

Sexualmedizinische Aspekte in Rehabilitations- und Sozialmedizin. Ergebnisse einer explorativen Untersuchung

Aspects of Sexual Medicine in Rehabilitative and Social Medicine. Results of an Exploratory Investigation

R.-M. Schulte

Zusammenfassung

Da die Prävalenz von funktionellen Sexualstörungen weder in der Allgemeinbevölkerung noch bei chronischen Erkrankungen ausreichend bekannt ist, soll durch diese Untersuchung eruiert werden, welchen Stellenwert Sexualmedizin und Sexualtherapie für das Patientengut der Rehabilitation aus der Sicht der spezialisierten Rehabilitationsklinik und deren Therapie-setting, der sozialmedizinischen Sachverständigen und der Betroffenen aufweisen. Zugrundegelegt werden 76 Klinikkonzepte, 1535 ärztliche Entlassungsberichte aus Rehabilitationskliniken differenter Indikationen, 920 sozialmedizinische Gutachten, die Untersuchungsergebnisse von 121 persönlichen Nachbegutachtungen nach einer Rehabilitation, eine retrospektive, modifizierte Fall-Kontroll-Studie von 4 Kollektiven mit insgesamt 229 männlichen Patienten und 61 Begutachtungen im Zusammenhang mit einem prospektiven Studiendesign. Parallel sollten die Reliabilität und Praktikabilität verschiedener psychopathometrischen Untersuchungsinstrumente überprüft werden. Nach den Ergebnissen dieser Untersuchung ist die Prävalenz von funktionellen Sexualstörungen bei rehabilitationsbedürftigen Erkrankungen sehr hoch, deren Berücksichtigung im rehabilitativen Geschehen aber eher gering, so dass diese Störungen eine verstärkte Berücksichtigung bei der Durchführung von medizinischen und beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen erfahren müssen, um einem biopsychosozialen Behandlungsmodell zukünftig gerecht zu werden.

Stichworte: Erektile Dysfunktion, funktionelle Sexualstörung, Psychopathometrie, Sozialmedizin, biopsychosoziale Rehabilitation, Neurologie, Rheumatologie, Kardiologie, Orthopädie

Abstract

The prevalence of sexual dysfunctions is insufficiently known both as regards the general population and patients with chronic diseases. This study attempts to ascertain the significance of sexual medicine and sexual therapy for rehabilitation patients as seen by specialized rehabilitation clinics and their spectrum of therapy, public health officials, and the patients themselves. The study is based on 76 clinical concepts, 1535 final medical reports on patients released from rehabilitation clinics, 920 evaluations of social medicine experts, 121 follow-up reports on patients in the first 12 months after release, a retrospective, modified case-control-study carried out by 4 collectives on 229 male patients, and 61 evaluations in connection with a proposed curriculum design. In addition, the reliability and practicality of various psychometric instruments are examined and evaluated. The results of the study show that the prevalence of sexual dysfunctions is very high among patients requiring rehabilitation, but that relatively little attention is devoted to these problems in the rehabilitation process. Sexual dysfunctions must receive more attention in medical and professional rehabilitation programs if the biopsychosocial treatment model is to be followed.

Keywords: Erectile dysfunction, sexual dysfunction, psychopathometrical analysis, socialmedicine, public health, biopsychosocial rehabilitation, neurology, rheumatology

Die medizinische Rehabilitation erfolgt generell nach einem biopsychosozialen Denk- und Arbeitsmodell, bei dem gleichwertig die biologischen (organischen), psychischen (psychologischen) und sozialen Faktoren, die einer Störung und Erkrankung (impairment) zugrunde liegen und zu deren Chronifizierung und Therapieresistenz sowie der Entwicklung von Funktionsstörungen (disabilities) und sozialen Beeinträchtigungen (handicaps) beitragen, von einem multiprofessionellen, spezialisierten Team in einer mehrdimensional angelegten multimodalen Therapie beeinflusst werden. Dies gilt speziell für die medizinische und berufliche Rehabilitation im Auftrag der gesetzlichen Rentenversicherung, die im sechsten Sozialgesetzbuch (SGB VI) geregelt ist.

Rehabilitationsmaßnahmen auf Kosten der gesetzlichen Rentenversicherung werden dann durchgeführt, wenn entsprechend § 10 SGB VI die Erwerbsfähigkeit in dem erlernten beziehungsweise zuletzt ausgeübten Beruf sowie für den allgemeinen Arbeitsmarkt rechtserheblich gefährdet, vermindert oder aufgehoben ist. Neben der sozialmedizinischen Feststellung dieser versicherungsmedizinischen (materiellen) Voraussetzung wird eine medizinische (und berufliche) Rehabilitation nur dann bewilligt, wenn eine günstige Rehabilitationsprognose wahrscheinlich ist, wenn also die erheblich gefährdete, verminderte oder aufgehobene Erwerbsfähigkeit voraussichtlich durch die rehabilitative Maßnahme wesentlich verbessert oder sogar wiederhergestellt werden kann.

Die gesetzliche Rentenversicherung führt aufgrund zahlreicher wissenschaftlicher Erhebungen und der sozialmedizinischen Praxis vor allem Rehabilitationsmaßnahmen bei Versicherten durch, die eine Vielzahl, größtenteils chronifizierter und mit Behinderungen einhergehender Krankheiten aufweisen, wobei diese sich im Sinne eines wechselseitigen Konditionsgefüges gegenseitig ungünstig beeinflussen. Im Vordergrund stehen die Fachgebiete Rheumatologie/Orthopädie, Psychosomatik, Kardiologie, Neurologie, Onkologie und Suchtmedizin. Neben Fachärzten der einzelnen medizinischen Gebiete sind in allen teilstationären und stationären Rehabilitationseinrichtungen in der Psychotherapie erfahrene Ärzte, Diplompsychologen, -sozialpädagogen, spezialisierte Therapeuten (z. B. Physio-, Ergotherapie, Logopädie, kreative Therapie) und Krankenpflegepersonal tätig.

Literaturübersicht

Die Durchsicht der verfügbaren allgemeinen rehabilitationsmedizinischen und rehabilitationspsychologischen Literatur (Dellbrück & Haupt 1999, Koch et al. 1988) ergibt nur wenig Ausführungen und Darstellungen zu Fragen der Sexualmedizin, insbesondere der funktionellen Sexualstörungen und deren Berücksichtigung im rehabilitativen Geschehen. Im einzelnen werden bei entsprechenden Krankheitsbildern und Rehabilitationsdiagnosen, vorrangig bei Neoplasmen, Nephropathien, neurologischen Erkrankungen, Kardiopathien und traumatologischen Erkrankungen in den theoretischen Ausführungen zur Therapie und Rehabilitation sexualmedizinische Aspekte erwähnt, beispielsweise Potenzstörungen und eine Beeinträchtigung der Orgasmusfähigkeit bei kolorektalem Karzinom in Verbindung mit dem Postproktektomiesyndrom und als therapeutische Möglichkeiten SKAT, die Vakuumpumpentherapie und Penisimplantate. Nach Meinung von Dellbrück & Haupt (1999) werden die sexualmedizinische Betreuung, die Störungen des se-

xuellen Erlebens und Verhaltens unterschätzt. In der rehabilitationspsychologischen Literatur (Koch et al. 1988) finden sich Ausführungen zu Partnerschaftsproblemen und sexuellen Funktionsstörungen der Eltern von behinderten Kindern, zu differenten Störungen der sexuellen Appetenz, Erregung und Satisfaktion und das Dominanz-Abhängigkeits-Problem bei chronischen, oft dialysepflichtigen nephrogenen Erkrankungen, die durch das Wechselspiel organischer, endokriner und psychosozialer Faktoren gekennzeichnet sind, zu den Folgen eines Mamma-, Uterus-, Vagina-, Darm-, Hoden- und Prostatakarzinoms und einer Zytostatika-Medikation auf die Partnerschaft, zu einer Störung im sexuellen Erlebnisbereich bei chronisch-entzündlichen rheumatologischen Erkrankungen, zur Einschränkung der sexuellen Appetenz, Erektion, Ejakulation und Orgasmusfähigkeit bei chronischen neurologischen Krankheiten wie Enzephalomyelitis disseminata, Morbus Parkinson, Transversalsyndrom und Hydrozephalus sowie bei Folgen nach Amputation und zu einer Störung der sexuellen Identitätsbildung bei Spina bifida-Kindern.

In einschlägigen Lehrbüchern der Sexualmedizin, die die Entwicklung der Sexualität und deren Störungen, somatische therapeutische Ansätze, tiefenpsychologische und verhaltenstherapeutische Vorgehensweisen als krankheits- und störungsspezifische Therapieformen beschreiben, finden sich keine spezifisch rehabilitationsmedizinischen Hinweise oder Ausführungen (Arentewicz & Schmidt 1993; Bräutigam & Clement 1998; Hoyndorf et al. 1995; Sigusch 1996; Strauss 1998), obwohl rehabilitative Ziele und Denkansätze in der Sexualmedizin nicht unbekannt sind: „Selbstverständlich ist, daß auch bei der Behandlung lebensbedrohender Erkrankungen nach Möglichkeit alles vermieden wird, was nach der Gesundung die sexuelle Funktion oder das Sexualleben beeinträchtigen könnte. Schließlich ist heute bekannt, daß die Rehabilitation nicht zuletzt dann gelingt, wenn der Patient oder die Patientin sicher ist, das Leben auch sexuell wieder genießen und ohne physische Einschränkung wieder lieben zu können“ (Sigusch 1996). In der sexualmedizinischen Literatur finden sich zwar teilweise umfassende Auflistungen der somatischen Erkrankungen und Pharmaka, die funktionelle Sexualstörungen bedingen können; auffällig ist aber in diesem Zusammenhang, wie wenig psychosomatische und psychiatrische Krankheitsbilder eine Berücksichtigung finden. Im Vordergrund stehen der Diabetes mellitus, der Alkoholismus, die Nephropathien, die Kardiopathien, die Hypertonie und das Querschnittssyndrom; das wechselseitige Beziehungsgefüge zwischen Somatose und sexueller Beziehungsstörung sowie die Entstehung psychosomatischer Störungen aufgrund sexueller Konfliktsituationen und sexueller Funktionsstörungen wird zumindest erwähnt (Bräutigam & Clement 1989).

Studienziel, Studiendesign

Diese nur geringe Berücksichtigung sexualmedizinischer und sexualtherapeutischer Aspekte in der Literatur zur Rehabilitation, aber auch das Fehlen einschlägiger wissenschaftlicher Untersuchungen, führte zu der Überlegung, systematischer die Prävalenz sexueller Funktionsstörungen bei Krankheiten, die eine sozialmedizinische Begutachtung und/oder eine medizinische Rehabilitation veranlaßt haben, zu analysieren, um so auch gegebenenfalls den Bedarf an ergänzenden therapeutischen Maßnahmen festzustellen.

Um eine Analyse der sexualmedizinischen Gesundheitsversorgung in rehabilitativen Institutionen, die von der gesetzlichen Rentenversicherung belegt werden, zu ermöglichen, wurden folgende sechs Ansätze gewählt:

- A. Es wurden Klinik- und Therapiekonzepte von Rehabilitationskliniken unter sexualmedizinischen Fragestellungen durchgearbeitet.
- B. Es wurden die umfangreichen ärztlichen Entlassungsberichte, die nach Abschluß der mehrwöchigen medizinischen Rehabilitation erstellt werden, durchgesehen, um die Frequenz, Intensität, Modalität, Bedeutung und Wertigkeit sexualmedizinischer Behandlungsteile zu eruieren.
- C. Sozialmedizinische Gutachten der Gebiete Allgemeinmedizin/Innere Medizin, Orthopädie/Rheumatologie und Neurologie/Psychiatrie wurden unter der Fragestellung durchgesehen, inwieweit die Gutachter in Abhängigkeit von dem Diagnosespektrum bei der Erhebung der Anamnese sexualmedizinisch relevante Daten, Fakten und Symptome eruiert und dokumentiert haben.
- D. Patientinnen/Patienten, die in den 12 Monaten vor einer erneuten sozialmedizinischen Begutachtung an einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen haben, wurden durch ein standardisiertes Interview befragt, inwieweit funktionelle Sexualstörungen und Fragen der Sexualmedizin während der Rehabilitation berücksichtigt wurden.
- E. Eigene sozialmedizinische Gutachten, die ausnahmslos eine standardisierte Sexualanamnese umfassen, wurden unter diagnosenspezifischen Aspekten durchgesehen und mit einer Kontrollgruppe kriminologischer Gutachten verglichen, um so eine Aussage zur Frequenz der erektilen Dysfunktion bei männlichen Versicherten zu erhalten. Bei den als Kontrolle dienenden Delinquenten handelte es sich ausnahmslos um Straftaten gegen das Eigentum und die körperliche Integrität sowie um Brandstiftungsdelikte bei vergleichbarer Altersverteilung (also keine Sexualstraftaten). Die Begutachtung erfolgte zur Feststellung der strafrechtlichen Schuldfähigkeit und der Kriminalprognose.
- F. In einer prospektiven Untersuchung wurden im Zusammenhang mit sozialmedizinischen Gutachten Probanden ergänzend testpsychologisch und psychopathometrisch untersucht, um die Prävalenz von sexuellen Funktionsstörungen festzustellen und die Bedeutung der Psychopathometrie zu belegen. Alle Patienten wurden testpsychologisch mit dem Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI), dem Minnesota-Multiphasic Personality Inventory (MMPI), den Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN), dem Kieler Schmerzinventar (KSI), der Skala 5 (Sexualität, SSEX) der Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS) sowie dem Kölner Erfassungsbogen der erektilen Dysfunktion (KEED) untersucht.

Die Skala 5 der 9 Skalen umfassenden Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS) erfaßt in 6 Items die allgemeinen Einstellungen des Untersuchten zur Sexualität, die Emotionen, Kognitionen und Handlungen, die sich auf die eigene Sexualität beziehen, und das Erleben der eigenen Sexualität, des sexuellen Interesses für andere und des sexuellen Interesses anderer an dem Untersuchten (Deusinger 1998). Die Skalierung der Items umfaßt bei 6 Antwortalternativen einen Einzelscore zwischen 1 und 6. Für Depressive und Rückenschmerzpatienten konnten in mehreren Untersuchungen mittels Matched Pairs signifikante Unterschiede zur Normalpopulation verifiziert werden.

