sexuellen Erregung und in weiteren Phasen der weiblichen Sexualreaktion besonders durch die rhythmisch orgasmischen Kontraktionen der die Urethra umgebenden Muskeln“ an (vgl. Zaviacic 2002, S.111). Beim meatalen Typ der weiblichen Prostata, der sich bei – so Zaviacic – bei 66 % aller Frauen findet, befindet sich der Hauptteil des weiblichen Prostatagewebes im distalen „Teil der Urethra hinter dem Meatus und entspricht nicht der topologischen Situierung des G-Punkts mit seiner Ausrichtung auf die hintere Harnröhrengegend und den Harnblasenhals.“ (ebenda). Dieses zum Meatus gelegene Prostatagewebe sei, von Zaviacic, für den koitalen Orgasmus wichtig, weil es durch Druck und Gegendruck der Genitalregionen von Mann und Frau direkt stimuliert werden kann. Hier wird der Fokus nicht auf den G-Punkt, sondern auf den Scheideneingang gelenkt.

Nach Studien von zur Nieden sieht jedoch die Mehrheit der untersuchten Frauen (72%) die kombinierte vaginale und klitorale Stimulation als Auslöser für eine Ejakulation.

Die Klitoris

Die australische Urologin Helen O'Connell seziierte Ende der 90er Jahre 10 Frauen unterschiedlichen Alters. Bis auf wenige Abweichungen¹ zeigten O'Con-

¹ Die Bartholinischen Drüsen waren nicht zu finden. O'Connell schreibt 1998: „Our dissections revealed no structures consistent with previous

nells Forschungsergebnisse die hohe Präzision der alten Darstellungen. Helen O'Connell publizierte ihre Ergebnisse im Juli 1998 im amerikanischen *Journal of Urology*. Im August 1998 erschien darüber ein Artikel im *New Scientist*. Im *Fokus* fand sich im August 2000 ein Hinweis auf O'Connell (Fokus/Internet: Mehr Spaß im Bett) und Jörg Blech erwähnte die Sektionen im Juli 2002 im *Spiegel* (Die zweite sexuelle Revolution).

Diese deutschsprachigen Hinweise auf O'Connell standen im Zusammenhang mit Berichten über die Studien rund um Viagra und dem Versuch der Firma Pfizer mit dem Wirkstoff „Sildenafil“ ein Produkt für Frauen zu entwickeln, das dem Erfolg von Viagra entsprechend einen großen Markt eröffnet hätte (vgl. Tiefer 2004). Die Firma Pfizer hat die Versuche mit dem Wirkstoff „Sildenafil“ im Jahr 2004 eingestellt, da die Substanz zwar gut verträglich aber nicht besonders wirkungsvoll war. Das Medizinische Informationscenter der Firma Pfizer teilte mir dazu schriftlich mit: „Diese Studien verdeutlichen zudem, dass weibliche Sexualstörungen wesentlich komplexer sind, als die Erektile Dysfunktion beim Mann, und dass es oft schwierig ist, bei der einzelnen Patientin die Störung diagnostisch klar zuzuordnen.“

Leonore Tiefer stellt 2004 vier Ursachen für weibliche Sexualprobleme vor und nennt in der ersten Kategorie „unangemessene Sexualerziehung“ (Tiefer 2004: 133). Sie verweist auf das „Fehlen eines Vokabulars, mit dem subjektive Erfahrungen oder Scham wegen sexueller Gefühle beschrieben werden können“ und konstatiert, dass „ein Großteil der sexuellen Unsicherheit seine Ursache in kulturellen Normen für korrekte oder ideale Sexualität hat“. (Tiefer 2004: 134). Die Kopplung zwischen Vorstellungen und Erwartungen, und den durchaus vorhandenen körperlichen Empfindungen verläuft oft nicht befriedigend. Bei *discontent or dissatisfaction* spielen – so Tiefer – sozio-kulturelle, politische oder ökonomische Faktoren eine wichtige Rolle.

Rosen und Beck stellten 1988 fest, dass das subjektive Erleben sexueller Erregung von vielen Faktoren bestimmt werde. Dies bestätigen Basson et al. 2004, wenn sie feststellen, sexuelle Dysfunktion sei in besonderer Weise mit Kontextbedingungen in Verbindung zu bringen (Basson et al. 2004: 46) und weibliche Sexualität sei in höchster Weise kontextabhängig.

Zu diesen Kontextbedingungen gehören externe Informationen, sexuelle Vorstellungskraft (sexual imagery) und die Kenntnis bzw. Erwartung physischer Körpersignale, damit eine in Studien wissenschaftlich nachweisbare genitale Erregung bei der Probandin den Status subjektiven Erlebens erhält: 1995 zeigte Ellen Laan Probandinnen erotisches Bildmaterial und untersuchte mögliche Determinanten für subjektives Erleben (experience) sexueller Erregung. Dabei stellte sie fest, dass die Rückmeldung (response) von bewusst wahrgenommener genitaler Erregung für sich genommen ein relativ unwichtiger Bestimmungsfaktor (determinant) subjektiver sexueller Erregung sei.

Dies scheint der Fall zu sein, solange keine Bestätigung durch externe Informationen stattfindet. Korff und Geer beobachteten schon 1983, dass Frauen, die auf die physischen Signale sexueller Erregung aufmerksam gemacht worden waren, eher in der Lage waren, ihre genitale Erregung zu registrieren als andere Probandinnen, die nicht instruiert wurden. Pennebaker und Hoover (1984) stellten fest, dass Frauen eher als Männer externe Informationen nutzen (oder brauchen, Anm.d.V.) um den Grad ihrer subjektiven Erregungsempfindung einzuschätzen.

Eine messbare Steigerung der Blutzufuhr in den Schwellkörpern ruft den Studien zu Folge bei Probandinnen also eher dann ein subjektives Gefühl der Erregung hervor, wenn Frauen externe Informationen zur Verfügung haben und ihre Aufmerksamkeit auf physische Signale fokussiert wird. In Laans Versuchsanordnung von 1995 galt der Grad der Lubrikation als Indikator sexueller Erregung. Den Frauen stand ein Steuerungshebel zur Verfügung, mit dessen Hilfe sie ihren Eindruck in einer Skala von „no genital sensations“ bis zu „complete wetness of the vagina“ einordnen sollten.

Im Hinblick auf das hier vorgestellte Modell lässt sich folgendes festhalten: Wenn es so ist, dass das subjektive Erleben genitaler Erregung durch sexuelle Vorstellungskraft und ein positives körperliches (genitales) Feedback erhöht wird (Laan 1995: 445), dann sollten Frauen förderliche Vorstellungen an die Hand gegeben werden. Wenn den Probandinnen in ihrem Körpergedächtnis eine adäquate Repräsentation ihres ausgedehnten, aktiv reagierenden Schwellkörpersystems zugänglich wäre, stünden ihnen womöglich wei-

descriptions of the greater vestibular (Bartholin's) glands.“. Caspar Bartholin hatte 1675 paarige Drüsen in Erbsengröße am dorsalen Grunde des Vestibulum vaginae entdeckt (glandulae vestibulares majores). Später stellte man fest, dass diese Drüsen nicht entscheidend zu den weiblichen Sexualflüssigkeiten beisteuern, sondern lediglich ein paar Tropfen Flüssigkeit am Eingang der Vagina abgeben (Sevely 1988; zur Nieden 2004). Im Zusammenhang mit der Lubrikation werden die glandulae vestibulares minores in der Wandung der Vagina genannt. Masters und Johnson stellten die Hypothese auf, es handle sich um eine Art Transsudation (Masters und Johnson 1970: 72, vgl. zur Nieden 2004: 63). De Graaf schilderte sie 1672 als viele winzige Poren mit mikroskopisch kleinen Öffnungen (Sevely 1988: 116). Weder die Zusammensetzung des Sekrets der Bartholinischen Drüsen noch der von den vaginalen Poren stammenden Flüssigkeit ist bislang wissenschaftlich erforscht (zur Nieden 2004: 62 und 64)

tere Indikatoren zur Verfügung, um genitale Erregung auch als eine Empfindung von Schwellung, Ausdehnung u.a.m. subjektiv wahrzunehmen, zu genießen und zu kommunizieren. Wenn (bislang) subjektiv empfundene Erregung nur minimal von genitaler Schwellung beeinflusst ist (Laan et al. 2004: 40), könnte dies auch als Hinweis darauf interpretiert werden, dass der Blutandrang (congestion) in den Schwellkörpern mit keiner subjektiven (und auch kulturell repräsentierten) Erwartung korrespondierte. Die Probandinnen bewerteten die messbar erhöhte Blutzufuhr in den Schwellkörpern wie *weißes Rauschen*, d.h. als bedeutungslos und als „*nichts*“.²

Um Nervenzellen mit Aufmerksamkeit zu besetzen, bedarf es angesichts der weitgehenden Unsichtbarkeit des weiblichen Schwellkörpersystems der propriozeptiven Wahrnehmung (Gambaroff 1990: 92) und kultureller Unterstützung. Emine Sevgi Özdamar und Gil Courtemanche erzählen in Romanen von kollektiven lustvollen Masturbationsritualen, in denen kleine Mädchen von erfahrenen Frauen ermuntert und angeleitet werden, ihren Genuss zu kultivieren, und dafür anerkennende Worte an die Hand bekommen: „Meine Großmutter sagte: ‚Das ist nichts, ich habe auch, als ich klein war wie du, mit den Mädchen im Dorf Schap Schap gemacht.‘ und klatscht dabei in die Hände. Es sei so schön zu wissen, schreibt Emine Sevgi Özdamar, wie der Name für dieses Anfassen war, „es hieß Schap Schap“. (Özdamar 1992: 76). Für eine vergleichbare Kultivierung des Genusses und eine anerkennende Weitergabe von (erotisch-sexuellem) Körperwissen gibt es in der postchristlichen Kultur wenig Unterstützung und kaum Vorbilder³ – im Unterschied zu ostasiatischen Yoga-Praktiken mit ihrer charakteristisch hohen Sensibilität inneren Organen gegenüber (vgl. Gambaroff 1990: 92), zu Tantra oder zum klassischen arabischen Tanz mit seinem genussvollen Wechsel von Anspannung und Entspannung der Beckenboden- und Scheidenmuskulatur.

Wenn propriozeptive Wahrnehmung sich auf Grund fehlender kultureller Unterstützung nur rudimentär entwickeln kann, dann wird die Repräsentation kulturell unterbewerteter Körperbereiche mager ausfallen. Wenn nun das eigene Schema blinde Flecken aufweist, dann sind auch die Erwartungen reduziert.

Die anatomischen Forschungsergebnisse liegen vor. Was bislang fehlt, ist eine angemessene und sinnlich begreifbare Umsetzung derselben, die dazu führen könnte Körperschemata und mit ihnen verbundene Erwartungen zu verändern und im Alltagsbewusstsein zu verankern.

Der „Kenntnisstand“ von Jugendlichen: Offizielle und inoffizielle Skripte

Adoleszenzforscherinnen und Sexualpädagoginnen haben sich wiederholt mit dem Informationsstand junger Frauen beschäftigt und kamen zu folgenden Ergebnissen: „Oberflächlich schienen sie gut informiert, bei weiteren Nachfragen zeigte sich jedoch, dass sie keine klare Vorstellung von ihren Organen und deren Funktion hatten und unfähig waren, ihr äußeres Genitale zu beschreiben.“ (Hauswald/Zenz 1992: 51, zit. bei Flaake 2001:107). Die Beratungsstelle der Profamilia in Münster beobachtete: „Mädchen wissen zwar heute bereits in der Pubertät, was SM ist, aber das grundlegende Wissen über weibliche Sexualorgane, sexuelle Erregbarkeit u.a. fehlt.“ (Bültmann 2000: 142). Gisela Gille zeigte 1995 in einer für die alten Bundesländer repräsentativen Studie, wie wenig es jungen Frauen möglich war, einen inneren Bezug zu den mit der Pubertät verbundenen Veränderungen und ein inneres Bild ihrer weiblichen Genitalien zu entwickeln (vgl. Flaake 2000: 57).

Die Selbstuntersuchung und die an Masters und Johnson (1970) orientierten Masturbationsanleitungen (Barbach 1975, Heiman et al. 1976) galten in den 70er Jahren als Königsweg für die Entwicklung sexuellen Selbstbewusstseins bei Mädchen und Frauen. Die Ratgeber, die Frauen in einer Notlage beistehen wollten, führen sie mitunter erst dorthin. In dem Moment, in dem eine Norm wie „becoming orgasmic“ in der Form des Ratschlags und des Trainingsprogramms auftritt, bringt sie das durchaus vorhandene nicht wissende Erleben in eine Position der Defizienz: „Sie haben also noch nie einen Orgasmus gehabt. [...] In diesem Fall kommen Sie sich vielleicht anormal vor, als Einzelgängerin oder nicht als vollwertige Frau“ (Barbach 1982: 9). Stimmt, sagt die junge Frau, und heult los. Ein gut gemeinter Trost von der Sorte „Mach’ dir keine Sorgen, wenn du keinen Orgasmus hast, das kommt noch, außerdem haben viele keinen“ wird den Kummer erst erzeugen, weil mitgesagt wird als andere Seite der Unterscheidung, dass (a) die Angesprochene sich

² Dies kann ich aus meiner langjährigen Unterrichtserfahrung bestätigen: Schülerinnen, die ich im Kunstunterricht aufforderte, weibliche Torsi zu kneten, formten ihren Frauen Unterleiber, die so aussahen, als sei der Klumpen Ton mit einer Säge aufgeschlitzt worden. Kein Schamhügel, nichts, das anzeigte, dass da etwas wäre. Als ich sie darauf ansprach, sagten sie: „Da ist ja nichts.“ (Beck 2004: 220)

³ Vgl. A. Lehmann (2001): Das unsichtbare Geschlecht.

Sorgen machen müsste, es (b) Orgasmen bei Frauen gibt und (c) andere ihn offensichtlich haben.

Auch wenn 60 % der jungen Frauen, die heute um die 30 Jahre alt sind, so Gunter Schmidt in seiner Studie von 2004, masturbieren, erscheint mir Skepsis angebracht, denn so Flaake, „den eigenen sexuellen Körper zu erforschen, Vorlieben und Erregbarkeiten kennenzulernen, sich selbst lustvoll zu berühren scheint trotz der Erweiterung von Spielräumen für sexuelle Erfahrungen in den letzten Jahrzehnten für viele Mädchen und junge Frauen noch immer schwierig zu sein. [...] In der für die Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen repräsentativen Untersuchung von Schmid-Tannwald/Kluge (1998) geben 53 Prozent der Mädchen an, sich noch nie selbst befriedigt zu haben. Diejenigen, die entsprechende Erfahrungen haben – es sind 43 % der jungen Frauen –, berichten zu einem Fünftel, dass sie sich in den letzten zwölf Monaten nicht selbst befriedigt haben (ebd.: 243f)“ (Flaake 2001: 148). Gunter Schmidt vermutet in den steigenden Zahlen für weibliche Masturbation „größere sexuelle Neugierde, größeres sexuelles Selbstvertrauen, ein erhöhtes Körperbewusstsein und eine stärkere Autonomie von Mädchen“ und sieht da weitreichende Konsequenzen für die sexuelle Sozialisation: „Das traditionelle Schema, ein Mann führt eine Frau in die Sexualität ein und gibt die sexuellen Skripte vor, wird immer bedeutungsloser – sicher zum Vorteil beider Geschlechter.“ (Schmidt 2004: 8). Die qualitativen Studien von Flaake (2001) können diese Vermutungen genauso wenig stützen wie meine Befragung von Oberstufenschülerinnen (Beck 2004). Findet eine junge Frau in ihrem familiären Umfeld keine Anerkennung ihrer weiblichen Körperlichkeit, wird sie diese bei Jungen und Männern nach wie vor suchen (Flaake 2001: 171). Mädchen stellen sich dann mitunter „als völlig unwissend dar“. Der Freund wird idealisiert, er habe „voll viel Ahnung [...] und ich überhaupt nicht.“ (Flaake 2001: 173). Eine 18-jährige Schülerin drückt sich in meinem Unterricht so aus: „Eigentlich wird überall über dieses Thema gesprochen und jeder fühlt sich, als sei er über alles aufgeklärt, und man fühlt sich sicher, aber dann, wenn man darauf angesprochen wird, fühlt man sich total unsicher.“

Stolpersteine in der weiblichen Adoleszenz

Eine mentale, emotionale und taktile Aneignung und damit eventuell verbundene Anerkennung ihrer weiblichen Körperlichkeit fällt Mädchen auf zwei Ebenen schwer. Einerseits müssen sie das sich in der Pubertät verändernde Körperbild in ihr Körperkonzept inte-

grieren. Dabei haben – so Christa Wanzeck-Sielert (2002) – weibliche Jugendliche überwiegend eine negative Sicht auf ihren Körper. Bereits 11-jährige Mädchen lassen regelmäßig eine Mahlzeit ausfallen, um dünner zu werden, d.h. einem antizipierten fremden, sie zum Objekt machenden Blick gerecht zu werden (Beck 2005). Ein Spießrutenlauf gegen die weiblichen Rundungen beginnt, der nur schwer zu gewinnen ist. Schon deswegen sind die wenigsten Mädchen mit ihrem Körper zufrieden. In der Peergroup ist es quasi Pflicht, mit dem eigenen Körper unzufrieden zu sein. Noch schwerer gelingt die ästhetische Akzeptanz des weiblichen Genitales und dessen Integration in das Körperbild. Eine Abiturientin sagte angesichts eines Kunstwerks, das ein weibliches Genital zeigt: „Es gibt gewisse Sachen, die ich nicht ästhetisch finde. Da habe ich dann eine Sperre im Kopf.“ Andere Mädchen sagen: „Das ist hässlich. Das sieht hässlich aus.“ oder bestenfalls: „Trotzdem fand ich es aber nicht direkt ekelhaft“. Welche Verachtung mag mitschwingen, wenn eine junge Frau dessen gewahr wird, dass ihr Intimpartner den Körperteil gerne anschaut und begehrt, den sie (und viele ihrer Zeitgenossinnen) ästhetisch so ablehnt. (Beck 2004)

Auch die Vorstellungen von intimen Begegnungen scheinen wenig selbstvalidiert. Gunter Schmidt verweist in der obengenannten Studie (2004) selbst auf die normbildende Wirkung der Medien: „In den Vorabendserien selbst der öffentlich-rechtlichen Sender [...], die viele Vorpubertierende und Pubertierende konsumieren, ist alles genau zu sehen oder nachzulesen, was es zwischen Mann und Frau gibt. [...] Jugendliche früherer Generationen hatten solche Skripte nicht, sie hatten kaum Bilder über den Ablauf intimen oder sexuellen Geschehens, sie waren in dieser Hinsicht „underscripted“ und ziemlich orientierungslos. Heute sind Jugendliche heterosexuell „overscripted“, es wird schwer, die vorfabrizierten medialen Schablonen abzuschütteln.“ (Schmidt 2004: 11) Nicht nur heterosexuelle Skripte dominieren, sondern in diesen Skripten dominiert eine männliche Dramaturgie.

Gutgemeinte Ratschläge

Ein Blick in die kommerzielle Jugendpresse am Beispiel der Zeitschrift „Mädchen“ (15/2001) mag zeigen, dass soziale Phantasmen der Autorinnen, wie z.B. von Gabi Ring, einer Verfasserin mehrerer Aufklärungsbücher für Jugendliche, weiterhin unreflektiert als fungierende Ontologien benutzt werden. Was innerhalb dieser Wirklichkeitskonstruktion nicht auftaucht, ist autonomes weibliches Begehren und Orgas-

musfähigkeit als Potenz von Mädchen. Der anbietende und zugleich infantilisierende Tonfall der Beraterin verärgert Jugendliche, die von Erwachsenen als sexuelle Wesen ernst genommen werden möchten (Vgl. Schmidt/Schetsche 1998: 95).

Wer Teenager im Umgang mit diesem und vergleichbaren Magazinen beobachtet, weiß, dass es immer eben diese Seite ist, die aufgeschlagen wird. Sie wird verschlungen und gleichzeitig scheinbar überlegen distanziert abgelehnt:

„Mein Freund, 15, möchte unbedingt mit mir schlafen, und ich will es auch. Doch es gibt ein Problem: Ich habe noch nicht meine Tage. Geht das überhaupt? Kann ich dann schon etwas empfinden? Verena, 14“. Die Antwort von Gabi Ring lautet: „Weißt du, die sexuellen Empfindungen haben weniger mit der körperlichen Entwicklung als mit Lernen zu tun. Sexualität ist ein Lernprozess. Wer am Beginn dieser aufregenden Erfahrungen steht, hat noch nicht so intensive Empfindungen. Das soll dich nicht entmutigen, sondern dir Hoffnung machen: Sex wird im Laufe der Zeit immer schöner. Wenn du also nicht den absoluten Hype erwartest, könntest du dich aufs erste Mal einlassen. Du könntest aber auch noch beim Petting üben, wie sich Liebe und Zärtlichkeit anfühlen. [...]“

Die mitgeführten Setzungen lassen sich so umreißen:

- ◆ Jungen wollen und Mädchen wollen dann eben auch.
- ◆ Das Mädchen macht sich Gedanken, weil er will und sie dann also auch will.
- ◆ Vor dem ersten Beischlaf stellt sich für das Mädchen ein „Problem“.
- ◆ Zärtlichkeit und Liebe werden nicht einfach erlebt und genossen, sondern das Anfühlen derselben soll mit einer Technik eingeübt werden.
- ◆ Sexuelle Empfindungen sind nicht einfach da durch den Körper, sondern müssen gelernt werden (d.h. die Empfindungen, die ein Mädchen schon hat, sind noch nicht „richtig“.)
- ◆ Das Mädchen wird sich fragen: Von wem und wie soll ich etwas lernen?
- ◆ Die Empfindungen, die das Mädchen hat, sind noch nicht so intensiv, d.h. das eigene Erlebnis und die Empfindungen werden ihrer Potenz und Wertigkeit beraubt: Mach dir nichts daraus, das ist nichts, zählt nicht.
- ◆ Sex wird im Lauf der Zeit immer schöner. Die Programmierung geht in Richtung Frustrationstoleranz.

Ein anderes Mädchen (15) schreibt in derselben Ausgabe:

„Ich liebe meinen Freund sehr und wir möchten bald miteinander schlafen. Mir ist egal, wenn ich beim ersten Mal keinen Orgasmus habe, aber es wäre mir sehr peinlich, wenn er keinen bekommen würde.“

Dann hätte ich das Gefühl, dass ich nicht gut genug bin. Was kann ich tun, damit er wirklich zum Orgasmus kommt?“. Die Antwort lautet: „Sorry, wenn ich leise Bedenken äußere, ob du überhaupt schon mit deinem Freund schlafen solltest. Warum? Weil du Sex anscheinend mit Leistungssport verwechselst. Du bist für seinen Höhepunkt nicht verantwortlich. Und du kannst überhaupt nichts tun, damit er ihn wirklich erlebt. Boys haben nämlich damit wenig Schwierigkeiten. Der empfindsamste Teil des Penis, die Gliedspitze, wird bei den Stoßbewegungen so stark gereizt, dass selbst beim ersten Mal 90 Prozent aller Boys zum Orgasmus kommen. Bleibt der Höhepunkt aus, was manchen auch passiert, dann deshalb, weil der Junge mega-nervös, übervorsichtig oder total unsicher ist. Mädchen dagegen erleben ihn selten beim ersten Mal. Weil ihr Lustpunkt, der Kitzler, durch die hinein- und hinausgleitenden Bewegungen des Penis wenig gereizt wird. Und weil das ganze Drumherum beim ersten Sex viel zu aufregend ist, so dass der Junge meist schon nach zwei, drei Minuten seinen Samenerguss hat – und die Sache dann gelaufen ist.“

Die mitgeführten Setzungen lassen sich so umreißen:

- ◆ Mädchen verzichten von vornherein auf den Orgasmus als Schutz vor Enttäuschung.
- ◆ Boys sind selbstgesteuerte Maschinen. Eigentlich könnte das Mädchen auch abwesend sein. Für seinen Orgasmus hat sie keine Bedeutung. Sie kann ihm kein Geschenk machen. Ihre Bemühungen sind überflüssig.
- ◆ Nur manchen Jungen passiert es, dass der Orgasmus ausbleibt. Es passiert – wie ein Malheur. Was soll sich das Mädchen denken? Sie soll ja schon einplanen, dass ihr das Malheur passiert.
- ◆ Der Höhepunkt des Jungen bleibt aus, wenn er sich inadäquat **verhält**: mega-nervös, übervorsichtig oder total unsicher. Das Mädchen wird denken: Ich **bin** nicht adäquat.
- ◆ Mit dem Mädchen hat Genuss / Ausbleiben von Genuss nichts zu tun. Das Zusammensein kommt nicht vor. Die Zuneigung zu einem jungen Mann, der dem Mädchen begehrenswert erscheint, kommt nicht vor. (vgl. Beck 2003)
- ◆ Miteinanderschlafen wird reduziert auf „die“ Stoßbewegungen, die die Gliedspitze im Gegensatz zur Klitoris außerordentlich reizen und nach zwei bis drei Minuten durch den Samenerguss zu Ende sind.
- ◆ Der Beischlaf ist *seine* Sache, die nach seinem Tempo abläuft und für sie gelaufen ist.

„Pornos schauen, um nicht als verklemmt dazustehen“ (Interview)

Dies wird bei pornografischem Filmmaterial noch evidenter. In Unterrichtsgesprächen mit mündigen SchülerInnen im Literaturunterricht in der Oberstufe wurde mir deutlich, dass es offensichtlich angemessen ist davon auszugehen, dass die überwiegende Mehrheit der jungen Frauen (bis zu 95 %) mit dem Konsum von Mainstream-Pornoware vertraut ist. Daraufhin habe ich 2003 über sechs Monate mit einer ehemaligen Schülerin (19 Jahre), die über einen großen Freundinnen- und Bekanntenkreis verfügt, ein Interview per Email geführt. Den Ausgangspunkt bildete die Lektüre eines literarischen Textes von Doris Lerche (2002), in dem eine junge Frau mit ihrem Partner einen Videoladen aufsucht um einen Pornofilm zu entleihen. Lerche fokussiert dabei die zunehmende Befremdung der Protagonistin, die außerhalb des Ladens in Bezug auf ihren Partner als „offen für die Lust in allen Varianten“ geschildert wird. Während ihr Partner sich mit schlafwandlerischer Sicherheit zwischen den grellen Bildern bewegt, findet sie nichts, was mit ihrem lustvollen Erleben von Sex korrespondiert oder einen Resonanzraum für ihr Begehren böte.⁴

Die Äußerungen meiner Interviewpartnerin, Frau M., gebe ich im Folgenden leicht gekürzt und unkommentiert wieder:

Frau M.: *Ich glaube, Frauen in Beziehungen schauen meistens mit ihren Partnern Pornos um nicht als verklemmt dazustehen.*

Im ersten Moment ist es für Gesprächspartnerinnen aus meinem Umfeld wichtig überhaupt nicht verklemmt zu wirken. Wenn von der einen über sexuelle Praktiken erzählt wird, die sie gerade ausprobiert hat oder die sie gerne ausprobieren würde, dann reagieren die anderen erst einmal neugierig, aber in Bezug auf sich selbst zurückhaltend. Nur selten würde es aus einer herausprudeln: „Ihhh, das mach’ ich nicht/würd’ ich nie machen!“. Wir kennen ja die Pornos und die animalische Lust, die Frauen in diesen männerorientierten Filmen aufgedrückt wird. Und auch die Bereitschaft alles mitzumachen. Da will keine hinten anstehen. In Wirklichkeit hat aber jede ihre eigene Grenze. Die wird aber erst sichtbar, wenn die Frau das Gefühl hat, sie sichtbar machen zu können ohne als verklemmt dazustehen.

Das Urteil der Männer (verklemmt/nicht-verklemmt) richtet sich wohl danach, ob eine Frau sich ihren jeweiligen Vorstellungen entsprechend anstellt/verhält. Will sie sich nicht

gleich am ersten Abend küssen/anfassen/abschleppen lassen, ist sie verklemmt. Das ist eine gute Art, die meisten Frauen in meinem Alter an ihrem Stolz zu fassen. Denn keine will verklemmt sein.

Bei den Freundinnen funktioniert das Urteil verklemmt/nicht-verklemmt oft so: Also im Gegensatz zu der bin ich doch [...] weniger verklemmt oder „gesitteter“, je nach dem, was die Urteilende für besser hält.

AB: *Die Angst eigene Verklemmtheit zuzugeben, könnte mit der Angst, den Partner zu verlieren erklärt werden. Sie könnte aber auch die Angst vor eigenen Grenzüberschreitungen sein, Angst vor ungeahnter Lust, könnten welche meinen. Wird darüber gesprochen?*

Frau M.: *Über die Angst vor ungeahnter Lust wird auf keinen Fall gesprochen. Das geht nicht. Allein der Begriff „ungeahnte Lust“ impliziert soviel Unbekanntes, das ist ein absolutes Tabu. Nein, es ist nicht einmal ein Tabu, der Begriff existiert nicht.*

AB: *Anders gefragt, geht es bei verklemmt/nicht-verklemmt nur um Wünsche und Ansprüche des Partners oder auch um eigene?*

Frau M.: *Bei verklemmt/nicht-verklemmt geht es in 98% der Fälle um die Wünsche des Partners und nicht um eigene vielleicht angstbesetzte Wünsche z.B. ungeahnte Lust. Selten darum, was die eigenen Wünsche sind, denn die kann man ja nur äußern, wenn man vorher abschätzen kann, in welchem Licht einen die eigenen Wünsche dastehen lassen.*

AB: *Wird über eigene Wünsche unter Freundinnen gesprochen?*

Frau M.: *Es wird darüber gesprochen, aber eben sehr verhalten. Es gibt selten Aussagen über die eigenen Wünsche oder Vorstellungen, die mit einer Selbstverständlichkeit gesagt werden, wie z.B. „Ich habe Hunger“. Das hat alles wieder mit der Angst zu tun, im falschen Licht da zu stehen.*

AB: *Wo liegt z.Zt. in Ihrem Umfeld nach Ihrer Einschätzung die Grenze von verklemmt/nicht-verklemmt?*

Frau M.: *Das ist sehr unterschiedlich. Bei den einen liegt die Grenze z.B. bei bestimmten sexuellen Handlungen (Anal- oder Oralverkehr), bei anderen gibt es scheinbar keine Grenze.*

AB: *Halten die Männer Ihrer Einschätzung nach, das Verhalten, das sie wiederholt in Filmen beobachtet haben, für Realität?*

Frau M.: *Ob die Männer das in den Filmen gezeigte für Realität halten oder nicht, weiß ich nicht genau, jedenfalls akzeptieren sie es als Norm. Das, was die Filme so vorführen (Fellatio, Vaginalverkehr, Analverkehr, Ejakulation ins Gesicht) [...] Es wird erwartet und weniger eingeklagt. Die Erwartungen, soweit sie enttäuscht werden, rechtfertigen dann wiederum das Urteil „gut/schlecht im Bett“. Es wird aber auch durchaus eingeklagt...*

AB: *Gibt es Gespräche über Pornos unter Freundinnen?*

Frau M.: *Ja – auch, aber mehr Gespräche über: Wie geht guter Sex? Was hast du schon alles ausprobiert? Wie viele Männer hattest du? Hast du einen Orgasmus?*

⁴ In der Tat scheint es bis auf das Fotobuch „Mann oh Mann“ von Charlotte March (1977) so gut wie kein visuelles Material zu geben, das vom und für den heterosexuellen weiblichen Blick inszeniert ist.

AB: Ist bei dieser Frage die Antwort „Nein“/„Noch nicht“ möglich bzw. ein Thema?

Frau M.: Wer als Frau noch keinen Orgasmus hatte und das unter Freundinnen sagt, wird auf keinen Fall schief angeschaut. Es werden wohl eher Äußerungen kommen wie: Ich hatte auch noch keinen. Bei mir hat es auch ewig gedauert. Ich glaube nicht, dass ich jemals einen habe werde. Du musst dich mehr entspannen. Wenn du den Typen wirklich liebst, dann hast du auch einen Orgasmus
Die Liste der größtenteils verständnisvollen Aussagen zum nicht statt findenden Orgasmus ist lang. Wirklich Hilfe kommt aber selten. Meistens endet eine Bekundung des nicht stattgefundenen Orgasmus vor Freundinnen damit, dass sich alle über schlechte Liebhaber und die große Ungerechtigkeit auslassen, dass Männer eben fast ständig kommen.

Die Äußerungen von Frau M. zeigen, wie schwer es jungen Frauen fallen mag, der medienunterstützten Vorgabe des sexuellen Skripts und der von den jungen Partnern reklamierten Definitionsmacht, was „guter Sex“ sei, etwas entgegenzusetzen. Es gelingt ihnen kaum, diskursiv einen Zugang zu eigenen Ressourcen und dem eigenen erotischen Potenzial herzustellen. Stattdessen gewinnt die defizitäre Sichtweise die Oberhand.

Konsequenzen für die sexualpädagogische Arbeit mit Jugendlichen

Für die Sexualpädagogik bedeutet dies die verstärkte Auseinandersetzung mit der Frage:

Wie können Mädchen bei der Ausbildung eines positiven Körperselbstbildes und bei der Entwicklung eines selbstvalidierten sexuellen Profils (Clement 2004) unterstützt werden?

Wirklich Hilfe kommt selten, so Frau M. über die Gespräche in der Peergroup. Renate-Berenike Schmidt und Michael Schetsche stellten in ihrer Studie (1998: 93) fest: „Jugendliche wollen solche Themen *diskutieren* – und nach übereinstimmenden Aussagen sind nicht die Peers oder angeleitete Jugendgruppen, sondern ist die Schule das Forum, das ihnen hierfür überhaupt Raum bieten kann.“ Jugendliche brauchen gute Begleitung und Beratung durch Erwachsene (Wanzeck-Sielert 2002: 29). Auch in der Studie von Gisela Gille (1995) zeigt sich ein großes Bedürfnis der Schülerinnen, über Sexualität und Körperlichkeit im Rahmen der Schule mit Frauen – schulexternen Personen,

aber auch Lehrerinnen – und in Mädchengruppen zu sprechen. Zu entsprechenden Ergebnissen kommt für die Gruppe der 8- bis 14-Jährigen die Studie von Petra Milhoffer (1998: 17), wonach die Mehrheit der 12-13-Jährigen die Schule trotz des gewachsenen Einflusses der Medien noch als wichtigste Quelle für ihr Sexualwissen angibt. Was Vermittlung angeht, stehen die Schulen weit vorne. Doch da gilt immer noch, dass trotz z.T. vorbildlicher Richtlinien die Sexualerziehung weitgehend auf die Vermittlung biologischen Faktenwissens beschränkt bleibt. Die unterschiedliche Gestalt der Genitalien beider Geschlechter wird vom essentialistischen Blickpunkt aus gerne als eine *Tatsache* gehandelt und im biologischen Kontext als solche dargestellt. Dass diese Darstellungen (in Wort und Bild) aber durchaus anderen Gesichtspunkten folgen als biologisch-wissenschaftlichen, davon kann sich jeder anhand der aktuell genutzten Biologie-Lehrwerke, mit deren Hilfe Kindern die männlichen und weiblichen Sexualorgane erläutert werden, schnell überzeugen:

- ◆ Bis auf ein kleines Hautzipfelchen gibt es für Mädchen keine Hinweise auf erregbare Bereiche. Ein Lehrwerk (Cornelsen) erwähnt zwar das Vorhandensein von Schwellkörpern *in* der Klitoris und *in* den kleinen Schamlippen. Es wird aber nicht deutlich, wie sie in *kleine* Sachen (Kitzler und Kleine Schamlippen) hineinpassen sollen und wie sie aussehen. Alles ist und bleibt *klein*.
- ◆ Formuliert wird, wenn überhaupt, in Analogie zum männlichen Vorbild.
- ◆ Der weibliche Geschlechtsapparat dient vorwiegend der Fortpflanzung.
- ◆ Die Jungen erhalten dagegen eine differenzierte Erläuterung des anatomischen Aufbaus und „Funktionierens“ ihres Geschlechtsteils.
- ◆ Nur das Lehrwerk von Klett erwähnt, und das ausschließlich im Jungen-Kapitel, *Geschlechtsverkehr* und *Orgasmus* mit folgenden Konnotationen:
- ◆ Penis und Scheide passen von Natur genau zueinander.
- ◆ Die Erregung des Mannes reicht aus für ein angenehmes Erleben des Vaginalverkehrs und für den (gemeinsamen) Orgasmus, der als einzige Form erwähnt wird.
- ◆ Die Vereinigung und das Erleben des (gemeinsamen vaginalen) Orgasmus verstärken – so Klett – die Zuneigung und Liebe der Partner. Die Klitoris wird verschwiegen.

Wenn hier ein dreidimensionales lebensgroßes Modell des ausgedehnten aktiv reagierenden weiblichen Schwell-

körpersystems vorgestellt wird, dann auch deshalb, weil unzutreffende Bilder und fehlende Benennungen nicht nur zu reduzierten Körperschemata und fremdvalidierten sexuellen Erwartungen führen können, sondern auch manifeste negative Folgen zeitigen können.

Blinde Flecken im dark continent

Die amerikanische Psychoanalytikerin Harriet Lerner hat 1976 Auswirkungen elterlicher Fehlbenennungen der weiblichen Genitalien an Hand von Fallbeispielen beschrieben. Wenn kleinen Mädchen gesagt wird, sie haben eine Vagina, so ist das nicht falsch, aber unzureichend. „Ein unvollständiges, wenig differenziertes und falsches Bild der weiblichen Anatomie kann seine gefährlichste Wirkung während der präödipalen und frühen ödipalen Entwicklungsphase entfalten, wenn das Mädchen seine Klitoris als Hauptquelle sexueller Stimulierung und Befriedigung entdeckt.“ (Lerner 1980: 1092). Das Mädchen kann das Gefühl entwickeln, betrogen zu sein, weil seine Sexualität keine Anerkennung findet und kann den Eindruck entwickeln, es habe kein Recht darauf.

Unzutreffende anatomische Vorstellungen können zu den Ängsten beitragen, die Doris Bernstein (1990) bei Mädchen aufgefallen sind. Dabei geht sie davon aus, dass die anatomischen Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen „vielfache Auswirkungen (haben) auf die psychische Strukturierung und auf die Bildung mentaler Repräsentanzen, die einen prägenden Einfluss auf die weiblichen mentalen Funktionen ausüben.“ (Bernstein 1990: 189). Für die Ängste der Mädchen schlägt Bernstein drei Termini vor: Zugang (*access*), Eindringen (*penetration*) und Diffusion (*diffusivity*). Im Hinblick auf das hier vorgestellte Modell soll vor allem auf die Angst vor Diffusion näher eingegangen werden:

Zusätzlich zur Schwierigkeit, dass das eigene Geschlecht sich der Sichtbarkeit weitgehend entzieht, hat das Mädchen keinen vollständigen taktilen Zugang zu den eigenen Genitalien. Wenn es die eigenen Genitalien tatsächlich berührt, gibt es eine Diffusion von Sinnesempfindungen auf andere Regionen; überall wo es sich berührt, wird eine weitere Körperregion stimuliert. Die Lokalisierung verschiebt sich nicht nur innerhalb des Genitales von der Klitoris zur Vagina, sondern auch auf das Becken sowie urethrale und anale Sinnesempfindungen. Diese Reizausbreitung beim Mädchen steht im Gegensatz zum Jungen, bei dem die Reizung sich konzentriert. Die Verbreitung der Sinnesempfindungen führt nach Bernstein zur Angst vor

der Diffusion (anxiety of diffusivity). Montgrain untersuchte dieses Diffusionsvermögen (*diffusivity*) bei erwachsenen Frauen und stellte fest, „daß die der sprachlichen Bindung sich entziehende Eigenschaft der weiblichen Sinnlichkeit, überfließen zu können, generell unterbetont wird.“ Sprache und Phantasiebilder sind für die Frauen von entscheidender Wichtigkeit für den Aufbau einer symbolischen Welt, die sich kontrollieren und handhaben lässt. Soweit Doris Bernstein. Eine umfassende, sinnlich und haptisch erworbene Kenntnis von der verzweigten und ausgedehnten urogenitalen „Architektur“ macht die Empfindungen von Fließen und Verströmen plausibel, und könnte ein Angebot sein, sie zu objektivieren und anzuerkennen.

Ruth Waldeck (1995) erweitert die Frage nach den fehlenden Körperbildern um die Suche nach Anweisungen im Körper. „Was im Körper als muskulärer Bewegungsablauf nicht eingespielt ist, kann auch als Handlungsanweisung nicht abgerufen werden. Was der Körper nicht erlernt und erfahren hat, kann er auch der Phantasie nicht als umsetzbare Vorstellung anbieten.“ (1995: 82). Elena Giannini Belotti hat 1975 festgestellt, dass das kraftvolle Saugverhalten an der Brust beim weiblichen Säugling von der Mutter weniger toleriert wird als beim männlichen Säugling. Durch kurze Unterbrechungen des Saugens, durch Entziehen der Brust oder Flasche lernt die kleine Frau ihren Impuls zu kontrollieren. Die mit dem Saugen verbundene Bewegungswelle des Anspannens und Loslassens wird blockiert. Diese Bewegungswelle ist bei der/ dem Erwachsenen, wie Wilhelm Reich (1987: 249) beschreibt, Kennzeichen eines Orgasmusreflexes, wenn er nicht durch psychische und körperliche Sperren behindert wird. Eine von Wilhelm Reichs Patientinnen sagte dazu: „Ich mache den Bauch tot, dann spüre ich nichts mehr.“ (Reich 1987: 83/84) Das Anspannen der Bauchdecke und die Erschlaffung der Beckenbodenmuskulatur sind, so Waldeck (1995: 83), kein einzelnes und zufälliges Phänomen, sondern ein Leiden, das in tiefem Zusammenhang mit dem Weiblichkeitsbild unserer Gesellschaft steht.

Muskuläre Bewegungsabläufe sind erlernbar, doch dieses Wissen ist in unserem sozialen System genauso wenig kulturell verankert wie die propriozeptive Wahrnehmung des Körperinneren und der Kenntnis der weiblichen Schwellkörper, die denen des Mannes nicht nachstehen.

Neue Sichtweisen auf die Geschlechterdifferenz

Die embryonale Entwicklung des Urogenitalsystems macht es sinnfällig, die genitale Organisation bei Mann und Frau nach dem Prinzip der Homologie darzustellen. Eine solche Sichtweise setzt Vorstellungen von differenzierten höchst unterschiedlichen sexuellen Begegnungs- und Genussformen frei, in denen im Fremden Verwandtes (und umgekehrt) aufgespürt wird ohne die Differenz zu negieren. Dem Gefühl der anatomischen Defizienz (Anatomie als Schicksal) wird die Idee der *Ähnlichkeit*⁵ als Einheit der Differenz entgegengesetzt.

Die Formulierung im Biologiebuch des Klettverlages: „Penis und Scheide sind so beschaffen, dass sie genau zueinander passen“ (Natura 2000: 56) unterstellt eine ontologisch gegebene Komplementarität, bei der dem Mann die Positivform und der Frau die Negativform zugewiesen wird: aktives Ding und passives Loch. Diese traditionsmächtigen patriarchalischen Vorstellungen, so bekannt wie langweilig und von der feministischen Kritik ausgiebig dekonstruiert, halten sich hartnäckig auf der Ebene der Lehrwerke, mit denen Kinder konfrontiert werden. Mit wissenschaftlicher Korrektheit scheinen sie wenig zu tun zu haben, denn die anatomischen Grundlagen sind hinreichend publiziert und auch im Internet zu haben. Die Vorstellung von *Ähnlichkeit* fokussiert eine Differenz, die Mädchen und junge Frauen ermutigt, selbstbewusst ein eigenes sexuelles Profil (Clement 2004) zu entwickeln.

Der Weg zum Modell

In Zusammenarbeit mit einer Firma für anatomische Lehrmodelle⁶ habe ich ein Modell des weiblichen Schwellkörpersystems entwickelt, das zum Forschen und Entdecken einlädt und mittels Transparenz und Tastbarkeit Einsicht und Begreifen der anatomischen Ausstattung der Frau ermöglicht.

Zahlreiche Gespräche mit SexualtherapeutInnen, -pädagogInnen, GynäkologInnen und UrologInnen haben zu der jetzt vorliegenden Form geführt. Mir ist in diesen angeregten Besprechungen, für die ich mich bei allen BeraterInnen herzlich bedanke, immer wie-

der aufgefallen, zu welcher Freude die Anerkennung der weiblichen urogenitalen Ausstattung durch ein Modell, das diese evident bestätigt, bei meinen Gesprächspartnerinnen führte. In einer Welt von Hochhäusern, Raketen und anderen phallischen Formen tut ein zierliches Modell des weiblichen Schwellkörpersystems Frauen schlichtweg „gut“ und macht Männer neugierig.

Ein Modell ist ein Modell. Es veranschaulicht eine Möglichkeit, Wirklichkeit zu deuten und zu produzieren. Viele Modelle zeigen den Unterleib im Medianschnitt. Die Crura clitoridi und die Bulbi vestibuli fallen bei einer streng medianen Darstellung weg – im Gegensatz zu den männlichen Schwellkörpern, die durch einen Medianschnitt in ihrer Ausdehnung darstellbar sind. Zudem macht es die mediane Schnittführung schwer, die räumliche Anlage der weiblichen Organe in den eigenen Körper hineinzuprojizieren.

Das entworfene Modell (vgl. nachfolg. Abb.) ist lebensgroß und dreidimensional. Es ist handlich, leicht und von allen Seiten einsehbar. Da als Zielgruppe auch vorpubertäre Mädchen in Betracht kommen, wurde ein schlankes Becken und eine Körpergröße gewählt, die ungefähr der Konfektionsgröße 34/36 entspricht. Es wurde eine gerade sitzende Haltung mit gespreizten Oberschenkeln gewählt, da sie Selbstbewusstsein ausstrahlt und gleichzeitig ermuntert, den Bereich zwischen den Schenkeln (bei sich) selbst zu erforschen. Das Modell soll Mädchen und Frauen ein attraktives Angebot machen, das ihnen erleichtert, ihre genitale Ausstattung auch unter ästhetischen Gesichtspunkten zu akzeptieren und ins eigene Körperbild einzubauen.

Die Außenhülle ist transparent, hart und im Schritt geschlossen. Das Innere ist (bis auf die Beckenknochen) farbig, weich, biegsam, zugänglich und tastbar. Insgesamt wird ein Eindruck angestrebt, der eher die Assoziationen weckt „freundlich, anziehend und interessant“ als „bedrohlich, gefährlich und animalisch“. Im Begleitmaterial zum Modell finden sich als Power-Point-Präsentationen außer einer allgemeinen Einführung Angebote für weiterführende Fragen zum Beckenboden, der weiblichen Prostata, zum Hymen und zum äußeren Erscheinungsbild der Vulva, sowie Kopiervorlagen zum Ausmalen und Beschriften. Farbige Grafiken mit Legenden und Übungen zur Kräftigung der Beckenbodenmuskulatur ergänzen das Material.

⁵ Als ähnlich bezeichnet man das, was Gemeinsamkeiten und Unterschiede aufweist. Ähnlich ist, was weder ganz verschieden noch ganz gleich ist.

⁶ Firma SOMSO-Modelle in Coburg (www.somso.de)

Diskussion

Der Einsatzbereich für das Modell wird sich in der Praxis erweisen. Anvisiert ist in erster Linie die sexualpädagogische Verwendung bei der Vermittlung elementarer Kenntnisse der Sexualorgane in der schulischen und außerschulischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Darüber hinaus werden sich Möglichkeiten im therapeutischen und medizinischen Bereich zeigen.

Die Darstellungen in den Biologie-Lehrbüchern und in den Modellen im Medianschnitt zeigen bei der Frau vor allem die Sexualorgane, die der Reproduktion dienen. Demoskopische Studien behaupten, dass ein Drittel der Mädchen keine Kinder haben wird. Schon heute sind 42 % der Akademikerinnen kinderlos. Neben der Mühe, nicht zum falschen Zeitpunkt schwanger zu werden, wird die Sorge zunehmen, auf Kinder verzichten zu müssen, aus welchen Gründen auch immer. Wenn dann noch weiterhin auf die Erwähnung der weiblichen Schwellkörpersysteme verzichtet wird, gibt es wenig Ermutigung an Heranwachsende die weibliche Anatomie nicht als Zumutung abzulehnen. Zufriedenstellende Arrangements kann nur aushandeln (Schmidt 1996), wer Zugang zu ihrem/seinem eigenen erotischen Potenzial hat. Um dieses Potenzial zu kommunizieren bedarf es auch der zutreffenden, wissenschaftlich dokumentierten Repräsentation der weiblichen Anatomie in sinnlich ansprechender und leicht verständlicher Form. Dazu möchte dieses Modell beitragen: Es lädt ein, aus Lust an der Differenz unvorhersagbare sexuelle Choreografien immer wieder neu zu erfinden und sich an der Spannung zwischen Potenzialität und situativ Eingelöstem zu laben. Die Kostlichkeit des weiblichen Schwellkörpersystems kann nur im Erleben als eigene Wirklichkeit gefunden und genossen werden.

