

# Sexuologie

Herausgegeben von der Akademie für Sexualmedizin

## Inhalt

- |    | Originalarbeiten  |    | Fortbildung  |
|----|---|----|--|
| 1  | Nachuntersuchungen von kastrierten Sexualstraftätern<br><i>R. Wille, K. M. Beier</i>  | 53 | Weibliche Ejakulation zwischen Lust, Scham und Verleugnung<br><i>K. Pingsten</i> |
| 27 | Geschlecht, Geschlechtsrollen-orientierung und Lebensplanung<br><i>E. Aschermann, A.-P. Schulz</i>  | 59 | Aktuelles  |
| 45 | Messung nächtlicher Erektionen bei der forensischen Begutachtung sexuellen Missbrauchs<br><i>K. Mann, J. Röschke, M. Sohn, O. Benkert</i> | 62 | Buchbesprechungen<br>AIDS in der Bundesrepublik Deutschland                      |

### Anschrift der Redaktion:

Priv.-Doz. Dr. med. H. A. G. Bosinski, Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle am Klinikum der Christian-Albrechts-Universität Kiel, Arnold-Heller-Str. 12, D-24105 Kiel, Tel.: 0431/5 97-36 50 (Fax: -3612)

### IMPRESSUM

**Verlag:** Gustav Fischer Verlag GmbH & Co. KG, Niederlassung Jena, PF 100 537 D-07705 Jena, Telefon (03641) 626-3; Fax (03641) 62 65 00; e-mail: office.j@gfischer.de

**Anzeigenannahme und -verwaltung:** Gustav Fischer Verlag GmbH & Co. KG, Niederlassung Jena, Anzeigenleitung: Sabine Schröter, PF 100 537, D-07705 Jena, Telefon (03641) 62 64 28, Fax (03641) 62 64 21  
Zur Zeit gilt die Anzeigen-Preisliste vom 01.02.1997.

**Abonnementsverwaltung und Vertrieb:** SFG-Servicecenter Fachverlage GmbH,

Zeitschriftenvertrieb: Barbara Dressler, Villengang 2, 07745 Jena, Telefon (03641) 62 64 44, Fax: (03641) 62 64 43

**Bezugshinweise:** Das Abonnement gilt bis auf Widerruf oder wird auf Wunsch befristet.

Die Lieferung der Zeitschrift läuft weiter, wenn sie nicht bis zum 31.10. eines Jahres abbestellt wird.

**Erscheinungsweise:** Zwanglos, 1 Band mit 4 Heften.

**Abo-Preise 1997:** 138,- DM/1008,- ÖS/132,50 Sfr (zzgl. Versandkosten); Einzelheftpreis 41,- DM/299,- ÖS/39,50 Sfr; Vorzugspreis für persönliche Abonnenten 86,- DM.

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

### Bankverbindung:

Deutsche Bank AG Jena, Konto-Nr. 6 284 707, BLZ 820 700 00;

**Copyright:** Die Zeitschrift sowie alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Verlages.

Satz: dtp-Satz Ralf Bogen, Stuttgart

Druck: Gulde-Druck GmbH, Tübingen

Printed in Germany

© 1997 Gustav Fischer Verlag

Abstracted/Indexed in:

CAB Abstracts · Chemical Abstracts Service (CAS) · Chemical Abstracts (SEXUEX)

## Nachuntersuchungen von kastrierten Sexualstraftätern

### A Follow-up study on castrated sex offenders

R. Wille; K. M. Beier

#### Zusammenfassung

Alle 104 Männer, die sich zwischen 1970 und 1980 in den Ärztekammerbezirken Westfalen-Lippe und Schleswig-Holstein kastrieren ließen (70% Pädophile, 25% aggressive Sexualstraftäter, 3% Exhibitionisten, 2% Homosexuelle), wurden katamnestic mittels Interview, Fremdanamnese und Akteneinsicht nachuntersucht (Responsequote 95%). Als Kontrollgruppe fungierten 53 Männer, deren Kastrationsanträge im gleichen Zeitraum abgelehnt oder zurückgezogen wurden. Das Sample deckt 20% aller 770 in der BRD beantragten bzw. 24% aller 430 durchgeführten Orchidektomien in den ersten 10 Jahren nach Erlass des Kastrationsgesetzes ab. Bei 75% war die postoperative Sexualität nach 6 Monaten faktisch erloschen, während 15% noch über einen längeren Zeitraum sexuelle Aktivitäten angaben, die allerdings intensivere Stimulation benötigten. Ungefähr 10% blieben über Jahre – auf einem reduzierten Aktivitätsniveau – kohabitationsfähig. Bei vier Kastrierten mit erloschener und vier mit erhaltener sexueller Aktivität wurden exemplarisch Androgene Testosteron, Androstendion, Dehydroepiandrosteron-Sulfat sowie das sexualhormonbindende Globulin untersucht. Es ergab sich kein Zusammenhang zwischen Hormonspiegeln und sexuellen Aktivitäten. Die postoperative Rückfallquote (Anteil der Rückfalltäter am gesamten Kollektiv) für Sexualstraftaten lag bei den kastrierten Probanden bei maximal 3%, verglichen mit 46% bei den nicht-kastrierten Antragstellern. Der „Rückfallindex“ unterschied sich im Verhältnis von 1,9:20 zugunsten der Kastrierten mit zugleich deutlich besserer sozialer Adaptation. 70% der orchidektomierten Sexualstraftäter waren mit dem Eingriff zufrieden, 20% äußerten sich ambivalent und 10% fanden die Folgen unbefriedigend. Zwischen 1970 und 1980 wurden jährlich durchschnittlich 43, zwischen 1980 und 1990 etwa 11 Kastrationen durchgeführt.

*Schlüsselwörter:* Sexualdelinquenz, Kastration, Nachuntersuchungen, Androgenspiegel

#### Abstract

A contemporary sample of 104 voluntary castrates (70% pedophiles, 25% aggressive sex offenders, 3% exhibitionists, 2% homosexuals) was examined. The survey was based on a representative follow-up investigation (response rate of 95%), covering approximately 20-25% of all orchidectomized sexual offenders between 1970 and 1980 in Federal Republic of Germany. The results are contrasted with a comparison group who applied for castration during the same period but ultimately did not have surgery. Sexual interest, libido, erection, and ejaculation generally decreased in 75% of the cases within 6 months. Approximately 10% remained sexual active for years on a slightly diminished level, whereas 15% reported sexual outlets over a longer period of time, but required more intensive stimulation for sexual release. Furthermore androgens (i.e., testosterone, androstenedione, dehydroepiandrosterone) and sex-hormone binding globulin were investigated in eight castrates, four with and four without sexual desires and activity at least six months after surgery. There was no relationship between hormonal state and sexual activity in castrates. The post-operative recidivism rate for sexual

crimes was 3% maximum, compared to 46% maximum for non-castrated applicants. Similar results between both samples were obtained in a special recidivism index which examined deprivation of liberty following approval of castration surgery. The social adjustment of the castrates also seemed to be more favorable than that of the non-castrates. Approximately 70% of the castrates were satisfied with the results of the intervention, 20% were ambivalent and 10% were not satisfied.

*Key words:* Castration, Sex offenders, Follow-up-investigation, Androgens

Eine Publikation über Kastration in Deutschland wird bei vielen – und nicht nur beim deutschen Leser – ambivalente Emotionen provozieren. Denn der zu Recht höchst umstrittene Eingriff erinnert fatal an die Zwangskastration von Sexualdelinquenten in der NS- Zeit von 1934 bis 1945. Wer Sexualität als aktivierenden und beglückenden menschlichen Daseinsaspekt versteht, wird generell aversiv auf die Vorstellung einer operativen ‘Desexualisierung’ reagieren. Negative Assoziationen liegen besonders nahe, wenn man an untergebrachte psychisch kranke Sexualstraftäter denkt, die mit der Kastration den Preis für die Wiedererlangung ihrer Freiheit bezahlen sollen. Dies kann als Rückfall in mittelalterliche Körperstrafen angesehen werden, oder als inhumane Barbarei im Namen der Gerechtigkeit. Ist es nicht höchst unsensibel, wenn ausgerechnet in Deutschland noch Kastrationen vorgenommen werden, dem Land der zwangsweisen Sterilisation, des politisch instrumentalisierten Sozial-Darwinismus und des rassistischen Genozids in großen Teilen Europas?

Gerade angesichts dieser (rechts-)historischen Belastung kann ein Blick über die eigenen Grenzen den fachspezifischen Horizont erweitern: In den letzten 25 Jahren wurden außerhalb von Deutschland in nennenswertem Umfang nur noch in der Schweiz und der tschechoslowakischen Volksrepublik Kastrationen bei Sexualdelinquenten vorgenommen. Die Schweiz ist die historische Musterdemokratie in Kontinentaleuropa ohne imperialistische oder diktatorische Zeitabschnitte. Die CSSR ist das erste 1939 vom nationalsozialistisch regierten Deutschland angegriffene und zerschlagene Land und lebte über 40 Jahre in einer sozialistischen Gesellschaftsform. Wenn in historisch und politisch so unterschiedlichen Ländern die Orchidektomie bei Sexualdelinquenten angewendet wird, dann scheint eine direkte Analogie zur NS-Ideologie fraglich, zumal eine solche Gleichsetzung den Wertewandel der letzten Jahrzehnte, die geänderte Einstellung zur Sexualität und sexuellen Minderheiten und insbesondere den kategorialen Unterschied zwischen erzwungener und freiwilliger Kastration – vergleichbar mit dem zwischen Mord und Selbstmord, zwischen Diktatur und Demokratie – vernachlässigen würde.

## **Die rechtliche Situation in Deutschland**

Das deutsche Strafrecht ist ein nicht widerspruchsfreier Kompromiß zwischen absoluten und relativen Straf- bzw. Strafzwecktheorien und kennt deswegen ein duales Nebeneinander von schuldbezogenem Sühnestrafrecht und rechtsgüterschützendem Maßregelrecht. Mit dem im November 1933 erlassenen und ab Januar 1934 gültigen Gewohnheitsverbrecher- und Maßregel-Gesetz wurde neben der (im Kern heute noch gültigen Unterbringung von psychisch Kranken in ein psychiatrisches Krankenhaus (§ 63 StGB), mit der Entziehung von straffälligen Suchtkranken (§ 64 StGB) und der Sicherungsverwahrung von chronischen

oder besonders sozialschädlichen Rechtsbrechern (§ 66 StGB) die *zwangsweise* Kastration bei sexuell motivierten Morden, sadistischen Körperverletzungen, Sexualstraftaten mit Ausnahme der Homosexualität eingeführt.

In den 11 Jahren von 1934 bis 1945 wurden in Deutschland etwa 3000 Sexualstraftäter im Alter ab 21 Jahren gegen ihren Willen orchidektomiert. Dieser NS-Kastrationsparagraf wurde vom Alliierten Kontroll-Rat 1945 aufgehoben. Ab 1970 regelt ein Spezialgesetz außerhalb des Strafrechtes die freiwillige Kastration, genauer die Voraussetzungen, unter denen ein Arzt die Kastration straffrei durchführen darf: Aus (extrem selten) medizinischen und nahezu immer strafrechtlich-kriminalpräventiven Gründen können Sexualstraftäter – bis 1994 unter Einschluß homosexueller Kontakte mit 14-17 jährigen – einen Antrag bei der zuständigen Landesärztekammer stellen. Ein derartiger Kastrationsausschuß existiert bei jeder Ärztekammer (ein Jurist, zwei Ärzte).

Der Antragsteller kann jederzeit seinen Antrag zurückziehen und auch nach erfolgter Genehmigung seinen Entschluß revidieren. Die Entscheidung des ehrenamtlich tätigen Ausschusses muß bei den Voraussetzungen und Erfolgsaussichten die medizinischen Erkenntnisse berücksichtigen und insbesondere abwägen, ob erhoffte Vorteile mit den zu erwartenden Nachteilen in ausgewogenem Verhältnis stehen. Zu den medizinischen Erkenntnissen gehören auch die individuellen Möglichkeiten und Chancen alternativer Therapien.

Bei kriminologischen Kastrationen müssen die kriminalpräventiven Effekte beachtet werden, bzw. ob damit dem Betroffenen bei seiner Resozialisierung und zukünftigen Lebensführung geholfen wird. Ein Arzt der Kommission muß den Patienten untersuchen und ihn in besonders vorgeschriebener Weise aufklären, bei eingeschränkten prospektiven Fähigkeiten verlangt der Gesetzgeber nicht das Einverständnis über die langfristigen Auswirkungen.

Zwischen 1970 und 1980 wurden 770 Anträge auf Kastration gestellt und etwa 430 Kastrationen durchgeführt. Zwischen 1980 und 1990 reduzierte sich die Zahl der Anträge auf jährlich 10-12 und halbierte sich danach, so daß man von weniger als 6 Kastrationen jährlich ausgehen darf.

### Frühere empirische Studien

Ältere Publikationen (ca. bis 1930) über die Kastration und ihre Folgen beim Manne aus forensisch-psychiatrischer Sicht liefern meist Kasuistiken (Naecke 1905; 1909). Empirische Untersuchungen über kastrierte Sexualstraftäter aus der Zeit zwischen 1930 und 1950 wurden in verschiedenen europäischen Ländern durchgeführt (u.a. der Schweiz, Dänemark, Deutschland), basieren auf nicht repräsentativen Samples und beleuchten unterschiedliche Gesichtspunkte: Begleitmedikation (Meggendorfer 1933; Thurlimann 1946), psychologische (Böters 1930; Kolle 1934) und körperliche Folgeerscheinungen (de Quervain 1929; Hackfield 1933) und über das postoperative Sozialverhalten (Meywerk 1938), überwiegend aber die kriminalprophylaktische Effektivität der Kastration (Bunsmann 1940; Jensch 1944; Sand 1940; Schlegel 1935; Wolf 1934).

Bereits Anfang der 30er Jahre war der Zusammenhang zwischen Hormonstatus und sexuellem Verhalten nach Kastration, einschließlich experimenteller Substitution, Gegenstand der Forschung (Hamilton 1937). Dafür wurde aus verständlichen Gründen vornehm-

lich auf tierexperimentelle Versuchsanordnungen zurückgegriffen. Eine Übersicht über die Ergebnisse endokrinologischer Studien bei kastrierten Tieren lieferte Beach (1970). Die dortigen Befunde sprechen dafür, daß die Aktivität gonadaler Hormone das sexuelle Verhalten beeinflussen, daß aber hierin nur eine Einflußgröße unter vielen gesehen werden muß. Im Sinne eines Konzeptes der multiplen Determinierung sexuellen Verhaltens (Beach 1977) sind viele nichthormonelle Faktoren ohne weiteres vorstellbar und zu benennen, aber der tatsächliche Anteil dieser Einflußgrößen an der Entstehung bestimmter Verhaltensweisen ist noch ungeklärt (Bancroft 1978; 1985; Rogers 1976).

1952 konstruierte Bowman ein nahezu ideales Forschungsdesign, in dem anatomische, physiologische, endokrinologische und psychiatrische Untersuchungen parallel durchgeführt werden sollten, um das prä- und postkastrative Sozial- und Sexualverhalten von Sexualstraftätern zu erforschen. Dieses Forschungsvorhaben scheiterte aus praktischen und nicht zuletzt ethischen Gründen, da sich ein experimenteller Untersuchungsansatz bei dieser Thematik verbietet (Bowman 1954). Insgesamt wurden mit diesem Ansatz nur drei Probanden erfaßt, und diese nicht einmal mit dem ursprünglichen Projekt, sondern nur im Hinblick auf die psychischen Auswirkungen (Bowman & Crook 1960).

Tab. 1: Frühere Untersuchungen zur Rückfallquote bei kastrierten Sexualstraftätern

Autor	Jahr	Land	Anzahl der untersuchten Fälle	Anzahl der Rückfalltäter	Rückfallquote [%]
BREMER	1959	N	215 <sup>a</sup>	3	7,1
OHM	1960	D	224	8	3,5
STÜRUP	1960	DK	147	5	3,5
LANGELÜDDEKE	1963	D	1036	24	2,3
SAND	1964	DK	900	10	1,1
STÜRUP	1968	DK	18	0	0,0
SCHULTKA	1971	D	37	0	0,0
CORNU	1973	CH	121	5	4,1
RENNER	1979	D	55	0	0,0
HEIM	1980	D	39[54] <sup>b</sup>	4[6]	10,3[11,0]

<sup>a</sup> Aus methodischen Gründen konnten nur 41 Fälle statistisch untersucht werden.

<sup>b</sup> Der Autor führt verschiedene Samplegrößen an

Retrospektive Studien mit großen Fallzahlen kastrierter Männer erschienen erst Ende der 50er Jahre und unterscheiden sich nach Patientengut und Fragestellung (s. Tabelle 1): Bremer (1959) untersuchte 215 Männer, von denen etwa ein Drittel psychiatrische Patienten waren, bei denen sich die norwegischen Psychiater, ganz ähnlich wie ihre Schweizer Kollegen, eine psychosoziale Stabilisierung durch die Kastration erhofften. 139 Probanden waren verurteilte (N=102) oder administrativ untergebrachte (N=37) Sexualstraftäter; davon wiesen nur 15% keine psychomentalen Defekte auf. Ohm (1960) und Langelüddeke (1963) berichteten hingegen über Sexualstraftäter aus der NS-Zeit, die zum weitaus größten Teil zwangskastriert worden waren.

Einblick in die Kastrationspraxis und -folgen für die Zeit nach 1950 geben die empirischen Studien von Stürup (1960) in Dänemark und Cornu (1973) in der Schweiz sowie für die alten Bundesländer in Deutschland Renner (1979) und Heim (1980). Obschon die genannten Untersuchungen aufgrund ihrer unterschiedlichen und z.T. unzulänglichen Methodik für einen Vergleich der Ergebnisse nur mit größter Vorsicht herangezogen werden sollten, ist es bemerkenswert, daß sich insbesondere die Angaben über die kriminalprophylaktische Effektivität der Kastration stark gleichen und nur die Daten von Heim (1980) nicht in dieses Bild passen (Tab. 1). Auf die methodischen Unzulänglichkeiten dieser Studie wird im Rahmen der Diskussion eingegangen. Die bei Bremer (1959) angegebene Rückfallquote von 7% basiert auf drei Rückfällen, von denen zwei vom Autor selbst als fraglich ausgewiesen und nicht Gegenstand einer Strafverfolgung gewesen waren.

Das Spektrum der Auswirkungen auf die Sexualität zeigt zwar tendenziell eine generelle Abschwächung von Libido-, Erektions-, Ejakulations- und Kohabitationsfähigkeit, aber keine homogene Symptomatik. Uneinheitlich und umstritten sind insbesondere Ausmaß und Häufigkeit psychischer Folgen wie depressive Reaktion bis hin zur Präsuizidalität, emotionale und affektive Labilität, adynamische Lebensperspektive, generelle Tristesse und vitale Gleichgültigkeit. Diese Inhomogenität in Publikationen über kastrierte Sexualdelinquenten wird offenbar von beruflicher Ausbildung, innerer Haltung und subjektiver Einstellung des Autors zur Kastration beeinflusst: Was für endokrinologisch und anthropologisch orientierte Mediziner unmittelbar plausibel ist, erscheint unter psychologischen oder psychoanalytischen Aspekten und Sexualitätskonzepten problematisch oder für das menschliche Sexualverhalten irrelevant. Diese Diskrepanz wird noch größer bei den interpretationsbedürftigen („weichen“) Merkmalen wie Verarbeitung des Eingriffes und postoperative Lebensqualität. Häufig werden die präoperativen Ausgangskonstellationen und alternativen Sozialperspektiven nicht (genügend) berücksichtigt.

Ein wesentliches Merkmal aussagekräftiger empirischer Studien ist der Vergleich mit einer Kontrollgruppe. Bremer (1959) hat das Problem herausgearbeitet, Stürup (1968) hat ein Vergleichskollektiv herangezogen, allerdings nur für Notzuchttäter (18 kastrierte; 20 nicht-kastrierte Notzuchttäter).

Die vergleichende Studie von Yamamoto (1960) gehört nicht zur eigentlichen Thematik, weil nicht Sexualstraftäter untersucht wurden. Cornu (1973) kommt der Lösung schon sehr nahe, hat aber seine Kontrollgruppe von „Verweigerern“ nicht persönlich, sondern nur anhand von Strafregistern nachuntersucht. Eine Gegenprobe unter den gleichen methodischen Bedingungen, einschließlich Röntgendiagnostik, hätte mutmaßlich seine hohe postoperative Osteoporosequote relativiert.

Obwohl sich jährlich unter rein klinischem Aspekt weit über 1000 Männer mit fortgeschrittenem Prostata-Carcinom einer Orchidektomie unterziehen, fehlen bislang onkologisch-urologische Publikationen über die dort auftretenden Folgen und Verarbeitungen der therapeutisch-vital indizierten Kastration. Eine direkte Vergleichbarkeit verbieten die unterschiedlichen Konstellationen bei so wichtigen Parametern wie Alter und Lebensperspektiven, Stellenwert und Erlebnisqualität der Sexualität; dennoch könnten bei kritischer Würdigung prä- und postoperative Befunderhebungen auch die medizinischen Erkenntnisse für die Kastrationsausschüsse erweitern.

## Eigene Untersuchungen

### *Material und Methodik*

Etwa 24% der in der BRD zwischen 1970 und 1980 durchgeführten Kastrationen bei Sexualdelinquenten entfallen auf die Ärztekammerbezirke Westfalen-Lippe und Schleswig-Holstein. Insgesamt wurden hier in den ersten 10 Jahren der Gültigkeit des Kastrationsgesetzes zwischen 1970 und 1980 104 Kastrationen vorgenommen. Darüber hinaus lagen 53 Anträge auf Kastration vor, die in 17 Fällen von der Gutachterstelle nicht genehmigt, aber zum größten Teil schon vor Entscheidung der Kommission (N = 30) und in 6 Fällen nach Genehmigung von den Antragstellern zurückgezogen wurden.

Ausgangskollektive der Nachuntersuchung waren somit:

- 104 kastrierte Antragsteller und
- 53 nicht-kastrierte Antragsteller.

Mittels persönlicher Explorationen, Drittbefragungen, Einsicht in Akten (nach vorher eingeholtem Einverständnis) und Strafregisterauszügen wurde versucht, Aufschluß über die Sozial- und Legalbewährung der beiden Untersuchungskollektive sowie für die kastrierten Antragsteller über die psychosoziale Befindlichkeit und postoperative Sexualität zu gewinnen.

Der hohe Anteil der Untersuchten an der Grundgesamtheit aller nach dem bundesdeutschen Kastrationsgesetz zwischen 1970 und 1980 orchidektomierten Sexualdelinquenten, die hohe Erfassungsquote von fast 95% und die lange Beobachtungszeit von durchschnittlich 11 Jahren berechtigen zu der Annahme, daß es sich um eine repräsentative Retrospektivstudie über die Kastration im geteilten Nachkriegsdeutschland handelt, die mangels ausreichender Fallzahlen und aufgrund einschlägiger Datenschutzbestimmungen zukünftig nicht mehr replizierbar sein dürfte.

Kritisch anzumerken ist, daß die herangezogene Vergleichsgruppe der nicht kastrierten Antragsteller nicht alle Anforderungen an eine ideale Kontrollgruppe erfüllt – schließlich verbietet sich bei dieser Thematik ein experimenteller Untersuchungsansatz. Weil aber bisher – außer der Schweizer Studie von Cornu (1973) – kein Vorauf dieses Methodenproblem überhaupt angepackt, geschweige denn gelöst hat, soll auf den Erkenntniszuwachs einer Gegenüberstellung nicht verzichtet und die Resultate beider Unterkollektive – soweit methodisch statthaft – miteinander verglichen werden.

Allgemeine Angaben über die Antragsteller, wie Alter und Art des Deliktes waren unschwer den zur Verfügung stehenden Unterlagen zu entnehmen. In den meisten Fällen enthielten diese auch Angaben über das Intelligenzniveau auf der Grundlage des Hamburg-Wechsler-Intelligenztests (HAWIE); fehlende Informationen wurden gegebenenfalls aus gerichtlichen Gutachten ergänzt oder die Intelligenz nach dem Eindruck beim Interview approximativ eingeschätzt.

In der „Feldarbeit“ erwies sich das freie (oder „narrative“) Interview als die ergiebigste Methode. Schließlich handelte es sich um höchst problematische und konfliktbesetzte Lebensbereiche, die wohl von jedem nach außen abgeschirmt und speziell von den Interviewten oft weitgehend verdrängt werden. Deshalb wurde der persönliche Kontakt grundsätzlich in der Lebenswelt des betreffenden Patienten angestrebt, um zu vermeiden, daß das Interview durch unangemessene oder verfremdende Begleitumstände zusätzlich

belastet werden konnte. In der Eingangsphase des Interviews wurde versucht, Verständnis für den wissenschaftlichen Charakter des Forschungsvorhabens zu erwecken, und formal an die Einwilligung angeknüpft – soweit dies mit dem Intelligenzniveau und der Erinnerungsfähigkeit überhaupt vereinbar war -, daß eine Nachsorge auch in seinem Interesse erfolge, wie ihm bei der damaligen Aufklärung vor dem Eingriff bereits schriftlich dargelegt und empfohlen worden ist. Darüber hinaus diene der Besuch auch der Selbstkontrolle der damals beteiligten Ärzte. Einige öffneten sich spontan unserem Anliegen und hätten sich schon früher eine nachsorgende Betreuung gewünscht. Das Ideal einer Atmosphäre gegenseitiger Akzeptierung konnte in den meisten Fällen erreicht werden. Nicht selten war aber auch durch Minderbegabung oder Befangenheit eine derart optimale Gestaltung nicht möglich. Sofern vom Interviewten die Situation als belastend oder einengend erlebt wurde, war dies situationsatmosphärisch deutlich zu spüren; in derartigen Fällen hätte es dem Konzept des „narrativen“ Interviews widersprochen, auf eine vollständige Datenerhebung zu drängen. Als Ausweg verwiesen die zwar zögernden, aber prinzipiell kooperativen Respondenten ausdrücklich auf informierte Verwandte oder Ärzte, Betreuer oder Heimleiter, die statt ihrer die Fragen beantworten sollten. Nur sie selbst wollten sich mit der Thematik nicht auseinandersetzen. Dadurch erklärt sich der unterschiedliche Anteil „partieller Verweigerer“ für einzelne Items, die dann als „fehlende Angaben“ aufgeführt werden. Ihr Anteil liegt besonders hoch bei Fragen, deren Beantwortung Introspektionsfähigkeit und kritische Distanz zur eigenen Sexualität erfordern. Derartige Lücken konnten verständlicherweise auch nicht durch Drittanamnesen ausgefüllt werden. Unmittelbar nach Ende des Interviews wurde ein ausführliches Erinnerungsprotokoll diktiert.

Zur Beurteilung der Legalbewährung wurde nach den Strafregisterauszügen die Anzahl sexueller und anderer Delikte für die beiden Vergleichsgruppen getrennt bestimmt. Ebenso wurde das zeitliche Ausmaß der verhängten Sanktionen vor und nach Antrag ermittelt. Die im Registerauszug ausgewiesenen freiheitsentziehenden Sanktionen wurden unabhängig von eventuellen Bewährungszeiten zusammengerechnet, da die genaue Eruiierung der tatsächlichen Haft- und Unterbringungszeiten in vielen Fällen nicht möglich war.

Für die Bestimmung der Aufenthaltsdauer in Freiheit (i.e. „wahre“ Katamnesezeit) wurden die offiziellen Daten (aus Registerauszügen) dann durch katamnestiche Informationen korrigiert, wenn die Patienten mindestens 2 Monate tatsächlich mehr in Freiheit verbracht hatten, sei es durch nicht registrierte Beurlaubungen, vorzeitige Entlassungen oder Entweichungen. Als 'wahre' Katamnesezeit wurde bei Heiminsassen akzeptiert, wenn die Möglichkeit des erlaubten unbeaufsichtigten Entfernens bestand. Zur Beurteilung der Legalbewährung war es notwendig, mehrere Antragsteller nicht in die Vergleichsgruppe aufzunehmen. Dies betraf vor allem Antragsteller ohne 'wahre' Katamnesezeit und solche, die gar kein Sexualdelikt begangen hatten.