Der Kölner Erfassungsbogen der erektilen Dysfunktion KEED (Braun et al. 1998) stellt ein mehrdimensionales Selbsteinschätzungsverfahren dar, der insgesamt 18 Fragen beinhaltet und 2 Aspekte der männlichen sexuellen Funktionsstörung erfaßt, die sich gegenseitig bedingen und ergänzen: Die Erfassung der erektilen Dysfunktion einerseits und der sexuellen Zufriedenheit andererseits. Dieser Selbsteinschätzungsfragebogen erfaßt die

psychosoziale Lebenssituation, die Lebensgewohnheiten, Begleiterkrankungen, eine Medikation, die Lebensqualität einschließlich sexueller Zufriedenheit, das sexuelle Aktivitäts- und Kontaktniveau, die Erektions- und Orgasmusfähigkeit. Von den Autoren wird der KEED, der eine hohe Spezifität und Sensitivität aufweist, zur Einschätzung der Therapieindikation und zur Messung des Therapieerfolges empfohlen und eingesetzt. Diese erwähnen auch, daß nur wenig aussagekräftige Informationen zur Prävalenz der ED in Zusammenhang mit Begleiterkrankung und einer Pharmakotherapie vorliegen. Als Außenkriterium wurden die Angaben in und die Befunde aus der klinischen Untersuchung verwandt, die als am effektivsten und aussagekräftigsten eingeschätzt werden. Die 6 für die ED relevanten Items 11 bis 16 ergeben bei jeweils 5 Antwortmöglichkeiten und einem Einzelscore von 1 bis 5 einen Gesamtscore zwischen 6 und 30, das Item 17 einen Einzelscore von 1 bis 5.

Studienergebnisse

A. Die Durchsicht von 76, teilweise sehr umfangreichen und differenzierten Klinikkonzepten unter Berücksichtigung von Indikation, Kontraindikation und Spektrum therapeutischer Angebote, insbesondere im Hinblick auf die Durchführung von indikativen Gruppen, beispielsweise zu sexuellen Funktionsstörungen, sexuellem Missbrauch, Gewalterfahrung in der Sexualität, Paraphilien und dem Zusammenhang zwischen Krankheit und Sexualität, führte zu dem Ergebnis, daß in 23 der 76 Konzepte (30.3%) sexuelle Störungen und deren Behandlung eine rehabilitative Berücksichtigung fanden; im Vordergrund standen die indikativen Schwerpunkte der Kardiologie, der Onkologie, der Psychosomatik und der Suchterkrankungen. Zum Teil erschöpften sich die Klinik- und Therapiekonzepte in allgemein gehaltenen Ausführungen und Darstellungen, im Einzelfall waren aber sehr konkrete Therapiemöglichkeiten, -ansätze und -angebote erkennbar.

B. In den Jahren 1995 bis 1999 wurden insgesamt 1535 ärztliche Entlassungsberichte aus Rehabilitationskliniken mit der Fragestellung durchgearbeitet, inwieweit sexuelle Störungen und die damit im Zusammenhang stehende Symptomatik, deren Zusammenhang mit den Rehabilitationsdiagnosen und eine anamnestic eruerbare Vorbehandlung während der Reha-Maßnahme durch eine spezifische Diagnostik, Beratung und/oder Therapie Berücksichtigung fanden. Dieser Erhebung wurden die Anamnese, die Diagnosen mit ihren Funktionsstörungen, die formulierten Rehabilitationsziele, der Rehabilitationsverlauf, der Katalog therapeutischer Leistungen, Befunde von ergänzend durchgeführten fachärztlichen Konsiliaruntersuchungen, die Epikrise und der Vorschlag für nachfolgende, postrehabilitative Maßnahmen zugrunde gelegt. Die Durchsicht erbrachte folgendes Ergebnis: Der höchste Prozentsatz einer Berücksichtigung sexualmedizinischer Fragestellungen fand sich in ärztlichen Entlassungsberichten aus neurologischen Kliniken, von denen in 44, 2% (31 von 70) entsprechende Informationen über anamnestic, diagnostische und therapeutische Vorgehensweisen enthalten waren. Die 235 ärztlichen Entlassungsberichte aus psychosomatischen Fachkliniken weisen in 52 Fällen (22.1%) sexualmedizinische Erkenntnisse auf, gefolgt von kardiologischen Rehabilitationsmaßnahmen; bei 16 der 90 Patienten (17,8%) fanden sich entsprechende spezifische Störungsbilder mit somatischer oder psychotherapeutischer Betreuung. 15 der 260 Patienten aus rheumatologischen/orthopädischen Rehabilitationskliniken (5,8%) litten nach den Darstellungen der ärztlichen Entlassungsberichte an sexuellen Störungen, die eine

Beratung oder Therapie zur Folge hatten. Am geringsten war möglicherweise die Prävalenz sexueller Störungen in dem Kollektiv der Suchtpatienten; 34 (3,9%) von 880 Patienten litten, ausgehend von den umfassenden, synoptischen und epikritischen ärztlichen Entlassungsberichten an funktionellen Störungen. Für eine Paraphilie fanden sich in keinem Arztbrief Hinweise.

C. In den Jahren 1994 bis 1999 wurden insgesamt 920 sozialmedizinische Gutachten, von denen 686 (74,6%) von niedergelassenen, externen Fachärzten und die verbliebenen 234 von medizinischen Sachverständigen des Sozialmedizinischen Dienstes der Landesversicherungsanstalt (LVA) Württemberg angefertigt worden waren, unter der Fragestellung durchgesehen, inwieweit eine Sexualanamnese erhoben und/oder entsprechende Störungen bei der aktuellen Anamnese oder bei den Diagnosen berücksichtigt wurden, wobei sozialmedizinische Gutachter, im Sinne einer synoptischen Gesamtbetrachtung, alle medizinisch relevanten Aspekte zu berücksichtigen und im Hinblick auf die Fragestellungen zu bewerten haben. Während sich in 71 der 340 neurologisch-psychiatrischen Gutachten (20,9%) zumindest Hinweise darauf fanden, daß die Sexualität nachgefragt und berücksichtigt wurde, erreichte dieser Prozentsatz bei allgemein-/ internmedizinischen und orthopädisch-rheumatologischen Gutachten einen vergleichbaren Wert von 4,2% (13 von 310 Gutachten) beziehungsweise 4,1% (11 von 270 Gutachten).

D. 121 Patienten (davon 43 [36%] Frauen) wurden wegen unterschiedlicher sozialmedizinischer Fragestellungen im Zeitraum bis zu 12 Monaten nach Abschluß einer medizinischen Rehabilitation in den Jahren 1994 bis 1999 persönlich nachbegutachtet. Unabhängig von der Beantwortung der gutachtlichen Fragestellungen diente die postrehabilitative Exploration der Beantwortung erweiterter Fragestellungen außerhalb des Gutachtauftrages:

- ▶ In welcher Form wurde eine spezifische Weiterbetreuung während der Rehabilitation für den Zeitraum danach unter ambulanten Bedingungen initiiert?
- ▶ In welcher Intensität (Frequenz, Dauer) wurden Hilfestellungen bei der Krankheitsbewältigung (Coping) während der Rehabilitation angeboten und realisiert?
- ▶ In welcher Form fanden auf psycho- und soziotherapeutischem Fachgebiet Einzel- und Gruppenpsychotherapie, indikative Gruppen, Schulungen, Aufklärungen, Konsultationen und Informationsveranstaltungen statt?
- ▶ Inwieweit wurden sexualmedizinische Fragestellungen bei der Erhebung der Anamnese berücksichtigt und führten zu einer Einbeziehung in das rehabilitative Therapiesetting?

Diese Fragen wurden in Form eines halbstrukturierten Interviews gestellt und die entsprechenden Antworten dokumentiert. Gleichzeitig wurden allgemeine Kriterien der Qualität und des Standards rehabilitativer Maßnahmen abgefragt, um zu entscheiden, inwieweit die Angaben dieses Patientenkollektivs glaubhaft, plausibel und konkludent waren. Im Einzelnen wurde nach der Zufriedenheit mit dem therapeutischen Rehabilitationsteam, dem Therapieschema und der Therapiedurchführung sowie mit dem „Hotelanteil“ der Rehabilitation gefragt; desweiteren wurden die sozialrechtlichen Ausgangsbedingungen eruiert, die Akzeptanz der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung nachgefragt und erfragt, inwieweit es tatsächlich während der Rehabilitation zu einer Linderung der Symptome kam und wie lange diese angehalten hat.

Diese Plausibilitätskontrolle ergab in 91% eine uneingeschränkte oder hohe Zufriedenheit mit dem Rehabilitationsteam, in 74% mit dem Therapieschema, in 82% mit der The-

rapiedurchführung und in 87% mit dem Bereich Unterbringung, Verpflegung und Ambiente innerhalb der stationären Rehabilitationseinrichtung. 69% der befragten 121 Versicherten waren mit der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung einverstanden, 16% hatten ein Widerspruchs- und Klageverfahren eingeleitet; bei 67% kam es zu einer wesentlichen oder vollständigen Besserung der Symptome, die bei 38% der 94 Rehabilitanden auch poststationär zumindest 6 Monate angehalten hat, deren Maßnahme wenigstens 6 Monate zurücklag.

92 der 121 Patienten (76.0%) litten an funktionellen Sexualstörungen, der Prozentsatz war bei Frauen mit 60.5% (26 von 43 Patienten) geringer als bei den 78 Männern, von denen 66 (84.6%) betroffen waren. Bei den 26 Patientinnen überwogen Appetenzstörungen (n = 11) gegenüber dem Vaginismus (7), der Anorgasmie (4) und der Algopareunie (4). Die 66 männlichen Patienten litten vorrangig an Erektionsstörungen (n = 47), gefolgt von sexuellen Appetenzstörungen (11), Störungen der Ejaculation (4) und der Algopareunie (4).

19% dieser Versicherten bestätigten, daß bei der Anamnese oder späteren Visiten sexualmedizinische Aspekte von den behandelnden ÄrztInnen oder DiplompsychologInnen sowie den supervidierenden Oberärzten und Leitenden Ärzten angesprochen worden seien. 14% gaben an, daß entsprechende Problemfelder bei psychologischen und psychotherapeutischen Einzelgesprächen zusätzlich thematisiert wurden oder werden konnten. 9% der Patienten bestätigten das allgemeine Angebot sexualspezifischer Gruppen.

Im Vordergrund der rehabilitativen Indikationen standen Rheumatologie/Orthopädie (32%), Psychosomatik (26%), Kardiologie (17%), Suchtmedizin (14%) und Onkologie (11%).

E. 171 persönlich angefertigte sozialmedizinische Gutachten mit den drei Diagnosen degenerative Lendenwirbelsyndrome ohne radikuläre oder spinale Läsion mit pseudoradikulären Syndromen (n= 63), depressive Syndrome (n=51) sowie anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und Somatisierungsstörungen (n= 57) männlicher Probanden zwischen 35 und 65 Lebensjahren wurden, da alle diese Gutachten eine ausführliche Sexualanamnese enthielten, die von dem Autor nach einem standardisierten Anamnesebogen erhoben wurde, daraufhin durchgesehen, inwieweit diese Probanden an einer erektilen Dysfunktion litten. Als Vergleichsgruppen wurden 58 männliche Delinquenten ausgewählt, die eine vergleichbare Altersverteilung aufwiesen und weder in der Vergangenheit noch aktuell wegen Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung in Erscheinung getreten waren; bei allen 229 Patienten konnten eine Störung der Sexualpräferenz (Paraphilie) und eine neurologische Erkrankung exkludiert werden. In der Gruppe der degenerativen LWS-Syndrome erreichte der Prozentsatz der erektilen Dysfunktion 76,2%, im Kollektiv der depressiven Störung 84,3% und in der dritten Gruppe der Somatisierungsstörung und anhaltenden somatoformen Schmerzstörung 89,5%. Im Gegensatz dazu beklagten nur 10,3% der Delinquenten mit vergleichbarer Altersstruktur eine erektile Dysfunktion. Dieser Unterschied war signifikant, ebenso aber auch der Unterschied zwischen den degenerativen Lendenwirbelsäulensyndromen einerseits und den Somatisierungsstörungen andererseits (Tabelle 1).

F. In einer prospektiven Untersuchung wurden in den Jahren 1998 bis 1999 34 Patientinnen und 27 Patienten wegen vorrangiger Fragen nach der beruflichen Leistungsfähigkeit (Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit – SGB VI), wegen Fragestellung nach dem Schwerbehindertengesetz (Höhe des GdB, Nachteilsausgleichsmerkmale) und im Hin-

Tab. 1: Häufigkeit der erektilen Dysfunktion in 4 Probandengruppen mit 229 Männern im Alter zwischen 35 und 65 Jahren

	ED	keine ED	n	Alter X Range
degenerative LWS-Syn- drome ohne neuro- logische Störungen	48 76.2%	15	63	51.4 (38 – 62)
Depressionen	43 84.3%	8	51	47.1 (35 – 59)
Somatoforme Störungen	51 89.5%	6	57	45.8 (35 – 59)
Delinquenten (keine Sexualdelikte)	6 10.3%	52	58	47.3 (35 – 63)

blick auf die Feststellung, inwieweit eine Berufsunfähigkeit nach den Kriterien der privaten Assekuranz (Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, BGB) vorlag, begutachtet; einzelne Gutachten sollten Stellung beziehen zur Frage der Existenz einer Berufskrankheit oder zu Folgen eines Arbeitsunfalls bzw. zur differentiellen Rehabilitationsbedürftigkeit (SGB V/VI). Diese Patienten litten entweder an degenerativen LWS-Syndromen ohne neurologische Störungen, an Depressionen oder an Somatisierungsstörungen. Einzelheiten sind der Tabelle 2 zu entnehmen. Während die männlichen Probanden ausschließlich die Diagnose der erektilen Dysfunktion aufwiesen, war das Spektrum sexueller Störungen bei Frauen mit Algopareunie, Vaginismus, Appetenzstörung und Anorgasmie differenzierter. Auffällig ist ebenfalls der hohe Prozentsatz funktioneller Sexualstörungen bei beiden Geschlechtern, wobei Patienten mit einer Somatisierungsstörung beziehungsweise anhaltenden somatoformen Schmerzstörung häufiger betroffen als Patienten mit degenerativen LWS-Syndromen waren. Bei allen 61 Patienten konnte aufgrund der aktuellen Sexualanamnese und der kriminologischen Vorgeschichte eine Paraphilie exkludiert werden.