Literatur

- Barbach, L. G. (1982): For yourself. Die Erfüllung weiblicher Sexualität. Frankfurt/Berlin/Wien: Ullstein.
- Basson, R.; Leiblum, S.; Brotto, L.; Derogatis, L.; Fourcroy J.; Fugl-Meyer, K.; Graziottin, A.; Heiman, J.R.; Laan, E.; Meston, C.; Schover L.; van Lankveld, J.; Weijmar-Schultz, W. (2004): Revised Definitions of Women's Sexual. *Journal of Sexual Medicine* 1: 40-48.
- Beck, A. (2003): Der Schaulust freien Lauf lassen. Männerbilder im Kunstunterricht. In: BDK (Bund Deutscher Kunstszierung) Mitteilungen Jg. 39/3: 25-29.
- Beck, A. (2004): Lust auf mehr – Neue Bilder von da unten. In: Timmermanns, S.; Tuijter, E.; Sielert, U.: Sexualpädagogik weiter denken. Moderne Entgrenzungen und pädagogische Orientierungsversuche. Weinheim u. München: Juventa: 219-238.
- Beck, A. (2005): Weder Fisch noch Fleisch. Pubertät im Bild. In: BDK (Bund Deutscher Kunstszierung) Mitteilungen Jg 41: 28-30.
- Belotti, E. G. (1975): Was geschieht mit kleinen Mädchen? München: Frauenoffensive.
- Bernstein, D. (1990): Weibliche genitale Ängste und Konflikte und die typischen Formen ihrer Bewältigung. In: Mitscherlich, M.; Rohde-Dachser, Chr. (1996): Psychoanalytische Diskurse über die Weiblichkeit von Freud bis heute. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse: 185-217.
- Biologie-Lehrwerke: Biologie 1 A (1991). Berlin: Cornelsen.
- Biologie-Lehrwerke: Biologie heute (1992). Braunschweig: Schroedel.
- Biologie-Lehrwerke: Natura (2000). Stuttgart: Klett: 56.
- Blech, J. (2002): Die zweite sexuelle Revolution. In: Der Spiegel 7: 184-197.
- Bültmann, G. (2000): Sexualpädagogische Mädchenarbeit. Eine Vergleichsstudie im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln: BZgA.
- Clement, U. (2004): Systemische Sexualtherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Courtemanche, G. (2004): Ein Sommer am Pool in Kigali. Köln: Walther Kiepenheuer & Witsch.
- Lehmann A.-S. (2001): Das unsichtbare Geschlecht. In: Benthien, C.; Wulf, C. (2001): Körperteile. Eine kulturelle Anatomie. Reinbek: Rowohlt: 316-339.
- Flaake, K. (2000): Körperlichkeit und Sexualität in der weiblichen Adoleszenz. In: „meine Sache“ Fachtagung zur sexualpädagogischen Mädchenarbeit 19.-21. Juni 2000. Dokumentation der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Köln: 53-57.
- Flaake, K. (2001): Körper, Sexualität und Geschlecht. Studien zur Adoleszenz junger Frauen. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Gambaroff, M. (1990): Utopie der Treue. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuchverlag
- Gille, G. (1995): Mädchengesundheit und Pubertätseinflüsse. In: Das Gesundheitswesen 10, g.57: 652-660.
- Gräfenberg, E. (1950): The role of urethra in female orgasm. *INT J SEXOL* 111: 145-148
- Graaf, R. de (1972): On the Reproductive Organs: Treatise Concerning the Generative Organs of Englische Übersetzung des 1672 erschienenen lateinischen Originaltextes De mulierum organis generationi inservientibus von Jocelyn H. D. und Setchel B. P.). In: *Journal of Reproduction and Fertility*, Supplement 17, Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Hauswald, M.; Zenz, H. (1992): Die Menarche im Erleben pubertierender Mädchen. In: Zenz, H.; Helmuth & Hrabel; Vladimir & Marshall, P. (Hg.): Entwicklungsdruck und Erziehungslast. Psychische, soziale und biologische Quellen des beeinträchtigten Wohlbefindens bei Schülerinnen und Schülern in der Pubertät. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber: 48-60.
- Heiman, J.; LoPiccolo, L.; LoPiccolo, J. (1978): Gelöst im Orgasmus. Die Entwicklung des sexuellen Selbst-

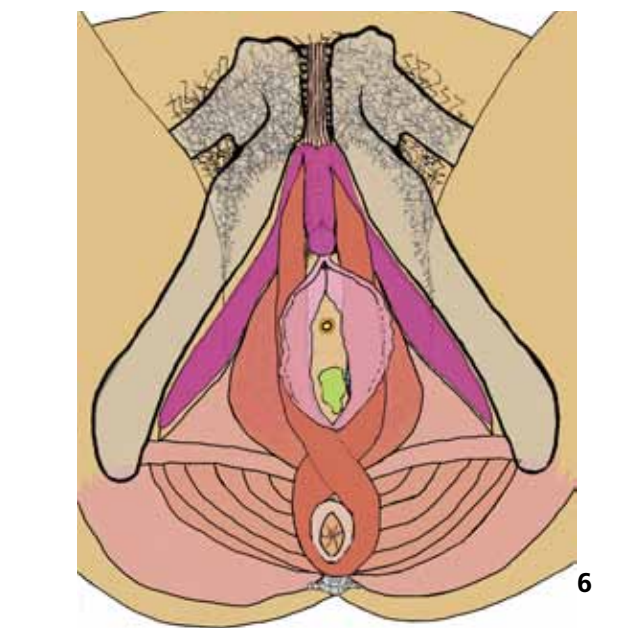
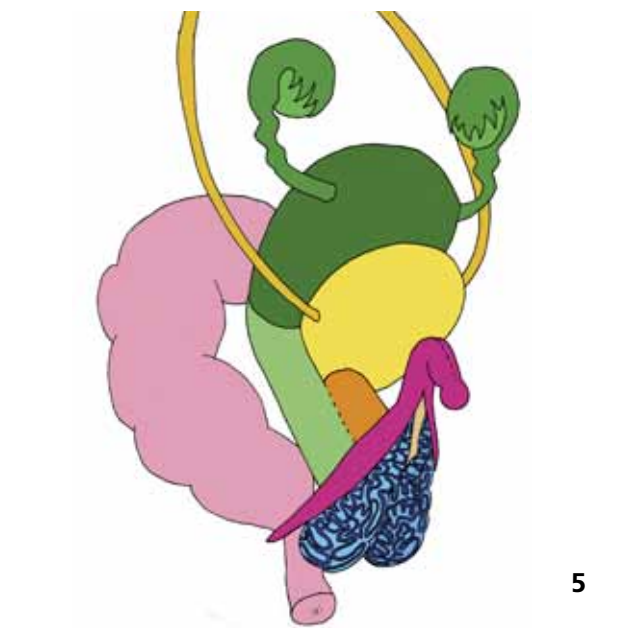
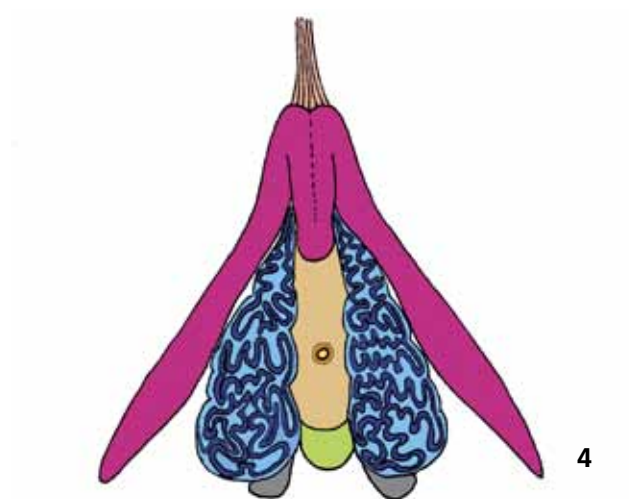
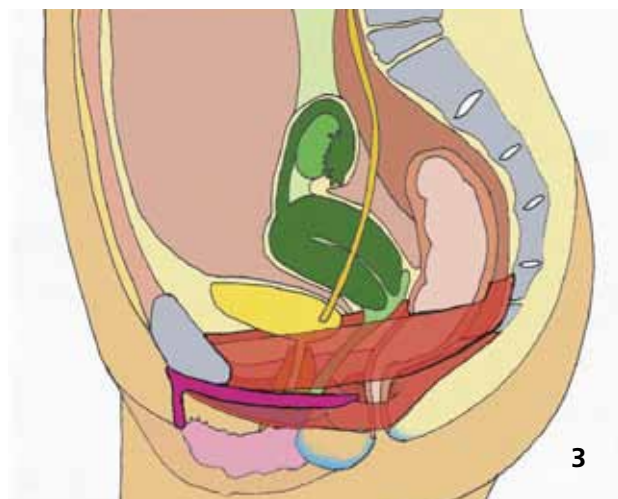
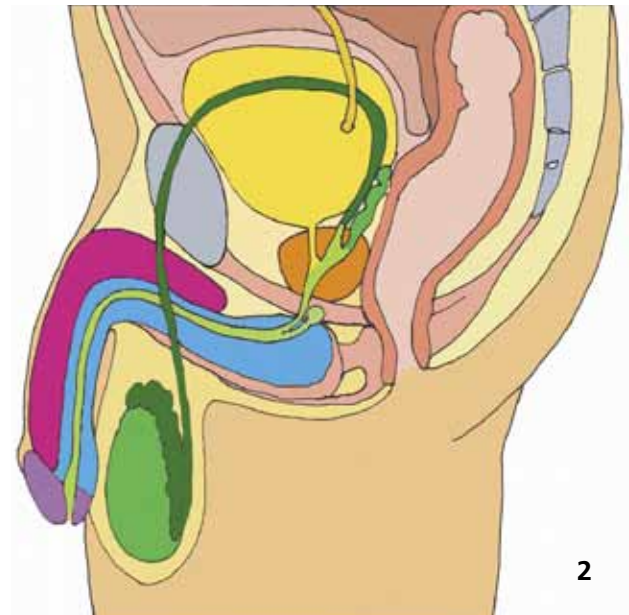
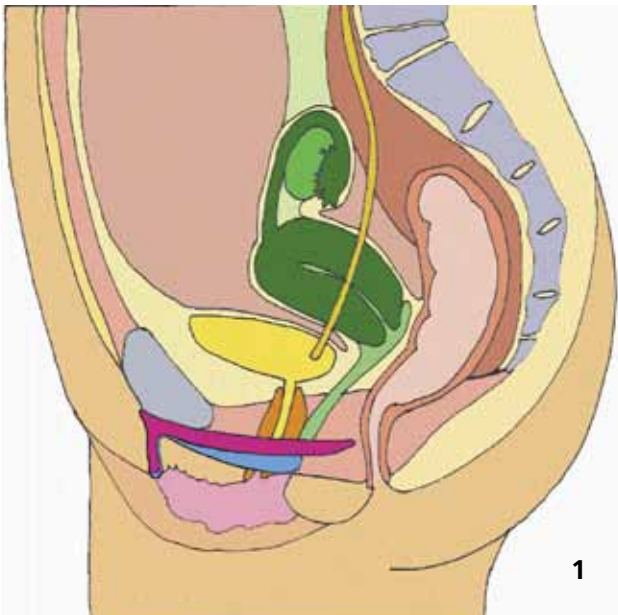
- wußtseins für Frauen. Frankfurt: Verlag für humanistische Psychologie. Werner Flach KG (USA 1976: *Becoming Orgasmic: A sexual growth program for woman*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall).
- Huffmann, J.W. (1948): The detailed anatomy of the paraurethral ducts and glands. *ARCH SURG* 62: 615-624.
- Korff, J.; Geer, J.H. (1983): The relationship between sexual arousal experience and genital response. *Psychophysiology* 20: 121-127.
- Laan, E.; Everaerd, W.; van der Velde, J.; Geer, J. H. (1995): Determinants of subjective experience of sexual arousal in woman: Feedback from genital arousal and erotic stimulus content. *Psychophysiology* 32: 444-451. Cambridge University Press. Printed in the USA.
- Laqueur, T. W. „Amoris veneris, vel Dulcedo Appellatur“. In: Feher, M.; Naddaff, R.; Tazi, N. (Hg.): *Fragments for a History of the Human Body*. New York: Zone Books 1989: 91-131.
- Lerche, D. (2003): Nur für Erwachsene. In: Dies. *Verführe mich! Erotische Geschichten*, Leipzig: Reclam: 126-133.
- Lerner, H. E. (1976): Elterliche Fehlbenennungen der weiblichen Genitalien als Faktor bei der Erzeugung von „Penisneid“ und Lernhemmungen. In: *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen* Bd. 34/1980: 1092-1104.
- „Mädchen“ (2001) Ausgabe Nr. 15 (4.7.2001). München: Springer Young Mediahouse
- March, Ch. (1977): *Mann oh Mann. Ein Vorschlag zur Emanzipierung des attraktiven Mannes*. Kehl: Swan Verlag GmbH.
- Masters, W.H.; Johnson, V.E. (1966): *Human Sexual Response*. Boston, Mass.: Little, Brown and Company (Dt. Ausg. *Die sexuelle Reaktion*. Wissenschaftl. bearb. Sigusch V. Reinbek bei Hamburg 1970).
- Milhoffer, P. (1998): Selbstwahrnehmung, Sexualwissen und Körpergefühl 8-14-jähriger Mädchen und Jungen. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), *Forum Sexualaufklärung*. Köln: BZgA: 14-18.
- O'Connell, H. E.; Hutson, J. M., Anderson, C. R. (1998): Anatomical relationship between urethra and clitoris, *J UROL* 159: 1892-97.
- Özdamar, E. S. (1992): *Das Leben ist eine Karawanserei*. Köln: Walther Kiepenheuer & Witsch.
- Pennebaker, J.W. & Hoover C.W. (1984): Visceral perception versus visceral detection: Disentangling methods and assumptions. *Biofeedback and Self-Regulation*, 9: 339-352.
- Perry, J. D.; Whipple, B. (1981): Pelvic muscle strength of female ejaculators: evidence in support of a new theory of orgasm. *J Sex Res* 17: 22-39.
- Reich, W. (1987): *Die Funktion des Orgasmus*. Köln: Walther Kiepenheuer & Witsch.
- Rosen R.C. & Beck J.G. (1988): *Patterns of sexual arousal*. New York: Guilford.
- Schmid-Tannwald, I.; Kluge, N. (1998) *Sexualität und Kontrazeption aus der Sicht der Jugendlichen und ihrer Eltern. Eine repräsentative Studie im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)*. Köln: BZgA.
- Schmidt, G. (1996): *Das Verschwinden der Sexualmoral*. Hamburg: Ingrid Klein Verlag GmbH.
- Schmidt, G. (2004): Zur Sozialgeschichte jugendlichen Sexualverhaltens in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. In: Bruns C. und Walter T. (Hg.) *Von Lust und Schmerz. Eine Historische Anthropologie der Sexualität*. Köln/ Weimar/ Wien: Böhlau, 311-326.
- Schmidt, R.-B./Schetsche, M. (1998): *Jugendsexualität und Schulalltag*. Opladen: Leske & Budrich.
- Sevely, J. L. (1988): *Evas Geheimnisse. Neue Erkenntnisse zur Sexualität der Frau*. München: Droemer Knaur.
- Tiefer, L. (2004): Offensive gegen die Medikalisierung weiblicher Sexualprobleme. In: *Familiendynamik. Zeitschrift für systemorientierte Praxis und Forschung*. Hg. von Retzer, A.; Clement, U.; Fischer, H.R. 29/2: 121-138
- Waldeck, R. (1995): Zur Produktion des „schwachen Geschlechts“. *Körpergeschichte eines Weiblichkeitsideals*. In: *Von der Auffälligkeit des Leibes*. Hg. von Akashe-Böhme, F. Frankfurt/Main: edition suhrkamp: 80-97.
- Whipple, B. (1994): G-spot and female pleasure. In: *Human sexuality: An encyclopedia*. Bullough V. I.; Bullough B. (eds). New York: Garland Publishing Inc.
- Zaviacic, M. (2002): Die weibliche Prostata. *Orthologie, Pathologie, Sexuologie und forensisch-sexuologische Implikationen. Sexuologie* 9: 107-215.
- Zur Nieden, S. (2004): *Die weibliche Ejakulation. Gießen: Psychosozial Verlag*.

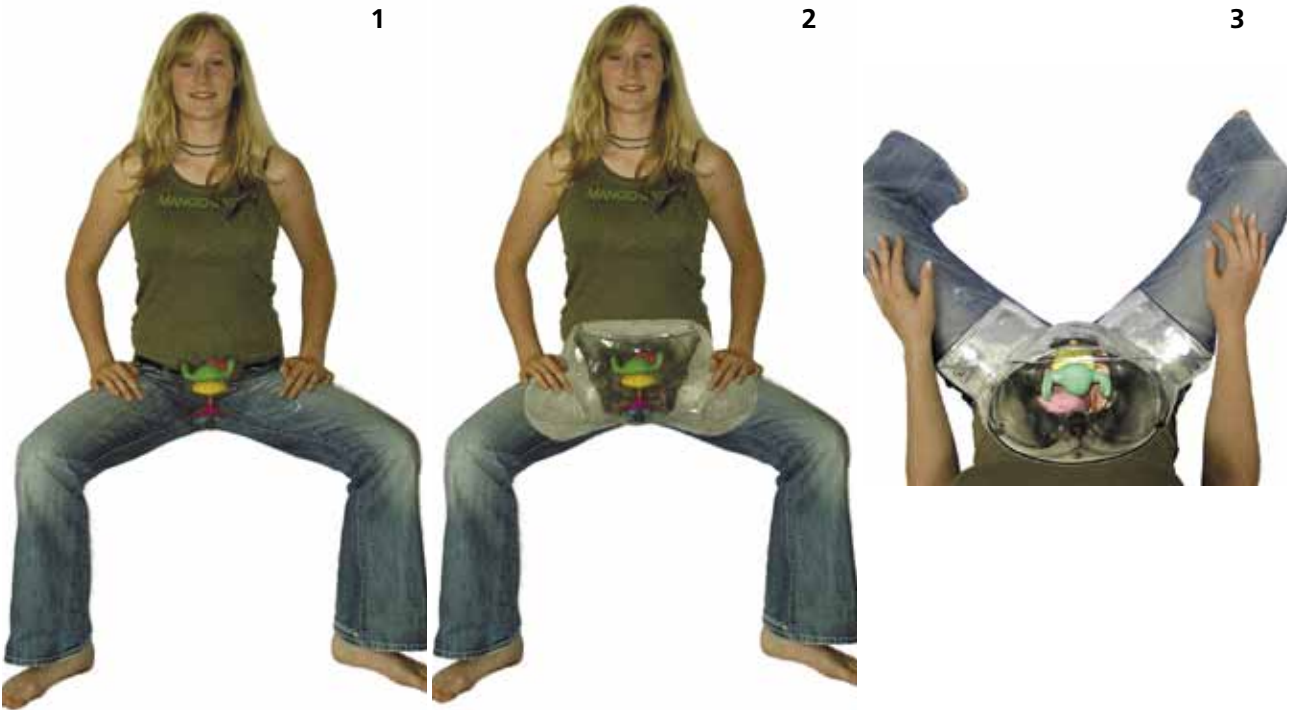
Adresse der Autorin

Angelika Beck, Kurt-Schumacher Schule, Starenweg 12, 61440 Oberursel, Mbeya@t-online.de

Legenden der Abb. auf der gegenüberliegenden Seite

- Abb. 1** weiblich median
Abb. 2 männlich median
Abb. 3 median mit Beckenboden
Abb. 4 Klitoris und bulbi
Abb. 5 Organe räumlich
Abb. 6 Beckenboden von unten







**SOMSO
MODELLE
SEIT 1876**

MS 5/2 MODELL DER WEIBLICHEN SEXUALORGANE

NACH ANGELIKA BECK,
AUS SOMSO-PLAST



Das Modell versteht sich als Angebot,
Erkenntnisse der Forschung in sinnlich erfassbarer Form
für das Alltagsbewusstsein zu übersetzen.

Bei der Entwicklung des Modells haben BiologInnen,
SexualpädagogInnen, SexualtherapeutInnen,
SexualforscherInnen, GynäkologInnen und UrologInnen
beratend mitgewirkt.

Zur Orientierung hat jedes
Organ im Modell eine andere Farbe.
Die Organe, die vor allem mit der Fortpflanzung zu tun
haben, sind grün eingefärbt: Eierstöcke (Ovarien), Eileiter
(Tuben), Gebärmutter (Uterus) und Scheide (Vagina).

Die Organe, die nicht vorrangig der Fortpflanzung
dienen, sind gelb, orange, pink und blau eingefärbt:
Blase, Harnröhre, weibliche Prostata, Klitoris und
Schwellkörper. Der Darm und die Beckenboden-
muskulatur wurden zartrosa eingefärbt.

Ausführliche Informationen erhalten Sie bei:
MARCUS SOMMER • SOMSO MODELLE
Friedrich-Rückert-Straße 54, 96450 Coburg
Tel. (0 95 61) 8 57 40, Fax (0 95 61) 8 57 41
somso@somso.de, www.somso.de

Legenden der Abb. auf der gegenüberliegenden Seite

- Abb. 1** Junge Frau mit Organen frontal
- Abb. 2** Junge Frau mit Modell frontal
- Abb. 3** Junge Frau mit Modell subjektiver Blick
- Abb. 4** Modell geschlossen
- Abb. 5** Modell geöffnet
- Abb. 6** Modell von oben
- Abb. 7** Modell von unten

Das Spektrum der Sexualstörungen und ihre Klassifizierbarkeit im ICD-10 und DSM-IV

Christoph J. Ahlers, Gerard A. Schaefer, Klaus M. Beier

The spectrum of sexual disorders and their classifiability in ICD-10 and DSM-IV

Abstract

An overview is presented of the chapters on sexual disorders in current German language textbooks in clinical psychology, psychiatry, and sexual medicine. As emerges, sexual disorders are predominantly only accounted for within the three main diagnostic categories *sexual dysfunctions*, *paraphilias*, and *gender identity disorders*. Other areas related to sexuality, which can be disrupted in a clinically relevant way, such as sexual development, sexual reproduction and sexual behaviour, have remained unaccounted for in almost all textbooks to this day.

Further, the entire spectrum of clinically relevant sexual disorders as they are seen in clinical practice is presented and the respective coding options as set out in ICD-10 and DSM-IV are discussed. While more sexual disorders can be coded in ICD-10 (F52, F64, F65, F66) the diagnostic criteria for disorders covered in both systems are more precisely in DSM-IV-TR. While some sexual disorders can merely be coded within the category „not otherwise specified“ others, as reflected in the textbooks, are not mentioned at all despite their clinical relevance. Terminological aspects are discussed regarding some indications and suggestions aimed at unification and simplification are made. Finally, it is argued that future revisions of the two classification systems offer improved and amended coding options.

Keywords: Sexual medicine, sexual disorders, sexual-medical terminology, overview, coding, ICD-10, DSM-IV.

Zusammenfassung

Dargestellt wird ein Überblick über die Abhandlungen zu Sexualstörungen in den aktuellen deutschsprachigen Lehrbüchern zur Klinischen Psychologie, Psychiatrie und Sexualmedizin. Dabei stellt sich heraus, dass sich die Darstellung sexueller Störungen ganz überwiegend in den drei Hauptindikationsgruppen *Störungen der sexuellen Funktion*, *Störungen der Geschlechtsidentität* und *Störungen der Sexualpräferenz* erschöpft. Andere sexualmedizinisch relevante Störungsbereiche, wie z.B. die *Störungen der sexuellen Entwicklung*, *Störungen der sexuellen Reproduktion* oder *Störungen des sexuellen Verhaltens* werden bis dato in den Lehrbüchern so gut wie nicht berücksichtigt. Im Weiteren wird ein Überblick über das gesamte Spektrum der Sexualstörungen dargeboten, wie sie in der sexualmedizinischen Praxis vorkommen und klinisch relevant sind. Zu den vorgestellten Sexualstörungen werden die jeweiligen Möglichkeiten zur Klassifizierung im ICD-10 und DSM-IV diskutiert. Dabei wird deutlich, dass in den entsprechenden Abschnitten des ICD-10 (F 52, F 64, F 65, F 66) zwar mehr sexuelle Störungen auffindbar und klassifizierbar sind als im DSM-IV-TR, dafür aber die diagnostischen Kriterien im DSM-IV-TR präziser gefasst sind. Während bei einigen Sexualstörungen lediglich die Möglichkeit einer Hilfskodierung in Restkategorien („sonstige oder nicht näher bezeichnete Störung“) besteht, existieren für andere Sexualstörungen, die ebenfalls klinisch relevant sind, bis dato überhaupt keine Kodierungsmöglichkeiten. Des Weiteren werden zu einigen Indikationen die bisherigen Fachbegriffe diskutiert und Vorschläge zur terminologischen Vereinheitlichung und Verbesserung unterbreitet. Es wird dafür plädiert, bei zukünftigen Revisionen der Klassifikationssysteme die Kodierungsmöglichkeiten für Sexualstörungen zu ergänzen und terminologisch zu optimieren.

Schlüsselwörter: Sexualmedizin, Sexualstörungen, Sexualmedizinische Terminologie, Übersicht, Klassifizierung, ICD-10, DSM-IV.

Einleitung

Die in den deutschsprachigen Übersetzungen der internationalen Klassifikationssysteme „Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10“ (WHO 1992; Dilling et al. 2000) und dem „Diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen DSM-IV-TR“ (APA, 2000; Saß et al. 2003) vorgeschlagenen Einteilungen für Sexualstörungen sind deskriptive Kategorien, die bei genauerer Betrachtung der Komplexität menschlicher Geschlechtlichkeit und Sexualität nicht gerecht werden. Die aus sexualwissenschaftlicher Sicht wichtige Differenzierung zwischen verschiedenen Funktionen von Sexualität (vgl. Wendt 2000) findet in den Kategorisierungen von DSM-IV und ICD-10 keine Berücksichtigung. Insbesondere die Differenzierung der drei elementaren Dimensionen der Sexualität (Loewit 1978, 1980; Loewit & Beier 1998) spiegelt sich hier nicht wieder, die sowohl aus sexualwissenschaftlicher als auch aus sexualmedizinischer Perspektive eine unverzichtbare Erweiterung zum Verständnis des sexuellen Erlebens und Verhaltens darstellt: Unterschieden wird zwischen der *Lustdimension* der Sexualität, also allen Aspekten, die mit sexueller Stimulation, Erregung und Orgasmus zu tun haben, der *Fortpflanzungsdimension* der Sexualität, also allen Aspekten, die mit Empfängnis, Zeugung, Schwangerschaft, Geburt und der Nachwuchsanzucht zu tun haben und vor allem der *Beziehungsdimension* der Sexualität, nämlich der Möglichkeit zur Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse nach Angenommenheit, Geborgenheit und Nähe durch sexuelle Körperkommunikation (Beier et al. 2001, Beier & Loewit 2004).

So können beispielsweise sexuelle Funktionsstörungen nicht nur die Lustdimension, sondern auch die Fortpflanzungs- sowie die Beziehungsdimension soweit in Mitleidenschaft ziehen, dass weniger die gestörte sexuelle Funktion als viel mehr die gestörte Beziehung der eigentliche Grund für das Leiden der Betroffenen darstellt. Gleiches gilt für das bio-psycho-soziale Verständnis von Geschlechtlichkeit und Sexualität: Jede sexuelle Funktion und jede sexuelle Beziehung beinhaltet biologische (Körperlichkeit), psychologische (Persönlichkeit) und soziale (Partnerbezogenheit) bzw. soziologische (Normen) Ebenen (vgl. Bloch 1906, Kinsey et al. 1948), die nicht getrennt voneinander gesehen werden können und sich darum auch nicht unabhängig voneinander untersuchen und behandeln lassen. In den Klassifikationssystemen wird hingegen weitgehend eine veraltete Sichtweise in den Dimensionen „körperlich oder seelisch“ abge-

bildet. Erschwerend kommt noch hinzu, dass die beschriebenen drei Dimensionen der Sexualität einen jeweils anderen biographischen Verlauf nehmen können, was eine integrierte Betrachtungsweise nicht erleichtert: Die Beziehungsdimension der Sexualität erfährt bereits im Säuglingsalter ihre grundlegende Prägung und erreicht sehr früh ein hohes Bedeutungsniveau, welches für das spätere Leben bestimmend bleibt. Gleichwohl kann sie durch verschiedene mit der Biographie verbundene Störfaktoren beeinträchtigt sein, so wie auch die Fortpflanzungsdimension der Sexualität, deren Beginn in der Pubertät liegt (Menarche, Ejakularche), sich zwischen überhöhter und fehlender Bedeutsamkeit für den Betreffenden bewegen kann.

Hinzu kommen die Geschlechtsunterschiede: Während die Fortpflanzungsfähigkeit bei Frauen mit dem Klimakterium ausklingt, bleibt sie bei Männern prinzipiell bis ins hohe Alter bestehen. Die Lustdimension der Sexualität beginnt mit Auftreten von Lustempfindungen ebenfalls sehr früh in der Kindheit. Dabei ist aber das Erleben von Erregungshöhepunkten bei den meisten Menschen an die körperliche Reifung gebunden, auch wenn Orgasmuserleben prinzipiell schon vor der Pubertät möglich ist (sog. „trockene Orgasmen“ bei Jungen). Auch hier imponieren insofern Geschlechtsunterschiede, als Jungen den Eintritt in die Pubertät mit der Ejakularche per se als Lusterlebnis wahrnehmen, während mit der Menarche für Mädchen kein Lusterleben verbunden ist und diese erst im weiteren Verlauf ihres Lebens erlernen müssen, sexuelle Erregungshöhepunkte zu erleben, vor allem im Rahmen (sozio-) sexueller Interaktion. Dafür können Frauen mehrere sexuelle Erregungshöhepunkte hintereinander erleben, während bei Männern nach Eintritt eines Orgasmus eine Refraktärphase einsetzt, die mehrere sexuelle Erregungshöhepunkte unmittelbar hintereinander verunmöglicht.

Dies zeigt geschlechtstypische Unterschiede zumindest hinsichtlich der Fortpflanzungs- und Lustdimension, während die Beziehungsdimension der Sexualität diese Geschlechtsunterschiede weniger aufweist und in ihrer Bedeutsamkeit durch die anderen Dimensionen (und dies wiederum geschlechtstypisch) beeinflussbar ist. So kann beispielsweise ein Kinderwunsch das Erleben so dominieren, dass kaum mehr eine Offenheit für die Lustdimension der Sexualität besteht – was beides nicht selten eine Frustration der Grundbedürfnisse zur Folge hat.

Bei der typisch männlichen Neigung zu Gelegenheitssex überlagert hingegen die Lustdimension häufig die Beziehungsdimension, die wiederum vielen Männern erst nach eingehender Auseinandersetzung zugänglich wird.

Es ist erforderlich, grundsätzlich alle drei Dimensionen der Sexualität und ihre vielfältigen individuellen und überindividuellen Funktionen gemeinsam zu betrachten. Dies bedeutet die Abkehr von dem die abendländische Tradition prägenden dualistischen Verständnis und führt zu einem ganzheitlichen Verständnis menschlicher Sexualität, in dem ihre *syndyastische* Dimension (Bindung und Beziehung) von zentraler Bedeutung ist (vgl. Beier & Loewit 2004).

Ein in den bisherigen ätiopathogenetischen Ansätzen weitgehend vernachlässigter Einflussfaktor scheint aus sexualmedizinischer Perspektive vor allem die chronische Frustration psychosozialer Grundbedürfnisse nach Zugehörigkeit, Angenommenheit, Geborgenheit und Intimität zu sein, wie sie durch sexuelle Körperkommunikation auf einzigartig intensive Weise erfüllt werden können. Diese *syndyastische Deprivation*, mit dysfunktionalem oder ganz fehlendem (intimen) Körperkontakt, spielt nach sexualtherapeutischer Erfahrung eine bedeutende Rolle für das Zustandekommen und Bestehenbleiben psychosomatischer Störungen, inklusive aller sexuellen Funktionsstörungen.

Durch ein Nichterleben sexueller Erregungshöhepunkte wird niemand krank; außerdem lassen sich solche meist auch über Selbstbefriedigung herbeiführen. Bindungs- und Beziehungserleben lässt sich hingegen autoerotisch nicht erzeugen, wenn man von imaginativen Substitutionen absieht. Das chronische Fehlen von körperkommunikativ entstehenden Geborgenheitsgefühlen und die dadurch entstehende Frustration psychosozialer Grundbedürfnisse (*syndyastische Deprivation*) erhöht hingegen nach bisherigem Stand des Wissens die Wahrscheinlichkeit, psychosomatische Störungen auszubilden bzw. erschwert das Überwinden bereits bestehender Erkrankungen (vgl. Egle et al. 1997, Wendt 2000).

Die von Patient(inn)en vorgetragenen Symptome werden von Mediziner*innen meist als „psychovegetative Störungen oder Beschwerden“, „depressive Verstimmungszustände“, „Angst und/oder nervöse Unruhe“ bzw. „nervöse Angst-, Spannungs- und Unruhezustände“ oder auch „emotional bedingte Unruhezustände“ bezeichnet und mit Diagnosen für psychiatrische oder sogar psychosomatische Erkrankungen versehen. Es ist anzunehmen, dass in sehr vielen Gebieten der Medizin Patient(inn)en mit unterschiedlichen Störungsbildern vorgestellt werden, bei denen – wiederum aus verschiedenen Gründen – funktionierende und damit emotional stabilisierende soziale (und/oder intime) Bindungen nicht oder nicht mehr ausreichend zur Verfügung stehen. Hierzu zählen auch chronisch erkrankte oder ältere Menschen, bei denen es zu psychosozialen Destabilisierungen aufgrund von reduzierten auch

körperlichen Kontaktmöglichkeiten zu Bezugspersonen kommen kann. Darüber hinaus sind diejenigen Patient(inn)en zu berücksichtigen, die aufgrund unabänderlicher Besonderheiten mit hoher Wahrscheinlichkeit lebenslang keine psychosozial stabilisierenden (Intim-)Bindungen eingehen können, wie es beispielsweise bei starker geistiger Behinderung, manifesten psychischen Erkrankungen (z.B. Autismus) oder auch *Störungen der Sexualpräferenz* (z.B. Pädophilie, s.u.) der Fall sein kann. Beeinträchtigungen aufgrund unerfüllter Grundbedürfnisse nach Annahme, Nähe und Geborgenheit können also in ganz unterschiedlichen Symptomen das klinische Erscheinungsbild dominieren, so dass unterschiedliche Disziplinen der Medizin sowie der Psychotherapie mit den betroffenen Patient(inn)en in Kontakt kommen: Der Orthopäde bei Muskelverspannungen, der Allgemeinmediziner bei „vegetativen Symptomen“, der Psychiater bei „intrapsychischen Spannungen“, der Psychotherapeut bei Angst- oder Verhaltensstörungen u.s.w.. Auch gestörte Sexualfunktionen sind unter Umständen nur ein Symptom unter vielen möglichen (abgesehen von krankheitsbedingten Störungen der Sexualfunktionen, z.B. Zustand nach Querschnittläsionen). Eine diagnostische und therapeutische Berücksichtigung einer möglicherweise mitursächlichen *syndyastischen Deprivation* findet sich hingegen bis zum heutigen Zeitpunkt in so gut wie keinem Bereich der Medizin – auch nicht in der Psychiatrie.

Das Besondere der *Syndyastischen Sexualtherapie* (vgl. Beier & Loewit 2004) ist, dass sie an den frustrierten Grundbedürfnissen ansetzt und dies mit einer auf andere Weise kaum erreichbaren Intensität geschieht, indem die *syndyastische* Erfüllung durch die körperliche Annahme in der Intimität mit dem Partner realisiert wird und sich dies auch auf andere Lebensbereiche bzw. Symptome heilsam auswirkt. Dieser diagnostische und therapeutische Zugang ist eine Spezifität der *Syndyastischen Sexualtherapie*, der von keiner anderen Fachdisziplin in dieser Weise berücksichtigt oder eingesetzt wird: Wenn also Rückenschmerzen von Orthopäden erfolgreich behoben werden, ändert sich gleichwohl nichts auf der Ebene möglicherweise frustrierter Grundbedürfnisse, deren Fortbestehen dadurch nicht aufgelöst wird und somit Ursache für ein Rezidiv oder andere Symptome sein kann (vgl. auch das Phänomen der „Drehtür-Patienten“ in der Psychiatrie, Beier et al. 2005).

Aus all dem wird deutlich, dass aus sexualmedizinischer Sicht die in den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV-TR aufgeführten Störungsgruppen zwar regelhaft mit einer Beeinträchtigung der *syndyastischen* Dimension verknüpft sind, sich diese gleich-

wohl nicht verschlüsseln lässt. Das ist umso misslicher, als umgekehrt eine primäre Störung des syndyastischen Erlebens Ursache einer sexuellen Funktionsstörung, andererseits aber auch der Grund für eine Vielzahl weiterer Störungen sein kann. In den internationalen Klassifikationssystemen spiegelt sich dieses Verständnis bis dato nicht wieder.

Literaturübersicht

Nahezu sämtliche Lehrbücher zur Klinischen Psychologie und zur Psychiatrie verfügen über eigenständige Kapitel zu Sexualstörungen. Darüber hinaus liegen mehrere eigenständige Bücher zur Diagnostik und Therapie bei Sexualstörungen vor, über die nachfolgend ein kurzer Überblick gegeben werden soll.

Im Kapitel „Sexualstörungen, Sexualabweichungen“ der vierten Auflage des „Kurzlehrbuchs Psychiatrie“ von Brunnhuber (2000) ist sowohl inhaltlich als auch terminologisch noch eine starke Verhaftung an alte Konzepte der Psychiatrie erkennbar und die Sexualstörungen werden noch unsystematisch in veralteter Terminologie aufgelistet bzw. abgehandelt (vgl. „Impotentia Satisfaktionis“ etc.). Besonders auffällig ist hier unter der Überschrift „Sexualstörungen, Sexualabweichungen“ noch ein gesonderter Absatz zu „Homosexuellem Verhalten“ mit den zweifelhaften Unterpunkten „Neigungshomosexualität“, „Hemmungshomosexualität“, „Entwicklungshomosexualität“ sowie „Pseudohomosexualität“. Erklärungsansätze zu den aufgelisteten Sexualstörungen erschöpfen sich hier noch in kurzen „psychodynamischen“ Spekulationen.

In seinem Kapitel „Funktionelle Sexualstörungen“ im Handbuch „Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik“ von Rudolph geht Clement (2000) auf die häufigsten sexuellen Funktionsstörungen bei Männern und Frauen ein und widmet sich ansonsten der Darstellung von Ursachen und Therapiemöglichkeiten, wobei insbesondere ausführlich die Besonderheiten des Themas Sexualität im diagnostischen Gespräch, inklusive eines Leitfadens zur Erhebung einer Sexualanamnese vorgestellt werden, was im Vergleich zu den sonstigen Kapiteln eine bemerkenswerte Ausnahme darstellt.

In dem Kapitel „Sexuelle Störungen“ im zweiten Band der zweiten Auflage des Lehrbuchs der Verhaltenstherapie von Margraf befasst sich Kockott (2000a) mit kognitiv-behaviouralen Störungskonzepten sowie verhaltenstherapeutischen Behandlungsmethoden bei „Funktionellen Funktionsstörungen“, „Sexuellen Deviationen“ und „Sexueller Delinquenz“. Eine Erörte-

rung von Geschlechtsidentitäts-Störungen findet hier nicht statt. Das gleiche Kapitel in leicht gekürzter Form (Kockott 2000b) findet sich auch im Lehrbuch „Verhaltenstherapie“ von Barta und Mitarbeitern. Auch hier werden lediglich sexuelle Funktionsstörungen sowie sexuelle Deviationen abgehandelt – Geschlechtsidentitäts-Störungen bleiben unberücksichtigt. In der vierten Auflage des „Verhaltenstherapiemanuals“ von Linden und Hautzinger liefern Kockott und Fahrner (2000) kontextuell isolierte Kurzanleitungen zu verhaltenstherapeutischen Einzelinterventionen bei verschiedenen sexuellen Funktionsstörungen („Sensualitätstraining“, „Ejakulationskontrolle“, „Hegarstifttraining“), die über das gesamte Manual verteilt an verschiedenen Stellen platziert sind und nicht in einem Zusammenhang einer integralen Sexualtherapie dargestellt werden. Außerdem findet sich in diesem „Verhaltenstherapiemanual“ noch ein Kapitel zu „sexuellen Funktionsstörungen“ (Hoyndorf 2000), welches eher eine grundsätzliche Abhandlung zum Thema darstellt. Ein systematischer Überblick über Diagnostik und Therapie sexueller Störungen, auch anhand der Klassifikationssysteme, wird dabei nicht vermittelt. Statt dessen findet sich unter der Kapitelüberschrift „Sexuelle Funktionsstörungen“ ein Unterpunkt „Paraphilien und Sessucht“, der stark verkürzt über beide Indikationsbereiche berichtet.

Auch vor dem Hintergrund dieser differentialdiagnostischen Ungenauigkeit bleibt dieser Beitrag insgesamt hinter dem Standard anderer Kapitel zum Thema Sexualstörungen zurück.

Das Kapitel „Sexualstörungen“ von Kockott (2000c) im Lehrbuch „Psychiatrie und Psychotherapie“ von Berger bietet eine profunde Übersicht über die drei Hauptgruppen der Sexualstörungen „Sexuelle Funktionsstörungen, Sexuelle Deviationen – Paraphilien sowie Geschlechtsidentitäts-Störungen“, wobei hier – auch an der Verwendung des Begriffs „Paraphilie“ erkennbar – zum Teil auch Kriterien des DSM-IV erwähnt sind, die sich so im ICD-10 nicht finden.

In dem Kapitel „Sexualstörungen“ der zweiten Auflage des Lehrbuchs „Therapie psychiatrischer Erkrankungen“ von Möller erscheint zunächst die gleiche Übersicht über die drei Hauptstörungsgruppen von Kockott und im Anschluss daran eine Abhandlung zum Thema „Psychoanalytische Aspekte der Therapie sexueller Störungen“ von Berner (Kockott & Berner 2000). Das Kapitel „Sexualstörungen“ in der zweiten Auflage des Lehrbuchs „Psychische Erkrankungen“ von Berger, dass im selben Jahr von Kockott und Berner (2004) verfasst wurde, ist eine geringfügig überarbeitete Version der Ausarbeitung des gleichnamigen Kapitels der ersten Auflage.

In der zweiten Auflage des integrativen Lehrbuchs „Praxis der Psychotherapie“ von Senf und Broda findet sich die wohl ausführlichste Darstellung der Diagnostik und Behandlung sexueller Störungen aus orthodox psychoanalytischer Perspektive (Richter-Appelt 2000), welche mit der Überschrift „Psychoanalytische Psychotherapie“ beginnt. Es werden die drei Hauptindikationsgruppen (sexuelle Funktionsstörungen, Paraphilien, Geschlechtsidentitätsstörungen) samt ihrer Klassifikation in ICD-10 und DSM-IV ausführlich und ausschließlich psychoanalytisch betrachtet und Behandlungsansätze vorgestellt. Fliegel (2000) befasst sich in seinem kurzen, anschließenden Kapitel „Sexuelle Störungen“ im selben Lehrbuch seinerseits ausschließlich mit verhaltenstheoretischer Diagnostik und Therapie sexueller Funktionsstörungen, wobei hier noch keine systematische Darstellung der verschiedenen Indikationen analog ICD-10 bzw. DSM-IV zu finden ist. Außerdem findet sich ein gesondertes Kapitel zur „Behandlung von Sexualstraftätern“ (Nowara & Leygraf 2000), in welchem Therapieoptionen bei verschiedenen Formen von Sexualdelinquenz dargestellt werden. In der dritten Auflage des selben Lehrbuchs (Senf & Broda 2004) sucht man Kapitel zu sexuellen Störungen vergebens – offenbar wurden sie hier ersatzlos gestrichen. Stattdessen finden sich jetzt ein äußerst differenziertes Kapitel zu „Transsexualität“ (Senf et al. 2004) sowie das Kapitel zur „Psychotherapeutischen Behandlung von Sexualstraftätern“, welches hier von Pizing und Will (2004) beigetragen wurde. Eine Ergänzung mit einem tatsächlich integrativen Kapitel zu Diagnostik und Therapie bei Sexualstörungen wäre in dieser dritten Auflage dieses Lehrbuchs überaus wünschenswert gewesen und sollte für eine vierte Auflage unbedingt erwogen werden, weil die weitgehend unkommentierte Gegenüberstellung der beiden Pole Psychoanalyse auf der einen Seite und Verhaltenstherapie auf der anderen Seite eigentlich keine Integrationsleistung darstellt. Eine tatsächlich integrative Darstellung der Diagnostik und Behandlung bei sexuellen Störungen wäre aber aus klinischer Sicht im Interesse von Patienten und für die Weiterentwicklung der Sexualtherapie dringend geboten.

In dem Handbuch „Sexualstörungen des Mannes“ liefern Kockott und Fahrner (2000) eine Übersicht über Diagnostik und Therapie bei sexuellen Funktionsstörungen, die 2003 in überarbeiteter Form als Behandlungsmanual erschien (Fahrner & Kockott 2003). Hier findet sich eine umfassende Darstellung des Behandlungsansatzes der Sexualtherapie mit vielen konkreten Anleitungen zu Gesprächsführung, Beratung und Interventionen aus verhaltenstherapeutischer Perspektive. Ein ähnlich umfassendes Manual zur „Behandlung se-

xueller Störungen“ war davor letztmalig von Hoyndorf et al. (1995) erschienen, in welchem neben den wichtigsten Sexualstörungen allerdings auch ausführliche Abhandlungen zu „Sexualdelinquenz“, zur „Therapie mit Sexualstraftätern“ sowie zu „Sexuellem Missbrauch und sexueller Gewalt“ vorkommen.

In der ersten Auflage des Lehrbuchs „Sexualmedizin“ von Beier und Kollegen (2001) werden neben anthropologischen Grundlagen und dem eigenständigen, fachlichen Paradigma der Sexualmedizin erstmalig in diesem Umfang nacheinander sexuelle „Funktionsstörungen des Mannes und der Frau“, „Geschlechtsidentitätsstörungen“, „Paraphilien und Sexualdelinquenz“ sowie „Krankheits- und behandlungsbedingte Sexualstörungen“ und „sexuell übertragbare Krankheiten“ dargestellt und mit Symptomatologie, Epidemiologie, Differentialdiagnostik und Therapie sehr ausführlich abgehandelt. Hierbei fällt auf, dass z.B. den „Krankheits- und behandlungsbedingten Sexualstörungen“ erheblich viel mehr Raum gewidmet wird, als beispielsweise den Ausführungen zu „Beratung und Behandlung bei sexuellen Funktionsstörungen“, bei denen auf eine Darstellung psychotherapeutischer Hintergründe weitgehend verzichtet wird. Allerdings finden sich im Anschluss an die Darstellung jeder einzelnen sexualmedizinischen Indikation kurze Abhandlungen zu entsprechenden therapeutischen Interventionen. Selbst in diesem, neue Maßstäbe setzenden Lehrbuch der Sexualmedizin finden sich jedoch kaum Ausführungen zu weniger berücksichtigten sexualmedizinischen Indikationen (vgl. „Störungen der sexuellen Entwicklung“ F 66, s.u.), die in der klinischen Praxis durchaus Relevanz besitzen. Die unpräzise Vermengung von „Paraphilien und Sexualdelinquenz“ unter einer Kapitelüberschrift deckt sich hier mit den Zusammenfassungen in vielen Psychiatrielehrbüchern, obwohl aus der psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit Paraphilien bekannt ist, dass „Störungen der sexuellen Präferenz“ und „Störungen des sexuellen Verhaltens“ (s.u.) voneinander unterschieden werden müssen, weil es eine erfolgreiche Therapie gefährden kann, wenn sich Betroffene, die ihre paraphilen Impulse nicht ausleben, zu unrecht mit Sexualstraftätern gleichgesetzt fühlen. Auch wenn eine schnell orientierende Übersicht über sämtliche Sexualstörungen hier ebenfalls fehlt, so geht die Differenziertheit der Darstellung sexueller Störungen in diesem eigenständigen Lehrbuch zur Sexualmedizin weit über die anderen Buchpublikationen zum Thema hinaus und stellt den bis dato umfassendsten Lehrtext zur Diagnostik und Therapie von Sexualstörungen bereit, der sich im Übrigen durchgehend an der Kriteriologie von DSM-IV und ICD-10 orientiert.

Die 2001 erschienene dritte Auflage des Sammelbandes „Sexuelle Störungen und ihre Behandlung“ (Sigusch 2001) bietet eine erheblich verbesserte Übersicht über Diagnostik und Therapie der Hauptgruppen sexueller Störungen, als dies noch zweite Auflage (1996) tat. Unter Einbeziehung vieler Sonderprobleme („konfliktvolle heterosexuelle, homosexuelle, perverse und transsexuelle Entwicklungen“ kommen jetzt auch „körperliche Erkrankungen und Sexualität“ vor. Auffällig sind hier noch Abhandlungen zu „Organogenese bzw. zur Organotherapie sexueller Funktionsstörungen“, aus welchen eine starke Verhaftung an dichotomen Konzepten von „körperlich oder seelisch“ zu erkennen ist, die in der Sexualwissenschaft eigentlich als überkommen angesehen werden. Dafür werden in diesem Lehrbuch aber vor allem auch starke soziologische sowie gesellschafts- und sexualpolitische Akzente gesetzt, was sich in dieser Form in anderen Publikationen weniger findet. Eine systematische, taxonomische und terminologische Orientierung an ICD10 oder DSM-IV wird hier noch kaum vorgenommen, was alleine schon an Kapitelbenennungen wie „Sexuelle Perversionen“ erkennbar ist, wobei die hier erörterten Aspekte sexueller Präferenzstörungen auch noch ausschließlich aus psychoanalytischer Perspektive beleuchtet werden. Gleichwohl bietet das Werk eine umfangreiche Darstellung von Diagnostik und Therapie sexueller Störungen und stellte vor allem mit seinen ersten beiden Auflagen eines der ersten Lehrbücher zur Sexualmedizin im deutschsprachigen Raum dar.

In dem Kapitel „Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität“ der zweiten deutschsprachigen Auflage des Lehrbuchs „Klinische Psychologie“ von Comer (2001) wird ein ebenso profunder Überblick über die beiden Hauptindikations-Gruppen „Sexuelle Funktionsstörungen und Geschlechtsidentitätsstörungen“ (analog ICD-10 und DSM-IV) geboten, wie im gleichnamigen Kapitel des ein Jahr später in sechsten Auflage erschienenen Lehrbuchs „Klinische Psychologie“ von Davison & Neale (2002). Allerdings werden bei Davison und Neale darüber hinaus auch alle wesentlichen Aspekte der Paraphilien in Klassifikation, Diagnostik und Therapie vorgestellt. In dem Band „Klinische Psychologie der Frau“ von Franke und Kämmerer (2001) findet sich im Rahmen einer auch gesellschaftspolitisch-frauenspezifischen Darstellung von Sexualstörungen eine ausführliche Gegenüberstellung der Sexualstörungen in DSM-IV und ICD-10 sowie überraschenderweise auch eine Abhandlung zu „Paraphilien bei Frauen“, die jedoch über die Ansätze von Kaplan (1991) nicht wesentlich hinausgehen (Kämmerer & Rosenkranz 2001). In dem

Band „Sexualstörungen der Frau“ von Gromus (2002) werden grundlegende Informationen zur Beratung und Behandlung bei Funktionsstörungen von Frauen auch aus gynäkologischer Perspektive vermittelt.

In der ersten Auflage des Lehrbuchs „Psychiatrie“ von Möller (2002) werden „Sexuelle Funktionsstörungen, Störungen der sexuellen Orientierung und der Geschlechtsidentität sowie Sexuelle Deviationen“ alle samt unter der Überschrift „Störungen des Sexualverhaltens“ auf ganzen fünf Seiten abgehandelt. Der Umfang der Darstellung deckt sich hier mit den fehlerhaften Vermengungen verschiedener Indikationsbereiche, wobei auch hier – unter nämlicher Überschrift – nicht auf die ausführliche, psychiatrie-typische Darstellung der antiquierten Schein-Differenzierungen zur Homosexualität (s.o.) verzichtet wurde. Zuträglicherweise wurde das Kapitel „Sexualstörungen“ der zweiten Auflage des selben Lehrbuchs „Psychiatrie“ von Möller und Mitarbeitern an Pfäfflin (2003) vergeben, wodurch hier ein guter Überblick der drei Hauptindikationsgruppen sexueller Störungen zu finden ist. Das Kapitel „Sexuelle Störungen“ im „Kurz-Lehrbuch der Psychiatrie“ (Hell et al. 2003) bedarf ob seiner Kürze nicht der Erwähnung. Es wird auf nicht ganz zwei Seiten erwähnt, dass es Sexualstörungen gibt und wie die häufigsten heißen.

Das Kapitel „Funktionelle Sexualstörungen“ von Fahrner und Kockott (2003) im „Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie“ von Reinecker behandelt ausschließlich sexuelle Funktionsstörungen und schildert Ätiologiekonzepte und therapeutische Interventionen aus verhaltenstherapeutischer Perspektive. Das gilt auch für das Buch „Sexualstörungen“ von Kockott (2004), in dem allerdings die drei Hauptindikationsgruppen sexueller Störungen in Epidemiologie, Diagnostik und Intervention ausführlicher dargestellt werden.

Im Lehrbuch „Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“ von Machleidt und Kollegen kommen als einzigem Psychiatrielehrbuch gleich vier Kapitel zu sexuellen Störungen vor, in denen Hartmann (2004) neben den drei Hauptindikationsgruppen Ausführungen zu „Sexualität, sexuelle Entwicklung, sexuelle Reaktion“, zu „Sexualität und Gesundheit“, zum Umgang mit „Sexualität in der Medizin“, zu „Körperkrankheiten und Sexualität“ sowie zu Entwicklungsaspekten von „Sexualität im Lebenslauf“ macht. Damit handelt es sich hier um das einzige Lehrbuch aus dem Bereich der Psychiatrie, in dem auch wesentliches Wissen zum „normalen“ bzw. „gesunden“ sexuellen Erleben und Verhalten geboten wird, welches für die sachverständige Diagnostik und Therapie sexueller Störungen unverzichtbar ist.

Anders sieht das in der fünften Auflage des verbreiteten Kurzlehrbuchs „Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie“ von Dilling und Mitarbeitern aus (2004), in dessen Kapitel „Sexualstörungen“ zwar eine Übersichtstabelle „Ungestörte Sexualität“ vorkommt, ansonsten aber die sexuellen Störungen kurz abgehandelt werden, wodurch – kongruent zum Buchtitel – allenfalls Basiswissen vermittelt wird.

Fiedler (2004) bietet in seiner Monographie „Sexuelle Orientierung und sexuelle Abweichung“ eher eine Vermessung der Grenzen zwischen sexueller Normalität und Abweichung als eine systematische Übersicht über die verschiedenen Facetten von Sexualstörungen. Es handelt sich weniger um ein klinisches Lehrbuch zur Sexualmedizin, als viel mehr um eine Übersicht über das Spektrum der Facetten der menschlichen Geschlechtlichkeit und Sexualität. Er bezieht in seinen Abhandlungen sowohl Aspekte der sexuellen Identität (z.B. sexuelle Orientierung) als auch der geschlechtlichen Identität (z.B. Transsexualität) wie auch Besonderheiten der sexuellen Präferenz (z.B. Paraphilien) mit ein. Neben einigen terminologischen und differentialdiagnostischen Fehlern („Pädophilie: sexuelle Handlungen Erwachsener mit einem Kind.“, „Transvestismus; Transvestitismus: die Kleidung des anderen Geschlechts zum Zwecke sexueller Erregung anlegen und tragen.“ Fiedler 2004: 49f) werden auch verschiedene Phänomene unpräzise miteinander vermengt, wie z.B. in der Abhandlung von „Transgenderismus, Intersexualität und Störungen der Geschlechtsidentität“ unter einer gemeinsamen Kapitelüberschrift. Dafür macht Fiedler (2004) in der Beschreibung präferentieller Besonderheiten die wichtige Unterscheidung zwischen „Nicht problematischen Paraphilien,“ und „Eher problematischen und gefährvollen Paraphilien“, die er wiederum klar zur „Sexualdelinquenz“ abgrenzt, der im vierten Gliederungsabschnitt des Buches (Teil IV) gleich vier Kapitel gewidmet werden. Eine systematisierte Übersicht von klinisch relevanten Sexualstörungen nach ICD-10 und DSM-IV findet sich hier nicht.

Die zweite Auflage des Sammelbandes „Psychotherapie der Sexualstörungen“ von Strauß (2004) bietet eine umfassende Darstellung verschiedener psychotherapeutischer Indikationsbereiche sexueller Störungen mit jeweils verschiedenen Behandlungsansätzen. Möslers und Rose (2004) stellen in diesem Sammelband mit einem eigenen Kapitel die „Diagnostische Klassifikation sexueller Störungen nach ICD-10 und DSM-IV“ vor, beschreiben die beiden Klassifikationssysteme mit ihren Optionen für sexuelle Störungen und diskutieren in diesem Zusammenhang als einzige Autoren auch die Störungen der sexuellen Ent-

wicklung (ICD-10: F 66). Zutreffend reklamieren die Autoren in dieser Kategorie eine differentialdiagnostisch unzulässige Vermischung von sexueller und geschlechtlicher Identität, kommen aber nicht zu dem Schluss, dass hier Störungen der sexuellen Identität weiterhin gesondert abgehandelt werden sollten (wie noch im ICD-9), sondern dass das Phänomen der „Homophobie“ hätte aufgenommen werden sollen, welches zum einen terminologisch problematisch ist (vgl. Ahlers 2000) und zum anderen allenfalls im Kontext der „Störungen der sexuellen Orientierung (F 66.1) Berücksichtigung finden könnte. Die insgesamt inadäquate Einengung und Reduzierung des gesamten Indikationsbereiches (F 66) auf Probleme der sexuellen Orientierung, wie sie bis dato im ICD-10 besteht, diskutieren die Autoren nicht, bemerken aber, dass die gesamte Kategorie im DSM-IV immerhin überhaupt nicht kodierbar ist. Abschließend erwähnen Möslers und Rose nochmals zurecht, dass bei aller Ergänzungs- und Optimierungsnotwendigkeit der grundsätzliche Sinn und Nutzen von standardisierten Diagnosedefinitionen und dazu notwendigen Klassifikationssystemen nicht in Abrede gestellt werden sollte.