Nach Berücksichtigung dieser Ausschlußkriterien konnten 99 (von 104) kastrierten und 35 (von 53) nicht-kastrierten Antragstellern hinsichtlich ihrer Legalbewährung verglichen werden. Für jede Gruppe wurde die Anzahl sexueller und anderer Rückfalltaten und Rückfalltäter ermittelt. Die Rückfallquote zeigt den Anteil der Rückfalltäter am gesamten Kollektiv in Prozent. Der 'Rückfallindex' ergibt sich aus dem Verhältnis von 'wahrer' Katamnesezeit und rückfallbedingtem Freiheitsentzug. Die zur Beurteilung der Legalbewährung herangezogenen Vergleichsgruppen wurden noch einmal gesondert hinsichtlich Altersstruktur, Intelligenzniveau und Deliktverteilung überprüft.

Von den insgesamt 157 Antragstellern konnten neun trotz aller Bemühungen nicht ermittelt werden. Bei den verbleibenden 148 wurden so viele Auskünfte und persönliche Angaben eingeholt, daß deren Schicksal nach Antragstellung gut rekonstruierbar war. Im einzelnen wurden 86 Interviews geführt und 118 Akten / Krankenunterlagen eingesehen; überraschend ergiebig waren darüber hinaus die detaillierten Schilderungen durch Dritte. Zwischen den beiden Unterkollektiven gibt es diesbezüglich keine nennenswerten Unterschiede (Tab.2).

**Tab. 2:** Katamnese-Stichprobe und Befragungsmethodik bezogen auf Gesamtstichprobe in %; (absolute Zahlen in Klammern, Mehrfachnennung möglich)\*

	<b>kastrierte Antragsteller (N=104)</b>	<b>nicht-kastrierte Antragsteller (N=53)</b>	<b>Gesamt (N=157)</b>
Nicht erreichbar	4,8 (5)	7,5 (4)	5,7 (9)
Gesamtzahl der Respondenten	95,2 (99)	92,5 (49)	94,3 (148)
<b>Methodik</b>			
Interview	61,6 (61)	51,0 (25)	58,1 (86)
Auskünfte von Verwandten, Betreuern, Bewährungshelfern etc.	72,7 (72)	62,3 (33)	70,9 (105)
Krankengeschichte Akten	77,8 (77)	77,4 (41)	79,7 (118)

\* Weder zwischen der Gruppe der Nicht-Erreichbaren und der Respondenten noch zwischen den Gruppenstärken nach eingesetzter Erhebungsmethodik ergaben sich signifikante Unterschiede ( $\chi^2$ -Test)

Fehlende Angaben zu einzelnen Fragen oder auch partielle Verweigerungen führen in den entsprechenden Tabellen zu einer reduzierten Ausgangszahl.

Statistische Berechnungen wurden mit dem  $\chi^2$ - Test durchgeführt. Unterschiede werden nur bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% ( $p < 0,05$ ) aufgeführt.

Darüber hinaus wurden acht kastrierte Sexualstraftäter, jeweils vier mit postoperativ erloschener und noch aktiver Sexualität hinsichtlich mehrerer hormoneller Parameter (Testosteron, Androstendion, Dehydroepiandrosteron-Sulfat, sexualhormonbindendes Globulin) untersucht <sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Die Hormonanalysen wurden durchgeführt in der Klinik für Pädiatrie, Abteilung Endokrinologie (Leiter: Prof. Dr. med. W. Sippell) am Universitätsklinikum Kiel.

**Ergebnisse***Altersprofil der Stichprobe*

Die Tabelle 3 zeigt rein deskriptiv die prozentuale und absolute Altersverteilung. Fünf nicht kastrierte Antragsteller zwischen 23 und 24 Jahren erfüllten schon vom Alter her nicht die Voraussetzungen des bundesdeutschen Kastrationsgesetzes (dort vorgesehene Mindestalter: 25 Jahre), so daß ihre Anträge bereits aus formalen Gründen abgelehnt werden mußten. Hinsichtlich der Altersstruktur zeigte der Vergleich der beiden Kollektive aber keine signifikanten Unterschiede.

**Tab. 3:** Altersverteilung der Respondenten zum Zeitpunkt der Antragstellung (in % der Gruppen von kastrierten und nicht-kastrierten Antragstellern; absolute Zahlen in Klammern)

Jahre	kastrierte Antragsteller (N=99)	nicht-kastrierte Antragsteller (N=35)
jünger als 25	-	11,4 (4)
25 - 29	16,2 (16)	14,3 (5)
30 - 34	21,2 (21)	8,6 (3)
35 - 39	20,2 (20)	22,9 (8)
40 - 44	9,1 (9)	20,0 (7)
45 - 49	10,1 (10)	11,4 (4)
50 - 54	8,1 (8)	2,9 (1)
55 - 59	10,1 (10)	5,7 (2)
60 - 64	5,0 (5)	2,9 (1)

*Deliktverteilung:*

Betrachtet man das Gesamtkollektiv, so ist bei den Tötungsdelikten und den Vergewaltigungen die Aggressivität mit erheblichen Schäden an Leib und Leben, aber auch die soziale Gefährlichkeit durch psychische Traumatisierung der Opfer unmittelbar einleuchtend und der Gesellschaftsschutz plausibel. Diese Gruppe mit 36 aggressiven Tätern macht aber nur 1/4 aller Antragsteller aus (s. Tab. 4). Zwei Drittel (N=102) sind Pädophile, unter denen allerdings keineswegs wie sonst bei vielen psychopathologisch eher unauffälligen Pädophilen Körperkontakte ohne physische Gewalt das Tatgeschehen bestimmen, sondern impulsiv-unkontrolliertes, z.T. sogar sadistisches Verhalten gegenüber Kindern. Einige Gutachter begründeten in erster Linie mit explorierten sadistischen Phantasien ihre prognostische Besorgnis einer Ausweitung (Progredienz) auf zukünftig gefährlichere Straftaten.

Während für Kinder unter 14 Jahren unabhängig vom Geschlecht der Pädophilie-Paragraph 176 StGB einschlägig ist, waren bis 1994 die 14-15jährigen Mädchen nur unter bestimmten strengen Voraussetzungen und nur auf persönlichen Antrag vor sexuellen Kontakten geschützt, sexuelle Handlungen eines Erwachsenen mit 14-17jährigen Jungen dagegen strafbar.

Dieser Tatbestand damals noch strafbarer Homosexualität fand sich nur bei einem Täter, der um seinen qualifizierten beruflichen und nach außen ungetrübten familiären Status (verhei-

**Tab. 4:** Delikte vor Antragstellung (in % der Gruppen von kastrierten und nicht-kastrierten Antragstellern; absolute Zahlen in Klammern)

	<b>kastrierte Antragsteller (N=104)</b>	<b>nicht-kastrierte Antragsteller (N=53)</b>
Tötungsdelikt	1,0 (1)	5,7 (3)
Vergewaltigung, sexuelle Nötigung	21,1 (22)	22,6 (12)
Sexueller Mißbrauch von Kindern insgesamt, davon	73,1 (76)	49,1 (26)
- bisexuell	17,3 (18)	7,5 (4)
- heterosexuell	26,9 (28)	24,5 (13)
- homosexuell	28,8 (30)	17,0 (9)
Homosexualität	1,0 (1)	-
Exhibitionismus	2,9 (3)	3,8 (2)
keine dem Kastrationsgesetz entsprechende Sexualstraftat (z.B. Brandstiftung)	- (0)	7,5 (4)
keine Sexualstraftat	1,0 (1)	11,3 (6)

Anm.: Wegen Auf- oder Abrundung Summe 100%

ratet, 1 Kind) so besorgt war, daß er mit der Kastration die Einstellung des Ermittlungsverfahrens erreichte und nicht bestraft wurde. Diese Orchidektomie eines Täters mit einverständlichem Sexualpartner erscheint genauso bedenklich wie die der zwei unaggressiven Exhibitionisten, während der dritte (Exhibitionist) atypisches, z.T. auch pädophil-aggressives Verhalten zeigte, so daß die Prognose dubios erschien.

Dagegen lehnte der Ausschuß konsequent die Anträge aufgrund von sexuell motivierter Brandstiftung und Nekrophilie (N=4) ab.

Daß ein kastrierter und sogar sechs nicht-kastrierte Antragsteller gar keine Sexualdelikte aufwiesen, mag zunächst überraschen, ist aber einfach zu erklären: Bei dem einen kastrierten Antragsteller ohne Sexualdelikt handelt es sich um einen gebildeten und differenzierten Homosexuellen, der von einem auch durch hoch dosierte Androcur-Medikation kaum unterdrückbaren Drang nach apersonalen sexuellen Kontakten auf „Klappen“ sich selbst so entwürdigt fühlte und erst nach zweimaliger Ablehnung bei einem dritten Kastrationsausschuß die Genehmigung für den Eingriff erreichte. Hinter den sechs nicht-kastrierten Antragstellern ohne Sexualdelikt verbergen sich hingegen debile oder psychotische Patienten aus psychiatrischen Krankenhäusern, die mit der Antragstellung keine realisierbaren Absichten verfolgten (Tab. 4).

*Intelligenz*

Die Intelligenz ist eine basale Determinante für beruflichen Erfolg, für gelungene Partnerschaft sowie für Lebensbewältigung und Konfliktstrategien. Das Untersuchungskollektiv stellt gegenüber dem Intelligenzdurchschnitt der Bevölkerung eine negative Auswahl dar. Wie Tabelle 5 ausweist, erfolgte die Antragstellung bei annähernd der Hälfte der Probanden während der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus. Einweisungsbedingung nach § 63 StGB ist eine verminderte oder aufgehobene Schuldfähigkeit, die meist auf psychomentalen Defekten beruht. In der untersten Intelligenzstufe (<70) zeigen kastrierte und nicht kastrierte Antragsteller einen auffallenden Unterschied: 34 kastrierten standen nur neun nicht-kastrierte Antragsteller gegenüber. Von diesen neun erfüllten fünf nicht die gesetzliche Voraussetzung für eine Genehmigung des Eingriffs, und bei den restlichen vier hatten sich zwischenzeitlich andere Perspektiven (z.B. Partnerschaft) ergeben. (Tab. 5)

**Tab. 5:** Intelligenzquotient der Antragsteller (in % der Gruppen, abs. Zahlen in Klammern)<sup>a</sup>

	<b>kastrierte Antragsteller (N=104)</b>	<b>nicht-kastrierte Antragsteller (N=53)</b>
<b>IQ</b>		
> 91	34,6 (36)	37,7 (20)
71-90	32,7 (34)	45,3 (24)
< 70	32,7 (34)	17,0 (9)

<sup>a</sup> Bei 71 kastrierten und 28 nicht-kastrierten Antragstellern wurde der IQ mittels HAWIE festgestellt, bei den übrigen Probanden klinisch beurteilt. Vergleich der beiden Gruppen nach IQ (chi<sup>2</sup>-Test): p < 0,10

*Ausbildung/Beruf/Familienstand*

Bedenkt man die Intelligenzstruktur des Ausgangskollektivs, können die Ergebnisse bezüglich der beruflichen Tätigkeit der Antragsteller nicht weiter überraschen: Fast 2/3 der Probanden waren ungelernete Arbeiter, die Ausübung qualifizierter Berufe dagegen eine Seltenheit (Tab. 6). Die Nachuntersuchung ergab hier zwar eine merkliche Veränderung, die aber aufgrund der ebenfalls veränderten Altersstruktur erklärlich ist. Denn nun waren knapp die Hälfte der katamnestic erfaßten Antragsteller Rentner oder Sozialhilfeempfänger (Tab. 6).

Hinzuweisen ist aber auch darauf, daß acht nicht-kastrierte, aber nur ein kastrierter Antragsteller wegen freiheitsentziehender Sanktionen gar nicht zuzuordnen waren, d.h. ihnen fehlte – bedingt durch Freiheitsentzug – die Möglichkeit zur beruflichen Wiedereingliederung. Das niedrige Intelligenzniveau und die schlechte berufliche und finanzielle Situation in Verbindung mit häufig verhängten Haftstrafen und speziell die bei den Delinquenten vorhandenen paraphilen Aktivierungsmuster sind eher schlechte Voraussetzungen für eine gelungene Partnerschaft: Nur 20% der Antragsteller waren verheiratet; die Alleinstehenden überwogen eindeutig; die Unterschiede in beiden Unterkollektiven waren schon bei Antragstellung gering und veränderten sich auch bis zur Katamnese nur geringfügig (Tab. 7).

**Tab. 6:** Berufliche Stellung der Antragsteller zum Zeitpunkt der Antragstellung und der Katamnese (in % der Gruppen)

zum Zeitpunkt der...	kastrierte Antragsteller (N=104)		nicht-kastrierte Antragsteller (N=53)	
	Antragstellung	Katamnese	Antragstellung	Katamnese
akademische Ausbildung	2,9	2,9	3,8	3,8
Lehrberuf	23,2	15,4	32,1	5,7
ungelernter Arbeiter	68,3	39,4	54,7	20,8
Rentner/Sozial- hilfeempfänger	5,8	34,6	5,7	43,4
ohne Angaben bzw. nicht einzuordnen	-	6,7	3,8	11,3
Unterbringung/ Inhaftierung	-	1,0	-	15,1

**Tab. 7:** Familienstand der Antragsteller zum Zeitpunkt der Antragstellung und der Katamnese (in % der Gruppen)

zum Zeitpunkt der...	kastrierte Antragsteller (N=104)		nicht-kastrierte Antragsteller (N=53)	
	Antragstellung	Katamnese	Antragstellung	Katamnese
Alleinstehend	64,4	55,8	50,9	32,1
Verheiratet	21,2	17,3	20,8	18,9
Geschieden	13,5	14,4	13,2	7,5
Verwitwet	5,8	34,6	5,7	43,4
In Partnerschaft	1,0	5,8	3,8	9,4
ohne Angaben	-	4,8	9,4	17,0
Unterbringung/ Inhaftierung	-	-	-	9,4

*Häusliche Umgebung*

Ebenso charakteristisch für jeden Menschen wie aussagekräftig für den Außenstehenden sind Art und Ausgestaltung des persönlichen Nahraumes, speziell der Wohnverhältnisse. Es dürfte schon die Motivationslage beeinflussen, ob man sich isoliert in der tristen Haftzelle ohne konkrete Perspektive oder in häuslicher Atmosphäre zu einem so folgenreichen Entschluß wie den auf Kastration durchringt. Tabelle 8 zeigt, daß ca. 40% beider Unterkollektive Insassen einer Justizvollzugsanstalt sind. Da eine Kastration fast immer mit der Hoffnung auf Wiedererlangung der Freiheit beantragt wird, muß ein inhaftierter oder untergebrachter Antragsteller die Dauer seines Freiheitsentzuges in seine Überlegungen einbeziehen.

**Tab. 8:** Aufenthaltsort der Antragsteller zum Zeitpunkt der Antragstellung und der Katamnese (in % der Gruppen)

zum Zeitpunkt der...	kastrierte Antragsteller (N=104)		nicht-kastrierte Antragsteller (N=53)	
	Antragstellung	Katamnese	Antragstellung	Katamnese
Haftanstalt	38,5	0,0	37,7	9,4
Unterbringung gem. § 63 StGB	51,0	1,0	35,8	11,3
Heim	1,9	14,4	1,9	15,1
eigene Wohnung	8,7	70,2	20,8	41,5
ohne Angaben/ nicht erreichbar	0,0	3,8	3,8	7,5
Verstorben	0,0	10,6	0,0	15,1

Die Maßregeln der Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus und der (zweiten) Sicherungsverwahrung sind zeitlich unbegrenzt, dürfen aber nur so lange andauern, bis aufgrund einer günstigen Legalprognose die probatorische Entlassung verantwortet werden kann. Deshalb kann jeder in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in der Sicherungsverwahrung Untergebrachte mit ziemlicher, wenn auch nicht garantierbarer Sicherheit darauf vertrauen, daß er ggf. einige Monate nach dem Eingriff in die Freiheit entlassen wird. Betreuungsbedürftige Patienten werden dann in Heime überwiesen und verfügen dort über zunehmend vergleichbare Freiräume wie die zu einer eigenständigen Lebensführung Entlassenen.

Bei Antragstellung unterschieden sich die beiden Unterkollektive nicht signifikant. Kein anderes äußeres Merkmal zeigt aber bis zur Nachuntersuchung eine so deutliche Fluktuation und so offensichtliche Unterschiede zwischen kastrierten und nicht-kastrierten Antragstel-

lern wie gerade der Aufenthaltsort. Von den 40 kastrierten Delinquenten befand sich bei der Nachuntersuchung nur einer im Gefängnis, ein Proband, der gerade für die Kastrationsproblematik in mehrfacher Hinsicht einen Ausnahmefall darstellt, weil er als spektakulärer Sonderfall Kriminalgeschichte machte (und auch zweimal verfilmt wurde):

Herkunft und Kindheit des normal intelligenten (IQ 93) Probanden waren belastet durch die Scheidung der elterlichen Ehe und chaotische Familienverhältnisse. Nach einer Lehre verfiel er in Alkoholabusus und unstetes Arbeitsverhalten und bald danach auch in eine polytrope Kleinkriminalität; dann erstmalig ein aggressiv-pädophiles Delikt an einem Mädchen. Nach einer Bewährungsstrafe unterzog er sich einer Psychotherapie, die er aber wegen subjektiver Erfolgslosigkeit bald abbrach. Drei Jahre später ein weiteres pädophiles Delikt und Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (gem. § 63 StGB). Dort erfolgte die Kastration und bald darauf Entlassung zu seiner Partnerin. Nach 1 1/2 Jahren erreichte er mit richterlicher Genehmigung eine hormonale Substitution mit Androgenen zwecks Verbesserung seiner postkastrativ erheblich abgeschwächten Libido mit Erektionsschwäche und Kohabitationsschwierigkeiten. Die Hormonmedikation ließ auch die pädophilen Neigungen wieder aufleben. Nach dem sexuellen Kontakt mit einem 7jährigen Mädchen kam es anschließend zur Tötung des Opfers. Während der Untersuchungshaft wurde in zwei Interviews die Katamnese erhoben. Einige Wochen später erschoss ihn die Mutter des getöteten Mädchens vor den Augen des Interviewers im Gerichtssaal. Nur weil wir als Kriterium für Tabelle 8 den Zeitpunkt der Katamnese festsetzen, erscheint dieser Proband nicht unter den Toten, sondern als sein Aufenthaltsort das Gefängnis. Ferner ist er zwar kastriert, aber hormonal reaktiviert, so daß es auch gerechtfertigt wäre, ihn als Sonderfall überhaupt nicht in diese Tabelle aufzunehmen.

Auch der eine in der Unterbringung interviewte Proband erwies sich als Problemfall. Es handelt sich um einen psychopathologisch höchst auffälligen, labilen, subdepressiven und sozial vielfach insuffizienten Mann, der während der Strafhaft die genehmigte Kastration vornehmen ließ und aufgrund eines wenig überzeugenden, inkonsequenten Gutachtens nach Verbüßung von 2/3 der Strafe unmittelbar vom Gefängnis in die Unterbringung überführt wurde.

Diesen beiden kastrierten Probanden stehen 11 (ca. 21%) nicht-kastrierte Delinquenten gegenüber, die sich zum Zeitpunkt der Katamnese noch im festen Justizgewahrsam aufhalten müssen. ( $p < 0,01$ ).

Mehr als zwei Drittel der Kastrierten lebten hingegen zur Zeit der Katamnese in eigener Wohnung, der Rest wird in Heimen versorgt und psychiatrisch beraten. Sie erreichen hiermit angesichts ihrer psychomentalen Handicaps und sozialen Inkompetenz das Optimum des ihnen persönlich überhaupt Möglichen. Die auch bei den nicht-kastrierten Antragstellern nachweisbaren Verbesserungen der Lebenssituation erreichten bei weitem nicht dies Ausmaß.

Der Unterschied zwischen beiden Gruppen ist statistisch hochsignifikant ( $p < 0,01$ ). Dieser Befund weist darauf hin, daß außer der Kastration vermutlich auch andere Faktoren für die positiven Veränderungen verantwortlich zu machen sind: Für alle wohl eine Nachreife durch das fortgeschrittene Alter, für viele die engagierte Betreuung durch Sozialarbeiter und Bewährungshelfer, für einige auch eine zusätzliche temporäre medikamentöse Triebdämpfung. (Tab. 8).

Die Hoffnung auf Freiheit und die Verbesserung ihrer Situation ist sicherlich die vorherrschende Intention aller Probanden; für die Verantwortlichen des Strafvollzuges stellt die Prognose, das heißt die Wahrscheinlichkeit sozial gefährlicher und speziell sexueller Rückfälle zwar nicht die alleinige, mangels besserer Prognosekriterien aber eine wichtige

Entscheidungshilfe dar. Als Instrument dafür dient die Rückfallquotendifferenz zwischen den Vergleichsgruppen. Dabei läßt sich differenzieren nach Häufigkeit sexueller und außersexueller Rezidive. Außerdem kann neben der Zahl der Rückfälle auch die Sozial-schädlichkeit berücksichtigt werden, wenn man als angenäherten Maßstab für Schuld und Gefährlichkeit die Dauer der ausgeworfenen Strafen heranzieht.

*Rückfälligkeit*

In der Tabelle 9 werden die Zahl der Straftaten und der Täter, getrennt nach beiden Kollektiven und nach sexuellen und außersexuellen Straftaten gegenübergestellt. Straftaten sind in diesem Zusammenhang alle aktenkundigen Delikte, auch wenn die Verfahren eingestellt wurden oder aus anderen Gründen nicht zur Verurteilung führten.

**Tab. 9:** Art und Anzahl der Delikte vor dem Antrag

	kastrierte Antragsteller	nicht-kastrierte Antragsteller
<b>Sexualdelikte</b>		
Anzahl der Täter	103 <sup>a</sup>	45 <sup>a</sup>
Gesamtzahl der Taten	337	129
Durchschnittl. Zahl d. Taten pro Täter	3,27	2,87
<b>Nicht-sexuelle Delikte</b>		
Anzahl der Täter	55	40
Gesamtzahl der Taten	227	170
Durchschnittl. Zahl d. Taten pro Täter	4,12	4,25

<sup>a</sup> Hier wurden nur Täter mit Sexualstraftaten berücksichtigt. Ein kastrierter Antragsteller und acht nicht-kastrierte begingen kein Sexualdelikt, wodurch sich die Ausgangszahlen auf 103 bzw. 45 Fälle reduzieren.

Bemerkenswert erscheint lediglich die stärkere Belastung der nicht-kastrierten Patienten mit außersexuellen Delikten, während die Zahl von acht Probanden ohne Sexualdelikt einer Erklärung bedarf: Auch aus subjektiven Gründen, etwa zur Dämpfung tatsächlicher oder vermeintlicher sexueller Obsessionen kann jeder Bundesbürger einen Antrag auf Kastration stellen. Das Kastrationsgesetz regelt eigentlich nur die Voraussetzungen der Straflosigkeit des Arztes, der auf Wunsch des Patienten die Kastration durchführt.

Anders als in Tabelle 9 sind in Tabelle 10 nur diejenigen Antragsteller aufgeführt, die ein Delikt begangen hatten, für das sie zu einer Freiheitsstrafe verurteilt worden sind. Die Länge der ausgeworfenen Strafzeiten, welche einen Eindruck von der Reaktion der strafenden Gesellschaft auf die Gesetzesbrecher zu geben vermag, wird in Jahren gezählt. Als Indiz für die angenäherte Homogenität der Probanden- und Kontrollgruppe kann wohl gewertet werden, daß sowohl kastrierte als auch nicht-kastrierte Probanden vor Antragstellung übereinstimmend durchschnittlich 10,5 Jahre Freiheitsentzug auferlegt bekamen.

Bei der Berechnung der Rückfälligkeit nach Kastration sind abermals einige Vorfragen zu klären: Die Rückfälligkeit spielt bei Sexualdelinquenten deshalb eine besondere Rolle, weil

Tab. 10: Anzahl und Dauer der Strafen/Unterbringung

	<b>kastrierte Antragsteller (N=104)</b>	<b>nicht-kastrierte Antragsteller (N=53)</b>
Anzahl der zu Freiheitsentzug verurteilten Täter	99 (95,2%)	43 (81,1%)
Durchschnittlicher Freiheitsentzug in Jahren	10,5	10,5

Anm.: Fünf kastrierte und 10 nicht-kastrierte Antragsteller hatten keine Haftstrafe verbüßt

das Sexualverhalten als weitgehend konstant angesehen und deshalb Sexualdelikte als Ausdruck habitueller Fehlhaltungen gewertet werden. Wenn man also die Rückfälligkeit für unsere beiden Unterkollektive quantifizieren will, müssen die Probanden ausgeschlossen werden, die schon vor Antragstellung keine Sexualdelikte begangen haben.

Weiterhin eignen sich zum Vergleich nur Täter mit gleichen Deliktarten, so daß Brandstifter und Wäschefetischisten ausgeschlossen werden müssen, schon weil bei ihnen eine Kastration nicht statthaft ist. Die Vergleichsprobanden müssen auch unter äußeren Umständen leben, unter denen sie generell Straftaten begehen können, also sich in Freiheit befinden: Sie müssen eine 'wahre Katamnesezeit' vorweisen. Einen letzten Ausschließungsgrund bilden wesensverändernde Psychosen. Deshalb wurden ein zyklotyper und ein schizophrener Patient nicht in die Vergleichsgruppe aufgenommen.

Es verbleiben dann in den so reduzierten Vergleichsgruppen 99 kastrierte und 35 nicht-kastrierte Probanden. Diese müssen nun noch einmal daraufhin überprüft werden, ob durch den Ausschluß Inhomogenitäten nach Alter, Intelligenz und Deliktverteilung auftreten.

Die reduzierten Vergleichskollektive unterscheiden sich aber nicht signifikant von den Ausgangskollektiven hinsichtlich Alter, Intelligenz und Delikt.

Bei der Rückfälligkeit ist einerseits nach Tätern und Taten sowie andererseits nach sexuellen und anderen Delikten zu unterscheiden. Da bei den Katamnesen einige Sexualdelikte (bei den kastrierten N=2, bei den nicht kastrierten N=20) bekannt wurden, die nicht strafverfolgt worden sind, wurden diese (Tab. 11) mit berücksichtigt. Die Gegenüberstellung ergibt das bemerkenswert deutliche Resultat, daß 1% (aufgrund von verurteilten Sexualdelikten) bzw. 3% (verurteilte und nicht-verurteilte, aber katamnestic aufgedeckte Sexualdelikte) der Kastrierten sexuell und 25% außersexuell rückfällig wurden. Bei den nicht-kastrierten Probanden sind es dagegen 23% bzw. 46% sexuelle und 43% außersexuelle Rückfalltäter. Die Gruppenunterschiede sind hinsichtlich der Rückfälligkeit für sexuelle Delikte signifikant ( $p < 0,001$ ), nicht aber für außersexuelle Delikte ( $p < 0,10$ ). Faßt man allerdings die sexuellen und außersexuellen Delikte zusammen, so stehen 25% überhaupt wieder rückfällig gewordenen kastrierten Probanden 75% Rückfällige bei der Gruppe der Nicht-Kastrierten gegenüber.

Mit diesen Prozentangaben wird zwar ein erster Eindruck vermittelt, nicht aber das tatsächliche Gewicht der Straftaten und auch nicht das Ausmaß des staatlichen Eingriffes in die Lebensgestaltung der Täter wiedergegeben, von dem viktimologischen Aspekt ganz zu schweigen. Es wurde deshalb in einem weiteren Schritt ein „Rückfallindex“ verwendet, bei dem die Zahl der in Freiheit verbrachten Jahre mit den wegen der Rückfälle ausgewor-

Tab. 11: Rückfälligkeit der Antragsteller

	kastrierte Antragsteller (N= 99)			nicht-kastrierte Antragsteller (N=35)		
	Anzahl der Täter	Anzahl der Taten	Rückfall- quote in %	Anzahl der Täter	Anzahl der Taten	Rückfall- quote in %
Sexual- straftat	3 <sup>a</sup> [1] <sup>b</sup>	3 <sup>a</sup> [1] <sup>b</sup>	3 <sup>a</sup> [1] <sup>b</sup>	16 <sup>a</sup> [9]	38 <sup>a</sup> [18] <sup>b</sup>	46 <sup>a</sup> [23] <sup>b</sup>
Nicht- sexuelle Straftat	25	61	25	15	34	43
Gesamt <sup>c</sup>	25	64	25	26	72	74

<sup>a</sup> Einbezogen wurden *alle* katamnestisch erfassten strafbaren sexuellen Handlungen, auch wenn diese nicht strafverfolgt worden sind.

<sup>b</sup> Ausschließlich abgeurteilte sexuelle Straftaten werden in eckigen Klammern [ ] angegeben.