Ausgehend von den Normwerten lagen die Mittelwerte in der Skala 5 der FKKS (SSEX, Sexualität) im Durchschnitt und entsprachen einem neutralen Körperkonzept im Bereich Sexualität, wobei allerdings die Medianwerte unter den Werten für Vergleichskollektive im Manual zum FKKS (Deusinger 1998) lagen. Einzelne Patienten wiesen aber ein negatives Körperkonzept im Bereich Sexualität auf (s. Tabelle 3).

Der KEED war bezüglich Item 11 bis Item 16 bei einem „Cutoff“ des Gesamtscores von 17 in der Lage, 26 der 27 Fälle einer klinisch verifizierten erektilen Dysfunktion zu erkennen; das entspricht einer Sensitivität von 96.3%. Das synoptische Item 17 bestätigte dieses Ergebnis; die psychopathometrischen Untersuchungsergebnisse stimmen mit der klinisch gestellten Diagnose einer erektilen Dysfunktion überein.

Tab. 2: Sozial- und sexualmedizinische Ergebnisse der prospektiven Studie von 61 Gutachten (1998/1999)

Gutachtliche Fragestellungen:			
▶ Erwerbsfähigkeit	(BU, EU – SGB VI)		34
▶ Schwerbehinderung	(GdB – SchwbG)		13
▶ Berufsunfähigkeit	(BUZ – BGB)		11
▶ Rehabilitationsbedürftigkeit	(SGB VI, V)		1
▶ Berufskrankheit	(MdE – SGB VII)		1
▶ Arbeitsunfallfolgen	(MdE – SGB VII)		1
Sozialmedizinisch relevante Erstdiagnosen:		Funktionelle Sexualstörungen:	
I.	Degenerative LWS-Syndrome	23	18 (78.3 %)
II.	Depressionen	20	16 (80.0 %)
III.	Somatisierungsstörungen	18	17 (94.4 %)
34 Frauen: x = 48.3 Jahre		(37 – 58)	
Sexualfunktionsstörungen:		71 % (n = 24)	
▶	7 Algopareunie	(29 %)	
▶	6 Appetenzstörung	(25 %)	
▶	6 Vaginismus	(25 %)	
▶	5 Anorgasmie	(21 %)	
27 Männer: x = 53.8 Jahre		(42 – 61)	
Sexualfunktionsstörungen:			
▶	Erektile Dysfunktion	100 % (n = 27)	

Tab. 3: Ergebnisse der Psychopathometrie für KEED und FKKS

KEED (27 Männer)

	Item 11 – 16		Item 17	
	≤ 17	> 17	≤ 2	> 2
I.	1	10	0	11
II.	0	9	0	9
III.	0	7	0	7

FKKS (61 Patienten)

	Median	Minimum	Maximum
I.	21.4	10	29
II.	19.8	9	28
III.	21.9	11	30

Diskussion

Ausgehend von der schriftlichen Form der Klinik- und Therapiekonzepte werden in rehabilitativen Einrichtungen nur zum Teil sexualmedizinische Fragestellungen im therapeutischen Setting berücksichtigt und aufgeführt, allerdings ohne Zugrundelegung der Erfahrung und Überlegung, daß nicht jede angebotene und durchgeführte Behandlungsform, die Patienten im individuellen Einzelfall zur Verfügung gestellt wird, auch Eingang in die allgemein gehaltenen Konzepte finden wird. Andererseits erstaunt der gefundene geringe Wert von 30% bei der Durchsicht von Klinikkonzepten insofern, als doch sehr viele Rehabilitationskliniken annähernd das gleiche Patientengut betreuen, in dem degenerative Wirbelsäulenerkrankungen, kardiologische und neurologische Krankheitsbilder sehr oft mit psychosomatischen Störungen assoziiert sind und sich alle Kliniken in einer zum Teil erheblichen Konkurrenzsituation befinden, in der diese oft den Versuch unternehmen, sich von Mitkonkurrenten und Nachbarkliniken durch therapeutische Besonderheiten zu differenzieren und abzugrenzen.

Die stärkste Berücksichtigung scheint die Sexualmedizin in den neurologischen Rehabilitationskliniken zu finden, da die dort tätigen Mediziner und Therapeuten am ehesten sowohl den somatischen als auch den psychischen Aspekt der Medizin sehen und parallel umzusetzen gewöhnt sind, nachdem viele neurologische Erkrankungen mit zerebralen organischen Beeinträchtigungen einerseits und/oder Anpassungsstörungen (psychogene Reaktionen) andererseits assoziiert sind. Den zweiten Schwerpunkt bildet die psychosomatische Rehabilitation, gefolgt von der kardiologischen Rehabilitation. Erstaunlich gering dagegen ist der Prozentsatz im Bereich Rheumatologie (Orthopädie) und Suchtmedizin. Dieses erstaunt um so mehr, als der Prozentsatz der erektilen Dysfunktion oder andersartiger funktioneller Sexualstörungen im rheumatologischen Bereich annähernd so hoch ist, wie in der Psychosomatik, ausgehend von den Untersuchungsergebnissen dieser explorativen Untersuchung. Einschränkend ist aber auszuführen, daß möglicherweise nicht alle durchgeführten therapeutischen Maßnahmen und Erfolge in ärztlichen Entlassungsberichten dokumentiert werden.

In der gutachtlich tätigen Sozialmedizin mit persönlicher Begutachtung der Probanden scheinen sexualmedizinische Fragestellungen bisher keine Relevanz zu besitzen, obwohl es sich dabei um die Versicherten handelt, die aufgrund der Geschlechts-, Alters- und Diagnosenstruktur vorrangig medizinische Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch nehmen. Mit einem fünffach höheren Faktor finden sich aber in neurologisch-psychiatrischen Gutachten Hinweise auf eine Sexualanamnese.

Die retrospektive explorative Analyse des tatsächlich erfolgten rehabilitativen Geschehens führt zu der Einschätzung, daß der aus den Konzepten gewonnene Eindruck wahrscheinlich der Realität entspricht. 76% dieser Patienten wiesen funktionelle Sexualstörungen auf, die Therapieangebote wurden bei Nachfragen von diesen Patienten aber als unzureichend geschildert und bewertet. Die dem halbstandardisierten Interview zugrundeliegenden Fragen zur Plausibilitätskontrolle des rehabilitativen Geschehens und der damit im Zusammenhang stehenden Umstände weisen auf die Glaubwürdigkeit der Angaben hin, da die Patienten an sich mit der Durchführung und den äußeren Gegebenheiten der Rehabilitation, mit dem Therapieerfolg und dem sozialmedizinischen Beurteilungsergebnis zufrieden waren. Eine oft beobachtete generelle Ablehnung der Rehabili-

tation war nicht erkennbar. Als Erklärung für dieses günstige Ergebnis kann gegebenenfalls der geringe Prozentsatz von „Rentenbewerbern“ angesehen werden.

Mit 76 bis 89% war der Prozentsatz der erektilen Dysfunktion in der retrospektiven Untersuchung als modifizierter Fall-Kontroll-Studie bei den drei selektierten Patientengruppen mit degenerativen Lendenwirbelsäulensyndromen ohne neurologische Störung, bei depressiven Erkrankungen und Somatisierungsstörungen/anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen erstaunlich hoch und wurde bisher in dieser Form nicht publiziert. Diese Ergebnisse erfahren eine Bestätigung durch die Befunde in der prospektiven Untersuchung unter Einschluß von 61 Patienten beiderlei Geschlechts, die in den Jahren 1998 bis 1999 unter ergänzender Berücksichtigung testpsychologischer Untersuchungen durchgeführt wurde; erst seit 1998 sind der KEED und die FKKS verfügbar. Die Ergebnisse stimmen mit denen überein, die an den 4 Patientengruppen der retrospektiven Untersuchung erhoben wurden, wobei die psychogenen Störungen und Erkrankungen mit einer weiteren Steigerung der Frequenz funktioneller Sexualstörungen in Relation zu chronischen Rückenschmerzsyndromen bei beiden Geschlechtern verbunden sind.

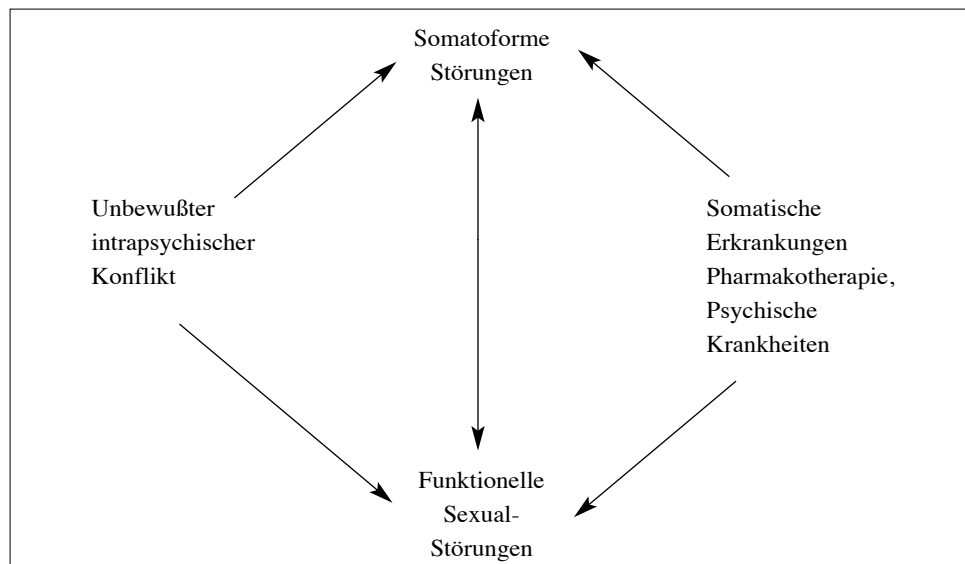
Nach den Ergebnissen dieser Untersuchung stellen die Sexualanamnese und klinische explorative Untersuchung weiterhin das entscheidende diagnostische Instrument dar, durch das, insbesondere nach einer Vertrauensbildung zu dem Gesprächspartner, funktionelle Sexualstörungen verifiziert werden können. Der Kölner Erfassungsbogen der erektilen Dysfunktion ist als Erfassungsinstrument und Ergänzung der Anamnese sicherlich sinnvoll, wobei er in dieser Untersuchung alle Patienten mit einer erektilen Dysfunktion identifizierte, bei denen diese auch klinisch festgestellt worden war. Die Psychopathometrie ist generell als diagnostische Ergänzung im Hinblick auf Fragen der Persönlichkeitsstruktur, der Hirnorganizität, der psychosomatischen Reaktionsbildung, der Selbst- und Körperkonzeptbildung sowie der depressiven Entwicklung erforderlich, wobei unter differentialtherapeutischen Fragestellungen auch Outcome-Messungen möglich sind. Die Skala 5 der Frankfurter Körperkonzeptskalen scheint aber bei Fragestellungen der Sexual-, Rehabilitations- und Sozialmedizin im Vergleich zu der Gesamtfassung der FKKS mit ihren 9 Subskalen weniger Hilfestellungen anzubieten, da die 6 Items im Hinblick auf funktionelle Sexualstörungen relativ unspezifisch sind.

Nachdem die medizinische Rehabilitation auf einem biopsychosozialen Arbeitsmodell basiert, das bezüglich zahlreicher Aspekte bei Schädigungen (impairments), Funktions- und Fähigkeitsstörungen (disabilities) und sozialen Beeinträchtigungen (handicaps) erfolgreich umgesetzt wird, besteht ein erheblicher Nachholbedarf der Einbeziehung sexualmedizinischer Fragestellungen in das therapeutische, rehabilitative Geschehen in den untersuchten Fachgebieten Orthopädie/Rheumatologie, Onkologie, Suchtmedizin, Kardiologie und Psychosomatik/Psychiatrie, da die Sexualität ein integraler Bestandteil der biopsychosozialen Existenz jedes Individuums ist, von dem das subjektive Wohlbefinden und die Lebensqualität mitbestimmt werden.

Obwohl die Untersuchungsbefunde bezüglich Frequenz, Art und Geschlechtsverteilung der funktionellen Sexualstörungen nicht repräsentativ für die Allgemeinbevölkerung sind, erlauben sie dennoch die Aussage, daß bei einem hohen Prozentsatz der Rehabilitanden im Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Rentenversicherung diese Störungsbilder existieren und beim männlichen Geschlecht eindeutig überwiegen. Bei Männern wird überwiegend die Diagnose einer ED gestellt, Patientinnen weisen ein weit gefächerteres Diagnosespektrum auf. Nach den Analysenergebnissen und Interpretationen ist in einzel-

nen Kliniken eine Überarbeitung der therapeutischen Konzepte indiziert, um dem Versorgungsauftrag gerecht zu werden und die Möglichkeiten der mehrdimensionalen Therapie in einem strukturierten, meist außerhalb des psychosozialen Lebensraums gelegenen Rahmen im Interesse der Patienten wahrzunehmen. Dazu gehören nicht nur die Ansprache denkbarer Probleme und Konflikte in der Sexualität, sondern auch die Be- und Aufarbeitung unter Einbeziehung der Partner, die ohnehin den Rehabilitanden oft begleiten oder zumindest an Wochenenden besuchen und indirekt von der behindernden Krankheit betroffen sind. Das professionelle Gespräch mit dem Paar, aber auch die Vermittlung der therapeutischen Erfahrung, daß eine Adaptation an Funktionsdefizite und die Erlernung von Coping-Mechanismen den somato-psychischen Zustand und die psychosoziale Perspektive verbessern werden, beeinflußt auch die Qualität einer partnerschaftlichen und sexuellen Beziehung günstig. Diese Einschätzung erfolgt ungeachtet der Tatsache, daß die Rolle einer Partnerschaft bei der Krankheitsbewältigung und die Rolle der Sexualität bei den jeweiligen Störungen wissenschaftlich weitgehend ungeklärt ist. Als Ziel der Rehabilitation kann somit aus sexualtherapeutischer Sicht die zunehmende Verarbeitung der somato- und psychosexuellen Funktions- und Erlebniseinschränkung und die Vermittlung alternativer und adaptierter Möglichkeiten sexuellen Erlebens definiert werden. Möglicherweise bedeutet das Ansprechen von Fragen der Sexualität in den vermeintlich vorrangig somatischen Fächern wie Orthopädie, Rheumatologie oder Kardiologie auch, daß über diesen Bereich ein psychosozialer Zugang gelingt, der ansonsten schon bei der Erwähnung einer Psychogenese der somatisch imponierenden Symptome strikt abgelehnt wird. Eine theoretisch denkbare Verursachung von funktionellen Sexualstörungen, die organisch nicht oder nur teilweise erklärt werden können, stellt Abbildung 1 dar.