Aus der Durchsicht der Beiträge zu Sexualstörungen in deutschsprachigen Lehrbüchern wird ersichtlich, dass zum einen lediglich die drei Hauptindikationsgruppen sexueller Störungen erörtert werden, zum anderen die Komplexität sexueller Störungen nicht adäquat dargestellt wird, und zum dritten die unzureichende Kodierbarkeit der Sexualstörungen in den internationalen Klassifikationssystemen nicht diskutiert wird (mit der Ausnahme von Möslers und Rose 2004).

Bei der Betrachtung der internationalen Klassifikationssysteme fällt also auf, dass wichtige sexualmedizinische Indikationen, wie z.B. die „Störungen der sexuellen Entwicklung“, die „Störungen der sexuellen Reproduktion“ sowie die „Störungen des sexuellen Verhaltens“ (s.u.), entgegen ihrer quantitativen und qualitativen klinischen Bedeutung nur sehr ungenau bis gar nicht kodiert werden können. Die klinisch zunehmend relevanten „Störungen der sexuellen Reproduktion“ (s.u.) lassen sich selbst mit Hilfskonstruktionen nicht eindeutig kodieren, obwohl sie beispielsweise im Fall der sog. „Negierten Schwangerschaft“ mit einer Häufigkeit von einem Fall auf 500 Geburten keine Rarität darstellen (vgl. Wessel & Buscher 2002). Es wäre daher wünschenswert, wenn bei zukünftigen Revisionen des DSM und des ICD entsprechende Spezifizierungen bzw. Ergänzungen der Kodierungsmöglichkeiten vorgenommen würden.

Das Spektrum der Sexualstörungen

Bei der Betrachtung der verschiedenen sexualmedizinischen Indikationen muss beachtet werden, dass sämtliche Sexualstörungen nur dann mit einer erstrangigen Diagnoseziffer versehen werden, wenn keine andere Störung oder Erkrankung oder deren Behandlung (z.B. Operation oder Medikation) die entsprechende Symptomatik ursächlich mitbegründet. In dem Fall einer anderen, überwiegend ursächlichen Störung oder Erkrankung muss diese erstrangig kodiert werden und die Sexualstörung wird zusätzlich kodiert, als sexuelle Folgeproblematik, die durch die Klassifikation der überwiegend ursächlichen Störung oder Erkrankung nicht benannt bzw. nicht ausreichend beschrieben wird. Ein weiteres, bedingendes Kriterium zur Klassifikation einer Problematik als krankheitswerter und damit behandlungsbedürftiger Sexualstörung besteht, neben der Zeitspanne des kontinuierlichen Bestehens von mindestens 6 bis 12 Monaten (was bisher nur im DSM-IV so definiert ist, nicht jedoch im ICD-10), darin, ob die betroffenen Personen sich wegen der jeweiligen Störung in ihrem sozialen Zurechtkommen beeinträchtigt fühlen (z.B. in den Bereichen Arbeit, Familie, Freizeit, aber auch in ihrer partnerschaftlich-

sexuellen Beziehungszufriedenheit) und/oder ob sie einen Leidensdruck verspüren bzw. ggf. Hilfe zur Bewältigung wünschen. Diese Kriterien werden im DSM-IV bis dato besser abgebildet, als im ICD-10. Das ICD-10 bietet dagegen eine umfassendere Kodierungsmöglichkeit für Sexualstörungen sowie eine bessere Überschaubarkeit und Handhabbarkeit der aufgeführten Störungsbereiche.

Aus der Literaturübersicht wird deutlich, dass es im Bereich der klinischen Sexualwissenschaft bis dato keinen Standard der terminologischen Definition bezüglich der einzelnen Störungsbilder gibt, wie er in anderen Fachbereichen selbstverständlich ist. Aus diesen Gründen soll im Folgenden eine Übersicht über das Spektrum der Sexualstörungen dargelegt werden, wie sie in der sexualmedizinischen Praxis vorkommen und klinisch relevant sind. Darüber hinaus werden zu den jeweiligen Indikationsbereichen die Kodierungsmöglichkeiten in DSM-IV-TR sowie ICD-10 vorgestellt. Hilfs- bzw. Ersatzkodierungen sind mit einem Stern (*) gekennzeichnet und werden weiter unten erläutert. Im Anschluss an die Darstellung der jeweiligen Störungsbereiche werden bei einigen sexualmedizinischen Indikationen in einem kurzen terminologischen Exkurs die bisherigen Begrifflichkeiten diskutiert und ggf. Vorschläge zur terminologischen Vereinheitlichung und Präzisierung unterbreitet.

Das Spektrum der Sexualstörungen

ICD-10 / DSM-IV

1. Störungen der sexuellen Funktionen (F 52 / - - -)
 - 1.1 Störungen des sexuellen Verlangens
 - 1.1.1 Gesteigertes sexuelles Verlangen (F 52.7 / - - -)
 - 1.1.2 Verringertes sexuelles Verlangen (F 52.0 / 302.71)
 - 1.1.3 Ausbleibendes sexuelles Verlangen (F 52.0 / 302.71)
 - 1.2 Störungen der sexuellen Erregung
 - 1.2.1 Ausbleibende Penisversteifung (*Erektionsstörung*) (F 52.2 / 302.72)
 - 1.2.2 Ausbleibende Scheidenfeuchtigkeit (*Lubrikationsstörung*) (F 52.2 / 302.72)
 - 1.3 Störungen des sexuellen Erregungshöhepunktes
 - 1.3.1 Vorzeitiger Orgasmus (F 52.4 / 302.75)
 - 1.3.2 Verzögerter Orgasmus (F 52.3 / 302.74)
 - 1.3.3 Ausbleibender Orgasmus (*Anorgasmie*) (F 52.3 / 302.73)
 - 1.4 Störungen der sexuellen Entspannung und Befriedigung
 - 1.4.1 Anspannungsgefühl trotz Orgasmuserlebens (F 52.11 / - - -)
 - 1.4.2 Anspannungsgefühl ohne Orgasmuserleben (F 52.11 / - - -)
 - 1.4.3 Ablehnung sexueller Betätigung (*sexuelle Aversion*) (F 52.10 / - - -)
 - 1.5 Störungen durch sexuell bedingte Schmerzen
 - 1.5.1 Schmerzen bei genitaler Stimulation (*Dyspareunie*) (F 52.6 / 302.76)
 - 1.5.2 Scheidenkrampf bei vaginaler Penetration (*Vaginismus*) (F 52.5 / 306.51)

2. **Störungen der sexuellen Entwicklung** (F 66 / - - - -)
- 2.1 Störung der sexuellen Reifung (F 66.0 / - - - -)
- 2.2 Störung der sexuellen Orientierung (F 66.1 / - - - -)
- 2.3 Störung der sexuellen Identität (F 66.8 / - - - -) *
- 2.4 Störung der sexuellen Beziehung (F 66.2 / - - - -)
- * Zuordnung unter die Rubrik F 66.8: „Sonstige psychosexuelle Entwicklungsstörung“.
3. **Störungen der Geschlechtsidentität** (F 64 / - - - -)
- 3.1 Störung der Geschlechtsidentität im Kindesalter
..... (F 64.2 / 302.6)
- 3.2 Nicht-transsexuelle Störung der Geschlechtsidentität
..... (F 64.8 / 302.6) *
- 3.3 Transsexuelle Störung der Geschlechtsidentität (*Transsexualität*)
..... (F 64.0 / 302.85)
- 3.4 *Transvestitität* (unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen)
..... (F 64.1 / 302.9)
- * Zuordnung unter die Rubrik F 64.8: „Sonstige Störung der Geschlechtsidentität“.
4. **Störungen der sexuellen Fortpflanzung** (F 69 / - - - -) *
- 4.1 Präkonzeptionelle Störungen
- 4.1.1 Unerfüllter Kinderwunsch / chronische Infertilität (F 69.0 / - - - -) *
- 4.1.2 Eingebildete Schwangerschaft (F 69.0 / - - - -) *
- 4.2 Pränatale Störungen
- 4.2.1 Negierte / Verdrängte Schwangerschaft (F 69.0 / - - - -) *
- 4.2.1.1 unbemerkt (nicht bewusst wahrgenommen)
- 4.2.1.2 verheimlicht (bewusst wahrgenommen)
- 4.2.2 Serielle Aborte (F 69.0 / - - - -) *
- 4.3 Postnatale Störungen
- 4.3.1 Kindes-Abstoßung / Kindes-Vernachlässigung / Kindes-Misshandlung
..... (F 69.0 / - - - -) *
- 4.3.2 Kindes-Tötung (F 69.0 / - - - -) *
- 4.4 *Reproversion*
- 4.4.1 Missbrauch eines Kindes zur „Selbststabilisation“ (F 69.0 / - - - -) *
- 4.4.2 Missbrauch eines Kindes als „Selbstobjekt“ (F 69.0 / - - - -) *
- * Zuordnung unter die Rubrik F 69: „Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung bei Erwachsenen“.
5. **Störungen der sexuellen Präferenz (*Paraphilien*)** (F 65 / - - - -)
- 5.1 Transvestitischer Fetischismus (F 65.1 / 302.3)
- 5.2 Fetischismus (F 65.0 / 302.81)
- 5.3 Masochismus (F 65.5 / 302.83)
- 5.4 Sadismus (F 65.5 / 302.84)
- 5.5 Voyeurismus (F 65.3 / 302.82)
- 5.6 Exhibitionismus (F 65.2 / 302.4)
- 5.7 Frotteurismus (F 65.8 / 302.89) *
- 5.8 Toucheurismus (F 65.7 / 302.9) *
- 5.9 Pädophilie (F 65.4 / 302.2)
- 5.10 Multiple Störungen der Sexualpräferenz (*Polyparaphilie*) .. (F 65.6 / - - - -)
- * Zuordnung unter die Rubrik F 65.8: „Sonstige Störung der Sexualpräferenz“.

6. Störungen des sexuellen Verhaltens (*Dissexualität*) (F 63 / - - -) *
- 6.1 Sexuell motivierte, un- und mittelbare Ausbeutung (F 63.8 / 312.30) *+
- 6.2 Sexuell motivierte Beobachtung in Intimsituationen (F 63.8 / 312.30) *
- 6.3 Sexuell motivierte (masturbatorische) Genitalpräsentation (F 63.8 / 312.30) *
- 6.4 Sexuell motivierte Belästigung / Verfolgung (*Stalking*) (F 63.8 / 312.30) *
- 6.5 Sexuell motivierte Berührung / Körperkontaktaufnahme (F 63.8 / 312.30) *
- 6.6 Sexuell motiviertes Anfassen („Grabschen“) (F 63.8 / 312.30) *
- 6.7 Sexuell motivierte (orale, vaginale, anale) Penetration (F 63.8 / 312.30) *
- 6.8 Sexuell motivierte Tötung (F 63.8 / 312.30) *
- * Zuordnung unter die Rubrik F 63.8: „Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“.
- + Nutzung / Konsum von Pornographie und Prostitution mit abhängigen bzw. nicht-einwilligungsfähigen Personen wie z.B. illegalen Migranten, Behinderten und Kindern.

1. Störungen der sexuellen Funktionen

Synonym: Sexuelle Funktionsstörungen, Störungen der Sexualfunktionen, Funktionale/Funktionelle Sexualstörungen, sexuelle Dysfunktionen

Die sexuelle Reaktion lässt sich in die Phasen Appetenz, Erregung, Orgasmus und Entspannung gliedern, und jede dieser Phasen kann als solche gestört sein (vgl. Masters & Johnson 1966). Subsummiert werden hier alle Störungen der sexuellen Funktionen und Reaktionen eines Menschen, die über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten bestehen und deutliches Leiden oder zwischenmenschliche Schwierigkeiten verursachen. Weil sämtliche Sexualstörungen (wie im Übrigen sämtliche psychischen und Verhaltensstörungen) sowohl biologische als auch psychologische und soziologische Aspekte aufweisen (vgl. Bloch 1906, Kinsey et al. 1948), werden frühere Versuche der Einteilung in körperlich oder seelische Ursachen aus sexualwissenschaftlicher Perspektive als nicht mehr zeitgemäß erachtet. Allein eine integrale biopsychosoziale Sichtweise sämtlicher psychischen und Verhaltensstörungen, insbesondere auch sexueller Störungen verspricht eine zutreffende Beschreibung und wirksame Behandlung dieser Störungsbilder. Begründet dadurch, wird die Einteilung in die Begriffe „Sexuelle Dysfunktionen“ für Störungen mit überwiegend oder ausschließlich körperlichen Ursachen und „Funktionelle Sexualstörungen“ für überwiegend oder ausschließlich psychische Ursachen (vgl. Sigusch 2001) von den Autoren nicht geteilt. Körperliche und psychische Faktoren greifen auf jeder Funktionsebene ineinander und lassen sich nicht getrennt voneinander untersuchen und daher auch nicht unabhängig voneinander behandeln. Eine Unterscheidung in entweder körperliche oder seelische Ursachen lässt sich daher realiter nicht treffen und konnte im Übrigen auch nicht wissenschaftlich nachgewie-

sen werden. In verschiedenen Untersuchungen wurde belegt, dass sexuelle Störungen so gut wie nie durch einen alleinigen Faktor erklärbar sind. So wurden z.B. bei Diabetikern in einer Untersuchung von Kockott (1981) überdurchschnittlich ausgeprägte Versagensängste festgestellt. Diese psychische Komponente verstärkte deutlich die (durch den Diabetes mitbedingte) Sexualproblematik (vgl. Kockott 2000). Buvat und Mitarbeiter (1983) untersuchte eine Gruppe von Patienten mit Erektionsstörungen, bei denen pathologische Angiogramme der Beckenarterien festgestellt wurden, die bekanntermaßen die Erektionsfunktion beeinträchtigen können. Eine Hälfte der Patienten wurde pharmakotherapeutisch (mit gefäßerweiternden Mitteln) und die andere Hälfte psychotherapeutisch (mit verhaltenstherapeutischen Mitteln) behandelt. Nach sechs Monaten fanden sich in beiden Gruppen in gleichem Ausmaß leichte bis deutliche Besserungen – auch bei der Gruppe mit alleiniger Psychotherapie.

Weil sexuelle Funktionsstörungen nicht nur den Menschen mit den jeweiligen Symptomen alleine, sondern immer auch den beteiligten Partner bzw. die beteiligte Partnerin betreffen und es häufig aufgrund sexueller Funktionsstörungen auch zu Beeinträchtigungen der partnerschaftlichen Beziehungszufriedenheit kommt, sollten sexualtherapeutische Behandlungen bei diesen Indikationen prinzipiell mit beiden Partnern gemeinsam durchgeführt werden. Sexuelle Funktionsstörungen haben dann eine gute Prognose, wenn sie frühzeitig erkannt und sachverständig behandelt werden – andernfalls ist die Gefahr der Chronifizierung groß. Es ist daher in hohem Maße wünschenswert, dass eine entsprechende Diagnostik früh einsetzt und dass qualifizierte Therapieangebote unter Einbeziehung möglicher Partner bzw. Partnerinnen rechtzeitig unterbreitet werden können. Von allen Sexualstörungen können sexuelle Funktionsstörungen bis dato am besten in den internationalen Klassifikationssystemen kodiert werden.

Störungen der sexuellen Funktionen F 52

ICD-10	DSM-IV-TR	Anmerkungen
Ausreichende Erfassung der wichtigsten Störungsbilder z. B. F 52.0: „Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen“	Ausreichende Erfassung der wichtigsten Störungsbilder z. B. 302.71: „Störungen mit verminderter sexueller Appetenz“	Nur im DSM-IV-TR findet sich Leidensdruck als notwendiges Kriterium für die Diagnosestellung

Sämtliche sexuellen Funktionsstörungen können sowohl unabhängig von anderen Störungen oder Erkrankungen, als auch als Folge von anderen Erkrankungen sowie deren Behandlung auftreten. Im sexualdiagnostischen Prozess wird – wie bei der Diagnostik sämtlicher psychischen und Verhaltensstörungen – grundsätzlich zuerst geprüft, ob beim Zustandekommen und/oder Bestehenbleiben einer sexuellen Störung eine andere Erkrankung und/oder deren Behandlung mit beteiligt ist. Ist dies der Fall, so wird die andere Erkrankung erstrangig kodiert und die Sexualstörung an zweiter Stelle. Nur wenn keine andere Erkrankung oder Behandlung die Sexualstörung mit begründet, wird diese erstrangig, d.h., an erster Stelle kodiert.

Auswirkungen auf die Etablierung und Gestaltung sexueller Beziehungen haben nicht nur sämtliche der weiter unten genannten sexuellen Störungsbilder, sondern darüber hinaus eine Vielzahl von körperlichen und psychischen Erkrankungen. Praktisch alle medizinisch-klinischen Fächer betreuen Patient(inn)en, bei denen es durch eine Erkrankung zur Ausbildung einer Sexualstörung kommen kann. Gleiches gilt für medikamentöse Behandlungen entsprechender Erkrankungen oder die Auswirkungen operativer Eingriffe. In der nachfolgenden Übersicht sind die wichtigsten Krankheitsbilder aufgeführt, bei denen mit einer Beeinträchtigung oder Störung der Sexualfunktionen gerechnet werden muss:

- ◆ Kardiovaskuläre Erkrankungen, wobei Herzinsuffizienz, koronare Herzerkrankung, Myokardinfarkt und Hypertonie im Vordergrund stehen; Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes Mellitus;
- ◆ Gynäkologische Erkrankungen, wie Vulvodynie, Puritus genitalis, Fluor vaginalis (hier insbesondere auch die psychosomatische Indikation des „Chronischen Unterbauchschmerz-Syndroms“);
- ◆ Schwere Allgemeinerkrankungen wie beispielsweise Krebs, insbesondere Brust-, Gebärmutter-,

Darm-, Hoden-, Prostata oder seltenere Formen wie Scheiden- oder Penis-Krebs;

- ◆ Erkrankungen des Bewegungsapparates und / oder der Haut: rheumatische Gelenkerkrankungen (z.B. Arthritis), Psoriasis oder Lupus erythematodes; Urogenitale Erkrankungen und Fehlbildungen;
- ◆ Operative Eingriffe im Abdominal-, Becken- und Urogenitalbereich;
- ◆ Neurologische Erkrankungen, insbesondere die neuropsychiatrischen Erkrankungen wie Multiple Sklerose und Morbus Parkinson aber auch neurologisch bedingte Behinderungen;
- ◆ Psychiatrische Erkrankungen, einschließlich Angststörungen und Depressionen sowie auch psychiatrisch bedingte Behinderungen oder Suchterkrankungen (insbesondere Alkoholabhängigkeit).

In der sexualmedizinischen Behandlung werden hier – wenn möglich immer unter Einbeziehung des Partners /bzw. der Partnerin - unter Berücksichtigung der Erkrankung und Behandlung (z.B. Medikamente) Möglichkeiten erörtert, die Beeinträchtigung der Sexualfunktionen aufzuheben bzw. zu verbessern, um dadurch die sexuelle und partnerschaftliche Zufriedenheit der Betroffenen zu verbessern. Die Ausprägungsformen von überwiegend krankheits- und/oder behandlungsbedingten sexuellen Funktionsstörungen unterscheiden sich nicht von den nicht überwiegend krankheits- und/oder behandlungsbedingten Sexualstörungen, weshalb beide Erscheinungsformen unter dem selben (ersten) Gliederungspunkt subsummiert werden. Eine eigenständige Kodierung von krankheits- und/oder behandlungsbedingten Sexualstörungen ist bis dato sowohl im DSM-IV-TR als auch im ICD-10 nur umständlich möglich.

Störungen der sexuellen Funktionen (bedingt durch andere Erkrankungen und/oder Substanzwirkungen)

ICD-10	DSM-IV-TR	Anmerkungen
Kodierung nur umständlich möglich, denn die zugrundeliegende Erkrankung muss gesondert verschlüsselt werden: z. B. N 48.4; 250.0: „Erektionsstörung aufgrund eines Diabetes mellitus“	Kodierung möglich mit eigenen Ziffern; aber zugrundeliegende Erkrankung muss per Freitext eingetragen werden: z. B. 607.84: „Erektionsstörung aufgrund eines ... (z. B. Diabetes mellitus)“	Gleiche Kodierungsvorschriften für substanzinduzierte Sexualstörungen Die Verschlüsselung von Operationsfolgen ist hingegen nicht möglich

Terminologischer Exkurs

Die Autoren plädieren mit den hier verwendeten Störungsbenennungen für eine Abschaffung der veralteten und größten Teils unpräzisen Bezeichnungen im Bereich der sexuellen Funktionsstörungen (z.B. „Libido- oder Luststörung“, „Frigidität“, „Ejaculatio praecox“, „Impotentia coeundi oder generandi“, „Erektile Impotenz oder Dysfunktion“ etc.), deren fortgeschriebene Verwendung trotz unkorrekter ätiopathogenetischer Begriffskonstruktion aus sexualwissenschaftlicher Perspektive weder sinnvoll noch nützlich erscheint. So ist zum Beispiel bei *Störungen des sexuellen Verlangens* nicht die sog. „Libido“ (?) oder Lust gestört (vgl. „Libido- oder Luststörung“), sondern das Verlangen nach sexueller Betätigung – die Möglichkeit, sexuelle Lust zu erleben, kann dabei unbeeinträchtigt sein. Beim *vorzeitigen Orgasmus* kommt nicht die Ejakulation zu früh („Ejaculatio praecox“), sondern der Orgasmus setzt vorzeitig ein; der Samenerguss ist lediglich die Folge dessen. „Impotenz“ heißt Unvermögen bzw. Nicht-Können; die sexualtherapeutische Herangehensweise fokussiert gerade darauf, dem Betroffenen zugänglich zu machen, dass er keinesfalls „impotent“ ist – auch wenn und obwohl sein Penis in bestimmten Situationen nicht steif wird. Bei einer ausbleibenden Penisversteifung ist nicht eine Dysfunktion erektile („Erektile Dysfunktion“ = „Schwellfähige Fehlfunktion“; vgl. Sigusch 2001), sondern eine Erektionsfunktion gestört, weshalb die Bezeichnung *Erektionsstörung* treffender und einfacher erscheint (vgl. Schaefer et al. 2003).

2. Störungen der sexuellen Entwicklung (F 66)

Synonym: Störungen der Sexualentwicklung bzw. sexuelle Entwicklungsstörungen

Unter diesem Indikationsbereich werden diejenigen sexuellen Störungen zusammengefasst, die im Rahmen der biosexuellen, psychosexuellen und soziosexuellen Entwicklung über die gesamte Lebensspanne auftreten und für die Betroffenen eine Beeinträchtigung ihrer sexuellen Interaktionsmöglichkeit bedeuten können (bis hin zur Unmöglichkeit sexueller Kontaktaufnahme).

Störungen der Sexualentwicklung führen bei den Betroffenen häufig sekundär zur Ausprägung von anderen psychischen und Verhaltensstörungen, die dann eher in's Augenmerk einer Behandlung geraten, als die ursächliche Problematik. Mutmaßlich bleiben die meisten sexuellen Entwicklungsstörungen selbst unberücksichtigt und werden allein auf der (sekundären) Symptomebene behandelt, weil qualifizierte

sexualdiagnostische und sexualtherapeutische Versorgungsmöglichkeiten fehlen und die Betroffenen in der Regel selbst nicht benennen können, dass ihre Schwierigkeiten eigentlich oder auch im Bereich ihrer sexuellen Entwicklung liegen.

Dies gilt um so mehr, wenn die Problematik in eine gesamte Entwicklungsverzögerung eingebettet ist (u.a. körperliche und geistige Entwicklungsstörung) bzw. wenn die Betroffenen insgesamt retardiert sind. An dem Bedürfnis nach sexueller und partnerschaftlicher Kontaktaufnahme ändert Retardierung mithin nichts, so dass sämtliche Einrichtungen zur Versorgung retardierter (bzw. wie auch immer behinderter) Patient(inn)en vor dem ungelösten Problem stehen, mit diesen natürlichen und gesunden sexuellen und partnerschaftlichen Bedürfnissen ihrer zu Betreuenden vernünftig umzugehen.

Im Vordergrund der Behandlung steht bei dieser Störungsgruppe eine sexualpädagogisch-psychagogische Informationsvermittlung („Aufklärung“), sexualpsychologische Anleitung, verhaltenstherapeutische Einübung und Begleitung der Betroffenen, mit dem Ziel, eine alters- und entwicklungsadäquate, d.h. realistische Kontaktaufnahme zu gewünschten Sexualpartnern zu gestalten und zu ermöglichen.

Störungen der sexuellen Entwicklung F 66

ICD-10	DSM-IV-TR	Anmerkungen
Kodierung möglich unter F 66: „Psychische und Verhaltensstörung in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung“ (Gemeint ist: „Die betroffene Person leidet unter einer Verzögerung und / oder Störung hinsichtlich ihrer Geschlechtsidentität, der sexuellen Identität oder Orientierung...“)	Nur durch die Restkategorie 302.9: „Nicht näher bezeichnete sexuelle Störung“ zu kodieren. Diese ist gedacht, „um eine sexuelle Auffälligkeit zu kodieren, welche nicht die Kriterien für eine spezifische sexuelle Störung erfüllt und weder eine sexuelle Funktionsstörung noch eine Paraphilie ist“.	Beeinträchtigungen der bio-, psycho- und soziosexuellen Entwicklung sind häufig (insbesondere Retardierungen) und können schwerwiegend sein (bis hin zur Unmöglichkeit sexueller Kontaktaufnahme).

2.1. Störung der sexuellen Reifung (F 66.0)

Synonym: Sexuelle Reifungsstörung

Unter der Rubrik „Störung der sexuellen Reifung“ werden vor allem psycho- und soziosexuelle Auswir-

kungen einer Verzögerung oder des Ausbleibens der körperlichen Geschlechtsreife (z.B. „pubertas tarda“) verstanden. Ist der Prozess der geschlechtlichen Reifung (zum Beispiel durch endokrine Dysregulation oder sonstige Syndrome wie z.B. Klinefelter-, Turner- oder Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser-Syndrom) gestört und kommt es auch nach Beendigung der Adoleszenz nicht zu einer Ausbildung der Geschlechtsreife mit entsprechenden körperlichen Reifezeichen (z.B. Sekundärbehaarung), so verursacht das in vielen Fällen Irritationen der geschlechtlichen und auch der sexuellen Identitätsbildung. Durch solche Störungen der biosexuellen Entwicklung (körperlich-geschlechtliche Reife) kann es also auch zu Entwicklungsverzögerungen auf der psycho-/soziosexuellen Ebene kommen, durch welche die betroffenen Personen in ihrer sexuellen Entwicklung nicht altersgemäß vorschreiten und folglich Schwierigkeiten haben, mit altersanalogen Partnern sexuelle Beziehungen aufzunehmen. Zu einer Störung der sexuellen Reifung kann es aber auch ohne Störungen der biosexuellen Entwicklung kommen: Unabhängig von dem Vorliegen einer Störung des körperlich-geschlechtlichen Reifungsprozesses tritt bei Betroffenen dann eine normalerweise zunehmende Sicherheit z.B. bezüglich der eigenen *sexuellen Orientierung* und *Ausrichtung* (s.u.) nicht ein, wodurch es für sie schwer bis unmöglich wird, sexuelle Kontakte und Beziehungen aufzubauen, was wiederum mit einem starken Leidensdruck verbunden sein kann.

Besonders augenscheinlich und gravierend tritt eine Störung der sexuellen Reifung zutage, wenn es zu sexuellen Übergriffen auf Kinder kommt, weil ein Betroffener aufgrund einer bio-, psycho- oder sozio-sexuelle Retardierung altersadäquate Sexualpartner nicht für sich gewinnen kann und deswegen ersatzweise auf Kinder übergreift, bei denen die sexuelle Reifungsstörung aufgrund der gegebenen Altersdifferenz zum Kinde (als Ersatzhandlung für eigentlich ersehnte Sexualkontakte mit altersähnlichen Partnern) kompensierbar wird.

Liegt der sexuellen Reifungsstörung z.B. eine endokrine Dysregulation zugrunde, so würde diese wie immer erstrangig kodiert. Die „Störung der sexuellen Reifung“ (F 66.0) würde dann an zweiter Stelle für die psycho- und soziosexuelle Folgeproblematik kodiert, die durch die Klassifikation der überwiegend ursächlichen Störung nicht beschrieben wird – so, wie dies für den differentialdiagnostischen Prozess sämtlicher Sexualstörungen *lege artis* ist. Die bisherige Beschreibung dieser Problematik (F 66.0) im ICD-10 engt die Indikation auf Probleme der sexuellen Orientierung ein, was die tatsächliche Spannbreite der klinischen Relevanz nicht adäquat abbildet. Dies sollte bei einer

Revision des ICD Berücksichtigung finden. Das DSM-IV-TR sieht gar keine Kodierungsmöglichkeit für diese Problematik vor.

Störung der sexuellen Reifung F 66.0

ICD-10	DSM-IV-TR	Anmerkungen
Kodierung möglich unter F 66.0: „Sexuelle Reifungskrise“ (Gemeint ist: „Die betroffene Person leidet unter einer Unsicherheit hinsichtlich ihrer Geschlechtsidentität oder der sexuellen Orientierung...“) sowie unter F 66.8: „Sonstige psychosexuelle Entwicklungsstörungen“.	Nur durch die Restkategorie 302.9: „Nicht näher bezeichnete sexuelle Störung“ zu kodieren. Diese ist gedacht, „um eine sexuelle Auffälligkeit zu kodieren, welche nicht die Kriterien für eine spezifische sexuelle Störung erfüllt und weder eine sexuelle Funktionsstörung noch eine Paraphilie ist“.	Beeinträchtigungen der bio-, psycho- und soziosexuellen Reifung sind häufig (insbesondere Retardierungen) und können schwerwiegend sein (bis hin zur Unmöglichkeit sexueller Kontaktaufnahme).

2.2. Störung der sexuellen Orientierung (F 66.1)

Synonym: Störung der Sexualorientierung bzw. sexuelle Orientierungsstörung

Bei diesem Störungsbild besteht die Problematik in einer Verunsicherung bezüglich der eigenen *sexuellen Orientierung* (s.u.), sofern diese über einen längeren Zeitraum kontinuierlich besteht und als leidvoll erlebt wird bzw. zwischenmenschliche Probleme verursacht. Die Betroffenen fühlen sich z.B. dadurch belastet, dass sie auch lange nach Abschluss der Adoleszenz nicht wissen, ob sie sexuell auf das eigene oder das Gegengeschlecht orientiert sind. Dadurch sehen sie sich außerstande, mit anderen Menschen spannungs- und angstfrei in Kontakt zu treten, weil die innere Auseinandersetzung über die eigene sexuelle Orientierung und die des Kontaktpartners überwertigen Charakter besitzt und dadurch die Gedanken- und Gefühlswelt der Betroffenen stark vereinnahmt. Es kommt zum fortwährenden Grübeln über die Frage der eigenen sexuellen Orientierung und zu der Befürchtung, andere Menschen könnten ihrerseits Hypothesen über die sexuelle Orientierung der Betroffenen aufstellen bzw. eine wie auch immer geartete Ausformung der sexuellen Orientierung identifizieren oder unterstellen. Zu betonen ist in diesem Zusammenhang, dass

diese Symptomatik trotz phänomenologischer Ähnlichkeit psychopathologisch klar von psychotischen Wahnvorstellungen abgrenzbar ist.

Die häufigste Erscheinungsform der sexuellen Orientierungsstörung besteht in einer ich-fremden gleichgeschlechtlichen Orientierung (sog. „ego-dystone Homophilie“): Nicht zuletzt vor dem soziokulturellen Hintergrund einer sexuell gegengeschlechtlich orientierten Bevölkerungsmehrheit besteht bei Betroffenen entweder eine Befürchtung homosexuell orientiert zu sein oder die Unfähigkeit, eine realistisch wahrgenommene eigene Homosexualität akzeptieren oder gar in die eigene *sexuelle Identität* (s.u.) integrieren zu können. In der Folge kommt es zu Verleugnungs- bzw. Verdrängungs-Versuchen, die jedoch meist von geringer Halbwertszeit gekennzeichnet sind und oft letztendlich zur kategorischen Ablehnung der eigenen sexuellen Orientierung führen, mit dem resultierenden Wunsch, diese zu ändern, d.h. in's Gegenteil zu verkehren. Oft werden gegengeschlechtliche sexuelle Beziehungen aufgenommen, die jedoch (mitunter trotz „technischer“ sexueller Funktionalität) wegen sexualpräferenzeller Inkompatibilität ohne innere Resonanz bzw. ohne emotionalen Niederschlag bleiben und deswegen nicht aufrecht erhalten werden können. In vielen Fällen werden sexuelle Kontakte ausschließlich im Kontext anonymer, (semi)professioneller Prostitution gesucht, was für die Betroffenen sowohl mit einem deutlich erhöhten Risiko verbunden ist, sich mit sexuell übertragbaren Krankheiten zu infizieren (vgl. HIV), als auch Opfer von Gewalttaten und Eigentumsdelikten zu werden, wie sie durch die „Ausnutzung einer sexuellen Neigung“ begünstigt und begangen werden (vgl. Elz 2002). Seit fast hundert Jahren dokumentiert ist hier vor allem die Erpressung von Homosexuellen durch Prostituierte und andere Personen, die damit drohen, die Homosexualität des Betroffenen zu veröffentlichen (vgl. Hirschfeld 1913). Verstärkt wurde dieser Deliktbereich durch die strafrechtliche Pönalisierung homosexueller Kontakte, die in Deutschland immerhin bis 1970 bestand. Aber auch andere Delikte, wie Raub und Körperverletzung sowie „Taschen-, Trick- und Beischlafdiebstahl“ treffen häufiger Personen, die homosexuelle Kontakte mit anonymen Gelegenheitspartnern suchen, als diejenigen, die (überwiegend) in gleichgeschlechtlichen Partnerschaften leben (vgl. Ahlers 2001). Im schlimmsten Fall einer Störung der sexuellen Orientierung kommt es zum vollständigen sozialen und soziosexuellen Rückzug und zu resultierender Isolation, Vereinsamung und damit vor allem auch zu syndyastischer Deprivation, was dann wiederum das Risiko erhöht, psychosomatische Störungen auszubilden.

Die Behandlung zielt hier auf eine Integration der – ohnedies unveränderlichen – sexuellen Orientierung in das sexuelle Selbstkonzept und damit auf die Ausbildung einer lebhaften *sexuellen Identität* für den Betroffenen und nutzt zu diesem Zwecke überwiegend verhaltenstherapeutische (kognitive-behaviourale) Interventionen zur kognitiven Umstrukturierung und Einstellungsänderung, aber auch zum konkreten Einüben z.B. angstfreier gleichgeschlechtlicher Kontaktaufnahme. Störung der sexuellen Orientierung kann im ICD-10 adäquat kodiert werden.

Störung der sexuellen Orientierung F 66.1

ICD-10	DSM-IV-TR	Anmerkungen
Kodierung möglich unter F 66.1: „Ich-fremde Sexualorientierung“. Gemeint ist: „Die Geschlechtsidentität oder sexuelle Ausrichtung ist eindeutig, aber die betroffene Person hat den Wunsch, diese wäre wegen der damit verbundenen psychischen oder Verhaltensstörungen anders...“	Nur durch die Restkategorie 302.9 als „Nicht näher bezeichnete sexuelle Störung“ zu kodieren, denn diese umfasst auch „andauerndes und ausgeprägtes Leiden an der sexuellen Orientierung“.	Müsste im ICD-10 weiter gefasst werden und im DSM-IV eine eigenständige Ziffer erhalten.

2.3. Störung der sexuellen Identität (F 66.8)

Synonym: Störung der Sexualidentität bzw. sexuelle Identitätsstörung

Unter der „Störung der sexuellen Identität“ wird eine Verunsicherung bezüglich der eigenen Männlichkeit bzw. Weiblichkeit – nicht bezüglich der eigenen Geschlechtszugehörigkeit – verstanden, sofern diese über einen längeren Zeitraum kontinuierlich besteht, mit einem Leidensdruck verbunden ist und / oder zwischenmenschliche Probleme verursacht.

Wo sich die geschlechtliche Identität in der Frage ausdrückt: „Bin ich ein Mann oder eine Frau?“, drückt sich die *sexuelle Identität* in der Frage aus: „Bin ich richtig, ausreichend bzw. genügend männlich oder weiblich?“ Es geht also für die Betroffenen darum, ob sie sich selbst auch und insbesondere im Sinne sexueller Attraktivität als „richtiger Mann“ oder „richtige Frau“ wahrnehmen und annehmen können. Wo bei der geschlechtlichen Identität die Frage sexueller Attrakti-

vität keine primäre Rolle spielt – hier geht es um die Frage der Geschlechtszugehörigkeit – geht es bei der sexuellen Identität um die Möglichkeit, die eigenen geschlechtsbezogenen Eigenschaften in ein sexuelles Selbstkonzept integrieren und kongruent in geschlechtstypisches Sexualverhalten umsetzen zu können. Die Frage der Geschlechtszugehörigkeit ist dem gegenüber für die Betroffenen vollkommen eindeutig und konfliktlos. Eine Störung der sexuellen Identität darf daher nicht mit einer Störung der geschlechtlichen Identität (ICD-10: F. 64, s.u.) gleichgesetzt oder verwechselt werden, da nicht das Mann-Sein oder Frau-Sein als solches in Frage gestellt wird (also die Geschlechtszugehörigkeit), sondern das Genügen in (soziokulturell stereotypen) Qualitäten von Männlichkeit und Weiblichkeit.

Bei einer Störung der sexuellen Identität kann die Befürchtung, in sexueller Hinsicht nicht zu genügen, die Verwirklichung partnerschaftlicher Sexualbeziehungen und damit unter Umständen auch die Erfüllung syndyastischer Grundbedürfnisse verhindern. Die Aufnahme tragfähiger, kontinuierlicher sexueller Beziehungen kann erschwert sein, weil (vor allem bei Männern) Selbstzweifel und Versagensängste bezüglich der eigenen sexuellen Zulänglichkeit und „Potenz“ zu stark und dadurch zu angstaussendend sind. Es handelt sich dabei um „Störungen der männlichen Identität mit entsprechenden Auswirkungen auf Selbstkategorisierungsprozesse und auf die innere Einstellung zur männlichen Geschlechtsrolle (mit ihren aktuellen kulturellen Implikationen und auch geschlechtsstereotypen Vorstellungen) sowie auf das Vertrauen in die (sexuell-) funktionale Vollwertigkeit als Mann“ (Beier et al. 2001: 372). Diese Ausprägungsform kann als „soziosexuelle Selbstunsicherheit“ bezeichnet werden (vgl. Fahrner 2003), die weit über das Ausmaß allgemeiner (d.h., überwindbarer) „Schüchternheit gegenüber dem anderen Geschlecht“ hinausgeht und ein Grund dafür sein kann, dass Betroffene entgegen ihren Wünschen über lange Zeiträume partnerschaftlich ungebunden bleiben. Die Folge ist eine „Störung der Paarfähigkeit, d.h., die starke Begrenzung innerer Möglichkeiten bis hin zur gänzlichen Unfähigkeit, emotional reife Partnerschaften einzugehen (d.h., Beziehungen, die auf einer egalitär-komplementären Rollenverteilung fußen); ohne stabiles „Ich“ lässt sich kein dauerhaftes „Wir“ entfalten“ (Beier et al. 2001: 372). Leidvoll erlebte Partnerlosigkeit erscheint vor diesem Hintergrund als bisher eher vernachlässigte Problematik der Sexualberatung.

Eine Störung der sexuellen Identität kann auf der anderen Seite auch einen Hintergrund für das Bedürfnis darstellen, seriell immer neue Sexualpartner „ero-

bern“ und gewinnen zu wollen bzw. zu müssen, ohne sich auf tragfähige, partnerschaftliche Beziehungen einlassen zu können und ohne durch die immer neuen „Eroberungen“ ein Gefühl innerer Erfüllung oder Befriedigung empfinden zu können (vgl. früher sog. „Don-Juanismus“ bzw. „Nymphomanie“). Dieses Verhaltensmuster kann sowohl vorliegen, wenn die sexuellen Interaktionen ohne Funktionsstörungen und mit Erregungshöhepunkten verlaufen; es kann aber auch auftreten, wenn es bei den Betroffenen im Rahmen der sexuellen Interaktionen mit den frisch „eroberten“ Sexualpartnern (immer wieder) zu sexuellen Funktionsstörungen kommt. Die Vorstellung, „beim nächsten Mal wird alles anders“ ist dann handlungsleitend und jeder neue Anlauf wird als Selbstheilungsversuch gesehen.

Häufig schildern Betroffene im Kontext dieser Problematik auch Begriffe wie „Sexsucht“ oder „Hypersexualität“ oder beklagen auch Probleme wie exzessive und ruinöse Nutzung von Prostitutions- oder Telefonsex-Kontakten. Hintergrund kann hier sowohl eine Entkoppelung der Lust- von der Beziehungsdimension der Sexualität sein (vgl. Beier & Loevit 2004), als auch eine brüchige sexuelle Identität, die durch immer neue „Eroberungen“ bzw. immer neue sexuelle Fremdbestätigung fortlaufend stabilisiert werden muss. Betroffene entwickeln dysfunktionale Lösungsstrategien für ihre als leidvoll empfundene sexuelle Identitätsproblematik, indem sie sich suchtartig immer wieder psycho-physiologische Verstärkungserlebnisse im Kontext sexueller Lust verschaffen, ohne solche mit ihren zwischenmenschlichen (psychosozialen) Grundbedürfnissen in Verbindung bringen zu können. Das suchttypische Ausbleiben tief empfundener Befriedigung führt zum stereotypen und für die Betroffenen häufig sogar nicht nur als leidvoll, sondern auch als ich-fremd erlebten Wiederholen der bekannten Verhaltensweisen, ohne jemals ein erfüllendes Ergebnis zu zeitigen (vgl. Strauß 2001, Clement 2004). Ein Teufelskreis, der für Betroffene nicht nur soziale, sondern auch partnerschaftliche, berufliche und damit wirtschaftliche Desintegration bedeuten kann und vor allem aber syndyastisch frustriert bleibt.

Neben diesen Versuchen, eine Störung der sexuellen Identität durch sexuelle Fremdbestätigung zu kompensieren, kann die hier aufgezeigte Problematik auch dazu führen, dass eine Stabilisierung der brüchigen sexuellen Identität sowohl durch Medikamente zur Unterstützung von Sexualfunktionen, als auch durch körperverändernde Maßnahmen gesucht wird. Viele Männer mit einer selbstunsicheren sexuellen Identität verschaffen sich erektionsfördernde Medikamente, auch

bzw. obwohl sie keine manifeste Erektionsstörung haben. Das Gefühl der Sicherheit des sexuellen Funktionierens soll die fragile sexuelle Identität stabilisieren.

Auf der Ebene der Körperlichkeit bildet physische Attraktivität auch für Männer zunehmend einen sozialen Statusfaktor und Bewertungsmaßstab, wie seit jeher die „Figur“ der Frau. Durch exzessiv betriebenes sog. „Fitness“ bzw. „Workout“ oder sogar „Bodybuilding“ versuchen betroffene Männer, ihre irritierte oder gestörte sexuelle Identität durch Muskelaufbau zu kompensieren. Beim professionellen „Bodybuilding“ geht es dabei nicht um gesundheitliche Aspekte, sondern um so genanntes „athletisches“ Aussehen, was bedeutet, um muskulöse Proportionen, wie sie als kräftige Körper starker Männer natürlicherweise nicht vorkommen, sondern ausschließlich unter Zuhilfenahme pharmazeutischer Agenzien und durch die Aufwendung der gesamten Freizeit als motorisch dysfunktionale „Fleischberge“ entstehen.¹ Die Pharmazeutika führen ihrerseits sowohl zu Wesens- und Affektveränderungen (z.B. Depressivität / Aggressivität) als auch zu organischen und sexuellen Funktionsstörungen, welche die Kontaktaufnahme zu potenziellen Partnerinnen oder Partnern wiederum erschweren können.

Gravierendere Versuche, eine Störung der sexuellen Identität durch geschlechtstypisierende Veränderungen der eigenen Körperlichkeit zu kompensieren, stellen schließlich chirurgisch-operative, körperverändernde Maßnahmen dar, die bei Männern von Brust- und Gesäß-Implantaten bis hin zu Penisverlängerungen reichen können, welche als „Individuelle Gesundheitsleistung“ von der kosmetischen Chirurgie und der chirurgischen Urologie quasi als „Wellness-Produkte“ angeboten werden. Bei Frauen kommen vorwiegend kosmetisch-chirurgische Gesichts- und Figur- „Korrekturen“ vor, die von Lippen- und Brustvergrößerungen, bis hin zur operativen oder sogar „lasergestützten Scheidenverjüngung“ reichen (sog. „Intimchirurgie“). Der Umstand, dass all diese Leistungen einen eigenen Markt der Medizinindustrie darstellen und von Ärzten unter dem Deckmantel präventiver und kurativer Versorgung offensiv beworben und verkauft werden, verschleiert zusätzlich den Blick auf die möglicherweise im Hintergrund liegende Problematik der sexuellen Identität. Häufig ist zu beobachten, dass sich Betroffene nach einer ersten Operation mehreren weiteren unterziehen, weil zum einen eine Hemmschwelle gefallen ist, zum anderen aber die Betroffenen (bewusst oder nicht bewusst) bemerken,

dass die kosmetisch-medizinische Veränderung des eigenen Körpers in Richtung stereotyperer Männlichkeit oder Weiblichkeit nicht zu einer Stabilisierung ihrer brüchigen sexuellen Identität geführt hat.

Während die „Störung der sexuellen Identität“ noch im ICD-9 als eigenständiger Indikationsbereich aufgeführt waren (allerdings fälschlicherweise zugeordnet im Bereich der Geschlechtsidentitätsstörungen; ICD-9: 302.6, vgl. Degwitz et al. 1980), wurde diese Kategorie im ICD-10 ersatzlos gestrichen, findet sich nunmehr in keinem der beiden internationalen Klassifikationssystemen mehr beschrieben und kann daher nur noch über die Ersatzkodierung F 66.8 „Sonstige psychische und Verhaltensstörung in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung“ klassifiziert werden. Auch hier bestünde aus sexualmedizinischer Perspektive – genau wie im Indikationsbereich „Störungen der Geschlechtsidentität“ (F 64, s.u.) – sowohl Anlass zur Rückbesinnung auf die fälschlicherweise verworfenen Aspekte des ICD-9, als auch Ergänzungsbedarf für zukünftige Revisionen.

Störung der sexuellen Identität F 66.8

ICD-10	DSM-IV-TR	Anmerkungen
Nur eingeschränkt zu kodieren unter F 66.8 „Sonstige psychische und Verhaltensstörung in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung“. Gemeint ist: „Die Unsicherheit bezüglich der eigenen sexuellen Attraktivität und Zulänglichkeit bereitet unter anderem bei der Aufnahme und der Aufrechterhaltung sexueller Beziehungen mit einem Partner Probleme“.	Nur durch die Restkategorie 302.9 „Nicht näher bezeichnete sexuelle Störung“ zu kodieren, denn diese umfasst auch explizit ein „ausgeprägtes Gefühl des Ungnügens bezüglich des Sexualaktes oder andere Persönlichkeitszüge im Zusammenhang mit selbst auferlegten Maßstäben für Männlichkeit oder Weiblichkeit“, sowie das „Leiden an einem Muster von wiederholten sexuellen Beziehungen, einschließlich der wechselhaften Abfolge von Partnern, die von der Person nur als Dinge, die man benutzt, erlebt werden“.	Klinisch von außerordentlicher Bedeutung: Soziosexuelle Selbstunsicherheit mit stark frustrierten psychosozialen Grundbedürfnissen (nach Akzeptanz, Sicherheit, Geborgenheit etc.).

Terminologischer Exkurs

Im „Psyhyrembel – Wörterbuch Sexualität“ ist zum Begriff der *sexuellen Identität* vermerkt: „Bezeich-

¹ Und das vor dem Hintergrund, dass Körperkraft im Gegensatz zu Geisteskraft einen immer geringeren evolutionsbiologischen Vorteil darstellt.

nung für das Ergebnis der Selbstidentifikation als männlich oder weiblich. (...) Ihre endgültige Form erhält die sexuelle Identität während der Adoleszenz im Rahmen der sexuellen Selbstidentifikation. (...) Im Erwachsenenalter verändert sich die sexuelle Identität nicht selten weiter, z.B. in Funktion gemachter Erfahrungen (Partnerwechsel) oder körperlicher Voraussetzungen (höheres Lebensalter), unter Umständen auch als sexuelle Identitätskrisen, (...) in deren Folge es zu schweren psychischen und körperlichen Störungen (sexuelle Funktionsstörungen, Depressionen) kommen kann“ (Dressler & Zink 2003: 234).

Bisher gibt es auch in der sexualwissenschaftlichen Literatur keine Definition und folglich auch keine einheitliche Verwendung des Begriffes *sexuelle Identität*. Der Begriff wird häufig synonym mit den Bezeichnungen *sexuelle Präferenz*, *sexuelle Orientierung*, *sexuelle Ausrichtung*², *sexuelle Neigung* (vgl. Tasker & Wren 2002) oder sogar für die *Geschlechtsidentität* verwendet (vgl. Fiedler 2004, Appel 2004), was sich resultierend sogar in der Rechtssprache niederschlägt (vgl. Antidiskriminierungsgesetz³).

Diese terminologische Diffusion erschwert den wissenschaftlichen Diskurs über die einzelnen Phänomene und ihre Beziehung zueinander und führt folglich zu Fehlbenennungen, die Missverständnisse programmieren und einen differentialdiagnostischen Prozess erschweren. Aus sexualwissenschaftlicher Perspektive wird zur Vereinheitlichung der Begriffsverwendung in diesem Bereich und damit zur Optimierung der Verständigung folgende terminologische Differenzierung vorgeschlagen:

Die *Sexuelle Präferenz* des Menschen konfiguriert sich auf drei wesentlichen Achsen:

- a) *sexuelle Orientierung* auf ein präferiertes *Geschlecht* (männlich und / oder weiblich),
- b) *sexuelle Ausrichtung* auf ein präferiertes *Körperschema* (Kinder, Pubertierende, Jugendliche, Erwachsene, Greise) und
- c) *sexuelle Neigung* zu einer präferierten *Art und Weise* sexueller Betätigung (Typ, Objekt, Modus etc.)
(vgl. „5x3 der Sexualmedizin“ SEXMED-5x3, Ahlers et al. 2004).

Die Geschlechtsidentität (s.u.) und die Sexualpräferenz (s.o.) sind die grundlegenden Aspekte der sexuellen Identität. Den zentralen Teil bildet das sexuelle Selbstkonzept, welches sich durch sexuelle Selbstkategorisierung formt und durch welches sich eine Person als (im stereotypen Sinne) männlich oder weiblich identifiziert.

So ist zum Beispiel das Adjektiv „homosexuell“ lediglich die Bezeichnung für eine sexuelle Orientierung auf das selbe Geschlecht (s.o.), während die Begriffe „lesbisch“ und „schwul“ Ausdruck einer sexuellen Identitätsbildung darstellen, die damit über die zugrunde liegende sexuelle Orientierung hinausgeht.

Sexuelle Identität wird somit aus sexualwissenschaftlicher Sicht aufgefasst als das Ergebnis einer sexuellen Selbstdefinition, welche zum einen durch Aspekte der Geschlechtsidentität (Mann-Sein oder Frau-Sein, s.u.) sowie der Sexualpräferenz (z.B. hetero- oder homosexuell, s.o.) grundlegend konfiguriert wird und zum anderen aus dem Prozeß der sexuellen Selbstkategorisierung erwächst (z.B. „schwul“ oder „normal“, „Macho“ oder „Softi“ u.s.w.).

Den zentralen Teil der *sexuellen Identität* bildet damit das sexuelle Selbstkonzept, durch welches eine Person ihr individuelles Selbstverständnis als sexuelles Lebewesen zum Ausdruck bringt.

Der Begriff *sexuelle Identität* beschreibt somit einen intraindividuellen Prozess, der (sachimmanent) interindividuelle Auswirkungen hat. Dieser Aspekt zeigt sich unter anderem dadurch, dass eine Störung der sexuellen Identität so gut wie immer zu einer Störung der sexuellen Beziehung (s.u.) führt. Die Beschreibung interpersoneller Auswirkungen eines Phänomens kann auch hier die Beschreibung der (im Hintergrund stehenden) intrapsychischen Abläufe nicht ersetzen. Wichtig erscheint aber, auf das große Komorbiditätspotential sexueller Identitäts- und Beziehungsstörungen hinzuweisen.