<sup>c</sup> Einige Straftäter begingen mehr als ein (sexuelles/nicht-sexuelles) Delikt

Tab. 12: Rückfall-Index der Antragsteller im Katamnesezeitraum

	kastrierte Antragsteller (N= 99)	nicht-kastrierte Antragsteller (N=35)
<b>Gesamtzeit</b> in Freiheit nach der Kastration bzw. Antragstellung (in Lebensjahren)	1072,5	283,5
Wahre Katamnesezeit pro Proband <sup>a</sup>	10,8	8,1
<b>Gesamtzeit (in Lebensjahren) des Freiheitsentzuges wegen</b>		
- Sexualdelikt	0,8	36,3
- Nicht-sexuellem Delikt	18,8	20,5
<b>Rückfall-Index</b> bezogen auf		
- Sexualdelikte	0,1	12,8
- andere Delikte	1,8	7,2
Insgesamt	1,9	20,0

<sup>a</sup> Erläuterung s. Text

fenen freiheitsentziehenden Maßnahmen ins Verhältnis gesetzt wurde. Damit war ein Vergleichsmaßstab geschaffen, um die tatsächlich in Freiheit verbrachte Zeit für die kastrierten und für die nicht kastrierten Probanden einschätzbarer zu machen. Bei 99 kastrierten Tätern stehen insgesamt 1.072,5 Lebensjahre 'wahrer' Katamnesezeit nicht einmal einem Jahr Freiheitsentzug wegen einer Sexualstraftat und 18,8 Jahre Freiheitsentzug wegen anderer Straftaten gegenüber. Bei den Nicht-Kastrierten lauten die entsprechenden Zahlen: 36,3 bzw. 20,5 Jahre Freiheitsentzug und 283 Jahre 'wahre' Katamnesezeit. Somit läßt sich in der Zusammenfassung der sexuellen und außersexuellen 'Rückfallindices' ein Verhältnis von 1,9 : 20 errechnen, der vielleicht das augenfälligste Maß für die signifikant unterschiedliche Legalbewährung nach Antragstellung zwischen den Kastrierten und den Nicht-Kastrierten ergibt ( $p < 0,001$ ) (Tab. 12).

Diese schon sehr deutliche Diskrepanz zwischen den beiden Kollektiven berücksichtigt noch nicht die insgesamt acht (davon ein kastrierter, aber sieben nicht-kastrierte) Probanden, welche nach Antragstellung ununterbrochen entweder im Gefängnis oder in einem (psychiatrischen) Krankenhaus verblieben. Unter gedanklicher Einbeziehung dieser acht Probanden ohne 'wahre' Katamnesezeit fallen die Unterschiede noch krasser aus.

#### *Postkastrative Sexualität*

Bei allen Kastrierten reduzierten sich sexuelles Interesse und Erregbarkeit, erotische Phantasien und die Möglichkeit zu spontanen oder stimulierten Erektionen. Bei den meisten (75%) nahm die Zahl der Kohabitationen und der Ejakulationen innerhalb von sechs Monaten nach dem Eingriff schnell und spürbar ab. Bei genauerer Exploration jedoch zeigten sich unterschiedliche Verläufe: Bei einigen Probanden reaktivierten sich nach einem halben Jahr Libido und Erektion wieder auf das präoperative Niveau, während die Ejakulation sich nicht wieder einstellte. Ein Drittel der Männer hatte weiterhin gelegentlich spontane morgendliche Erektionen, allerdings mit gegenüber früher verminderter Rigidität. Rund ein Viertel aller Männer war noch nach drei Jahren, rund 10% noch nach fünf Jahren kohabitationsfähig, allerdings in größeren Intervallen und nur nach längerem Vorspiel (Tab. 13). Die Zunahme eines neuen Bedürfnisses nach Hautzärtlichkeit und allgemeiner, nicht genital zentrierter Körpersexualität (Petting) ohne koitalen Abschluß war bei vielen ein neuartiges, aber nicht unangenehmes Gefühl.

Dagegen klagten einige überraschend dezidiert über eine Beeinträchtigung ihres Männlichkeitsgefühles, weil sie sich durch das leere Skrotum subjektiv stigmatisiert fühlten. Deshalb wurde die Operation im Bekanntenkreis fast immer verheimlicht und nur die Partnerin eingeweiht und mit dankbarem Erstaunen deren einführendes Verständnis registriert.

#### *Hormonbefunde nach Kastration*

Die unterschiedlichen Auswirkungen der Kastration auf das sexuelle Verlangen und die sexuelle Aktivität war Anlaß für eine Untersuchung hormonaler Parameter, um die mögliche Bedeutung von Androgenen adrenalen Ursprungs abschätzen zu können. Es wurden daher vier der kastrierten Sexualstraftäter, bei denen die Libido und die sexuelle Aktivität innerhalb von 6 Monaten nach dem Eingriff praktisch erloschen war, mit vier anderen, bei denen das sexuelle Verlangen und die sexuelle Aktivität sich nicht wesentlich reduziert hatte, hinsichtlich des Blutspiegels von Testosteron, Androstendion, Dehydroepiandrosteron-Sulfat und dem sexualhormonbindendem Globulin untersucht.

Tab. 13: Einfluß der Kastration auf die postoperative Sexualität (Katamnesezeitraum 5 Jahre); (Absolutzahlen in Klammern)<sup>a</sup>

Alter in Jahren	30-44	45-59	> 60	Gesamt
Libido und sexuelle Aktivität innerhalb von 6 Monaten praktisch erloschen	66,7% (32)	85,0% (17)	92,3% (12)	75,3% (61)
Libido und sexuelle Aktivität bei intensiver Stimulation möglich	20,8% (10)	10,0% (2)	- (0)	14,8% (12)
Libido und sexuelle Aktivität nicht wesentlich reduziert	12,5% (6)	5% (1)	7,7% (1)	9,9% (8)
<b>Gesamt</b>	<b>48</b>	<b>20</b>	<b>13</b>	<b>81</b>

<sup>a</sup> In 23 Fällen waren hierzu keine Angaben erhebbar

Tab. 14: Androgenspiegel kastrierter Probanden in Beziehung zur sexuellen Aktivität

	Testosteron [ng/dl]	Androstendion [ng/dl]	DHEAS [ng/ml]	SHBG [µg/dl]
<b>sexuell inaktive Probanden</b>				
Pat. 1	11	16	1119	1,4
Pat. 2	6	7	581	2,9
Pat. 3	11	53	589	2,5
Pat. 4	35	47	2641	1,4
<b>sexuell aktive Probanden</b>				
Pat. 5	10	18	1089	0,3
Pat. 6	30	45	2836	0,6
Pat. 7	33	64	233	1,2
Pat. 8	16	36	668	0,5
<b>Normalbereich erw. Männer</b>	<b>200-530</b>	<b>70-210</b>	<b>2400±900</b>	<b>0,3-2,4</b>

Wie die Tabelle 14 zeigt, konnten zwischen den beiden Gruppen keine Unterschiede hinsichtlich der Hormon-Parameter gefunden werden, so daß der Schluß nahelegt, daß nicht das postkastrative Hormonniveau, sondern die präoperative sexuelle Aktivität sowie das Alter, die partnerschaftliche Situation sowie eventuell andere, noch unbekannt

Faktoren das sexuelle Verlangen und die sexuelle Aktivität nach der Kastration beeinflussen.

#### Zufriedenheit

Bei der Frage nach der Zufriedenheit wurde stets die subjektive Meinung der Kastrierten zugrunde gelegt, auch wenn sie offensichtlich von einer augenblicklichen Stimmung des Probanden abhängig war. Auch in diesen Fällen wurde strikt vermieden, die Meinung des Betreuers oder gar des Interviewers einfließen zu lassen. Unter den 27 fehlenden Angaben finden sich auch Probanden, die sich zu diesem Item nicht äußern wollten. Aus diesen Gründen enthält Tabelle 15 keine weitergehende Differenzierung der Antwortmöglichkeiten.

Tab. 15: Zufriedenheit mit der Kastration (N=77)<sup>a</sup>

Zufrieden	71,4% (55)
Ambivalent	19,5% (15)
Unzufrieden	9,1% (7)

<sup>a</sup> In 27 Fällen waren hierzu keine hinreichenden Angaben erhebbbar.

## Diskussion – Thesen und Antithesen

Von den Kastrationsgegnern werden im wesentlichen fünf kritische Einwände gegen die Kastration vorgebracht:

*1. Die endokrinologische Antithese:* Aufgrund der individuell inhomogenen Auswirkungen der Kastration seien nicht die Sexualhormone das entscheidende Movens sondern psychische Faktoren. Veränderungen im Hormonhaushalt hätten maximal „kapriziöse Effekte“ (Heim 1980).

Auch wenn die Bedeutung psychischer Einflußgrößen unwidersprochen bleibt, ist das Ausmaß ihrer tatsächlichen Wirksamkeit genauso ungeklärt wie das endokrinologischer Faktoren. Letztlich wird nur die unterschiedliche Gewichtung von Psyche und Endokrinium kontrovers diskutiert. Unsere endokrinologischen Befunde bei den vier sexuell aktiven und bei den vier inaktiven Kastraten stützen die These, daß den Hormonen keine monokausale Bedeutung zukommt, und daß keine quantitativ-lineare Abhängigkeit zwischen Hormonspiegel und Sexualverhalten besteht.

Es widerspricht aber allen ärztlichen Erfahrungen und auch dem psychosomatischen Denken, deswegen den offensichtlichen und gravierenden Einfluß des Endokriniums bzw. der Orchidektomie auf das sexuelle und psychische Verhalten überhaupt auszublenden. Wenig plausibel erscheint es ferner, einerseits hormonellen Einflüssen bei der Entstehung und dem Persistieren von sexuellen Deviationen keine Bedeutung zuzuschreiben, andererseits aber die Blockade der Androgen-Rezeptoren als praktikable Alternative zur Kastration zu akzeptieren (Schorsch 1987). Alle hormonellen Eingriffe sind prinzipiell nicht geeignet, die sexuelle Orientierung zu verändern, sondern können lediglich die Umsetzung paraphiler Vorstellungen in reale Rezidive blockieren.

Dies hat schon Shakespeare gewußt und mit feinsinnigem Wortspiel im Dialog zwischen Kleopatra und dem Kastraten Mardian ausgedrückt: CLEOPATRA: Hast thou affections? MARDIAN: Yes, gracious Madam? CLEOPATRA: Indeed! MARDIAN: Not in deed, Madam, for I can do nothing. But what in deed is honest to be done Yet I have fierce affections and think What Venus did with Mars.

2. *Die psychoanalytische Antithese:* Die Kastration wirke eigentlich via unbewußter Strafbedürfnisse und sich selbst erfüllender Erwartungshaltungen; mit der Orchidektomie komme man den gerade bei Sexualdelinquenten psychodynamisch relevanten Kastrationsängsten nur entgegen (Schorsch 1988): „.. operative Kastration bedeutet dann, buchstäblich mit dem Messer diese Wunden zu vergrößern, bzw. dort, wo von Patienten die Kastration gefordert wird, deren Bestrafungswünsche mitzuagieren“ (Schorsch 1986: 313). Tatsächlich scheint die Hauptfunktion dieser Argumentation in der Deklassierung der demzufolge blind agierenden Kastrationsausschüsse der Ärztekammern zu bestehen, denen Therapeuten mit einem angeblich überlegeneren Standpunkt gegenübergestellt werden. Sie läßt sich aber, selbst bei gutwilliger Orientierung an der psychoanalytischen Theorie nicht stützen, wie im übrigen Schorsch gemeinsam mit Becker (Becker & Schorsch 1980) herausgearbeitet hat: Bei der perversen Symptombildung bestehen in der Regel viel mehr Gründe der reifen genitalen Sexualität auszuweichen, als nur der eine, daß die Konfrontation mit dem gegengeschlechtlichen Genitale die Kastrationsangst wecke, wie dies noch in der klassischen psychoanalytischen Theorie vermutet wurde. Aus psychoanalytischen Behandlungen von Männern mit perversen Symptombildungen wurde klar, daß die feststellbaren Ängste um die Körperintegrität weit über die übliche Kastrationsangst hinausgehen und auf strukturelle Mängel des Selbst- und auch des Körperbildes hinweisen – also auf präödpale Störungen (Morgenthaler 1974). Nach dieser Vorstellung ist die Kastrationsangst also keineswegs das im Vordergrund stehende psychodynamische Element, sondern im Gegenteil zeigt das perverse Symptom gerade, daß die Kastrationsangst zurückgedrängt worden ist – in dem gewissermaßen trotz dieser Angst sexuelle Befriedigung zu erreichen versucht wird.

Im übrigen sind die empirischen Kenntnisse über die Folgen der Kastration auf das Sexualverhalten bei Männern, die aus ganz anderen Gründen (Unfall, Kriegsverletzung, Malignome etc.) beide Keimdrüsen einbüßten, seit den Anfängen der Sexualwissenschaft Handbuchwissen, lange bevor überhaupt die Sexualhormone strukturell aufklären konnte (Marcuse, 1926: 325 ff). Tatsächlich sind auch den damaligen Theorien weit plausible Überlegungen zu entnehmen, weil sie mit der nötigen Distanz psychosomatische Zusammenhänge anzusprechen vermochten. Beispielhaft seien hier Slotopolsky und Schinz (1925) angeführt, denen zufolge die innere Sekretion der Keimdrüsen für die Gestaltung des „Geschlechtstriebes“ nur den „Realisationsfaktor“ bilde, während der „Determinationsfaktor“ in der Psyche liege. Die Autoren verglichen die Kastration mit der Milzexstirpation bei hämolytischer Anämie:

“Bei diesem Leiden entfernt man die normal funktionierende Milz, weil das ‘schwache Blut’ des Patienten einer normalen Milzfunktion nicht gewachsen ist. Ganz entsprechend reagiert bei sexuell Abnormen das ‘kranke Gehirn’ auf die von den normalen Keimdrüsen zufließenden normalen inkretorischen Reize abnormerweise, und bei Sexualverbrechern ist es ebenfalls – wenn auch in anderer Weise – das ‘schwache Gehirn’ dieser Leute, das einer normalen Keimdrüseninkretion nicht gewachsen ist. Solche Leute zu ‘heilen’, indem man ihnen die Keimdrüsen exstirpiert, bedeutet das

Eingeständnis der Unmöglichkeit, bei ihnen das unmittelbar therapeutisch zu beeinflussen, was wirklich krank ist, nämlich die Psyche. Selbstverständlich ist damit gegen die Kastration als ultima ratio in einschlägigen Quellen nichts gesagt." (Slotopolsky & Schinz 1925: 112)

In der Sexualforensik heißt dies für die Psychoanalyse, die Grenzen ihres Wirkungsvermögens zu respektieren und keineswegs mit Selbstaufgabe gleichzusetzen.

3. *Die empirische Antithese:* Sie bezweifelt die kriminalpräventive Effektivität der Kastration. Die tatsächliche Rückfallquote sei „auf jeden Fall sehr viel höher als vielerorts behauptet wird“ (Sigusch 1980). Sigusch, der früher gemeinsam mit Schorsch und Schmidt die chirurgische Kastration immerhin als ultima ratio „zur sozialen Wiedereingliederung“ betrachtete (s. Schorsch et al. 1972: 164) und der 1978 vehement das „schandbare“ methodische Niveau empirischer Kastrationsstudien beklagte, beruft sich auf den Psychologen Heim, der mit einer methodisch fragwürdigen Ableitung auf eine Rückfallquote von 11% kommt und damit deutlich abweicht von den Berechnungen aller anderen Autoren, bei denen die Angaben zwischen 0-5% Rückfallquote schwanken. Es ist auffällig, daß Heim (1980) keinen seiner sechs Rückfälle dokumentiert hat und sie auch – zwei fernmündlichen und einem persönlichen Gespräch mit dem Seniorautor dieser Studie zufolge – nicht mehr erinnert. Auch gehören die von ihm gezählten „Rückfalltäter“ eigentlich nicht zu seiner Untersuchungsstichprobe. Vielleicht hat die methodische Fragwürdigkeit dieser Studie in letzter Zeit die Tendenz unterstützt, die kriminalprophylaktische Effektivität der Kastration nicht mehr zu bestreiten, sondern die Diskussion auf das hinter der Kastrationspraxis vermutete Menschenbild zu verlegen (Pfäfflin 1988). Dessen ungeachtet stützt Sigusch noch 1996 seine Vorbehalte gegen die Kastration auf die „Ergebnisse“ von Heim, obschon bereits 1989 die Daten der hier vorgelegten Studie detailliert und mit der von Sigusch geforderten Methodenkritik publiziert wurden (Wille & Beier 1989) und diese Arbeit sich auch in seinem Literaturverzeichnis wiederfindet. An sich einfühlbare Aversionen und ideologische Skotomisierung fördern nicht die wissenschaftliche Wahrheitsfindung, auch wenn sie vehement und wortreich vorgetragen werden.

4. *Die historische Antithese:* Kritisch betrachtet wird die Struktur einer strafenden Gesellschaft, die heute nach nur kosmetischer Umetikettierung nichts aus der Geschichte gelernt habe. Schon das Angebot zur Kastration sei Ausdruck eines archaischen kollektiven (an den Staat delegierten) Rachebedürfnisses und verrate ein inhumanes, faschistoides Menschenbild. Die angebliche Freiwilligkeit kaschiere nur einen konstellativen Zwang (Pfäfflin 1988).

Wenn man den Begriff der Freiwilligkeit am Maßstab einer idealistischen, aber realutopischen Willensfreiheit mißt, ist der Entschluß zur Kastration unfrei – so wie andere menschliche Willensentscheidung auch. Abwägende Wertentscheidung und Einbeziehung gegenwärtiger oder zukünftiger Interessen ist die allein mögliche „Freiheit“, für die rechtsstaatliche Rahmenbedingungen vorhanden sein sollten. Selbst eindeutige Interessenslagen heben die prinzipiell angestrebte Selbstbestimmung nicht auf.

Deshalb beschränkt sich der staatliche Eingriff in Deutschland nur auf die Regulierung eines besonderen Arzt-Patient-Verhältnisses. Ohne oder gegen den Willen des Patienten ist eine Kastration für den Arzt strafbar. Bei eingeschränkter Kritikfähigkeit müssen zusätzlich Betreuer und Vormundschaftsgericht zustimmen. Das heißt aber auch, daß der deutsche Gesetzgeber 1969 (mit dem Erlaß des Kastrationsgesetzes) eine freie Verfügbarkeit über die

männlichen Gonaden nicht anerkennt. Insofern bedeutet dies einen letzten Rest staatlicher Bevormundung, die einem individualistisch-liberalen Rechtssystem angesichts eines Rechtes auf Kontrazeption, Sterilisation, auf Suizid und weitgehend auch auf Schwangerschaftsabbruch und operative Geschlechtsumwandlung (bei der die Kastration im übrigen ohne Kommissionsentscheid möglich ist) eigentlich fremd sein sollte.

Damit deutet sich für die Zukunft eher die verfassungsrechtliche Frage eines prinzipiellen Individualrechtes auf 'Desexualisierung' mittels Kastration an, nicht aber die einer Entscheidung über staatlichen Zwang oder nur fiktive Freiwilligkeit. Die jetzige Rechtslage ist insofern noch nicht ausgereift, als bei abschlägiger Entscheidung des Kastrationsausschusses keine Rechtsmittelbelehrung mit Verweis auf den Verwaltungsrechtsweg erfolgt.

*5. Die theoretische Antithese:* Hintergrund der Kastration sei ein theoriearmes Konzept, das unter das naturwissenschaftliche Paradigma des reduktionistischen somatischen Denkens fällt. Die Anwendung somatischer Behandlungsmethoden wie der Kastration ignoriere daher die multifaktoriellen ätiologischen Aspekte sexueller Devianz (Heim 1980; Schorsch 1987, 1988; Sigusch 1978, 1980, 1996). Diese Auffassung impliziert die unzulässige Schlußfolgerung, daß mit der Anwendung somatischer Behandlungsmethoden ein multifaktorielles Denken nicht mehr vereinbar sei. Tatsächlich sind aber die hier als alternativ ausgewiesenen Ansätze – somatisch oder multifaktoriell – ohne weiteres und widerspruchlos integrativ zu denken. Gerade in der forensischen Sexualmedizin hat sich das biopsychosoziale Sexualitätskonzept und Menschenbild durchgesetzt, so daß nicht ausdrücklich betont werden muß, daß stets von einer multifaktoriellen Genese paraphiler Verhaltensmuster ausgegangen wird. Man muß den dahinterstehenden Ansatz genau genug durchdenken: Setzt man voraus, daß der Gesamtzustand eines Menschen multifaktoriell, also durch Synthese heterogener Elemente zustande kommt, so muß man als das Besondere jeder Synthese die Verknüpfungsweise berücksichtigen, auf deren Grundlage die verschiedenen Elemente zusammengefügt werden. Theoretisch ist damit die Vernetzung der Schlüssel zum Verständnis der Bedeutung von Strukturzusammenhängen. Als Arbeitshypothese ist dann ableitbar, daß eine Einwirkung auf den „Gesamtzustand“ nur dann eine Veränderung desselben hervorrufen kann, wenn eben jene Verknüpfungsweise im Strukturzusammenhang beeinflußt wird. Dies gilt prinzipiell, d.h. sowohl für somatische als auch für psychotherapeutische Interventionen. Daß im einzelnen und lückenlos die Genese dieser Veränderungen noch nicht aufgezeigt werden kann, weist auf einen (noch?) nicht aufheb- baren Mangel hin, der somatische Therapien in gleicher Weise betrifft wie Psycho- oder Soziotherapien. Dies entkräftet die paradigmatisch ausgerichtete Kritik und zeigt die Verortung der eigentlichen Problematik im ethischen Bereich an (Wille 1986).

Wenn die Sexualwissenschaft die immer wieder festzustellende Polarisierung zwischen somatischen und psychokulturellen monokausalen Ansätzen nicht integrativ überwindet, kann die Sexualforensik ihrer besonderen Verantwortung gegenüber einer vielfach benachteiligten Patientengruppe nicht gerecht werden: Abwägen von Vor- und Nachteilen heißt hier speziell, welche Auswirkungen die Vornahme oder das Unterlassen der Orchidektomie mutmaßlich haben wird. Die forensisch sexualmedizinische Prognoseforschung kann nur unzureichende Anhaltspunkte liefern. Man spricht von der Rückfallneigung *des* Sexualdelinquenten, die früher vage und mit fragwürdiger Methodik auf 40%, heute eher auf 30% geschätzt wird. Es wird dabei aber nicht differenziert nach Deliktart und Konfliktdynamik, nach Aggressivität, Alter und Alkoholbeeinflussung. Zehn Rückfälle eines Exhibitionisten

sind mit Sicherheit eher zu tolerieren als zwei Notzuchtattentate oder gar eine sadistisch motivierte Tötung.

Von der Kritik wird nicht nur der viktimologische Aspekt häufig vernachlässigt, sondern auch der täterbezogene Aspekt, daß nämlich mißglückte Sexualität eine Quelle von Frustration, von Leid und Fremdbestimmung sein kann, daß aber die persönliche Freiheit die Basis für jegliche individuelle Lebensgestaltung ist.

Obschon sich die medizinethische Debatte der Gegenwart bedauerlicherweise vorwiegend damit beschäftigt, Überlegungen zu möglichen Normen des medizinischen Handelns anzubieten, ist die Fokussierung auf die normative Thematik jedenfalls nicht mehr ausschließlich auf die Arztethik ausgerichtet. Wenn man patienten- und sozialetische, d.h. auch viktimologische Belange ernst nimmt, dann erscheint es allzu vordergründig, ob man für oder gegen die Kastration von Sexualstraftätern ist. Man muß auch Verantwortung für eine nur relativ befriedigende Lösung übernehmen, wenn sie dem dauernden Wohl des Patienten in seinen psychosozialen Bezügen dient. Dies gilt im übrigen für die chirurgische Kastration genauso wie für die medikamentöse Triebdämpfung, welche im Gegensatz zur Orchidektomie angesichts der öffentlichen Diskussion auch zukünftig eine große Rolle spielen dürfte. Letztlich aber wird man nicht umhin können anzuerkennen, daß *alle* Therapieformen in der Sexualforensik auf den Prüfstand einer methodisch anerkannten Therapieforschung gehören und auf Chancen und Grenzen überprüft werden müssen. Bei aller Skepsis gegenüber der chirurgischen Kastration muß festgestellt werden, daß sie in ihren Wirkungen bislang am besten empirisch untersucht wurde. Anderen Behandlungsverfahren, insbesondere solchen psychoanalytischer Provenienz, wäre eine derartige empirisch nachvollziehbare Evaluierung durchaus zu wünschen.

## Literatur

- Bancroft, J. (1978): The relationship between hormones and sexual behaviour in humans. In: Hutchinson, J.B. (ed) Biological determinants of sexual behavior. New York: Wiley, 493-519.
- Bancroft, J. (1985): Grundlagen und Probleme menschlicher Sexualität. Stuttgart: Enke.
- Beach, F.A. (1970): Hormonal effects on socio-sexual behavior in dogs. In: Hibian, H.; Plotz, E.J. (eds) Mammalian reproduction. Berlin: Springer, 437-466.
- Beach, F.A. (1977): Hormonal control of sex-related behavior. In: Beach, F.A. (ed) Human sexuality in four perspectives. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 247-267.
- Becker, N.; Schorsch, E. (1980): Die psychoanalytische Theorie sexueller Perversionen. In: Sigusch, V. (Hrsg.) Therapie sexueller Störungen. Stuttgart: Thieme, 159-186
- Böters, P. (1930): Die Kastration von Sexualverbrechern. Münchener Medizinische Wochenschrift 77: 360-370.
- Bowman, K.M. (1952): Sexual deviation research. California: Assembly of the State of California.
- Bowman, K.M. (1954): Final report on California sexual deviation research. California: Assembly of the State of California.
- Bowman, K.M.; Crook, G.H. (1960): Emotional changes following castration. In: West, L.; Greenblatt, M. (eds) Explorations in the physiology of emotion. Psychiatric research report. American Psychiatric Association 12: 81-96.
- Bremer, J. (1959): Asexualisation. A follow-up study of 244 cases. New York: MacMillan.
- Bunsmann, F. (1940): Beobachtungen an entmannten Sittlichkeitsverbrechern aus dem Zuchthaus Münster. Dtsch Zschr Gerichtl Med 33: 248-253.
- Cornu, F. (1973): Katamnesen bei kastrierten Sittlichkeitsdelinquenten aus forensisch-psychiatrischer Sicht. Basel: Karger.