Abb. 1: Ätiopathogenetischer Zusammenhang zwischen Störungen differenter Genese und Sexualfunktionsstörungen



Nicht zuletzt leistet die Rehabilitation in Folge des limitierten, ihr zur Verfügung stehenden Zeitraums von durchschnittlich 3 bis 6 Wochen die Weichenstellung für die ambulante Weiterbetreuung und die „Nachsorge“. Bezogen auf funktionelle Sexualstörungen bedeutet das gegebenenfalls die Überweisung an spezialisierte Fachärzte und Therapeuten nach Entwicklung eines perspektivisch angelegten Therapieplans.

Literatur

- Arentewicz, G.; Schmidt, G. (1993): Sexuell gestörte Beziehungen. Stuttgart: Enke, 3. Aufl.
- Bräutigam, W.; Clement, U (1989): Sexualmedizin im Grundriß. Stuttgart: Thieme, 3. Aufl.
- Braun, M.; Klotz, Th.; Reifenrath, B; Wassmer, G.; Engelmann, U. (1998): „KEED“ – erster deutschsprachig validierter Fragebogen zur Erfassung der männlichen sexuellen Funktion. Aktuelle Urologie 29: 300 – 305.
- Dellbrück, H.; Haupt, E. (1999): Rehabilitationsmedizin. München: Urban & Schwarzenberg, 2. Aufl.
- Deusinger, J.M. (1998): Die Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS). Göttingen: Hogrefe.
- Hoyndorf, S.; Reinhold, M.; Cristmann, F. (1995): Behandlung sexueller Störungen Weinheim: Beltz.
- Koch, U.; Lucius-Hoene, G.; Stegie, R. (1988): Handbuch der Rehabilitationspsychologie. Berlin: Springer.
- Sigusch, V. (1996): Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. Stuttgart: Thieme.
- Strauss, B. (1998): Psychotherapie der Sexualstörungen. Stuttgart: Thieme.

Anschrift des Autors

Dr. med. Ralph-M. Schulte, Ministerialrat, Chefarzt des Landeskrankenhauses für Forensische Psychiatrie, Schnöggersburger Weg 60, 39599 Uchtspringe/Altmark

Die Exzision der Vulva. Ein gesellschaftliches Konzept zur Normierung sexuellen Verhaltens

Excision of the Vulva. A social concept to standardize sexual behavior

A. Peller

Zusammenfassung

In mehr als 30 Ländern des afrikanischen Kontinents wird das Ritual der weiblichen genitalen Exzision praktiziert. Entgegen der westlichen Wertung der Operation als „Verstümmelung“ definiert sich dieser rite du passage aus der emischen Perspektive einer traditionellen Kultur heraus eher als ein soziotherapeutischer Eingriff, durchgeführt, um dem weiblichen Individuum die notwendige Sozialisation in seiner Gesellschaft zu gewährleisten. Ohne diese verdeckte Markierung in Form von Schmerz und Verwundung würde der Körper, aber vor allem Dinge das Verhalten der Frau von ihrem sozialen Umfeld als abnorm bewertet werden. Das Fallbeispiel der Ethnie der Arbore/Äthiopien zeigt aus kulturrelativistischer Sicht, wie hier sittliches Verhalten und sexuelle Integrität über die Exzision definiert werden. Weiterhin wird aufgezeigt, daß bei den Frauen trotz der umfangreichen Gewebeentfernung positive Empfindungen beim Sexualverkehr bestehen. Diese Erkenntnisse sollen die wissenschaftliche Diskussion dahingehend lenken, daß die Zukunft dieses gesundheitsbeeinträchtigenden Eingriffs nicht in dessen Verbot, sondern im Auffinden und Initiieren funktionaler Äquivalente liegt.

Schlüsselwörter: FGE (Female Genitale Excision), FGC (Female Genital Cutting), Infibulation, kulturelle Identität, biologisches und soziales Geschlecht

Abstract

The ritual of female genital excision is common in more than 30 countries of the African continent. Differing from the western valuation which determines the operation as „mutilation“, this rite du passage is considered from the emic perspective of a traditional culture more as sociotherapeutic intervention, carried out to guarantee the necessary socialization to the female individual in its society. Without this marker made of pain and injury the body and above all the behavior of the women would be appraised as abnormal from her society. From a culture-relativistic point of view, the case history of the ethnic group Arbore/Ethiopia shows, how moral behavior and sexual integrity here is determined by excision. In addition it will be demonstrated that women have positive feelings during intercourse in spite of the comprehensive removing of tissue. This understanding may lead the scientific discussion in that direction, that the future of this harmful intervention will not be its pure prohibition, but the finding and initiation of functional equivalents.

Keywords: FGE (Female Genitale Excision), FGC (Female Genital Cutting), Infibulation, cultural identity, Sex and Gender

1. Einleitung

Die kulturspezifischen Konzepte zur Normierung der Sexualität gestalten sich außerordentlich vielfältig. Ihre ungewöhnlichen Effekte können bei einem externen Betrachter auf Unverständnis stoßen. Oftmals wird die Frage nach dem Sinn, nach Brauch oder

Mißbrauch gestellt und Partei ergriffen. Auch oder gerade bei der *en vogue* Problematik der weiblichen genitalen Exzision rückt eine neutrale Betrachtung häufig in den Hintergrund. Das Thema ist außerordentlich stark emotionalisiert und das Ritual der Exzision erfährt durch die bedingungslose Übertragung eigener kultureller Normen auf andere, fremde Gesellschaften auf unwissenschaftliche Weise eine Bewertung und Verurteilung als „Verstümmelung“ oder „frauenfeindlich“.

Die zu dieser Thematik geführte Auseinandersetzung ist nicht zuletzt deshalb so emotionsgeladen, weil es um die intimsten Partien des weiblichen Körpers geht, was sich einige Autoren zunutze machen, um ihr Konzept eines Feminismus zu propagandieren, welches für alle Kulturen gleichsam gültig sein soll. Es ist auffallend, daß Kritik und Empörung zum Großteil aus dem europäischen und nordamerikanischen Raum herrühren, Gebieten also, die bei der Exzision als ritualisierten operativen Eingriff ohne medizinische Indikation einem kulturfremden Phänomen gegenüberstehen. Es ist weiterhin auffallend, daß andere Rituale, die ebenfalls mit der Amputation von Körper- oder Gewebeteilen verbunden sind, sich jedoch nicht auf Teile der Geschlechtsorgane beziehen, in den Medien nicht die gleiche Aufmerksamkeit erlangen können.¹

Bei der Thematik der Exzision werden Fragen zur Sexualität, Zivilcourage, Geschlechterbeziehung, zur Gesundheit und zum Kulturrelativismus aufgeworfen. Die nachfolgend beschriebenen spezifischen Konzepte zur gesellschaftlichen Normierung der Sexualität, die eng mit der weiblichen Sozialisation verbunden sind, sollen eine Diskussionsgrundlage geben, welche auch die emische² Perspektive einer die weibliche genitale Exzision praktizierenden Ethnie mit einbezieht. Es soll aufgezeigt werden, daß hier der Schmerz ein bewußt eingesetztes Mittel der Markierung darstellt, wobei die möglichen gesundheitlichen Risiken als sekundär angesehen werden, denn ein Nichteinhalten der Norm der Exzision bedeutet mit Sicherheit den sozialen Tod des Individuums. Basis dieser Untersuchung bilden die Feldforschungen bei den Arbore/Äthiopiern aus den Jahren 1993 bis 1999.

1.1. Forschungsansatz und Methodik

Neben dem Beherrschen der Sprache ist eine sich entwickelnde Selbstverständlichkeit, mit der während der ethnologischen Feldforschung Fragen gestellt, angehört und beantwortet werden, generelle Voraussetzung für das kontinuierliche Erlangen nützlicher Informationen. Bei der ersten Feldforschung 1993 wurde mir vom Ältestenrat der Arbore eine *bamira* [beste Freundin, Gefährtin, Sinnesschwester, Beschützerin] zugeteilt. Zu bemerken ist, daß die Institution einer *bamira* fester und gebräuchlicher Bestandteil in der Kultur der Arbore ist, den alle unverheirateten Mädchen nutzen. Durch diese angewiesene Freundschaft wurde mir eine soziale Position zugewiesen, was mir wiederum die Integration in die traditionale Gesellschaft ermöglichte. Dadurch war es möglich, bei den

¹ Ein Beispiel dafür bietet ein Traueritual der Dani/Neuguinea. Beim Tod einer nahestehenden Person schneiden die Betroffenen sich selbst oder einem jungen Mädchen ein Fingerglied ab, um so ihren Schmerz über den Verlust bildlich werden zu lassen (Rainer 1998).

² Emisch/etisch sind dualistische Begriffe, welche unterschiedliche Ausgangspositionen zur Beschreibung von Phänomenen in Kulturen oder Gruppen definieren. Die emische Perspektive kennzeichnet die Innenansicht, das Selbstverständnis einer Kultur, der das untersuchte Thema aktiv eigen ist. Demgegenüber wird über die etische Perspektive die externe Sichtweise des Betrachters aus einer anderen Kultur definiert, der ein ihm fremdes Phänomen interpretiert und die ihm eigenen Kategorien dafür benutzt (Pike 1971, Geertz 1995).

empirischen Forschungen zur Thematik der Exzision die sonst bestehende Distanz zu den Betroffenen zu überwinden.

Als eine der wichtigsten Methoden der Feldforschungen diente die teilnehmende Beobachtung. Die hierbei gezielt oder auch zufällig gemachten Eindrücke wurden, meist in abendlichen Gesprächsrunden, bei unterschiedlichen Informanten hinterfragt. Die Interviews zu grundlegenden Problemen wurden mehrmals und mit verschiedenen Personen durchgeführt, um eine subjektive Prägung der Information zu reduzieren und um einer Verallgemeinerung der Aussage die notwendige Gültigkeit zu geben. Aus dieser qualitativen Analyse heraus hat sich ein hermeneutischer Forschungsansatz entwickelt. Die wichtigsten zu beantwortenden Fragen bezüglich der Exzision waren, wie die Betroffenen selbst den operativen Eingriff definieren und welche unterschiedlichen Sichtweisen hierzu existieren. Welche Differenzen bestehen zwischen der emischen und der etischen Perspektive, d.h. zwischen dem Selbstverständnis der Arbore, deren Kultur die rituelle Operation aktiv eigen ist und der Interpretation der Exzision von externer Sichtweise durch Betrachter wie mich, die hierbei durch den eigenen kulturellen Kontext ganz andere Norm- und Wertvorstellungen haben. Der kulturell relativierende Forschungsansatz soll dabei behilflich sein, diese Trennungslinie zu überwinden. Quantitative Analysen mittels Fragebögen wären zwar möglich gewesen, jedoch habe ich von dieser für die Arbore befremdliche Form Abstand genommen, da sie nicht effektiv und vor allen Dingen der Wahrheitsgehalt der Aussagen fragwürdig war. Als wichtige Ergänzung der Forschungsprotokolle hat sich die erstellte fotografische Dokumentation erwiesen. Bei der Auswertungen der Bilder sind zahlreiche Details aus der Kultur der Arbore sichtbar geworden. Letztlich sind die angefertigten Ton- und Videoaufnahmen sehr aufschlußreich zur Einschätzung der Gesamtsituation gewesen.