Wiewohl die Störung der sexuellen Identität aus der sexualmedizinischen Praxis bekannt ist, liegen hierzu bis dato kaum sexualwissenschaftlichen Untersuchungsergebnisse vor, weshalb sich zur empirischen Fundierung dieses Indikationsbereichs im „Fragebogen zum sexuellen Erleben und Verhalten FSEV“ (Ahlers et al. 2004) neben der Skala „Geschlechtsidentität“ eine gesonderte Skala „Sexuelle Identität“ findet, mit Hilfe derer die differentialdiagnostischen Abgrenzbarkeit der Indikationsbereiche auf empirischer Datengrundlage weiter untersucht werden soll. Allein schon wegen der sexualdiagnostisch und -therapeutisch relevanten Aspekte der sexuellen Identität sollte die Erörterung des sexuellen Selbstkonzeptes Gegenstand jeder sexualmedizinischen Exploration sein bzw.

² Vgl. „Antidiskriminierung für Lesben und Schwule. Sexuelle Ausrichtung – sexuelle Orientierung – sexuelle Identität. Familien- und Sozialverein des Lesben- und Schwulenverband in Deutschland e.V. (LSVD), Bundesgeschäftsstelle“ (www.lsvd.de).

³ Gesetz zu Artikel 10 Abs. 2 der Verfassung von Berlin (Gleichberechtigung von Menschen unterschiedlicher sexueller Identität. Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin (GVBl), 60. Jahrgang, Nr. 26 vom 02.07.2004: 256.

aus diesem Grund im Rahmen jeder Sexualanamnese erhoben werden (vgl. „Strukturierte Sexualanamnese SSA“, Ahlers et al. 2004).

2.4 Störung der sexuellen Beziehung (F 66.2)

Synonym: Störung der Sexualbeziehung bzw. sexuelle Beziehungsstörung)

Eine Störung der sexuellen Beziehung liegt vor, wenn eine Person darunter leidet, dass sie über einen längeren Zeitraum außerstande ist, sexuelle Beziehungen aufzunehmen oder aufrecht zu erhalten. Der hieraus resultierende Leidensdruck ist nicht nur häufig, sondern vor allem ein negativer Einflussfaktor auf die allgemeine und gesundheitliche Lebensqualität. Grund für diese Probleme können sowohl andere Sexualstörungen sein (Störungen der sexuellen Funktionen, Störungen der sexuellen Entwicklung, Störungen der Geschlechtsidentität, Störungen der sexuellen Reproduktion sowie der sexuellen Präferenz oder Störungen des sexuellen Verhaltens), als auch sonstige psychischen und Verhaltensstörungen, welche die Aufnahme und / oder Aufrechterhaltung sexueller Beziehungen erschweren oder verunmöglichen. Eine Störung der Sexualbeziehung ist damit so gut wie immer sekundär, das bedeutet, die unmögliche oder gestörte sexuelle Beziehung ist meistens eine soziosexuelle Ausdrucksform eines anderen, überwiegend ursächlichen Problems.

Wenn beispielsweise eine Neigung zu abnormen sexuellen Stimuli oder Betätigungen (z.B. ein Mann, der gern frauentypische Unterwäsche zur sexuellen Erregung trägt) die Aufnahme oder Aufrechterhaltung sexueller Beziehungen stört oder verunmöglicht (weil keine Frau sich darauf einlassen kann oder will), führt das unter Umständen zu einer Störung der sexuellen Beziehung, die jedoch durch eine Störung der Sexualpräferenz (sog. „Transvestitischer Fetischismus“, DSM-IV-TR: 302.3, s.u.) verursacht wird. Demzufolge müsste im differentialdiagnostischen Prozess hier die Störung der sexuellen Präferenz an erster Stelle kodiert werden, weil sie bei der sexuellen Beziehungsstörung im Hintergrund steht. Die zusätzliche Kodierung der sexuellen Beziehungsstörung dient der Beschreibung der entsprechenden Folgeproblematik, die eigenständig Leidensdruck bewirken kann und durch die erstrangige Kodierung der Präferenzstörung nicht hinreichend beschrieben wird.

Den eigentlichen Kernbereich der sexuellen Beziehungsstörung bildet eine Störung des syndyastischen Erlebens (vgl. Beier & Loewit 2004). Weil Se-

xualität durch drei zentrale Dimensionen (Lust, Fortpflanzung und Beziehung) gekennzeichnet ist (s.o.), kann eine sexuelle Beziehungsstörung grundsätzlich Störungseinflüsse aus jeder einzelnen dieser drei Dimensionen beherbergen: Unerfüllte Lüste, unerfüllte Kinderwünsche und unerfüllte syndyastische Sehnsüchte nach Angenommenheit, Geborgenheit, Vertrauen und Nähe. Erfüllende sexuelle Beziehungen zeichnen sich durch eine gelungene Integration aller drei Dimensionen aus, wobei die Fortpflanzungsdimension mit ihren resultierenden Kinderwünschen in der Regel lebensphasischen Charakter hat (Zeit der Familiengründung). Die Bedürfnisse der Lust- und der Beziehungsdimension bestimmen hingegen das Leben des Menschen von Anfang bis Ende in gleichbleibend bedeutsamer Weise. Kommt es beispielsweise zu einer Entkoppelung der Lust- von der Beziehungsdimension, so kann dies in verschiedener Ausprägung zu einer Störung der sexuellen Beziehung führen: Eine Form stellt die Überbetonung der Lustdimension im Verhältnis zur Beziehungsdimension dar, die häufiger bei Männern anzutreffen ist. Diese Männer sind in ihrer Erlebnisweise eingeengt auf die Erlangung sexueller Lust und Befriedigung und erleben diese als nicht verknüpft mit einer partnerschaftlichen Beziehung. Die Partnerinnen oder Partner reagieren dann häufig mit sexuellem Rückzug, weil sie sich im Rahmen der sexuellen Interaktionen von ihren Partnern „nicht gemeint“ oder mit unter sogar „missbraucht“ fühlen.

Die ausschließliche pharmazeutische Symptombehandlung von Erektionsstörungen (z.B. PDE-5-Hemmer), ohne sexualtherapeutische Einbettung und ohne Einbeziehung von Partnerinnen oder Partnern kann eine sexuelle Beziehungsstörung noch ungewollt verstärken. Ein Grund, warum viele Männer erektionsfördernde Medikamente nur über kurze Zeiträume nutzen, liegt (neben den selbst zu tragenden Kosten) auch darin begründet, dass die Partnerinnen signalisieren, dass sie sich bei der Fokussierung ihres Mannes auf seine Erektion und damit auf sein Lusterleben in ihren eigentlichen (syndyastischen) Bedürfnissen nach Beziehung, Nähe und Geborgenheit nicht wahrgenommen, unberücksichtigt, vernachlässigt oder sogar missachtet fühlen.

Auch andersherum kann eine Entkopplung der verschiedenen Dimensionen von Sexualität zu einer sexuellen Beziehungsstörung führen, z.B. dann, wenn eine Frau ihre (syndyastischen) Bedürfnisse danach, wahr- und angenommen zu werden, Geborgenheit, Vertrauen und Nähe zu erleben, vollständig von der Lustdimension der Sexualität entkoppelt und in Folge dessen jede Form von genitaler bzw. stimulativer sexueller Interaktion verweigert, was wiederum zu Ent-

behrungsgefühlen bei ihrem Partner bzw. ihrer Partnerin führen kann.

Auch eine einseitige Überbetonung der Fortpflanzungsdimension der Sexualität kann zu einer Störung der sexuellen Beziehung führen, etwa dann, wenn ein Partner sexuelle Kontakte ausschließlich zum Zwecke der Fortpflanzung anstrebt, der andere Partner jedoch einen Kinderwunsch nicht teilt und infolge dessen z.B. Geschlechtsverkehr verweigert. Nicht selten drückt sich eine solche Form einer sexuellen Beziehungsstörung dann auch wieder selbst im Ausbleiben sexueller Reaktionen bzw. in sexuellen Funktionsstörungen (s.o.) aus.

Auch das von partnerschaftlich gebundenen Betroffenen als bedrängend geschilderte Bedürfnis eines einzelnen Partners nach Besuchen in Partnertausch-Börsen, sog. „Swinger-Clubs“ oder wiederholten „Seitenprängen“, kann auf eine Störung der sexuellen Beziehung hindeuten, wenn die Betroffenen aufgrund syndyastischer Deprivation versuchen, sich immer neue sexuelle Bestätigung von immer neuen Sexualpartnern zu verschaffen, ohne dadurch jemals eine Befriedigung ihrer eigentlichen (syndyastischen) Bedürfnisse zu erleben. Gerade auch in solchen Konstellationen wird der paarorientierte Behandlungszugang der *Syndyastischen Sexualtherapie* (vgl. Beier & Loewit 2004) besonders plausibel.

Der hier vorgestellte Störungsbereich „Störung der sexuellen Beziehung“ kann im ICD-10 (im Gegensatz zum DSM-IV-TR) kodiert werden, jedoch geht der Problemkomplex weit über die Beschreibung dessen hinaus, was dort unter der sexuellen Beziehungsstörung definiert ist: Die Reduktion der ursächlichen Hintergründe auf Probleme der „Geschlechtsidentität, der sexuellen Orientierung oder der sexuellen Präferenz“, wie sie im ICD vorgenommen wird, erscheint vor dem Hintergrund der klinischen Erscheinung un-

genügend. Vielmehr präsentiert sich die Störung der sexuellen Beziehung genau so häufig als Resultat frustrierter, partnerschaftlicher Grundbedürfnisse, wie verursacht durch Probleme der „Geschlechtsidentität, der sexuellen Orientierung oder der sexuellen Präferenz“. Die reduzierende Einengung dieses Indikationsbereiches sollte in zukünftigen Revisionen der Klassifikationssysteme erweitert bzw. ergänzt und optimiert werden.

3. Störungen der geschlechtlichen Identität (F 64)

Synonym: Störungen der Geschlechtsidentität bzw. Geschlechtsidentitätsstörungen

Zu diesem Störungsbild gehören Verunsicherungen, Irritationen und Missempfindungen (Unerträglichkeit) bezüglich der eigenen Geschlechtszugehörigkeit, wenn diese über einen längeren Zeitraum kontinuierlich bestehen und mit einem starken Leidensdruck einhergehen und/oder für die betroffenen Personen zu zwischenmenschlichen oder sozialen Problemen führen. Im Vordergrund steht das Gefühl, entgegen dem eigenen biologischen Geburtsgeschlecht dem anderen Geschlecht anzugehören. Betroffene haben das Gefühl, in einem Geschlecht geboren worden zu sein, dem sie innerlich nicht angehören bzw. im „falschen“ Körper leben zu müssen und wollen diesen Zustand ändern. Innerhalb dieser Störungsgruppe gibt es verschiedene Abstufungen und Ausprägungen, die unterschiedliche Hintergründe haben können und unterschiedlich behandelt werden müssen, weshalb diese Beschwerden unter dem Oberbegriff *Geschlechtsidentitätsstörungen* zusammengefasst werden. Vorübergehendes Unwohlsein im eigenen Geschlecht, Unzufriedenheit und Unsicherheit bezüglich der eigenen sozialen Geschlechtsrolle sowie evtl. kosmetisch oder anders begründete Bedürfnisse nach körperverändernden Maßnahmen haben mit dieser Störungsgruppe nichts zu tun bzw. sind nicht als „Störungen der Geschlechtsidentität“ aufzufassen (vgl. „Störung der sexuellen Identität“, s.o.). Personen mit tatsächliche Geschlechtsidentitätsstörungen bedürfen in aller Regel einer spezialisierten psychotherapeutischen Behandlung, wobei das Therapieziel nicht in einer „Bekämpfung oder Umkehrung“ des Wunsches nach einem Geschlechtswechsel besteht, sondern ausschließlich darin, den Betroffenen die Möglichkeit zu bieten, sich über einen längeren Zeitraum ausgangsoffen und differenziert mit der eigenen Geschlechtsidentität auseinanderzusetzen zu können. Gleichzeitig dient eine solche

Störung der sexuellen Beziehung F 66.2

ICD-10	DSM-IV-TR	Anmerkungen
Nur eingeschränkt zu kodieren unter F 66.2 „Sexuelle Beziehungsstörung“. Erwähnt ist lediglich: „Die Geschlechtsidentität oder die Störung der sexuellen Präferenz bereitet bei der Aufnahme und der Aufrechterhaltung einer Beziehung mit einem Sexualpartner Probleme“.		Klinisch von außerordentlicher Bedeutung: Entkopplung der verschiedenen Dimensionen der Sexualität mit stark frustrierten psychosozialen Grundbedürfnissen (nach Akzeptanz, Sicherheit, Geborgenheit etc.).

psychotherapeutische Begleitung dazu, das eigene Leben in der eigentlich empfundenen Geschlechtszugehörigkeit in allen sozialen Bereichen (Beruf, Familie, Partnerschaft, Freundeskreis etc.) auszuprobieren bzw. sich selbst im eigentlich empfundenen Geschlecht sozial zu erproben und die dabei auftretenden Eindrücke, Erlebnisse und Empfindungen mit sachverständiger Hilfe und Beratung verstehen und verarbeiten zu können.

Die stärkste und irreversible Ausprägungsform einer Geschlechtsidentitätsstörung wird als *Transsexualität* (F 64.0) bezeichnet. Im Falle einer transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörung liegt eine biographisch überdauernde, unumkehrbare bzw. endgültige Desintegration der eigenen geschlechtlichen Körperlichkeit (des biologischen Geburtsgeschlechts) vor, die deshalb in der Regel auch (neben der notwendigen psychotherapeutischen Begleitung) mit körperverändernden Maßnahmen behandelt werden muss (gegen geschlechtliche Hormongabe und ggf. geschlechtsumwandelnde Operationen). Weniger gravierende, das heißt, nicht-transsexuelle Ausprägungen von Geschlechtsidentitätsstörungen brauchen hingegen nicht mit aufwendigen und risikoreichen körperverändernden Maßnahmen (Hormone, Operationen) behandelt zu werden, sondern können im Rahmen einer spezialisierten Psychotherapie wie oben beschrieben affirmativ begleitet werden.

Ziel der bei allen Ausprägungsformen von Geschlechtsidentitätsstörungen zentralen psychotherapeutischen Begleitung ist immer eine möglichst optimale psychosoziale Integration der Geschlechtsidentität in eine funktionale bzw. lebbare sexuelle Identität (s.o.) zu erreichen.

Störungen der Geschlechtsidentität können im ICD-10 und DSM-IV-TR kodiert werden, wobei die klinisch sehr relevante Ausprägungsform der „Nicht-transsexuellen Störungen der Geschlechtsidentität“ nur noch über die Hilfskodierung (ICD-10: F 64.8: „Sonstige Störung der Geschlechtsidentität“ bzw. DSM-IV-TR: 302.6: „N. n. bez. Geschlechtsidentitätsstörung“) vorgenommen werden kann. Noch im DSM-III-R war die „(Atypische) Störungen der Geschlechtsidentität – nicht transsexueller Typ“ unter einer eigenen Diagnoseziffer (DSM-III-R: 302.85, vgl. APA, 1987 bzw. Wittchen et al. 1989) aufgeführt, was in den darauffolgenden Revisionen bedauerlicherweise aufgegeben wurde. Dies müsste in zukünftigen Revisionen wieder präzisiert und analog DSM-III-R ergänzt werden.

Im DSM-IV wurden sämtliche klinischen Erscheinungsformen dieses Indikationsbereichs unter dem Sammelbegriff Geschlechtsidentitätsstörungen zu-

sammengefasst. Der noch im DSM-III-R verwendete Begriff „Transsexualismus“ wurde gestrichen und wird auch im DSM-IV-TR nicht mehr verwendet. Dafür wurde diese terminologisch problematische Bezeichnung („Transsexualismus“, s.u.) bedauerlicherweise im ICD-10 eingeführt und gegen den noch im ICD-9 (vgl. Degwitz et al. 1980) verwendeten, zutreffenderen Begriff „Transsexualität“ ausgetauscht, was zu einer Fortschreibung dieser terminologischen Fehlkonstruktion (s.u.) geführt hat (vgl. Beier et al. 2001: 288, Sigusch 2001: 327).

Störungen der Geschlechtsidentität F 64

ICD-10	DSM-IV-TR	Anmerkungen
Hinreichende Verschlüsselung möglich z. B. F 64.0 „Transsexualismus“ (ICD-9: 302.5 „Transsexualität“)	Hinreichende Verschlüsselung möglich z. B. 302.85 „Geschlechtsidentitätsstörung bei Jugendlichen oder Erwachsenen“	Unterschiedliche und unpräzise Terminologie: „Transsexualismus“ und „Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen“ nur ICD-10-Diagnosen.

Terminologischer Exkurs

Eine sehr gute Übersicht über die Vielfältigkeit der verschiedenen Begriffe im Kontext von Geschlechtsidentitätsstörungen findet sich in der Internet-Enzyklopädie www.wikipedia.org: „Der Begriff Transsexualität wird seit den 80er Jahren des zwanzigsten Jahrhunderts von vielen Betroffenen kritisiert, weil nahe liegen könnte, dass es sich bei Transsexualität um eine sexuelle Präferenz oder Spielart handelt (also wie z.B. Homosexualität). Da dies aber keineswegs der Fall ist, befürchten viele Betroffene, dass ihr Identitätsproblem von Nicht-Betroffenen falsch verstanden und als triebhafte Abweichung von „normaler“ Sexualität gesehen werden könnte. Dies ist sachlich falsch und wird von Betroffenen als Diskriminierung betrachtet. (...) In Deutschland wurde in den 1980er Jahren der Begriff *Transidentität* geprägt. Der Begriff Transidentität wird im Prinzip synonym zu Transsexualität, gelegentlich auch zu *Transgender* (s.u.) verwendet. Er beschreibt das Phänomen, dass die Geschlechtsidentität vom biologischen Geburtsgeschlecht abweicht. Die Kritiker des *Transsexualitäts*-Begriffs argumentieren, dass damit zwar ursprünglich die Empfindung eines Menschen gemeint war, die falschen Sexualorgane zu besitzen, jedoch die Assoziation zu Sexualität sehr nahe liegt. Tatsächlich aber ist Transidentität kein sexuelles Problem im Sinne „sexueller Handlungen“ oder „sexueller Präferenzen“ oder „sexueller Orientie-

rung“. Transidente wollen vielmehr sozial als Angehörige des „anderen“ Geschlechts anerkannt werden und streben eine Übereinstimmung von Körper und Empfinden an. Der Begriff Transidentität soll diese Assoziation mit Sexualität und damit Missverständnisse vermeiden, die durchaus praktische Auswirkungen auf das Leben von Transidenten haben, nicht nur allgemeiner Natur, sondern auch zum Beispiel in den Begutachtungen, die für die medizinische Behandlung und für die Namens- und Personenstandsänderung notwendig sind; diese waren (heute selten) häufig sehr auf sexuelle Fragen konzentriert und ignorierten häufig zum Beispiel viele soziale Fragen, welche die Transidenten jedoch als wesentlich wichtiger empfinden. (...) Der ebenfalls verwendete Begriff *Transgender* betont die soziale Rolle von Geschlecht und weniger den falschen Körper, sondern die Tatsache, dass die Betroffenen in erster Linie unter der ihnen zugewiesenen Geschlechterrolle leiden. Er wurde in Deutschland erst nach dem Begriff Transidentität geläufig, der vor allem von dem Verein „Transidentitas e.V.“ populär gemacht wurde. (...) Transgender (von lat. *trans*, jenseitig, darüber hinaus und engl. *gender*, [soziales] Geschlecht) ist eine Bezeichnung für Menschen, deren Identitätsgeschlecht nicht ihren körperlichen Geschlechtsmerkmalen entspricht, oder deren Geschlechtsrollenpräsentation von den ihrem zugewiesenen Geschlecht offenstehenden Rollen abweicht. Eine andere häufige Definition ist: *Menschen, die sich mit ihrem zugewiesenen Geschlecht falsch oder unzureichend beschrieben fühlen oder auch jede Form der Geschlechtszuweisung- bzw. -kategorisierung grundsätzlich ablehnen*. Mit Transgender wird ebenso das entsprechende Verhalten oder Empfinden bezeichnet. Dabei ist Transgender ein Oberbegriff, der *alle* entsprechenden Identitäten und Verhalten einschließt. (...) Seit Mitte der 1990er Jahre werden anstelle der älteren Begriffe *Frau-zu-Mann-Transsexuelle* und *Mann-zu-Frau-Transsexuelle* häufig die Begriffe *Transmann* und *Transfrau* verwendet. Einige Transsexuelle, meist Transfrauen, weniger Transmänner, lehnen es nach dem vollständigen Wechsel der Geschlechtsrolle und nach dem Abschluss der damit verbundenen juristischen und medizinischen Maßnahmen ab, mit Begriffen bezeichnet zu werden, welche weiterhin auf die nun als ehemals empfundene Transsexualität hinweisen. (...) Die Sichtweise, dass Transsexualität durch einen Geschlechtsrollenwechsel heilbar sei, bzw. dass es *ehemalige* Transsexualität überhaupt geben könne, ist zwar umstritten, doch gebietet es zumindest die Höflichkeit, diesem Wunsch nach Möglichkeit nachzukommen. (...) Die Verwendung des internationalen Begriffs Transgender ist umstritten.

Während formal Transsexualität Teil des Transgender-Spektrums ist, lehnen etliche Transsexuelle sowohl den Begriff Transgender als auch nicht-transsexuelle Transgender ab. Als Begründung wird häufig angegeben, dass Transgender „dem guten Ruf der Transsexuellen“ schaden würden. Außerhalb der Gruppe dieser Transsexuellen (die keineswegs alle Transsexuellen umfasst) kann diese Argumentation im allgemeinen nicht nachvollzogen werden. Der Begriff wird seit einigen Jahren auch deswegen stark kritisiert, weil die Kriterien für Transsexualität auf einem binären Geschlechtsbild beruhen (vgl. *Heteronormativität*) und sich zu stark auf die Möglichkeiten der medizinischen Veränderung des Körpers und zu wenig auf die sozialen Umstände beziehen. (...) Die bekanntesten Begriffe aus dem Transgender-Spektrum sind Transsexualität und Transvestitismus. Beide stellen aber jeweils nur einen Teil dieses Spektrums dar. Ebenfalls unter Transgender fallen unter anderem bewusst androgyne Menschen, *Cross-Dresser*, *Drag Kings* und *Drag Queens*. Üblicherweise nicht eingeschlossen (obwohl im Einzelfall die Abgrenzung schwierig sein kann) ist *transvestitischer Fetischismus*, da es sich hierbei meist nicht um eine Frage der Geschlechtsidentität handelt. Transgender können unter die herkömmlichen Definitionen eines der obengenannten Begriffe passen, müssen es jedoch nicht. Ob und in welchem Maße Transgender medizinische geschlechtsangleichende Maßnahmen anstreben ist in jedem einzelnen Fall verschieden, dies gilt auch für die Änderung des Vornamens und gegebenenfalls des Personenstandes“ (www.wikipedia.org, 2005).

An diesem Auszug ist erkennbar, dass die Vielfalt der verwendeten Begriffe nicht nach klinischen oder diagnostischen Gesichtspunkten systematisiert ist, sondern von den jeweils verschiedenen Untergruppen von Betroffenen aus Gründen der Selbstzuordnung und Selbstdarstellung verwendet wird.

Von den Autoren der hier vorgestellten Übersicht wird die Bezeichnung *Transsexualismus* zur Benennung der transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörung aus terminologischen Gründen abgelehnt, weil sie den Störungsbereich unzulässigerweise begrifflich in die Rubrik einer einstellungsbegründeten Überzeugung („-ismus“) rückt und damit vom bio-psycho-sozialen Entstehungsprozess der Geschlechtsidentität wegführt – Geschlechtsidentität ist keine überzeugungsbedingte Wahlentscheidung, sondern Ergebnis eines bio-psycho-sozialen Entwicklungsprozesses.

Eine Analogie besteht in der terminologischen Differenzierung der Begriffe *Homosexualität* versus *Homosexualismus* (Kertbeny [1869] 2000): Während *Homosexualität* die (gelebte) bio-psycho-sozial ent-

stehende Ausprägungsform von sexueller Orientierung auf das selbe Geschlecht darstellt (s.o.), bezeichnet der Begriff *Homosexualismus* die einstellungsbegründete Überzeugung bzw. das (ideologische) Eintreten für gleichgeschlechtliche Sexualität (z.B. in Form von gesellschaftspolitischem Engagement) als geschlechts- und orientierungsübergreifendes Begriffskonzept (vgl. Ahlers 2000).

Überträgt man diese Begriffsdifferenzierung auf Geschlechtsidentitätsstörungen, so steht *Transsexualität* für das bio-psycho-sozial entstehende Empfinden, im „falschen“ Geschlecht geboren worden zu sein, den „falschen“ Körper bekommen zu haben bzw. den eigenen Körper dem eigentlich empfundenen Geschlecht anpassen zu wollen, während *Transsexualismus* die einstellungsbegründete Überzeugung bzw. das (ideologische und gesellschaftspolitische) Eintreten für Geschlechtsbeliebigkeit und damit beliebigen Geschlechtswechsel zum Ausdruck bringt.

Damit liegt die Bezeichnung *Transsexualismus* in ihrer terminologischen Begriffskonstruktion eher in der Nähe des Begriffes *Transgenderismus* (s.o.) und deshalb außerhalb eines klinisch relevanten Kontextes. Selbst in der wissenschaftlichen Literatur zum Thema Geschlechtsidentität ist eine zunehmende Verwässerung der Unterschiede zwischen *Transsexualität* auf der einen und *Transsexualismus* bzw. *Transgenderismus* auf der anderen Seite zu beobachten (vgl. Ekins & King 2001, Tasker & Wren 2002, Cohen-Kettenis & Pfäfflin 2003, Fiedler 2004). Dadurch entsteht eine Vermischung von klinisch relevanten, diagnostisch-kategorialen Differenzierungen einerseits und gesellschaftspolitisch-ideologischen Forderungen andererseits, welche die Orientierung in diesem komplexen Indikationsbereich zunehmend erschwert und damit auch Fragen der medizinisch-psychologischen Versorgung von Patienten mit tatsächlich transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörungen immer mehr verkompliziert. Die hilfreiche und wichtige Trennung zwischen Störungen der Geschlechtsidentität auf der einen und ideologisch bedingtem Eintreten für Geschlechtswechselbarkeit auf der anderen Seite wird damit zusehends aufgelöst: „In der Transgenderismus-Forschung, die den Entwicklungsprozessen der Transsexualität und, damit zusammenhängend, der Homosexualität, des Transvestitismus und der Intersexualität gewidmet ist, wird inzwischen von folgenden Voraussetzungen ausgegangen (Ekins & King 2001): Beim Transgendering handelt es sich um einen generischen sozialen Prozess. (...) Die vorhandenen Variationen der Entwicklung von Geschlechtsidentitäten werden sich qualitativ mit den Möglichkeiten weiterentwickeln, mit denen der Transgenderismus sozial kon-

struiert und gesellschaftlich gelebt werden kann, um den generischen Binarismus [der Geschlechter] allmählich zu überwinden.“ (Fiedler 2004: 149f).

An diesem Zitat wird das aufgezeigte Problem auf beeindruckende Weise sichtbar: Nicht nur werden hier sexualmedizinisch-differentialdiagnostische Termini falsch verwendet und in falsche Zusammenhänge gerückt, auch die politisch-ideologisch motivierte Vermischung von Geschlechtsidentitätsstörungen auf der einen und allen denkbaren Formen von alternativen sexuellen und geschlechtlichen Lebensweisen auf der anderen Seite wird anschaulich deutlich. Das dürfte vor allem gravierende Folgen für Patienten haben, die aufgrund einer tatsächlich krankheitswerten und behandlungsbedürftigen Störung ihrer Geschlechtsidentität eine sachverständige Behandlung benötigen und wünschen, vom Gesundheitssystem aber keine qualifizierten Angebote zur Verfügung gestellt bekommen, wenn Störungen der Geschlechtsidentität mit der gesellschaftspolitischen Forderung nach Geschlechtsbeliebigkeit und damit eben auch beliebigem Geschlechtswechsel in einen Topf geworfen werden. Für die Verwirklichung politisch-ideologischer Einstellungen und Forderungen ist das Gesundheitssystem nicht verantwortlich.

Jeder indikationserfahrene Therapeut kann bestätigen, wie viel Mühe es macht, im therapeutischen Prozess das eine (Transsexualität) vom anderen (Transsexualismus) zu trennen und sich im Rahmen der Behandlung (wie in jeder Psychotherapie) von ideologischen Diskursen fern zu halten und die gemeinsame Zeit auf das erfolgreiche Zurechtkommen mit den behandlungsursächlichen Problemen zu verwenden. Diese psychotherapeutische Akkuratess sollte sich im terminologischen Umgang mit diesem Indikationsbereich adäquat widerspiegeln.

Ein ähnliches terminologisches Dilemma wie im Bereich der Geschlechtsidentitätsstörungen gilt für die ebenfalls problematische Benennung der diagnostischen Mischkategorie „Transvest(it)ismus – unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen“ (ICD-10: F 64.1), die (bei gegebenem Leidensdruck) differentialdiagnostisch eigentlich eine eigenständige „Zwischenstufe“ (vgl. Hirschfeld 1910, 1918) zwischen sexueller Präferenzstörung und Geschlechtsidentitätsstörung darstellt.

Im Gegensatz zu Geschlechtsidentitätsstörungen geht es den Betroffenen hier nicht um eine Veränderung ihrer Geschlechtszugehörigkeit, sondern lediglich um einen (oft passageren) Wechsel der Geschlechtsrolle. Während beim *transvestitischen Fetischismus* (s.u.) das (meistens heimliche) Anlegen von frauentypischen Kleidungsstücken (vor allem Dessous und Strümpfe) als sexuell erregend empfunden wird,

geht es bei Transvestiten um dass öffentliche Auftreten in der anderen (meistens weiblichen) Geschlechtsrolle, ohne dass damit vornehmlich sexuelle Erregung erlebt oder ein Wunsch nach operativen körperverändernden Maßnahmen verbunden wird.

Auch hier sollte aus den selben Gründen terminologischer Präzision (vgl. Transsexualität versus Transsexualismus, s.o.) die Bezeichnung *Transvestität* eingeführt werden, was bereits in der bisher gebräuchlichen personalen Sprachformen *Transvestit* sowie (adjektivisch) *transvestitisch* zum Ausdruck kommt. Bei Zugrundelegung der terminologisch unpräzisen Bezeichnung *Transvest(it)ismus* müssten die entsprechenden Begriffe konsequent *Transvest(it)ist* bzw. (adjektivisch) *transvest(it)istisch* lauten, was jedoch in keiner Abhandlung zum Thema Geschlechtsidentitätsstörung oder Paraphilien zu finden ist. Folgt man den hier dargelegten terminologischen Differenzierungen, so könnte unter der Bezeichnung *Transvest(it)ismus* am ehesten das überzeugungsbegründete, gesellschaftspolitische Engagement für *Cross-Dressing* (s.o.) verstanden werden, wie es häufig im Rahmen sexualpolitischer Veranstaltungen zum Ausdruck gebracht wird (vgl. *Christopher Street Day* etc.).

Aus den dargelegten Gründen wird von den Autoren für die transsexuelle Ausprägungsform einer Geschlechtsidentitätsstörung (ICD-10: F 64.0; DSM-IV-TR: 302.85) die Beibehaltung der ebenfalls auf Magnus Hirschfeld (1923) zurückgehenden und ursprünglich im ICD-9 geführten Bezeichnung „Transsexualität“ (ICD-9: 302.5, vgl. Degwitz et al. 1980) präferiert und, für die (nicht mit sexueller Erregung gekoppelte) Neigung zum Geschlechtsrollenwechsel durch das Tragen von Frauenkleidern bei Männern, die Bezeichnung „Transvestität“ vorgeschlagen. In der sexualmedizinischen Terminologie der hier vorgestellten Übersicht über die Sexualstörungen werden beide Begriffe entsprechend verwendet. Bezogen auf den Terminus *Transsexualität* wird dies zunehmend auch in anderen Übersichtsarbeiten zum Thema Geschlechtsidentitätsstörungen so gehandhabt (vgl. Hartmann & Becker 2002, Senf et al. 2004).

Tab. 1 Vorschlag zur terminologischen Differenzierung im Bereich Geschlechtswechsel versus Geschlechtsrollenwechsel

Empfinden/Erleben/ Bedürfnis/Wunsch	Verhalten/Realisation/ Manifestation	Überzeugung//Einstellung/Haltung
Geschlechtswechsel	Transsexualität	Transsexualismus
Geschlechtsrollenwechsel	Transvestität	Transvest(it)ismus

4. Störungen der sexuellen Reproduktion (F 69)

Synonym: Sexuelle Reproduktionsstörungen

Die stammesgeschichtliche Hervorbringung der sexuellen und zweigeschlechtlichen Fortpflanzung ist jüngerer Datums und birgt – vor allem beim Menschen – besondere Risiken, denn hier sind Paarung und Vermehrung miteinander verknüpft und die Partnerbindung steht auch im Dienste der Nachwuchsaufzucht. Daraus resultierte evolutionsbiologisch ein sozialer Bedeutungszuwachs des „Brutpflege-“ und Sexualverhaltens, welches eben auch zur Förderung der Partnerbindung und des Gruppenzusammenhaltes eingesetzt wird (Beier et al. 2001). Genau dieser Themenkomplex ist bei Störungen der sexuellen Fortpflanzungsdimension tangiert und führt zu Symptombildern, unter denen die Betroffenen in erheblichem Maße leiden und/oder die ihre soziale Integration gefährden. Die Störungen sind charakterisiert durch psychische und psychophysiologische Beeinträchtigungen der sexuellen Fortpflanzungsdimension der Sexualität in ihren unterschiedlichen Phasen (Zeugung, Empfängnis, Schwangerschaft, Geburt sowie Kindespflege/-erziehung); sie verursachen deutliches Leiden und /oder zwischenmenschliche Schwierigkeiten.

Ein Beispiel für diesen Indikationsbereich ist die negierte Schwangerschaft, die schlimmstenfalls sogar forensische Konsequenzen haben kann, wenn sie mit einer „Kindebstörung unter der Geburt“ endet (vgl. Beier 2000). Sie stellt im Übrigen – geburtsmedizinischen Daten zufolge – kein seltenes Ereignis dar (ca. 1 Fall auf 475 Geburten, vgl. Wessel & Buscher 2002).

So wie Störungen der Sexualpräferenz bei Männern in den verschiedenen bekannten Varianten von Paraphilien und damit vor allem auf der Ebene der Lustdimension der Sexualität zum Ausdruck kommen können, scheint es als Störungen der sexuellen Fortpflanzungsdimension eine entsprechende Geschlechtswendigkeit bei Frauen zu geben, die sich auf der Ebene der sexuellen Reproduktion abspielt. Sie kann in gleicher Weise mit erheblichem Leidensdruck verbunden sein, wie Paraphilien bei Männern, sind aber vor allem durch ein eben so großes Fremdgefährdungspotential gekennzeichnet, wie die potentiell übergreifigen (dissexuellen) Präferenzausprägungen bei Männern.

Während bei Störungen der Sexualpräferenz bei Männern der Schauplatz des Erlebens ganz überwiegend die Lustdimension der Sexualität darstellt (genitale Erregung und Orgasmus etc.), spielt sich ein entsprechend konflikthaftes Erleben bei Frauen demnach

auf der Fortpflanzungsdimension der Sexualität ab (Schwangerschaft/Geburt/Mutterschaft), worin auch hier die Geschlechtstypizität des sexuellen Erlebens und Verhaltens zum Ausdruck kommt. Während Störungen der Sexualpräferenz bei Männern eine starke gesellschaftliche Aufmerksamkeit verzeichnen und die Auseinandersetzung mit verschiedenen Erscheinungsformen von Paraphilien (vor allem der Pädophilie) zuzunehmen scheint, findet eine Auseinandersetzung mit entsprechend konflikthaften Erlebnis- und Verhaltensvarianten bei Frauen so gut wie keine gesellschaftliche Beachtung, sondern scheint dem gegenüber mit einem starken Tabu belegt zu sein.

Dies verwundert um so mehr, als Medienberichte über chronische (ungeklärte) ungewollte Kinderlosigkeit auf der einen und eingebilddete Schwangerschaft auf der anderen Seite genau so zunehmen, wie Berichte über nicht wahrgenommene oder verheimlichte Schwangerschaften bei jungen Frauen und Berichte von Müttern, die ihre Kinder unmittelbar nach der Geburt aktiv selbst getötet haben oder später in Form von Misshandlung und Vernachlässigung z.B. durch Nahrungsentzug haben verhungern oder sonst wie sterben lassen.

Weil eine Kodierung der Störungen der sexuellen Fortpflanzungsdimension bis dato weder im ICD-10 noch im DSM-IV-TR möglich ist, kann der Störungsbereich trotz erheblicher (zunehmender), klinischer Relevanz bis dato lediglich über die Hilfskodierung F 69 „Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung bei Erwachsenen“ klassifiziert werden. Auch hier besteht Ergänzungs- und Verbesserungsbedarf für zukünftige Revisionen der Klassifikationssysteme.

Differentialdiagnostisch wichtig erscheint noch die Abgrenzung zum Indikationsbereich F 53 „Psychische und Verhaltensstörung im Wochenbett“, der eine anderen Problembereich umfasst, als die hier darge-

stellten „Störungen der sexuellen Reproduktion“ und darum nicht verwechselt werden darf.

Störungen der sexuellen Reproduktion F 69

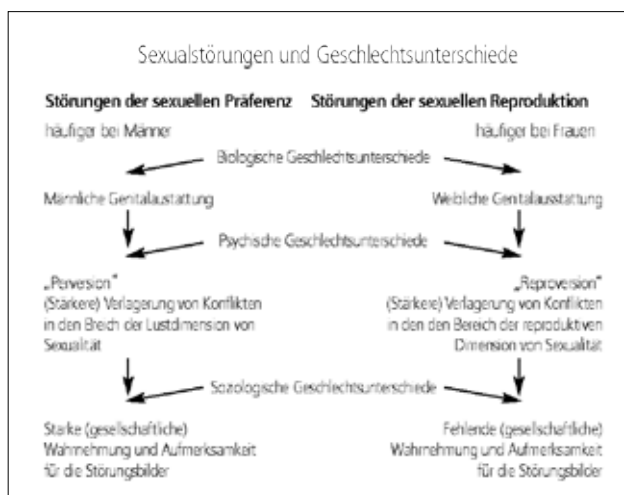
ICD-10	DSM-IV-TR	Anmerkungen
Klinisch relevante Störungsbilder wie die negierte Schwangerschaft sind auch mit Hilfskonstruktionen nicht zu kodieren. So sind die Kategorien F 43.2 (ICD-10) oder 309.0 (DSM-IV) „Anpassungsstörungen“ nur für eine Symptombdauer von max. 6 Monaten vorgesehen und die Kategorie F 53 (ICD-10) bezieht sich auf „psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett“. Allein die Restkategorie F 69: Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- u. Verhaltensstörung bei Erwachsenen“ kann bis dato zur Kodierung genutzt werden.		
		Schaffung einer eigenständigen Klassifikationsmöglichkeit dringend geboten.

Terminologischer Exkurs

Die unter dieser Bezeichnung zusammengefassten Störungsbilder sind im Deutschen nur schwer auf einen gemeinsamen Begriff zu bringen, was auch ein Hinweis darauf sein könnte, dass es sich um einen (eben auch sprachlich) noch nicht hinreichend durchdrungenen Bereich handelt. Gemeint sind Störungen, welche die Fortpflanzungsdimension von Sexualität betreffen, also Zeugung/Empfängnis, Schwangerschaft, Geburt und Kindesversorgung – was eben auch hier bio-psycho-sozial verstanden wird, weil es sich nicht nur um biologische Vorgänge handelt, sondern diese in Phantasie und Vorstellung eine erhebliche (psychische) Bedeutung haben (Stichwort Kinderwunsch), die wiederum nicht außerhalb der (sozialen) Beziehungsdimension von Sexualität stehen.

Der Begriff „Fortpflanzung“ scheint vor diesem Hintergrund zu eng, weil er mit den biologischen Zusammenhängen gleichgesetzt werden könnte und dann allenfalls die Unterscheidung zwischen asexueller und sexueller Fortpflanzung nachvollziehbar machte, wobei letztere biologisch auf der Verschmelzung zweier geschlechtlich unterschiedlicher Keimzellen beruht, die durch anschließende mitotische Teilung ein neues Individuum hervorbringt und eine Neukombination der Erbanlagen bedingt.

Der Begriff der „Reproduktion“ hingegen wird zwar vielfach mit „Fortpflanzung“ gleichgesetzt, umfasst sprachlich aber doch einen größeren Bereich und meint „Nachbildung oder Wiedergabe“, nicht nur im biologischen Bereich, da es Wiedergabe und Nachbildung beispielsweise auch von Gedächtnis-, Wahrnehmungs- oder Denkinhalten gibt (für das Verständnis



insbesondere der postnatalen Störungen wichtig). Die Benennung „Störungen der sexuellen Reproduktion“ ist daher – bei allen Vorbehalten – noch am ehesten geeignet, die hier gemeinten Störungsbilder über den engen Kreis der biologischen Fortpflanzung hinaus abzubilden. Der Zusatz „sexuell“ ist erforderlich, weil es auch eine nicht-sexuelle Reproduktion, etwa im Bereich der Drucktechnik, der Kunst, aber eben auch im Bereich der Reproduktionsmedizin gibt. Wichtig erscheint daher auch die Feststellung, dass die hier beschriebenen „Störungen der sexuellen Reproduktion“ nicht mit dem Indikationsbereich der Reproduktionsmedizin identisch und mit reproduktionsmedizinischen Versorgungsangeboten auch nicht behandelbar sind.

5. Störungen der sexuellen Präferenz (Paraphilien) (F 65)

Synonym: Störungen der Sexualpräferenz bzw. sexuelle Präferenzstörungen

Unter dieser Bezeichnung werden Störungsbilder verstanden, bei denen die betroffenen Personen unter abweichenden sexuellen Impulsen (*Paraphilien*) leiden. Das bedeutet, Personen, die über abweichende sexuelle Neigungen verfügen, jedoch nicht darunter leiden, werden auch nicht als gestört oder behandlungsbedürftig angesehen, solange sie weder andere noch sich selbst durch ihre abweichenden sexuellen Bedürfnisse beeinträchtigen oder gefährden. Zu solchen Paraphilien, die im ganz überwiegenden Teil nur Männer betreffen, gehört zum Beispiel die ausschließliche oder überwiegende sexuelle Erregbarkeit mit und/oder durch Gegenstände(n) wie Schuhe, Strümpfe, Wäsche etc. (sog. „Sexueller Fetischismus“ F 65.0) oder die Vorliebe, frauentypische Kleidungsstücke zu tragen (z.B. Seidenstrümpfe und Dessous), weil dies als sexuell erregend erlebt wird (sog. „Transvestitischer Fetischismus“ F 65.1). Weiter gehört zu dieser Gruppe von abweichenden sexuellen Neigungen z.B. das Erleben sexueller Erregung durch das Ausüben oder Erdulden von Macht und Ohnmacht, Dominanz und Unterwerfung sowie dem Beibringen oder Erleiden von Schmerzen (sog. „Sexueller Sado-/Masochismus“ F 65.5), das Einbeziehen von Fäkalien in die sexuelle Interaktion (sog. „Uro-/Koprophilie“, F 65.9) sowie z.B. auch das Erleben sexueller Erregung durch das Abschnüren der Sauerstoffzufuhr (sog. „Hypoxyphilie“ F 65.9) u.s.w. Auch die sexuelle Erregbarkeit durch vorpubertäre Kinderkörper (sog. „Pädophilie“ F

65.4) gehört zur Gruppe der Präferenzstörungen, solange es durch die entsprechenden Empfindungen nicht zu tatsächlichen, d.h., realisierten sexuellen Handlungen mit Kindern kommt. In einem solchen Fall würde man von *pädosexuellen Handlungen* bzw. von *Pädosexualität* (Dannecker 1987; s.u.) sprechen, die damit diagnostisch in die Kategorie der „Sexuellen Verhaltensstörungen“ (Dissexualität, s.u.) fallen.

Gleiches gilt für die Neigung, zur eigenen sexuellen Erregung andere Menschen in intimen Situationen gezielt zu beobachten (sog. „Voyeurismus“ F 65.3) sowie für den Drang, zur sexuellen Erregung die eigenen Genitalien vor Frauen und Kindern zu entblößen bzw. zu präsentieren und ggf. dabei zu masturbieren (sog. „Exhibitionismus“ F 65.2). Solange die jeweiligen Bedürfnisse und Impulse sich in der Phantasie der Betroffenen abspielen bzw. nicht zu Beeinträchtigungen der sexuellen Selbstbestimmung anderer Menschen führen, sind diese Neigungen dem Bereich der sexuellen Präferenzstörungen (Paraphilien) zuzuordnen. Erst durch die Umsetzung entsprechender Impulse in reales, fremdbeeinträchtigendes und damit dissexuelles Verhalten (d.h. zum Schaden Dritter) verlassen diese Neigungen den Bereich der bloßen sexuellen Präferenzstörungen und werden (ggf. zusätzlich) unter der Kategorie der sexuellen Verhaltensstörungen (Dissexualität, s.u.) kodiert. Gemeinsam ist all diesen sexuellen Vorlieben und Neigungen wie erwähnt, dass sie solange nicht als krankheitswerte und darum behandlungsbedürftige Sexualstörungen angesehen werden, wie die so empfindenden Personen nicht sich oder andere durch ihr Verhalten bzw. ihre Handlungen beeinträchtigen oder schädigen und solange mit der jeweiligen sexuellen Vorliebe kein Leidensdruck und keine soziale Desintegration für die betreffende Person selbst verbunden ist.

Im Vordergrund der psychotherapeutischen Behandlung steht bei Paraphilien zunächst die klare Identifikation der sexuellen Präferenzstruktur des Betroffenen, damit dieser die Möglichkeit bekommt, seine sexuellen Vorlieben und Neigungen in sein sexuelles Selbstbild und damit in seine sexuelle Identität zu integrieren. Weil – nach derzeitigem Stand des sexualwissenschaftlichen Forschungsstandes – die sexuelle Präferenzstruktur des Menschen mit Ende der Pubertät endgültig konfiguriert ist und sich damit lebenslang nicht mehr grundlegend ändert (s.o.), kommt es im weiteren Verlauf der Behandlung darauf an, den Betroffenen die Möglichkeit zu geben, ihre sexuellen Wünsche und Bedürfnisse sicher erkennen und kontrollieren zu können und – sofern eine Partnerschaft besteht – diese so weit wie möglich in die sexuelle Interaktion der partnerschaftlichen Beziehung zu inte-

grieren, wozu die Einbeziehung der Partnerin oder des Partners nachvollziehbarerweise unerlässlich ist.

Das Besondere bei paraphilen Impulsmustern besteht damit nicht nur in ihrem Beginn in der Jugend, sondern vor allem auch in ihrer Unveränderbarkeit über das gesamte Leben. Dies macht gerade erforderlich, dass die Betroffenen sich mit diesen inneren Erlebensanteilen „arrangieren“ müssen und dadurch mehr oder weniger stark nicht nur mit Selbstzweifeln konfrontiert sind, sondern vor allem mit der Frage, ob ein Partner oder eine Partnerin sie wirklich akzeptieren würde bzw. könnte. Diese Verunsicherung kann das syndyastische Erleben („Kann ich beim anderen wirklich Annahme finden?“) so stark tangieren, dass sie das Anknüpfen von Beziehungen erschwert oder bestehende Partnerschaften besonders gefährdet.

Störungen der sexuellen Präferenz F 65

ICD-10	DSM-IV-TR	Anmerkungen
Hinreichende Verschlüsselung der wichtigsten Störungsbilder möglich z. B. F 65.0 „Fetischismus“	Hinreichende Verschlüsselung der wichtigsten Störungsbilder unter dem Oberbegriff „Paraphilien“ möglich z. B. 302.81 „Fetischismus“	Einige aus klinischer Sicht eher häufige Paraphilien (z. B. die Koprophilie oder die Urophilie) sollten nicht in der Restkategorie „untergehen“, sondern gesondert verschlüsselt werden können.

Terminologischer Exkurs

Sowohl in der wissenschaftlichen Literatur, als auch im gesellschaftlichen Umgang mit dem Thema *sexuelle Übergriffe auf Kinder* herrscht keine einheitliche Begriffsverwendung, wodurch auch in der öffentlichen Diskussion zum Thema *Pädophilie* nicht zutreffend zwischen den verschiedenen zugehörigen Begriffen differenziert wird. Außerdem ist in den Medien spätestens seit Beginn des 21. Jh. eine zunehmende, gleichmacherische „Superlativierung“ der in diesem Kontext benutzten Bezeichnungen erkennbar, wobei hier sowohl veraltete Begriffe, wie *Päderastie* (s.u.), als auch Neuschöpfungen, wie *Pädokriminalität* in Erscheinung treten. Immer öfter wird vor allem der Terminus *Pädophilie* fälschlicherweise generell mit dem Begriff *Pädosexualität* (s.u.) gleichgesetzt bzw. gegen diesen ausgetauscht (vgl. Bandschuh 2001, Braun et al. 2003).

Als Begründung für *sexuellen Missbrauch* (juristischer Begriff, § 176 StGB) wird in den Medien so gut wie immer *Pädophilie* (sexualmedizinischer Begriff;

vgl. Krafft-Ebing 1896) angeführt. Und dies, obwohl bekannt ist, dass ein großer Anteil von sexuellen Übergriffen auf Kinder im – meist familiären – sozialen Nahraum der Opferkinder verübt wird. Nämlich von (Stief-) Vätern, älteren (Stief-) Brüdern oder sonstigen nahe stehenden Verwandten (Onkel, Schwager, Cousin etc.), wozu thematisch eher der Begriff *Inzest* gehören würde: „Zwischen Inzest und Pädophilie gibt es einige Unterschiede. So findet Inzest definitionsgemäß zwischen Angehörigen der selben Familie statt. (Die häufigsten inzestuösen Beziehungen werden unter etwa gleichaltrigen Geschwistern vermutet). Im Allgemeinen sind Inzestopfer älter als Kinder, die zum Objekt pädophilen Begehrens werden; denn in den Vätern erwacht das Interesse für ihre Töchter erst dann, wenn diese Zeichen körperlicher Reife tragen. Den Pädophilen reizen – wegen ihrer Unreife – die präpubertären Mädchen und Jungen“ (Fiedler 2004: 292). Personen, die sexuell ausschließlich oder überwiegend auf vorpubertäre Kinder ausgerichtet sind (und nur das benennt der Begriff Pädophilie), leben – nach derzeitigem Stand der sexualwissenschaftlichen Kenntnis – überwiegend nicht in festen Partnerschaften bzw. Sexualbeziehungen mit altersähnlichen Partnerinnen oder Partnern und demzufolge i.d.R. auch nicht in den sozialen bzw. familiären Verhältnissen, in denen ein Großteil der Fälle von sexuellem Kindesmissbrauch verübt werden. Durch Studien, in denen Täter von sexuellem Kindesmissbrauch daraufhin untersucht wurden, ob sie entsprechend der Kriteriologie des DSM-IV die Diagnose Pädophile erhalten würden, stellte sich heraus, dass mit 12-20 % nicht mal ein Viertel der wegen sexuellen Kindesmissbrauchs verurteilten Sexualstraftäter als pädophil angesehen werden können (vgl. APA, 1999). Es ist daher unzulässig, als motivationalen Hintergrund für sexuellen Kindesmissbrauch automatisch Pädophilie zu unterstellen.

Pädophilie ist die ausschließliche oder überwiegende sexuelle Ansprechbarkeit durch vorpubertäre Kinderkörper. Über das sexuelle Verhalten einer Person sagt der Begriff nichts aus, sondern lediglich über die *sexuelle Ausrichtung* (s.o.) auf das präferierte präpubertäre Körperschema potentieller begehrter Sexualpartner. Konkrete (realisierte) sexuelle Handlungen eines Erwachsenen vor, an oder mit einem (vorpubertären) Kind werden dem gegenüber als *pädosexuelle Handlungen* bezeichnet und beschreiben damit ausschließlich eine sexuelle Verhaltensäußerung (und nicht automatisch eine möglicherweise im Hintergrund stehende Pädophilie). Mit anderen Worten: Der Begriff Pädosexualität beschreibt nach sexualmedizinischer Definition eine sexuelle Verhaltensäußerung und nicht eine Form von sexueller Ausrichtung (als Bestandteil

der sexuellen Präferenz). Anders-herum besagt die sexuelle Ausrichtung (Pädophilie) nicht automatisch, dass ein entsprechendes Verhalten an den Tag gelegt wird. Das bedeutet zusammengefasst: Pädophilie ist nicht gleich Pädosexualität und umgekehrt.

Eine Analogie bilden die Begriffe *Homophilie* und *Homosexualität*: Unter Homophilie versteht man die *sexuelle Orientierung* (s.o.) auf das eigene bzw. gleiche Geschlecht. Über das tatsächlich realisierte Sexualverhalten einer Person sagt der Begriff nichts aus (sondern lediglich über deren sexuelle Orientierung als ein Teil der sexuellen Präferenzstruktur). Unter Homosexualität versteht man hingegen realisierte sexuelle Interaktion mit einem gleichgeschlechtlichen Partner, also eine Form von (realisiertem) Sexualverhalten (vgl. Ahlers 2000).