- de Quervain, F. (1929): Resultate der Kastration bei Sexualabnormitäten. Schweiz Med Wschr 59: 252.
- Hackfield, A.W. (1933): Über die Kastration bei 40 sexuell Abnormen. Mschr Psychiatr 87: 1-31.
- Hamilton, J.B. (1937): Induction of penile erection by male hormone substance. Endocrinology 21: 744.
- Heim, N. (1980): Die Kastration und ihre Folgen bei Sexualstraf Tätern. Göttingen: Schwartz.
- Jensch, N.(1944): Untersuchungen an entmannten Sittlichkeitsverbrechern. Leipzig: Thieme.
- Kolle, K. (1934): Sexualpathologie: Kastration. Fortschr Neurol Psychiatr 6: 223-242.
- Langelüddeke, A. (1963): Die Entmannung von Sittlichkeitsverbrechern. Berlin: de Gruyter.
- Marcuse, M. (1926): Kastration. In: Marcuse, M. (Hrsg.) Handwörterbuch der Sexualwissenschaft (2. Aufl.). Bonn: Marcus & Weders, 325-337.
- Meggendorfer, F.(1933): Über die Behandlung der Sexualverbrecher. Psych Neurol Wschr 34: 413-418.
- Meywerk, W. (1938): Das soziale Verhalten entmannter Sittlichkeitsverbrecher nach der Haftentlassung. Mschr KrimPsych 9: 503-507.
- Morgenthaler, F. (1974): Die Stellung der Perversionen in Metapsychologie und Technik. Psyche 28: 1077-1098.
- Naecke, P. (1905): Kastration in gewissen Fällen von Geisteskrankheit. Psych Neurol Wschr 7: 269.
- Naecke, P. (1909): Die ersten Kastrationen aus sozialen Gründen auf europäischem Boden. Neurol Zbl 226 (28): 226
- Ohm, A. (1960): Zur Frage der Entmannung – Eine Auswertung der Berliner „Akten betr. Entmannung“. Zschr Psychosomat Med 61: 21-34; 106-119.
- Pfäfflin, F. (1988): Chirurgische Kastration vor und nach 1945. In: Kaiser, G.; Kary, H.; Albrecht, H.J. (Hrsg) Kriminologische Forschung in den achtziger Jahren. Projektberichte aus der Bundesrepublik Deutschland, Bd. 35/2. Freiburg, 591-603.
- Renner, K.(1979): Nachuntersuchungen kastrierter Triebtäter. Med. Diss., Universität Göttingen.
- Rogers, L.(1976): Male hormones and behaviour. In: Lloyd, B.; Archer, J. (eds) Exploring sex differences. London/ New York/ San Francisco: Academic Press, 157-184.
- Sand, K. (1940): Die gesetzliche Kastration. 10jährige Erfahrungen mit gesetzlicher Kastration in Dänemark. Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Volksgesundheitsdienstes Bd.54, Berlin: Schoetz Verlag.
- Sand, K.; Dickmeiss, P.; Schwalbe-Hansen, P.: Den legale kastration i Danmark gennem 30 ar [1929-1959](1964): Betaenking om Sterilisation og Kastration 353: 46-57.
- Schlegel, A. (1935): Die Entmannung als Sterilisierung und Sicherungsmaßregel gegen gefährliche Sexualverbrecher. Öffentl. Gesundheitsdienst 1: 361-365.
- Schorsch, E. (1986): Die sexuellen Deviationen und sexuell motivierte Straftaten. In: Venzlaff, U. (Hrsg.) Psychiatrische Begutachtung. Stuttgart: Fischer, 279-315.
- Schorsch, E.(1987): Therapie von Sexualstraf Tätern. In: Jäger, H.; Schorsch, E. (Hrsg) Sexualwissenschaft und Strafrecht. Beiträge zur Sexualforschung Bd. 62: 127-133.
- Schorsch, E. (1988): Die Medikalisierung der Sexualität. Über Entwicklungen in der Sexualmedizin. Z Sexualforsch 1: 95-112.
- Schorsch, E.; Schmidt, G.; Sigusch, V. (1972): Sexualwissenschaftliche Überlegungen zur Reform des Sexualstrafrechts. In: Sigusch, V. (Hrsg.) Ergebnisse zur Sexualmedizin. Köln: Wissenschafts-Verlag, 162-173.
- Schultka, H. (1971): Katamnestiche Nachuntersuchungen kastrierter Rechtsbrecher. Gütersloher Fortbildungswoche: 50-74
- Sigusch, V.(1978): Die Kastration des Mannes. Sexualmedizin 12: 984-993.
- Sigusch, V. (1980): Somatische Behandlungsversuche bei sexuellen Perversionen: Chirurgische Kastration. In: Sigusch, V. (Hrsg) Therapie sexueller Störungen (2. Aufl.). Stuttgart: Thieme, 278-285.
- Sigusch, V. (1996): Organotherapien bei sexuellen Perversionen und sexueller Delinquenz. In: Sigusch, V. (Hrsg.) Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. Stuttgart: Thieme, 300-311.
- Slotopolsky, B.; Schinz, N. (1925): Sexualchirurgie. Zeitschrift für Sexualwissenschaft, 12: 105-117

- Stürup, G. (1960): Sex offenses: The Scandinavian experience. In: Shimm, M. (ed) Law and contemporary problems. Durham: Duke University Press, 361-375.
- Stürup, G. (1968): Treatment of sexual offenders. The rapists. Acta Psychiat Scand 44, Suppl. 204 (ad Vol. 44): 5-61.
- Thurlimann, R. (1946): Über die Indikation und den therapeutischen Erfolg der Kastration bei sexuell Perversen. Schweiz. Arch Neurochir Psychiatr 57: 153-206.
- Wille, R. (1986): Zum Stand der heutigen Kastrationsforschung. In: Pohlmeier, V.H.; Deutsch, E.; Schreiber, H.-L. (Hrsg) Forensische Psychiatrie heute. Festschrift zum 70. Geburtstag von U. Venzlaff. Berlin: Springer, 189-197.
- Wille, R.; Beier, K.M. (1989): Castration in Germany. Ann Sex Res 2: 103-133.
- Wolf, C. (1934): Die Kastration bei sexuellen Perversionen und Sittlichkeitsverbrechern des mannes. Basel: Schwabe.
- Yamamoto, J.; Seeman, W. (1960): A psychological study of castrated males. Psych Res Rep 12: 97-103.

**Anschriften der Autoren**

Prof. Dr. med. Dr. jur. Reinhard Wille, Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Arnold-Heller-Str. 12, D-24105 Kiel;  
Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus Michael Beier, Abteilung Sexualwissenschaft/Sexualmedizin am Universitätsklinikum Charité der Humboldt-Universität, Tucholskystr. 2, D-10117 Berlin

## **Geschlecht, Geschlechtsrollenorientierung und Lebensplanung**

### **The relationship between sex, sex-role orientation and life plans in young adults**

E. Aschermann; A.-P. Schulz

#### **Zusammenfassung**

Im Rahmen einer Fragebogenuntersuchung wurden bei 94 nichtakademischen Erwerbstätigen Geschlechtsrollenorientierung mittels Bem Sex-Role Inventory (BSRI) und Lebensplanung analysiert. Dabei wurden Fragen zur intrinsischen und extrinsischen Berufsmotivation, zur Familienorientierung und zur Freizeitorientierung gestellt sowie soziodemographische Variablen erhoben. Die Auswertung ergab, daß Unterschiede in der Berufsorientierung primär mit der Geschlechtsrollenorientierung zusammenhingen, während das Geschlecht keinen Einfluß ausübte. Hinsichtlich der Familienorientierung fand sich dagegen ein systematischer Geschlechtseffekt: Frauen messen unabhängig von der Geschlechtsrollenorientierung schon in ihrer Lebensplanung der Familie einen höheren Stellenwert zu als Männer. Die Ergebnisse werden auch im Hinblick auf die Gültigkeit des BSRI diskutiert.

*Schlüsselwörter:* Androgynie, Bem Sex-Role Inventory, Lebensplanung, Berufsorientierung, Familienorientierung

#### **Abstract**

Attitudes towards gender roles and plans for future career and family were examined in a sample of 94 gainfully employed non-graduates using the Bem Sex-Role Inventory (BSRI) and a questionnaire, respectively. Areas covered by the questionnaire were intrinsic and extrinsic work motivation, attitudes towards family and leisure, and sociodemographic variables. Differences in career motivation were mainly associated with gender role attitudes. Biological sex, however, had no influence on these items. On the other hand, biological sex had a systematic effect on attitudes towards family. Women, irrespective of their gender role attitudes on BSRI, placed more emphasis than men on family issues when planning their live. Results are also discussed with regard to validity of BSRI.

*Key words:* Androgyny, Bem Sex-Role Inventory, Life Plans, Career Plans, Family Orientation, Non-Graduate German Adults

Auch in Zeiten formaler Gleichstellung von Frauen im Berufsleben unterscheidet sich die individuelle Gestaltung der Berufstätigkeit von Männern und Frauen erheblich. Hierfür gibt es vielfältige gesellschaftliche, soziale, politische und psychologische Gründe (Abele 1994). Gravierend differieren die Zeiten der ununterbrochenen Berufstätigkeit zwischen den Geschlechtern. Männer suchen nach der Ausbildung überwiegend eine Arbeitsstelle, in der sie vollzeit-beschäftigt sind und unterbrechen diese Tätigkeit auch nicht in der Phase der Familiengründung. Von den abhängig beschäftigten Eltern im Erziehungsurlaub waren

1993 nur 1,27% Väter (Statistisches Jahrbuch 1995). Frauen arbeiten im Anschluß an ihre Ausbildung überwiegend ebenfalls Vollzeit. Mit der Geburt des ersten Kindes unterbricht die Mehrzahl der Frauen ihre berufliche Tätigkeit für einige Zeit. Im Durchschnitt beträgt diese Familienphase immer noch 8 Jahre und ist damit häufig länger als die vorhergehende Berufstätigkeit.

Inwieweit dieser Zustand ein Ergebnis individueller geschlechtstypischer Planung des eigenen Lebens ist oder durch soziale und gesellschaftliche Realitäten erzwungen wird, bleibt unklar. Insbesondere ist es interessant zu fragen, ob und in welchem Ausmaß junge Männer und Frauen diese Zeit konsistent zu der gesellschaftlichen Realität planen oder individuell andere Wege suchen.

### **Geschlecht und der Stellenwert der Berufstätigkeit**

In einer Reihe von Studien (z.B. Sudek et al. 1988; Baethge et al. 1988; Benz et al. 1989) mit Jugendlichen zeigt sich, daß Mädchen Beruf und Familie als gleichrangige Ziele der Lebensplanung betrachten. So schätzten 55% der befragten Mädchen die Erwerbsarbeit als zentral für ihr Leben ein (Baethge et al. 1988). Es läßt sich eine Abkehr vom 3-Phasen-Modell (Berufstätigkeit – Kindererziehung – Berufstätigkeit) zumindest in der Planung feststellen (Benz et al. 1989). Auch hinsichtlich der beruflichen Ziele zeigen neuere Untersuchungen (z. B. Nord-Rüdiger 1985; Wirth & Brähler 1992), daß beide Geschlechter gleichartige Ziele verfolgen. Zur genaueren Analyse sollen bei der Berufsmotivation im folgenden drei Aspekte unterschieden werden:

1. Zunächst das Interesse an der beruflichen Tätigkeit selbst, den Aufgaben und Bereichen, die inhaltlich im Beruf eine Rolle spielen, und die Verfolgung arbeitsinhaltlicher Ziele sollen als "*intrinsische Berufsmotivation*" bezeichnet werden.
2. Die "*extrinsische Berufsmotivation*" bezeichnet demgegenüber das Interesse am Weiterkommen im Beruf, ein Fortschritt eher im Sinne äußerer Statusmerkmale einer Karriere.
3. Der Stellenwert anderer Lebensbereiche – insbesondere familiäre Aspekte – relativ zum Beruf soll getrennt betrachtet werden ("*Stellenwert extraprofessioneller Belange*").

Männer und Frauen räumen Aspekten der intrinsischen Berufsmotivation wie Sinnhaftigkeit der Arbeit, interessanten Inhalten und bedeutungsvollen Aufgaben einen höheren Stellenwert für die Berufstätigkeit ein als extrinsischen Aspekten wie Einkommen, Arbeitsplatzsicherheit oder Beförderung. Ebenso werden soziale Aspekte von beiden Geschlechtern als wichtiger als die extrinsischen Berufsaspekte und auch als Freizeitaspekte eingestuft (Weinert 1990). Insgesamt deuten diese Untersuchungen an, daß es zwischen Geschlecht und Parametern der Berufs- und Familienorientierung keine deutlichen Beziehungen mehr gibt. Die überwiegende Zahl dieser Studien wurde an Schülerinnen und Schülern sowie Studierenden vor Beginn der Berufstätigkeit durchgeführt. Es fehlen unseres Wissens Studien, die die Frage der Vereinbarkeit von Beruf und Familie an Personen untersuchen, die bereits über eine mehrjährige Berufserfahrung verfügen.

Insgesamt läßt sich also feststellen, daß inzwischen viele Untersuchungen den hohen Stellenwert, den der Beruf für Frauen hat, belegen. Mit verschiedenen Maßen konnte gezeigt werden, daß die Berufs- und Karrieremotivation zwischen Frauen und Männern nur

unwesentlich differiert. Das Geschlecht scheint damit keine direkte Determinante der Berufsmotivation zu sein (Abele 1994). Biologische Unterschiede wie das Geschlecht werden sozial und kulturell überformt und verändert, so daß neben dem biologischen Geschlecht ("sex") die Geschlechtsrollenorientierung betrachtet werden muß, will man die Determinanten der Berufsmotivation und Familienmotivation genauer erfassen.

### **Geschlechtsrollenorientierung**

Die Geschlechtsrollenorientierung (GRO), d.h. die Ausrichtung an und Identifizierung mit spezifischen für das eigene Geschlecht gültigen (Verhaltens-) Erwartungen und Normen, wird im Laufe des Lebens erworben und ist im Gegensatz zum biologischen Geschlecht nicht morphologisch determiniert. Während das Geschlecht in weiblich und männlich geteilt wird, wird bei der Geschlechtsrolle zwischen feminin und maskulin unterschieden. Abgesehen von Hofstätter, der bereits 1960 Maskulinität und Femininität orthogonal konzipierte, wurden bis in die 70er Jahre hinein Maskulinität und Femininität als die beiden Pole einer Dimension verstanden. Die Eigenschaftsskalen zur Messung dieses psychologischen Konstrukts waren so konstruiert, daß Männer sich eher nahe dem einen Pol ("leistungsbereit", "aktiv", "durchsetzungsfähig") und Frauen sich eher nahe dem anderen Pol ("hilfsbereit", "einfühlsam", "sanft") einordneten. Dies implizierte, daß niedrige Femininität gleichzeitig hohe Maskulinität beinhaltet und umgekehrt.

Bem (1974, 1985; ähnlich auch Spence 1985) versucht, diese Dichotomisierung, die ihrer Meinung nach die Vielfalt menschlicher Erlebens- und Verhaltensmöglichkeiten ignoriert, durch einen neuen Ansatz zu überwinden, in dem Femininität und Maskulinität als zwei voneinander unabhängige Dimensionen betrachtet werden. Femininität wird hier definiert als die Summe der Eigenschaften, die in einer Gesellschaft als ideal und sozial erwünscht für eine typische Frau angesehen werden. Maskulinität umfaßt entsprechend die Eigenschaften, die als ideal und sozial erwünscht für einen typischen Mann angesehen werden. Das Konzept der "Androgynie" beruht darauf, daß hohe Ausprägungen auf beiden Skalen der Geschlechtsrollenorientierung erreicht werden können. Es lassen sich je nach Ausprägung auf den Skalen Maskulinität und Femininität vier Geschlechtsrollentypen in der Selbstwahrnehmung bilden:

*Maskulinität* drückt eine stärker instrumentelle Orientierung und aufgabenbezogenes Denken aus. Maskulin typisierte Personen sind solche, die sich die als maskulin angesehenen Eigenschaften in hohem Maße zuschreiben, bei femininen Attributen dagegen niedrige Werte erreichen. Als Trennpunkt zwischen hohen und niedrigen Werten auf einer Skala wird der in der Stichprobe ermittelte Median genutzt.

*Femininität* drückt eher eine expressive Orientierung aus, die auf sozio-emotionale Beziehungen ausgerichtet ist (Bierhoff-Alfermann 1989). Feminin typisierte Personen weisen dementsprechend auf der Femininitätsskala hohe Werte, auf der Maskulinitätsskala niedrige Werte auf.

*Undifferenzierte* Personen benutzen zur Selbstbeschreibung gleichermaßen nur wenige maskuline wie feminine Adjektive.

*Androgyne* Personen vereinen sowohl viele feminine als auch viele maskuline Züge in sich und besitzen so nach Bem (1974, 1981) geschlechtstypisierten Menschen gegenüber eine Reihe von Vorteilen. Badinter (1988) spricht sogar von einer "androgynen Revolution",

durch die Androgynie nomothetisch zum erstrebenswerten Ideal für alle erklärt wird. Auch wenn diese Bewertung in den letzten Jahren relativiert werden mußte, so sprechen einige empirisch gesicherte Korrelationen zwischen Geschlechtsrollenorientierung und Persönlichkeitsmerkmalen dafür, daß die zweidimensionale Konzeption der dichotomen Unterteilung überlegen ist (vgl. Bierhoff- Alfermann 1989; Krampen et al. 1990). Es ergaben sich unter der zweidimensionalen Perspektive der Geschlechtsrollenorientierung folgende differentielle Ergebnisse:

- Androgyne können durch ihr größeres und flexibleres Verhaltensrepertoire situationsadäquat statt rollenspezifisch reagieren und sind deshalb besser gerüstet für die Bewältigung ihrer beruflichen Anforderungen.
- Maskuline und androgyne Frauen sind stärker leistungs- und karriereorientiert als feminine und indifferente Frauen (Marshall & Wijting 1980). Ebenso wählen androgyne Studentinnen häufig geschlechtsneutrale oder typische Männerberufe, während feminin typisierte Studentinnen häufig typische Frauenberufe wählen (Clarey & Sanford 1982; Williams & McCullers 1983).
- Ein Zusammenhang zwischen seelischer Gesundheit und Androgynie wurde wiederholt angenommen, da Androgyne über ein höheres Selbstwertgefühl verfügen. Es zeigte sich jedoch in Meta-Analysen (Whitley 1983), daß die Maskulinitätskomponente primär für das Selbstwertgefühl verantwortlich ist, und so maskulin typisierte und androgyne Männer und Frauen höhere Werte erreichen.
- Bei Interaktionen gemischtgeschlechtlicher Dyaden war die Kommunikation erleichtert, wenn ein Teil (unabhängig vom biologischen Geschlecht) eine androgyne Geschlechtsrollenausprägung besaß (Ickes & Barnes 1978).
- Ein hohes Maß maskuliner (instrumenteller) Eigenschaften assoziiert mit einem hohen Selbstwertgefühl und einer geringen Diskrepanz zwischen subjektivem Berufskonzept und Selbstkonzept, begünstigt zumindest bei studentischen Stichproben bei beiden Geschlechtern die Karrieremotivation (Sieverding 1990).

In zahlreichen Untersuchungen wurden weitere Zusammenhänge zwischen Geschlechtsrollenorientierung und Leistungsmotivation, Lebenszufriedenheit sowie sozialer Kompetenz gefunden. Einen ausführlichen Überblick über diese Forschungsergebnisse zur Androgynie geben Bierhoff-Alfermann (1989) sowie Abele (1994).

Eine Reihe von Studien (Russo 1974; Schroeder et al. 1992; Zuckerman 1981) konnten zeigen, daß die in der Kindheit erlebten Rollenmodelle die Entwicklung der eigenen Geschlechtsrolle stark beeinflussen. Im Vergleich zu androgyn orientierten Personen sollten geschlechtstypisch orientierte Personen also überwiegend in Familien mit klassischer Rollenaufteilung aufgewachsen sein. Androgyne sollten außerdem eine größere Anzahl und Variabilität von Modellen, Lebensstilen und Ansichten kennengelernt haben als Geschlechtstypisierte. Allgeier (1975) fand dementsprechend, daß Androgyne durchschnittlich in größeren Orten aufgewachsen sind und auch häufiger umgezogen sind als Geschlechtstypisierte. Insgesamt belegen diese Studien, daß die Geschlechtsrollenorientierung ein wichtigerer Prädiktor der Berufsorientierung ist als das Geschlecht.

## Lebensplanung

In einigen älteren Untersuchungen (Russo 1974; Allgeier 1975) wird explizit der Frage nachgegangen, ob zwischen Androgynie und verschiedenen Aspekten der Lebensplanung ein Zusammenhang gefunden werden kann. Lebensplanung wird in diesem Zusammenhang als Entscheidungen und Bemühungen verstanden, den zukünftigen Verlauf des eigenen Lebens in Übereinstimmung mit den eigenen Werten und Normen zu beeinflussen. Ob diese Ziele tatsächlich erreicht werden, ist also nicht Gegenstand der Frage nach der Lebensplanung.

Schon Bem (1974) vermutet, daß Androgyne höhere Bildungsabschlüsse und einen höheren beruflichen Status sowie weniger Kinder anstreben als Geschlechtstypisierte, da sie die Angebote und Möglichkeiten der Gesellschaft differenzierter und flexibler nutzen können. Insbesondere für Frauen nimmt Allgeier (1975) an, daß die Geschlechtsrollenorientierung die Wichtigkeit der Ziele, die in den nächsten zehn Jahren erreicht werden sollen, beeinflusst. In einer Untersuchung mit 40 Psychologiestudent/inn/en konnte sie zeigen, daß androgyne Frauen berufliche Kompetenz als wichtiger einstufen als feminine Frauen. Demgegenüber zeigten sich bei familienorientierten Aktivitäten (z.B. eine gute Ehefrau/Mutter sein) keine Unterschiede zwischen androgynen und femininen Frauen. Bei den männlichen Teilnehmern fanden sich dagegen keine bedeutsamen Unterschiede zwischen androgynen und geschlechtstypisierten Teilnehmern.

Aus entwicklungspsychologischer Perspektive wurde in einer Längsschnittstudie darauf hingewiesen (Feldmann & Aschenbrenner 1983), daß die Geschlechtsrollenorientierung systematisch über die Lebensspanne variiert. Der Beginn der Elternschaft markiert die stärkste Differenzierung zwischen den Geschlechtern in biologischer und sozialer Hinsicht und beeinflusst das Geschlechtsrollen selbstbild maßgeblich. In dieser Zeit entspricht das Geschlechtsrollen selbstbild von Männern und Frauen stärker der Norm als zuvor. Junge Väter nehmen sich als stärker maskulin, junge Mütter als stärker feminin wahr, als sie es vor der Geburt des Kindes taten. Hieraus folgt, daß beim Erfassen von Lebensplanungen in Abhängigkeit von der Geschlechtsrollenorientierung gravierende Lebensereignisse (wie Heirat, Geburt eines Kindes) kontrolliert werden müssen, um Störeinflüsse auszuschließen.

## Fragestellung

In der vorliegenden Untersuchung wollen wir der Frage nachgehen, ob sich aus der Geschlechtsrollenorientierung bessere Voraussagen zur Lebensplanung ableiten lassen als aus dem biologischen Geschlecht und welchen weiteren Einflußfaktoren eine Bedeutung für systematische Unterschiede zukommt.

Wie stellen sich junge Erwachsene vor der Familienphase vor, Berufstätigkeit und Familienaufgaben miteinander zu verbinden? Welche Bedeutung messen sie dem beruflichen Fortkommen, der Familie und der Freizeit in ihrer Zukunftsplanung bei? Diese Fragen sollen an einer nicht-studentischen Stichprobe geklärt werden, die bei vergleichbarem Alter über eine längere Berufserfahrung verfügt.

Die in der Kindheit erlebten *Rollenmodelle* spielen für die Entwicklung der Geschlechtsrollenorientierung eine wichtige Rolle. Eine nicht-traditionelle Rollenorientierung sollte durch eine Berufstätigkeit der Mütter bei gleichzeitig stärkerer Beteiligung des Vaters an der

Hausarbeit gefördert werden. Eine Berufstätigkeit der Großmütter kann als vermittelnder Mechanismus bei der Ausprägung der GRO wirken, da sich Veränderungen in der Einschätzung der mütterlichen Berufstätigkeit und der väterlichen Familienarbeit nur langsam im Generationenwechsel stabilisieren und erst dann eine weniger rigide Rollenaufteilung selbstverständlicher Bestandteil des Familienlebens wird. Eine größere Anzahl von Betreuungspersonen in der Kindheit soll ebenso zur Entwicklung einer androgynen Geschlechtsrollenorientierung beitragen.

Hinsichtlich der *Berufsorientierung* erwarten wir einen deutlichen Einfluß der Maskulinität. Maskuline und Androgyne sollten sich im Streben nach höheren Berufsabschlüssen sowie durch eine höhere Berufsmotivation von Femininen und Undifferenzierten unterscheiden. Hinsichtlich der *Familienorientierung* erwarten wir dagegen einen Einfluß der Femininität. Feminine sollten im Gegensatz zu Maskulinen den Schwerpunkt ihres Engagements auf die Familie legen, so daß sie sich mehr Kinder wünschen. Außerdem erwarten wir bei ihnen eine stärkere Reduzierung ihrer Arbeitszeit nach der Geburt eines Kindes. Bei Androgynen erwarten wir eine Gleichgewichtung beruflicher und familiärer Interessen.

Unter "*Freizeitorientierung*" fassen wir einerseits die Wichtigkeit extraprofessioneller Belange, andererseits die Bedeutung kultureller, sozialer und kommunikativer Aktivitäten zusammen. Wir erwarten, daß Personen mit einer undifferenzierten GRO hier ihren Schwerpunkt setzen (Abele 1994).

## **Methode**

Die Befragung wurde schriftlich mittels eines vierseitigen Fragebogens durchgeführt. Der Fragebogen umfaßte zunächst die Skalen der deutschen Fassung des Bem Sex-Role-Inventory (BSRI) von Schneider-Dücker und Kohler (1988). Hier werden insgesamt 60 Eigenschaften vorgegeben, je 20 aus den Bereichen Maskulinität, Femininität und Soziale Erwünschtheit. Auf einer siebenstufigen Skala (von "nie / fast nie" [= 1] bis "immer" [= 7]) soll angekreuzt werden, in welchem Maße die Person die Eigenschaft bei sich selbst erlebt. Hieraus werden dann die Skalenmittelwerte pro Person gebildet. Für die Einteilung der Teilnehmer/innen nach der Geschlechtsrollenorientierung wurde jeweils der Median für die Maskulinität und die Femininität als cut-off Punkt gewählt.

Anschließend wurden folgende soziodemographische Daten erhoben: Alter, Geschlecht, Voll- / Teilzeitbeschäftigung, aufgewachsen in der DDR bzw. in der BRD, Anzahl der Geschwister, Umzüge in der Kindheit, Schulbildung.

Die Rollenmodelle wurden durch Fragen zu folgenden Bereichen erfaßt: Berufstätigkeit der Mutter und der Großmütter, eigenes Alter bei Arbeitsbeginn der Mutter und die Verteilung der Hausarbeit. Zusätzlich wurden auf fünfstufigen verbal verankerten Skalen die Bewertung der mütterlichen (Nicht-)Berufstätigkeit und die erlebte Unterstützung durch die Eltern bei der Berufswahl erhoben.

Im letzten Teil wurden Items zu den Bereichen Berufs-, Familien- und Freizeitorientierung vorgegeben. Zur Berufsorientierung wurden der höchste Ausbildungsabschluß, geplante Zusatzqualifikationen und das Ausmaß intrinsischer und extrinsischer Berufsmotivation erfragt (vgl. Tab. 2). Bei der Familienorientierung wurden Heiratswunsch, Kinderwunsch, das geplante Alter bei Heirat bzw. Geburt des ersten Kindes und die geplante Wochenarbeitszeit in Abhängigkeit vom Alter des Kindes erhoben. In den Items zur Freizeit-

orientierung wurden die Bereitschaft zur Übernahme eines Ehrenamtes, die Zeit, die für kulturelle Aktivitäten, Hobbies oder Sozialkontakte veranschlagt wird, sowie der Stellenwert extraprofessioneller Belange (vgl. Tab. 4) erfaßt. Für alle Bereiche waren Bewertungen und Einschätzungen über das Zutreffen von Aussagen auf fünfstufigen verbal verankerten Ratingskalen (1= "trifft gar nicht zu" bis 5= "trifft völlig zu") abzugeben oder Zahlenwerte (z.B.: "Wie alt möchtest Du bei der Geburt Deines ersten Kindes sein?") einzutragen.

### **Stichprobe**

Bei einer anonymen postalischen Befragung in verschiedenen deutschen Städten wurden insgesamt 120 Fragebögen versandt; der Rücklauf betrug 84,2 %. Insgesamt konnten die Fragebögen von 93 heterosexuellen Personen (39 männlich, 55 weiblich) im Alter von 17 bis 35 Jahren ( $m = 24$  Jahre) ausgewertet werden. Alle Probanden waren ledig und kinderlos; sie hatten eine nichtakademische Berufsausbildung angefangen oder in der Mehrzahl bereits abgeschlossen. 20 Teilnehmer (24,1 %) waren in der DDR aufgewachsen.

Die Daten wurden inferenzstatistisch mit Varianz- und Regressionsanalysen, geplanten Kontrasten sowie Paarvergleichen mittels t-Tests ausgewertet. Als signifikant werden Ergebnisse bezeichnet, wenn die Irrtumswahrscheinlichkeit  $\alpha$  kleiner als 0,05 ist. Als Schätzungen für die Effektgrößen werden  $\eta$  und  $R^2$  angegeben.