1.2. Definition der weiblichen genitalen Exzision

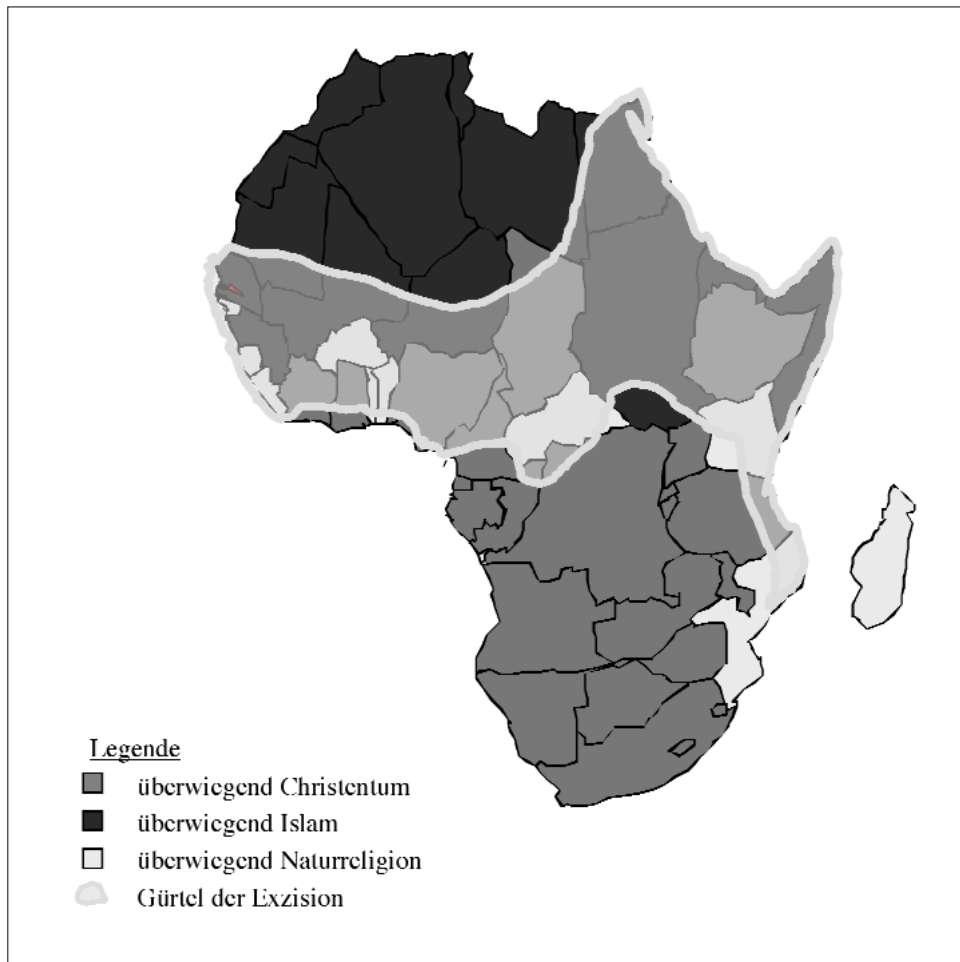
Grund für die Schwierigkeit einer allgemeingültigen Definition ist u.a., daß es kein einheitliches Ritual der genitalen Exzision gibt. Exzisionen werden sowohl im Säuglingsalter, als auch Jahre nach Abschluß der Pubertät vorgenommen. Sie werden überwiegend von Frauen, in einigen Fällen aber auch von Männern durchgeführt. Es kann langfristige Vorbereitungen für eine Zeremonie geben oder die Mädchen werden völlig unvorbereitet der Operation unterzogen und nach deren Beendigung sofort wieder zum Spielen in die Normalität geschickt (Folly 1993). Die Praxis der Exzision kennt keine Grenzen, weder geographische, religiöse noch soziale. Die einzige erkennbare Grenze ist die ethnische Gruppe selbst (s. Abb. 1).

Vom medizinisch-morphologischen Standpunkt aus können vier grundsätzliche Formen der weiblichen genitalen Exzision unterschieden werden. Allerdings treten häufig Überschneidungen auf, die eine klare Zuordnung zu einem Typus nicht möglich machen.

Sunna-Beschneidung

Das arabische Wort „Sunna“ bedeutet im weiterführenden Sinne „der Tradition Mohameds folgend“ (El Dareer 1982). Die sogenannte Sunna-Beschneidung stellt die leichteste Form der genitalen Operation mit geringen physischen Auswirkungen dar. Hier wird bei der Initiandin das Praeputium der Klitoris geritzt oder entfernt. Dieser Typus wäre als einziger als Pendant zur allgemein bekannten männlichen Beschneidung der Vorhaut zu

Abb. 1: Geographische Verbreitung der Exzision



sehen und kann im klassischen Sinne als eine Zirkumzision (*circumcidere* [lat.] rings umschneiden) bezeichnet werden. Aktuelle Dokumentationen über nachweisliche Sunna-Beschneidungen sind in der Literatur für den afrikanischen Kontinent nicht auffindbar, so daß zu vermuten ist, daß dieser Typus ausgesprochen selten praktiziert wird.

Klitoridektomie

Die oben beschriebene Form der milden Sunna-Beschneidung wird in einigen Ländern, wie beispielsweise Ägypten, in einer modifizierten Form durchgeführt. Diese umfaßt eine teilweise oder vollständige Entfernung der sichtbaren Klitoris. Zwar wird diese modifizierte Form von den Beteiligten weiterhin als „Sunna“ bezeichnet, stellt aber im medizinischen Sinne eine andere Kategorie der Exzision dar, die als eine Klitoridektomie charakterisiert werden muß.

Typus Exzision

Hier werden die gesamte sichtbare Klitoris, sowie die labia minora teilweise bis vollständig entfernt, weshalb zwischen einer partiellen und radikalen Exzision unterschieden wird. Es entsteht Narbengewebe, welches eine Reduktion der vaginalen Öffnung bewirken kann. Eine praktizierte Variante des Typus der Exzision ist die nur teilweise Amputation der Klitoris inklusive der partiellen bzw. gesamten Entfernung der labia minora. Mit über 80% der Fälle sind die Typen der Exzision und der Klitoridektomie die am weitesten verbreiteten Formen der rituellen Operation der Vulva (UNFPA 1998).

Infibulation

Die Infibulation¹ oder pharaonische Exzision ist die gravierendste Form der ritualisierten Ausschneidung der Vulva. Es wird davon ausgegangen, daß sie bei ca. 15% der betroffenen Frauen angewendet wird (Der Frauenarzt 1996). Hier werden Klitoris und labia minora vollständig entfernt. Zusätzlich werden die labia majora innen ausgeschabt oder gänzlich abgetrennt. Das übriggebliebene Gewebe wird über der vaginalen Öffnung zusammengenäht oder -gesteckt. Während des Heilungsprozesses werden der Initiandin mehrere Wochen die Beine an den Oberschenkeln zusammengebunden, um ein Aufplatzen der Wunde zu verhindern. Die Öffnungen für Harn und Menstruationsblut werden auf diese Weise restringiert und durch das entstehende Narbengewebe unelastisch. Um ein vollständiges Verschließen zu verhindern, wird während des Heilungsprozesses ein Platzhalter in die vaginale Öffnung gebracht.

1.3. Hypothesen zur Entstehung

Bei den Recherchen haben sich drei gängige Hypothesen über die Ursache der Exzision herauskristallisiert. Die erste beschreibt die Exzision als Ausdrucksform der männlichen Kontrolle über das sexuelle Vergnügen der Frau. Über die „Beschneidung“ der Vulva soll die weibliche Sexualität eingeschränkt und so vom Mann beherrschbar gemacht werden (Hosken 1993). Hierüber wird die männliche Dominanz gegenüber dem weiblichen Geschlecht gekennzeichnet und konsolidiert. Diese These ist u.a. deshalb fragwürdig, da durch den operativen Eingriff an der Vulva auch das sexuelle Vergnügen des Mannes, zum Teil sogar stark, beeinträchtigt wird. Die anschließend dargestellten Beobachtungen zu sexuellen Empfindungen der Männer der Arbore zeigen, was in der Literatur auch aufgezeigt, bei den Vertretern dieser These aber selten angewandt wird: Die Männer bemerken durchaus den Unterschied im Intimverkehr mit exzidierten und nicht-exzidierten Frauen und bevorzugen, wenn es um ihr eigenes sexuelles Vergnügen geht, den letzteren. Die zweite, pragmatisch anmutende Hypothese sieht die Ursache für die Entwicklung der Exzision in einer bewußt durchgeführten Bevölkerungskontrolle. Speziell durch die Typen der radikalen Exzision und der Infibulation sollen prämaritale Schwangerschaften verhindert und über die Eingrenzung des Zeitraums, in dem eine Konzeption legitimiert ist, das Bevölkerungswachstum gebremst werden. Es wird davon ausgegangen, daß deshalb die Typen der radikalen Exzision und Infibulation angeblich vorwiegend von Ethnien in Gebieten mit knappen Ressourcen durchgeführt werden. Begründet wird dies damit, daß hier die Versorgung einer unkontrolliert großen Anzahl von Kindern nicht gewährleistet wäre. Ein übermäßiges Bevölkerungswachstum würde die Existenz der ge-

¹ Das Wort leitet sich ab vom lateinischen Begriff fibula, der im Alten Rom eine Gewandspange bezeichnete.

samen Gesellschaft gefährden. Ein länderbezogener Vergleich des Anteils der exzidierten Frauen mit der Fertilitätsrate weist darauf hin, daß in afrikanischen Staaten, in denen die Exzision der Vulva nicht durchgeführt wird, die Fertilitätsrate nicht signifikant höher ist als in den Ländern, die zu einem großen Prozentsatz ihre Mädchen bzw. Frauen genital exzidieren (Peller 2000).

Schließlich existiert die These, der auch ich mich infolge der empirischen Daten anschließe, welche die Exzision als einen soziotherapeutischen Eingriff definiert. Hier wird die genitale Operation als Bestandteil eines *rite des passages* beschrieben, über welchen durch eine physische Repräsentation soziale Normen markiert und sichtbar gemacht werden. Übergangsrituale werden in allen Kulturen praktiziert und beinhalten in vielen Fällen das Element des Schmerzes, welches den Statuswechsel des Initianden für die anderen Mitglieder der Gruppe unmißverständlich kennzeichnet (Gennep 1986). Diese unverwechselbaren Markierungen formulieren den Körper eines Individuums als ein vergesellschaftetes Objekt. Bei der Exzision wird über eine physische Markierung und das Element des Schmerzes die sexuelle Integrität des Mädchens bestätigt. Noch weiter gefaßt ist der *rite du passage* Voraussetzung und Garantie für das weibliche Individuum, die einzelnen Sozialisationsstufen in seiner Gesellschaft zu bewältigen. Erst durch die Operation erhält das Mädchen oder die junge Frau die grundlegende Legitimation zur Heirat und Reproduktion. Daß die Umsetzung dieser Rechte zum überwiegenden Teil um Jahre nach hinten versetzt ist, ist hier kein Widerspruch.

Definition: Der Begriff „weibliche genitale Exzision“ beinhaltet diverse Varianten einer genitalen Operation, die an weiblichen Individuen in einer Altersspanne von wenigen Tagen nach der Geburt bis zum frühen Erwachsenenalter durchgeführt wird. Der operative Eingriff reicht von einem Anritzen der Klitorisvorhaut bis hin zur vollständigen Ausschneidung der Vulva einschließlich einem anschließenden künstlichen Restringieren der vaginalen Öffnung. Die Intention dieses *rite du passage* liegt im gesellschaftlichen Bereich. Über eine physische Markierung wird die Heiratsfähigkeit der Initiandin gekennzeichnet und ihr Statuswechsel für die Gemeinschaft kenntlich gemacht.

2. Ethnografische Einführung

Die Arbore sind kuschitischsprachige Agropastoralisten¹ im Bundesstaat Southern Nations im Südwesten Äthiopiens. „Ar“ bedeutet Bulle. „Bore“ ist das Land. Ihre Eigenbezeichnung bedeutet „Bullen [Herrscher i.ü.S.] des Landes“. Der Lebensraum dieser ca. 3500 Mitglieder umfassenden Ethnie ist durch die semiaride Dornensavanne und heiße Winde geprägt. Ihr Areal nördlich des Sees Chew Bahir befindet sich im Umland des Woito Flusses, der für die Arbore mit seinen periodischen Überschwemmungen die natürliche Basis ihrer Subsistenzökonomie bildet. Ernährungsgrundlage bieten Sorghum, Mais, ferner Bohnen und Wildfrüchte, sowie Ziegen und Schafe. Von den Rindern, die in erster Linie einen Prestigewert besitzen, werden überwiegend Milch und Blut genutzt. Das Siedlungsgebiet der Arbore unterteilt sich in vier Hauptdörfer. Jedes Dorf setzt sich

¹ Agropastoralismus kennzeichnet eine Wirtschaftsform, welche sowohl Feldbau, als auch Viehzucht beinhaltet. Bei der letztgenannten Tätigkeit ziehen die Hirten nahezu täglich mit ihren Herden auf der Suche nach Weideland und Wasser umher (Vgl. auch zur Weiterführung der ethnografischen Einführung, Miyawaki 1994ff, Wolde 1997).

aus zehn bis zwölf der exogamen Clans zusammen. Den Mittelpunkt bildet ein zentraler Dorfplatz, *nab*, um den herum sich die Hütten der einzelnen Clans sichelförmig anordnen. Hierbei ist die rechte Position als Symbol für Autorität und Stärke dem Clanchief vorbehalten. Die Dominanz von rechts gegenüber links setzt sich in anderen gesellschaftlichen Strukturen fort. Als Anhänger einer Naturreligion stellt *waqa* [Gott] für die Arbore die personifizierte allmächtige Macht dar, die über Recht, Frieden und Wohlergehen bestimmt.

Der gesellschaftliche Rhythmus wird durch Alters- und Generationsklassen inklusive der dazugehörigen Sozialisationsstufen bestimmt. Die Mitglieder der Arbore teilen sich in einzelne, clanübergreifende Generationsklassen auf, die sich wiederum jeweils aus vier Altersklassen zusammensetzen. In einer Altersklasse sind immer diejenigen Personen zusammengefaßt, deren Altersunterschied maximal neun Jahre beträgt. Aus der Zugehörigkeit zu Clan, Alters- und Generationsklasse leiten sich Heiratsnormen, sowie allgemeine Verhaltenskodizes ab. Aus diesem Grund ist die Möglichkeit der eindeutigen Klassifizierung der einzelnen Individuen enorm wichtig, denn nur so wird moralisches Handeln gewährleistet.

Die geschlechtliche Arbeitsteilung der Arbore bezieht sich nicht auf das Hüten der Tiere und die Feldarbeit, wodurch Kontakte zwischen Jugendlichen beiderlei Geschlechts als legitimiert gelten, vorausgesetzt sie grenzen den Bereich der Sexualität aus. Heiraten werden aufgrund gegenseitiger Zuneigung arrangiert und sind seitens des Bräutigams mit einem Braupreis in Form von Rindern, Ziegen und Schafen, Kaffee, Tabak und Honig verbunden. Die während des ersten Hochzeitsrituals *sud* [Heirat] stattfindende Exzision der Vulva stellt in der Region eine anthropologischen Konstante dar. Eine für die Diskussion ausgesprochen wichtige Ausnahme bilden die benachbarten Hamar, sowie die Nyangatom (Lydall 1979, Tornay, 1981).