Von Pädophilie abzugrenzen ist weiterhin die sexuelle Ansprechbarkeit durch postpubertäre Jugendliche, die sog. *Hebephilie* (vgl. Hirschfeld 1906). Bezogen auf jugendliche Mädchen spricht man hier von sog. *Parthenophilie* (vgl. Hirschfeld 1906) und bezogen auf die sexuelle Ansprechbarkeit durch postpubertäre Jungen von der sog. *Ephebophilie* (vgl. Hirschfeld 1906). Gegenstand der Hebephilie ist die sicht- bzw. erkennbare Geschlechtsreife durch die Ausbildung sekundärer Geschlechtsmerkmale, wie z.B. Brustwachstum bzw. -ausbildung bei Mädchen und Stimmbruch bzw. Bartwuchs bei Jungen. Darüber hinaus stellen bei beiden Geschlechtern die geschlechtstypisierende Veränderung des Körperschemas (Figur) sowie das Einsetzen der Sexualbehaarung im Achsel- und Genitalbereich sexuelle Stimulie für eine hebephile Sexualpräferenz dar. Bei der Hebephilie handelt es sich um eine sexualbiologisch erwartbare Reaktionen, die demzufolge nicht als Störung der sexuellen Präferenz (s.o.) kategorisiert wird. Auch hier beschreiben die Begriffe lediglich eine gegebene sexuelle Ansprechbarkeit durch ein entsprechendes sexuelles Reizmuster, nicht hingegen realisiertes Sexualverhalten.

Der (veraltete) Begriff *Päderastie* (vgl. Casper 1852, Moll 1891, Krafft-Ebing 1896) bezeichnet demgegenüber die reale, (auch) sexuelle Beziehung eines erwachsenen Mannes zu einem postpubertären, d.h., sexuell bzw. geschlechtlich reifen, männlichen Jugendlichen (und eben gerade nicht zu einem Kind), die z.B. im antiken Griechenland eine sozial integrierte und tolerierte sowie gesellschaftlich institutionalisierte Beziehungsform darstellte (vgl. Dover 1983, Rinsberg 1993, Hubbard 2003). Weil es sich bei den mit dem Begriff Päderastie beschriebenen Formen sexueller Kontakte (bei gegebener Einvernehmlichkeit) weder um eine Störung der Sexualpräferenz, noch um eine Störung des Sexualverhaltens handelt (vor allem

auch nicht um dissexuelle Handlungsqualitäten, s.u.), spielt der Begriff (Päderastie) im klinischen Kontext keine Rolle und stellt folglich auch keinen sexualmedizinischen Terminus (mehr) dar.

Zur Qualität von potentiellen oder realen sexuellen Kontakte zwischen pädophilen Männern und Kindern sei noch erwähnt, dass aus der empirischen Sexualforschung bekannt ist, dass penetrative sexuelle Praktiken, vor allem Analverkehr (veralt. sog. *Pedication*, vgl. Marcuse 1926), in diesem Kontext äußerst selten sind bzw. eine Ausnahme darstellen. Neben jeder Art von allgemeinem Körperkontakt spielen im Spektrum tatsächlich sexueller Handlungen viel mehr manuell-genitale bis allenfalls oral-genitale Stimulationsformen eine Rolle. Dieses, in der klinischen Sexualwissenschaft seit langem bekannte Phänomen, wird mittlerweile auch in anderen Publikationen so beschrieben: „Da die meisten pädophilen Menschen ihrem sexuellen Drang selten rückhaltlos und in vielen Fällen liebevoll und sanft nachgehen, müssen sich die betroffenen Kinder nicht immer belästigt fühlen; sie können einvernehmliche und aktive Beteiligte sein. (...) Häufig begnügt sich ein Pädophiler damit, die Haare des Kindes zu streicheln, kann aber auch dessen Genitalien berühren und es ermuntern, dasselbe mit den seinen zu tun. Eher selten werden bei Pädophilen Gewalthandlungen beobachtet, die in solchen Fällen jedoch durchaus gefährvolle Aktivitäten beinhalten, wie z.B. Fellatio, Cunnilingus, Versuche einer Penetration der Vagina oder des Anus mittels Fingern, fremden Gegenständen oder Penis“ (vgl. Fiedler 2004: 292).

In den 90er Jahren der 20. Jh. prägten Kinderschutzorganisationen das Kunstwort *Pädokriminalität*. In diversen Petitionen des UNHCHR (United Nations High Commissioner for Human Rights), der WHO (World Health Organisation) sowie der UNICEF (United Nations Children's Fund) wird das Wort Pädokriminalität (*pédocriminalité*, *pedocriminality*) zusammenfassend für den Themenkomplex rund um sexuellen Kindesmissbrauch, Kinderhandel, Kinderprostitution und Kinderpornographie verwendet (vgl. www.wikipedia.org, 2005). Hieran wird deutlich, dass der Begriff Pädokriminalität die sexualwirtschaftliche Ausbeutung von Kindern in Form von Versklavung, Prostitution und Pornografie beschreibt. Der motivationale Hintergrund von Pädokriminalität ist demnach kommerziell. Ob bei den Tätern eine sexuelle Ausrichtung auf Kinder besteht, ist fraglich, zumindest aber ungeklärt, weshalb eine Gleichsetzung mit dem Terminus Pädophilie auch hier nicht nur nicht gerechtfertigt erscheint, sondern sachlich falsch ist.

In der medialen Berichterstattung sowie im gesellschaftlichen Diskurs – vor allem im Internet – wird

immer wieder die Behauptung aufgestellt, Pädophile seien Menschen, die für die Legalisierung von sexuellen Kontakten zwischen Erwachsenen und Kindern einträten. In der Tat existieren vor allem im Internet verschiedene Portale, Foren und Vereine, deren Betreiber mehr oder minder explizit die Legalisierung sexueller Kontakte zwischen Erwachsenen und Kindern propagieren und fordern. Vor dem Hintergrund der Häufigkeit pädophiler Präferenzausprägungen, die nach internationalen Studien bei ca. (+/-) 1 % der Gesamtbevölkerung liegen dürften (vgl. Briere & Runtz 1989), wird aber deutlich, dass es sich bei diesen ideologisch motivierten und gesellschaftspolitisch engagierten Personen um eine Minderheit innerhalb der Gruppe der Pädophilen handeln dürfte, die eine Verallgemeinerung auf alle Betroffenen als ungerechtfertigt erscheinen lässt⁴. Zwar ist klar, dass der gesellschaftliche Ablehnungsdruck gegen ein offenes Eintreten für ein solches Ziel enorm ist und sich daher viele Personen nicht getrauen werden, ein solches Anliegen öffentlich zu vertreten, aber dennoch ist zumindest aus der sexualmedizinischen Praxis bekannt, dass viele Pädophile diese Ziele nicht teilen, sondern dass es auch Betroffene gibt, die ein Problembewusstsein bezüglich sexueller Kontakte zwischen Erwachsenen und Kindern aufweisen und deswegen ihre sexuellen Impulse bewusst nicht ausleben wollen. Darüber hinaus existieren auch Internetportale, in denen sich Pädophile explizit gegen das Ausleben ihrer sexuellen Phantasien aussprechen und vor diesem Hintergrund neben dem Hauptanliegen des Kinderschutzes, auch für eine gesellschaftliche Emanzipation der Pädophilie eintreten (vgl. www.schicksal-und-herausforderung.de). Solche alternativen Selbstdarstellungen von Pädophilen sind allerdings (noch) so selten, dass die *pädo-sexualistischen* (s.u.) Angebote das Erscheinungsbild der Pädophilie in der öffentlichen Wahrnehmung bestimmen, obwohl hinter ihnen aller Wahrscheinlichkeit nach nur eine relativ kleine Minderheit politisch-ideologischer „Pädo-Aktivist“ steht, die aber das hierfür prädestinierte Medium Internet weitgehend dominieren.

Zur Differenzierung dieser verschiedenen Gruppen von Pädophilen wird für das ideologisch motivierte und gesellschaftspolitisch engagierte Eintreten für die Legalisierung von sexuellen Kontakten zwischen Erwachsenen und Kindern der Begriff *Pädosexualismus* vorgeschlagen. Er soll dazu dienen, die Stigmatisierung von Pädophilen zu verringern, die verantwortlich mit ihrer sexuellen Ausrichtung umgehen, indem sie auf das Ausleben ihrer sexuellen Bedürfnisse ver-

zichten, weil sie über ein Problembewusstsein bezüglich sexueller Kontakte zwischen Erwachsenen und Kindern verfügen.

Wichtig erscheint hierbei zu erwähnen, dass aus sexualwissenschaftlicher Sicht ein Verzicht auf das Ausleben pädophiler Impulse nicht deswegen als verantwortungsvoller Umgang mit der eigenen Sexualpräferenz anzusehen ist, weil aus sexuellen Kontakten zwischen Erwachsenen und Kindern unweigerlich psychotraumatische Schäden für das Kind erwachsen, sondern, weil sich nicht ausschließen lässt, dass hierdurch für ein Kind psychische Traumatisierungen entstehen können.

Pädophilie stellt also eine besondere Ausprägungsform einer sexuellen Präferenz dar, nämlich die sexuelle Ausrichtung auf Kinder. Eine solche sexuelle Ausrichtung ist keine Wahlentscheidung, sondern – nach dem derzeitigen Stand der sexualwissenschaftlichen Kenntnis – das Produkt eines bio-psycho-sozialen Entstehungsprozesses. Deswegen darf man die sexuelle Präferenz auch niemandem zum Vorwurf machen. Die Betroffenen sind nicht schuld an ihren sexuellen Gefühlen, aber sie sind verantwortlich für ihr sexuelles Verhalten. Verurteilen und bestrafen kann man und muss man allerdings unrechtmäßige sexuelle Verhaltensweisen und Handlungen, wie beispielsweise sexuelle Übergriffe auf Kinder, und zwar unabhängig davon, ob ein Täter pädophil ist oder nicht. Aus diesem Grund unterscheidet man in der Sexualmedizin zwischen Störungen der sexuellen Präferenz (z.B. Pädophilie) und Störungen des sexuellen Verhaltens (z.B. sexuelle Nötigung oder Vergewaltigung, auch von Kindern, vgl. Pädosexualität).

Niemand würde beispielsweise eine Person, die HIV-infiziert ist, mit dem Begriff *Mörder* gleichsetzen, obwohl die Person potentiell (z.B. durch ungeschützten GV) eine andere Person infizieren und dadurch mittelbar töten könnte. Das heißt, die Eigenschaft der Person (HIV-Infektion) wird (außer vielleicht von religiösen Fundamentalisten) von niemandem zu Diffamierungszwecken missbraucht. Lediglich verantwortungsloses Verhalten eines HIV-Infizierten kann diesem zur Last gelegt werden, nicht aber seine Eigenschaft. Die Tendenz, Pädophile mit Sexualstraftätern gleichzusetzen ist hingegen unverändert hoch. Obwohl es sich hier genau so um eine potentielle Gefährdung handelt, die von Pädophilie ausgehen kann. Das heißt, mit einer solchen Gleichsetzung wird eine Eigenschaft (Pädophilie) diskriminiert und nicht ein Verhalten verurteilt.

Das bedeutet zusammengefasst, dass es aus sexualwissenschaftlicher Perspektive falsch ist, eine Person aufgrund ihrer sexuellen Präferenz (z.B. Pädophi-

⁴ Ansonsten müsste man ungleich viel mehr Initiativen zu Legalisierung sexueller Kontakte zwischen Erwachsenen und Kindern erwarten dürfen.

lie) zu diskriminieren, geschweige denn zu verurteilen, aber natürlich zulässig und notwendig, dies wegen sexueller Handlungen und Verhaltensweisen zu tun, durch die oder bei denen ein anderer Mensch Schaden nimmt (z.B. sexuelle Nötigung oder Vergewaltigung, auch von Kindern). Hierin besteht aus sexualwissenschaftlicher Sicht der Unterschied zwischen Pädophilie und Pädosexualität. Zur Benennung aller anderen Paraphilien (F 65) ist anzumerken, dass auch hier die durchgehende Begriffskonstruktion mit der Endung „-ismus“ daran erinnert, dass zur Zeit der Begriffsbildung (überwiegend 19. Jh.) in der damals „zuständigen“ Psychiatrie die moralische Vorstellung vorherrschte, dass Betroffene für ihre Neigung sehr wohl etwas könnten und abweichende Bedürfnisse durchaus auch etwas mit negativen Einstellungen, schlechten Angewohnheiten, „Wesensschwäche“ oder gar „Charakterneurose“ zu tun haben – folglich also auch Willensbildung und Wahlentscheidung zum Ausdruck brächten. Auch in diesem Indikationsbereich wäre demnach – vor dem Hintergrund einer biopsychosozialen Ätiopathogenese – eine umfassende terminologische Revision indiziert, die jedoch den Rahmen der hiesigen Ausführungen sprengen würde.

Tab. 2 Vorschlag zur terminologischen Differenzierung im Bereich sexuelle Präferenz versus sexuelles Verhalten

Empfinden/Erleben/ Bedürfnis/Wunsch	Verhalten/Realisation /Manifestation	Überzeugung/Einstellung/ Haltung
Homophilie	Homosexualität	Homosexualismus
Pädophilie	Pädosexualität	Pädosexualismus

6. Störungen des sexuellen Verhaltens (Dissexualität) (F 63.8)

Synonym: Störungen des Sexualverhaltens bzw. sexuelle Verhaltensstörungen

Unter dieser Bezeichnung werden sämtliche sexuellen Verhaltensweisen zusammengefasst, bei denen das Wohl und die sexuelle Selbstbestimmung anderer Menschen beeinträchtigt oder geschädigt wird und die aus diesem Grunde strafrechtlich verfolgt werden können. Insgesamt sind mit dieser Störungsgruppe – unabhängig von ihrer strafrechtlichen Relevanz oder Verfolgbarkeit – sämtliche sexuellen Übergriffe (ob psychisch oder physisch) gegen die sexuelle Selbst-

bestimmung gemeint, die unter dem Begriff *Dissexualität* zusammengefasst werden (vgl. Beier 1995).

Störungen des Sexualverhaltens beginnen mit sexuell motiviertem, gezieltem Aufsuchen von Situationen, in denen andere Menschen (zur eigenen sexuellen Erregung) in intimen Situationen beobachtet werden können. Dabei werden zur Ermöglichung dieser sog. voyeuristischen Beobachtungen mit unter bewusst und willentlich auch Grenzen der Privatsphäre und des Hausfriedens überschritten (Betreten von Privatgrundstücken, Nutzung von Leitern vor Fenstern, auf Dächern, Besteigen von Balkonen etc.). Außerdem zur Gruppe der sexuellen Verhaltensstörungen gehört das bewusste sichtbare Entblößen und ggf. masturbatorische Präsentieren des Genitales (überwiegend vor Frauen und/oder Kindern) sowie das uneinvernehmliche Berühren oder Anfassen (überwiegend von Frauen oder Kindern) im Brust- oder Perigenitalbereich in der Öffentlichkeit.

Des Weiteren können sich Störungen des Sexualverhaltens ausdrücken in sexuell motivierter Belästigung via Post, E-Mail, SMS, Telefon oder direkter (obszöner) Ansprache von Opfern. Dieses Problemverhalten kann sich ausweiten zum (auch räumlichen) sexuell motivierten Nachstellen und Verfolgen von Opfern, dem so genannten *Stalking*. Stalking stellt eine Form von sexueller Verhaltensstörung da, bei der eine Person die vergangene, gegenwärtige oder nur imaginierte sexuelle Beziehung zu einer anderen Person gegen deren Willen aufrecht zu erhalten oder (wieder?) herzustellen versucht, indem sie die „begehrte“ Person telekommunikativ oder real verfolgt, bedroht, belagert oder sogar tödlich angreift und damit in einem Ausmaß belästigt, dass die „begehrte“ Person in ihrer freien Lebensführung erheblich beeinträchtigt und eingeschränkt wird. In der anglo-amerikanischen Literatur werden die Täter als „intimacy-seeking stalkers“ bezeichnet (vgl. Mullen et al. 1999), was zutreffend auf die auch hier beteiligte Beziehungsdimension der Sexualität verweist (s.o.) und damit einem Versuch entspricht, eine (auch sydyastische) Beziehung gegen den Willen des Opfers zu erzwingen. In der überwiegenden Zahl der Fälle werden Frauen von Männern verfolgt, wohingegen Männer – die zwar viel seltener von Stalking betroffen sind – etwa gleich häufig von Frauen oder Männern verfolgt werden. In ca. drei Viertel der Fälle kennen die Opfer ihren Verfolger. Die größte Gruppe der Verfolger rekrutierte sich aus ehemaligen Intimpartnern (vgl. Martini 2004). Die dokumentierten Zeiträume über die Opfer von Stalking betroffen waren reichen von vier Wochen bis zu 20 Jahren, wobei die Opfer im Durchschnitt ca. ein Jahr verfolgt werden (vgl. Mullen et al. 1999).

Die Auswirkungen für Stalking-Opfer fallen zum Teil sehr massiv aus. Wie Forschungsergebnisse zeigen, leiden fast alle Opfer (92 %) unter Ängsten während des Stalking-Geschehens bis hin zu regelrechten Angststörungen und Suizidgedanken. In fast der Hälfte der Fälle kam es sogar zu einer Symptomatik, die der Posttraumatischen Belastungsstörung ähnelt. Viele Betroffene berichteten auch von physischen Folgen wie Magenbeschwerden und Kopfschmerzen. In ca. einem Viertel aller Fälle kommt es zu Gewalttätigkeiten gegen die Opfer, die von Körperverletzungen, über sexuelle Übergriffe bis zur Tötung reichen können (vgl. Voß & Hoffmann 2002).

Zu den sexuellen Verhaltensstörungen zählen darüber hinaus auch Versuche oder die Durchführungen sexueller Handlungen vor, an oder mit Kindern (sog. „pädosexuelle Handlungen“, strafrechtlich: „Sexueller Missbrauch von Kindern“) oder Jugendlichen oder sonstigen Personen, die in die sexuellen Handlungen nicht einwilligen können. Die prominenteste Form einer solchen dissexuellen Verhaltensäußerung besteht in der mittelbaren sexuellen Ausbeutung durch die Herstellung, Nutzung bzw. den Konsum sowie die Veräußerung und Verbreitung von pornografischen Medien, für deren Herstellung die sexuelle Selbstbestimmung von Personen verletzt wurde. Dies ist dann der Fall, wenn die Opfer zu den dargestellten bzw. abgebildeten sexuellen Handlungen gezwungen werden bzw. wenn sie nicht in die dargestellten bzw. abgebildeten sexuellen Handlungen einwilligen konnten und / oder wollten. Opfer können abhängige Personen sein, wie z.B. sich illegal aufhaltende Migranten, die zu Pornografieproduktion und / oder (gefilmter) Prostitution gezwungen werden, aber auch geistig oder körperlich behinderte Personen sowie vor allem Kinder. Die Herstellung von Kinderpornographie ist Dokumentation von sexuellem Kindesmissbrauch; die Nutzung bzw. der Konsum von Kinderpornographie ist mittelbarer sexueller Kindesmissbrauch und die Veräußerung und Verbreitung von Kinderpornographie ist sexualwirtschaftliche Ausbeutung von Kindern zu kommerziellen Zwecken.

Diese Herstellung, Nutzung und Verbreitung von Kinderpornografie stellt die Gesellschaft vor ein wachsendes Problem, da sie mit der Weiterentwicklung technischer Möglichkeiten und der Anonymität des Internets erheblich zugenommen hat (Zwicke, 2000; Wyre, 2003). Eine Eindämmung bzw. Verhinderung der Herstellung, des Konsums sowie der Verbreitung von Pornografie mit abhängigen bzw. nicht einwilligungsfähigen Personen, vor allem Kindern, steht daher seit Beginn des 21. Jh. im Fokus des gesellschaftlichen und kriminal- sowie sexualwis-

senschaftlichen Interesses (Wolak, Finkelhor & Mitchell, 2005).

Die Endstrecke sexueller Verhaltensstörungen bilden schließlich alle anderen expliziten Sexualstraftaten, wie „sexuelle Nötigung und Vergewaltigung“, bis hin zur „sexuell motivierten Tötung“, wie sie im dreizehnten Abschnitt des Deutschen Strafgesetzbuchs (StGB) unter der Überschrift „Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung“ und den Paragraphen §§ 174–184 aufgeführt sind.

Sexuelle Verhaltensstörungen können einerseits auf das Ausleben entsprechender Paraphilien zurückgehen, d.h., paraphile Impulsmuster können einen ursächlichen Hintergrund für sexuelle Verhaltensstörungen darstellen. Andererseits existieren auch dissexuelle Verhaltensweisen, die nicht auf das Ausleben eines klar beschreibbaren, paraphilen Impulsmusters zurückgehen, sondern als unabhängige sexuelle Verhaltensstörung imponieren. Das bedeutet, dass im sexualdiagnostischen Prozess Störungen der sexuellen Präferenz und Störungen des sexuellen Verhaltens sauber differenziert werden müssen und nicht verwechselt oder gar gleichgesetzt werden dürfen. Besonders im Rahmen forensischer Begutachtungen zur Schuldfähigkeit ist diese Differenzierung von großer Bedeutung.

Bei der Behandlung sexueller Verhaltensstörungen steht die Kontrolle des sexuellen Verhaltens, d.h. Vermeidung des dissexuellen Problemverhaltens im Vordergrund der therapeutischen Arbeit. Es müssen stark strukturierte Mechanismen zur Verhaltenskontrolle trainiert werden und zur suffizienten Versorgung dieser Patienten muss außerdem als Unterstützung des Behandlungsprogramms die Option medikamentöser Impulsdämpfung zur Verfügung gestellt werden.

Opferschaft durch sexuelle Traumatisierungen ist im ICD-10 erfassbar. So gibt es eine eigene Kategorie „Tätlicher Angriff“ (X 85-Y 09), mit der z.B. „Sexueller Missbrauch mit körperlicher Gewalt“ (Y 05) ko-

Störungen des sexuellen Verhaltens F 63.8

ICD-10	DSM-IV-TR	Anmerkungen
Nur unter der Restkategorie F 63.8 „Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ zu verschlüsseln. Hierzu wird allgemein erläutert: „Der Handlung geht eine Anspannung voraus, der während des Handlungsablaufs ein Gefühl der Erleichterung folgt“.	Nur unter der Restkategorie 312.30: „Nicht näher bezeichnete Störung der Impulskontrolle“ zu verschlüsseln.	Im DSM-IV ist die Verbindung zu den Paraphilien extra hervorgehoben, im ICD-10 werden diese gerade angenommen.

diert werden kann oder die Zusatzkodierungen „ Vernachlässigung und Im-Stich-lassen“ (Y 06) sowie „Sonstige Misshandlungssyndrome einschließlich seelischer Grausamkeit, körperlichem Missbrauch, sexuellem Missbrauch und Folterung“ (Y 07), die besonders im Kontext der bereits vorgestellten „Störungen der sexuellen Reproduktion“ (s.o.) von Belang sein können. Aber all diese Merkmale sind zur Kodierung der Situation eines Opfers vorgesehen, welches solche Misshandlung oder solchen Missbrauch erleiden musste und eben nicht als Merkmal des Verhaltens eines Täters, der solche Handlungen begangen hat. Dabei kann es für die Täterschaft eine Vielzahl von Gründen geben und – wie oben dargestellt – nur ein Teil des insgesamt vorkommenden dissexuellen Verhaltens geht auf eine paraphile Neigung bei Tätern zurück (z.B. eine Pädophilie). Einer grenzüberschreitenden sexuellen Kontakthanbahnung oder Kontaktaufnahme kann beispielsweise auch eine geistige Behinderung mit möglicherweise resultierende Störung der sexuellen Reifung (ICD-10: F 66.0, s.o.) oder eine Persönlichkeitsstörung (F 60) zugrunde liegen, die dann konsekutiv (wie bei allen Sexualstörungen) erst-rangig zu kodieren wäre und die sexuelle Verhaltensstörung an zweiter Stelle zur Beschreibung der sexuellen Krankheitsauswirkungen.

Die verschiedenen Formen sexueller Verhaltensstörungen sind in den international gültigen Klassifikationssystemen nicht erfasst und folglich auch nicht eigenständig kodierbar. Eine Verschlüsselung ist bis dato lediglich im ICD-10 über die Hilfskonstruktionen F 63.8 „Andere abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ möglich, woraus allerdings das entscheidende Kennzeichen der „dissexuellen“ Handlungen – nämlich die durch sie bewirkte Verletzung der sexuellen Integrität und Individualität eines anderen Menschen – nicht deutlich wird.

Gleiches gilt für die „Störungen des Sozialverhaltens“ (F 91), die gegebenenfalls zusätzlich kodierbar sind, wenn dissexuelle Verhaltensweisen bereits in der Kindheit oder Jugend auftreten, was mit sexuellen Übergriffen durch 12- bis 14-Jährige ebenfalls zunehmend der Fall ist. Auch hier ist eine Möglichkeit, dissexuelles Verhalten in Kindheit und Jugend explizit kodieren zu können, nicht gegeben – obwohl bekannt ist, dass derartige Verhaltenssexzesse große prognostische Bedeutung haben und darum immer systematisch dokumentiert werden sollten.

Auch bezüglich des Indikationsbereichs Störungen des Sexualverhaltens bestünde demnach deutlicher Nachbesserungs- und Revisionsbedarf für zukünftige Auflagen von ICD und DSM.

Schlussbemerkung

Die hier vorgestellte Taxonomie sexueller Störungen orientiert sich an ihrem Vorkommen und den Ausprägungsformen in der klinischen Praxis. Mischformen und Überschneidungen zwischen den Kategorien sind sachimmanent. So wurde bereits ausgeführt, dass beispielsweise eine Störung der sexuellen Reifung zu einer Störung der sexuellen Identität, und diese wiederum zu einer Störung der sexuellen Beziehung führen kann und sich diese Indikationsbereiche wechselseitig überschneiden können. Genau so können Störungen der sexuellen Präferenz zu Störungen des sexuellen Verhaltens führen und so weiter. Die Betonung dieser Mischformen und Überschneidungsbereiche ist kein Zeichen für die Inkonsistenz dieser Störungsdifferenzierungen, sondern ein Indiz für eine notwendige Flexibilität im Sinne einer ökologischen Validität.

Zusammenfassend kann damit gesagt werden, dass die Klassifikationssysteme zur Verschlüsselung psychischer und Verhaltensstörungen ICD-10 sowie DSM-IV-TR ein wertvolles und wichtiges Instrument zur Vereinheitlichung und Standardisierung des diagnostischen Prozesses darstellen. Viele Sexualstörungen – insbesondere die drei Hauptkategorien Sexuelle Funktionsstörungen, Geschlechtsidentitätsstörungen sowie Sexuelle Präferenzstörungen – können bereits befriedigend bis gut kodiert werden. Bezüglich der übrigen (in der klinischen Praxis nicht minder relevanten), hier vorgestellten sexualmedizinischen Indikationsbereiche (Sexuelle Entwicklungs-, Reproduktions- und Verhaltensstörungen) besteht hingegen noch deutlicher Ergänzungs- und Nachbesserungsbedarf für zukünftige Revisionen.

Literatur

- Ahlers, Ch. J. (2000): Gewaltdelinquenz gegen sexuelle Minderheiten. In: Dobler, J.; Ahlers, Ch. J.; Dworek, G. (2000): Hassverbrechen. Köln: LSVD-Sozialwerk e.V. (Hrsg.)
- Ahlers, Ch. J. (2001): Homosexuelle Männer als Opfer von Gewalt. *Sexuologie* (8) 3/4: 145-190.
- Ahlers, Ch. J.; Schaefer, G. A.; Beier, K. M. (2004): Erhebungsinstrumente in der klinischen Sexualforschung und der sexualmedizinischen Praxis. *Sexuologie* (11) 3/4: 74-97.
- American Psychiatric Association (1987): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd revised ed. (DSM-III-R) APA, Washington DC. Deutsche Bearbeitung: Wittchen, H.U.; Saß, H.; Zaudig, M.; Koehler, K. (1989): Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-III-R, Weinheim, Beltz Verlag.
- American Psychiatric Association (1999): Dangerous sex offenders. A Task-Force Report. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (2000): Diagnostic and sta-

- tistical manual of mental disorders. 4th revised ed. (DSM-IV-TR) APA, Washington DC. Deutsche Bearbeitung: Saß, H.; Wittchen, H. U.; Zaudig, M.; Houben I. (2003): Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen – Textrevision, DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe.
- Appel, K. (2004): Problematische sexuelle Identität nach Umwandlung männlicher Neugeborener zum Mädchen. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 5: 48-55.
- Bandschuh, C. (2001): Pädosexualität. Oplad.: Leske & Budrich.
- Beier, K. M. (1995): Dissexualität im Lebenslängsschnitt. Berlin: Springer.
- Beier, K. M. (2000): Female Analogies to Perversion. *J Sex Marit Therap* 26: 79-93.
- Beier, K. M.; Bosinski, H. A. G.; Hartmann, U.; Loewit K. (2001): Sexualmedizin. Grundlagen und Praxis. Jena: Urban & Fischer.
- Beier, K. M. & Loewit, K. (2004): Lust in Beziehung. Einführung in die Syndyastische Sexualtherapie. Berlin: Springer.
- Beine, K.; Engfer, R.; Bauer, M. (2005): Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie – Quo vadis? *Psychiat Prax* 32: 321-323.
- Bloch, I. (1907). Das Sexualleben unserer Zeit. Berlin: Marcus.
- Braun, G.; Hasebrink, M.; Huxoll, M. (2003): Pädosexualität ist Gewalt. Weinheim: Beltz-Votum.
- Briere, J. & Runtz, M. (1989): University males' sexual interest in children: predicting potential indices of „pedophilia“ in a nonforensic sample. *Child Abuse Neglect* (13) 1: 65-75.
- Brunnhuber, S. (2000): Sexualstörungen, Sexualabweichungen. In: Brunnhuber, S.: *Kurzlehrbuch Psychiatrie*. 1. Aufl. Jena: Urban & Fischer: 251-266.
- Buvat, J.; Dehaene, L.; Lamaire, A.; Buvat-Herbaut, T. (1983): Ateriell bedingte erektile Impotenz. *Sexualmedizin* 12: 248-251.
- Casper, L. (1852): Über Nothzucht und Päderastie und deren Ermittlung Seitens des Gerichtsarztes. In: *Vierteljahrsschrift für gerichtliche und öffentliche Medicin*, Bd. I: 21-78.
- Clement, U. (2000): Funktionelle Sexualstörungen. In: Rudolf, G. (Hrsg.): *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik*, Stuttgart: Thieme: 343-351.
- Clement, U. (2004): Sexuelle Sucht. In: Strauß, B. (Hrsg.): *Psychotherapie der Sexualstörungen*. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme: 123-134.
- Cohen-Kettenis, P. & Pfäfflin, F. (2003): Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Comer, R. J. (2001): Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität. In: Comer R. J.: *Klinische Psychologie*. 2. Aufl. Berlin: Spektrum Akademischer Verlag: 337-364.
- Dannecker, M. (1987): Bemerkungen zur strafrechtlichen Begutachtung der Pädosexualität. In: H. Jäger & E. Schorsch (Hrsg.): *Sexualwissenschaft und Strafrecht, Beiträge zur Sexualforschung*. Bd. 62. Enke Verlag.
- Davison, G. C. & Neale, J. M. (2002): Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität und Paraphilien. In: Davison, G. C. & Neale, J. M.: *Klinische Psychologie*. 6. Aufl. Weinheim: Beltz – Psychologie Verlags Union: 484-530.
- Degwitz, R.; Helmchen, H.; Kockott, G.; Mombour, W. (1980): Diagnoseschlüssel und Glossar psychischer Krankheiten. Deutsche Ausgabe der internationalen Klassifikation der WHO (ICD-9). Berlin: Springer.
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M. H. (2000): Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10, Kapitel V (F) Göttingen: Huber.
- Dilling, H.; Reimer, C.; Arolt, V. (2004): Sexualstörungen. In: Dilling, H.; Reimer, C.; Arolt, V.: *Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie*. 5. aktualisierte Aufl. Berlin: Springer.
- Dover, J. (1983): *Homosexualität in der griechischen Antike*. München: Beck.
- Dressler, S. & Zink, Ch. (2003). *Psyhyrembel – Wörterbuch Sexualität*. Berlin: de Gruyter.
- Egle, U. T.; Hoffmann, S. O.; Steffens, M. (1997): Psychosoziale Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. *Nervenarzt* 68: 683-695.
- Ekins, R. & King, D. (2001): Transgendering, migrating an love of oneself as a woman: A contribution to a sociology of autogynephilia. *International Journal of Transgenderism* 5 (3).
- Elz, J. (2002): Legalbewährung und kriminelle Karrieren von Sexualstraftätern. Sexuelle Gewaltdelikte. Wiesbaden: Kriminologie und Praxis, Bd. 34.
- Fahrner, E.-M. & Kockott, G. (2003): *Sexualtherapie – Ein Manual zur Behandlung sexueller Funktionsstörungen bei Männern*. Göttingen: Hogrefe.
- Fahrner, E.-M. & Kockott G.. (2003). Funktionelle Sexualstörungen. In: Reinecker H. (Hrsg.): *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe: 456-469.
- Fiedler, P. (2004): Sexuelle Orientierung und sexuelle Abweichung. Heterosexualität – Homosexualität – Transgenderismus und Paraphilien – sexueller Missbrauch - sexuelle Gewalt. Weinheim: Beltz – Psychologie Verlags Union.
- Fliegel, S. (2000): Sexuelle Funktionsstörungen. In: Senf, W.; Broda, M.: *Praxis der Psychotherapie*. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme: 548-555.
- Gromus, B. (2002): *Sexualstörungen der Frau*. Göttingen: Hogrefe.
- Hartmann, U.; Becker, H. (2002): *Störungen der Geschlechtsidentität*. Wien: Springer.
- Hartmann, U. (2004): Sexualität, sexuelle Entwicklung, sexuelle Reaktion. In: Machleidt, Bauer, Lamprecht, Rose, Rohde-Dachser (Hrsg.): *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. 1. Aufl. Stuttgart: Thieme: 183-206.
- Hell, D.; Endrass, J.; Vontobel, J. (2003): Sexuelle Störungen. In: *Kurzes Lehrbuch der Psychiatrie*. Göttingen: Verlag Hans Huber: 149-151.
- Hirschfeld, M. (1906): Vom Wesen der Liebe. Zugleich ein Beitrag zur Lösung der Frage der Bisexualität. Leipzig: Verlag Max Spohr.
- Hirschfeld, M. (1910): Die Transvestiten – eine Untersuchung über den erotischen Verkleidungstrieb mit umfangreichem casuistischen und historischen Material. Berlin: Medizinischer Verlag.
- Hirschfeld, M. (1913): Aus der Erpresserpraxis. In: *Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen*, Heft 3.
- Hirschfeld, M. (1918): Sexuelle Zwischenstufen. *Sexualpathologie*. 2. Teil. Bonn: Marcus & Webers.
- Hirschfeld, M. (1923): Die intersexuelle Konstitution. *Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen*. Heft 23: 3-27.
- Hoyndorf, S. Reinhold M.; Christmann, F. (1995): *Behandlung sexueller Störungen*. Weinheim: Beltz – Psychologie Verlags Union.
- Hoyndorf, S. (2000): Sexuelle Funktionsstörungen. In: Linden, M. & Hautzinger, M.: *Verhaltenstherapiemanual*. 4. Aufl. Berlin: Springer: 471-477.
- Hubbard, T. K. (2003): *Homosexuality in Greece and Rome*. University of California Press.
- Kämmerer, A. & Rosenkranz, J. (2001): Sexuelle Störungen. In: Franke, A. & Kämmerer, A. (Hrsg.): *Klinische Psychologie der Frau*. 1. Aufl. Göttingen: Hogrefe Verlag: 323-354.
- Kaplan, L. J. (1991): *Weibliche Perversion*. Hamburg: Hoffmann und Campe

- Kertbeny, K.M. (1869): § 143 des Preussischen Strafgesetzbuches vom 14. April 1851 und seine Aufrechterhaltung als § 152 im Entwurf des Strafgesetzbuches für den Norddeutschen Bund, Leipzig: Serbe 1869. Nachdruck in: Kertbeny, Karl Maria (2000). Schriften zur Homosexualitätsforschung. Herzer M. (Hrsg.) Berlin: Bibliothek Rosa Winkel.
- Kinsey, A. C.; Pomeroy, W. B.; Martin, C. E. (1948): Das Sexualverhalten des Mannes. Frankfurt: S. Fischer.
- Kockott, G. (2000a): Sexuelle Störungen. In: Margraf, J. (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Bd. 2: Störungen, 2., vollst. überarb. u. erw. Aufl. Heidelberg: Springer.
- Kockott, G. (2000b): Sexuelle Störungen. In: Barta, A.; Wassmann, R.; Buchkremer, G.: Verhaltenstherapie. 1. Aufl. Heidelberg: Springer: 265-284.
- Kockott, G. (2000c): Sexualstörungen. In: Berger, M. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. 1. Aufl. Jena: Urban & Fischer: 696-714.
- Kockott, G. & Fahrner, E.-M. (2000a): Sexualstörungen des Mannes. Göttingen: Hogrefe.
- Kockott, G.; Fahrner, E.-M. (2000b). Ejakulationskontrolle, Hegarstifttraining, Sensualitätstraining. In: Linden, M.; Hautzinger, M.: Verhaltenstherapiemanual. Berlin: Springer 4. Aufl.
- Kockott, G. & Berner, M. (2000): Sexualstörungen. In: Möller, H. J. (Hrsg.): Therapie psychiatrischer Erkrankungen. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme.
- Kockott, G. & Berner, M. (2004). Sexualstörungen. In: Berger, M. (Hrsg.): Psychische Erkrankungen. 2. Aufl. Jena: Urban & Fischer: 850-874.
- Kockott, G. (2004): Sexualstörungen. Stuttgart: Thieme.
- Krafft-Ebing, R. v. (1896): Psychopathia Sexualis. – Mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung: Eine medicinisch-gerichtliche Studie für Ärzte und Juristen, 11. Aufl. Stuttgart.
- Loewit, K. (1978): Der kommunikative Aspekt der Sexualität. Sexualmedizin 7: 971-975.
- Loewit, K. (1980): The communicative function of human sexuality: A neglected dimension. In: Forleo, R. & Psini, W. (eds): Medical Sexology. Littleton: PSG Publ: 234-237.
- Loewit, K. & Beier, K. M. (1998): Standortbestimmung der Sexualmedizin. Sexuologie (5) 2: 49-64.
- Martini, M. (2004): Ergebnisse der ersten epidemiologischen Studie zu Stalking in Deutschland Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim.
- Masters, W. H. & Johnson, V. E. (1966): Die sexuelle Reaktion. Reinbeck: Rohwolt.
- Marcuse, M. (1926): Handwörterbuch der Sexualwissenschaft. Bonn: Verlag Marcus & Webers.
- Moll, A. (1891): Die Conträre Sexualempfindung. 1. Aufl. Bln.
- Möller, H. J. (2002): Störungen im Sexualverhalten. In: Möller H. J.: Psychiatrie. 4. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer: 257-261.
- Mösler, T. & Rose, A. (2004): Diagnostische Klassifikation sexueller Störungen nach ICD-10 und DSM-IV-TR. In: Srauß, B. (Hrsg.): Psychotherapie der Sexualstörungen. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme: 18-25.
- Mullen, P. E.; Pathé, M.; Purcell, R.; Stuart, G. W. (1999): Study of Stalkers. Am J Psychiatry (156) 8: 1244-1249.
- Novara, S. & Leygraf, S. (2000): Behandlung von Sexualstraftätern. In: Senf, W.; Broda, M.: Praxis der Psychotherapie. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme: 669-672.
- Pfäfflin, F. (2003): Sexualstörungen. In: Möller, H. J.; Laux, G.; Kapfhammer, H. P. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. 2. Aufl. Berlin: Springer: 1519-1541.
- Pitzing, H. J. & Will, H. (2004): Psychotherapeutische Behandlung von Sexualstraftätern. In: Senf, W.; Broda, M.: Praxis der Psychotherapie. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme: 637ff.
- Reimer, C.; Eckert, J.; Hautzinger, M.; Wilke E. (2000): Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen. 2. überarb. u. erw. Aufl. Berlin: Springer.
- Richter-Appelt, H. (2000): Sexuelle Störungen. In: Senf, W.; Broda, M.: Praxis der Psychotherapie. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme: 537-548.
- Reinsberg, C. (1993): Ehe, Hetären und Knabenliebe im antiken Griechenland. München: Beck.
- Saß H., Wittchen H. U. Zaudig M. Houben I. (2003). Diagnostischen und Statistisches Manual psychischer Störungen – Textrevision. Göttingen: Hogrefe.
- Schaefer, G. A.; Englert, H. S.; Ahlers, Ch. J.; Roll, S.; Willich, S. N.; Beier, K. M. (2003): Erektionsstörung und Lebensqualität – Erste Ergebnisse aus der Berliner Männer-Studie BMS-I. Sexuologie (10) 2/3: 50-60.
- Senf, W.; Happich, F.; Senf, G. (2004): Transsexualität. In: Senf, W. & Broda, M.: Praxis der Psychotherapie. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme: 623-632.
- Sigusch, V. (1996): Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme.
- Sigusch, V. (2001): Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. 3. überarbeitete und erweiterte Aufl. Stuttgart: Thieme.
- Strauß, B. (2001): Die so genannte Sex-Sucht – Klinische Aspekte süchtigen sexuellen Verhaltens. Sucht 47: 82-87.
- Strauß, B. (2004): Psychotherapie bei Sexualstörungen. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme.
- Tasker, F. & Wren, B. (2002): Sexual Identity and Gender Identity – Understanding the Difference. Clinical Child Psychology and Psychiatry. SAGE. Vol. 7 (3): 315-319.
- Voß, H.-G. W. & Hoffmann, J. (2002): Zur Phänomenologie und Psychologie des Stalking: Eine Einführung. Polizei und Wissenschaft, Themenheft Stalking 4: 4-14.
- Wendt, H. (2000): Sexualität. In: Wenniger, A. (Hrsg.) Handwörterbuch der Psychologie. Weinheim: Beltz – Psychologie Verlags Union.
- Wessel, J. & Buscher, U. (2002): Denial of pregnancy: a population based study. Br Med J: 324-458.
- www.wikipedia.org (2005): <http://de.wikipedia.org/wiki/Transsexualität>, <http://de.wikipedia.org/wiki/Diskussion:Pädophilie>, <http://de.wikipedia.org/wiki/Pädokriminalität>.
- Wolak, J.; Finkelhor, D.; Mitchell, K. J. (2005): Child pornography possessors arrested in Internet-related crimes. National Center for Missing and Exploited Children. www.missingkids.com (28.10.2005).
- World Health Organisation (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders.
- Wyre, R. (2003): Child Porn. Community Care, 11–17 September 2003.
- Zwicke, L. (2000): Crime on the Superhighway: A Guide to Online Safety. Retrieved March 27 2000 from www.geocities.com/CapitolHill/6647/ by Burke, A., Sowerbutts, S., Blundell, B., Sherry, M. (2002) Child Pornography and the Internet: Policing and Treatment Issues Psychiatry, Psychology and Law, 9 (1).

Adresse der Autoren

Dipl.-Psych. Christoph J. Ahlers, Dipl.-Psych. Gerard A. Schaefer, Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Universitätsklinikum Charité, Freie- und Humboldt-Universität zu Berlin, Luisenstr. 57, 10117 Berlin, www.sexualwissenschaft-berlin.de

Schwangerschaft bei Jugendlichen

First Love Ambulanz – Ein Modellprojekt zur Verhinderung ungewollter Schwangerschaften von Jugendlichen

Birgit Delisle

Teenage pregnancy First love conselling – a model project for the prevention of unwanted teenage pregnancies

Abstract

In the opposite to the third-world countries, the western industry nations have not a high risk of underage pregnancies, but is in the most cases unwanted. Despite intensive effort to lower the rates of under aged teenagerpregnancies in Germany, there is no existing increase reverse to a decrease. A low threshold offer in the form of a First Love Ambulance for the consultation and examination for young people might contribute that mostly underprivileged teenager have a free excess to a sexual consultation and contraception.

Keywords: Teenage pregnancy, sexuality of youth, contraception, First Love Ambulance

Zusammenfassung

Im Gegensatz zu den Entwicklungsländern stellt in den westlichen Industrienationen eine Schwangerschaft für Jugendliche kein erhöhtes Risiko dar, aber ist in den meisten Fällen unerwünscht. Trotz verstärkter Bemühungen in Deutschland die Rate der Jugendschwangerschaften zu senken, kommt es zu keiner Abnahme, im Gegenteil zur Zunahme. Ein niederschwelliges Angebot in Form einer First Love Ambulanz zur Beratung und Untersuchung für junge Menschen soll dazu beitragen, dass gerade unterprivilegierte Jugendliche einen kostenlosen Zugang zur Sexualberatung und Kontrazeption haben.

Schlüsselwörter: Jugendschwangerschaft, Jugendsexualität, latenter Kinderwunsch, Schwangerschaftsverhütung, First Love Ambulanz

Schwangerschaften bei Jugendlichen sind weltweit gesehen ein großes Problem. 14 Millionen Mädchen und junge Frauen unter 20 Jahren werden jährlich Mütter – die meisten von ihnen ungewollt. Frühe Mutterschaft bedroht die Gesundheit von jungen Frauen. Abtreibungen, Komplikationen während der Schwangerschaft und Geburt sind eine Haupttodesursache für Mädchen im Teenageralter in den Entwicklungsländern.

In den westlichen Industrienationen ist, nach neueren Untersuchungen, das jugendliche Alter per se kein erhöhter Risikofaktor. Schwangerschaftskomplikationen, vorzeitige Wehentätigkeit, Frühgeburtlichkeit und Gestosen treten bei betreuten Jugendlichen nicht wesentlich häufiger auf als bei älteren Frauen. (Hartey 2003, Ketscher & Retzke 1990, Plöckinger et al. 1996, Walcher u. Petru 1989)

Die Risiken liegen im **psycho-sozialen** Bereich: Bei Jugendlichen wird die Schwangerschaft oft sehr spät festgestellt, da die Schwangerschaft verheimlicht und verdrängt wird. Vorsorgeuntersuchungen werden seltener wahrgenommen.

Ein Viertel aller Frauen rauchen während der Schwangerschaft. Bei unter 20 Jährigen sind es 41,2% (Schaffer et al. 2001) Nach amerikanischen Untersuchungen nehmen bis zu 15% aller Schwangeren illegale Drogen und der Anteil der jugendlichen Drogenkonsumenten ist höher als bei erwachsenen Frauen. Nikotinabusus, Alkohol- und Drogenmissbrauch sind Faktoren, die zu einer erhöhten Frühgeburtlichkeit, perinatalen Mortalität und Morbidität führen.

Für jedes verfrüht oder ungewollt schwangeres Mädchen, egal ob sie sich für oder gegen das Kind entscheidet, bedeutet eine Schwangerschaft ein tiefer und unzeitgemäßer Einschnitt in die Biografie und hat Folgen für das ganze Leben.

18 Millionen Frauen in Deutschland sind im fertilen Alter, davon sind ca. 10% aller Frauen unter 18 Jahren. Die Geburtenrate in Deutschland sinkt. Der

Anteil der jugendlichen Mütter unter 18 Jahren jedoch steigt. Im Jahr 2002 wurden 7 595 Kinder von 10 – 17 Jährigen geboren. Auch die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche bei Jugendlichen zeigt eine zunehmende Tendenz. Im Jahre 2003 waren 7631 Abbrüche gemeldet. Dabei war die höchste Zuwachsrate bei den unter 15 Jährigen zu verzeichnen.

Ein legaler **Schwangerschaftsabbruch** ist in Deutschland ein Eingriff mit geringen medizinischen Risiken, stellt aber eine erhebliche psychische Belastung dar. Eine Steigerung der Abbruchrate bei Jugendlichen in den letzten Jahren ist sicher auch bedingt durch die schlechtere wirtschaftliche Situation vieler Familien, die eine jugendliche Schwangere nicht mehr unterstützen können und durch die Angst vor Arbeitslosigkeit. So entscheidet sich eine 16 jährige Bürokauffrau gegen das Kind mit den Worten „Ich habe endlich eine Lehre, die kann ich nicht unterbrechen“. Auch bildungsorientierte Mädchen aus höheren sozialen Schichten, die ihre Schulkarriere nicht unterbrechen wollen, entscheiden sich für den Abbruch.

Eine Gruppe von Mädchen hat einen **latenten Kinderwunsch**. Eine Schwangerschaft ist zwar nicht direkt geplant, aber durchaus nicht unerwünscht. Mehr oder weniger bewusst wird auf Verhütungsmittel verzichtet, unsichere Verhütung gewählt oder sichere Verhütungsmittel nicht konsequent verwendet. Eine eingetretene Schwangerschaft wird sehr lange verdrängt oder verheimlicht, aus Angst zu einer Abtreibung gedrängt zu werden. Die Motive sind meist fehlende Perspektiven. Die hohe Arbeitslosenquote oder fehlende Lehrstellen verleitet Mädchen zur Flucht in eine frühe Mutterschaft. Durch eine Schwangerschaft bietet sich auch ein legitimer Grund, der Schule fern zu bleiben und Schulproblemen zu entgehen. Häufig kommen diese Mädchen aus Multiproblemfamilien mit Alkoholismus, Gewalttätigkeit, Missbrauch, Vernachlässigung und Arbeitslosigkeit. Die Mädchen suchen einen Ausweg um diesen Konflikten zu entgehen. Oft haben die Jugendlichen idealisierte Vorstellungen und verborgene Sehnsüchte nach einem Kind: „irgendwie habe ich mir ein Kind gewünscht, weil ich selber nie eine vollständige Familie hatte“.

Sie werden jedoch in ihren Entwicklungsmöglichkeiten noch weiter eingeschränkt. Diese jungen Mütter gelangen in einen **Teufelskreis**. Bei mangelnder Unterstützung in der Schwangerschaft sind die Folgen abgebrochene Schulkarrieren oder Berufsausbildung, wirtschaftliche Not und nicht selten alleinerziehende Mütter. Eine neue Partnersuche ist erschwert. Folgen sind weiterer sozialer Abstieg, Vereinsamung und Verarmung. Junge Mütter sind häufig überfordert, in Krisensituation hilflos. Die Freude durch ein Kind er-

wachsen sein zu dürfen, eine Zunahme des Selbstwertgefühls zu erfahren, weicht dem Zwang erwachsen sein zu müssen. Das Risiko einer emotionalen und körperlichen Vernachlässigung für die Kinder steigt. Damit auch das Risiko für Gewalt, Sucht und psychosomatische Folgeerkrankungen.

In den Medien wird immer wieder die frühe Geschlechtsreife und die „dramatische“ Zunahme der Jugendsexualität dafür verantwortlich gemacht. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA Jugendsexualität 2001) macht regelmäßig repräsentative Umfragen zur Sexualität Jugendlicher. Dabei hat sich gezeigt, dass die Rate der unter 15 Jährigen, die schon Geschlechtsverkehr hatten, zunimmt, aber dass bis zum 18. Lebensjahr gleichbleibend etwa ein Drittel noch keine sexuelle Erfahrung gesammelt hat. Unter den sexuellen „Frühstartern“ finden sich verhältnismäßig viele unterprivilegierte Jugendliche. Schulisch erfolgreiche und sozial gut integrierte Jugendliche haben weniger Grund, sich durch frühe sexuelle Erfahrungen Selbstbestätigung zu suchen (BzGA Forum 4-2004).

Je jünger die Jugendlichen beim ersten Mal sind, desto unvorbereiteter sind sie beim ersten Geschlechtsverkehr, desto unsicherer ist auch das Verhütungsverhalten. Während bei 17 jährigen Mädchen nur 24% „völlig überraschend und ungeplant“ der erste Verkehr hatten, sind es bei den 14 jährigen Mädchen 42% und bei den Jungen 59%, die vom ersten Mal überrascht wurden. Obwohl für viele Jugendliche das „erste Mal“ völlig überraschend und ungeplant ist, so haben jedoch nur 12% der Mädchen und 15% Jungen keine Verhütungsmittel verwendet. Das ist eine erstaunliche hohe Zahl, wenn man es mit dem Verhütungsverhalten der Allgemeinbevölkerung vergleicht.

Nach einer deutschen Umfrage der European Group of Contraception (EGOC), die in der Zeitschrift Geburtshilfe und Frauenheilkunde 2004 veröffentlicht wurde, war bei insgesamt 51% aller jemals schwangeren Frauen die erste Schwangerschaft ungeplant (Porsch et al. 2004)

Verhütung

Niemals zuvor konnte die eigene Fruchtbarkeit so gut und sicher kontrolliert werden wie heute. Der Zugang zu den Verhütungsmitteln ist auch für Jugendliche problemlos und kostenfrei bis zum 18. Lebensjahr. Trotzdem verzichten viele Jugendliche auf eine sichere Verhütung. Verhütung bedeutet Fruchtbarkeit ausschalten. Damit werden uralte Mythen und Tabus über Fruchtbarkeit, Reproduktion und Sexualität

aufgegriffen. Somit ist besonders bei Jugendlichen die Beratung und Verordnung von Kontrazeptiva eine **Psychosexuelle Beratung**.

Schwanger warum ?

Bei einer Befragung von jugendlichen Müttern durch das BZgA 3/2005 haben weniger als die Hälfte der Paare verhütet. Folgende Gründe werden für **Nicht-verhüten angegeben** (eigene Erfahrungen und nach einer Untersuchung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung):

Der häufigste Grund ist Sorglosigkeit, Risikobereitschaft und mangelnde Aufklärung: „Es wird schon nichts passieren“, „in meinem Alter kann man doch noch nicht schwanger werden“, „beim ersten Mal kann nichts passieren“, „Verhütungsmittel schränken den sexuellen Genuss ein.“ Solche und ähnliche Ausprüche hört man von meist sehr jungen Mädchen und Jungen. Bei spontanen Kontakten ist oft kein Verhütungsmittel vorhanden.