### **Ergebnisse**

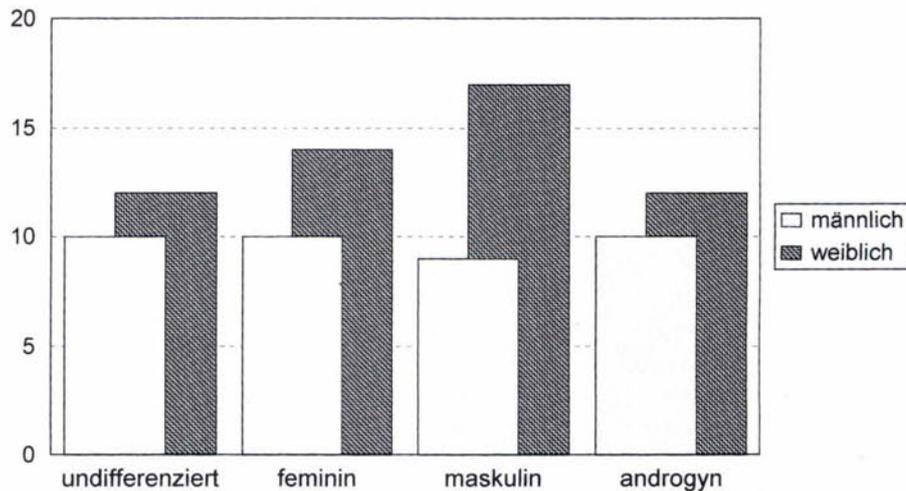
Aus den Daten der BSRI ergab sich nach Einteilung mittels Median-Split folgende Gruppierung der Versuchspersonen (vgl. Abb. 1, siehe nächste Seite).

Überraschenderweise zeigte sich, daß in unserer Stichprobe unverhältnismäßig viele Frauen waren, die sich als maskulin einschätzten.

Die Mittelwerte der Maskulinitäts- (Männer: 4,30; Frauen: 4,35) und der Femininitätsskala (Männer: 4,65; Frauen: 4,69) unterscheiden sich zwischen den Geschlechtern praktisch nicht und auch die Streuungen sind recht gering. Von allen Probanden werden die Items der Femininitätsskala als signifikant stärker für sich selbst zutreffend eingeschätzt als die maskulinen Eigenschaften ( $t$ -Wert = 4,0;  $p = 0,000$ ). In der Verteilung der Probanden auf die vier GRO-Typen zeigten sich keine Unterschiede zwischen Vpn, die in der DDR aufgewachsen waren und Vpn, die in der BRD groß wurden.

### **Soziodemographische Daten**

Ob ein Zusammenhang zwischen soziodemographischen Variablen und Geschlechtsrollenorientierung besteht, ließ sich in dieser Untersuchung nicht beantworten, da die Stichprobe in den meisten erhobenen Variablen zu homogen war. So arbeiteten fast alle Teilnehmer/innen der Studie überwiegend in Vollzeitbeschäftigungen (92% der Frauen, 94% der Männer), die meisten (ca. 86%) waren in ihrer Kindheit maximal zweimal umgezogen. Obwohl die Zahl der Geschwister durchaus variierte (über 40 % der Vpn hatten mehr als zwei Geschwister), zeigte sich kein Zusammenhang mit der Geschlechtsrollenorientierung.



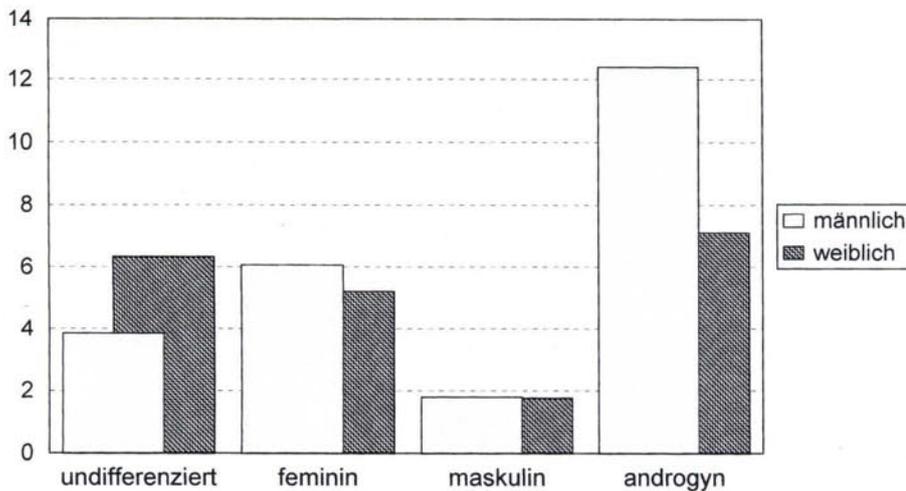
N = 93

**Abb. 1:** Häufigkeitsverteilung der Teilnehmer/innen auf die Klassen der Geschlechtsrollenorientierung in Abhängigkeit vom biologischen Geschlecht.

Die Annahme über einen Zusammenhang zwischen GRO und erreichtem Bildungsabschluß ließ sich nur teilweise bestätigen. Zwar haben die maskulinen Teilnehmer/innen im Mittel einen höheren Bildungsabschluß erworben als die anderen Gruppen (Kruskal-Wallis Rangvarianzanalyse,  $p = 0,06$ ), dies trifft jedoch nicht für die androgynen Vpn zu und läßt sich daher nur schwer interpretieren.

### Rollenmodelle

Die Ergebnisse zu der Frage, ob unterschiedliche Rollenmodelle einen Einfluß auf die Entwicklung der Geschlechtsrollenorientierung haben, zeichnen kein einheitliches Bild. Nahezu alle Teilnehmer/innen hatten als Kinder sowohl Phasen von Berufstätigkeit als auch von Nichtberufstätigkeit bei ihrer Mutter erlebt. Allerdings ergab sich ein signifikanter Haupteffekt des Faktors GRO in bezug auf das Alter der Mutter beim Wiedereinstieg in die Berufstätigkeit ( $F = 5,40$ ,  $p = 0,002$ ,  $\eta = 0,22$ ). Bei genauerer Betrachtung der Daten zeigt sich, daß dieser Effekt allein auf Unterschieden zwischen den Vpn aus der BRD beruht. Während die Mütter der Probanden aus der DDR fast immer schon nach einem Jahr die Berufstätigkeit wieder aufnahmen und sich daher kein Zusammenhang mit der Geschlechtsrollenorientierung nachweisen ließ, zeigten sich bei den anderen Vpn große Unterschiede zwischen den GRO-Typen: Bei Androgynen blieb die Mutter im Mittel über 11 Jahre zu Hause, während sie bei Maskulinen schon sehr früh (meist um das zweite Lebensjahr herum) anfang, wieder zu arbeiten (vgl. Abb.2). Voneinander unabhängige Einzelvergleiche zeigten, daß sowohl der Unterschied zwischen der Gruppe der Androgynen und den drei anderen Gruppen ( $t = -3,303$ ,  $p = 0,002$ ) als auch der Unterschied zwischen den Maskulinen und Undifferenzierten bzw. Femininen ( $t = 2,168$ ,  $p = 0,036$ ) signifikant wurde. Hinsichtlich des Geschlechtes ergab sich kein statistischer Effekt.



N = 66

**Abb. 2:** Alter beim Arbeitsbeginn der Mutter in Abhängigkeit von Geschlecht und Geschlechtsrollenorientierung

Außer der Berufstätigkeit der Mutter sollte auch die Aufteilung der Arbeiten im Haushalt einen Einfluß auf die Entwicklung der Geschlechtsrollenorientierung haben. Hier stand den Vpn fast ausschließlich das klassische Rollenmodell zur Verfügung: 95 % gaben an, daß die Mutter den Großteil der Hausarbeit übernahm; dabei war es unerheblich, ob diese selbst berufstätig war und ob die Familie in der DDR oder der BRD wohnte.

Bei der Beurteilung der Berufstätigkeit der Mütter ergaben sich keine Unterschiede zwischen Geschlechtsrollenorientierung und Geschlecht. Maskuline Männer empfanden jedoch die nicht-berufstätige Zeit als maximal angenehm ( $F = 2,84$ ;  $p = 0,048$ ). Die Annahme, daß das Rollenmodell der Großmütter (wieder erfaßt über die Berufstätigkeit) als vermittelnder Mechanismus bei der Ausprägung der GRO wirkt, konnte nicht nachgewiesen werden, auch hier zeigten sich keine bedeutsamen Unterschiede abhängig von der Geschlechtsrollenorientierung.

Nicht bestätigt werden konnte, daß androgyne Menschen in der Kindheit von mehr Personen versorgt wurden als andere. Die Anzahl der Betreuungspersonen stand in keinem Zusammenhang mit der Geschlechtsrollenorientierung. Wenig überraschend war, daß 70 % der Vpn aus der DDR schon in den ersten drei Jahren in Kinderkrippen versorgt wurden, während dies bei keiner Vp aus der BRD der Fall war. Nicht erwartet hatten wir allerdings, daß dies für 85 % der Frauen aber nur für 43 % der Männer zutraf.

Unabhängig von der Herkunft fühlten sich Männer und Frauen im Mittel von ihren Eltern bei ihrer Berufswahl gleich stark unterstützt, hier ergab sich in der Varianzanalyse kein Effekt hinsichtlich des Faktors Geschlecht, wohl aber hinsichtlich der GRO ( $F = 4,23$ ,  $p = 0,008$ ). Androgyne und Maskuline fühlten sich stärker von ihren Eltern gefördert als Feminine und Undifferenzierte ( $t = -2,042$ ,  $p = 0,044$ ). Weiterhin interagierten das Geschlecht und die Geschlechtsrollenorientierung bedeutsam miteinander ( $F = 2,95$ ;  $p = 0,037$ ): feminine Männer fühlten sich am wenigsten, maskuline Männer fühlten sich am stärksten unterstützt.<sup>1</sup>

**Tab. 1:** Mittelwerte (und Streuungen) bei der Einschätzung der Beeinflussung der Berufswahl durch die Eltern (1 = stark negativ beeinflusst, 5 = stark positiv beeinflusst)

Geschlecht	Geschlechtsrollenorientierung			
	undifferenziert	feminin	maskulin	androgyn
männlich	3,50 (0,97)	3,21 (0,96)	4,11 (0,33)	3,55 (0,82)
weiblich	3,30 (0,48)	2,60 (0,89)	3,31 (0,70)	3,58 (0,99)

### Berufsmotivation

In Abb. 3 sind die Mittelwerte der Items zur intrinsischen und der extrinsischen Berufsmotivation in Abhängigkeit von Geschlecht und Geschlechtsrollenorientierung dargestellt. Hinsichtlich der Summenscores der beiden Skalen zeigte sich, daß bei allen Probanden die intrinsische Berufsmotivation ( $m = 4,1$ ;  $s = 0,772$ ) höher ausgeprägt ist als die extrinsische Berufsmotivation ( $m = 3,5$ ;  $s = 0,75$ ;  $F = 58,93$ ,  $p = 0,000$ ,  $\eta^2 = 0,42$ ). Es fanden sich hier keine bedeutsamen Geschlechtsunterschiede, wohl aber Effekte in Abhängigkeit von der GRO ( $F = 5,98$ ,  $p = 0,001$ ): Maskuline und Androgyne zeigten eine wesentlich höhere Berufsmotivation als Feminine und Undifferenzierte ( $t = -3,351$ ,  $p = 0,001$ ; zu den Mittelwerten vgl. Tab. 2). Eine anschließende Regressionsanalyse, in die neben den Ausprägungen der drei BSRI-Skalen (Maskulinität, Femininität, Soziale Erwünschtheit) auch das Geschlecht und die Herkunft eingingen, machte deutlich, daß alleine die Maskulinitätsdimension einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage der Berufsmotivation insgesamt leistet (aufgeklärte Varianz =  $0,236$ )<sup>2</sup>. Bei der extrinsischen Berufsmotivation zeigte sich darüber hinaus ein Einfluß der Herkunft: Bei Vpn, die in der DDR aufgewachsen sind, ist die extrinsische Berufsmotivation höher als bei Vpn aus der BRD. Dadurch vergrößert sich der Anteil der durch die Regression aufgeklärten Varianz bei dieser Variablen von  $0,218$  (Maskulinität) um weitere  $0,106$  (Herkunft) auf insgesamt  $0,324$ . Die Unterschiede in der Berufsmotivation spiegeln sich jedoch nicht in der Zahl durchgeführter ( $m = 1,13$ ,  $s = 0,95$ ) oder auch nur geplanter Maßnahmen ( $m = 1,74$ ,  $s = 0,92$ ) zur Verbesserung der beruflichen Qualifikation wider, hier zeigen sich kaum Unterschiede zwischen den Vpn.

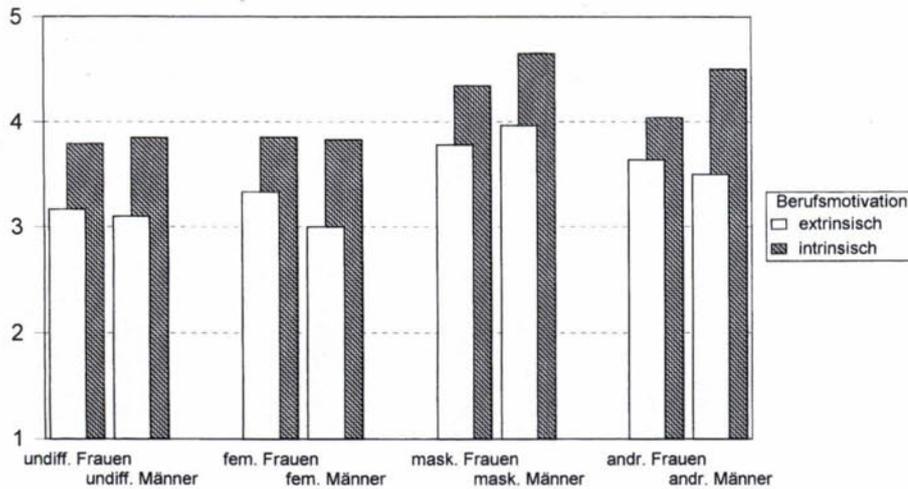
### Familienorientierung

$74,5\%$  der Frauen und  $65,7\%$  der Männer möchten später Kinder haben, die Geschlechtsrollenorientierung hatte hier keinen Einfluß. Nur  $9\%$  der Frauen und  $10,5\%$  der Männer möchten keine Kinder haben.

Hinsichtlich der Items zur Familienorientierung ergaben sich bedeutsame Geschlechtsunterschiede, ohne daß hier ein Einfluß der Geschlechtsrollenorientierung nachzuweisen ist (vgl. Tab. 3): Frauen planen früher als Männer, mit einem Partner zusammenzuleben und

<sup>1</sup> Post hoc-Analyse nach Scheffé auf dem 5% Niveau signifikant.

<sup>2</sup>  $\beta$ -Gewicht =  $0,486$ ,  $t = 5,123$ ,  $p = 0,000$ .



n = 91

Abb. 3: Mittelwerte der intrinsischen und der extrinsischen Berufsmotivation in Abhängigkeit von Geschlecht und Geschlechtsrollenorientierung

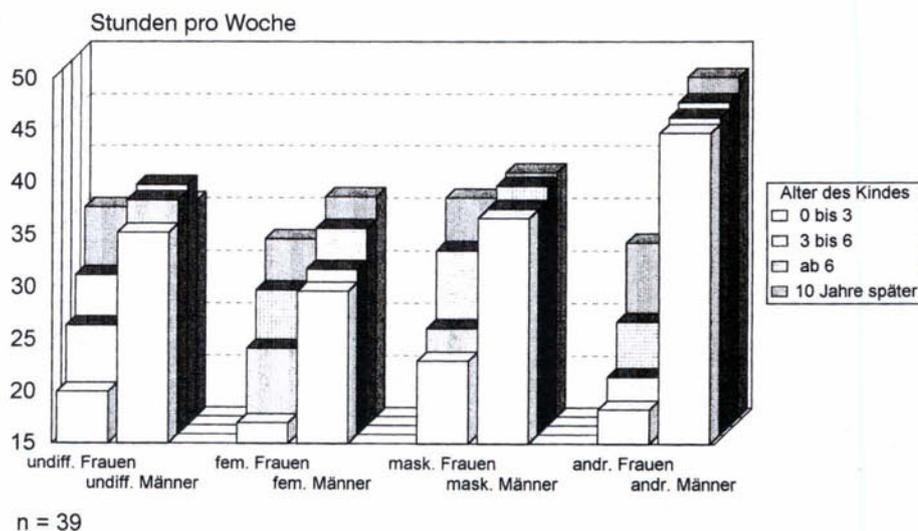
Tab. 2: Mittelwerte (und Streuungen) der Einzelitems zur intrinsischen und extrinsischen Berufsmotivation in Abhängigkeit von der Geschlechtsrollenorientierung

Berufsorientierung	Geschlechtsrollenorientierung				F-Wert, p
	Undiff.	Femin.	Masku.	Androg.	
<b>intrinsisch</b>					
“Möchtest Du später auf jeden Fall Dein berufliches Können auf dem neuesten Stand halten?”	3,86 (0,99)	4,04 (0,81)	4,44 (0,80)	4,45 (0,69)	F = 3,31 p = 0,024
“Willst Du im Beruf Verantwortung tragen?”	3,77 (1,02)	3,61 (0,78)	4,46 (0,71)	4,00 (0,86)	F = 4,83 p = 0,004
<b>extrinsisch</b>					
“Möchtest Du auf jeden Fall viel Geld verdienen?”	3,41 (1,18)	3,63 (1,01)	3,70 (0,82)	3,85 (0,75)	F = 0,63, p = 0,598
“Willst Du Dein berufliches Weiterkommen konsequent vorantreiben?”	3,00 (0,87)	3,38 (0,92)	4,22 (0,80)	3,75 (0,91)	F = 9,11, p = 0,000
“Hat es einen hohen Stellenwert für Dich, beruflich aufzusteigen?”	3,00 (1,11)	2,96 (0,91)	3,63 (0,74)	3,15 (0,99)	F = 2,69, p = 0,052

zu heiraten, ebenso planen sie die Geburt des ersten Kindes früher als die Männer. Dabei planen sowohl Frauen als auch Männer im Mittel etwa 3 Jahre zwischen dem Beginn des Zusammenlebens und der Geburt des ersten Kindes ein. Auch bei der geplanten beruflichen Arbeitszeit während der Elternschaft ergaben sich bedeutsame Unterschiede zwischen den

**Tab. 3:** Mittelwerte (und Streuungen) der Altersangaben (Jahre; Monate) zur Familienorientierung

	Frauen	Männer	F-Wert, p und n
“Mit wieviel Jahren möchtest Du mit einem festen Partner zusammenleben?”	25,5 (4,08)	27,9 (4,44)	F = 5,28 p = 0,025
“Mit wieviel Jahren möchtest Du heiraten?”	27,4 (2,40)	30,1 (4,44)	F = 9,29 p = 0,004
“Wie alt möchtest Du bei der Geburt Deines 1. Kindes sein?”	28,8 (2,69)	31,0 (3,79)	F = 8,29 p = 0,005

**Abb. 4:** Mittlere gewünschte Wochenarbeitszeit nach der Geburt eines Kindes in Abhängigkeit von Geschlecht und Geschlechtsrollenorientierung

biologischen Geschlechtern, während die Geschlechtsrollenorientierung keinen Einfluß ausübte: Frauen planen, die Arbeitszeit nach der Geburt eines Kindes in den ersten drei Lebensjahren deutlich zu reduzieren (im Mittel auf 20 Stunden/Woche), jedoch wollen nur 25,45% in dieser Zeit ganz auf eine Erwerbstätigkeit verzichten. Im Gegensatz dazu planen nur 5,13% der Männer, in dieser Zeit zu Hause zu bleiben, die übrigen wollen ihre Wochenarbeitszeit um durchschnittlich nur 2 Stunden verkürzen ( $F = 5,28$ ;  $p = 0,025$ ). Mit zunehmendem Alter des Kindes steigen die geplanten Wochenarbeitszeiten der Frauen kontinuierlich an. Zehn Jahre später unterscheiden sich die erwarteten Arbeitszeiten nicht mehr zwischen den Geschlechtern. Auch Frauen streben dann wieder eine Vollzeittätigkeit an. Sowohl Frauen als auch Männer, die in der DDR aufgewachsen sind, nehmen sich von Geburt des Kindes an eine deutlich höhere Wochenarbeitszeit vor als Vpn aus der BRD.<sup>3</sup> Regressionsanalysen mit den Prädiktoren Geschlecht, Maskulinität, Femininität, Soziale Erwünschtheit und Herkunft zeigen, daß das biologische Geschlecht in den ersten sechs

Jahren des Kindes mehr als ein Drittel der Varianz aufklärt<sup>4</sup>, der Einfluß der Herkunft ist marginal. Danach kehrt sich dies um: Nur noch die Herkunft liefert einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage der Wochenarbeitszeit ( $R^2 = 0,14$ ). Die Teilnehmer/innen aus der DDR planen eine im Mittel 5,5 Stunden höhere Wochenarbeitszeit. In Abb. 4 wird die geplante Arbeitszeit getrennt nach Geschlecht und Geschlechtsrollenorientierung in Abhängigkeit vom Alter des Kindes aufgeschlüsselt (vgl. Abb. 4).

Hinsichtlich der gewünschten Anzahl der Kinder unterschieden sich die Gruppen nicht bedeutsam. Im Mittel wünschen sich Männer 1,97 und Frauen 2,01 Kinder.

### Freizeitorientierung

Die für die einzelnen Items zur Freizeitorientierung nur tendenziellen Unterschiede (vgl. Tab. 4) summierten sich über alle drei Items zu einem signifikanten Haupteffekt für die Geschlechtsrollenorientierung ( $F = 3,77$ ,  $p = 0,014$ ,  $\eta = 0,12$ ): Maskuline und Androgyne sind weniger darauf bedacht, ihre Freizeit und ihren Privatbereich gegen Anforderungen aus dem Berufsleben zu schützen als Undifferenzierte und Feminine ( $t = 3,198$ ,  $p = 0,002$ ). Ein bedeutsamer Geschlechtsunterschied zeigte sich hier einzig in der Bewertung von Wochenendarbeit. Frauen sind signifikant bereiter, auch am Wochenende zu arbeiten, als

Tab. 4: Mittelwerte (und Streuungen) der Einzelitems zu extraprofessionellen Belangen

	Undiff.	Femin.	Masku.	Androg.
„Würde es Dir etwas ausmachen, am Wochenende zu arbeiten?“ (Haupteffekt Geschlecht: $F = 4,44$ ; $p = 0,038$ )				
Frauen	3,33 (1,61)	2,71 (1,54)	2,82 (1,33)	2,50 (1,09)
Männer	3,80 (1,32)	3,30 (1,25)	2,89 (1,36)	3,88 (1,46)
„Würdest Du auf Kosten Deines/r Partners/in mehr Zeit für den Beruf aufwenden?“ (Tendenz Haupteffekt GRO: $F = 2,45$ ; $p = 0,069$ )				
Frauen	2,92 (0,90)	2,43 (0,85)	2,88 (0,78)	2,17 (1,07)
Männer	2,40 (1,27)	3,00 (1,15)	2,70 (0,67)	2,00 (0,76)
„Wäre es für Dich selbstverständlich, Überstunden zu machen?“ (kein Haupteffekt GRO: $F = 1,73$ ; $p = 0,168$ )				
Frauen	2,75 (1,06)	3,07 (1,00)	2,47 (1,07)	2,42 (1,24)
Männer	2,90 (1,45)	2,70 (1,70)	2,10 (0,99)	2,13 (1,13)
Mittelwert über alle drei Items (Haupteffekt GRO: $F = 3,77$ ; $p = 0,014$ )				
Frauen	3,00 (0,55)	2,74 (0,59)	2,73 (0,62)	2,36 (0,48)
Männer	3,03 (0,53)	3,00 (0,52)	2,56 (0,47)	2,67 (0,31)
Gesamt	3,015 (0,53)	2,85 (0,56)	2,67 (0,56)	2,48 (0,44)

<sup>3</sup> Wegen des zu kleinen n in den Zellen konnte dieser Einfluß nicht varianzanalytisch überprüft werden.

<sup>4</sup> In den ersten drei Jahren werden 37,6% Varianz aufgeklärt, für die Zeit zwischen drei und sechs Jahren 34,5 %.

Männer ( $F = 4,44$ ;  $p = 0,038$ ).

Insgesamt scheinen die Vpn den extraprofessionellen Belangen eine eher geringe Bedeutung zuzumessen. Mit einem Stichprobenmittelwert von 2,75 ( $s = 0,56$ ) liegen die Bewertungen in der unteren Hälfte der fünfstufigen Skala und damit hochsignifikant unter den Angaben zur Berufsmotivation ( $m = 3,74$ ,  $s = 0,75$ ;  $F = 93,48$ ,  $p = 0,00$ ,  $\eta = 0,53$ ). Dabei zeigen Undifferenzierte den geringsten Unterschied zwischen der Berufsmotivation und extraprofessionellen Belangen, bei Maskulinen und Androgynen fallen die Bewertungen am stärksten auseinander (Interaktion<sup>5</sup>:  $F = 6,68$ ,  $p = 0,00$ ,  $\eta = 0,19$ ; zu den Mittelwerten vgl. Tab. 5).

Konsistent zu diesen Ergebnissen verhält sich auch die Einstellung zur Übernahme eines Ehrenamtes. Vor allem unter Maskulinen und Androgynen findet sich eine große Minderheit (29,6 % bzw. 35,0 %), die es für sich ausschließt, später einmal ehrenamtlich tätig zu sein. Diese Tendenz ist bei den Frauen sogar noch stärker ausgeprägt als bei den Männern: während 35,0 % der maskulinen und 41,7 % der androgynen Frauen ein späteres Ehrenamt ablehnen, gibt es in diesen beiden Gruppen keine einzige Frau, die ehrenamtliche Tätigkeit fest in ihre Lebensplanung aufgenommen hat.

Überraschenderweise zeigen sich ungeachtet der gefundenen Unterschiede in der generellen Bewertung extraprofessioneller Belange kaum Differenzen in der Zeit, die für kulturelle Aktivitäten, Hobbies oder Sozialkontakte veranschlagt wird. Weitgehend unabhängig von ihrer Geschlechtsrollenorientierung und ihrem Geschlecht streben alle Vpn eine ähnlich (unrealistisch?) große Stundenzahl pro Woche an, in der sie diesen Interessen nachgehen wollen (im Mittel 10,2 Std. für Kultur, 20,8 Std. für Hobbies und 23,5 Std. für Sozialkontakte).

Tab. 5: Mittelwerte (und Streuungen) bei der Einschätzung der Berufsmotivation und extraprofessionellen Belangen

	Geschlechtsrollenorientierung			
	undifferenziert	feminin	maskulin	androgyn
Intrinsische Berufsmotivation	3,82 (0,95)	3,84 (0,70)	4,44 (0,63)	4,22 (0,62)
Extrinsische Berufsmotivation	3,14 (0,88)	3,36 (0,71)	3,88 (0,59)	3,58 (0,69)
Extraprofessionelle Belange	3,02 (0,53)	2,84 (0,56)	2,64 (0,57)	2,48 (0,44)

## Diskussion

Itemanalysen der BSRI-Skalen zeigen, daß die Maskulinitätsskala ziemlich homogen (Cronbachs alpha  $\geq 0,80$ , als Maß für die interne Konsistenz der Skala) ist, die Femininitätsskala dagegen ist wesentlich heterogener (Cronbachs alpha  $\geq 0,68$ ). Vergleicht man die vorliegenden Mittelwerte der Maskulinitäts- und Femininitätsskala mit den von Schneider-

<sup>5</sup> Post hoc-Analyse nach Scheffé auf dem 5% Niveau signifikant.

Dücker und Kohler (1988) angegebenen Werten der Normierungsstichprobe, zeigt sich, daß sich die mittleren Maskulinitätswerte der Frauen und die mittleren Femininitätswerte der Männer deutlich (je um etwa  $\frac{1}{2}$  Standardabweichung) erhöht haben, und es so zu einer Angleichung der Skalenwerte kommt.

Die vor mehr als acht Jahren als geschlechtstypisch eingeschätzten Items könnten aufgrund der gesellschaftlichen Veränderungen inzwischen einem Konnotationswandel unterworfen worden sein und nun für beide Geschlechter als ähnlich erstrebenswert eingeschätzt werden. Zumindest im Rahmen einer Selbstbeschreibung sind maskuline Eigenschaften für Frauen und feminine Eigenschaften für Männer sozial akzeptabler geworden. So weisen Wirth und Braehler (1992) darauf hin, daß sich der traditionelle Geschlechtergegensatz in den Jahren zwischen 1975 und 1989 verwischt hat. Diese Tendenz scheint sich auch in unseren Daten hinsichtlich der Maskulinität, aber auch (wenn auch in geringerem Umfang) hinsichtlich der Femininität zu bestätigen. Die Selbsteinschätzungen der Probanden lagen insbesondere auf der Femininitätsskala sehr dicht beieinander. Diese Tendenz zeichnet sich auch in den Daten von Arndt und Bosinski (1996) ab. Insgesamt scheint die Überprüfung der Normierung der BSRI-Skalen für den deutschen Sprachraum dringend gefordert, um den gesellschaftlichen Veränderungen Rechnung zu tragen.