3. Sittliches Verhalten – eine egalitäre Norm?

Diejenigen Verhaltensweisen, welche als sittlich empfunden werden, erfahren sowohl auf der individuellen, als auch der kulturellen Ebene eine differenzierte Bewertung. Jedoch ist den Kulturen gemeinsam, daß die Normen betreffend der Sittlichkeit im engen Zusammenhang mit der Sozialisationsstufe des betrachteten Individuums stehen. Diese Normen betreffen sowohl das äußere Erscheinungsbild, das Verhalten, als auch die Vorschriften bezüglich der sexuellen Aktivitäten. Durch spezifische Markierungen wird den (weiblichen) Individuen eine Sozialisationsstufe zugewiesen, aus der sich Verhaltenskodizes für Sittlichkeit ableiten. Die im folgenden aufgezeigten Beobachtungen bei den Arbore geben einen kurzen Einblick darüber, welches Verhältnis hier zur Sexualität besteht, welche Unterschiede zwischen normativ Geforderten und faktischem Handeln existieren und welche möglichen Wechselbeziehungen zwischen Exzision und Sexualität vorhanden sind. Betrachtet man die hier geschilderten einzelnen Beobachtungen im Zusammenhang, so wird der Eindruck verstärkt, daß die weibliche genitale Exzision ein gesellschaftliches Konzept ist, um sittlich integeres Verhalten zu normieren.

3.1. Weibliche Sozialisationsstufen der Arbore

Jede einzelne Etappe der Sozialisation ist von den Mädchen und Frauen in der festgeschriebenen chronologischen Reihenfolge zu absolvieren. Die Stufen können nicht über-

sprungen werden. Bei Fehlritten, beispielsweise durch eine Schwangerschaft als Unverheiratete, muß die Betreffende mit gesellschaftlichen Sanktionen bishin zum Ausschluß aus der Gemeinschaft rechnen. Nach einer indifferenten Phase als *morqo* wird das weibliche Individuum als *haraté* [Mädchen, Unverheiratete] bezeichnet. Hierfür ist kein spezielles Ritual erforderlich, ebensowenig wie besondere physische Merkmale. Mit der Stufe der *haraté* beginnt die Integration in den Arbeitsprozeß, häufig verbunden mit der Geburt eines jüngeren Geschwisterkindes, für welches ab jetzt das Mädchen in bestimmten Bereichen verantwortlich ist. Eine *haraté* wird, im Gegensatz zu *morqo*, außerhalb der Hütte bei einer definierten Grabstätte begraben. Dies ist ein Zeichen ihrer Individualität. Mit *sud* [Heirat], dem ersten Hochzeitsritual, wird die *haraté* durch die genitale Exzision im Alter von ca. 13 – 25 Jahren in die nächste Sozialisationsstufe initiiert. Ab diesem Zeitpunkt wird sie als *utanté* [Braut] bezeichnet. Die ritualisierte Operation wird durch den Typus der radikalen Exzision durchgeführt. Für die Initiandin folgt, verbunden mit dem Wohnortwechsel zu ihren Schwiegereltern, eine Prüfungsphase, in der sie ihre charakterlichen Vorzüge wie Fleiß und moralisches Verhalten beweisen muß. Während dieser „Ehe auf Probezeit“ bleibt sexueller Verkehr für das Brautpaar weiterhin tabu. Nach durchschnittlich sechs Monaten bis zwei Jahren folgt *min gussin* [Hausbau], das zweite Hochzeitsritual. Durch das Beziehen eines eigenen Hausstandes erhält die Braut hier die Legitimation zur Schwangerschaft. In der ersten gemeinsamen Nacht in der eigenen Heimstatt verliert sie unter Kontrolle der männlichen Öffentlichkeit ihre Jungfräulichkeit und wird im Nachhinein als *sallé* [Ehefrau] bezeichnet.

Abb. 2: *haraté*

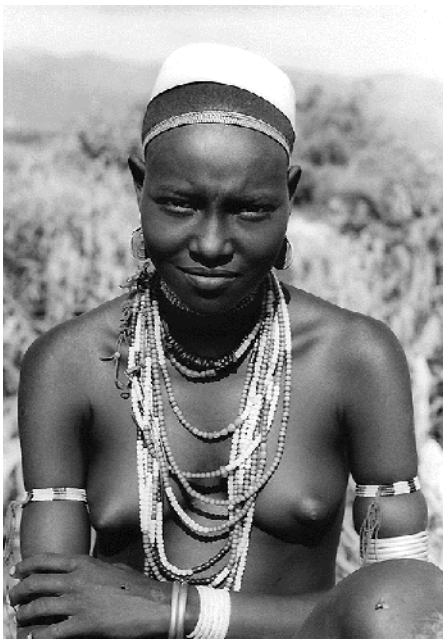
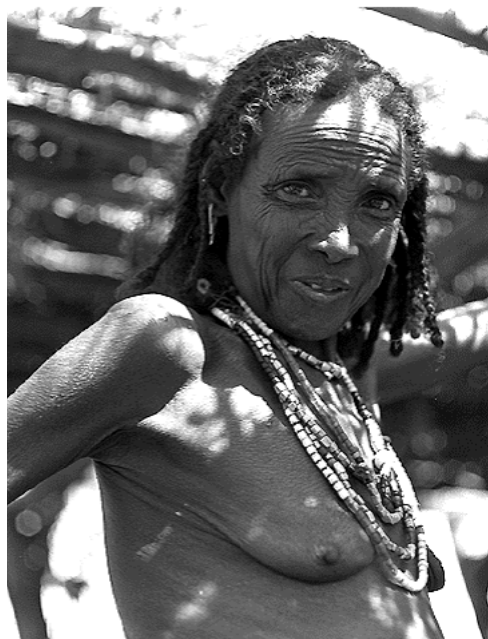


Abb. 3: *sallé*



3.1.1. Mittel der Markierung

Über die verschiedensten Symbole werden in Übergangsritualen Markierungen vorgenommen, die nach Abschluß der Modifikation anzeigen, daß ein Situationswandel eingetreten ist. Der Prozeß der Transformation soll durch besondere Techniken für Teilnehmer und Beobachter überzeugend vermittelt und real nachvollziehbar werden. Markierungen können sein:

- ▶ physischer Art, wie Tätowierungen oder das Abtrennen von Körperteilen,
- ▶ psychischer Art, wie das Bewältigen einer prüfungsähnlichen Situation,
- ▶ oder ökonomischer Art, wie die Bezahlung des Brautpreises.

Eine andere Unterteilung erfolgt über sichtbare (Wohnortwechsel, Änderung der Kleidung) und verdeckte (Blut, Schmerz, Narben) Markierungen (Vgl. Durkheim 1981). Häufig wird der Statuswechsel des Initianden auf den ersten Blick nicht sichtbar. Um dessen neue gesellschaftliche Stufe zu verdeutlichen, werden starke Symbole benötigt und auch benutzt. Schmerz als unangenehmes Sinneserlebnis oder Verwundungen sind solche starken Symbole. Die damit verbundenen Strapazen werden von den Initianden bzw. ihren Vormündern willentlich erstrebt, auch wenn sich die Erstgenannten teilweise im Vorfeld nicht über das gesamte Ausmaß im klaren sein können. Dieses Streben resultiert aus dem Verlangen, „normal“ sein zu wollen. Ziernarben, Schädeldeformationen, Piercing, Schmisse oder die Exzision sind nur einige Beispiele solcher schmerzhaften Zeichensetzungen unterschiedlicher Intensität, die der Markierung der Gruppenzugehörigkeit dienen. Der Körper ist das Medium, über welches sich die soziale Kontrolle und Karriere des Individuums offenbaren. Die Arbore nutzen, wie andere Gesellschaften auch, verschiedene Mittel, um den Status eines weiblichen Individuums zu kennzeichnen, wovon einige nachfolgend aufgelistet sind:

morqo [Kind]

soziales Geschlecht:	neutral
Körperbedeckung:	keine
Haare:	geschoren
Schmuck:	kaum, einzelne Ketten und Armreifen
verdeckte Marker:	Das Kind wird nicht als Individuum aufgefaßt.
Verhaltenskodizes:	ungezwungen, „Rinder und <i>morqo</i> sind ein und dasselbe.“

haraté [Unverheiratete]

soziales Geschlecht:	weiblich
Körperbedeckung:	Erst ein kurzer Lendenschurz, der später durch einen zweiteiligen knöchellangen Rock aus Leder ersetzt wird.
Haare:	geschoren
Schmuck:	Ohrschmuck, Stirnbänder aus Blättern, Stoff oder Perlen, diverse Perlenketten, Aluminiumarmreifen, selten Fingerringe. Zahlreiche eiserne Fußringe. Körperdekoration: Extraktion der unteren Schneidezähne. Dieses Ritual ist auf Grund seiner Schmerzhaftigkeit seit wenigen Jahren fakultativ, auf Wunsch genügt ein symbolisches Antippen der

- verdeckte Marker: Zähne. Als weiteres Schönheitsideal gelten eingeritzte sichelförmige Ziernarben an Bauch oder Oberarm.
Zahlreicher und schöner Schmuck weist auf einen Liebhaber hin und erhöht das Ansehen des Mädchens. Öffentliche ritualisierte Flirts beim Tanzen zeigen, daß die Mädchen noch ungebunden sind. Das spielerische Schlagen durch die Jungen mit einer Peitsche symbolisiert die Verteilung der Machtpositionen in späteren ehelichen Beziehungen.
- Verhaltenskodizes: Kontakte zwischen Jugendlichen beiderlei Geschlechts sind erlaubt. Durch gemeinsame Tätigkeiten wie das Rinderhüten werden diese sogar unterstützt. Mädchen und junge Männer tauschen Informationen aus und machen Scherze auf ihrem Weg. Es ist aber eine peinliche Situation, wenn *ka'im* [Geliebter] und *ka'imté* [Geliebte] bei offiziellen Gegebenheiten aufeinandertreffen. Solche Begegnungen sollten vermieden werden. Sexueller Kontakt wird als tabu bezeichnet. Schwangerschaften ziehen schwerwiegende soziale Konsequenzen nach sich.
- utanté** [Braut]; Liminalstatus
- soziales Geschlecht: weiblich
- Körperbedeckung: knielanger Rock aus grober Baumwolle, Cape aus Ziegenleder
- Haare: wachsend, offen
- Schmuck: Zunahme der Halsketten und Fingerringe, Gürtel aus Metallringen, Messing- und Aluminiumarmreifen, nur noch ein Eisenring pro Bein.
- verdeckte Marker: Exzision. Es herrscht eine starke Gruppendynamik unter den Bräuten. Das gemeinsame Erlebnis der Exzision verbindet sie stark. Ihr Auftreten ist selbstbewußt und häufig im Kollektiv. Es kommt zu einem Wohnortwechsel. Die Bräute stehen jetzt im Haus der Schwiegermutter im Mittelpunkt der Beobachtung und Kontrolle. Zunahme der Körperfülle durch ausgewählte Nahrung. Vermutlich soll durch die verbesserte körperliche Kondition auf zukünftige Schwangerschaften vorbereitet werden.
- Verhaltenskodizes: Die Braut muß sich im Haus der Schwiegermutter durch Fleiß und Sittsamkeit beweisen. Zweisamkeit zwischen dem Brautpaar ist statthaft, jedoch wird sexueller Kontakt mit der Braut weiterhin als tabu bezeichnet.
- sallé** [Ehefrau]
- soziales Geschlecht: weiblich
- Körperbedeckung: knielanger Rock aus grober Baumwolle
- Haare: schulterlang, geflochten
- Schmuck: Aluminiumarmreifen, ansonsten Abnahme von Schmuckelementen. Ketten werden nach und nach an die Töchter verschenkt.
Keine Fußringe

verdeckte Marker:	Erneuter Wohnortwechsel durch die Errichtung eines eigenen Hausstandes. Eigenverantwortlichkeit im Arbeitsalltag, speziell in der Organisation der Tätigkeiten. Kinder
Verhaltenskodizes:	Durch das zweite Hochzeitsritual erhalten die Frauen die Legitimation zur Schwangerschaft. Die Demonstration der ehelichen Zugehörigkeit ist statthaft, wobei in der Domäne des Hause dem Mann die rechte und der Frau die linke Position zugewiesen ist. Das öffentliche zur Schau stellen von Zärtlichkeiten bleibt verpönt. Eheliche Treue als Aspekt der Sittlichkeit wird offiziell propagandiert. Verheiratete Frauen dürfen nicht mehr melken.

Dieser kurze Überblick macht deutlich, wie vielfältig die sichtbaren und verdeckten Marker bei den Arbore sind, welche die Sozialisationsstufe des weiblichen Individuums anzeigen. In diesem Netzwerk ist das Übergangsritual der genitalen Exzision ein einzelner, jedoch ganz wesentlicher Bestandteil. Aber auch die Veränderungen der Kleidung und Frisur spielen eine wichtige Rolle, da sie für jedermann sichtbar sind. Hierdurch wird es für den Insider sofort möglich, die Zugehörigkeit des Mädchens oder der Frau zu einer bestimmten Sozialisationsstufe schnell zu definieren und die notwendigen Verhaltensregeln daraus abzuleiten. Ungewollten Verletzungen der Umgangsnormen wird dadurch vorgebeugt. Auffallend ist, daß die Arbore neben der optischen eine signifikante akustische Kennzeichnung vollziehen. Der Gang der *harallo* [Unverheirateten] klirrt bei jedem Schritt durch die zahlreichen eisernen Fußringe. Die Schritte einer *haraté* sind hörbar, sie kündigen ihren Weg an. Will sie unbemerkt an ein bestimmtes Ziel gelangen, muß sie das akustische Signal unterbinden. Diese Handlung birgt etwas Geheimnisvolles und Verbotenes. Die *uta* [Bräute] haben hingegen nur noch einen Fußring pro Bein, so daß ihre Schritte nicht mehr hörbar sind. Zwar klirren die vielen eisernen Ketten, die sie als Gürtel oder als Schärpe umgelegt haben und kündigen so ihr Kommen an, jedoch ist dies nicht ihre alltägliche Ausstattung, sondern wird nur zu Festivitäten angelegt. Die *saltallo* [Ehefrauen] haben weder Fußringe, noch eiserne Ketten. Ihr Gang ist immer leise. Wenn sie einen Liebhaber treffen wollten, müßten sie wesentlich weniger Aufwand betreiben, als die *harallo*. Zwar sind solche Handlungen nicht legitim, jedoch unterliegen sie nicht solch einer strengen akustischen Überwachung wie bei den *harallo*. Außereheliche sexuelle Beziehungen sind bei den *harallo* anscheinend stärker tabubesetzt als bei den *saltallo*.