Jugendliche sind in der Probierphase, das heißt auch Alkohol und Drogen werden ausprobiert. Die Risikobereitschaft ist höher. Bei Parties kommt es unter Einfluss von Alkohol mehr oder weniger freiwillig zu den ersten sexuellen Kontakten und Geschlechtsverkehr. Auch Rauchen ist mit einem höheren Risikoverhalten assoziiert

Ein Teil hat Probleme das Thema Verhütung mit dem Partner zu besprechen. Die Besprechung über die Verhütung und auch der Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten wird teils gar nicht angesprochen, weil das Mädchen oder der Junge sich nicht trauen, teils weil der Partner sich nicht darauf eingelassen hat. Manche Jugendliche empfinden das Sprechen mit dem Partner über die Kontrazeption eine Verletzung der Intimsphäre, ein Widerspruch gegen die „Idealistische Liebe“.

Manche verzichten auf Verhütungsmittel, da sie frühen Kinderwunsch oder „latenten Kinderwunsch“ haben oder aber auch um den Partner durch ein Kind an sich zu binden oder den Status aufzuwerten.

Die Pille, die für die Jugendlichen eine sichere und nebenwirkungsarme Methode darstellt, ist mit besonders vielen Vorurteilen belastet. 50% der Jugendlichen setzen die Pille nach 3-12 Monaten ab oder nehmen die verordnete Pille nicht ein. Manchmal kommt es aber zur Abwehr der Pille aus schlecht definierten Ängsten heraus. Angst vor Nebenwirkungen: „die Pille macht dick, ist schädlich, ich will keine Chemie“, Angst vor Krebs und Angst vor Unfruchtbarkeit. Im jugendlichen Alter sind Nebenwirkungen der Pille sel-

ten und ebenso die Kontraindikationen. Die Pille ist nicht nur ein Medikament. Die Pille steht für etwas: Einerseits für Unabhängigkeit, selbstbestimmte Sexualität, sexuelle Erfahrung und Frausein, andererseits auch für ständige sexuelle Verfügbarkeit. Oft ist dies die Angst der Eltern. Sie befürchten, dass durch die Pille die verfrühte Sexualität gefördert wird. Gerade die sehr jungen Mädchen mit „Pillenwunsch“ haben oft schon den ersten Geschlechtsverkehr hinter sich und ein Verweigern der Pille würde den Wunsch nach sexuellen Erfahrungen nicht aufhalten, nur das Risiko ungewollter Schwangerschaft erhöhen. Wenn Frauen trotz Pille schwanger werden, stellt sich oft heraus, dass mangelnde Disziplin in der Einnahme der Pille, dass unzureichendes Wissen über die Wirkung der Pille und über die Interaktion mit Medikamenten und Drogen vorhanden ist.

Das Kondom ist auch für Jugendliche ein wichtiges Verhütungsmittel, da es bei Minderung der Sicherheit der Pille zusätzlicher Schutz ist, aber auch der einzige Schutz vor sexuell übertragbare Krankheiten. „Kondomunfälle“ entstehen oft durch die Eigendynamik sexueller Situation und Überforderung mit dem Gebrauch. Deshalb sollte zur sicheren Verhütung Pille und Kondom zusammen propagiert werden. Man sollte den Jungen auch klar machen, dass das Kondom für den Mann die einzige Möglichkeit einer „geplanten Vaterschaft“ ist.

In den letzten Jahren sind gesundheitliche Probleme, aber auch psychosoziale Fragen bei Jugendlichen in das Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt. Ausgehend von epidemiologischen Studien hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass die Periode der Pubertät und der Adoleszenz häufig ernste medizinische Probleme mit sich bringt, die bisher in der Diagnostik und Therapie nicht ausreichend berücksichtigt wurden. Aber für die Jugendlichen gibt es oft Barrieren den Arzt auf zu suchen. Sie fühlen sich für den Kinderarzt zu alt, die Mädchen für den Frauenarzt zu jung und die Jungen haben oft Probleme überhaupt einen entsprechenden ärztlichen Ansprechpartner zu finden. Es bestehen oft Vorurteile gegen die Ärzte. Speziell die erste frauenärztliche Untersuchung löst bei vielen Mädchen ein großes Unbehagen, Ängste und Abwehr aus. Andere Barrieren sind die Erreichbarkeit. Arztbesuche müssen angemeldet und nur selten kann spontan eine Arztpraxis aufgesucht werden. Dabei muss die Finanzierung gesichert sein, das heißt ein Versicherungsnachweis vorgelegt werden. Viele Jugendliche haben Probleme mit ihren Eltern das Thema Sexualität, Verhütung und etc. anzusprechen oder haben Angst, dass ihre Eltern mit einbezogen werden. Auch haben die bisherigen Konzepte zur Reduktion von Teenager-

schwangerschaften oder Schwangerschaftsabbrüchen bei minderjährigen Mädchen, wie anonyme Telefonberatungen unterschiedlicher Organisationen, mediale Beratungsangebote durch Printmedien wie Bravo, aber auch Angebote zur Prävention im Internet wie z.B. durch die BZgA in den letzten Jahren keine deutliche Wirkung gezeigt.

Dies war einer der Beweggründe in München den gemeinnützigen Verein First Love München zu gründen, der eine Ambulanz für Jugendliche eingerichtet hat – die **First Love Ambulanz München**.

Ein interdisziplinärer Arbeitskreis von Ärzten, Sozialpädagogen und Jugendpsychologen hat ein Konzept entwickelt, das durch sein niederschwelliges Angebot – anonym, kostenfrei, ohne Versicherungsnachweis, ohne Terminvereinbarung und von Erwachsenen- oder Kinderambulanzen getrennt – jugendliche Mädchen und Jungen auch aus besonders belasteten Gruppen ansprechen soll.

Nach Aufnahme der persönlichen Daten, – wenn nicht ausdrücklich auf Anonymität Wert gelegt wird – legt die Mitarbeiterin an der Rezeption eine Kartei zur notwendigen Dokumentation an. Bei der Vorstellung eines Mädchens oder Jungen findet der Erstkontakt prinzipiell und obligat mit der Sozialpädagogin/en statt. Die sexualpädagogische Beratung wird von den Sozialpädagogen/innen der staatlich anerkannten Beratungsstelle für Schwangerschaftsfragen der Landeshauptstadt München, Pro Familia München, Initiative Münchner Mädchenarbeit und Frauen beraten e.V. übernommen, die eine sexualpädagogische Zusatzausbildung haben. Beim Gespräch mit der Sozialpädagogin/en wird präventive Gesundheitsförderung (Kontrazeption, HIV, STD, sexuelle Gewalt, Rauchen, Drogen usw.) thematisiert. Nach Klärung des Anliegens erfolgt die weitere Betreuung durch die Frauenärztin oder Jugendarzt.

Von besonderer Bedeutung ist auch die Einbeziehung männlicher Jugendlicher. Für die Gruppe von Jungen im Alter von 10-18 Jahren existiert bisher nur ein geringes Angebot an geschlechtsspezifischer Beratung oder Therapie.

Nach Abschluss der Beratung, ggf. Untersuchung und Akuttherapie erfolgt die Weiterbetreuung durch sexualpädagogische oder psychologische Beratungsstellen, niedergelassene Kollegen, Kinderklinik oder Frauenklinik. Eine regelmäßige Teambesprechung mit allen Mitarbeitern, bei Bedarf Fallbesprechung und regelmäßige Fortbildung zu jugendmedizinischen Themen

ist Voraussetzung für die multiprofessionelle Arbeit.

Die Finanzierung dieser Einrichtung erfolgt über Fördergelder des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, und über Mitgliedsbeiträge und Sponsoren. Die Stadt München und das Krankenhaus München Schwabing unterstützen diese Einrichtung.

Die First Love Ambulanz ist seit Oktober 2004 eingerichtet. Sie ist einmal pro Woche, dienstags von 14-18.00 Uhr, geöffnet und kann bei Bedarf auf einen 2. Nachmittag erweitert werden. Die Räume der Ambulanz befinden sich in einem freistehenden Gebäude innerhalb des Krankenhauses München Schwabing.

Die Einrichtung wird von den Jugendberatungsstellen und -organisationen, Lehrern und Kinderärzten sehr begrüßt, doch von den Jugendlichen wird sie bisher nur sehr zögerlich angenommen.

First Love Ambulanz München, Kölner Platz 1 (Haus 22) Eingang Parzivalstr., 80801 München, Telefon 089/58 96 63 28, www.firstlove-ambulanz.de

Literatur

- Hartey, A. (2003): Schwangerschaften bei Jugendlichen: Erfahrungen aus Grobhadern – ein internationaler Vergleich. Vortrag auf dem Symposium für Kinder- und Jugendgynäkologie München.
- Ketscher, K.D.; Retzke, U.; Schöne, E. (1990): Schwangerschaftsausgang und Schwangerschaftsverlauf bei Adolescentinnen. *Geburtsh. Frauenheilk.* 50: 850-855.
- Plöckinger, B. et al. (1996): Wenn Kinder „Kinder kriegen“ – Reproduktionsbiologische Probleme bei Mädchen zwischen 11 und 15 Jahren. *Geburtsh. Frauenheilk.* 56: 248-251
- Podlinski, K.; Porsch, B.; Krüssel, J.S.; Bender, H.G.; Beckmann M.W.; Binder, H. (2004): Wissensstand über Kontrazeptiva von Frauen im reproduktiven Alter *Geburtsh. Frauenheilk.* 64: 941ff.
- Porsch, B.; Podlinski, K.; Bender, H.G.; Beckmann M.W.; Binder, H. (2004): Schwangerschaftsabbrüche, ungeplante Schwangerschaften und Notfallkontrazeption bei Frauen im reproduktiven Alter - Deutsche Ergebnisse einer Umfrage der European Group of Contraception (EGOC) *Geburtsh. Frauenheilk.* 64: 953-961.
- Rosemeier, H.P. (2001): Zur Psychologie der Kontrazeption. *Frauenarzt* 42: 1120-1129.
- Schanzer, K. (1991): Psychosomatische Aspekte der oralen Kontrazeption. *Geburtsh. Frauenheilk.* 51: 955-958.
- Walcher, W.; Petru, U. (1989): Zur Frage der Geburtsrisikos bei jugendlichen Erstgebärenden. *Geburtsh. Frauenheilk.* 49: 491-499.
- Schriften der Bundeszentrale für gesundheitl. Aufklärung (BzgA): Forum Sexualaufklärung und Familienplanung 1-2001, 4-2004; Jugendsexualität – Wiederholungsbefragung von 14-17 Jährigen und Ihren Eltern, Ergebnisse der Repräsentativbefragung aus 2001; Wenn Teenager Eltern werden: Lebenssituation Jugendlicher Schwangerer und Mütter sowie jugendlicher Paare mit Kind. 2005: Bd. 25.

Vom Alltagstest zur Operation – Ein integratives Betreuungskonzept

Annett Gauruder-Burmester, Galf Popken, Klaus M. Beier

From real life test to operation – a concept of integrated care

Abstract

The current approach in the management of individuals with gender identity disorder is to support them in developing a congruent gender identity of the desired sex. By developing such a consistent gender role, an individual shows a deep mental conviction that their true identity is in the opposite sex, which cannot be achieved by either hormone therapy or surgery. The development of a congruent gender role is a prerequisite for establishing the diagnosis of transsexualism. Only if this consistency can be observed over an extended period will body-modifying measures be initiated (opposite sex hormones, sex reassignment surgery). In clinical practice, the various therapeutic interventions required often lie in the responsibility of different individuals involved in the treatment of transsexualism, which impedes both the diagnostic and therapeutic process. This article presents the case of a male-to-female transsexual in whom the diagnostic work-up according to the Standards of Care including a supervised Real Life Test, hormone therapy, and the operation were performed under the supervision of a single therapist who was mainly responsible for all measures taken.

Keywords: Concept of integrated care, real life test, hormone therapy

Zusammenfassung

Derzeit wird das Ziel bei der Betreuung von Menschen mit Geschlechtsidentitätsstörungen darin gesehen, die Betroffenen auf ihrem Weg zu einem individuell stimmigen Auftreten in der gewünschten Geschlechtsrolle zu unterstützen. Diese Stimmigkeit ist Ausdruck einer innerpsychischen Sicherheit im Sinne einer tatsächlichen Identität im anderen Geschlecht, die weder hormonell noch operativ erreichbar ist. Ihre Existenz ist Voraussetzung für die Diagnose einer Transsexualität. Erst wenn diese im Verlauf

gesichert werden kann, lässt sich die Indikation für körperverändernde Maßnahmen (gegengeschlechtliche Hormone, geschlechtskorrigierende Operation) stellen. Sehr häufig werden die einzelnen Interventionen durch verschiedene Behandler verantwortet, was sowohl den diagnostischen als auch den therapeutischen Prozess erschwert. Es wird die Betreuung eines Mann-zu-Frau-Transsexuellen geschildert, bei der sowohl die Diagnostik nach den „Standards of Care“ mit begleitetem Alltagstest, als auch Hormonbehandlung und Operation federführend von einer Therapeutin verantwortet wurde.

Schlüsselwörter: Integratives Behandlungskonzept bei Transsexualität, Alltagstest, Hormonbehandlung

Einleitung

Betreuung, Behandlung und Begutachtung transsexueller Patienten werfen besondere Probleme auf. Gesetze, Empfehlungen, Ablaufschemata psychotherapeutischer, hormoneller und chirurgischer Behandlungen sind sehr different. Transsexuelle Menschen sind in ihrem existentiellen Verlangen nach einer Geschlechtsumwandlung auf die Hilfe der Medizin angewiesen. Das Thema wurde in der Öffentlichkeit erstmals zu Beginn der fünfziger Jahre durch die sensationellen Berichte über die „Geschlechtsumwandlung“ des amerikanischen Soldaten Jorgensen, der in Dänemark operiert wurde, präsentiert. Bereits Jahrzehnte vorher war vereinzelt in der Fachpresse über derartige operative Eingriffe berichtet worden. Schon damals wurde über das Zusammenspiel psychosozialer und somatischer Therapieoptionen debattiert und in zahlreichen Publikationen der Erfolg einer fachgerechten Behandlung von transsexuellen Menschen recht positiv beurteilt (vgl. z.B. Pfäfflin und Junge 1992). Entscheidend ist aber nicht nur der operative Eingriff, sondern das therapeutische Gesamtkonzept und die optimale Vorbereitung auf den Geschlechts-

wechsel und seine Folgen, damit ein sozial integriertes und persönlich befriedigendes Leben in der gewünschten Geschlechtsrolle möglich wird.

Geschlecht ist keine monolithische Eigenschaft, sondern in ihr sind (Geschlechts-)Körper, (Geschlechts-)Rolle und (Geschlechts-)Identität untrennbar miteinander verwoben. Die Geschlechtsidentität ist daher etwas anderes als die oft zitierten „männlichen“ und „weiblichen“ Anteile, die jeder Mensch in seiner Psyche trägt; denn hiermit sind ausschließlich Verhaltens- und Erlebnisweisen gemeint, die zwar kulturell bevorzugt Männer oder Frauen zugeordnet werden, in Wirklichkeit aber beiden Geschlechtern zu eigen sind. In diesem Zusammenhang ist der oft gehörte Satz zu verstehen; „L'âme n'a pas de sexe“ (die Seele hat kein Geschlecht).

Die deutlichsten Antworten darauf, ob der Wunsch im andere Geschlecht zu leben, auch in eine tragfähige Realität umzusetzen ist, gibt der sogenannte „Alltagstest“, der daher ein wichtiger Bestandteil des therapeutisch begleiteten Prozesses darstellt. Er müsste eigentlich Alltags-Erprobung oder Alltags-Erfahrung genannt werden, denn der Betroffene lebt kontinuierlich und in allen sozialen Bereichen im gewünschten Geschlecht, um notwendige Erfahrungen zu sammeln und diese mit seinem Therapeuten auszuwerten und zu bearbeiten. Nur so ist es möglich, die stimmige Lösung für den konkreten Einzelfall zu ermitteln und – im Verlauf – die Diagnose Transsexualität zu stellen (vgl. Beier et al. 2005). All dies steht vor dem Beginn körperverändernder Maßnahmen (medikamentöser und/oder chirurgischer Art) und entspricht insgesamt dann den „Standards of Care“ für die Betreuung von Transsexuellen (Becker et al. 1997).

Abgesehen davon, dass der in diesem Sinne begleitete Alltagstest nur höchst selten überhaupt und nur ausnahmsweise von einem sexualmedizinisch geschulten Therapeuten durchgeführt wird, erfolgt die Hormonbehandlung in den meisten Fällen ohne gesicherte Diagnose durch Verschreibung von Ärzten/innen, die ausbildungsbedingt gar nicht in der Lage sind, einen Alltagstest zu begleiten. Zur „Absicherung“ werden von den Betroffenen dann in der Regel Gefälligkeitsgutachten von Psychologen/innen oder Ärzten/innen vorgelegt, in denen die Diagnose einer Transsexualität zwar bestätigt, aber für die Diagnosestellung die „Standards of Care“ nicht eingehalten wurden. Da die hormonverschreibenden Ärzte/innen in diese Problematik gar nicht eingedacht sind, folgen sie den Empfehlungen – haben gleichwohl aber die ganze Verantwortung für die Hormonbehandlung. Dies gilt dann leider auch für die Indikationsstellung zur geschlechtsangleichenden Operation, zu welcher operativ

tätige (und mit der Differentialdiagnostik der Transsexualität nicht vertraute) Urologen oder Gynäkologen durch entsprechende Gutachten bewogen werden.

Selbst wenn aber die „Standards of Care“ gewährleistet sind, findet nur sehr selten eine ausreichende Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Therapeuten/innen statt, so dass es für die Patientin oder den Patient häufig schwer ist, eine hilfreiche Unterstützung bei auftretenden Problemen zu bekommen, da die drei Therapiesäulen (psychosoziale, hormonale, operative Betreuung) parallel, nicht aber integrativ, nebeneinander her laufen.

Wir haben daher versucht in der Behandlung Transsexueller ein integratives Behandlungskonzept zu erproben – die (federführende) Betreuung durch eine zugleich sexualmedizinisch, gynäkologisch und operativ qualifizierte Ärztin (A. Gauruder-Burmester). Von ihr wurde zunächst der Alltagstest begleitet (supervidiert von K.M. Beier) und nach Diagnosestellung dann die Hormonbehandlung sowie die operative Geschlechtsangleichung (gemeinsam mit G. Popken) durchgeführt. Ziel war eine ganzheitliche Begleitung und Betreuung des betroffenen Transsexuellen mit dem Resultat einer vollständigen sozialen Integration und einer hohen Lebensqualität- und -zufriedenheit. Im Folgenden wird der Verlauf geschildert.

Spontanangaben und Erstvorstellung

R. T. wurde von einer Fachkollegin mit dem Wunsch nach Geschlechtsumwandlung in die Sprechstunde zugewiesen. Es stellte sich ein junger Mann mit sehr weiblichen Gesichtszügen und zierlichem Körperbau vor. Auffällig war eine Alopezie und die sehr hohe Stimmlage. Der Patient ist 23 Jahre. Bei der Kleidung fällt eine Frauenbluse ins Auge, Schlaghosen und sehr weibliche Turnschuhe.

Es wird berichtet, dass seit dem 9. Lebensjahr der Wunsch besteht, dem anderen Geschlecht anzugehören. Die eigene Geschlechtlichkeit wurde gehasst, es war schrecklich ein „Junge“ zu sein. „Ich habe mich falsch gefühlt in meinem Körper.“ Die Erwartungen der Eltern wurden erfüllt, indem die Rolle eines Jungen gespielt wurde.

Seit einem halben Jahr tritt R. T. zunehmend als Frau auf. Sie schminkt sich, zieht Frauen- und Unisexbekleidung an. Zur Frage nach ihrem Elternhaus erzählt R. T. dass sich ihre Eltern trennten, als sie vier Jahre alt war. Zu ihrem leiblichen Vater gab es bis zum heutigen Tag nur telefonischen Kontakt, sie wurde von ihm

damals öfter geschlagen. Die Erinnerungen an ihn sind schlecht. Ihre Mutter ist 46 Jahre, sie arbeitet als Vorstandssekretärin in der Sparkasse. Nach der Scheidung ging sie eine neue Beziehung ein. Zu dem sieben Jahre jüngeren Halbbruder, welchen der jetzige Mann seiner Mutter mit in die Ehe brachte, hat sie guten Kontakt. Ein richtig herzliches Verhältnis zur Mutter hatte sie nie.

Die Mutter wird von ihr als aggressiv beschrieben. Der Stiefvater kommt mit dem Problem, das sie eine Frau sein möchte klar, die Mutter überhaupt nicht. Sie verdrängt diese Tatsache und lehnt es ab, mit ihr darüber zu sprechen. Sie hat deswegen einen Psychologen aufgesucht. Diese Tatsache war für sie sehr belastend, da sie der Mutter immer nahe sein wollte und sich wünschte, das sie von ihr verstanden wird.

Anamneseerhebung – Biographische Entwicklung

Vorschulzeit

R. T. war in ihrer Kindheit viel bei den Großeltern. Sie kann sich über ihre Kindheit nicht beklagen. Im Verhältnis zu anderen hat sie sich meist untergeordnet und hat getan was von ihr verlangt wurde. Ihre Wünsche und Sehnsüchte hat sie in den Träumen verarbeitet. Das Verhältnis zu den Eltern war gut, aber richtige Nähe ist nie entstanden. Sie hatte Angst mit den Eltern über Probleme zu sprechen. Beim Versuch der Mutter mit ihr zärtlich zu sein, ist sie immer aggressiv geworden. Als Kind hat R. T. im Bett häufig „Kinderkriegen“ gespielt. Sie hat heimlich die Kleider ihrer Mutter angezogen. Sie ist in den Kindergarten gegangen. Dort spielte sie meist nur mit Mädchen.

Schulzeit/Studium

R. T. besuchte die Grundschule. Sie hatte gute Zensuren. Sie wechselte ab der 5. Klasse in die Sekundarstufe, ab der 6. Klasse ins Gymnasium. Die Fächer Mathematik und Physik wurden von ihr als Leistungsfach gewählt. In dieser Zeit lebte sie mit ihrem Halbbruder in einem Zimmer bei den Eltern. Im Anschluss daran absolvierte sie ein Praktikum in einer Bürofirma. Danach begann das Studium für Kommunikationsinformatik. Sie wohnte in dieser Zeit zur Untermiete. Es schloss sich ein Diplom-Praktikum an. Inzwischen wurde das Studium mit Erfolg beendet. R. T. arbeitet zur Zeit in ihrem neuen Geschlecht im Bereich der Software-Entwicklung in führenden Firmen.

Pubertät/Jugendalter

Die Aufklärung erfolgte in der Schule. Ihre Eltern sprachen später noch einmal mit ihr, als es um die Verhütung bei der ersten Freundin ging. Sexualität und Nacktheit waren in der Familie kein Thema, welches offen kommuniziert wurde. Sie suchte auch keinen Gesprächskontakt zu Gleichaltrigen. In die Pubertät kam sie mit 10-12 Jahren. Der erste Samenerguss war ungefähr mit 11 Jahren. Die körperlichen Veränderungen wurden von R. T. als sehr störend empfunden. Selbstbefriedigung wurde von ihr beschrieben, aber ohne große Emotionen oder Phantasievorstellungen. Der eigene Körper wurde damals schon als „falsch“ empfunden. Sie begann in dieser Zeit weibliche Wäschestücke zu tragen, auch in der Schule. Die Angst dabei, das dies entdeckt würde war groß. Zur Masturbation hätte sie die Wäschestücke nicht verwendet.

Partnerschaftsanamnese

Erste intime Kontakte fanden im Alter von 18 Jahren mit einer 16Jährigen statt. Diese freute sich anfangs über R.T.'s sexuelle Zurückhaltung, monierte dann aber schon bald die fehlenden Intimkontakte. Es kam einige Male zu oralen und manuellen Stimulationen der Freundin (hierbei war R.T. aktiv); Geschlechtsverkehr wurde vermieden. Die Freundin durfte R.T. im Bereich des Genitale nicht berühren. Ihr Verhältnis sei eher wie das von „Bruder und Schwester“ gewesen. Der Geschlechtsverkehr wurde auch nicht als fehlend empfunden.

Die Freundin verlor nach kurzer Zeit das Interesse an ihr, sie vermutete R.T. sei homosexuell. Nach der Trennung lernte R. T. einen vier Jahre älteren Mann kennen. Mit ihm kam es zu manueller und oraler Stimulation und einige Male zum passiven Analverkehr. In der Phantasie habe sie dabei aber die Vorstellung gehabt, eine Frau zu sein und in die Scheide penetriert zu werden. Dies war auch ihre Begleitphantasie bei der Selbstbefriedigung (ein Mann penetriert sie vaginal) und in den Gesprächen anlässlich des begleiteten Alltagstestes kristallisierte sich auch immer stärker der Wunsch heraus, eine heterosexuelle Beziehung mit einem Mann zu praktizieren.

Gleichwohl lernte R.T. über das Internet eine Frau kennen, welche lesbisch ist. Diese hatte bereits eine Beziehung mit einer Mann-zu-Frau-Transsexuellen (nach der geschlechtskorrigierenden Operation kam es zur Trennung). Die Freundin akzeptiert R.T. „voll als Frau“ und übernimmt bei sexuellen Kontakten die Männerrolle (Analverkehr mit Dildo), so dass R.T.

sich in die Phantasie einer heterosexuellen Beziehung begeben kann, was die Freundin weiß.

Spezielle Störungsentwicklung

Im Kindergarten gab es ein erstes Schlüsselerlebnis, R. T. wollte nie „Krieg, Schießen, Kämpfen“ spielen. Sie hat hauptsächlich mit den Mädchen Friseur gespielt und hat sich gern mit Kuscheltieren abgegeben. Sie merkte das sie etwas nicht ausleben konnte und anders war als die anderen Kinder. Mit 8 Jahren benutzte sie den Schminkkasten und die Kleidung der Mutter. Später hat sie sich selbst Sachen gekauft. Mit 16 Jahren gab es eine massive Auseinandersetzung mit den Eltern, als diese zum wiederholten Male Frauenbekleidung bei ihr fanden. Mit 18 Jahren lernte sie eine gleichaltrige Frau kennen und hoffte mit ihr „normal“ zu werden. Sie hat dann aber auch deren Sachen angezogen und war zu dieser Zeit schon relativ feminin gekleidet.

Als sie mit Beginn des Studiums eine eigene Wohnung bezog, war dem Tragen weiblicher Kleidung keine Grenze mehr gesetzt. Seither trug sie dann auch in der Öffentlichkeit feminine Kleidungsstücke. Sie entwickelte mehr und mehr einen Hass auf ihren Penis, der darin endete das sie mit Gegenständen auf ihr Genitale einschlug und sich Wunden am ganzen Körper zufügte. Es gab danach eine Zeit in der sie an Selbstmord dachte.

Erhebung der aktuellen Lebenssituation

Seitdem der Alltagstest begonnen wurde tritt R. T. in der Öffentlichkeit durchgehend Frau auf. Im Verlauf des Alltagstestes haben auch ihre Eltern akzeptiert, dass sie in der anderen Geschlechterrolle leben möchte. Ihr Lebensgefühl ist besser geworden seit sie sich offiziell zur Frauenrolle bekennt. Auch ihre Freunde akzeptieren sie so wie sie ist, im Studium gab es keine Probleme. Eine Selbsthilfegruppe wird von ihr nicht aufgesucht. Nach zwei Jahren begleitetem Alltagstest (Gesprächstermine in einer Frequenz von 1/Woche bis 1/Monat) konnte die Diagnose Mann-zu-Frau-Transsexualität (ICD-10: F 64.0; DSM-IV: 302.85) gesichert werden und – entsprechend dem Wunsch von R.T. wurde mit der Hormonbehandlung begonnen (s.u.). Sie erhofft sich davon ein Wachstum der Brüste und eine Verbesserung der Haut. Parallel dazu findet eine Epilationsbehandlung statt. R.T. trägt eine Echthaarperücke und hat gelernt sich professionell zu schminken.

Zwischenzeitlich war das – zwei Jahre zuvor von R.T. in Gang gesetzte – Verfahren auf Vornamensänderung positiv entschieden und sie konnte wie gewünscht einen weiblichen Vornamen führen. Die soziale Einbindung weist keine Lücken auf. Die derzeit bestehende Beziehung verläuft harmonisch, da ihre (lesbische) Freundin sie als Frau akzeptiert (gleichwohl gehen beide von einer begrenzten Partnerschaft aus, da R.T. stärker interessiert ist an der Beziehung zu einem Mann und dafür die Freundin auch verlassen würde). Das Genitale wurde in dieser Zeit oft mit Miederhöschen kaschiert. Es kam hin und wieder zu morgendlichen Erektionen und Samenergüssen, was sie tolerierte.

Erhebung der Zielvorstellungen

Im Rahmen des Alltagstestes wurden mit R. T. auch die Möglichkeiten und Grenzen einer geschlechtsangleichenden Operation erörtert. Die Operation war ihr überaus wichtig, da sie in ihrer jetzigen neuen Lebenssituation als Frau auch deren Geschlechtsmerkmale wünschte. Sie ist sexuell auf Männer orientiert und wünscht sich eine Beziehung zu einem Mann mit gegengeschlechtlicher sexueller Orientierung, der sie als Frau liebt und mit dem sie auch in gegengeschlechtliche sexuelle Interaktion treten möchte. Die derzeitige Beziehung steht dem – aus ihrer Sicht – nicht im Wege, da die Freundin über ihre sexuelle Ausrichtung Bescheid weiß. Beruflich und sozial sah und sieht sie keine Probleme und versprach sich nach der ergänzenden körperlichen Umwandlung eine noch bessere Integration im Alltagsleben. Ein „neues Leben“ nach der Umwandlung war von ihrer Seite nicht erhofft, da sie sich in der weiblichen Rolle bereits voll und ganz in allen Bereichen des Leben integriert hatte

Diagnose

Differentialdiagnose

Entsprechend den „Standards of Care“ konnte eine primäre Mann-zu-Frau-Transsexualität mit androphiler sexueller Orientierung diagnostiziert werden. Weitergehend ausgeschlossen wurden:

- ◆ Schwierigkeiten mit den gängigen Geschlechterrollenerwartungen
- ◆ Homosexuelle Orientierung
- ◆ Psychotische Verkennung der geschlechtlichen

Identität sowie Persönlichkeitsstörungen

- ◆ Transvestitismus und transvestitischer Fetischismus.

Behandlungsstufen

Somatische

An Untersuchungen wurden eine zytogenetische Untersuchung, CT, MRT, EEG, sowie Laboruntersuchungen durchgeführt, welche alle unauffälligen Befunde aufwiesen. Die zytogenetische Untersuchung zeigte einen männlichen Karyotyp (46, XY), die Hormonanalyse entsprach den Werten eines gleichaltrigen biologischen Mannes. Der urologische Untersuchungsbefund wies ein normales äußeres Genitale auf (Hodenvolumen 8 ml, Konsistenz normal, Prostata unauffällig).

Alltagstest

R.T. hat während der Betreuung ohne Unterbrechungen Alltags-Erfahrungen als Frau gemacht und diese in regelmäßig stattfindenden Gesprächen mit der Therapeutin (A. Gauruder-Burmester) ausgewertet; die vorangestellten Ausführungen enthalten den Inhalt der im Alltagstest durchgeführten Gespräche (s.o.).

Hormonbehandlung

Eine Hormonbehandlung wurde mit den Präparaten Ethinylestradiol 25µg (2x1) und Androcur 50 mg (1x1) begonnen (Verschreibung der Hormone und zwischenzeitliche Kontrolluntersuchungen erfolgten durch die den Alltagstest betreuende Therapeutin). Dem war ein zweijähriger begleiteter Alltagstest und die Diagnosesicherung vorausgegangen.

Geschlechtskorrigierende Operation

Die Operation ist nach dreijährigem Alltagstest durchgeführt worden. Es wurde eine Kastration durch Exstirpation der Hoden und Nebenhoden vorgenommen. Die Schwellkörper wurden reseziert, die Glans wurde mit Gefäß-Nervenbündel präpariert, verkleinert und als Clitoris neuimplantiert. Die Urethra wurde gekürzt und an anatomisch definiertem Ort implantiert. Eine Neovagina wurde durch Penishautauskleidung geschaffen. Die Formung der Vulva mit großen und kleinen Labien erfolgte aus skrotalem Gewebe.

Die Operation wurde interdisziplinär von dem Urologen (G. Popken) und der Gynäkologin (A. Gauruder-Burmester) durchgeführt. Postoperativ kam in der Nachbetreuung ein Dobby und eine gezielter Elektrophysiotherapie zum Einsatz.

Nach 6 Wochen zeigte sich eine komplett abgeschlossene Wundheilung. Die Vagina wies eine Länge

von 10 cm auf, die Klitoris war erregbar, Orgasmusfähigkeit bestand von Anfang an.

Nachbetreuung

Die Nachbetreuung – nunmehr seit mehr als einem Jahr postoperativ – bleibt weiterhin durch die Gynäkologin in Zusammenarbeit mit dem Sexualmedizinischen Institut der Charité Campus Mitte gewährleistet. Die Personenstandsänderung wurde mittlerweile beantragt.

Zusammenfassung

Eine transsexuelle Geschlechtsidentitätsstörung bestand im vorgestellten Fall seit mindestens 3 Jahren. R.T. lebt seit dieser Zeit beruflich und privat als Frau. Eine Vornamensänderung erfolgte, die Personenstandsänderung wurde postoperativ beantragt. Der Alltagstest, die Hormonbehandlung und auch die Operation verliefen problemlos.

Das bei R.T. bestehende weibliche Selbstempfinden, der unbedingte Wunsch, sich selbst innerlich als Frau wahrzunehmen, von anderen so akzeptiert zu werden und so dauerhaft leben zu wollen, ist – gesichert durch den begleiteten Alltagstest – diagnostisch als transsexuelle Geschlechtsidentitätsstörung aufzufassen. Differentialdiagnosen, wie z.B. eine ichdystone homosexuelle Orientierung oder ein transvestitischer Fetischismus konnten weitestgehend ausgeschlossen werden. Die derzeitige Situation zeigt eine weibliche Patientin mit phänotypisch exzellentem weiblichen Äußeren, welche sozial integriert, beruflich anerkannt und familiär sowie in der derzeit bestehenden Beziehung zufrieden und angenommen ist.

Wir schlussfolgern, dass der recht unproblematische Verlauf als Ergebnis der in diesem Falle integrativen Behandlung durch eine (sexualmedizinisch, gynäkologisch und operativ qualifizierte) Therapeutin aufzufassen ist. Alle drei Säulen der Betreuung Transsexueller (Alltagstest und nachfolgend Hormonbehandlung sowie geschlechtskorrigierende Operation) wurden hierdurch integriert; die Operation erfolgte interdisziplinär (mit der Urologie) und führte zu einem anatomisch und funktionell sehr gutem Ergebnis.

Dieser positive Verlauf gibt Anlass zu der Überlegung, inwiefern im „Case-Management“ der Betreuung von Menschen mit Geschlechtsidentitätsstörungen mehr operativ tätige Kollegen/innen federführend eingebunden werden sollten. Durch die sexualmedizinischen Curricula bestehen seit 1997 entsprechende Qualifizierungsmöglichkeiten (vgl. Beier 1999) und nur auf diese Weise ist der größtmögliche Schutz vor Fehlbehandlungen der Betroffenen zu ge-

währleisten. Wer schwerwiegende körperliche Eingriffe an Patienten/innen zu verantworten hat, sollte sich nicht nur über die Indikationsstellung so sicher wie möglich sein, sondern mit Blick auf das dauerhafte Wohl der Betroffenen auch eine optimale Abstimmung der verschiedenen Behandlungsformen gewährleisten. Das heißt nicht Alleingang: Die Kooperation mit anderen Fachdisziplinen (Sexualmedizin, Urologie) ist dabei – wie in allen anderen Gebieten der Medizin – eine Selbstverständlichkeit.

Literatur

- Beier K.M., Bosinski H.A.G., Loewit K. (2005): Sexualmedizin. 2. Aufl. Urban & Fischer: München.
- Beier, K.M. (1999): Sexualmedizin – Berufsbegleitende Fortbildung mit Zertifikat. T. Ärzteblatt 6 (33): A – 2075-77.
- Becker S., Bosinski H.A.G., Clement U., Eicher W., Goerlich T., Hartmann U., Kockott G., Langer D., Preuss W., Schmidt G., Springer A., Wille R. (1997): Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen. Sexuologie 4: 130-38.
- Bettocchi C., Palumbo F., Cormio L., Ditonno P., Battaglia M., Selvaggi F.P. (2004): The effects of androgen depletion on human erectile function: a prospective study in male-to-female transsexuals. Int J Impot Res 16 (6): 544-6.
- Bosinski H.A.G. (2000): Determinanten der Geschlechtsidentität. Sexuologie 7 (2/3): 96-140.
- Bosinski H.A.G. (2003): Diagnostische und arztrechtliche Probleme bei transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörungen. Der Urologe 42 (5): 709-721.
- Bundesgesetzblatt 16.09.1980 56 (Teil I): 1654-1658. Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen
- Eicher W. (1995): Transsexuality-standards of care. Zentralbl Gynäkol. 117 (2): 61-6.
- Eldh J. (1993): Construction of a neovagina with preservation of the glans penis as a clitoris in male transsexuals. Plast Reconstr Surg. 91 (5): 895-900.
- Gooren LJG. (1990): The endocrinology of transsexualism: A review and commentary. Psychoneuroendocrinology. 15: 3-14.
- Hirschauer S. (1999): Die Soziale Konstruktion der Transsexualität. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Karim R.B., Hage J.J., Mulder J.W. (1996): Neovaginoplasty in male transsexuals: review of surgical techniques and recommendations regarding eligibility. Ann Plast Surg. 37: 669-75.
- Krege S., Rubben H. (2005): Reconstruction of female external genitalia. Urologe A. 44 (7): 762-767.
- Lawrence A.A. (2005): Sexuality before and after male-to-female sex reassignment surgery. Arch Sex Behav. 34 (2): 147-66.
- Moore E., Wisniewski A., Dobs A. (2003): Endocrine treatment of transsexual people: a review of treatment regimens, outcomes, and adverse effects. J Clin Endocrinol Metab. 88 (8): 3467-73.
- Perovic S.F., Stanojevic D.S., Djordjevic M.L. (2000): Vaginoplasty in male transsexuals using penile skin and a urethral flap. BJU Int. 86 (7): 843-50.
- Pfäfflin F., Junge A. (1992): Nachuntersuchungen nach Geschlechtsumwandlung. Eine kommentierte Literaturübersicht 1961-1991. In: Pfäfflin F., Junge A. (Hg) Geschlechtsumwandlung. Abhandlungen zur Transsexualität. Stuttgart. New York: Schattauer 149-457.
- Reiner W.G. (2000): Androgen exposure in utero and the development of male gender identity in genetic males reassigned female at birth. Present. at the 2nd International behavioral development Symposium „Biological basis of sexual orientation, gender identity, and gender-typical behavior“. Minot. North Dakota. (5) 25-27
- Rubin S.O. (1993): Sex-reassignment surgery male-to-female. Review, own results and report of a new technique using the glans penis as a pseudoclitoris. Scand J Urol Nephrol Suppl. 154: 1-28.
- Senf C. (1996): Transsexualität – Behandlung und Begutachtung. Schattauer: Stuttgart/New York.
- Sohn, H.M. (2004): Ergebnisse der operativen Mann-zu-Frau-Genitalangleichung bei Transsexualität. Blickpunkt der Mann. 2 (2): 34-38
- Swaab D.F. (2004): Sexual differentiation of the human brain: relevance for gender identity, transsexualism and sexual orientation. Gynecol Endocrinol. 19 (6): 301-12.
- Trombetta C., Liguori G., Bucci S., Salame L., Garaffa G., Cova M., Belgrano E. (2004): Radiological evaluation of vaginal width and depth in male-to-female transsexuals by the use of magnetic resonance imaging. World J Urol. 22 (5): 405-8.
- Wedler V., Meuli-Simmen C., Guggenheim M., Schneller-Gustafsson M., Kunzi W. (2004): Laparoscopic technique for secondary vaginoplasty in male to female transsexuals using a modified vascularized pedicled sigmoid. Gynecol Obstet Invest. 57 (4): 181-5.

Adresse der Autoren

Dr. med. Annett Gauruder-Burmester, Deutsches Beckenbodenzentrum, St. Hedwig-Krankenhaus, Fachbereich Urogynäkologie, Große Hamburger Str. 5-11, 10115 Berlin, a.gauruder@alexius.de; PD Dr. med. Galf Popken, HELIOS-Klinikum Berlin Buch, Fachbereich Urologie, Hobrechtsfelder Chaussee 96, 13125 Berlin, gpoken@berlin.helios-kliniken.de; Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Universitätsklinikum Charité, Freie- und Humboldt-Universität zu Berlin, Luisenstr. 57, 10117 Berlin, klaus.beier@charite.de

Penisvergrößerung – Welche finanziellen und physischen Gefahren birgt das Internet?

Tim Schneider, Berthold Schneider

Penisenlargement – how the internet can harm your patient financially and physically

Abstract

Penis enlargement is of great public interest and various methods and instruments to creating a longer and wider penis are presented in the internet with the potential of causing financial and physical harm to their users. We thus present an overview about penile enlargement in the internet in order to give urologists an idea which variety of information's is available for their patients.

We used a well known internet search machine and searched for the term „penis enlargement“. 56 sites have been examined due to their content, offered product and its price. All sites have been categorised and compared to established methods of penile enlargement due to actual data.

We could find 19 sites offering vacuum-pumps (costs: 20-247 \$, mean 100 \$) and 23 sites, offering manuals or software-products to enlarge girth and length of the penis by physical exercise (costs: 20-200 \$, mean 45 \$). 6 sites offered penis-stretchers (costs: 13-990 \$, mean 269 \$), 2 sites offered weights (197 and 350 \$) and 2 sites offered herbal products for oral intake (60 and 100 \$). Another site presented a journal and 3 clinics for operative penis enlargement could be found.

Due to the actual literature, only vacuum-pumps, stretchers and weights may have a positive effect on penile size, especially after operative enlargement and when used under doctors instruction to avoid physical harm. Physical exercise and herbal products are not known to have any effect on penile size. Operative treatment has not been standardised and thus has still to be seen as investigational. Actual guidelines propose surgery only in men with a flaccid length less than 4 cm and erect length less than 7.5 cm, which matches our own data of 143 measured penises. Only with knowledge of these data, urologists can sufficiently advise their patients.

Key words: internet, penile enlargement, penile size, stretchers

Zusammenfassung

Das Thema der Penisvergrößerung gewinnt in der Gesamtbevölkerung immer mehr an Bedeutung. Insbesondere operative Vergrößerungsverfahren aber auch andere, nicht-invasive Maßnahmen stellen für die Medien attraktive Themen da. Betrachtet man dieses Thema im Internet, so ist es hier im Laufe der letzten Jahre zu einer immensen Zunahme an Websites gekommen, die sich mit dieser Thematik beschäftigen oder Therapieoptionen anbieten. Das Internet ermöglicht jedermann einen freien Zugang zu diesen Seiten, deren Inhalte keiner Überprüfung durch Spezialisten auf diesem Gebiet unterliegen. Urologen werden daher immer häufiger mit der Problematik konfrontiert, dass Männer mit einer normalen Penisgröße eine Penisvergrößerungsoperation oder andere Methoden zur Penisvergrößerung wünschen. Um die finanziellen und physischen Gefahren dieser Situation zu verdeutlichen, stellen wir nachfolgend eine Übersicht über www-Seiten mit Angeboten zur Penisvergrößerung vor. Um eine realistische Einschätzung der Penisgröße zu ermöglichen erfolgt im Vergleich hierzu eine Darstellung von eigenen und internationalen Studiendaten in Bezug auf die Penisgröße bzw. Penisverlängerung.

Es erfolgte die Eingabe des Begriffs Penisvergrößerung in eine bekannte Internet-Suchmaschine. Insgesamt finden sich derzeit über 60.000 Seiten in Bezug auf die Penisvergrößerung. Wir haben von diesen insgesamt 56 Seiten in Bezug auf deren Inhalt, das angebotene Produkt und dessen Preis ausgewertet und mit unseren eigenen Studiendaten zur Penisgröße als auch internationalen Studien und Leitlinien zur Penisvergrößerung verglichen. Diese Übersicht ist daher nicht allumfassend sondern gibt lediglich einen kurze Momentaufnahme über die Situation im Internet.

Auf den ausgewerteten Seiten wurden auf 19 Seiten manuell oder elektrisch betriebene Vakuum-Pumpen angeboten, deren Preis von 20-247 \$ reichte (im Mittel 100 \$). Weitere 23 Seiten offerierten Manuals oder Software-Produkte um die Penislänge oder Breite durch gymnastische Übungen bzw. körperliche Betätigung oder spezielle Übungsprogramme zu vergrößern (Kosten: 20-200 \$, im Mittel 45 \$). Auf 6 Seiten wurden Penis-

Stretcher angeboten, deren Preis von 13-990 \$ reichte (im Mittel 269 \$). Zwei Seiten boten Gewichte zur Penisvergrößerung an (197 und 350 \$) und 2 weitere Seiten pflanzliche Produkte zur oralen Einnahme (60 und 100 \$). Eine einzelne Seite bot eine Zeitschrift über Penisvergrößerung an und 3 Kliniken, die operative Eingriffe zur Penisvergrößerung anbieten konnten gefunden werden.

Ergebnisse

Der Vergleich der im Internet angebotenen Optionen zur Penisvergrößerung mit den aktuell verfügbaren wissenschaftlichen Daten und Leitlinien ergab durchweg ernüchternde Ergebnisse.

Körperliche Übungen oder pflanzliche Produkte haben keinerlei nachgewiesenen Effekt auf die Penisgröße. Vakuumpumpen, Stretcher oder Gewichte können ggf. einen positiven Effekt auf die Penisgröße haben, es mangelt aber an randomisiert, prospektiv erhobenen Daten. Produkte dieser Art versprechen häufig eine Zunahme der Penisgröße bis zu mehreren Zentimetern auch bereits nach kurzem Gebrauch. Der realistisch zu erwartende Größenzuwachs nach längerem Gebrauch und damit verbundener jeweils längerer täglicher Anwendung, die häufig nicht mit einer normalen Arbeitstätigkeit in Übereinstimmung zu bringen ist, liegt aber eher bei 1-2cm. Dennoch empfehlen einige Autoren Stretcher insbesondere in der postoperativen Phase nach Penisvergrößerungsoperationen. Einige Hersteller sind weiterhin bemüht, randomisiert-prospektive Studien durchzuführen um die Datenlage bzw. die zu erwartenden Ergebnisse zu objektivieren (personal communication, Fa. Andromedical). Werden Penisstretcher aber ohne ärztliche Einweisung oder ärztliche Betreuung unreflektiert eingesetzt, können sie zu erheblichen Verletzungen des äußeren Genitales führen.

In der Literatur finden sich multiple Verfahren der operativen Penisvergrößerung wie z. B. die Durchtrennung des Lig. suspensorium, Fettunterspritzungen und vieles mehr. Da es aber an objektivierbaren Daten mangelt, hat die Society for the Studies of Impotence alle operativen Maßnahmen zur Penisvergrößerung weiterhin als nicht-standardisierte, noch in der Erprobung befindliche Eingriffe bezeichnet (Wessels et al. 1996). Neben der Gefahr des Auftretens ernsthafter Komplikationen wie Funktionseinschränkung des Penis und kosmetisch unzureichendem Ergebnis beträgt der Längengewinn bei Durchtrennung des Lig. suspensorium meist nicht mehr als 2,5cm (Alter 1995).

In Kenntnis dieser Daten liegt die Entscheidung beim Arzt, bei welchem Patienten eine wirkliche Indikation für eine Penisvergrößerung vorliegt. Um diese Entscheidung treffen zu können, muss der behandelnde Arzt mit den Normwerten der Penisgröße Erwachsener in verschiedenen Altersstufen vertraut sein.

Studien mit dem Ziel der Erhebung der durchschnittlichen Penisgröße wurden bereits 1899 durch Loeb durchgeführt (Loeb 1899). Die penile Länge wird in Studien im flacciden und im erigierten Zustand bestimmt, zusätzlich erfolgt teilweise eine Bestimmung der gestreckten Länge im flacciden Status. Die mittlere Länge im erigierten Zustand des erwachsenen Mannes reicht in den unterschiedlichen Studien von 14,2-15,9cm, wobei eine deutliche Tendenz zu einer größeren Länge in den Studien nachzuweisen ist, in denen die Messung durch die Patienten selbst erfolgte (Tab.1) (beinhaltet Literaturstelle 2-9). Unsere eigenen Daten, bei denen die Penislänge von 111 Männern (18-19 J.) und 32 Männern (40-68 J.) im flacciden und erigierten Zustand durch einen einzigen Untersucher bestimmt wurde, zeigte keinen signifikanten Längenunterschied im flacciden und erigierten Zustand zwischen beiden Altersgruppen (Schneider et al. 2001).

Tab. 1 Penisgrößen in verschiedenen Studien

	flaccide	gestretched	erigiert
Loeb 1899	9.5cm	---	---
Schoenfeld 1942	---	13.0cm	---
Kinsey 1948 *	9.7cm	---	15.5cm
da Ros 1994	---	---	14.5cm
Richters 1995 *	---	---	15.9cm
Wessels 1996	8.8cm	12.4cm	15.7cm
Schneider 2000	8.6/9.2cm	---	14.5/14.2cm
Ponchietti 2001	9.0cm	12.5cm	---

* Selbstmessung

Da die Penislängenmessung auf verschiedene Art und Weise durchgeführt und interpretiert werden kann, sollte im Rahmen von Studienmessungen eine Selbstmessung vermieden werden und die Messung nur durch einen Untersucher erfolgen. Insbesondere die Daten zur flacciden Penisgröße sind aufgrund der schnellen Größenveränderungen durch Temperaturschwankungen etc. schwierig zu interpretieren. Wir empfehlen daher in Studien eine Penislängenmessung nach Selbststimulation oder aber nach pharmakologischer Induktion der Erektion z. B. nach intrakavernös-

er Injektion von Prostaglandin E1. Sollte eine solche Messung nicht möglich sein, so kann die gestreckte Länge des flacciden Penis gemessen werden, die der Länge im erigierten Zustand bei Addition eines Zentimeters annähernd entspricht. Ein weiteres Problem bei übergewichtigen Patienten ist das sogenannte präpubische Fettpolster. Um die sog. funktionelle Länge des Penis bei diesen Patienten bestimmen zu können, sollte ein biegsames Lineal kräftig gegen das Schambein gedrückt werden und so die Länge bis zur Penisspitze gemessen werden (Abb. 1).

Schlussfolgerungen

Sämtliche im Internet verfügbaren Daten und Informationen zur Penisverlängerung sollten mit extremer Vorsicht interpretiert werden. Die meisten dort angebotenen Produkte sind ohne Nutzen für den Anwender und verursachen für diesen immense Kosten. Die behandelnden Ärzte werden immer häufiger mit unrealistischen Größenvorstellungen ihrer Patienten konfrontiert und sollten daher bereits bevor es zur Diskussion über Möglichkeiten zur Penisvergrößerung kommt, den Patienten über die zu erwartende normale Penisgröße informieren. Für keinen Patienten mit normal großem Penis besteht derzeit eine medizinische Indikation für eine Penisvergrößerung. Insbesondere operative Eingriffe zur Penisvergrößerung sollten bei Patienten mit einer flacciden Penislänge von > 4 cm oder einer erigierten Penislänge von $> 7,5$ cm nach den Daten von Wessels und Lue sowie unserer eigenen Daten unterbleiben (Schneider et al. 2001, Wessels et al. 1996).

Literatur

- Alter G.J. (1995): Augmentation phalloplasty. *Urol Clin North Am* 4: 887-901.
- da Ros C., Telöken C., Sogari P. et al. (1994): Caucasian penis: what is the normal size? *J Urol* 151: 323a, abstract 381.
- Kinsey A.C., Pomeroy W.B., Martin C.E. (1948): Sexual behavior in the human male. Philadelphia: W.B. Saunders Co.
- Loeb H. (1899): Harnröhrencapazität und Tripperspritzen. *Muench. Med. Wochenschr.* 46: 1016-1019.
- Ponchietti R., Mondaini N., Bonafe M. et al. (2001): Penile length and circumferences: a study on 3.300 young Italian males. *Eur Urol* 39: 183-186.

- Keine Selbstmessung
- Messung durch einen Untersucher
- Die Daten des flacciden Penis sind schwer interpretierbar
- Messung nach Selbststimulation oder pharmakologischer Stimulation
- Einbeziehung des präpubischen Fettpolsters zur Ermittlung der funktionellen Länge (1).