Unabhängig von diesem methodischen Aspekt muß die hohe Zahl maskuliner Frauen als unerwartet eingeschätzt werden. Hier kann einerseits eine systematische Stichprobenverzerrung vorliegen: Zum Zeitpunkt der Befragung liegt das mittlere Alter der Frauen bei über 24 Jahren. Wenn feminine Frauen bereits früher heiraten oder ein Kind bekommen, wären sie in unserer Stichprobe nicht erfaßt, da diese Kriterien den Ausschluß aus der Stichprobe nach sich zogen. Daraus könnte ein relativer Zuwachs an undifferenzierten, maskulinen und androgynen Frauen resultieren. Andererseits berichtet Abele (1994) von erhöhten Maskulinitätswerten bei studentischen Versuchspersonen, die bereits Arbeitserfahrungen gesammelt hatten. Wir vermuten einen Zusammenhang zwischen höheren Maskulinitätswerten und Berufstätigkeit insbesondere bei Frauen, der in unserer Stichprobe den hohen Anteil maskuliner Frauen verursachte.

Entgegen älteren Untersuchungen konnten wir hinsichtlich der soziodemographischen Variablen keinen Zusammenhang zwischen Geschlechtsrollenorientierung und Familiengröße, Umzugshäufigkeit, Bildungsabschluß der Eltern oder Berufstätigkeit der Großmütter finden. Dies mag an den z. T. geringen Varianzen dieser Variablen liegen. Auffällig war jedoch die Dauer der Familienphase der Mütter: Während die Mütter der maskulinen Personen schon sehr früh wieder eine Berufstätigkeit aufnahmen, blieben sie bei den Androgynen deutlich länger zu Hause. Insbesondere bei androgynen Männern war die Mutter extrem lange zu Hause. Auch wenn sich aus den vorliegenden Daten keine Kausalitäten ableiten lassen, kann vermutet werden, daß hier möglicherweise das weibliche Rollenmodell stärker wirkte als bei den anderen Männern, und die androgynen Männer größere Möglichkeiten hatten, entsprechende feminine Anteile in ihr Selbstbild zu integrieren. Analog dazu beurteilten die maskulinen Männer die Nicht-Berufstätigkeit der Mütter wesentlich positiver als alle anderen Gruppen. Die Komplementarität der Geschlechtsrollen zwischen Müttern und ihren Söhnen kann hierfür ein wesentlicher Faktor sein.

Bei der Lebensplanung lassen sich zwei übergeordnete Ergebnisse festhalten:

Hinsichtlich der Berufsorientierung kommt der Geschlechtsrollenorientierung durchgängig eine größere Bedeutung zu als dem biologischen Geschlecht; die Maskulinitätsdimension übt bei Männern und Frauen den entscheidenden Einfluß auf die Berufsmotivation aus.

Dieses Ergebnis ist konform mit den Untersuchungen von z.B. Abele (1994) und Sieverding (1992), die bei akademischen Stichproben hinsichtlich der Leistungsmotivation und der Karriereorientierung keine Geschlechtsunterschiede, wohl aber deutliche Geschlechtsrollenunterschiede fanden. Die intrinsische Berufsmotivation ist bei allen Probanden höher ausgeprägt als die extrinsische Berufsmotivation. Hier fand sich einer der wenigen Unterschiede zwischen Probanden aus der BRD und der DDR: Die extrinsische Berufsmotivation war bei Teilnehmern aus der DDR unabhängig vom Geschlecht höher als bei Teilnehmern aus der BRD. Ursächlich hierfür kann unter anderem die unterschiedliche soziale Erwünschtheit der hier erfragten Inhalte sein.

Hinsichtlich der Familienorientierung fanden wir ganz eindeutige Geschlechtseffekte – hier spielt die Geschlechtsrollenorientierung praktisch keine Rolle mehr. Frauen möchten durchschnittlich zwei Jahre früher in einer Partnerschaft leben und ein Kind bekommen als Männer. Dies kann aus der Perspektive der Frauen durchaus sinnvoll sein, da ihre Fertilität früher abnimmt als die der Männer. Kinder zu haben ist eine Option unter anderen, die aber von dem größten Teil der Stichprobe in die eigene Lebensplanung eingeschlossen wird. Das Alter bei der Geburt hat sich auch bei der nicht-akademischen Stichprobe zum Ende der zweiten Dekade verschoben. Bei der gewünschten Kinderzahl fanden sich keine Unterschiede und sie stimmt recht genau mit den statistischen Werten der letzten Jahre überein. Hinsichtlich der Familiengründung ist die Lebensplanung der jungen Männer und Frauen insgesamt relativ eng an der augenblicklichen gesellschaftlichen Realität orientiert. Auffällig ist dabei, daß die Frauen in der Phase der frühen Elternschaft planen, wesentlich häufiger und länger erwerbstätig zu sein, als dies der momentanen Situation entspricht. Für diese Diskrepanz können einerseits gesellschaftliche Faktoren (fehlende Betreuungsplätze, Tagesmütter etc.) verantwortlich gemacht werden, die von den Müttern nach der Geburt eine Umorientierung ihrer ursprünglichen Planungen erzwingen. Andererseits kann aber auch die existentielle Erfahrung von Geburt und Mutterschaft eine Neuorientierung einleiten. Dieser Frage müßte in einer weiteren Studie nachgegangen werden.

Inwieweit ist die Entscheidung von Frauen für eine Erwerbstätigkeit inzwischen zu einer kulturellen Selbstverständlichkeit geworden? Sie wird zumindest durch die Geburt eines Kindes zeitweise in Frage gestellt. Aus unseren Daten läßt sich ein modifiziertes Drei-Phasen-Modell der Erwerbstätigkeit bei Frauen ableiten: Nach der Erwerbstätigkeit vor der Familiengründung soll die Arbeitszeit in der frühen Mutterschaft auf etwa eine halbe Stelle gesenkt werden, um mit dem Schuleintritt des Kindes das vorherige Niveau zu erreichen. Eine derartige differenzierte Planung der Arbeitszeit konnte bei den männlichen Probanden nicht festgestellt werden: eine mittlere Reduktion der Wochenarbeitszeit um zwei Stunden nur in den ersten drei Lebensjahren des Kindes kann kaum als Hinweis auf eine größere Bedeutung gewertet werden, die einer aktiven Vaterschaft in der Planung zugemessen wird. Auffällig ist hier insbesondere die zeitlich hohe Arbeitsorientierung der androgynen Männer. Bei der Alternative Familie versus Beruf scheint auch von dieser Gruppe dem Beruf eindeutig der Vorrang gegeben zu werden.

Insgesamt zeigen unsere Daten, daß Beruf und Fortkommen für Männer und Frauen zunächst gleichermaßen von Bedeutung sind. Zumindest in der Lebensplanung ist die Berufsorientierung von Frauen nicht mehr in erster Linie durch geschlechtsgebundene Einstellungen oder gesellschaftliche Randbedingungen behindert. Mit der Gründung einer Familie gabeln sich jedoch auch schon in der Planung die Wege von Männern und Frauen. Während sich bei den Frauen etwa eine Gleichrangigkeit von Elternschaft und Berufstätig-

keit abzeichnet, gilt bei den Männern unabhängig von ihrer Geschlechtsrollenorientierung unverändert die Einschätzung: „Hauptsache Beruf“.

### Danksagung

Herzlichen Dank an M. Böller, I. Gänsicke, T. Krämer, S. Overhaus, M. Nysterud und C. Tiefert für ihre Unterstützung bei der Datenerhebung sowie an R. Arndt und eine/n anonyme/n Gutachter/in für wertvolle Hinweise zur Überarbeitung des Manuskriptes.

### Literatur

- Abele, A. (1994): Karriereorientierungen angehender Akademikerinnen und Akademiker. Bielefeld: Kleine Verlag.
- Allgeier, E. R. (1975): Beyond sowing and growing: the relationship of sex typing to socialisation, family plans, and future orientation. *J Appl Social Psychol* 5: 217-226.
- Arndt, R.; Bosinski, H.A.G. (1996): Androgynie: Ein hilfreiches Konstrukt für das Phänomen Transsexueller? *Sexuologie* 3: 19-34.
- Badinter, E. (1988): Ich bin Du. Die neue Beziehung zwischen Mann und Frau oder Die androgyne Revolution. München: Piper.
- Baethge, M.; Hantsche, B.; Pelull, W.; Voskamp, U. (1988): Jugend: Arbeit und Identität. Lebensperspektiven und Interessenorientierungen von Jugendlichen. Opladen: Leske & Budrich.
- Bem, S. L. (1974): The measurement of psychological androgyny. *J Consult Clin Psychol* 42: 155-162.
- Bem, S. L. (1981): Gender and schema theory: A cognitive account of sex typing. *Psychol Rev* 88: 354-364.
- Benz, K.; Brauer, U.; Zoll, R. (1989): Nicht so wie unsere Eltern. Ein neues kulturelles Modell? Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Bierhoff-Alfermann, D. (1989): Androgynie. Möglichkeiten und Grenzen der Geschlechtsrollen. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Clarey, J. H.; Sanford, A. (1982). Female career preference and androgyny. *Vocational Guidance Quarterly* 30: 258-264.
- Feldmann, S.S.; Aschenbrenner, B. (1983): Impact of parenthood on various aspects of masculinity and femininity: A short-term longitudinal study. *Develop Psychol* 19: 278-289.
- Hofstätter, P.R. (1963): Analyse eines Stereotyps: Die deutsche Frau. *Dialectica* 16: 329-353.
- Ickes, W.; Barnes, R. (1978): Boys and girls together – and alienated: On enacting stereotyped sex roles in mixed-sex dyads. *J Pers Soc Psychol* 36: 669-683.
- Krampe, G.; Effertz, B.; Jostock, U.; Müller, B. (1990): Gender differences in personality: Biological and/or psychological? *European J Personality* 4: 303-317.
- Marshall, S.; Wijting, J. P. (1982): Dimensionality of women's career orientation. *Sex Roles* 8: 135-146.
- Nerdinger, F.W.; v. Rosenstiel, L.; Stengel, M.; Spieß, E. (1984): Kinderwunsch und generatives Verhalten – Ausgewählte Ergebnisse einer Längsschnittstudie an jungen Ehepaaren. *Zschr Experiment Angew Psychol* 31: 464-482.
- Nord-Rüdiger, D. (1985): Nivellierung der Geschlechtsunterschiede? In: Stiksrud, A.; Wobit, F. (Hrsg.) *Adoleszenz und Postadoleszenz. Beiträge zur angewandten Jugendpsychologie*. Marburg: Fachbuchhandlung für Psychologie, 199-210.
- Russo, N. F. (1974): Sex role stereotyping. *Equilibrium* 2: 277-296.
- Schneider-Dücker, M.; Kohler, A. (1988): Die Erfassung der Geschlechtsrollen – Ergebnisse der deutschen Neukonstruktion des Bem Sex-Role-Inventary. *Diagnostica* 34: 256-270.
- Schroeder, K.A.; Blood, L.L.; Maluso, D. (1992): An integrational analysis of expectations for women's career and family roles. *Sex Roles* 26: 273-291.

- Sieverding, M. (1990): Psychologische Barrieren in der beruflichen Entwicklung von Frauen am Beispiel der Medizinerinnen. Stuttgart: Enke Verlag.
- Sozialforschungsstelle Dortmund, Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.) (1986): Erwerbstätigkeit und Mutterschaft, Möglichkeiten und Probleme von Berufsunterbrechung und Berufsrückkehr bei Müttern mit Kindern unter drei Jahren. Bonn.
- Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik 1995.
- Spence, J. T. (1985): Gender identity and its implications for the concepts of masculinity and femininity. In: Sonderegger, T. B. (Ed.) *Psychology and Gender* (Nebraska Symposium on Motivation). Lincoln: University of Nebraska Press, 59-95.
- Sudek, R.; Hennen, M.; Schmidt, S.; Buck, H. (1988): Berufswahlmotive der Jugendlichen und Berufsberatung. Eine empirische Untersuchung. Mainz: Landesarbeitsamt Rheinland-Pfalz-Saarland.
- Weinert, A.B. (1990): Geschlechtsspezifische Unterschiede im Führungs- und Leistungsverhalten. In: Dorsch, M.; Regnet, E. (Hrsg.) *Weibliche Fach- und Führungskräfte. Wege zur Chancengleichheit*. Stuttgart: Schäfer, 35-66.
- Whitley, B. E. (1983): Sex role orientation and self-esteem: A critical meta-analytic review. *J Pers Soc Psychol* 44: 765-778.
- Williams, S. W.; McCullers, J. C. (1983): Personal factors related to typicalness of career and success in active professional women. *Psychology of Women Quarterly* 7: 343-357.
- Wirth, H.-J.; Braehler, E. (1992): Das Selbstkonzept von Frauen und Männern im transkulturellen Vergleich. In: Braehler, E.; Felder, H. (Hrsg.) *Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit. Medizinpsychologische und psychosomatische Untersuchungen*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 190 – 209.
- Zuckerman, D.M. (1981): Family background, sex-role attitudes, and life goals of technical college and university students. *Sex Roles* 7: 1109-1126.

**Anschrift der Autorinnen**

Dr.phil. Dipl.Psych. Ellen Aschermann; Dipl.Psych. Angelika-Patricia Schulz; Institut für Psychologie; Christian-Albrechts-Universität, Olshausenstraße, D-24098 Kiel

## **Messung nächtlicher Erektionen bei der forensischen Begutachtung sexuellen Missbrauchs**

### **Nocturnal erection measurement applied to forensic evaluation of alleged sexual abuse**

K. Mann; J. Röschke; M. Sohn; O. Benkert

#### **Zusammenfassung**

Während die Registrierung nächtlicher Erektionen eine wichtige Methode bei der diagnostischen Abklärung der erektilen Dysfunktion darstellt, ist ihr Wert im Zusammenhang mit forensischen Fragestellungen unklar. Anhand dreier Kasuistiken werden Anwendungsmöglichkeiten und Grenzen der Messung nächtlicher Erektionen bei der forensischen Begutachtung bei Verdacht auf sexuellen Mißbrauch aufgezeigt. In allen drei Fällen behaupteten die beschuldigten Männer, impotent zu sein und deswegen die ihnen zur Last gelegte Tat nicht begangen haben zu können. Im Rahmen der Begutachtung wurden penile Tumescenz und Rigidität kontinuierlich während der gesamten Nacht unter polysomnographischer Kontrolle im Schlaflabor registriert. Die dargestellten Fälle machen deutlich, daß bei der Interpretation der Ergebnisse mehrere Einflußgrößen zu berücksichtigen sind. Der Nachweis zumindest einer normalen nächtlichen Erektion weist darauf hin, daß die organischen Voraussetzungen auf peripherer Ebene für die Entstehung einer Erektion gegeben sind. Dies ist eine notwendige, jedoch keine hinreichende Bedingung für eine Erektion bei sexueller Stimulation im Wachzustand. Ob im Wachzustand in einer potentiell sexuell stimulierenden Situation eine Erektion auftritt, kann mit der Methode nicht abgesichert werden. Pathologische Befunde können nur unter Berücksichtigung einer gleichzeitig durchgeführten Polysomnographie zur Beurteilung des Schlafs richtig bewertet werden. Fehlende oder deutlich verminderte nächtliche Erektionen bei normalem Schlafprofil sprechen für eine organisch bedingte erektile Dysfunktion; hier kann auf eine eingeschränkte Erektionsfähigkeit auch im Wachzustand geschlossen werden. Bei erheblicher Störung des Schlafprofils, insbesondere des REM-Schlafs, ist die Beurteilung der Erektionsfähigkeit nicht möglich.

*Schlüsselwörter:* Sexueller Mißbrauch, Nächtliche Erektionen, Polysomnographie, Forensische Begutachtung

#### **Abstract**

Whereas registration of nocturnal erections is an important method for the diagnosis of erectile dysfunction, its value for forensic evaluation is unclear. With three cases, use and limits of nocturnal erection measurements for forensic evaluation of alleged sexual abuse are demonstrated. In all cases the accused men claimed to be impotent, and thus that they would not have been able to commit the offence they were charged with. In the forensic evaluation, penile tumescence and rigidity were registered continuously throughout the night under polysomnographic control in the sleep laboratory. The case studies show clearly that various influencing factors have to be considered. Registration of at least one normal nocturnal erection indicates that the organic requirements on the peripheral level for developing an erection are

fulfilled. This is a necessary, but not sufficient requirement for an erection induced by sexual stimulation during wakefulness. Whether an erection occurs during wakefulness in a potentially sexually stimulating situation, can not be proven applying this method. Pathological results can only be correctly interpreted if they are assessed together with a polysomnography carried out simultaneously for assessment of sleep. Missing or clearly diminished nocturnal erections point to an organic erectile dysfunction; in this case a reduced erectile capability can also be assumed during wakefulness. If sleep is disturbed considerably, especially REM sleep, assessment of the erectile capability may be impossible.

*Key words:* Sexual abuse, Nocturnal erections, Polysomnography, Forensic evaluation

Sexueller Mißbrauch von Kindern hat in den letzten Jahren zunehmende Beachtung gefunden und sowohl unter medizinischen und juristischen Fachleuten als auch in der Öffentlichkeit zu einer verstärkten Diskussion geführt (Rutschky & Wolf 1994; Volbert 1995). Da sexueller Mißbrauch erhebliche negative Auswirkungen für die weitere psychische Entwicklung der Betroffenen haben kann, ist im begründeten Verdachtsfall eine sorgfältige Klärung zum Schutz der Betroffenen notwendig. In einem Teil der Fälle ist jedoch auch von Falsch-Beschuldigungen auszugehen, in der Literatur werden Zahlen von 2-8% genannt (Burton & Myers 1992). Sowohl das Übersehen von tatsächlich stattgefundenem sexuellem Mißbrauch als auch die fälschliche Annahme eines sexuellen Mißbrauchs gehen zu Lasten der betroffenen Kinder. Der zweite Fehler führt darüber hinaus zu erheblichen negativen Konsequenzen für die beschuldigten Erwachsenen.

Während sich die Rolle des Klinikers früher überwiegend auf therapeutische Interventionen bei Sexualdelinquenten beschränkte, wird dieser zunehmend auch in den Aufklärungsprozeß bei Verdacht auf sexuellen Mißbrauch mit einbezogen (McAnulty 1993). Dies betrifft einerseits die Begutachtung der Glaubwürdigkeit des Opfers. Andererseits geht es um die Beurteilung des Beschuldigten. Neben psychologisch-psychiatrischen Untersuchungsverfahren ist als objektive Methode hierbei die Messung der penilen Reaktion auf erotische Stimuli zur Feststellung sexueller Präferenzen im Zusammenhang mit Paraphilien zu nennen (McConaghy 1989; McAnulty & Adams 1992). Obwohl im wissenschaftlichen und klinischen Kontext eine hohe Korrelation zwischen Arousal-Muster und sexueller Deviation gezeigt werden konnte, ist die Anwendung im forensischen Bereich wegen unzureichender Validität umstritten (Schorsch & Pfäfflin 1985). Hier ist insbesondere durch willentliche Beeinflussung der Ergebnisse, vor allem durch Suppression des Arousal, weniger durch Verstärkung, mit einer Zunahme falsch-positiver und falsch-negativer Befunde zu rechnen (Travin et al. 1988).

In der folgenden Arbeit wird ein anderer Aspekt der Beurteilung der Erektionsfähigkeit dargestellt, nämlich die Registrierung nächtlicher Erektionen im Schlaf. Während diese Methode einen wesentlichen Bestandteil der klinischen Diagnostik der erektilen Dysfunktion darstellt (Bradley et al. 1985; Sohn et al. 1993), ist ihr Wert im Zusammenhang mit forensischen Fragestellungen unklar. Ziel ist dabei die objektive und quantitative Erfassung der von organischer Seite gegebenen erektilen Kapazität unabhängig von spezifischen Stimuli. Im Folgenden werden drei Fälle von Verdacht auf sexuellen Mißbrauch vorgestellt. In allen Fällen behaupteten die beschuldigten Männer, impotent zu sein und demzufolge die ihnen zur Last gelegte Tat nicht begangen haben zu können. Dabei wurden körperliche Erkrankungen sowie Einflüsse durch Substanzen, die zu einer erektilen Dysfunktion führen können, geltend gemacht (Benkert et al. 1985). Anhand dieser Kasuistiken soll erörtert werden, inwieweit die Messung nächtlicher Erektionen zur Beurteilung der Erektions-

fähigkeit und damit zur Klärung des Sachverhalts beitragen kann und welche Probleme damit verbunden sind. Die Diskussion über die forensische Anwendung des hier beschriebenen Verfahrens unter normativen Gesichtspunkten dürfte der Judikative vorbehalten sein.

## Methodik

Die Begutachtungen erfolgten im Rahmen eines 4-tägigen stationären Aufenthaltes in der Psychiatrischen Klinik der Universität Mainz. Die Probanden wurden einer ausführlichen Exploration einschließlich Sexualanamnese unterzogen. Fremdanamnestiche Angaben von den Partnerinnen wurden nicht erhoben. Jeder Proband verbrachte drei aufeinanderfolgende Nächte im Schlaflabor. In allen drei Nächten wurden die Erektionen mit Hilfe des Rigiscan (Dacomed Corp., USA) gemessen. Diese Methode erlaubt die kontinuierliche Erfassung von Tumescenz (Umfang) und Rigidität (Steifigkeit) an Basis und Spitze des Penis während der gesamten Nacht. Die Untersuchungen in der zweiten und dritten Nacht erfolgten unter polysomnographischer Kontrolle mit Messung des Elektroenzephalogramms (EEG), der Augenbewegungen (EOG), des Muskeltonus (EMG) und des EKG. Die Messungen dauerten jeweils von 23.00 h bis 7.00 h. Die Auswertung der Schlaf-EEG's erfolgte nach den Kriterien von Rechtschaffen und Kales (1968). Für Einzelheiten der Schlaflaboruntersuchungen und der Datenauswertung sei verwiesen auf Mann und Mitarbeiter (1996).

Alle registrierten Signale wurden in der dem Schlaflabor benachbarten Zentraleinheit online überwacht. Von hier aus konnte der Proband auch während der ganzen Nacht über eine Infrarot-Videokamera beobachtet werden. Zum Ausschluß einer unkontrollierten Einnahme von pharmakologisch wirksamen Substanzen wurden jeweils vor und nach den Schlafuntersuchungen Blutproben zum Nachweis von Alkohol, Medikamenten und Drogen entnommen.

## Kasuistiken

*Fall 1:* Der 64-jährige Mann war wegen sexuellen Mißbrauchs seiner 15 Jahre alten Adoptivtochter angeklagt. Insbesondere wurde ihm zur Last gelegt, mit dieser wiederholt Geschlechtsverkehr erzwungen zu haben. Dieser Sachverhalt wurde von dem Beschuldigten bestritten. Insbesondere wurde geltend gemacht, daß er aufgrund eines langjährigen Diabetes mellitus keinen Geschlechtsverkehr mehr ausüben könne. In dem Gutachten sollte zur Erektionsfähigkeit Stellung genommen werden. Bei der Begutachtung berichtete der Beschuldigte, daß die Erektionsfähigkeit bis vor 3 Jahren normal gewesen sei und er mit seiner Frau regelmäßig Geschlechtsverkehr gehabt habe. Seit 3 Jahren habe die Erektionsfähigkeit zunehmend nachgelassen, seit 2 Jahren sei überhaupt kein Geschlechtsverkehr mehr möglich. Es sei auch kein sexuelles Verlangen mehr vorhanden, er habe keinerlei Interesse mehr an sexuellen Dingen. Morgendliche Erektionen würden nur gelegentlich auftreten, seien aber nur ganz schwach und nicht ausreichend zum Geschlechtsverkehrs. Masturbation werde von ihm nicht durchgeführt. Der psychopathologische Befund war unauffällig. Klinisch bot der Beschuldigte eine chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung sowie eine Polyneuropathie. Die Laborwerte ergaben eine diabetische Stoffwechsellaage mit einem Nüchternblutzucker von 150 mg/dl bei einem HbA1 von 9.3%. Der Beschuldigte verbrachte 3 aufeinanderfolgende Nächte im Schlaflabor. In der ersten und zweiten Nacht konnten jeweils 2, in der dritten Nacht 5 erektile

Ereignisse registriert werden. Dabei ergab sich zumindest eine normale Erektion mit einer Rigidität von über 70% für eine Dauer von 10 Minuten. Die Polysomnographie ergab eine Durchschlafstörung mit deutlich erhöhtem Wachanteil.

*Bewertung:* Die durchgeführte Messung der nächtlichen Erektionen ergab zumindest eine Erektion mit für die Durchführung des Geschlechtsverkehrs ausreichender Rigidität. Dies bedeutet, daß in diesem Fall das Endorgan Penis prinzipiell erektionsfähig war. Dieser Befund spricht gegen eine durch organische Faktoren (Diabetes mellitus, Nikotinabusus) bedingte schwerwiegende, d.h. die Fähigkeit zur Durchführung des Geschlechtsverkehrs ausschließende erektile Dysfunktion.

*Fall 2:* Der 36-jährige Mann wurde unter anderem des sexuellen Mißbrauchs beschuldigt. Insbesondere wurde ihm zur Last gelegt, wiederholt mit seiner 14-jährigen Tochter Geschlechtsverkehr ausgeführt zu haben. Von dem Rechtsvertreter des Beschuldigten wurde demgegenüber behauptet, daß bei ihm hochgradige Impotenz vorliege. Bei der Begutachtung berichtete der Beschuldigte, daß er seit 8 Jahren medikamentös wegen Bluthochdrucks behandelt werde. Seit 2-3 Jahren nehme er durchgehend pro Tag 1 Tablette Azumetop retard 200 (selektiver  $\beta_1$ -Rezeptorenblocker Metoprolol). Seit Beginn der Medikamenteneinnahme vor 8 Jahren habe sein sexuelles Verlangen kontinuierlich nachgelassen und sei jetzt so gut wie erloschen. Parallel dazu habe die Erektionsfähigkeit stetig abgenommen. Während früher Erektionen praktisch 'auf Kommando' aufgetreten seien, sei dies für ihn heute mit extremer Anstrengung verbunden. Erst nach sehr langer und intensiver Stimulation durch seine Frau komme es zu einer Erektion mit einer für die Durchführung des Geschlechtsverkehrs ausreichenden Steifigkeit, wobei dies auch nicht immer gelinge. Oft müsse er noch zusätzliche Hilfsmittel, wie z.B. das Betrachten von Pornoheften, in Anspruch nehmen. Spontan oder durch andere erotische Reize würden keine Erektionen mehr auftreten. Masturbiert habe er nicht mehr, da er kein sexuelles Verlangen mehr habe. Nächtliche Erektionen würden nur selten und unvollständig auftreten. Alkohol- und Nikotinkonsum wurden als nur gelegentlich angegeben. Abgesehen davon, daß er stark schnarche, sei der Schlaf gut. Der psychopathologische Befund war unauffällig. Die körperliche Untersuchung ergab ein deutliches Übergewicht sowie einen Hypertonus (160/110 mmHg). Die Routinelaborwerte lagen bis auf eine leichte Erhöhung von  $\gamma$ -GT (43 U/l) und Harnsäure (8.2 mg/dl) im Normbereich. Der Beschuldigte verbrachte 3 aufeinanderfolgende Nächte im Schlaflabor. In der 1. und 2. Nacht trat jeweils nur ein erektiler Ereignis auf, wobei die maximal erreichte Rigidität deutlich unterhalb 70% lag. In der 3. Nacht traten 4 erektile Ereignisse auf, wobei sich zumindest eine normale Erektion mit ausreichender Tumescenzänderung und maximalen Rigiditätswerten von über 70% ergab. Die Polysomnographie der 2. Nacht ergab ein deutlich gestörtes Schlafprofil mit reduziertem Tiefschlaf- und REM-Anteil sowie häufigem nächtlichen Erwachen mit erhöhtem Wachanteil. Wegen des Verdachts auf ein Schlafapnoe-Syndrom wurden in der 3. Nacht zusätzlich zur Standard-Polysomnographie der Luftstrom durch Mund und Nase, Thoraxbewegungen und die Sauerstoffsättigung im Blut gemessen. Die 3. Nacht ergab ein besser ausgeprägtes Schlafprofil. Es traten hier insgesamt 50 überwiegend gemischte Apnoepausen > 10 Sekunden auf. Die längste Apnoepause hatte eine Dauer von 24 Sekunden. Zusätzlich fanden sich noch Hypopnoen mit nachfolgendem Arousal. Intermittierend traten längere Phasen mit periodischen Sauerstoffsättigungsabfällen im Blut auf, der minimal gemessene Wert lag bei 80%. Parallel zu den periodischen Sauerstoffsättigungsabfällen zeigten sich für ein Schlafapnoe-Syndrom typische zyklische Schwankungen der Herzfrequenz.