3.2. Ausgewählte Details zu Sexualität und Scham

3.2.1. Scham

Scham ist ein menschliches Verhalten, welches in einem sehr großen Maße über das soziale Umfeld konstruiert wird. Wo kein Reglement existiert, kann eine bestimmte Verhaltensweise auch nicht schamlos sein. In diesem Sinne ist Schamlosigkeit mit Sittenwidrigkeit gleichzusetzen. Ein anschauliches Beispiel für die kulturelle Abhängigkeit des Schamempfindens bietet die Körperbedeckung. Kulturen normieren, häufig in Zusammenhang mit der praktizierten Religionsform, welche Körperteile auf welcher Sozialisationsstufe des Individuums bedeckt sein müssen. Bei Frauen kann dies beispielsweise die Haare, die Knie, das Gesicht oder die Brüste betreffen. Bei den Arbore sind die weibli-

chen Brüste nicht schambesetzt. Im Gegenteil, sie werden aufgrund ihrer Funktion zum Stillen der Säuglinge selbstverständlich und offen gezeigt. Die Fraulichkeit einer Arbore wird u.a. an der Größe und Festigkeit ihre Brust gemessen. Dieses Prinzip ist vergleichbar mit dem in westlichen Industriegesellschaften, wo Weiblichkeit (oft) mit einem großen Busen gleichgesetzt wird. Jedoch besteht hier ein gravierender Unterschied in der Interpretation von Weiblichkeit. Während in den Industrienationen mit der auf die Brust bezogenen Weiblichkeit erotische Aspekte im Vordergrund stehen, hat bei den Arbore der Busen nichts mit sexuellen Reizen und Intimität gemeinsam. Die Weiblichkeit ist hier ausschließlich auf die Fähigkeit zur erfolgreichen Mutterschaft bezogen. Die weiblichen Brüste stellen bei den Arbore keine erogone Zone dar. Es liegt deshalb Frauen und Männern fern, diese Körperteile mit in die sexuellen Aktivitäten einzubeziehen.

Dieses nicht vorhandene Intimitätsbesetztsein kommt in der offenen Zurschaustellung der Brüste zum Ausdruck. Würde eine Frau bei den Arbore ihre Brüste bedecken, hätte sie vermutlich etwas zu verbergen, worüber sie sich schämt. Schamvoll wäre es, wenn ihr aufgrund einer geringen Brustentwicklung die Fähigkeit zum Stillen nicht zuerkannt und sie deshalb von keinem Mann begehrt und geheiratet würde. Solche differenten Vorstellungen über Schamhaftigkeit führen beim Aufeinanderprallen von Kulturen zu kritischen bzw. delikaten Situationen. Während der ersten Feldforschung war ich durch das Tragen von T-Shirts ständig in der mißlichen Lage, mich einer handfesten Überprüfung meiner Weiblichkeit unterziehen zu müssen. Abwehrende Sätze wie: „Es ist bei mir zu Hause verboten, die Brüste zu berühren. Ich will es nicht“ wurden unter Gelächter ignoriert. Mädchen und Frauen, aber auch einige ältere Männer glaubten überprüfen zu müssen, wie fraulich ich nun eigentlich war, um sich hinterher darüber auszutauschen. Das Verdecken eines öffentlichen Statussymbols erweckte Neugier und Mißtrauen. Die Lösung konnte nur sein, die Vorstellungen über schamhaftes Verhalten zeitweilig einander anzupassen, d.h. T-Shirts für zwei Tage aus der Kleiderordnung zu streichen. Augenblicklich erloschen Neugier, handgreifliche Tests und Mißtrauen. Seit diesem Zeitpunkt ist klar, was ich bin und die vollständige europäische Kleiderordnung wird toleriert.

Die gesamte Körperbedeckung ist untrennbar mit dem Sozialstatus eines Individuums verbunden. Was ein Kind trägt oder zeigt, kann bei einer verheirateten Frau als schamlos definiert werden. Ungefähr im zweiten Lebensjahr bekommen die Mädchen der Arbore einen Lendenschurz aus Ziegenleder umgebunden, der hinten mit einem Band festgehalten wird. Dies fällt mit dem Zeitpunkt zusammen, wo das Mädchen als Individuum verstanden und als *haraté* [Unverheiratete] bezeichnet wird. Peinlich genau achten erst die älteren Schwestern, dann das Mädchen selbst darauf, daß das Stück Leder nicht verrutscht und daß es beim Hinsetzen ordentlich zwischen die Beine geschoben wird, so daß es zu keinen unschicklichen Einblicken kommt. Die etwas älteren Mädchen legen ihren Schurz, der später mit einem knöchellangen Rock aus Leder kombiniert wird und somit auch das Gesäß bedeckt, nicht mehr in der Öffentlichkeit ab. An Wasserstellen, wo auch immer junge Hirten ihre Herden tränken, waschen sich die Mädchen in vollständiger Kleidung. Nur wenn es sicher ist, daß keine Jungen oder Männer in der Nähe sind, baden die Mädchen nackt. Interessant ist hierbei die Beobachtung einer Ältesten, die sich trotz zahlreich anwesender Männer am Fluß vollständig auszog. Auf die gestellte Nachfrage zeigte sie auf ihren Körper und wies darauf hin, daß sie alt und eine Großmutter sei. Anschließend machte sie eine abwinkende Handbewegung. Es schien egal zu sein, daß sie sich nackt zeigte. Niemand empörte sich, was vermuten läßt, daß die alte Frau mit

ihrem Unbekleidetsein gegen keine sittliche Norm verstoßen hatte. Fraglich ist, ob sie durch ihr Alter gegenüber dem sonst als schamvoll eingestuften Verhalten erhaben war oder ob sie durch das schon vor langer Zeit abgeschlossene Klimakterium nicht mehr als vollständige Frau eingestuft wurde.

3.2.2. Die Ambivalenz des Begriffes vom Nacktsein

Die Klitoris wird bei den Arbore entweder durch *nukur*, meistens jedoch mit *hooli* bezeichnet und ist stark schambesetzt. *Hooli* bedeutet gleichermaßen „nackt sein“ oder „das Nackte“. Wenn die *uta* [Bräute] bei einem Ritual zur Beendigung ihrer liminalen Phase am Fluß baden, sind sie alle unbekleidet, obwohl sie sich in Sichtweite der auf dem Feld arbeitenden Jungen und Männer befinden. Aber sie bezeichnen sich nicht als nackt und werden von ihrem sozialen Umfeld auch nicht als solches angesehen, da sie exzidiert sind. Eine *utanté* hat nichts Nacktes, nichts Schamloses mehr an sich. Sie zeigten auf ihre Vulva und erklärten „*hooli kaw*“, was sowohl „nicht nackt sein“, als auch „keine Klitoris“ bedeutet. Sie sind nicht unbedeckt, verhalten sich in ihrem unbekleideten Tanz nicht anstößig, weil sie nichts Anstößiges mehr besitzen. An diesem besonderen Tag, an dem eine spezielle *utanté* unmittelbar vor ihrer Hochzeitsnacht im Fluß von all ihren kindlichen Eigenschaften gereinigt wird, ist an dem öffentlichen Unbekleidetsein der *uta* nichts Sittenverletzendes.

Diese Ambivalenz des Begriffes vom Nacktsein trägt zu dem Verständnis bei, die Exzision als eine soziale Konstruktion zu begreifen, die nicht eine Beschneidung der Sexualität zum Ziel hat, sondern Postulat für die Gruppenidentität ist, auf dessen Grundlage sich andere gesellschaftliche Standards aufbauen. Daß die Erfüllung dieser Standards in der richtigen Chronologie unabdingbar ist, gibt folgender Dialog zwischen einer *sallé* [Ehefrau] und mir wieder:

- sallé*: „Wer bist du?“
 A.P.: „Eine *sallé*.“
sallé: „Hast du *hooli* [eine Klitoris, das Nackte]?“
 A.P.: „Ja.“
sallé: „Hast du keinen Mann?“
 A.P.: „Ich habe einen Mann.“
sallé: „Willst du keinen Mann? Du willst keinen Mann, du bist keine *sallé*!“

3.2.3. Beobachtungen zur sexuellen Empfindsamkeit

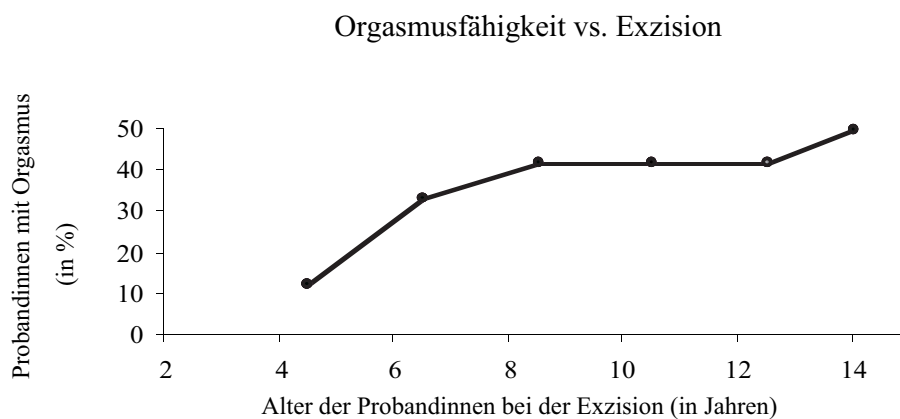
Um herauszufinden, ob die verheirateten Frauen der Arbore trotz radikaler Exzision noch positive Empfindungen beim Geschlechtsverkehr haben, sind ihre ehelichen Seitensprünge sehr aufschlußreich. Die Männer der Arbore dürfen in Abhängigkeit ihrer wirtschaftlichen Verhältnisse mehrmals heiraten und somit ihre Beziehungen legalisieren. Oder sie legen sich eine oder mehrere Geliebte zu. Jedoch lassen die Berichte der Informantinnen darauf schließen, daß die Ehemänner auch häufig zum Hahnrei gemacht werden. Es stellt sich natürlich die Frage, warum Frauen mit Liebhabern zusätzliche sexuelle Kontakte anstreben, wenn ihre sexuellen Empfindungen aufgrund der genitalen Exzision unangenehm wären. Zum einen beträgt der Altersunterschied zwischen den Ehepartnern häufig mehrere Jahrzehnte. Die Frauen berichten, daß die Zeugungskraft ihrer alten Ehemänner stark herabgesetzt ist, weshalb sie sich junge und potente Liebhaber suchen.

Für die gesellschaftliche Anerkennung der Frau sind Kinder unabdingbar. Unfruchtbare Frauen werden zwar von der Gesellschaft nicht ausgeschlossen, aber mit „traurig“ betitelt. Desweiteren wäre ohne Kinder ihre Versorgung im Alter nicht gewährleistet, was sie in eine mißliche gesellschaftliche Randposition drängen würde.

Zum anderen berichten die Frauen über positive Empfindungen beim Sexualverkehr. Ausschlaggebend sind Zuneigung zum Partner, aber auch der Zeitpunkt ihrer Exzision. Je länger der operative Eingriff zurückliegt und die Frauen sexuell aktiv sind, desto positiver werden die Empfindungen geschildert. Eine Bemerkung einer fünffachen Mutter war beispielsweise: „Es ist gut, wenn es regnet, wenn ich mit ihm [dem Liebhaber m.E.] schlafe. Da können die anderen uns nicht hören.“ Die Anfänge der sexuellen Aktivitäten nach der Exzision werden hingegen als schwierig und schmerzhaft beschrieben. Zu einer bevorstehenden Hochzeitsnacht bemerkte eine *sallé*: „Es ist gut für die Braut, wenn der Penis ihres Bräutigams nicht so groß ist.“

Einen weiteren Hinweis darauf, daß auch Frauen mit amputierter Klitoris zum sexuellen Höhepunkt gelangen können, gibt folgende Darstellung aus Risgallah (1995):

Abb. 4: Orgasmusfähigkeit vs. Exzision



Bei dieser Erhebung wurden 102 Patientinnen im Alter zwischen 19 und 60 Jahren in ägyptischen Krankenhäusern befragt, die durch Klitoridektomie oder den Typus der Exzision exzidiert waren. Das Durchschnittsalter betrug 30 Jahre und 9 Monate. Daß trotz Exzision ein Teil der Befragten Orgasmen erlebt, steht mit neuen anatomischen Forschungsergebnissen von O’Connell (1998) im Einklang, welche die Klitoris als ein wesentlich größeres Organ enthüllen, als bislang angenommen. Das gesamte klitorale Nervengeflecht reicht mehr als 10 cm ins Körperinnere und umkleidet teilweise die Harnröhre. Dies entfacht nicht nur die westliche Debatte um den vaginalen vs. klitoralen Orgasmus neu, sondern könnte auch die Vorwürfe, weibliche genitale Exzision sei primär eine Ausdrucksform männlicher Dominanz, die sich über das Reglementieren und Einengen der weiblichen Sexualität äußert, entschärfen.