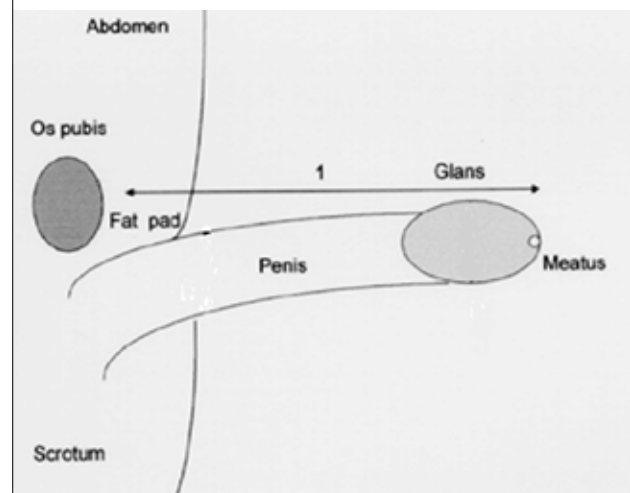


Abb. 1 Penislängenmessung

- Richters J., Gerofi J., Donovan B. (1995): Are condoms the right size(s): a method for self measurement of the erect penis. *Venereology* 8: 77-81.
- Schneider T., Sperling H., Lümken G. et al. (2001): Does penile size in younger men cause problems in condom use? A prospective measurement of penile dimensions in 111 young and 32 older men. *Urology* 57 (2): 324-318.
- Schoenfeld W.A., Beebe G.W. (1942): Normal growth and variation in the male genitalia from birth to maturity. *J Urol* 48: 759-777.
- Wessels H., Lue T.F., McAninch J.W. (1996): Penile length in the flaccid and erect states: Guidelines for penile augmentation. *J Urol* 156: 995-997.

Adresse der Autoren

Dr. med. Tim Schneider, Dr. med Berthold Schneider, Gemeinschaftspraxis für Urologie, Schildberg 19, 45475 Mülheim, tim.schneider@uni-essen.de

Sexualbegleitung für geistig behinderte Menschen

Lothar Sandfort

Sexual counseling for people with cognitive disabilities

Abstract

This article takes a new approach to providing sexual counseling for people with mental and/or cognitive disabilities. This new approach to sexual counseling finds its roots in the Independent Living Movement and is based on the principles of this Movement: Self-Definition and Self-Determination, Empowerment, Peer-Support, Ambulatory Living Assistance etc. The involvement of Sexual Assistants/Attendants is a significant aspect of this approach. There is an individual fee for the services of and experiences with these Sexual Assistants. Importance is placed on a clear distinction between the services provided by these Sexual Assistants and those of normal prostitutes, e.g. the goal of the service is not the quick satisfaction of the consumer. Rather the individual with a disability should have the opportunity to strengthen his image of self, i.e. his personality and his attractiveness.

Keywords: Sexual Assistants/attendants, strengthen image of self, personality and attractiveness

Zusammenfassung

Der Beitrag beschreibt einen neuen Ansatz in der Sexualberatung geistig behinderter Menschen, entstanden aus der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung Körperbehinderter und aufgebaut auf den Prinzipien dieser Bewegung: Selbstbestimmung, Empowerment, Peer-Support, ambulante Assistenzdienste etc. Diese Sexualberatung schließt die Mitarbeit von Sexualbegleiterinnen ein. Sie bieten Sexualerfahrungen gegen Bezahlung an. Dabei wird auf deutliche Unterschiede zur klassischen Prostitution Wert gelegt. Ziel ist nicht die schnelle Befriedigung des Kunden. Dem behinderten Mensch soll die Gelegenheit geboten werden, seine Persönlichkeit zu stärken und sich zu attraktivieren.

Schlüsselworte: Sexualbegleitung/-assistent, Persönlichkeitsförderung

Selbstbestimmt Leben

Seit 1986 haben in den deutschen Großstädten behinderte Menschen Beratungszentren nach amerikanischem

Vorbild eröffnet. Durch die konnten sie ihre Kompetenzen in sozialrechtlichen Fragen an andere behinderte Menschen und deren Angehörige weitergeben.

Die Gründungsaktivitäten wurden in den USA, Japan, Australien und Europa beobachtet. Die Protagonisten sammelten sich im „Independent-Living-Movement“.

In der us-amerikanischen und europäischen Pädagogik haben die Inhalte, die mit dieser Bewegung verbunden werden, einen prägenden Eindruck hinterlassen: Selbstbestimmung, Empowerment, Peer-Support, ambulante Assistenzdienste, Dezentralisierung von stationären Einrichtungen. Die Selbstbestimmung behinderter Menschen ist heute nicht nur zentrales Ziel der wissenschaftlichen Pädagogik sondern auch Kern der broschierten Leitbilder institutioneller Behindertenarbeit. Die pädagogische Praxis in den Wohnheimen und Werkstätten für behinderte Menschen ist allerdings in den seltensten Fällen schon in der Lage, die wissenschaftlichen Normen zu erfüllen.

1994 wurde eine Beratungsstelle dieser Bewegung gegründet, die dem Bedarf an psychologischer Beratung und Psychotherapie entsprach, der sich immer wieder in den Zentren für selbstbestimmtes Leben zeigte. Anders als bisher üblich wurde diese Beratungsstelle in einem Dorf angesiedelt und umfassender als Lehrinstitut aufgebaut: Das „Institut zur Selbst-Bestimmung Behinderter“ in Trebel, im Osten Niedersachsens. Den Peer-Counseling-Prinzipien entsprechend ist der leitende Psychotherapeut des ISBB selbst behindert.

Der Nachfrage entsprechend hat sich der Beratungsschwerpunkt zu Fragen nach Sexualität und Partnerschaft behinderter Mensch konkretisiert und da dem Thema Sexualität offen und offensiv begegnet wurde, ist das ISBB heute eine Sexualberatungsstelle, die auch Fragen zu anderen Themen beantwortet.

Sexualbegleitung des ISBB

Es entspricht der Tradition der Bewegung, sich in Selbsthilfegruppen und Workshops zu finden. So wurden in der ISBB-Sexualberatungsstelle neben dem klassischen Beratungsangebot Erotik-Workshops organisiert. Dort trafen sich zunächst körperbehinderte Männer. Diesen Anfängen folgten drei parallele Grup-

pen aus körperbehinderten Frauen und Männern und eine für „Menschen aus Wohnheimen und Werkstätten“. Letzteres ist eine Umschreibung für lern-, geistig- bzw. psychisch behinderte Menschen, von denen sich einige nicht als Behinderte bezeichnen lassen wollen. Die einzelnen Gruppen treffen sich alle halbe Jahre in Trebel. Ihren Kern bilden statistisch 6 Behinderte, die bei Bedarf mit ihren Assistenzkräften anreisen. An den Wochenenden sind auch stets zwei Sexualbegleiterinnen anwesend und falls gewünscht ein Sexualbegleiter. Alle wurden im ISBB ausgebildet.

Die Sexualbegleiterinnen kommen aus der Prostitution oder haben bisher als Krankenschwester oder Ergotherapeutin gearbeitet. Der Sexualbegleiter war Goldschmied. Sie bieten Sexualdienstleistungen gegen Geld an und sind somit bei uns als Prostituierte tätig. Wir haben jedoch die Erfahrung gemacht, dass die Regeln und Einstellungen der klassischen Prostitution sich mit unseren Zielen oft nicht vereinbaren lassen. Darum bilden wir in einer Art Supervision die Interessierten nach unseren Bedürfnissen weiter. Das Ergebnis macht den Unterschied von Sexualbegleiterinnen und klassischen Prostituierten aus.

Wir vermitteln einen Begriff davon, was Emanzipation Behinderter bedeutet. Die Sexualbegleiterinnen sind nicht Helferinnen, die etwas für Behinderte tun. Wir bleiben die „Experten in eigener Sache“. Sie helfen uns, reflektiert Erfahrungen zu machen. In unserem Bestreben nach Wiederaneignung unserer Körper sind sie uns eher Medium, nicht Therapeutinnen.

Krise ist etwas Hilfreiches. Krisen, durch die wir (notfalls durch Beistand) konstruktiv uns heraus entwickeln, stärken unsere Persönlichkeit. Empowerment durch Liebeskummer etwa. Behinderung ist nicht gleich Leiden, und Sexualbegleiterinnen sind nicht verantwortlich dafür, dass das verbleibende Leiden abnimmt. Manchmal müssen sie es sogar erhöhen, wenn sie zum Beispiel in der Begleitung ehrlich Stellung zum Kunden nehmen, statt – wie in der klassischen Prostitution üblich – Illusionen zu verkaufen.

Hilfestellungen und andere Angebote sollen erst gegeben werden, wenn der Hilfebedürftige darum nachfragt. Das sind die meisten behinderten Menschen gar nicht mehr gewohnt und die nichtbehinderten Sexualbegleiterinnen auch nicht. Bezahlt wird vom Kunden in bar ohne weitere erwartete Dankbarkeit.

Jede einzelne sexuelle Dienstleistung kostet gleich viel. Es gibt keinen Unterschied in der Wertigkeit von Streicheln oder Koitus. Der Koitus wird aus dem Angebot nicht ausgeschlossen, damit seine bisherige oft erdrückende Dominanz nicht bestärkt wird. Der Koitus ist ein besonderes Erlebnis, aber auch ohne ihn ist Sexualität wertvoll und vollwertig.

Die Sexualbegleiterinnen kommen zu den Wochenenden als Teilnehmerinnen. Sie geben sich auch mit ihren Persönlichkeiten in den Gruppenprozess ein. Sie beteiligen sich allerdings nur auf Wunsch der Behinderten an den Selbsterfahrungs-Sitzungen des Wochenendes.

Bei der Sexualbegleitung geht es nicht nur darum, Sexualität zu erleben. Das ISBB ist kein Bordell und kein Pizzadienst. Es ist nicht das Ziel, dass ein hungriger Kunde wieder kommt, wie in der klassischen Prostitution. Er soll unterstützt werden, sich eine erotische Beziehung in seinem Alltag aufzubauen.

Es gilt nicht, die jeweiligen individuellen Einschränkungen zu therapieren. Die Behinderung ist nicht der Feind, der zu bekämpfen oder zu überwinden ist. Sie soll als konstitutioneller Teil der Persönlichkeit angenommen werden, um mit den Einschränkungen sich selbstbewusst in eine Partnerschaft einbringen zu können.

Die individuellen Einschränkungen sind gegeben. Im Kommunikationsprozess des Individuums mit seiner sozialen Umwelt wird daraus die Behinderung. Durch den Kommunikationsprozess entsteht die Identität des jeweiligen behinderten Menschen. Die Behinderung wird darum ein wertvolles Merkmal dieser Identität.

Die Ausbildung der Sexualbegleiterinnen besteht also weniger aus Wissensvermittlung. Viel mehr soll durch reflektierte Erfahrungen eine uns angemessene Haltung entstehen. Einstellungsänderungen sind Lernerfolge.

Die Auffassung von Sexualität im ISBB

Die psychologische Theorie, nach der im ISBB gearbeitet wird, hat sich aus der systemischen Schule psychoanalytischer Prägung entwickelt. Drei bedeutende Überlebensinteressen (Systeme) haben Einfluss auf das individuelle seelische Gefüge: Individualinteresse, Gattungsinteresse und Kulturinteresse. Das Überlebensinteresse des Individuums ist direkt mit der Existenz des Organismus verbunden. Die Systeme Gattung und Kultur haben im Laufe der Phylogenese direkte seelische Beweggründe etablieren können: Hormone und Erzieher. Erziehung ist ein Kommunikationsprozess, in dem der Mensch Halt, Orientierung und Sicherheit erhält. Er trägt dafür die Kultur in die nächste Generation fort. Sexualitätsfördernde Hormone erzeugen Lust und sorgen damit nach wie vor für Fortpflanzung.

Sexuelle Probleme entstehen, da Partnerschaft und Sexualität im Interesse verschiedener dieser exis-

tenziellen Systeme stehen. Die Interessen wirken im Konfliktfalle gegeneinander: Sicherheit und Risiko.

Das Modell macht es möglich, den deutlichen Vorrang des Sicherheitsinteresses zu erkennen.

Sexualität geistig behinderter Menschen

Der Rahmen dieser Ausarbeitung legt nahe, sich auf eine der Zielgruppen zu konzentrieren. Ich will hier unsere Arbeit mit geistig Behinderten näher erläutern.

Geistig behinderte Menschen haben in der Regel ihre höhere Lebensunsicherheit erfasst. Sie sind auf unterschiedliche Weise mit einigen lebenswichtigen Fähigkeiten weniger oder nicht begabt. Dafür haben sie zumeist andere Potenziale. Sie sind etwa Meister der nonverbalen Inszenierung, während es ihnen an verbalen Kommunikationsmöglichkeiten mangelt. Sie stellen sich in bemerkenswerter Weise auf ihre Lebensbedingungen ein. Sie sichern ihr Leben, in dem sie sich enger und länger an Betreuungspersonen binden und binden diese wiederum an sich selber. Dabei bleiben sie keine Kinder. Die Auswirkung einer geistigen Behinderung an ein Intelligenzalter zu messen, sehen wir im ISBB als einen fatalen Fehler wissenschaftlichen Herangehens. Die individuellen Einschränkungen lassen sie zu Erwachsenen ganz einzigartiger Prägung werden. Von der Ähnlichkeit ihrer Realitäten mit der Konsensrealität kann viel weniger ausgegangen werden als zwischen nicht behinderten Menschen.

Um erkennen zu können, was das jeweilige Individuum denn nun selbstbestimmt will, muss ich mir die Mühe machen, ähnlich einem Ethnologen, in die jeweilig einzigartige Welt eingelassen zu werden und diese vorsichtig, Würde wahrend, dankbar und zunächst unwissend zu erforschen. Von grundsätzlichen Ähnlichkeiten kann ich ausgehen, mehr aber auch nicht. Gleichzeitig bin ich gut beraten, mehr auf nonverbale Kommunikation zu achten und diese verstehen zu können.

Leider liegt hier ein großes Versäumnis in der Ausbildung des pädagogischen Personals durch die (Fach-)Hochschulen. So kommt es, dass in den stationären Einrichtungen viel Ratlosigkeit herrscht und letztendlich intuitiv gehandelt wird, also auf Grund von Konzepten, die der allgemeinen Lebenserfahrung entstammen. Das ist nicht in jedem Falle schlecht, sollte aber wünschenswerter Weise mehr durch Überprüfung der Auswirkungen kontrolliert werden. Da fehlt es noch an praxisnahen Theorien und Methoden.

Das ist umso beklagenswerter, je enger die Bindung des jeweiligen Pädagogen mit dem oder den behinderten Menschen seines Arbeitsumfeldes ist. Diese Bindung geht zumeist von den behinderten Menschen aus. Sie haben Kompetenzen der Umweltkontrolle an ihre Betreuer delegiert und sorgen sich nun um diese Betreuer. Sicherheit und Selbstbestimmung erhalten sie so über die Bindung ihrer Vertrauenspersonen (Bzugsbetreuer) an sich. Die Auffassung des ISBB bedeutet also, auch geistig Behinderte als vor allem unbewusst höchst aktive und kommunikative Menschen zu betrachten. Im Gegenzug handeln sie in der Außenwelt nicht ohne den ausdrücklichen oder zumindest vermuteten Willen ihrer Betreuungspersonen.

Selbstbestimmung geistig Behinderter ist nur zu erkennen, wenn Wille aus dem Funktionieren eines Systems heraus gedacht wird. Leider sind die Lebensbedingungen mancher behinderter Menschen so ungünstig, dass Selbstbestimmung nur über das Problem zu erreichen ist.

Haben geistig Behinderte erkannt, dass das Personal sich lediglich um die Herstellung von Ruhe und Ordnung kümmert, werden auch schon mal Probleme erzeugt. Sehr wirkungsvoll sind Aggression. Pädagogen, die überhaupt nicht verstehen wollen oder können, bekommen die Inszenierungen der Kommunikation auch schon mal lauter, störender. Selbstverständlich sind hier keine Prozesse bewusster Berechnung beschrieben.

In die Beratungssequenzen werden im ISBB immer dann, wenn die behinderten Ratsuchenden das wollen, Betreuer mit einbezogen. Manchmal wählen sich behinderte Menschen eher zu den Co-Therapeuten, die den Betreuer mit beraten und ihn eigentlich nur in die Therapie bewegt haben. Sie sorgten sich um ihn und damit um sich.

Die Sexualität der Betreuten stellt einen Bereich, dem Pädagogen in den seltensten Fällen unbeschwert begegnen können – wie anderen Bedürfnissen, etwa Hunger, Durst, Schlaf, Wärme, Anerkennung, Gesundheit, Freizeitspaß. Auch für sie hat Sexualität eine Wirkung, die ihre Lebenssicherheit bedrohen kann und zusätzlich mit störenden moralischen Einschränkungen verbunden ist. Das erschwert nicht nur die Sexualberatung. Aber es hilft nichts: Ohne ihre Bereitschaft zu offenen, unbeherrschbaren Risiken ist auch für den betreffenden behinderten Menschen sexuelle Erfüllung nicht möglich.

Immer häufiger jedoch gelingt es Pädagoginnen und Pädagogen, diese Bereitschaft einzubringen. Sie haben aufgehört, Sexualität aus ihrem beruflichen Erkennen auszuschließen. Nur dadurch konnte es überhaupt zu einer Nachfrage nach Sexualbegleitung kommen.

Sie sind es auch, die den Erstkontakt zum ISBB herstellen. Oft beschreiben sie die sexuellen Bedürfnisse des behinderten Ratsuchenden noch nach dem Dampfkesselprinzip. Er stehe unter Druck und der Kontakt mit einer Sexualbegleiterin könne ihm diesen Druck nehmen. Sie wollen auch gleich mehrere Termine buchen, auf Grund ihrer Vermutung, dieser Druck käme immer wieder und könne nur durch Sexualbegleitung entweichen. Eine Sexualberatung vor der Sexualbegleitung kann da hilfreich sein.

Sie erkennen dann, dass Sexualität, wie wir sie verstehen, das Ausleben erotischer Geschichten ist. Auch in solchen Inszenierungen können es geistig behinderte Menschen zu überwältigenden Werken bringen.

Der Koitus ist auch bei ihnen ein Teil der Geschichte, nicht immer der Höhepunkt. Es war für die Sexualberaterinnen nicht immer leicht, Erfolg auch in einem Date zu sehen, in dem zum Beispiel der geistig Behinderte nicht durch Handanlegen befriedigt werden wollte, sondern eine Stunde lang nur in der Ecke saß und erotische Nacktheit genoss.

Geistig behinderte Menschen, besonders Frauen, sind weniger am erotischen Risiko interessiert, mehr an der Herstellung von Sicherheit. Einen Lebenspartner, einen richtigen Freund zu haben, ist ihnen wichtiger. Geistig behinderte Frauen kommen daher auch nicht in die erotischen Workshops des ISBB. Die Teilnehmer unseres hier beschriebenen Workshops sind geistig-, psychisch- bzw. lernbehinderte Männer, die zu dem alle grundlegende soziale Kompetenzen haben. Sie können nicht alle verbal kommunizieren, sich aber in ihrer Umwelt ausreichend orientieren.

Den Männern in den Workshops, aber mehr den Männern in der klassischen Sexualberatung fehlt oft eine realistische Einschätzung ihrer möglichen Sexualpartnerinnen. Sie inszenieren in ihren sexuellen Fantasien erotische Erlebnisse mit den Mitarbeiterinnen ihrer Einrichtung und vor allem mit den jungen und schönen. In ihren Fantasien sind sie erfolgreich. Sie meinen, „im richtigen Leben“ nur noch nicht der passenden Frau begegnet zu sein. Alle die sie fragen antworten, sie seien ja schon verheiratet oder hätten zurzeit kein Interesse an einem Mann, fühlten sich noch zu jung oder dürften aus arbeitsrechtlichen Gründen mit einem Bewohner gar keine Beziehung haben. In der Supervision bedauern die gleichen Mitarbeiterinnen, der Betreffende sei gar nicht offen für die Part-

nerschafts-Angebote der behinderten Frauen in den Werkstätten und Wohnheimen.

Wie bei allen Menschen ist das Gattungsinteresse eugenisch und beginnt bei den Jungen, Gesunden und Schönen. Im Laufe der Pubertät und des weiteren Erwachsen-werdens erfahren wir im Wechsel der Ablehnungen und Erfolge, welcher Partner zu uns passt. Uns werden Enttäuschungen und Liebeskummer zugemutet. Wir lernen daraus. Geistig Behinderten wird Kummer nicht überlassen, da sie als Leidende definiert werden, deren Leid zu vermindern, niemals aber zu vermehren ist. Statt ihnen Krisen zu gönnen, aus denen sie mit Hilfe erfahren und gestärkt heraus kommen können, werden Ausflüchte genutzt. Sie hören, eben nur zurzeit Pech zu haben.

Sexualbegleiterinnen haben gelernt, ehrlich zu sein, gegen den auch bei ihnen wirkenden kulturellen Reflex.

Wünsche an den hilfreich wirkenden Therapeuten

Therapeutisch arbeitenden Kräften in der Sexualberatung werden die Bedürfnisse behinderter Menschen vermehrt zum Beratungsgegenstand. Es ist ein großer Fortschritt, keine hemmenden Medikamente mehr einzusetzen. Die offenere Gestaltung der Lebensbedingungen und die Einstellungen des Personals in der ambulanten und stationären Arbeit sind die hilfreichen Ansatzpunkte.

Sich auf nonverbale Kommunikation zu verstehen, ist Voraussetzung für die Behandlung von Behinderungen mit geistigen und psychischen Einschränkungen bzw. Lernbeeinträchtigungen. Es ist nicht die Aufgabe der Therapie, Krisen und Leiden im Vorfeld zu verhindern oder zu bewältigen. Ihr Ziel sollte es sein, den Menschen zu befähigen, sich durch Krisen und Leid konstruktiv zu entwickeln. Dazu brauchen solche Erfahrungen überhaupt nicht provoziert zu werden. Es ergeben sich für Behinderte ohnehin genug. Krisenerfahrung kann im Bemühen um Partnerschaft sogar eine Attraktion werden.

Sexualbegleitung kann als eine Möglichkeit genutzt werden, sich selber zu erfahren und sicherer im Bemühen um erotisches Erleben zu werden.

Adresse des Autors

Dipl.-Psych. Lothar Sandfort, Institut zur Selbst-Bestimmung Behinderter, Nemitzer Str. 16, 29494 Trebel, Aacsandfort@aol.com

Magnus Hirschfeld – Sexualwissenschaft im Kontext ihrer Zeit

Rainer Alisch, Katja Henze, Anne-Hilke Kelling, Patricia Marques de Melo

Magnus Hirschfeld – Sexual Science in the context of its time

Abstract

The text describes important stages in the history of sexual science in Germany from the aspect of its double founding, and deals in particular with Hirschfeld's role as science organizer and with the impasses that resulted from the attempt to adapt sexual science to the paradigms of „pure“ natural science.

Keywords: Magnus Hirschfeld, Sexual Science, scientific paradigms

Zusammenfassung

Der Text beschreibt wichtige Etappen der Geschichte der Sexualwissenschaft in Deutschland unter dem Aspekt ihrer Doppelgründung und geht dabei besonders auf die Rolle Hirschfelds als Wissenschaftsorganisator ein und auf die Sackgassen, in die der Versuch, einer Anpassung an rein naturwissenschaftliche Paradigmen geführt hat.

Schlüsselwörter: Magnus Hirschfeld, Sexualwissenschaft, naturwissenschaftliche Paradigmen

Bei Hirschfeld (1868-1935) finde „Mythenbildung“ statt, denn anders als bei Denkmälern, die ins Abseits schieben, werde hier die „Erinnerung belebt, ausgebaut und angereichert.“ Mit diesem Fazit hatte der Ulmer Sexualwissenschaftler Friedemann Pfäfflin im Mai 2003 eine international besetzte Hirschfeld-Tagung eröffnet, die das Potsdamer *Moses-Mendelsohn-Zentrum* ausgerichtet hatte. Gleichfalls 2003 war auch der Roman *Die Wahrheit über Sascha Knies* von Aris Fioretis erschienen, in dem der Held nur mit Mühe einer dubiosen Hodenoperationen entkommt. Er war einer „Bruderschaft“ in die Hände gefallen, die an ihm die „biologische Erhebung“ erproben wollte. Auf der Täterseite agierte auch ein Mitarbeiter der sogenannten *Stiftung für Sexualforschung*, hinter der ohne Mühe das von Hirschfeld gegründete *Institut für Sexualforschung* als das historische Vorbild zu erkennen ist.

So umstritten wie Hirschfelds Leistungen im Einzelnen auch sein mögen, er ist der einzige unter den Sexualwissenschaftlern zu Beginn des 20. Jahrhunderts, der heute noch in nennenswerter Weise rezipiert wird, nach dem eine Gesellschaft benannt wurde und dessen Namen eine Stiftung zur „Wiedergutmachung“ der Nazi-Verbrechen an den Homosexuellen tragen sollte, die allerdings parlamentarisch gescheitert ist (vgl. Beier & Alisch 2002: 83ff).

Heutige Sexualwissenschaftler halten sich von der zentralen Gründerfigur ihres Faches eher in vorsichtiger Distanz; auch die Schwulenbewegung tat sich schwer, ihn als Ahnherrn zu entdecken. Mit der 1984 von Erwin Haeberle wieder aufgelegten Schrift „Die Homosexualität des Mannes und der Weibes“ von 1914 ist Hirschfelds „Zwischenstufentheorie“ jedoch in das Blickfeld der Genderforschung getreten, während in den Kulturwissenschaften seine Milieustudien zu Hetero-, Homo und Transsexualität Beachtung finden. Für Geschichtswissenschaftler hingegen steht Hirschfeld im Fokus „deutsch-jüdischer Beziehungsgeschichte“ und im Kontext der NS-Eugenik.

Mit dem 2004 von Elke-Vera Kotowski und Julius Schoeps betitelten Band *Magnus Hirschfeld. Ein Leben im Spannungsfeld von Wissenschaft, Politik und Gesellschaft* zur oben erwähnten Tagung und einer Studie von Rainer Herren *Schnittmuster des Geschlechts. Travestitismus und Transsexualität in der frühen Sexualwissenschaft* (2005), die den Blick für die Phänomene der Geschlechtsumwandlung weit in den Kontext von Kultur und Gesellschaft hinein eröffnet, liegen gegenwärtig zwei Bücher vor, die sich mit Hirschfelds bis in die Gegenwart reichender Wirkungsgeschichte auseinandersetzen.

Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang auch der Katalog von 2005 zu der Ausstellung *1-0-1 (one 'o' one) intersex* der *Neuen Gesellschaft für Bildende Kunst* in Berlin. Hier wird wie schon der Untertitel besagt – *Das Zwei-Geschlechter-System als Menschenrechtsverletzung* – zur gängigen, auch sexualmedizinisch, verantworteten Normierungspraxis der Geschlechter eine entschiedene Gegenposition bezogen. Hirschfeld interessiert in dem Band in erster

Linie als historischer Fixpunkt. So reflektiert der Text von Katharina Sykora Hirschfelds fotografische Strategien am Gegenstand des Hermaphroditismus, während Rainer Herren dem historischen Entstehungskontext und der Praxis von Hirschfelds Hermaphroditengutachten nachgeht.

Für die nachfolgenden Ausführungen wird lediglich auf den erwähnten Tagungsband zurückgegriffen. Seine Beiträge sind in fünf thematische Felder gegliedert: biographische Ausführungen, Hirschfelds wissenschaftliche Konzeptionen und ihr Kontext werden unter zwei Aspekten diskutiert, eine Themengruppe umfaßt den Komplex des „Jüdischen“, den Abschluß bilden Beiträge zur Rezeptionsgeschichte und hier thematisiert ein Text auch die Frage einer geistigen Mittäterschaft Hirschfelds an der eugenischen NS-Politik gerade aufgrund seines unbedingten Glaubens an eine unvoreingenommene Wissenschaft.

„Sexualwissenschaft“ oder „Sexualforschung“ – Zur Geschichte einer Doppelgründung

Hirschfelds Wirksamkeit fällt unmittelbar mit dem Prozeß der wissenschaftsförmigen Konstitution des *Sexuellen* in Deutschland zusammen, mit dem Augenblick also, in dem mit Begriffsbildungen wie beispielsweise „Sexualwissenschaft“ oder „Sexualforschung“ eine fachspezifische Ausdifferenzierung vollzogen wird. Die Beiträge des Bandes versammeln somit wichtige Einsichten für eine noch zu schreibende Geschichte der Sexualwissenschaft im deutschsprachigen Raum, umreißen zugleich aber auch Problemstellungen, die bis in die Gegenwart virulent sind.

So skizziert etwa der Beitrag des Berliner Kulturwissenschaftlers Andreas Pretzel Hirschfelds Rolle als einer der Mitbegründer der *Ärztlichen Gesellschaft für Sexualwissenschaft*. Die Gesellschaft bestand von 1913 bis 1933 und war der Versuch, die Sexualwissenschaft als eigenständige Disziplin im Wissenschaftsbetrieb zu etablieren. Die Gründungsmitglieder waren in der Sexualreformbewegung aktiv, etwa im *Bund für Mutterschutz* von Helene Stöcker (1869-1943) oder in Hirschfelds *Wissenschaftlich-humanitären Komitee*, das sich der Homosexuellenemanzipation verpflichtet fühlte. Zu den Vorsitzenden gehörten außer Hirschfeld der Neurologe Albert Eulenburg (1849-1917), der Dermatologe Iwan Bloch (1872-1922), im Vorstand agierten neben Otto Adler, der über Frigidität publiziert hatte, sowie Otto Juliusberger (1867-1952), der

Psychiater und Gerichtsgutachter war, weiterhin der Psychoanalytiker Heinrich Körber (1861-1927) und Alfred Grotjahn (1869-1931) als Sozialhygieniker und Eugeniker. Körbers Mitgliedschaft geht vermutlich auf gemeinsame Zusammenkünfte mit Hirschfeld, Bloch und Eulenburg in einem ab 1908 bestehenden psychoanalytischen Diskussionskreis zurück, aus dem 1910 dann die *Berliner Psychoanalytische Gesellschaft* entstand.

Als Fachgesellschaft nahm die *Ärztlichen Gesellschaft* anfangs nur Ärzte als Mitglieder auf, während ihr biologisch fundierter Ansatz die bisherige Deutungshoheit von Psychiatern, Theologen und Nationalökonomien über die menschliche Sexualität in Frage stellte. Unter Einschluss der Psychoanalyse – auch Sigmund Freud (1856-1939) gehörte der Gesellschaft als auswärtiges Mitglied an – repräsentierte die Gesellschaft somit jenen Teil der Ärzteschaft, der mit dieser Gründungsinitiative Anschluß an den damals neuesten Stand der Wissenschaft suchte wie er in der Darwinschen Evolutionstheorie oder Haeckels Deszendenztheorie präsent war und der damit Mitsprache auf gesellschaftspolitischen Problemfeldern wie der Geburtenkontrolle oder Eugenik in Form angewandter Vererbungsforschung beanspruchte.

Von den Eliten, die traditionellen christlichen Moral- und Sittlichkeitsauffassungen verhaftet waren und eine vermeintliche „Wertfreiheit“ der Wissenschaft propagierten, wurde die Initiative als Affront empfunden und noch im gleichen Jahr mit einer Gegengründung beantwortet, die sich schon terminologisch abhob: Die *Internationale Gesellschaft für Sexualforschung*. Nach außen präsentierte die Gesellschaft ein interdisziplinär besetztes vierköpfiges Gremium: An der Spitze stand der Nationalökonom Julius Wolf (1862-1937), der einem drohenden Geburtenrückgang und der „Rationalisierung des Sexuallebens“ mit der „Hebung der Volkssittlichkeit“ (zit. n. Pretzel 140) entgegenzutreten wollte. Hinzu kamen der Kriminologe Hans Gross (1847-1915), der das *Archiv für Kriminal-Anthropologie und Kriminalistik* herausgab, mit Albert Moll (1862-1932) ein Psychiater und Sexualforscher, der bereits 1912 ein *Handbuch der Sexualwissenschaften* herausgegeben hatte, das Maßstäbe christlicher Sexualethik propagierte und der Theologe Reinhold Seeberg (1859-1935). Er fühlte sich der konservativen protestantischen Sozialreformbewegung verbunden, veröffentlichte zu „Sinnlichkeit und Sittlichkeit“ und tat sich während des ersten Weltkriegs als Kriegstheologe hervor.

Bezeichnend für den gesellschaftspolitischen Standort der *Internationalen Gesellschaft* fand ihre konstituierende Sitzung im Festsaal des Berliner Abgeordne-

tenhauses statt, während sich die *Ärztliche Gesellschaft* im Berliner Langenbeck-Virchow-Haus gründete.

Pretzel setzt die manifeste Spaltung der Sexualwissenschaft in Deutschland in zwei sexualpolitische Lager von 1913, die erst Ende der 20er Jahre mit dem Beitritt der *Ärztlichen Gesellschaft* zur *Internationalen Gesellschaft* aufgehoben wurde, in Beziehung zur „feindlichen Übernahme“ (zit.n. Pretze 141) der von Helene Stöcker herausgegebenen Zeitschrift *Mutterschutz* durch den Sexualarzt und Dermatologen Max Marcuse (1877-1963) im Jahr 1908.

Bereits hier zeichneten sich paradigmatisch die Interessenlagen ab, die auch die nachfolgende organisatorische Doppelentwicklung entscheidend mitbestimmte: Stöcker und ihr *Bund für Mutterschutz* engagierten sich für Sexualreformen und unterstellten auch ihr Nachfolgeorgan des *Mutterschutzes* dieser Intention – die Zeitschrift *Die neue Generation*. Dies wiederum entsprach auch der Ausrichtung der von Hirschfeld 1908 begründeten *Zeitschrift für Sexualforschung*, die sich einer „größere(n) individuelle(n) Sexualfreiheit auf Grund sexualwissenschaftlicher und sexualpolitischer Forschungsergebnisse“ (zit.n. Pretzel 141) verpflichtet sehen sollte.

Marcuse hatte genau diese Orientierung, die sich vielleicht am prägnantesten in Hirschfelds Lebensmotto – „per scientiam ad justitiam“ („Durch Wissenschaft zur Gerechtigkeit“) – abbildete, kritisiert. Er war bei der Gründung der *Ärztlichen Gesellschaft* zugegen, nannte das Vorhaben „sektiererisch“ (zit.n. Pretzel 141), monierte die mangelnde Differenzierung zwischen Sexualforschung und -reform, betrieb die Gegengründung der *Internationalen Gesellschaft* und wurde dort auch als Vorstandsmitglied aktiv¹.

Publizistisch geriet die *Sexualforschung* allerdings ins Hintertreffen, nachdem der Verlag die Absicht zu erkennen gab, die wiedergegründete *Zeitschrift für Sexualwissenschaft*, die ab 1914 von Bloch und Eulenburg herausgegeben wurde, zu unterstützen.

Hirschfelds Wege: Bündnisse und Distanzierungen

Die Neubegründung der *Zeitschrift für Sexualwissenschaft* und die Zusammenarbeit mit Bloch und Eulenburg in der *Ärztlichen Gesellschaft* wertet Pretzel als eine der erfolgreichsten Phasen in Hirschfelds wissenschaftspolitischen Bestrebungen, da es ihm gelun-

gen war, „strategische Bündnisse“ zu schließen, die „über sein eigentliches Reformanliegen und die Homosexuellenbewegung hinausgingen“ (Pretzel 143).

Diese Phase endete mit dem Tod von Eulenburg (1917) sowie dem von Bloch (1922), wobei hinzu kam, dass Hirschfeld gegenüber den neu eingetretenen Vorstandsmitgliedern sein eigenes Forschungsinteresse an den sexuellen Zwischenstufen zurückstecken mußte.

1920 schied Hirschfeld aus dem Vorstand der *Ärztlichen Gesellschaft* aus. Vorausgegangen war, dass 1918 die Herausgeberschaft der *Zeitschrift für Sexualwissenschaft* auf Grund einer Verlagskündigung an Max Marcuse übergang, der sie zu Gunsten der *Internationalen Gesellschaft* umfunktionierte und Hirschfeld selbst aus der *Stiftung für Sexualforschung* (1918) heraus das *Institut für Sexualwissenschaft* (1919) begründete.

Mitursächlich für Hirschfelds Rückzug war weiterhin, dass sich innerhalb der *Ärztlichen Gesellschaft* in dieser Zeit eine weitreichende Neuorientierung vollzog, die der Frauenarzt und Sozialgynäkologe Max Hirsch (1877-1948) bewirkte, indem er einmal der Gesellschaft das *Archiv für Frauenkunde* als neues Publikationsorgan zur Verfügung stellte und auch deren Mitarbeiter zu einem erheblichen Teil für die *Ärztlichen Gesellschaft* gewinnen konnte, wodurch auch deren Renommee aufgewertet wurde. Thematisch bildeten in der Gesellschaft jetzt nicht mehr die „sexuellen Varietäten“ (Pretzel 145) den Schwerpunkt, sondern, wenn über „Innere Sekretion und Sexualität“ verhandelt wurde – so das Thema des ersten 1920 von der *Ärztlichen Gesellschaft* organisierten Kongresses –, dann vorwiegend unter dem Aspekt ihrer generellen Bedeutung für die menschliche Sexualität. Hirschfeld, der zu dieser Tagung nicht als Redner geladen worden war, geriet auch mit einem weiteren Schwerpunkt seiner Arbeit ins Abseits, den eugenischen Reformprojekten.

Konkrete Ausführungen zu dieser Frage bleiben bei Pretzel ausgespart, sodass das Thema in einem nächsten Text unter Bezug auf die anderen Beiträge des Tagungsbandes wieder aufgenommen werden soll.

Deutlich wird bei Pretzel jedoch, dass die *Ärztliche Gesellschaft für Sexualwissenschaft* bereits 1913 ihren Namen um den Zusatz *Eugenik* erweitert hatte, Hirschfeld zu dieser Thematik bereits 1917 zu einer Tagung der *Gesellschaft für Rassenhygiene* als Referent geladen war und er sich 1922 im *Ausschuss für Rassenhygiene und Bevölkerungsfragen beim Preussischen Landesgesundheitsrat* an der Seite anderer Mitglieder der *Ärztlichen Gesellschaft* betätigte. Wichtig wäre somit, bei dieser sensiblen Thematik herauszuarbeiten, ob und wo beispielsweise inhaltliche Bruchlinien zwischen Hirschfeld und den anderen Aktivisten gele-

¹ Zu den wechselseitigen Abgrenzungen der beiden Gesellschaften vgl. Pretzel (141, Anmk 13), der dazu Originalquellen anführt.

gen haben, denn eine Anordnung der Kontrahenden entlang von Begriffen wie „Reform“ versus „Politik“ (vgl. Pretzel 146) erweist sich hier als wenig trennscharf.

Dass es durchaus sinnvoll ist, mit konkreten inhaltlichen Topoi zu arbeiten – etwa den Kämpfen um die Bestimmung der Sexualwissenschaft als ‚harter‘ biologischer Wissenschaft – zeigt Pretzels Darstellung der weiteren Entfremdung Hirschfelds von der *Ärztlichen Gesellschaft*, der Paradigmenwechsel und der Kontroversen innerhalb der *Ärztlichen Gesellschaft* bis zu ihrem Beitritt in die *Internationale Gesellschaft* von 1928.

1921 versuchte Hirschfeld auf einem von ihm organisierten internationalen Kongress die beiden Themenfelder der *Ärztlichen Gesellschaft* – innere Sekretion und Sexualität, bzw. Bevölkerungspolitik – erneut zu besetzen, doch blieb die Resonanz seitens der *Gesellschaft* gering. Hier vollzog sich statt dessen ein Paradigmenwechsel zur „Konstitutionsforschung“, an dem Hirschfeld mit einer thematischen Ausrichtung seiner „Zwischenstufentheorie als konstitutionsbiologische Theorie“ (zit.n. Pretzel 148f) zu partizipieren suchte. Wie wichtig für die *Ärztliche Gesellschaft* diese neue Ausrichtung wurde, läßt sich daran erahnen, dass sie sich Ende 1923 in eine *Ärztliche Gesellschaft für Sexualwissenschaft und Konstitutionsforschung* umbenannte, nachdem ihr Antrag bei Max Plank, auf der Versammlung der *Gesellschaft deutscher Naturforscher* eine Sektion für Sexualforschung einzurichten, erfolglos geblieben war.

Anhand des von Pretzel ausgebreiteten Materials wird ersichtlich, dass der Begriff „Sexualwissenschaft“ innerhalb der *Ärztlichen Gesellschaft* zunehmend bedeutungslos wurde, ja lediglich aus einem „Akt historischer Pietät“ gegenüber den früheren Gründungsmitgliedern noch beibehalten wurde, während Hirschfeld darauf bestand, dass „der Begriff der Sexualwissenschaft sehr viel umfangreicher ist als das in der Konstitutionsforschung wurzelnde biologische und pathologische Teilgebiet“ (zit.n. Pretzel 149f).

Leider enthalten das von Pretzel ausgebreitete Material und seine Überlegungen kaum Informationen über das Erfolgsrezept der konkurrierenden *Internationalen Gesellschaft*. Lag ihr Reputationsgewinn im

besseren Wissenschaftsmanagement begründet – so hatte Marcuse ja von 1923-26 das *Handwörterbuch der Sexualforschung* herausgegeben – oder lag ihre Stärke darin, dass das Bündnis mit den normgebenden Instanzen der Zivilgesellschaft beibehalten hatte?

Vielleicht läßt sich Pretzels Fazit, dass die *Ärztliche Gesellschaft* mit ihren „Disziplinierungsbestrebungen, die mit der Betonung einer exakten biologischen Wissenschaft und einer Abgrenzung gegenüber sexualreformerischen Intentionen einherging – auch in dieser Hinsicht lässt sich die Ausgrenzung von Magnus Hirschfeld erklären – (...) gescheitert“ war als Menetekel gegenüber der ‚permanenten naturwissenschaftlichen Versuchung‘ der Sexualwissenschaft verstehen. Dann hätte sie als ‚Gegengift‘ von Hirschfeld die Bedeutung hegemonialer Bündnisse zu lernen, die einzugehen seine persönliche Stärke ausmachte und augenscheinlich mit dazu beiträgt, dass er heute zu einem „Klassiker“ geworden ist.

Literatur

- Beier K.M., Alisch R. (2002): Das Institut für Sexualwissenschaft und die Dr. Magnus Hirschfeld-Stiftung (1919-1933). Ein (un)abgeschlossenes Kapitel deutscher Vergangenheit? *Sexuologie* 9 (2) 83-86.
- Herrn R. (2005): Schnittmuster des Geschlechts. Transvestitismus und Transsexualität in der frühen Sexualwissenschaft. Mit einem Geleitwort von Volkmarr Sigusch. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Kotowski E.-V., Schoeps J.H. (Hg.) (2004): Magnus Hirschfeld. Ein Leben im Spannungsfeld von Wissenschaft, Politik und Gesellschaft Berlin-Brandenburg: be.bra wissenschaft verlag.
- Neue Gesellschaft für Bildende Kunst (Hg.) (2005): 1-0-1 (one 'o' one) intersex. Das Zwei-Geschlechter-System als Menschenrechtsverletzung. Berlin: NGBK.
- Pretzel A. (2004): Disziplinierungsbestrebungen. Magnus Hirschfeld und die Ärztliche Gesellschaft für Sexualwissenschaft. In: Kotowski E.-V., Schoeps J.H. (Hg.) (2004): Magnus Hirschfeld. Ein Leben im Spannungsfeld von Wissenschaft, Politik und Gesellschaft Berlin-Brandenburg: be.bra wissenschaft verlag, 137-156.

Adresse der AutorInnen

Rainer Alisch MA, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Universitätsklinikum Charité, Freie- und Humboldt-Universität zu Berlin, Luisenstr. 57, 10117 Berlin, alisch@zedat.fu-berlin.de; Katja Henze, Anne-Hilke Kelling, Patricia Marques de Melo, Humboldt-Universität zu Berlin, Philosophische Fakultät III, Zentrum für transdisziplinäre Geschlechterstudien, Sophienstr. 22a, 10178 Berlin

Buchbesprechungen/Tagungen

Kim Cattrall: **Sexual Intelligence**. Berlin: Schwarzkopf & Schwarzkopf, 1. Aufl. 2005, 144 Seiten, ISBN: 3896026615, 150 farbige Abbildungen, Preis: € 24,90

Wer hier tiefeschürfende Analysen sexueller Intelligenz sucht, wird wohl eher nicht fündig werden. Eingefleischte Fans von Kim Cattrall kommen sicherlich auf ihre Kosten. Vor allem aber ist das Buch ein gelungenes Beispiel für die komplexe internationale Vermarktung eines Themas und einer Person.

„Kim Cattrall“ ist der Künstlername einer britisch-kanadischen Schauspielerin, die den Vamp Samantha Jones in der international erfolgreichen US-Fernsehserie „Sex and the City“ spielte. Mit der schamlosen Verführerin wird sie sicherlich von vielen Zuschauerinnen und Zuschauern identifiziert. Nicht zuletzt darauf baut vermutlich die amerikanische Fernseh- Dokumentation „Sexual Intelligence“ und das vorliegende Begleitbuch. Cattrall wird vom eigentlichen Hersteller des Buches, „Madison Press Books“ im kanadischen Toronto, offiziell als Autorin des Bandes und als Produzentin des Dokumentar-Features vorgestellt. Zudem ist sie Modell für eine Reihe erotischer Fotografien, meist Standfotos aus dem Feature.

Deutlich erkennbar stammt nur das einleitende „Wort von Kim“ von ihr selbst. Sie distanziert sich klar von ihrer Rolle: „Nach den ersten beiden Staffeln von Sex and the City fingen die Leute an, auf mich zuzugehen und mir von ihren eigenen Samantha-Szenarien zu berichten. Das war schmeichelhaft, aber manchmal auch peinlich. Sie nahmen an, dass ich, genau wie Samantha, schon immer fabelhaften Sex genossen hätte. In Wirklichkeit war das Gegenteil der Fall – wie bei so vielen Frauen. Mit der Veröffentlichung des Buches *Satisfaction. Die Kunst des weiblichen Orgasmus* wollte ich diese späten aber wertvollen Erkenntnisse mit anderen Menschen teilen (...) Da ich in *Satisfaction* erklärt habe, wie man sexuelles Verlangen befriedigt, wollte ich nun erörtern, wie das Verlangen entsteht und wodurch es angefacht wird“ (6).

Diesem Projekt widmete sich ihr Team mit Hilfe von Experten-Interviews (Thomas Moore, Dr. Michael J. Bader, Dr. Betty Dodson und Maggie Paley) sowie in Gesprächen mit einigen Bewohnern Torontos, die nur mit Vornamen zitiert werden, aber mit deftigen Statements wie „ich neige dazu, größere Schwänze zu bevorzugen“ (Natasha 35). Zudem wird eine Menge Material in Schrift und vor allem Bild zusammengetragen, von Pornographie aus Pompeji über zyprische Plastiken bis hin zum Riesenphallus von Dorset.

„Sexual Intelligence“ ist in fünf Kapitel eingeteilt. Das erste ist „Begehren“ überschrieben, im gewissen Sinn



das Zentralthema. Offenbar soll gerade Frauen plastisch vermittelt werden, was und wie begehrt wird. Dabei werden zur Veranschaulichung immer wieder kulturgeschichtliche „tidbits“, kleine delikate Fundstücke, eingestreut, so etwa dies: „Die Macht des Penis erstreckte sich sogar auf das Rechtssystem. Das englische Wort testicle (Hoden) stammt vom lateinischen Begriff testis ab, was ‚bezeugen‘ heißt. Und zwar nicht durch Hand aufs Herz: Wenn die alten Römer einen Eid leisten sollten, nahmen sie das in die Hand, woran ihnen am meisten lag – ihre Eier!“ (30). Aber auch Vulva und insbesondere Klitoris werden gebührend gewürdigt – man merkt bei der Lust an der Lust auch einen stark pädagogischen Impetus. Nicht umsonst soll Kim Cattralls nächstes Projekt heißen „Everything I Ever Learned about Being a Girl“.

„Messaging“ ist das nächste Kapitel. Sexuelle Lust findet im Hirn statt, nicht in den Genitalien oder dem peripheren Nervensystem. Entsprechend wird gezeigt, wie Kleidung und Mode von Anfang an mit dem Reiz von Verbergen und Enthüllen kokettiert haben, wie Haare eine Rolle bei der sexuellen Anziehungskraft spielen, dass die Ohren bei der Erregung eine einzigartige Kraft entfalten, oder was die Erotik von Parfüm und Lebensmitteln ausmacht. Doch trotz aller Zuneigung zu Austern, Schokolade und Champagner wird mit Betty Dodson als bestes Aphrodisiakum ein gesunder Körper und ein offener Geist empfohlen.

Im nächsten Abschnitt geht es um „Erregung“ von Aphrodites klassischer Pose bis zu Hollywood-Diven und Schönheitsköniginnen jeder Generation, so dass der Anblick einer Frau, die nass aus dem Meer auftaucht, zum

Fortbildung zur sexualmedizinischen Beratung

Tabu Intimität – sexualmedizinische Basiskompetenz in der frauenärztlichen Praxis

Oberschleißheim – 9. Januar 2006: Sexualität ist in der Öffentlichkeit heute allgegenwärtig. Und dennoch tun sich Frauenärztinnen und -ärzte häufig schwer, mit intimen Problemen ihrer Patientinnen umzugehen. Eine aktuelle CME-zertifizierte Fortbildung auf DVD sowie ein Buch sollen Gynäkologinnen und Gynäkologen helfen, eine Basiskompetenz in sexualmedizinischer Beratung aufzubauen und den Arzt-Patientinnen-Dialog bei intimen Themen zu erleichtern.

„Eine Patientin kam zu Verhütungsberatung in meine Praxis. An der Tür verabschiedete sie sich mit den Worten ‚Ach übrigens, Frau Doktor, ich habe keinen Orgasmus‘. Ich fühlte mich völlig überrumpelt und sagte, ‚dann werde ich sie gynäkologisch untersuchen‘ – wissend, dass eine gynäkologische Untersuchung keine adäquate Orgasmusdiagnostik ist“.

Eine alltägliche Situation in der Praxis, die deutlich macht, wie Frauenärztinnen und -ärzte einerseits selbstverständlich mit den intimsten Tätigkeiten wie einer gynäkologischen Untersuchung umgehen, andererseits auf sexuelle Probleme, die Patientinnen vorbringen, oft hilflos und irritiert reagieren. Die „Flucht“ in die gynäkologische Untersuchung oder das Bagatellisieren bis hin zum Überhören sind häufige und unbewusste ärztliche Vermeidungsstrategien. Diese sollen vordergründig die Intimsphäre der Patientin schützen, in Wirklichkeit entspringen sie jedoch der eigenen – verständlichen – Unsicherheit bei Fragen zu sexuellen Problemen.

Sexuelle Funktionsstörungen ein Problem aller Altersklassen

Die Prävalenz weiblicher Sexualstörungen hat sich in den letzten Jahrzehnten stark verändert. Derzeit liegt die so genannte „weibliche Lustlosigkeit“ vorne, während früher eher Orgasmus- und Erregungsstörungen die Hauptthemen waren. Gleich bleibend auffällig ist jedoch, dass sexuelle Probleme in allen Altersgruppen beinahe gleich stark auftreten (siehe Tabelle). Entgegen der landläufigen Meinung belasten sexuelle Schwierigkeiten also gerade auch junge Frauen.

Epidemiologie

Häufigkeit von Sexualstörungen bei Frauen

Alter	Libido-verlust	Lubrikationsstörung	Orgasmusstörung	Schmerzen beim GV
18-24	32 %	19 %	26 %	21 %
25-34	32 %	18 %	28 %	15 %
35-44	30 %	21 %	22 %	13 %
45-59	27 %	27 %	23 %	18 %

Laumann EO et al.: Int J Impotenc Res 1995, 10 suppl 3, n = 1.921

Nach Selbstangaben der Industrie

Wunsch nach mehr Dialog

Allgemeiner Wunsch der Patientinnen ist es, aktiv von ihrem Arzt auf mögliche sexuelle Sorgen angesprochen zu werden. Oder, sofern sie diese Probleme selbst vortragen, dass darauf offen und konkret eingegangen wird. In diesem Punkt herrscht jedoch erheblicher Nachholbedarf von Seiten der Ärzte, wie die Daten einer Umfrage bei über 9.400 Frauen aus 13 Ländern zeigen: während die meisten keine Hemmungen haben, mit Freundinnen oder ihrem Partner über ihre Vagina zu sprechen, fühlen sich über 50 % dabei im Arztgespräch unwohl. Und das, obwohl fast alle Befragten der Meinung waren, dass ein besseres Verständnis der Vagina zu einem erfüllteren Sexualleben führt.

Sexualmedizinische Fortbildung für eine offene Kommunikation

Hilfestellungen zum Dialog zwischen Arzt/Ärztin und Patientin bei Fragen zur Sexualität erleichtern liefert jetzt eine DVD-basierte audiovisuelle Fortbildung, bei der der Arzt bzw. die Ärztin darüber hinaus bis zu sechs CME-Punkte erwerben kann. Unter dem Motto „Tabu Intimität – Sexualmedizinische Basiskompetenz in der frauenärztlichen Praxis“ betrachten Dr. Ulrike Brandenburg, Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin mit eigener Praxis für Paar- und Sexualtherapie in Aachen, und Dr. Anneliese Schwenkhausen, niedergelassene Gynäkologin aus Hamburg, den Themenkomplex aus organischer und psychosomatischer Sicht. Wie groß der Bedarf ist, zeigt die enorme Resonanz: die letztjährigen Live-Veranstaltungen besuchten 530 Kolleginnen und Kollegen.