*Bewertung:* Auch in diesem Fall ergab die nächtliche Erektionsmessung zumindest eine für den Geschlechtsverkehr ausreichende Erektion, so daß auch hier prinzipiell von einer Erektionsfähigkeit des Penis ausgegangen werden muß. Auffällig war jedoch, in Anbetracht

des noch jungen Alters des Beschuldigten, daß in den ersten beiden Untersuchungs Nächten nur jeweils ein erektiler Ereignis mit zu geringen Rigiditätswerten auftrat. Als Ursache konnte ein deutlich gestörtes Schlafprofil infolge eines Schlafapnoe-Syndroms nachgewiesen werden. Insgesamt waren die erhobenen Befunde konsistent mit den Angaben des Beschuldigten bei der Begutachtung. Das von dem Beschuldigten geschilderte erschwerte Erektionsvermögen und das verminderte sexuelle Verlangen waren glaubhaft, da sowohl das Schlafapnoe-Syndrom als auch die Einnahme des  $\beta$ -Blockers häufig mit diesen Nebenwirkungen verbunden sind.

*Fall 3:* Der 60-jährige Mann wurde beschuldigt, sexuelle Handlungen an einem Kind vorgenommen zu haben. Dieser Sachverhalt wurde von dem Beschuldigten bestritten. Insbesondere machte er geltend, seit vielen Jahren Alkoholiker und deswegen impotent zu sein. In dem Gutachten sollte dazu Stellung genommen werden, ob er trotz des möglicherweise jahrelangen Alkoholmißbrauchs in der Lage ist, eine Erektion zu haben. Bei der Begutachtung berichtete der Beschuldigte, seit Jahrzehnten exzessiv Alkohol zu konsumieren. Die Erektionsfähigkeit sei bis vor etwa 7 Jahren normal gewesen, seit dieser Zeit habe sie kontinuierlich nachgelassen. Seit 5 Jahren sei deswegen kein Geschlechtsverkehr mehr möglich. In den letzten 3 Jahren seien überhaupt keine Erektionen mehr aufgetreten, weder spontan noch als Reaktion auf sexuelle Reize. Auch das sexuelle Verlangen habe in den letzten Jahren zunehmend nachgelassen, er habe jetzt überhaupt kein sexuelles Interesse mehr. Masturbiert habe er in den letzten 5 Jahren nicht mehr. Nächtliche Erektionen würden nur sehr selten und nur bei starkem Füllungsdruck der Blase auftreten, seien aber nur sehr schwach und nicht ausreichend zum Geschlechtsverkehr. Die sexuelle Orientierung wurde als eindeutig heterosexuell angegeben. Paraphilien, insbesondere Neigung zu Exhibitionismus oder Pädophilie, wurden verneint. Präpubertäre Kinder würden bei ihm zu keiner sexuellen Erregung führen. Es wurde ein Nikotinabusus von 40-60 Zigaretten pro Tag angegeben. Seit mehreren Jahren sei ein Hypertonus bekannt, der zur Zeit nicht behandelt sei. Psychopathologisch wirkte der Patient dysphorisch verstimmt, ansonsten war er unauffällig. Klinisch fand sich neben leichtem Übergewicht ein Hypertonus (180/120 mmHg). Während des stationären Aufenthaltes traten keine Entzugserscheinungen auf. Die Routinelaborwerte zeigten eine leichte Erhöhung von  $\gamma$ -GT (44 U/l), Triglyzeriden (244 mg/dl) und Cholesterin (275 mg/dl). Der Beschuldigte verbrachte 3 aufeinanderfolgende Nächte im Schlaflabor. In der 1. Nacht waren keine Erektionen nachweisbar. In der 2. und 3. Nacht fanden sich 3 bzw. 2 sehr kurze erektile Ereignisse von unter 10 Minuten Dauer. Bei ausreichender Tumescenzänderung lagen die erreichten Rigiditätswerte unter 70%. Die Polysomnographien ergaben ein erheblich gestörtes Schlafprofil mit Reduktion des Tiefschlaf- und REM-Anteils sowie sehr häufigem nächtlichen Erwachen mit deutlich erhöhtem Wachanteil. Darüberhinaus fanden sich zahlreiche kurzzeitige Arousals, insbesondere während des REM-Schlafs.

*Bewertung:* Die Messung der nächtlichen Erektionen ergab einen pathologischen Befund. Die registrierten erektilen Ereignisse lagen sowohl bezüglich Dauer als auch Rigidität unterhalb der Normgrenzen. Dieser Befund darf aber nicht notwendigerweise im Sinne einer organisch bedingten erektilen Dysfunktion interpretiert werden, da beide durchgeführten Polysomnographien ein erheblich gestörtes Schlafprofil mit insbesondere reduziertem REM-Anteil ergaben. Die Ursache des gestörten Schlafprofils konnte nicht eindeutig geklärt werden. Die Exploration ergab, daß der Proband stark schnarcht, fremdanamnestisch waren auch nächtliche Atempausen aufgefallen. Somit handelte es sich bei dem vorliegenden Störungsmuster des Schlaf-EEG's am wahrscheinlichsten um ein Schlafapnoe-Syndrom. Hierfür spricht auch der seit vielen Jahren bekannte Hypertonus, der eine häufige Folgekrankheit des Schlafapnoe-Syndroms darstellt. Differentialdiagnostisch müßten auch

nächtliche Myoklonien der Unterschenkel in Erwägung gezogen werden. Diese Diagnosen können jedoch nur durch eine erweiterte Polysomnographie mit Messung der Atmung bzw. der Muskelaktivität der Unterschenkel während des Schlafs gesichert werden. Dies wurde von dem Probanden abgelehnt. Es konnte in diesem Fall nicht entschieden werden, ob die zu kurzen und unvollständigen nächtlichen Erektionen auf einer tatsächlich vorliegenden erektilen Dysfunktion beruhen oder ob es sich nur um eine sekundäre Folge des stark gestörten REM-Schlafs bei normaler Erektionsfähigkeit handelte. Der Befund schließt, im Zusammenhang mit dem gestörten Schlafprofil, eine normale Erektionsfähigkeit nicht aus. Andererseits sprechen einige Faktoren für das Vorliegen einer organisch bedingten erektilen Dysfunktion. Der jahrelange Hypertonus, Hyperlipidämie und Nikotinabusus sind Risikofaktoren einer vaskulär bedingten Impotenz; das sehr wahrscheinlich vorliegende Schlafapnoe-Syndrom sowie der angegebene Alkoholmißbrauch führen häufig zu Potenzstörungen.

## **Diskussion**

In den dargestellten Kasuistiken haben die des sexuellen Mißbrauchs beschuldigten Männer eine erektile Dysfunktion aufgrund einer körperlicher Erkrankung bzw. aufgrund von Einflüssen durch Substanzen geltend gemacht. Unter der Annahme der Richtigkeit der gemachten Angaben würde es sich in den drei Fällen um eine erektile Dysfunktion aufgrund eines körperlichen Faktors bzw. um eine substanzinduzierte sexuelle Funktionsstörung nach DSM-IV (Saß et al. 1996) handeln. Auf der Grundlage der polysomnographischen Befunde sollte geklärt werden, inwieweit die Annahme einer auf einen körperlichen Faktor zurückzuführenden bzw. substanzinduzierten Erektionsstörung bestätigt und damit die Glaubwürdigkeit des Beschuldigten unterstützt werden kann.

Die Registrierung der nächtlichen Erektionen stellt eine objektive Methode zur Beurteilung der erektilen Kapazität des Penis dar. Wegen der intraindividuellen Variabilität, insbesondere unter pathologischen Bedingungen, sollten der Auswertung stets mehrere Meßnächte zugrundegelegt werden. Wie die oben dargestellten Kasuistiken zeigen, muß eine Interpretation mit großer Vorsicht erfolgen. Insbesondere können pathologische Befunde nur unter Berücksichtigung einer gleichzeitig durchgeführten Polysomnographie zur Beurteilung des Schlafs richtig bewertet werden, was umfassende Erfahrungen in der Schlafmedizin und gründliche Kenntnisse der physiologischen Zusammenhänge erfordert. Eine Messung der nächtlichen Erektionen ohne polysomnographische Kontrolle ist wegen des hohen Risikos falsch-positiver Befunde für forensische Fragestellungen abzulehnen. Bei erheblicher Störung des Schlafprofils, insbesondere des REM-Schlafs, ist eine Beurteilung der Erektionsfähigkeit nicht möglich.

Auch im Falle normaler nächtlicher Erektionen dürfen keine zu weitreichenden Schlußfolgerungen für die Erektionsfähigkeit im Wachzustand gezogen werden. Das Auftreten mindestens einer normalen nächtlichen Erektion weist darauf hin, daß die organischen Voraussetzungen auf peripherer Ebene für die Entstehung einer Erektion gegeben sind. Dies ist eine notwendige, jedoch keine hinreichende Bedingung für eine Erektion bei sexueller Stimulation im Wachzustand. Abgesehen davon, daß der genaue physiologische Zusammenhang zwischen REM-Schlaf-assoziierten nächtlichen Erektionen und durch erotische Stimulation im Wachzustand ausgelösten Erektionen noch nicht exakt bekannt ist, spielen

im Wachzustand insbesondere psychogene Faktoren für die Entwicklung einer Erektion eine entscheidende Rolle. Die Frage, ob im Wachzustand in einer spezifischen, potentiell sexuell stimulierenden Situation eine Erektion auftritt, kann mit dieser Methode nicht beantwortet werden. Umgekehrt aber sprechen fehlende oder deutlich verminderte nächtliche Erektionen bei normalem Schlafprofil für das Vorliegen einer organisch bedingten erektilen Dysfunktion; in diesem Fall kann auf eine eingeschränkte Erektionsfähigkeit auch im Wachzustand geschlossen werden. Wie bereits oben ausgeführt, gilt dies jedoch nicht bei erheblich gestörtem Schlafprofil.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß die Messung der nächtlichen Erektionen eine objektive Aussage über die von organischer Seite gegebene erektile Kapazität liefert. Bei der Interpretation der Ergebnisse sind jedoch eine Vielzahl von Einflußfaktoren zu berücksichtigen, die insbesondere im Rahmen forensischer Fragestellungen sorgfältig erfaßt werden müssen. Nur der Fall eindeutig pathologischer nächtlicher Erektionen bei normalem Schlafprofil erlaubt den Rückschluß auf eine eingeschränkte Erektionsfähigkeit im Wachzustand. In allen anderen Fällen ist eine Interpretation nicht oder nur mit größter Zurückhaltung möglich. Es sollte stets im Auge behalten werden, daß mit der beschriebenen Methode ausschließlich Erektionen gemessen werden. Es ist keine Aussage bezüglich anderer physiologischer Parameter oder psychologischer Faktoren möglich. Insbesondere stellt die Methode keine Prüfung des Wahrheitsgehaltes der von dem Beschuldigten gemachten Aussagen dar; Rückschlüsse auf die Glaubwürdigkeit des Beschuldigten sind nur indirekt in speziellen Fällen möglich. Auch läßt sich grundsätzlich keine Aussage über paraphile Neigungen mit sexualdevianten Verhaltensweisen machen. Schließlich ist zu berücksichtigen, daß auch im Falle einer objektiv bestätigten, eine Erektion ausschließenden schweren sexuellen Funktionsstörung trotzdem ein sexueller Mißbrauch möglich ist. Nur die umfassende polysomnographische Diagnostik zusammen mit einer gewissenhaften, die aufgeführten Punkte berücksichtigenden Interpretation rechtfertigt den Einsatz der Methode im Zusammenhang mit forensischen Fragestellungen. Wenn man sich der möglicherweise auftretenden Probleme und den dadurch gegebenen Grenzen der Methode bewußt ist, kann die Messung der nächtlichen Erektionen in speziellen Fällen nützliche Zusatzinformationen im Rahmen der Begutachtung liefern.

## Literatur

- Benkert, O.; Maier, W.; Holsboer, F. (1985): Multiaxial classification of male sexual dysfunction. Br. J. Psychiatry 146: 628-632.
- Bradley, W.E.; Timm, G.W.; Gallagher, J.M.; Johnson, B.K. (1985): New method for continuous measurement of nocturnal penile tumescence and rigidity. Urology 26: 4.
- Burton, K.; Myers, W.C. (1992): Child sexual abuse and forensic psychiatry. Bull Am Acad Psychiatry Law 20: 439-453.
- Mann, K.; Klingler, T.; Noe, S.; Röschke, J.; Müller, S.; Benkert, O. (1996): Effects of yohimbine on sexual experiences and nocturnal penile tumescence and rigidity in erectile dysfunction. Archives of Sexual Behavior 25: 1-16.
- McAnulty, R.D.; Adams, H.E. (1992): Validity and ethics of penile circumference measures of sexual arousal: A reply to McConaghy. Archives of Sexual Behavior 21: 177-195.
- McAnulty, R.D. (1993): Expert psychological testimony in cases of alleged sexual abuse. Archives of Sexual Behavior 22: 311-324.

- McConaghy, N. (1989): Validity and ethics of penile circumference measures of sexual arousal: A critical review. *Archives of Sexual Behavior* 18: 357-369.
- Rechtschaffen, A.; Kales, A. (1968): A manual of standardized terminology, techniques and scoring system for sleep stages of human subjects. Washington, DC: Public Health Service, U.S. Government Printing Office.
- Rutschky, K.; Wolf, R. (Hrsg.)(1994): *Handbuch sexueller Mißbrauch*. Hamburg: Klein Verlag.
- Saß, H.; Wittchen, H.-U.; Zaudig, M. (1996): *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Schorsch, E.; Pfäfflin, F.(1985): Zur Phallographie bei Sexualstraftätern. *Recht & Psychiatrie* 3: 55-59.
- Sohn, M.; Seeger, U.; Sikora, R.; Jakse, G. (1993): Criteria for examiner-independent nocturnal penile tumescence and rigidity monitoring (NPTR): correlations to invasive diagnostic methods. *Int. J. Impotence Res* 5: 59-68.
- Travin, S.; Cullen, K.; Melella, J.T. (1988): The use and abuse of erection measurements. *Bull. Am. Acad. Psychiatry Law* 16: 235-250.
- Volbert, R. (1995): Glaubwürdigkeitsbegutachtung bei Verdacht auf sexuellen Mißbrauch. *Z. Kinder-Jugendpsychiatrie* 23: 20-26.

**Anschriften der Autoren**

Dr. Klaus Mann, Priv.-Doz. Dr. Dr. Joachim Röschke, Prof. Dr. Otto Benkert; Psychiatrische Klinik der Universität Mainz, Untere Zahlbacher Straße 8, 55101 Mainz;  
Priv.-Doz. Dr. Michael Sohn; Urologische Klinik des St. Markus-Krankenhauses Frankfurt, Wilhelm-Epstein-Straße 2, 60431 Frankfurt

## Weibliche Ejakulation zwischen Lust, Scham und Verleugnung

### Female ejaculation between lust, shame and denial

K. Pingsten

Das Ausspritzen unterschiedlich großer Mengen wässriger Flüssigkeit aus der Harnröhre der Frau bei sexueller Erregung – vorwiegend synchron mit dem Orgasmus-Erleben – wird als „weibliche Ejakulation“ bezeichnet. Diese Ejakulation ist physiologisch als schwallartige Sekretion der paraurethralen Skeneschen Drüsen – der weiblichen Prostata – der männlichen Ejakulation homolog. Da aber im medizinischen Sprachgebrauch der Begriff „Ejakulation“ oft synonym mit „Samenerguß“ gebraucht wird, ergibt sich aus sprachlichen Gründen ein Unbehagen bei dem Begriff „weibliche Ejakulation“, da natürlich im weiblichen Ejakulat Samenzellen nicht vorhanden sind. Die Samenzellen sind aber nur ein kleiner Teil des Volumens des männlichen Ejakulates; dennoch wird der Samen meistens als pars pro toto verstanden. Aber es gibt keinen Grund, den Begriff „Ejakulation“ bei Frau und Mann nicht gleichermaßen zu gebrauchen, ebenso wie heute „Libido“ sowohl der Frau als auch dem Mann zugestanden wird, während Freud den Begriff „weibliche Libido“ noch geradezu für eine paradoxe Wortschöpfung hielt (Freud 1966a).

Sowohl transkulturell als auch innerhalb einer Kultur in wechselnden Zeitabschnitten wird das Phänomen der weiblichen Ejakulation höchst unterschiedlich zur Kenntnis genommen oder auch verleugnet. Noch im Jahre 1982 war das Thema so tabuisiert, daß sich ein deutscher Arzt genötigt sah, einen Artikel darüber mit dem Titel „Gibt es doch eine weibliche Ejakulation?“ in der Zeitschrift „Sexualmedizin“ anonym, nur unter Angabe seiner Initialen („Dr. L. K.“), zu veröffentlichen. Diese selbst in Fachkreisen bestehende Tabuisierung wird auch belegt durch Veröffentlichungen von so prominenten Sexualwissenschaftlern wie Kinsey und Mitarbeiter (1953), Masters und Johnson (1970), früher auch Sigusch (1980), die eine weibliche Ejakulation entweder leugnen bzw. bei ihren umfangreichen Untersuchungen nie gesehen haben. Andererseits gibt es aber Zeugnisse mit zweifelsfreien Beschreibungen dieses Phänomens schon in alten Büchern der Liebeskunst, z. B. im Tantra (Anand 1990) oder im Kamasutra. In japanischen Holzschnitten aus dem 18. Jahrhundert wird der Lustaspekt dargestellt, den die weibliche Ejakulation, das „Wasser der Unsterblichkeit“ (japan. *Insui*) für Frau und Mann hat (s. Stifter 1988: 129). Auch in der erotischen bzw. pornographischen Literatur finden sich immer wieder Schilderungen des „weiblichen Ergusses“, so z.B. in dem erstmals 1851 anonym veröffentlichten Roman „Aus den Memoiren einer Sängerin“ oder in den – 1906 erstmals anonym veröffentlichten, teilweise Felix Salten zugeschriebenen – „Geschichten der Josefine Mutzenbacher“.

Aber auch in der wissenschaftlichen Literatur der Neuzeit bei de Graaf (1672), Skene (1880), Virchow (1853) und in unserem Jahrhundert insbesondere bei Gräfenberg (1950) wird die weibliche Ejakulation – allerdings nicht immer unter dieser Bezeichnung – vereinzelt beschrieben. Heute gibt es am Vorhandensein einer weiblichen Ejakulation keinen Zweifel mehr. In den Monographien von Stifter (1988) und zur Nieden (1994) wird

ihr Vorhandensein durch umfangreiche Untersuchungen aus verschiedensten Kulturen und Zeiten belegt, auch Haerberle (1983) und Eicher (1994) sind auf dieses Phänomen eingegangen. In populären Büchern ist einer breiten Öffentlichkeit das Thema nahegebracht worden (z.B. Senger 1993), in Fernsehen und Zeitschriften wird über die weibliche Ejakulation berichtet, so daß Ratsuchende und Patienten oft besser darüber informiert sind als Berater und Ärzte. Ich kann mich in dieser Arbeit also auf die Erörterung des Phänomens der Tabuisierung dieses Themas beschränken.

Was hat dazu geführt, daß eine Funktion, die von Frauen als höchst lustvoll beschrieben wird, vergessen war oder auch verschwiegen wird? Zur Zeit der Aufklärung fand durch naturwissenschaftliche Entdeckungen ein Paradigmawechsel in der Vorstellung vom Zeugungsakt statt, in dem die im Mittelalter verbreitete Vorstellung, daß nur beim Zusammentreffen von männlichem und weiblichem „Samen“ eine Zeugung möglich sei, aufgegeben werden mußte. Da mikroskopische Untersuchungen zeigten, daß nur das männliche Ejakulat Samenzellen enthält, verlor das weibliche Ejakulat an Bedeutung, ja in der zunehmend patriarchalischen Gesellschaft sogar an Berechtigung. Den Frauen wurde aktive Beteiligung an sexuellen Funktionen nicht mehr zugebilligt. In der von Männern beherrschten naturwissenschaftlichen Forschung galt das Postulat, daß alle Organe und Funktionen einen – von Männern – nachvollziehbaren „vernünftigen“ Zweck haben müßten. Lediglich der Anatom Waldeyer (1980) nannte die Vulva mit ihren Funktionen „das Lustorgan der Frau“ und betonte damit, daß auch Lust einen Zweck darstellen kann. Aber von den meisten Forschern konnte ein Zweck der weiblichen Ejakulation nicht mehr gefunden werden, im Gegensatz zur Lubrikation, die sich aber im Zeitpunkt des Auftretens, in der geringeren Menge, in der Lokalisation der Entstehung und in der Zusammensetzung völlig von dem weiblichen Ejakulat unterscheidet. Die große Menge wässriger Flüssigkeit des Ejakulates vermindert aber eher die Gleitfähigkeit der Vulva, daher ist verständlich, daß aus männlicher Sicht ein Zweck nicht leicht erkennbar ist.

Über die Häufigkeit des Auftretens der weiblichen Ejakulation und der jeweiligen Menge des Ejakulates ist wenig bekannt. Zur Nieden (1994) fand, daß von 309 befragten Frauen etwa ein Drittel angab, Ejakulationen zu kennen, wobei ihnen das Wesen dieses Flüssigkeitsausstoßes anfangs oft nicht bekannt war und viele sich dessen schämten, weil sie glaubten, es handele sich um Urin. Meistens befinden sich viele einzelne Ausführungsgänge der Skene'schen Drüsen innerhalb der Harnröhre, so daß verständlich ist, daß der Flüssigkeitsausstoß oft mit Urin verwechselt wird, zumal es vorkommen kann, daß es tatsächlich bei verminderter Kontrolle des Blasenverschlusses zu einer Vermischung des Ejakulates mit Urin kommt. Das Ejakulat ist aber chemisch und im Geruch eindeutig von Urin zu unterscheiden und ist in der Zusammensetzung dem männlichen Prostatasekret ähnlich. Eine Tendenz zur Pathologisierung von nicht oder wenig bekannten Phänomenen erlebte ich schon während meiner Medizinalassistentenzeit in der Gynäkologie: Gynäkologen, denen Frauen von dem vermeintlichen „*unwillkürlichen Harnabgang beim Geschlechtsverkehr*“ berichtet hatten, stellten eine Indikation zur „Inkontinenz-Operation“ ohne sonstige anamnestiche oder anatomisch-funktionelle Hinweise auf eine Harninkontinenz. Die vermeintliche oder tatsächliche „Harninkontinenz“ kann zwar nach einer vorderen Kolporrhaphie (mit Entfernung eben des paraurethralen Bezirkes, in dem die Skeneschen Drüsen lokalisiert sind) behoben sein, gleichzeitig ist aber auch die Quelle der Ejakulation versiegt oder reduziert. Da bei der vorderen Kolporrhaphie jedoch nicht nur das Drüsengewebe, sondern auch das dazugehörige Nervengeflecht – korrespondierend mit dem sogenannten

„Gräfenberg-Punkt“, den ich wegen seiner nicht nur punktförmigen Ausdehnung lieber Gräfenberg-Region nennen möchte – reduziert wird, ist anzunehmen, daß dies mit einem Nachlassen des von vielen Frauen geschilderten „besonderen“ Lustgefühls, das oft mit der Ejakulation einhergeht, verbunden ist. Dies ist nach meinen Recherchen aber bisher nicht untersucht worden. In der medizinischen Literatur zur Harninkontinenz wird gelegentlich auf die Auswirkungen des vermeintlichen „unwillkürlichen Harnabganges“ beim Geschlechtsverkehr eingegangen. Daß es sich dabei wohl nicht immer tatsächlich um eine Harninkontinenz handelt, geht indirekt aus der Arbeit „Die weibliche Harninkontinenz“ von Schübler und Stolz (1983) hervor:

„In einem Falle einer kombinierten Detrusor-Sphinkter-Inkontinenz mit gleichzeitiger motorischer Urge-Inkontinenz kam eine Miktion lediglich über eine klitorale Reizung zustande, so daß sich beim Geschlechtsverkehr ebenfalls ein Urinverlust einstellte. Auffallend ist, daß drei Viertel unserer streßinkontinenten Patientinnen aus dem Urinverlust bei sexueller Aktivität keinen Leidensdruck entwickeln. Dies ist um so erstaunlicher, da wir wissen, daß die Reinlichkeitserziehung deutliche Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung und somit auch auf die Sexualentwicklung hat. So könnte das erneut auftretende „Einnässen“ im Sinne einer Regression verarbeitet werden und die Kindheitsproblematik erneut aufwerfen.“ (Schübler & Stolz 1983: 64)

Hier besteht die Gefahr, daß durch das fehlende Wissen um die weibliche Ejakulation physiologische Vorgänge nicht nur im somatischen, sondern auch im psychischen Bereich pathologisiert werden und therapeutische Maßnahmen – medikamentös oder chirurgisch – durchgeführt werden, ganz abgesehen von der Verunsicherung der „Patientinnen“ durch ein pathologiezentriertes Aufklärungsgespräch.

Erst mit der Verbreitung der Kenntnisse über den Gräfenberg-Punkt in den 70er Jahren in den USA wurde auch mehr über die weibliche Ejakulation bekannt, was zu streitigen Diskussionen, ja ideologisierten Kämpfen führte, die den Streit um Freuds Hypothese vom „Leitzonenwechsel“ (1966b), d. h. die Behauptung, die als infantile Fixierung entwertete klitorale erogene Reizbarkeit müsse der reifen Form der vaginalen Reizbarkeit weichen, wieder aufleben ließen. Obwohl Freud in der Psychoanalyse der Sexualität eine große Bedeutung beimaß, was ihn bei seinen Berufskollegen in Verruf brachte, erlag er hier einer mechanistisch geprägten Vorstellung von sexuellem Erleben: „Die frühe Psychoanalyse übernahm Begriffe der Neuroanatomie und der energetisch formulierten Neurophysiologie, um die neuen Gesetze des unbewußten Seelenlebens (ökonomisches und topisches Modell) zu erfassen“ (Schmincke 1993: 105).

Sowohl Männer als auch Frauen wollten eine weibliche Ejakulation nicht wahrhaben: Männer meistens, weil sie die „Exklusivität“ der Ejakulation für sich beanspruchten. Frauen wollten sich mit der Tatsache der weiblichen Ejakulation, erst recht mit dem Vorhandensein einer weiblichen Prostata, nicht abfinden, weil sie im Rahmen der Emanzipationsentwicklung einen Rückschritt fürchteten in dem Kampf, sich von der hauptsächlich seit Sigmund Freud verbreiteten Vorstellung, daß die weiblichen Sexualorgane nur verkleinerte und verkümmerte Ausführungen der männlichen Sexualorgane seien, zu befreien. Exemplarisch sei hier Germaine Greer erwähnt mit ihrem Buch „Der weibliche Eunuch, Aufruf zur Befreiung der Frau“:

„Es kursieren immer noch alle möglichen falschen Vorstellungen über die Frauen, obwohl sie schon vor Jahren widerlegt wurden: Viele Männer weigern sich, die Vorstellung der weiblichen Ejakulation fahren zu lassen, die trotz ihrer langen und ansehnlichen Geschichte vollkommen fantastisch ist“ (Greer 1971: 48).

Aber durch das Bewußtsein einer androgynen Anlage wird im anatomisch-physiologischen Bereich der strenge Dualismus Mann/Frau mehr und mehr aufgegeben, so daß bei Männern und Frauen ein Organ oder ein Verhalten nicht mehr als „nur männlich“ oder „nur weiblich“ angesehen werden muß; die Brustdrüse beim Mann, die zwar kleiner als bei der Frau, aber voll funktionsfähig ist, würde ja auch niemand als „weibliches Organ“ bezeichnen, für das sich ein Mann schämen müßte oder auf das er kein Recht hat.