Zum Nachlesen: „Der blinde Fleck“

Begleitend zur zertifizierten Fortbildung lädt das Buch „Der blinde Fleck – Tabu Intimität“ der beiden Fachärztinnen zur Vertiefung der Kenntnisse anhand von Kasuistiken ein. Ferner zeigt es in zwei umfangreichen Kapiteln „Interventionstechniken“ und „Basiskompetenzen“ lösungsorientierte Möglichkeiten eines diagnostisch-therapeutischen Gesprächs bei verschiedenen sexualmedizinischen Problemen in den einzelnen Lebensphasen auf. DVD und Buch sind ein wichtiges und nützliches „Handwerkszeug“ für den Aufbau einer sexualmedizinischen Basiskompetenz in der gynäkologischen Praxis, ganz im Sinne: „Gegen das Gefangensein im Schweigen bei Arzt und Patientin, für eine offene Kommunikation.“

Nähere Informationen zur Fortbildung und zum Bezug von DVD und Buch erhalten **Ärzte** unter gynaekologie@organon.de

Quellen

- (1) Laumann EO et al.: Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and Predictors. JAMA 1999; 281: 537-544
- (2) Dennerstein L et al.: The menopause and sexual functioning: a review of the population-based studies. Annu Rev Sex Res 2003; 14: 64-82
- (3) Laumann EO et al.: Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. Int J Impot Res 2005; 17: 39-57
- (4) Online-Umfrage „International Vagina Dialogue Survey“, HI Europe Global Market Research, Juni 2004; www.hieurope.com

visuellen Synonym für sexuelle Kraft geworden ist. Diesem Einstieg folgen verständliche Referate wissenschaftlicher Studien wie der von Bartles und Seki, die mit dem Gehirnschannen Differenzierungen von Erregung und Liebe nachweisen wollten und das Sich-Verlieben als suchartig klassifizierten.

„Fantasien“ werden sodann von den primitivsten bis hin zur ausgefeiltesten angesprochen, auch hier wieder reich illustriert und mit anekdotischen und kulturgeschichtlichen Exkursen versehen. „Wie viele Menschen in Machtpositionen haben sich mal über eine Unterwerfungsfantasie gewundert? Und was ist damit, wenn wir uns vorstellen, wir gehörten dem anderen Geschlecht an? Manche Fantasien sind, na ja (...) etwas merkwürdig – sogar für die Person, die sie sich gerade ausdenkt (...)“ (91). Es wird nicht nur für Toleranz geworben, Fantasien werden als „risikofreie Spielplätze“ identifiziert, als sichere mentale Orte, die wir jederzeit aufsuchen können. Die passende Illustration: „Traum, verursacht durch den Flug einer Biene um einen Granatapfel“ von Salvador Dalí. Auch der Schritt von der Fantasie zum Fetisch wird mutig getan, egal ob es der Stilettoabsatz ist, das Hundehalsband, ein Luftballon, eine Stoffpuppe oder auch ein Körperteil. Damit können Angst und Scham verbunden sein, die aber durch Sex und Komik, Begierde und Lachen überwunden werden können, z.B. durch „burleske Babes“ wie Josephine Baker und Mae West.

Abgeschlossen wird das Buch mit einem Kapitel über „Erlösung“, Orgasmus als *le petit mort*, der kleine Tod. „Wenn Sex die Religion einer Beziehung ist,“ heißt es hier, „so feiern wir ihn mit unseren eigenen Ritualen, die uns mit der sinnlichen, elementaren Seite des Lebens verbinden: Kerzen, das Feuer, Baden, das Wasser; Parfüm, die Luft; Essen, die Erde und ihre Früchte“ (120). Ein kleiner Anhang verzeichnet die benutzte Literatur, allerdings fehlen bei den deutschen Übersetzungen die Ortsangaben und es werden manche Quellen nur sehr pauschal benannt, etwa „www.kinseyinstitute.org“ (142). Der Nachweis der Illustrationen ist hingegen hervorragend, desgleichen die Übersetzung von Anne Litvin.

„Sexual Intelligence“ gehört zweifellos zur Gattung der „coffee table books“, jener aufwendig produzierten Kunst- und Reisebücher, die besonders in Nordamerika auf den Couchtischen bürgerlicher Haushalte nicht fehlen dürfen. Nur wenige von ihnen dürften sich bisher derart explizit mit Sexualität beschäftigt haben, zumal hier wohl hauptsächlich Leserinnen angesprochen werden sollen. Das originelle Layout (etwa das Foto einer Zucchini neben einer Liste von Scherznamen für den Penis) unterstützt freilich noch den Eindruck, dass es eher um „fluff“ geht, mehr um flauschig-lockere Unterhaltung als um substantielle Aufklärung.

Volker Gransow (Berlin)

Helmut Graupner & Vern L. Bullough (Ed.), **Adolescence, Sexuality, and the Criminal Law Multidisciplinary Perspectives**, Haworth Press, xiii + 184 pp. with Index, Hard Cover, ISBN-13: 978-0-7890-2780-1, \$49.95, Soft Cover: ISBN-13: 978-0-7890-2781-8, \$29.95

According to Art. 1(a) of the Council Framework Decision 2004/68/JHA of 22 December 2003 on combating the sexual exploitation of children and child pornography, ‚child‘ means any person below the age of 18 years. The protection of children against any kind of sexual abuse and exploitation may for sure be considerably improved by this definition. Yet, the definition may also be used to restrict the sexual autonomy of young people. The latter was feared by some (numerous) experts, when the draft of the above mentioned ‚framework decision‘ was presented by the European Commission in 2001. The paper was deemed to be a „threatening to criminalize a good deal of consensual adolescent sexual behaviour throughout the European Union“. Therefore a conference was held in Vienna, Austria, in September 2002 in order to take a closer look at ‚both sides of the coin‘ (in order to discuss all possible meanings and consequences of this definition). The results of the conference are now to be edited in Volume 16 (2/3) 2004 of the „Journal of Psychology & Human Sexuality“ by Dr. Helmut Graupner, a Viennese attorney-at-law, and Dr. Vern Bulloch, a State of New York University Distinguished Professor (emeritus) of History and Sociology.

The wide range of professional knowledge of experts participating in that conference includes history, law, criminology, psychology, child & adolescent-psychiatry, social work and pedagogy. In his opening statement Mr. Graupner emphasized that the term ‚17-year-old child‘ is nothing but a relict and „absurdity of the late 20th century“. He criticises, that the European Commission did not distinguish between children and adolescents, which may lead to deficient protection of children on the one and to ‚Draconian limitations on the sex life of adolescents‘ on the other hand. Bulloch did a very interesting historical survey (from ancient times to the 20th century), showing the wide range of the so-called ‚age of consent‘ (from 5 or 6 to 16 years) which was always clearly a matter of different social circumstances and reasons. The age of consent varies still today between 12 and 16 years, as Bulloch shows examining the law of more than 30 countries (surprisingly the legislator of the Vatican fixes it at the age of 12 !). Bulloch points out that adolescents are biologically programmed to enter into sexual relations as they reach puberty, and that one has to look at and recognize that programming, otherwise adolescents and their partners would not be fully respected in their sexual autonomy.

Other contributions give outlines of the sexual practices between adolescents in America (Weiss [dec]/Bul-

logh), of the sexual relations between adolescents and adults (Rind, Temple University, Philadelphia) and of the respective developments in Austrian national and European law (Mrs. Hofmeister, Deputy Judge of the Austrian Constitutional Court). Sexuality, adolescence and the criminal law is seen from a criminological point of view (Baurmann, Univ. of Mainz, Ger.). The interdependence of adolescence, sexual aggression and the criminal law was examined by Böllinger (Univ. of Bremen, Ger.); Moebius (Director of a sociological institution in Hamburg, Ger.) reports, that measures on the field of criminal law have no influence on the social problematic situations caused by prostitution of young persons. Educational measures should therefore be given priority to repressive sanctions. At last Mr. Graupner examines the circumstances of ‚sexual consent‘ as laid down in the legislation throughout Europe. A complementary table of the limits of „age of consent“ in Overseas Countries (from Australia to Vietnam, including the federal states of US) and a list about bans on specific kinds of sexual contacts in the respective countries is added.

There is a great deal of interesting information one can get from that publication. Politicians and everyone, who has to deal with the questions and problems discussed at the above mentioned conference, should consider its printed outcome with the seriousness the topic deserves: in favour of the protection of our children, but also in favour of the freedom of privacy and sexual self-determination of adolescents.

Rudolf Müller (Wien)

Stefan Micheler, Selbstbilder und Fremdbilder der „Anderen“. Männer begehrende Männer in der Weimarer Republik und der NS-Zeit (= Konflikte und Kultur. Historische Perspektiven; Bd. 10), Konstanz: UVK 2005, 486 S., ISBN 3-89669-707-2, Preis: € 49,00

Das Diktum Leopold von Rankes, Historiker beziehungsweise Historikerinnen hätten aufzuzeigen, „wie es eigentlich gewesen“, hat mittlerweile auch die Erforschung der Geschichte von Sexualitäten und sexuellen Identitäten erreicht: Nicht mehr nur die Diskurse über Sexualität stehen im Mittelpunkt des Interesses, auch die Rekonstruktion der Erfahrungen, die Menschen mit Sexualität oder sexuellen Identitäten machten, werden mehr und mehr Thema der einschlägigen Historiografie¹.

Aufzuzeigen, wie es eigentlich gewesen ist mit der Reichweite des Identitätskonzepts der Homosexualität, ist

das Ziel der nun als Buch vorliegenden Dissertation von Stefan Micheler. Dem Autor geht es darum, Fremdbilder und Selbstbilder von „Männer begehrenden Männern“ in der Weimarer Republik und im Nationalsozialismus zu rekonstruieren. Dabei will er ausloten, welche individuelle Reichweite das Konzept der „homosexuellen Persönlichkeit“, das seit Ende des 19. Jahrhunderts die Diskurse um mann-männliche Sexualität dominierte, tatsächlich erlangte. Dieses Erkenntnisinteresse stellt das Innovative an Micheler's Arbeit dar: Während es nicht an Studien über sexualwissenschaftliche, juristische oder politische Debatten um Homosexualität mangelt, in denen die Geschichte der Genese eben jener Fremdbilder erzählt wird, weiß man noch sehr wenig darüber, wie gleichgeschlechtlich begehrende Männer gelebt, geliebt und sich selbst wahrgenommen haben. Christoph Schlatter² hat dieses Thema 2002 für das schweizerische Schaffhausen in den Blick genommen. Stefan Micheler weitet das Blickfeld aus und betrachtet die deutschen Verhältnisse im Zeitraum von 1918 bis 1945.

Für die Weimarer Zeit bedient sich Micheler des reichhaltigen Quellenfundus der zeitgenössischen Homosexuellen-Zeitschriften und macht so eine Textsorte für die Geschichtswissenschaft zugänglich, die bisher, zumindest für den Bereich der männlichen Homosexualität, nahezu unentdeckt geblieben ist. Den besonderen Quellenwert der Magazine erkennt der Autor darin, dass sie „als LeserInnen-AutorInnen-Foren [...] viele Menschen an der Konstruktion und Etablierung der Gruppen-Identität beteiligt“ (443) haben.³ Für die Zeit des Nationalsozialismus stehen Quellen dieser Art freilich nicht mehr zur Verfügung. Hier verwendet Micheler vor allem Polizei-, Straf- und Gerichtsakten aus Hamburg und Altona. Neben Verhörprotokollen und Geständnissen enthält dieser Quellenfundus auch Briefe, Bilder und andere private Dokumente der Angeklagten, Quellen also, die einen unmittelbaren Einblick in das Selbstverständnis der verfolgten Männer gestatten.

Was geben die Quellen preis? Zumindest in der Weimarer Zeit nahmen sich „Männer begehrende Männer“ zwar als „anders als die Anderen“ wahr und konnten Merkmale einer eigenen Gruppen-Identität ausbilden. Als „Homosexuelle“ im Sinne einer pathologisierenden Schreibweise der Sexualwissenschaft sahen sie sich hingegen nicht. Dies wird deutlich beim Blick auf ihr Geschlechterverständnis und ihre Partnerschaftsmodelle.

² Christoph Schlatter: „Merkwürdigerweise bekam ich Neigung zu Burschen“. Selbstbilder und Fremdbilder homosexueller Männer in Schaffhausen 1867 bis 1970, Zürich 2002.

³ Solche Identitäten wurden in erster Linie textuell entworfen, denn aus Kostengründen enthielten die Journale nur selten Bilder oder Fotografien. Da sie heute nur noch auf qualitativ schlechten Mikrofilmen zugänglich sind, können die wenigen Fotos – so Micheler – ohnehin nicht zu einer fundierten Analyse herangezogen werden.

¹ Siehe zum Beispiel: Claudia Bruns / Tilmann Walter (Hg.): Von Lust und Schmerz. Eine Historische Anthropologie der Sexualität, Köln 2004.

Männer begehrende Männer sahen sich zu allererst als Männer an – und zwar als ganz normale Männer. Weder die Idee, Homosexuelle stünden als ein „Drittes Geschlecht“ zwischen den Geschlechtern, noch Vorstellungen von Hypermaskulinität konnten nennenswert ihre Selbstbilder prägen. Solche Vorstellungen beherrschten zwar die Diskurse über Homosexualität, die Fremdbilder also, hatten aber ganz offenbar nur wenig Einfluss auf die Prozesse der Selbstdefinition. Ein solches ganz „normales“ männliches Selbstbild zeigt sich unter anderem darin, dass effeminiertes Verhalten abgelehnt und offen verachtet wurde. Weiblichkeit als Kontrastbegriff diente also auch hier dem Zweck der Konstruktion einer männlichen Geschlechtsidentität. Geschlechterhierarchien wurden auf diese Weise insgesamt verstärkt.

Im Hinblick auf Partnerschaftsmodelle wurde häufig das Ideal einer egalitären Partnerschaft propagiert und gelebt. Eine Nachahmung der Polarität von Geschlechtscharakteren innerhalb der gleichgeschlechtlichen Beziehungen ist in den Männerpartnerschaften nur selten zu beobachten. Dies scheint ein bedeutender Unterschied zu Partnerschaftsmodellen von homosexuellen Frauen der Weimarer Zeit gewesen zu sein.⁴ Für den Bereich der Sexualität stellt Micheler fest, dass sowohl monogame als auch promiskuitive Sexualitätsentwürfe diskutiert wurden. Die in mann-männlichen Partnerschaften ausgehandelten Beziehungsmodelle waren, so Micheler, dem Status quo der gemischtgeschlechtlichen Partnerschaften um Längen voraus.

Micheler stellt abschließend heraus, dass die Weimarer Jahre offenbar nicht nachhaltig genug gewirkt hatten, um bei den Betroffenen eine positive Gruppenidentität so fest zu verankern, dass auch während der nationalsozialistischen Zeit Solidarität untereinander sichtbar geworden wäre: Im Vergleich zu anderen Opfern des Nationalsozialismus entstand bei ihnen keine solidarische Gruppenidentität. Als sich die Verfolgungen ab 1936 verschärften, benutzten Richter, Polizei und Staatsanwälte genau jene Geschlechtsstereotype zur Charakterisierung gleichgeschlechtlich begehrender Männer, die von diesen selbst in der Weimarer Zeit bekämpft und abgelehnt worden waren: Indem die nationalsozialistischen Verfolger nun Attribute wie „weibisch“ und „unmännlich“ zur Beschreibung ihrer Opfer verwendeten, wurde das Feindbild des effeminierten und verweiblichten Homosexuellen zum Zerrbild einer antihomosexuellen Fremdwahrnehmung.

Der Studie von Micheler gebührt das Verdienst, durch die Rekonstruktion der Selbstwahrnehmungen von „Männer begehrenden Männern“ das Erkenntnisinteresse der

Historiografie der Homosexualitäten um einen wichtigen Aspekt erweitert zu haben. Durch die Verwendung der Weimarer Homosexuellen-Zeitschriften ist zudem ein Quellenkorpus erschlossen worden, an das in Zukunft noch weitere interessante Fragen zu stellen sein werden. Eine davon könnte sein, inwieweit diese Zeitschriften mehr waren als selbstlose Mittler zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmungen und inwieweit besonders die kommerziellen Interessen der Herausgeber bei der Konstruktion von Gruppenidentitäten eine Rolle spielten. Wurden hier sehr marktgängige Konzepte gleichgeschlechtlichen Begehrens entworfen? Hatten auf diesem neuen Markt der Weimarer Homosexuellen-Zeitschriften die Anbieter oder die Nachfrager die Definitionsmacht?

Martin Lücke (Bielefeld)

Tagungsbericht: Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel 1850-2000, Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch-Stiftung 12.10.2005-14.10.2005, Stuttgart

„Diagnose: Mann?“ – derzeit zeichnet Männer in modernen Industriegesellschaften eine ca. sechs Jahre kürzere Lebenserwartung als Frauen aus; ihre Mortalität übersteigt in nahezu allen Lebensaltern jene von Frauen. Zu einem interdisziplinären Workshop mit dem Thema „Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel 1850-2000“ trafen sich zwischen dem 12. und 14. Oktober 2005 am Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung in Stuttgart rund 20 Nachwuchswissenschaftler und Experten aus unterschiedlichen Fachgebieten (darunter Historiker, Mediziner, Soziologen, Psychologen, Psychotherapeuten sowie ein Ingenieur). Ziel der Tagung sollte sein, mögliche Erklärungsansätze der männlichen Übersterblichkeit zu diskutieren, eine Zwischenbilanz über den bisherigen Ertrag des jüngst florierenden Forschungsfeldes Männergesundheit zu ziehen, aber auch die eigene Agenda kritisch zu reflektieren. Der Schwerpunkt lag auf dem deutschsprachigen Raum.

Die Beiträge des Workshops eröffneten dem Zuhörer ein breites Spektrum an methodischen Zugangsweisen zum Thema Männergesundheit, die zudem häufig enge Disziplinengrenzen transzendierten: An die Seite quantitativer Forschungsansätze traten qualitative, auf Makroebene angesiedelte Untersuchungen erhielten ein Gegengewicht durch Mikrostudien mit kleinen Fallzahlen, neben die Analyse gesellschaftlicher Diskurse trat die subjektorientierte Auswertung von Selbstzeugnissen, schließlich ergänzten salutogenetisch orientierte Betrachtungen gesundheitlicher Ressourcenpotentiale die pathogenetische Risikoperspektive. Ansätze eines geschlechtervergleichenden Vorgehens kennzeichneten mehrere Tagungsbeiträge, jedoch wurden diese nur selten systematisch eingesetzt;

⁴ Zu Partnerschaftsmodellen von homosexuellen Frauen: Heike Schader: Virile, Vamps und wilde Veilchen. Sexualität, Begehren und Erotik in den Zeitschriften homosexueller Frauen im Berlin der 1920er Jahre, Königstein/Taunus 2004.

auch das Geschlechterverhältnis in seiner relationalen Dimension fand als analytisches Instrument bisher nur spärlich Berücksichtigung.

In seinem Einleitungsreferat bot Martin Dinges (Stuttgart) einen Überblick über den aktuellen Stand der männerspezifischen Gesundheitsforschung. In diesem Zusammenhang konstatierte er eine erfreulich rege Forschungsaktivität in den Bereichen Biomedizin, Gesundheitswissenschaft und Epidemiologie, formulierte jedoch als ein Desiderat die stärkere Integration einer historischen Perspektive. Die wissenschaftliche Bearbeitung des Themas Männergesundheit zeichne sich aktuell durch drei Paradigmenverschiebungen aus, so Dinges Bezug nehmend auf Toni Faltermaier: von biomedizinischen hin zu biopsychosozialen Erklärungsmodellen, von einer risiko-orientierten hin zu einer salutogenetischen Sichtweise sowie durch eine zunehmende Überwindung dichotomer gender-Konzeptionen. Am Beispiel der Nutzung des medizinischen Angebots durch Männer und Frauen seit dem 16. Jahrhundert (welches sich bis ins 19. Jahrhundert, im Gegensatz zu heute, relativ ausgeglichen gestaltete) veranschaulichte Dinges, inwiefern historische Beiträge, durch das Aufzeigen alternativer Handlungs- und Argumentationsweisen, die aktuelle gesundheitspolitische Debatte bereichern könnten.

Die Frage, wie der jeweilige Erkenntnisbeitrag biologischer (bzw. genetischer oder gehirneurophysiologischer) und sozio-kultureller Erklärungsansätze für den Wandel des Gesundheitszustandes und -verhaltens von Männern einzuschätzen sei, zog sich wie eine roter Faden durch die Diskussionen beider Sitzungstage – eine Beobachtung, die Philipp Osten (Stuttgart) in seinen Abschlussthesen herausstellte. Eine abschließende Antwort auf diese Frage konnte freilich auch in Stuttgart nicht erarbeitet werden. Gelänge es jedoch, die Interaktion und Veränderbarkeit beider Faktoren stärker zu betonen, so die Überlegungen einiger Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Workshops, dann stellte dies eine Chance für gesundheitspolitische Interventionsmöglichkeiten sowie für kulturwissenschaftlich orientierte Forschungsprojekte dar. Als ein weiterer regelmäßiger Anknüpfungspunkt für Debatten erwies sich die gesellschaftliche Reichweite bzw. Relevanz der identifizierten gesundheitsrelevanten Aspekte von Männlichkeit im Hinblick auf die jeweiligen historischen Abschnitte. Viele Nachfragen bezogen sich darauf. Die Rede von „Männlichkeiten und Gesundheit“ im Plural, so eine unausgesprochene Bilanz der Veranstaltung, wäre daher dem Tagungsgegenstand möglicherweise eher angemessen.

Seinen thematischen Einstieg nahm der Workshop in der ersten Sektion mit einem historisch-demographischen Überblick über die Geschichte der geringeren Lebenserwartung von Männern: In kritischer Auseinandersetzung mit einer schwedischen Fallstudie zum 19. Jahrhundert

plädierte der Historiker Andreas Weigl (Wien) einleitend, unter Verweis auf die Kontinuität männlicher Übersterblichkeit zwischen vor-industriellem und industriellem Schweden, für eine stärkere Berücksichtigung biologisch-genetischer Faktoren bei der Erklärung der männlichen Übersterblichkeit.

Aufgegriffen wurde dieser Punkt in dem daran anschließenden Vortrag Volker Handkes (Berlin), einem Ingenieur des Instituts für Zukunftsstudien und Technologiebewertung, der verschiedene, in der Literatur diskutierte, Erklärungsansätze der kürzeren Lebenserwartung von Männern erörterte. Handke interpretierte Studien zur geschlechtsspezifischen Lebenserwartung von Klosterpopulationen dahingehend, dass biologische Gegebenheiten maximal ein bis zwei Jahre der erhöhten Mortalität von Männern erklären könnten. Er forderte aus diesem Anlass zu einer multikausalen und transdisziplinären Modellbildung auf.

Eine höhere Sterblichkeit neugeborener Jungen konnte auch der Historiker Alois Unterkirchner (Innsbruck) im Zuge seiner geschlechtervergleichenden Auswertung der Sterbebücher zweier Südtiroler Täler beobachten. Er setzte diese Angaben in Bezug zu Behandlungsdaten in den Praxisjournalen des Südtiroler Arztes Franz von Ottenthal (1818-1899). Während einerseits fest stehe, dass Ottenthal im ersten Lebensjahr mehr Jungen als Mädchen behandelt habe, machte Unterkirchner auf die Schwierigkeiten aufmerksam, diesen Umstand zu interpretieren. Der Einfluss sozio-kulturell geprägter Verhaltensweisen (etwa Unterschiede in der Bereitschaft Säuglinge ärztlich behandeln zu lassen je nach Geschlecht oder Stellung in der Generationenfolge) müsse erst in weiteren Detailstudien geklärt werden.

In ihrem kritischen Kommentar wies Sylvia Schraut (Mannheim) als Sektionsleiterin auf die methodischen Probleme bei der Auswertung aggregierter Daten hin. Denn neben die zeitgenössischen Motive, die historischer Statistiken beeinflussten, würden in der Interpretation solcher Zahlen stets aktuelle Motive treten.

Die beiden Nachmittagssektionen des ersten Tages widmeten sich historischen und aktuellen Aspekten der Andrologie. Dem Zuhörer eröffnete sich dabei die Möglichkeit, die diskursiven Konjunkturen medizinischer und humanwissenschaftlicher Deutungsangebote des männlichen Körpers über einen Zeitraum von mehreren hundert Jahren nachzuvollziehen. Methodisch verband alle fünf Beiträge ein konstruktivistischer Zugriff auf das Thema Männergesundheit, aus wissenschaftsgeschichtlicher bzw. wissenssoziologischer Perspektive.

Die Historikerin Christina Benninghaus (Bielefeld) führte anhand normativer Quellen in den praktischen Umgang mit dem neu entdeckten – gynäkologischen – Problem der Sterilität des Mannes im ausgehenden 19. Jahrhundert ein. Objektiv diagnostiziert werden konnte diese

mittels einer mikroskopischen Samenanalyse (lediglich vor dem Rat zur Masturbation zum Zwecke der Gewinnung des Untersuchungsmaterials schreckten die Ärzte zurück). Da eine Therapie für sterile Männer seinerzeit noch nicht existierte, die Vorstellung eines inhärent virilen Spermas jedoch an Bedeutung gewann, bot sich laut Benninghaus für die betroffenen Männer einzig die „mannhafte Akzeptanz der Kinderlosigkeit“ als Weg, um die bedrohte Männlichkeit abzusichern.

Die lange Vorgeschichte der gegen Ende des 19. Jahrhunderts (erneut) aufgegriffenen Idee eines männlichen Klimakteriums zeichnete der Medizinhistoriker Michael Stolberg (Würzburg) in seiner Präsentation nach. Die Vorstellung periodisch wiederkehrender „klimakterischer“ Jahre sei demnach seit der Antike, speziell im 16. und 17. Jahrhundert, weit verbreitet gewesen, und erst im 18. Jahrhundert in Vergessenheit geraten. Eine eindeutige geschlechtsspezifische Zuordnung habe dabei jedoch nicht stattgefunden. Als eine medizinhistorische Besonderheit stellte Stolberg den Umstand heraus, dass bei der Neu-Konzeptualisierung einer „klimakterischen Krankheit“ des Mannes im 19. Jahrhundert die Veränderungen des weiblichen Körpers als Maßstab gedient hätten. Auf Grund dieser Nähe zum Weiblichen dürfte es sich bei dem männlichen Klimakterium jedoch um ein für Männer relativ unvorteilhaftes medizinisches Deutungsangebot ihres Körpers, mit entsprechend geringer Anziehungskraft, gehandelt haben – ein Punkt der in der Diskussion mehrfach angemerkt wurde.

Im chronologischen Anschluss an Stolbergs Beobachtungen verfolgte der Historiker Hans-Georg Hofer (Freiburg) den ärztlichen Diskurs um die männlichen Wechseljahre inklusive seiner Bedeutungsverschiebungen und Brüche im 20. Jahrhundert weiter. Endokrinologische Erklärungsansätze des männlichen Alterns, die man in den 1920er und 1930er Jahren mit Nachdruck untersucht habe, seien in den folgenden 50 Jahren in Vergessenheit geraten, um in den 1990er Jahren vom medialen und medizinischen Diskurs erneut aufgegriffen zu werden. Hofer stellte die These zur Debatte, dass die Stoßrichtung der heutigen Andrologie in der Umkehrung männlicher Alterungsprozesse liege, womit sie das Konzept einer „hegemonialen Männlichkeit“ (Connell) stütze.

Den letzten Punkt Hofers griff Torsten Wöllmann (Dortmund) auf, der sich mit der Andrologie in der Bundesrepublik seit den 1960er Jahren in wissenssoziologischer Perspektive auseinander setzte. Die Andrologie leiste, so die zentrale These Wöllmanns, mit der Medikalisierung des männlichen Körpers (die auf kulturell idealisierten Aspekten von Männlichkeit aufbaue) die Übersetzung des Systems der Zweigeschlechtlichkeit in die Medizin und damit einen Beitrag zur Bestandssicherung der männlichen Hegemonie. In der Diskussion artikulierten mehrere Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihr Unbehagen gegen-

über der stark somatisch und an den männlichen Reproduktionsorganen ausgerichteten Perspektive der Andrologie.

Zur Selbstreflexion regten schließlich Michael Meusers (Köln) Anmerkungen über den Defizit- und Opferdiskurs in der derzeitigen Männergesundheitsforschung an. Dieser pathologisiere den männlichen Körper und männliche Verhaltensweisen, Frauen dienten dabei als die idealisierte Norm. Meuser (wie im Übrigen auch Wöllmann) interpretierte die aktuellen Debatte um die Männergesundheit ferner als Produkt einer gegenwärtig stattfindenden Transformation der Geschlechterordnung. Die Impulse Meusers wurden in einer regen Diskussion aufgegriffen. Die Differenz zwischen gesundheitswissenschaftlicher und -politischer Rhetorik einerseits und dem Alltagshandeln von Männern andererseits kam dabei mehrmals zur Sprache, auch wurden Stimmen nach einer inhaltlichen Weiterentwicklung des Männergesundheitsdiskurses weg von der Opferperspektive laut, wie sie die Frauenforschung seit längerem vollzogen habe.

Der zweite Tag des Workshops war dem Gesundheits- und Krankheitsverhalten von Männern in spezifischen alters- oder krankheitsbedingten Lebensphasen gewidmet. Subjektorientierte Zugangsweisen, und damit gesundheitsbezogene Selbstdeutungen von Männern, nahmen dabei einen breiteren Raum ein, als dies am Vortag der Fall war.

In den Referaten der ersten Sektion standen Männer im jungen und mittleren Lebensalter im Mittelpunkt. Die Historikerin Sonja Levsen (Tübingen) erörterte den Wandel studentischer Männlichkeitsideale vor und nach dem Ersten Weltkrieg in Tübingen und Cambridge. Sie arbeitete die veränderte Einstellung deutscher Studenten nach 1918 heraus. Denn während der wilhelminische Student die eigene Männlichkeit noch primär beim Mensurfechten sowie dem gemeinsamen exzessiven Trinken zu beweisen hatte, fand dies in späteren Jahren (in Anlehnung an den Gesundheitsdiskurs der völkischen Jugendbewegung) im Rahmen sportlicher Körperertüchtigung statt. Levsens Vortrag verdeutlichte damit nicht nur die enge Verbindung der Kategorien Geschlecht und Nation, so Michael Meuser in seinem Kommentar, sondern auch, im Sinne Pierre Bourdieus, die Funktion des Wettbewerbs für die Herstellung männlicher Gemeinschaft.

Nicole Schweig (Stuttgart) stellte daraufhin ihre exemplarische Fallstudie zum Gesundheitsverhalten zweier Männer aus der Oberschicht anhand privater Briefwechsel zwischen 1840 und 1950 vor. Für das Gesundheitsverständnis beider Männer habe die Arbeitsfähigkeit eine zentrale Rolle gespielt; zudem instrumentalisierten sie jeweils ihr Schreiben über Gesundheit kommunikativ. Doch während sich das Gesundheitshandeln Werner von Siemens' (1816-1892) durch Umsicht und Verantwortung ausgezeichnet habe, habe der jüngere Otto von Zwiedinick-Südenhorst (1871-1957) demonstrativ Härte gegenüber dem eigenen Körper

zur Schau gestellt. Einen Einfluss des Familienstandes auf das Gesundheitsverhalten der Männer (beide waren zweimal verheiratet) konnte Schweig jedoch nicht beobachten. In der Diskussion rief die Verbindung von Körperlichkeit und Beziehungsfähigkeit in den Briefwechseln großes Interesse hervor, insbesondere der Hamburger Psychotherapeut Reinhard Lindner machte darauf aufmerksam.

In seinem Vortrag über geschlechtsspezifische Differenzen bei der gesellschaftlichen Sanktionierung des Alkoholkonsums im Deutschen Kaiserreich griff der Historiker Hasso Spode (Berlin) den (bereits in den Beiträgen von Weigl und Levsen angesprochenen) Aspekt einer engen Verbindung von Männlichkeit und Alkoholkonsum erneut auf. Um 1900 habe eine diskursive Umdeutung des Alkohols vom Nahrungs- zum Genussmittel stattgefunden, die mit einer Pathologisierung des männlichen Vieltrinkens einhergegangen sei. Vor diesem Hintergrund entwickelte Spode seine These einer gesellschaftlichen Ungleichbehandlung des Alkoholkonsums von Männern und Frauen, die er als „nahezu ubiquitäre“ kulturelle Überreaktion auf biologische geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Alkoholverarbeitung interpretierte. Unklarheit im Plenum löste zunächst die vermeintliche Diskrepanz zwischen zeitgenössischem und heutigem Wissen hinsichtlich geschlechtsspezifischer Verarbeitungsweisen von Alkohol aus, die jedoch mit dem Konzept eines alltagsweltlichen Erfahrungswissens beseitigt werden konnte.

Gesundheitsverhalten und Präventionsmöglichkeiten von Männern im mittleren und hohen Lebensalter waren das Thema der fünften Sektion des Workshops. Alle drei Referate untermauerten den zentralen Stellenwert der Arbeit für das Gesundheitshandeln von Männern, der sich bereits in Schweigs Beitrag angedeutet hatte. Zu Recht mahnte Gabriela Imboden in diesem Zusammenhang an, Arbeit nicht unreflektiert mit Erwerbsarbeit gleich zu setzen, da auch andere Formen der Arbeit (z.B. Familienarbeit) zu bedenken seien. Pessimistisch interpretierte Andreas Weigl die männliche Arbeitsorientierung in seinem Kommentar, da sie ein Hemmnis für gesundheitspolitische Präventionsmaßnahmen darstelle – eine Bewertung die von den anderen kontrovers aufgenommen wurde.

Den thematischen Einstieg in die Sektion machte Susanne Hoffmann (Stuttgart). Auf der Basis fünf unveröffentlichter Lebensgeschichten aus dem Bereich der populären Autobiographik ging es um die Bedeutung der Erwerbsarbeit als Risiko und Ressource für die physische und psychische Gesundheit arbeitender Männer zwischen 1910 und 1990. Eine salutogenetische Herangehensweise bildete den Rahmen für Hoffmanns historische Analyse. Deutlich herausgearbeitet werden konnte, dass Männer in ihren Selbstdeutungen einer entsprechend gestalteten Arbeitstätigkeit durchaus ein gesundheitsförderndes Potenzial beimessen.

Ebenfalls an salutogenetischen Prozessen interessiert zeigte sich der Gesundheitspsychologe Toni Faltermaier (Flensburg). In seiner Präsentation führte er die These aus, dass Männer im mittleren Lebensalter besonders empfänglich für gesundheitsfördernde Maßnahmen seien. Denn in dieser Lebensphase böten häufig Umbrüche in den zentralen, gesundheitsrelevanten Bereichen männlicher Identität (Stärke, Berufsarbeit, Körper und familiäre Beziehungen) Anlass zur verstärkten Selbstreflexion. Hieran könnte die Gesundheitsprävention produktiv anknüpfen, indem sie realistische Handlungsalternativen aufzeige. Mehrere Wortmeldungen bezogen sich auf das vermeintlich ausgeprägtere „instrumentuelle“ Körperverständnis von Männern: nicht nur der Begriff, auch seine starke geschlechtsspezifische Polarisierung wurde problematisiert.

Um Demographie, Epidemiologie und Krankheitsverhalten alter, d.h. über 55-jähriger, männlicher Patienten, der Medizinischen Klinik der Universität Tübingen bis zum Ausbruch des ersten Weltkrieges, ging es in dem Vortrag von Simone Moses (Stuttgart). Bis zum Ende des Untersuchungszeitraumes habe deren Anteil an der Gesamtpatientenschaft stetig zugenommen, nicht zuletzt vor dem Hintergrund einer immer breitere Bevölkerungskreise umfassenden Sozialversicherung. Einen Einfluss des Familienstandes auf die Einweisungspraxis konnte auch Moses nicht beobachten – alte Männer wurden also keineswegs ins Krankenhaus „abgeschoben“. Vielmehr erhofften sich viele von ihrem Klinikaufenthalt eine baldmögliche Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit.

Die Frage, ob psychische Krankheiten besonders unmännlich seien, stellte schließlich das Rahmenthema der sechsten und letzten Sektion der Tagung dar. Der Historiker Jürgen Schmidt (Berlin) verglich die Autobiographien von Arbeitern und Bürgern aus dem späten 19. und frühen 20. Jahrhundert. Bei der Rezeption des Neurasthenie-Diskurses, der Eingang hauptsächlich in die Texte bürgerlicher Autoren, allenfalls noch in die der Arbeiterführer fand, zeigten sich klassenspezifische Unterschiede. Die Darstellung psychischer Krankheit konnte dabei eingesetzt werden, so die Interpretation Schmidts, um hegemoniale Männlichkeitsentwürfe autobiographisch abzustützen. Daneben konnte auch die heroische Überwindung psychischer Leiden – durch Härte und Disziplin – der kommunikativen Ausgestaltung von Männlichkeit dienen.

Vergleichbare Schlüsse zog Gabriela Imboden (Basel) hinsichtlich der Kastrationspraxis rückfälliger Sexualstraf-täter in der Schweiz zwischen 1930 und 1960, die die Historikerin auf Grundlage medizinischer und rechtlicher Diskurse beleuchtete. Die Männlichkeit der Betroffenen (die oftmals als „infantil“ bezeichnet wurden) sollte mittels der Entmannung wieder hergestellt werden. Sie sollte die Männer dazu befähigen, die (sozial erwünschte) Kontrolle über den eigenen Geschlechtstrieb wieder zu erlan-

gen. In der Diskussion kam kritisch zur Sprache, dass die Kastration im Grunde nicht auf Selbstkontrolle abgezielt, sie insofern nicht der Wiederherstellung von Männlichkeit gedient haben könne. Auch hätten Sexualstraftäter eine marginale Form der Männlichkeit repräsentiert. Daher kam der Vorschlag auf, den Diskurs unter den Aspekten seiner gesellschaftlichen Nützlichkeit und Funktionalität zu betrachten.

Die „Unmännlichkeit“ der Heimkehrer aus sowjetischer Kriegsgefangenschaft spielte für den medialen und medizinischen Diskurs der Bundesrepublik eine entscheidende Rolle, so Christiane Winkler (London). Dieser Mangel an Mannsein habe sich für die Zeitgenossen, neben der körperlichen Schwäche, nicht zuletzt in psychischen Veränderungen manifestiert (etwa Inaktivität, Depressivität oder Unselbstständigkeit). Die negative Wahrnehmung der Heimkehrer sei zudem verschärft worden durch den Kontrast mit dem Bild der aktiven Frau, die den familiären Nachkriegsalltag tatkräftig organisiert habe. Die externen Zuschreibungen an diese Gruppe von Männern stellte Winkler (zusammen mit der gemeinsamen prägenden Erfahrung und der Existenz einer internen Gruppendidentität) als einen Baustein für die Konzeptualisierung der Heimkehrer als eine distinkte historische Generation zu Debatte.

Den Hintergrund des letzten Vortrages dieses Tages bildete die statistisch beobachtbare, deutlich erhöhte und mit steigendem Alter zunehmende Suizidalität von Männern. Der Psychiater und Psychotherapeut Reinhard Lindner (Hamburg) stellte ein Modell mit vier Idealtypen suizidaler Männer vor, welches er im Rahmen eines qualitativen Forschungsansatz entwickelt hatte.

Er hob dabei die Rolle frühkindlicher Trennungs- und Ablehnungserfahrungen für die suizidale Dynamik hervor, welche sich bei Jungen und Mädchen entwicklungspsychologisch unterschiedlich gestalteten und sich im psychotherapeutischen Behandlungsgeschehen wiederholten. Dem konkreten Verlust der ökonomischen oder beruflichen Unabhängigkeit komme daher bei der Selbsttötung von Männern eine eher untergeordnete Bedeutung bei – eine These die im Plenum mit Interesse aufgenommen wurde.

Eine abschließende Therapie angesichts der „Diagnose: Mann“, wollte man eine Bilanz der beiden Tage ziehen, wurde auch im Rahmen des Stuttgarter Workshops nicht gefunden. Die zahlreichen Diskussionen in angenehmer, produktiver und wohlorganisierter Arbeitsatmosphäre leisteten vielmehr einen Beitrag zur Weiterentwicklung individueller und kollektiver Fragestellungen zur Gesundheit von Männern. Eine Veröffentlichung der Beiträge ist für das Jahr 2007, als Beiheft zur Zeitschrift Medizin, Gesellschaft und Geschichte, geplant.

Susanne Hoffmann (Stuttgart)

Konferenz: Geschlechtsspezifische Aspekte von Krankheit und Gesundheit

25. Stuttgarter Fortbildungsseminar am Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung, 3. bis 5. Mai 2006

Der Begriff „Gender“ hebt die Bedeutung des sozialen und kulturellen Geschlechts gegenüber der des biologischen Geschlechts hervor. Die Debatte darüber, in welchem Maß Geschlecht eine soziale Kategorie oder eine biologische Definition ist, eröffnet daher insbesondere auf dem Gebiet der Medizin ein Spannungsfeld.

Organisatorisches

Das Stuttgarter Fortbildungsseminar ist weder der Form noch dem Ziel nach eine klassische Fachtagung. In den vergangenen 25 Jahren hat es sich zu einem zunehmend interdisziplinären Forum entwickelt. Nicht die Vorstellung eigener Forschungsergebnisse steht im Vordergrund, sondern die Auseinandersetzung mit einem gemeinsamen Thema. Daher sind neue methodische Herangehensweisen, Fragestellungen oder auch gewagte Thesen eher gefragt als perfekt ausgearbeitete Präsentationen. Vor Beginn der Tagung werden Thesenpapiere zu den einzelnen Beiträgen an alle Teilnehmer/innen versandt, um eine Vorbereitung auf die Vorträge zu ermöglichen. Für jeden Beitrag soll genügend Zeit zu einer produktiven Diskussion zur Verfügung stehen, damit die Möglichkeit besteht, sich auf Vorangegangenes zu beziehen und inhaltlich aufeinander aufzubauen. Daher ist es unbedingt erforderlich daß alle Teilnehmer/innen während des gesamten Seminars anwesend sind. Anreisetag ist bereits der 2. Mai 2006.

Weitere Informationen

Dr. Philipp Osten, Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung, Straußweg 17, 70184 Stuttgart
Institut für Geschichte der Medizin d. Robert Bosch Stiftung
Straußweg 17, 70184 Stuttgart
Tel. 49-711/46084-163
philipp.osten@igm-bosch.de
<http://www.igm-bosch.de>

35. Kongress der Deutschen Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe vom 15.03.–18.03.2006

Ort: Maternushaus, Kardinal-Frings-Str. 1–3, 50668 Köln

Wissenschaftliche Leitung: Herr Dr. W. Dmoch

Thema: Psychosomatik – ein Mythos?

Hauptthemen:

- Vermittlung der Psychosomatik im Wandel der Zeit
- Mythos und „evidence based medicine“
- Der spirituelle Aspekt in der psychosomatischen Frauenheilkunde
- Mythos Frauenheilkunde:
Gesundheit durch Bekämpfung von Krankheit?
- Hormone: Mythos Jugendlichkeitswahn und Altern
als Konflikte zwischen Bewahren und Entwicklung

Internet: www.dgpfk-kongress-koeln.de

Auskunft/Anmeldung

Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH,
Markt 8, 07743 Jena
Tel.: +49 (0) 36 41-3533 227
Fax: +49 (0) 36 41-3533 21
E-Mail: anja.kreutzmann@conventus.de

100 Jahre Sexualwissenschaft – Was bindet uns?

30. Jahrestagung für Sexualmedizin

13. Jahrestagung der Akademie für Sexualmedizin

Berlin, 24. bis 27. Mai 2006

Tagungsleitung

Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier
Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin
Universitätsklinikum Charité Campus Mitte, Freie und Humboldt-Universität zu Berlin
Luisenstr. 57, 10117 Berlin

Die 30. Jahrestagung der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Praktische Sexualmedizin wird unter dem Leitgedanken „Was bindet uns?“ stattfinden. Das Thema zielt sowohl auf die Paar-Bindung als auch auf die historische Bindung, weil wir mit der Begründung des Faches „Sexualwissenschaft“ im Jahre 1906 durch den Berliner Dermatologen Ivan Bloch gleichzeitig das 100jährige Jubiläum der Sexualwissenschaft begehen werden. Die Tagung wird in dem traditionsreichen Langenbeck-Virchow-Haus in Berlin stattfinden, in dem 1921 der erste internationale sexualwissenschaftliche Kongress von Magnus Hirschfeld eröffnet wurde. Neben einem geschichtlichen Rückblick zur Entwicklung sexualmedizinischer Forschungs- und Therapiekonzepte sowie zu psychosozial und neurobiologisch begründete Bindungstheorien wird es Vorträge und Seminare zu klinischen Schwerpunkten sowie zu verschiedenen aktuellen und gesellschaftspolitisch kontrovers diskutierten sexualmedizinischen Themen geben.

Weitere Informationen über

Dr. David Goecker, Anna Konrad
Luisenstr. 57, 10117 Berlin
fon +49 (0) 30-450 529 304, fax +49 (0) 30-450 529 992
mail tagung.sexualmedizin@charite.de, www. sexualmedizin-charite.de

Tagungsort

Campus Charité Mitte, Langenbeck-Virchow-Haus,
Luisenstr. 58-59, 10117 Berlin

Vorläufiges wissenschaftliches Programm

Mittwoch 24. Mai 2006

20.00 Eröffnung und Grußworte

Regierender Bürgermeister von Berlin
Klaus Wowereit
Vorstandsvorsitzender der Charité
Prof. Detlev Ganten

Eröffnungsvortrag

Neurobiologie der Paarbindung
Prof. Gerald Hüther, Göttingen

anschließend Begrüßungsimbiss

Donnerstag 25. Mai 2006

9.00–10.30

Sexualwissenschaft – von den Anfängen bis heute

Vorsitz Prof. Rolf Winau, Berlin

Hirschfeld und seine Zeit – Zum Lebensgefühl Berliner
Juden um 1900

Prof. Julius H. Schöps, Potsdam

Die Entwicklung der Sexualwissenschaft durch Ivan Bloch
Dr. Bernhard Egger, Bonn

Sexualwissenschaft in der Emigration: Eine transatlantische
Spurensuche

Prof. Erwin Haeberle, Berlin

Donnerstag, 25. Mai 2006

11.00–12.30 Seminare

12.30–15.00 Mittagspause

Mitgliederversammlung von Akademie und GPS,
Vorstandswahlen

15.00–16.30

Von den Anfängen der Hormonforschung bis zum heutigen Stand

Vorsitz Prof. Hartmut Bosinski, Kiel

Anfänge der Sexualhormonforschung

Prof. Karl Raff, Berlin

Auswirkungen von Sexualhormonen auf die Sexualität –
Bedeutung für die Praxis

Dr. Maureen Cronin, Berlin

Sexualendokrinologie und Umwelteinflüsse

Dr. Franziska Götz, Berlin

16.30–17.00 Pause

17.00–18.30 Seminare

Samstag, 27. Mai 2006

9.00–10.00

Bindung und Kinderwunsch

Vorsitz Dr. Birgit Delisle, München

Sexualität in der Schwangerschaft und nach Entbindung

PD Dr. Kirsten von Sydow, Hamburg

Eltern-Kind-Beziehung nach assistierter Reproduktion

Prof. Heribert Kantenich, Berlin

Ein Kind – unser Kind? Syndyastik und

Reproduktionsmedizin

Prof. Kurt Loewit, Innsbruck

10.00–10.30

Diskussion und Ausblick auf die 31. Jahrestagung

10.30–11.00 Pause

11.00–12.30 Seminare

Ab 12.30 Abreise

Freitag, 26. Mai 2006

9.00–10.00

Was wir voneinander wollen – Bio-psycho-soziale Bindungsforschung

Vorsitz Prof. Frank-Michael Köhn, München

Neuronale Korrelate menschlicher Bindung

Dr. Andreas Bartels, Tübingen

Bindungsstil und Sexualität

Prof. Jens Asendorpf, Berlin

10.00–10.30 Diskussion

10.30–11.00 Pause

11.00–12.30 Seminare

12.30–14.00 Mittagspause

14.00–15.30

Erkennen und Vorbeugen von sexuellem Kindesmissbrauch

Vorsitz Prof. Heinz Schöch, München

Sexueller Kindesmissbrauch – Symptome und
Konsequenzen

Prof. Hartmut Bosinski, Kiel

Präventive Therapie für potentielle Täter

Dipl.-Psych. Gerard Schäfer, Berlin

Dr. David Goecker, Berlin

20.00 Gesellschaftsabend

(Langenbeck-Virchow-Haus)

Themen der Seminare

1. Einführung in die Syndyastische Sexualtherapie
Prof. Kurt Loewit, Innsbruck
2. Sexualtherapeutische Gesprächsführung für Fortgeschrittene
Dipl.-Psych. Christoph Ahlers, Dipl.-Psych. Gerard Schäfer,
Berlin
3. Sexualmedizinische Fragestellungen in der Forensik
Prof. Hartmut Bosinski, Kiel, Ute Franz, Dortmund
4. Fallseminar Geschlechtsidentitätsstörungen
(mit Patientenvorstellung)
Prof. Klaus Beier, Dr. David Goecker, Berlin
5. Lovetalks – ein präventives Modell der Sexualpädagogik
Dr. Brigitte Cizek, Wien
6. Aggression und Lustlosigkeit in Paarbeziehungen
Dr. Peter Bohlscheidt, Berlin
7. Erfolgreiche sexualtherapeutische Behandlungen – Erfahrungsaustausch und Vertiefung theoretischer und praktischer Inhalte
Dr. Franz Hausmann, Hünfelden
8. Nachbereitung der Tagungsvorträge aus Sicht der Praktiker
Dr. Gotthart Kumpan, Berlin
9. Diagnostik- und Therapiekonzepte bei larvierten Sexualstörungen
Prof. Dietmar Richter, Bad Säckingen
10. Liebe zwischen Freiheit und Zwang
Prof. Henner Völkel, Kiel
11. Die eigene Sexualpräferenz in der Sexualtherapie
PD Dr. Walter Dmoch, Düsseldorf
12. Ist Monogamie noch zeitgemäß?
Dr. Alfred Pauls, Berlin, Prof. Reinhard Wille, Kiel
13. Sexualität und chronische Erkrankungen
Dr. Hermann Berberich, Frankfurt, Dipl.-Psych. Janina Neutze, Berlin
14. Themenzentrierte Selbsterfahrung
Prof. Piet Nijs, Leuven

Jahresinhalt

Originalarbeiten

<i>Ahlers Ch. J., Schaefer G. A., Beier K. M.</i>	
Das Spektrum der Sexualstörungen und ihre Klassifizierbarkeit im ICD-10 und DSM-IV	120
<i>Beck A.</i>	
Das Schwellkörpersystem der Frau als dreidimensionales Modell	105
<i>Bosinski H.A.G.</i>	
Psychosexuelle Probleme bei Intersex-Syndromen	31
<i>Hagedorn-Wiesner A.</i>	
Diagnostik neurogen bedingter sexueller Funktionsstörungen	94
<i>Neises M., Ploeger A.</i>	
Sexuelle Funktionsstörungen bei künstlicher Befruchtung	23
<i>Neutze J., Beier K. M.</i>	
Sexualität und Brustkrebserkrankung	2

Fortbildung

<i>Delisle B.</i>	
Schwangerschaft bei Jugendlichen. First Love Ambulanz – Ein Modellprojekt zur Verhinderung ungewollter Schwangerschaften von Jugendlichen	153
<i>Gauruder-Burmester A., Popken G., Beier K. M.</i>	
Vom Alltagstest zur Operation – Ein integratives Betreuungskonzept	158
<i>Loewit K.</i>	
Sexualmedizin und Balintarbeit	67
<i>Petri E.</i>	
Sexualität und Beckenboden	61
<i>Schneider T., Schneider B.</i>	
Penisvergrößerung – Welche finanziellen und physischen Gefahren birgt das Internet?	164

Diskussion

<i>Dieckmann von Büna D.</i>	
Von Sünde keine Rede. Die Paradiesgeschichte in Gen 2-3	78
<i>Sandfort L.</i>	
Sexualbegleitung für geistig behinderte Menschen	167

Historia

<i>Alisch R., Henze K., Kelling A.-H., Marques de Melo P.</i>	
Magnus Hirschfeld – Sexualwissenschaft im Kontext ihrer Zeit	171
<i>Graupner H.</i>	
Das späte Menschenrecht (Teil 2) – Sexualität im im schweizerischen Recht	71

Orginalia

<i>Ahlers Ch. J., Schaefer G. A., Beier K. M.</i>	
The spectrum of sexual disorders and their classifiability in ICD-10 and DSM-IV	120
<i>Beck A.</i>	
The female system of genital congestion as three-dimensional mock-up	74
<i>Bosinski H.A.G.</i>	
Psychosexual problems in persons with Intersex-Syndromes	31
<i>Hagedorn-Wiesner A.</i>	
Investigation of neurogenic sexual dysfunction	94
<i>Neises M., Ploeger A.</i>	
Sexual dysfunction undergoing in vitro fertilization	23
<i>Neutze J., Beier K. M.</i>	
Sexuality and Breast Cancer	2

Case Studies

<i>Delisle B.</i>	
Teenage pregnancy. First love counselling – a model project for the prevention of unwanted teenage pregnancies	153
<i>Gauruder-Burmester A., Popken G., Beier K. M.</i>	
From real life test to operation – a concept of integrated care	158
<i>Loewit K.</i>	
Sexual medicine and Balint groups	67
<i>Petri E.</i>	
Sexuality and pelvic floor	61
<i>Schneider T., Schneider B.</i>	
Penisenlargement – how the internet can harm your patient financially and physically	164

Discussion

<i>Dieckmann von Büna D.</i>	
No Mention of Sin. The Story of Paradise in Genesis 2-3	78
<i>Sandfort L.</i>	
Sexual counseling for people with cognitive disabilities	167

Historia

<i>Alisch R., Henze K., Kelling A.-H., Marques de Melo P.</i>	
Magnus Hirschfeld – Sexual Science in the context of its time	171
<i>Graupner H.</i>	
The Belated Human Right (Part 2) – Sexuality in Swiss Law	71