Über die Ursachen der offenbar großen Variabilität der Ejakulatmenge ist wenig bekannt. Wurden früher Darstellungen des „Freudenflusses“, wie die weibliche Ejakulation im Tantra genannt wird, als karikaturhaft übertrieben belächelt, ist heute längst nachgewiesen, daß die Menge des weiblichen Ejakulates, das meistens auf dem Höhepunkt eines Orgasmus spürbar, sichtbar und manchmal sogar hörbar ausgestoßen wird, mit bis zu mehreren hundert Millilitern bei mehreren aufeinanderfolgenden Orgasmen weitaus größer als die des Mannes sein kann und sozusagen unerschöpflich ist: Die paraurethralen Drüsen, die der männlichen Prostata in Anatomie und Funktion homolog sind und daher auch weibliche Prostata genannt werden, können die Flüssigkeit offenbar bedarfsadaptiert produzieren, ähnlich wie Speicheldrüsen. Aus der Sicht des Anatomen wird leicht die tatsächliche Größe der paraurethralen Drüsen mit den Skene'schen Ausführungsgängen mit der Menge des Ejakulats in Beziehung gebracht. Jedoch scheint mir die Ausprägung des Organsystems neben sicher vorhandenen anlagebedingten Faktoren auch von der „Inanspruchnahme“ abhängig zu sein: Viele Frauen geben an, nach anfänglich geringen Mengen mit der Zeit größere Ejakulatmengen bei sich zu beobachten. Meistens berichten diese Frauen auch, daß sie einen Orgasmus mit Ejakulation nur in einer Partnerschaft erleben, in der sie sich ganz hingeben können, und auch dann nur in besonders vertrauten Situationen. Einige Frauen schildern, daß ein Orgasmus mit einer Ejakulation oft mit einer wie eine „Ohnmacht“ erlebten Handlungsunfähigkeit einhergeht, die noch stärker als „Kontrollverlust“ erlebt werden kann als ein Orgasmus ohne Ejakulation. Dies kann dann die Betreffende ängstigen, kann andererseits aber auch erklären, warum viele Frauen zwar mit einem Partner oder einer Partnerin zu einem Orgasmus mit Ejakulation kommen, nicht jedoch bei der Masturbation: Kurz vor Erreichen des Höhepunktes könnten sie „handlungsunfähig“ werden und mit den masturbatorischen Bewegungen einfach aufhören. Andere Frauen ejakulieren jedoch eher bei der Masturbation als mit einem Partner oder einer Partnerin. Wenn das Gefühl des „Sich-Verströmens“ einmal erlebt wurde, scheint die Schwelle dafür niedriger zu werden. Hemmende Blockaden scheinen nicht erst durch negative Lernprozesse zu entstehen, z. B. durch Schamerlebnisse, sondern mir scheint, daß es eine primäre, unbewußte Scham-schwelle für dieses Ergießen gibt, die erst durch stärkere als die sonst gewohnten sexuellen Reize überwunden wird, z.B. durch digitale Stimulierung des Gräfenberg-Punktes im vorderen Scheidenbereich mit einer höheren Frequenz und/oder Heftigkeit als übliche Bewegungen des Penis. Die Schwelle ist also abhängig von Lust, Hingabefähigkeit, aktueller Stimmung und vom Wissen über das Wesen der Ejakulation, aber auch von der „Technik“. Gerade dieser Begriff wird oft jedoch – gutgemeint – in Aufklärungsschriften überbewertet: Eine liebevolle, vertraute Atmosphäre läßt die Schwelle eher überwinden als verkrampfte Technik. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, daß bei Prostituierten

vom Vorhandensein einer weiblichen Ejakulation wenig bekannt zu sein scheint. Die Tatsache, daß besonders bei Prostituierten die Fähigkeit zu willkürlichem Urinieren während sexueller Betätigung von manchen Männern geschätzt wird (bekannt auch als „Natursekt“), kann im übrigen ebenfalls zu der Fehlannahme führen, daß es sich bei der weiblichen Ejakulation doch um Harnabgang handelt.

Viele sogenannte „Orgasmusstörungen“ von Frauen könnten m.E. darauf zurückgeführt werden, daß Frauen unbewußt den Orgasmus unterdrücken, weil sie mehr ahnen als spüren, daß bei weiterem Zulassen der sexuellen Lust sich Schleusen öffnen könnten. Bei entsprechendem Wissen darüber kann zum Beispiel durch das Bereitlegen von Handtüchern zur Vermeidung der Durchnässung des Bettes die Peinlichkeit des Ergusses vermindert und damit das Genießen vermehrt werden.

Dieser Beitrag sollte dazu beitragen, Kenntnisse über die große Variabilität sexueller Funktionen zu vermehren, so daß Gespräche über Sexualität in der Beratung und Therapie unbefangener und kompetenter werden können. Auch muß es darum gehen, die weibliche Ejakulation von Harninkontinenz abzugrenzen, um Indikationen zu unnötigen und verstümmelnden Operationen zu vermeiden. Auch wenn die weibliche Ejakulation das einzige äußerlich sichtbare „sichere Zeichen“ eines weiblichen Orgasmus sein kann – was natürlich nicht bedeutet, daß es ohne Ejakulation keinen Orgasmus gibt – sollen nicht neue Leistungs-Normen für sexuelles Erleben gesetzt werden, wie dies in manchen „Liebes- und Sex-Büchern“ suggeriert wird. Weiterhin soll Anregung gegeben und Mut gemacht werden, die weibliche Ejakulation besser zu erforschen – entgegen einer Empfehlung Freud's, der die Erkundung des „Rätsels Weib“ (Freud 1966 a: 120) den Dichtern überlassen wollte.

## Literatur

- Anand, M. (1990): Tantra oder die Kunst der sexuellen Ekstase. München: Goldmann.
- de Graaf, R. (1672): De Mulierum Organis Generationi Inservientibus. Tractus Novus. Hackiana: Lugduni Batav.
- Eicher, W. (1994): Der Orgasmus der Frau. München: Piper.
- Freud, S. (1966a): Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. (Erstveröffentlichung 1933). In: Gesammelte Werke, Bd. 15. Frankfurt/M.: Fischer.
- Freud, S. (1966b): Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. (Erstveröffentlichung 1905). In: Gesammelte Werke, Bd. 5. Frankfurt/M.: Fischer.
- Gräfenberg, E. (1950): The role of urethra in female orgasm. *Int J Sex* 3: 145-148.
- Greer, G. (1971): Der weibliche Eunuch. Frankfurt/M.: Fischer.
- Haeberle, E.J. (1983): Die Sexualität des Menschen. Berlin, New York: de Gruyter.
- K.,L. (Anonym) (1982): Gibt es doch eine weibliche Ejakulation? *Sexualmedizin* 11: 510-511.
- Kinsey, A.C.; Pomeroy, W.B.; Martin, C.E.; Gebhard, P.H. (1953): Das sexuelle Verhalten der Frau. Berlin, Frankfurt/M.: Fischer.
- Master, W.H.; Johnson, V.F. (1970): Die sexuelle Reaktion. Reinbeck: Rowohlt.
- NN. (Anonym) (1979): Aus den Memoiren einer Sängerin. (Erstveröffentlichung 1851). Reinbeck: Rowohlt.
- NN. (Anonym) (1991): Josefine Mutzenbacher. (Erstveröffentlichung 1906). Bergisch-Gladbach: Bastei-Lübbe
- Schmincke, B. (1993): Sehen und blinder Fleck. In: Schmincke, B.; Schmid, G.; Schönhals, K.M. (Hrsg) Auf dem Weg zum Gläsernen Menschen? Frankfurt/.: Haag & Herchen.
- Schüßler, B; Stolz, W. (1983): Die weibliche Harninkontinenz. Teil I: Diagnostik. *Sexualmedizin* 12: 61-64.

- Senger, G. (1993): Was heißt schon frigid? Genf, München: Ariston.
- Sigusch, V. (Hrsg)(1980): Therapie sexueller Störungen (2.Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Skene, A.J.C. (1880): The anatomy and pathology of two important glands of the female urethra. Am J Obstet Dis Women Child 13: 265-270.
- Stifter, KF. (1988): Die dritte Dimension der Lust. Das Geheimnis der weiblichen Ejakulation. Berlin, Frankfurt/M: Ullstein.
- Virchow, R. (1853): Prostata-Concretionen beim Weib. Arch path Anat Physiol 5: 403-404.
- Waldeyer, A.; Mayer, A. (1980): Anatomie des Menschen (Bd.1) (14. verb. Aufl.). Berlin, New York: de Gruyter.
- zur Nieden, S. (1994): Weibliche Ejakulation. Stuttgart: Enke.

**Anschrift des Autors**

Dr.med. Klaus Pingsten, Schülerstr. 22, D-32756 Detmold

## Veranstaltungskalender

4. JAHRESTAGUNG DER AKADEMIE FÜR SEXUALMEDIZIN (zugleich 21. Fortbildungstage für Sexualmedizin und Psychosomatik). Medizinische Fakultät (Charité) der Humboldt-Universität zu Berlin, 8.-10.5. 1997. Information: Prof. Dr. med. Dr. phil. K.M. Beier, Lehrstuhl Sexualwissenschaft/Sexualmedizin, Medizinische Fakultät (Charité) HUB, Tucholskystr. 2, 10117 Berlin; Tel.: 030/2802-6351; Fax: 030/2802-6455.
14. ANDROLOGIE FORTBILDUNGSTAGE. Universitäts-Hautklinik Jena, 20.-21.6.1997. Information: Prof. Dr. med. G. Schreiber, Klinik & Poliklinik für Hautkrankheiten der Friedrich-Schiller-Universität, Erfurter Str. 35, 07740 Jena, Tel.: 03641/6-37338, -6-37353, Fax.: 03641/6-37315.

## Buchbesprechungen

H. Wokalek; U. Wetterauer; H.-J. Heite: **Männerheilkunde. Andrologie. Einführung in die Krankheiten und Funktionsstörungen des männlichen Genitale.** Stuttgart, Jena, New York: G. Fischer Verlag 1995; 181 Seiten, Preis: DM 68,-

Störungen der Sexualität können sich zum einen auf die *Potentia coeundi*, zum anderen auf die *Potentia generandi* beziehen. So wie sich die Frau mit entssprechenden Störungen – direkt oder veranlaßt durch den Hausarzt – in aller Regel an den Gynäkologen wendet, wird der Mann den andrologisch versierten Arzt aufsuchen. Vom Arzt seines Vertrauens erwartet dieser Mann Hilfe. Der Arzt benötigt hierfür Wissen und Empathie. Dieses Wissen zu erwerben, ist nicht so einfach wie bei der Gynäkologie, da die Andrologie kein eigenständiges universitäres Lehrfach, sondern ein interdisziplinäres Fach ist. Die Andrologie beschränkt sich nicht auf die Spermatologie und die Erkennung und Behandlung der sogenannten erektilen Dysfunktion, sondern befaßt sich mit allen Erkrankungen der männlichen Genitalorgane. Dies beinhaltet sowohl chromosomale Störungen wie auch Mißbildungen, Entwicklungsstörungen, endokrine Dysfunktionen, entzündliche Erkrankungen bis hin zu Fertilitätsstörung und zur Fertilitätskontrolle. Dies alles setzt voraus die Zusammenarbeit zwischen Dermato-Venerologen, in deren Fachgebiet seit Begründung Andrologie in Klinik, Lehre und Forschung vertreten wurde, und Urologen, Humangenetikern und Endokrinologen, Immunologen und Infektiologen, Pädiatern und Gynäkologen. Andrologie beschäftigt sich jedoch nicht nur mit den somatischen Aspekten der Anatomie, Funktion und Dysfunktion der männlichen Genitalorgane und der somatischen Therapie, sondern auch mit den psychisch/psychosomatischen Implikationen. Hier ergeben sich deutliche Überschneidungen mit der Sexualmedizin. Dies betrifft sowohl die Impotenz des Mannes im Sinne der Beischlaffähigkeit und deren Störungen, als auch die Begleitung und Führung von Männern (und Paaren) mit Fertilitätsstörungen.

Bedenkt man auf der anderen Seite, daß in den letzten wenigen Jahren die Fortschritte reproduktionsmedizinischer Techniken im Rahmen der assistierten Reproduktionsmedizin zu suggerieren suchen, daß der Mann lediglich noch für Produktion wenigstens eines lebenden Spermatozoons benötigt werde, schien die Andrologie überflüssig zu sein. So ist dankbar zu registrieren, daß Wokalek, Wetterauer und Heite klar dokumentieren, daß die Andrologie ein weites Spektrum der Medizin umfaßt und als Pendant zur Gynäkologie zu sehen ist. Auch hier hat ein Umdenken bewirkt, daß die Psychosomatik und die Sexualmedizin einbezogen wurde und wird in die Gesamtbehandlung der Frau. Gleiches sollte gelten für den Mann.

Im Vergleich zu dem gleichnamigen Lehrbuch, welches Heite und Wokalek 1980 herausgegeben haben, hat sich zwar die Einteilung nicht grundsätzlich geändert. Der Text jedoch ist auf die Hälfte gestrafft und ist dadurch auch didaktisch einprägsamer. Entscheidend ist, daß die neuesten Kenntnisse berücksichtigt und eingearbeitet sind und daß durch die Hinzunahme des urologischen Mitautors die urologischen Belange exakter herausgearbeitet wurden.

Dieses Buch legt ein tragfähiges Fundament für jeden Arzt, der sich andrologischen Fragen stellt. Daß es vorwiegend organisch ausgerichtet ist, erleichtert vielen Ärzten den Einstieg. Jeder andrologisch tätige Arzt weiß nach kurzer Zeit, daß auch der Mann aus Soma und Psyche besteht und daß eine gezielte Weiterbildung erst ein zufriedenstellendes Arbeiten erlaubt. Notwendige Ansätze für ein sexualmedizinisches und psychosomatisches Denken und Handeln werden deutlich in dem Kapitel „Die Impotenz des Mannes“.

Dieses Buch ist zum einen allen Ärzten, Psychosomatikern und Psychotherapeuten zu empfehlen, die andrologisch ausgerichtet sind, zum anderen aber auch Gynäkologen und Paartherapeuten zum Erwerb notwendiger Kenntnisse über den männlichen Partner. Die Autoren bieten einen ausgezeichneten Überblick über Klinik, Diagnostik und Therapie von Funktionsstörungen und Krankheiten der männlichen Genitalregion.

*Hermann-J.Vogt, München*

J. J. Krivacska; J. Money (Eds): **The Handbook of Forensic Sexology. Biomedical and Criminological Perspectives**. New York: Prometheus Books 1994. 594 Seiten, Preis: 99,95 US-\$

Der Nestor der amerikanischen Sexology, John Money, sowie der bisher überwiegend mit Präventionsprogrammen gegen sexuellen Mißbrauch hervorgetretene Sozialwissenschaftler James J. Krivacska haben mit diesem Band offensichtlich den forensischen Teil des bisher in sieben Bänden erschienenen "Handbook of Sexology" bereitleisten wollen.

Diesen Eindruck legt nicht nur der Titel nahe, sondern auch die Widmung an den 1992 verstorbenen niederländischen Sexualforscher Herman Musaph, der das "Handbook of Sexology" mit herausgegeben hat. Tatsächlich ist die Bezeichnung des Buches als "Handbook" aber genauso wenig gerechtfertigt wie der Untertitel "Biomedizinische und kriminologische Perspektiven". Dies läßt sich bereits an den fehlenden 'Dienstleistungen' festmachen: Es existiert lediglich ein Sachverzeichnis, während ein Namensverzeichnis ebenso fehlt wie ein zusammenhängendes Literaturverzeichnis. Literaturangaben finden sich jeweils in den Beiträgen der einzelnen Autoren (27 Autoren, 4 Autorinnen), die in insgesamt 24 Artikeln einzelne Kapitel behandeln, welche zu drei Abschnitten zusammengefaßt sind.

Der erste Abschnitt betrifft "*Sexuologie und Kriminologie*", der zweite "*Identifizierung und Fallmanagement bei Sexualstraftaten*" und der dritte "*Sozialpolitik, Sexuologie und Rechtsfragen*". Diese Einteilung ist ausgesprochen sinnvoll und hätte den Hintergrund für ein tatsächliches Handbuch der forensischen Sexuologie abgeben können, das dann aber – am besten in drei Bänden erscheinend – zu diesen Themenbereichen eine höchst notwendige Unterstrukturierung hätte aufweisen müssen, welche jetzt völlig fehlt.

So findet sich beispielsweise im ersten Abschnitt ("*Sexuologie und Kriminologie*") eine Übersicht über die (überwiegend amerikanische) Geschichte der Strafverfolgung sexuellen Verhaltens 'wider die Natur' ("*Sodomy*") von Richard Green, der für den deutschen Leser schon darum schwer zu

lesen ist, weil er keine Einführung in die amerikanische Strafrechtssystematik enthält. Ohne Frage wäre es bei einem Handbuchartikel erwartbar gewesen, wenigstens beispielhaft unterschiedliche Rechtssysteme vorzustellen, die ja unterschiedliche Straftatbestände kennen. So erfährt man von Green zwar viel Wissenwertes über die unterschiedliche Rechtsprechung innerhalb der einzelnen Bundesstaaten Amerikas (z.B. daß in North Carolina heterosexuelle Fellatio für nicht verheiratete Paare strafbar ist). So fehlt aber der systematische Zugriff zum Thema. Es folgen dann in diesem Abschnitt ausgesprochen lesenswerte Übersichtsartikel über Pädophilie (Feierman), Inzest (Nelson und Meller), Vergewaltigung und Sadomasochismus (Sheridan und Hukker) sowie Exhibitionismus und Voyeurismus (Langevin), welche den Stand der Forschung gut wiedergeben.

Etwas arg zusammengewürfelt scheinen dann die weiteren Artikel dieses Abschnittes: Neben einem Beitrag zur forensisch-medizinischen Untersuchung autoerotischer (asphyktischer) Todesfälle (Boglioli und Taff) ist thematisch noch die Prostitution (Lee), der Transsexualismus (Gooren und van der Reijt) sowie "*Sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz und in psychotherapeutischen Beziehungen*" (Musaph) vertreten. Während Musaph souverän die Problemstellung entwickelt, ist der Artikel von Gooren und van der Reijt wenig brauchbar, weil die drängenden Schwierigkeiten der Differentialdiagnostik von Geschlechtsidentitätsstörungen überhaupt keine Erwähnung finden. Völlig unzureichend ist auch der Artikel über Prostitution, insbesondere weil er in keiner Weise die zentrale Bedeutung einer sexualwissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dieser Problematik – die bekanntlich im Werk Iwan Blochs am Anfang der Sexualwissenschaft stand und diese mit konstituierte – aufzuzeigen in der Lage ist.

Auch der zweite Abschnitt ("*Identifizierung und Fallmanagement bei Sexualstraftaten*") läßt eine systematische Konzeption vermissen. Er enthält Artikel über Interventionsstrategien für die Täter (Dwyer und E. Coleman; Lehne) und für die Opfer (Steen), wobei sich interessanterweise die meisten Beiträge der zunehmenden Bedeutung von Falschbeschuldigungen vermeintlicher Tä-

ter bzw. Selbstidentifizierungen als vermeintliches Opfer (Wakefield und Underwager; Victor) widmen und der artifiziellen Erzeugung dieser 'Zeitströmung' durch die professionellen Helfer auf diesem Gebiet große Bedeutung beigemessen wird (I. Coleman). Zwar erfrischend pragmatisch – eben amerikanisch – aber theoretisch wenig überzeugend sind die Überlegungen zu Behandlungsansätzen bei Sexualstraftätern. Völlig außer acht bleiben dabei beispielsweise Anmerkungen zur möglichen Doppelrolle von Gutachter und Therapeut, abgesehen davon, daß in den Vereinigten Staaten der als Therapeut involvierte Arzt oder Psychologe Offenbarungspflicht gegenüber den Behörden hat, wenn ihm im Rahmen einer Behandlung Straftaten bekannt werden. Es ist schwer nachvollziehbar, wie sich unter diesen Rahmenbedingungen eine therapeutische Beziehung etablieren könnte. Gerade in dieser wird aber sowohl in tiefenpsychologisch orientierten als auch in verhaltenstherapeutischen Behandlungsansätzen der entscheidende Wirkfaktor gesehen, welcher deshalb eines besonderen Schutzes bedarf, der nur über die Einhaltung der Schweigepflicht zu gewährleisten ist. Wie weit der Pragmatismus reichen kann und bereits auf der diagnostischen Ebene einer pauschalierenden Betrachtungsweise Platz macht, welche die mittlerweile von der forensischen Wissenschaft vorgelegten Möglichkeiten der Differenzierung völlig übergeht, zeigen die jüngsten Entwicklungen in der kalifornischen Gesetzgebung, wonach rückfällige Sexualstraftäter nur noch entlassen werden sollen, wenn eine medikamentöse Antiandrogentherapie sichergestellt wird oder eine chirurgische Kastration vorgenommen wurde. Von einem "Fallmanagement" läßt sich dann nicht mehr sprechen, so daß man eher eine 'Archaisierung' des Zeitgeistes annehmen könnte oder einen 'Rückfall in das Mittelalter'. Auch im dritten Abschnitt ("Sozialpolitik, Sexualologie und Rechtsfragen") ist die Mischung

sehr bunt: Neben Beiträgen, welche Fragen der Kriminalisierung sexuellen Verhaltens (Mosher) behandeln, gibt es solche, die sich mit der Prävention von Paraphilien (Krivacska) befassen. Diskutiert wird darüber hinaus der Zusammenhang zwischen Pornographie und Gewalt (Christensen), die Bedeutung der Sexuologie für die Sexualpädagogik, Familienplanung und Beratung bei Schwangerschaftsabbrüchen (Meredith) sowie die Rolle von AIDS für die Sexuologie (Sno). Zweimal schweift der Blick auch ins Ausland, einmal nach China: "Sex Policy and the Law in China: Then and Now" (Ruan) und einmal nach Rußland: "Forensic Sexology" (Tkachenko). Weitere Themen in diesem Abschnitt sind Fragen der forensischen Sachverständigentätigkeit (Underwager und Wakefield) und die sozialpolitische Bedeutung von Forschung über sexuellen Kindesmißbrauch (Okami). Gerade dieser letzte Beitrag von Okami analysiert sehr elegant die 'gesellschaftliche Bedingtheit' des Opfer/Täter-Panoramas in der postmodernen Kultur der Vereinigten Staaten von Amerika, nachdem viele der Artikel im Handbuch selbstberedetes Zeugnis dieses Panoramas sind: Okami gelingt es, in abgewogener Form die zwar praxisfernen sozialwissenschaftlicher Forschungsergebnisse sowie auch ihre (dennoch) machtvollen Auswirkungen auf die Praxis zu beschreiben, was sich nur als verunsicherndes Mißverhältnis bezeichnen ließe. Dieses Mißverhältnis drückt sich beispielsweise darin aus, daß amerikanische Grundschullehrer auch tröstende körperliche Zuwendung unterlassen (beispielsweise wenn ein Kind sich verletzt hat!), um sich nicht dem Verdacht des sexuellen Mißbrauchs auszusetzen. Ein überzeugender Beweis der Foucault'schen Hypothese von der Wissenschaft als ideologischer Unterwerfungsinstanz ist wohl kaum vorstellbar. Jedoch auch hier: Die Perspektiven die das "Handbook of Forensic Sexology" verspricht, bleibt es schuldig. Klaus Michael Beier (Berlin)

## Epidemiologie sexuell übertragbarer Krankheiten

### AIDS in der Bundesrepublik Deutschland

(Quelle: 124. Bericht des AIDS-Zentrums im Robert-Koch-Institut, AIDS-HIV-Quartalsbericht IV / 96)

**Tab. 1:** Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle bei Kindern (<13 Jahre) nach Infektionsrisiko und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose (Stand: 31.12.96)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Jan. 95 – Dez. 95	Jan. 96 – Dez. 96	Gesamt
Hämophile	0 0,0 %	0 0,0 %	8 7,3 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile)	1 12,5 %	0 100,0 %	13 11,8 %
Patienten aus Pattern-II-Ländern*	6 75,0 %	0 0,0 %	87 79,1 %
Keine Angaben	1 12,5 %	0 0,0 %	2 1,8 %
Gesamt	8 100 %	1 100 %	110 100 %

**Tab. 2:** Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle bei männlichen Jugendlichen und Erwachsenen (>12 Jahre) nach Infektionsrisiko und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose (Stand: 31.12.96)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Jan. 95 – Dez. 95	Jan. 96 – Dez. 96	Gesamt
Homo- oder bisexuelle Männer	921 72,3 %	437 65,9 %	10449 75,0 %
i. v. Drogenabhängige	147 11,5 %	73 11,0 %	1521 10,9 %
Hämophile	36 2,8 %	25 3,8 %	515 3,7 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile)	5 0,4 %	1 0,2 %	123 0,9 %
Heterosexuelle Kontakte (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	53 4,2 %	26 3,9 %	395 2,8 %

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Jan. 95 – Dez. 95	Jan. 96 – Dez. 96	Gesamt
Patienten aus Pattern-II-Ländern*	28 2,2 %	22 3,3 %	159 1,1 %
Keine Angaben	83 6,5 %	79 11,9 %	769 5,5 %
Gesamt	1273 100 %	722 100 %	13951 100 %

Tab. 3: Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle bei weiblichen Jugendlichen und Erwachsenen (>12 Jahre) nach Infektionsrisiko und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose (Stand: 31.12.96)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Jan. 95 – Dez. 95	Jan. 96 – Dez. 96	Gesamt
i. v. Drogenabhängige	86 45,0 %	40 30,3 %	785 47,8 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile)	7 3,7 %	3 2,3 %	137 8,3 %
Heterosexuelle Kontakte (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	57 29,8 %	49 37,1 %	486 29,6 %
Patienten aus Pattern-II-Ländern*	21 11,0 %	28 21,2 %	121 7,4 %
Keine Angaben	20 10,5 %	12 9,1 %	112 6,8 %
Gesamt	191 100 %	132 100 %	1641 100 %

Tab. 4: HIV-Bestätigungsteste unter Ausschluß erkennbarer Doppelmeldungen nach Infektionsrisiken, Geschlecht und aufgeführten Zeiträumen der Einsendung der Seren (Stand: 31.12.96)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Jan. 95 – Dez. 95	Jan. 96 – Dez. 96	Gesamt
Homo- oder bisexuelle Männer	886 17,5 %	676 17,4 %	11362 14,8 %

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Jan. 95 – Dez. 95	Jan. 96 – Dez. 96	Gesamt
i. v. Drogenabhängige / Geschlecht männlich	266 5,2 %	171 4,4 %	4285 5,6 %
i. v. Drogenabhängige / Geschlecht weiblich	94 1,9 %	85 2,2 %	2088 2,7 %
i. v. Drogenabhängige / Geschlecht unbekannt	15 0,3 %	7 0,2 %	371 0,5 %
Hämophile	0 0,0 %	3 0,1 %	1856** 2,4 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile) / Geschlecht männlich	11 0,2 %	5 0,1 %	300 0,4 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile) / Geschlecht weiblich	4 0,1 %	3 0,1 %	217 0,3 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile) / Geschlecht unbekannt	0 0,0 %	0 0,0 %	21 0,0 %
Heterosexuelle Kontakte / Geschlecht männlich (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	147 2,9 %	120 3,1 %	1484 1,9 %
Heterosexuelle Kontakte / Geschlecht weiblich (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	140 2,8 %	82 2,1 %	1429 1,9 %
Heterosexuelle Kontakte / Geschlecht unbekannt (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	5 0,1 %	1 0,0 %	89 0,1 %
Patienten aus Pattern-II-Ländern*	435 8,6 %	389 10,0 %	1492 1,9 %
Prä- oder perinatale Infektion	69 1,4 %	63 1,6 %	848 1,1 %
Keine Angaben / Geschlecht männlich	1992 39,2 %	1558 40,0 %	33875 44,1 %
Keine Angaben / Geschlecht weiblich	566 11,2 %	431 11,1 %	8050 10,5 %
Keine Angaben / Geschlecht unbekannt	446 8,8 %	302 7,8 %	9060 11,8 %
Gesamt	5076 100 %	3896 100 %	76827 100 %

\* Pattern-II-Ländern = Länder, in denen HIV endemisch ist und überwiegend heterosexuell übertragen wird (z. B. Karibik, Zentral- und Westafrika)

\*\* Nach Umfrageergebnissen einer anlässlich des Hamburger Hämophilie Symposium durchgeführten Studie beträgt die Zahl der HIV-positiven Hämophilen 1355. (Schramm: Umfrageergebnisse Hamburger Hämophilie Symposium 1995)