Zur Interpretation der Grafik aus Risgallah (1995) ist es wichtig sich vor Augen zu führen, daß die endgültige, genetisch festgelegte Anzahl der Nervenzellen erst ca. im

vierten Lebensjahr vollständig erreicht ist. Ebenso ist die qualitative Progression von Axonen und Neuronen, sowie die Myelisation erst einige Jahre nach der Geburt abgeschlossen. Dann erst hat das menschliche Nervensystem physiologisch seine größtmögliche Sensibilität erreicht. Für die genitale Exzision bedeutet dies, daß, je später der Eingriff durchgeführt wurde, umso größer die vorhandene Ausdifferenzierung des Nervensystems im innenliegenden klitoralen Part ist. Daraus läßt sich vermuten, daß relativ spät exzidierte Frauen, aufgrund der besseren qualitativen und quantitativen Ausbildung des Nervensystems, besser sexuell stimulierbar sind, als im frühen Kindesalter operierte Initiandinnen. Dies deckt sich auch mit Beobachtungen bei den Arbore, deren Mädchen im relativ späten Alter zwischen 13 und 25 Jahren exzidiert werden. Verheiratete Frauen zeigten bei den Interviews ein offenes Verhältnis zur Sexualität und beschrieben ihre Gefühle während des Sexualverkehrs mit „angenehm“ oder „gut“. Auch gaben sie bezogen auf ihre Ehemänner und Liebhaber differenzierte Einschätzungen ihrer sexuellen Empfindungen wieder. Gute Liebhaber werden an Freundinnen weiterempfohlen. Weiterhin berichteten auch alte Frauen davon, daß sie von Zärtlichkeit träumen, sich nach Berührungen sehnen und gute Erinnerungen an ihre Zeit der sexuellen Aktivität mit ihrem Mann oder Liebhaber besitzen.

Derartige Beobachtungen lassen darauf schließen, daß die Frauen trotz der Exzision positive sexuelle Empfindungen haben. Sie selbst sehen sich nicht als Opfer ihrer Tradition, denn ihr körperlicher Zustand stellt für sie die Normalität dar. Den erwachsenen Arbore ist bekannt, daß Frauen durch die Exzision an sexueller Empfindsamkeit verlieren. Männer berichten, daß es einen Unterschied zwischen exzidierten und nicht exzidierten Frauen gibt. In einem Interview berichtet *ingóhaw* [meine Mutterschwester], daß die Männer alle *hooli* [Klitoris] wollen. Zahlreiche Männer haben sexuelle Erfahrungen sowohl mit exzidierten, als auch nicht exzidierten Frauen aus benachbarten Ethnien gemacht. Bei den Interviews wurde deutlich, daß sie sich des Unterschiedes durchaus bewußt sind, sie Unterschiede in den Verhaltensweisen während des sexuellen Verkehrs bemerken und diskutieren. Aufschlußreich ist, daß die Männer sich in der Regel dahingehend äußern, daß sie den für sie befriedigenderen Verkehr mit Nicht-Exzidierten bevorzugen. Die Frage, ob die Männer einen Unterschied bemerken würden, wurde amüsiert aufgenommen. Sie zeugte von Naivität und Unwissenheit. „*Tokko tokko maala*“, „es ist nicht ein und dasselbe“. Natürlich gäbe es einen Unterschied. Auch die Frauen wissen dies. Schwierigkeiten bestanden in der Beschreibung dieses Unterschiedes. Nach einiger Überlegung wurde die Differenz mit „langsam“ und „schnell“ definiert. Die exzidierten Frauen der Arbore sind langsam, die nicht-exzidierten der Hamar sind schnell. „Das Schnelle“ war beliebter.¹ Jedoch gilt dieses Verlangen anscheinend nur für den Akt an sich, denn Frauen, welche keinerlei Form der Exzision praktizieren, werden selten geheiratet, da sie „keine guten“ Ehefrauen darstellen. Betrachtet man die gesellschaftlichen Determinanten, ist es kein Widerspruch, daß sich Männer trotz besseren Wissens ausschließlich exzidierte Bräute erwählen. Sie sind gleichermaßen wie die Frauen von der öffentlichen Meinung abhängig. Eine nicht exzidierte Frau ist asozial, schmutzig, und gefährlich. Ein Mann, der eine solche Frau heiratet, wird als weichlich, lächerlich und unklug eingestuft. Er muß, genauso wie die Frau, mit gesellschaftlichen Sanktionen wie Spott und Ausgrenzung rechnen.

¹ Vergleichbare Ergebnisse wiesen Umfragen in Sierra Leone und im Sudan auf (Koso-Thomas 1987).

3.2.4. Was ist tabu?

Nach Aussagen von verschiedenen Informanten sind sexuelle Kontakte zwischen *harallo* [Unverheirateten] und ihren *ka'ima* [Liebhabern] nicht ungewöhnlich: „Das Land ist voll von solchen *harallo*“. Jedoch bringen derartige Beziehungen erhebliche Schwierigkeiten mit sich, weshalb sich junge Männer zum sexuellen Ausprobieren lieber verheiratete Frauen auswählen. Affären, die in Schwangerschaften bei den *harallo* münden, sind zwar ein starker Verstoß gegen die öffentlichen Moral, werden aber dennoch als existent bezeichnet. Nach Aussagen würde eine schwangere *haraté* aus der Gesellschaft ausgestoßen werden. Ein solcher Fall war jedoch keinem Informanten in Erinnerung. Es gibt vielmehr Anzeichen dafür, daß in solchen Fällen über Kräuter oder mechanischen Druck Interruptionen von den Arbore vorgenommen werden.

Wie ist das Gebot der sexuellen Enthaltensamkeit gemeint? Bei einem Vergleich der Arbore mit der benachbarten Ethnie der Hamar werden Parallelen in den sexuellen Geboten sichtbar. Die Hamar führen keinerlei Form der weiblichen Exzision durch. Als funktionales Äquivalent zur Kennzeichnung der Sozialisationsstufe könnte das traditionelle Schlagen der Geliebten durch den Liebhaber angesehen werden. Im Sozialisationsprozeß der Hamar existiert das Zwischenstadium der/des *maz*, welches zwei Partner als „Versprochene“ definiert. Die junge Frau bittet ihren *maz*, sie zu schlagen. Je tiefer die sichtbaren Striemen auf ihrem Rücken sind, desto mehr erweist sie ihre Zuneigung, ihren Willen, sich ihrem Zukünftigen unterzuordnen, sowie ihre weibliche Fähigkeit, Schmerz zu ertragen. Die zugeführten Wunden sind offensichtlich, die Vernarbung langwierig. Über sie wird sichtbar gemacht, daß ein Mädchen jemandem versprochen und einer Beziehung würdig ist. Von den physischen Auswirkungen sind die Schläge der Hamar natürlich nicht mit der genitalen Exzision gleichzusetzen. Was beide Methoden miteinander verbindet ist, daß die Kennzeichnung einer bestimmten weiblichen Sozialisationsstufe über die Elemente Schmerz und Narben vollzogen wird.

Während in beiden Gesellschaften sexueller Kontakt vor der Ehe als verboten bezeichnet wird, besitzen die Hamar einen zeitlich begrenzten Freiraum, in welchem solche Beziehungen legitimiert sind und den Status einer Duldung innehaben. Dies ist der „Tanz nach der Ernte“. In einem befristeten Zeitraum dürfen die unverheirateten Jugendlichen der Hamar miteinander schlafen, vorausgesetzt diese sonst unsittliche Handlung geschieht außerhalb des Dorfes im Busch, an der Peripherie der Gesellschaft und außerhalb des Sichtbereiches der lokalen Machthaber. Es ist eine Provokation seitens der Jugendlichen, indem sie die Autorität der Älteren spielerisch herausfordern. Kommen sie mit ihren provokativen Handlungen zu nahe ans Dorf heran, werden sie von den Älteren mit Stöcken vertrieben.

Formal existiert solch ein „Tanz nach der Ernte“ bei den Arbore nicht. Jedoch habe ich bei der ersten Forschung 1993 nach der Ernte immer wieder Gruppen von *harallo* beobachtet, die mittags in der heißesten Zeit aufgekratzt durch das Dorf liefen und auf Nachfragen erklärten, sie gingen jetzt in den Busch tanzen. In dieser Zeit waren sie noch mehr als sonst bestrebt, Butter zum Einreiben ihres Körpers und Ketten von Verwandten und Freunden zu erbitten, um sich für die jungen Männer zu verschönern. Es war unerklärlich, warum die Mädchen gerade zur heißesten Tageszeit, wo normalerweise eine Ruhepause eingelegt wird, körperlich so aktiv sind. Eine Begründung gaben sie nicht, ebenso wenig wie eine Einladung an mich mitzukommen. Zu den konventionellen nächtlichen Tänzen auf dem zentralen Dorfplatz werde ich hingegen fast täglich eingeladen. Im

Nachhinein ist nicht auszuschließen, auch durch die Auswertung der hierbei entstandenen Fotografien, daß dieser mittägliche Tanz in den bei den Hamar aufgezeigten Aspekten der Duldung und Freizügigkeit beim „Tanz nach der Ernte“ ähnelt.

Es drängt sich die Vermutung auf, daß bei den Arbore nicht der sexuelle Kontakt bis zum Status der Ehefrau geahndet wird, sondern nur die offensichtliche Folge einer Schwangerschaft. Schwangere Mädchen der Arbore werden des Dorfes verwiesen, müssen einen Mann aus einer anderen Ethnie heiraten bzw. müssen sich möglicherweise einem Schwangerschaftsabbruch unterziehen. „Eine Unverheiratete mit Kind gibt es nicht“ war eine häufig gemachte Aussage. Schwangere Frauen dieses Status' hingegen schon. Dies stützt die Vermutung des Praktizierens von Interruptiones. Das Gebot der sexuellen Enthaltensamkeit bis zum Status der *sallé* wirkt aufgrund der Gelegenheiten, wie der gemeinsamen Hütetätigkeit und des relativ späten Zeitpunkts der Heirat, nicht recht glaubwürdig. Zumindest ist es schwer kontrollierbar. Sexueller Kontakt und Schwangerschaften vor der Heirat sind normwidrig. Geahndet wird jedoch scheinbar nur das letztere, die sichtbare Konsequenz. Dies scheint ein akzeptierter Doppelstandard in beiden erwähnten Ethnien zu sein. Eine Fortsetzung dieses Doppelstandards läßt sich in dem nachfolgend beschriebenen weiblichen Status der *baski* erkennen.

3.2.5. Frauen am Rande der Gesellschaft

Mit dem Begriff „*baski*“ werden bei den Arbore Frauen bezeichnet, die eine atypische gesellschaftliche Stellung innehaben oder die entgegen einer Norm denken bzw. handeln. Das Handeln und Behandelwerden dieser Mädchen und Frauen entspricht dem einer tolerierten Randgruppe. Die Bezeichnung als *baski* bewirkt keine weitergehenden gesellschaftlichen Sanktionen, sie ist selbst Sanktion. „*Baski*“ ist die Kennzeichnung eines sozialen Status an der gesellschaftlichen Peripherie, Schimpfwort bei sittenwidrigem Verhalten, aber auch ein bittersüßer Begriff, denn eine *baski* kann auch besondere Rechte für sich beanspruchen.

Am häufigsten wird der Begriff *baski* für Witwen oder geschiedene Frauen der Arbore angewandt. Auch hier stellt die Bezeichnung kein Schimpfwort dar, sondern kennzeichnet Frauen, die geduldet(!) sonst gültige Normen umgehen können und deshalb am Rande der Gesellschaft leben. *Ingóhaw* [meine Mutterschwester] ist eine *baski*. Ihr Ehemann starb 1995. Sie selbst bezeichnet sich als *wannit* [Frau] oder *ege* Gummadi, Rufo usw. [Mutter von Gummadi, Rufo usw.]. Daß sie eine *baski* ist, hat sie stets nur auf Anfrage bestätigt. Im Fall der Witwen oder Geschiedenen kennzeichnet *baski* gleichzeitig eine Frau, die mit ihrer Sexualität frei umgehen darf. Dieses Recht haben die Ehefrauen nicht. Deren Beziehungen zu Liebhabern müssen, zumindest was ihren Ehemann angeht, geheim bleiben.

Verwitwete oder geschiedene *baski* dürfen sexuelle Beziehungen zu Männern unterhalten, die eine Nacht, aber auch viele Jahre andauern können. Eine erneute Heirat ist ihnen allerdings nicht möglich. Die ungezwungenen sexuellen Aktivitäten der *baski* weisen ebenfalls darauf hin, daß die Frauen trotz genitaler Exzision positive Empfindungen hierbei haben. Von jüngeren unverheirateten Männern werden sie gern als Geliebte ausgewählt, da diese sich hier sexuell ausprobieren können, ohne Gefahr zu laufen, in Konflikt mit einem eifersüchtigen Ehemann zu geraten. Vorteile dieses Status am Rande der Gesellschaft sind wirtschaftliche und sexuelle Unabhängigkeit. Eine *baski* kann ihrem Liebhaber den Beischlaf verwehren und darf nicht von ihm geschlagen werden. Diesen Vor-

teil haben die *saltallo* [Ehefrauen] nicht. Weiterhin wird der Familie der *baski* entsprechend der Anzahl ihrer Kinder ausreichend Ackerland zugeteilt und sie verfügt über Rinder, Ziegen und Schafe ihres verstorbenen oder Ex-Ehemannes, was ihr ökonomische Unabhängigkeit gewährleistet. Zwischen einer Ehefrau und der Geliebten ihres Mannes scheint Eifersucht eine stark untergeordnete Rolle zu spielen, was nicht zuletzt auf die polygyne Gesellschaftsstruktur zurückzuführen ist. Zwischen ihnen kann eine freundschaftliche Beziehung entstehen, in der die Frauen ohne Eifersucht den Mann teilen. Dadurch, daß ihre neue Beziehung niemals legalisiert werden kann, ist es einer *baski* nie mehr möglich, in ein normales bzw. durchschnittliches traditionelles Leben zurückzukehren. Die aus der Beziehung der Liebschaft stammenden Kinder gehören dem Clan des früheren Ehemannes an. Jedoch hat der Liebhaber einer länger andauernden Beziehung die moralische Pflicht, die Familie seiner Geliebten durch seine Arbeitskraft zu unterstützen. Dies resultiert nicht zuletzt daraus, daß er der biologische Vater der Kinder ist und ihnen auch väterliche Gefühle entgegenbringt. Die doppelte Moral bei den *baski* besteht darin, daß normalerweise sexuelle Aktivitäten der Frauen nur mit ihren Ehemännern als sittlich anerkannt werden. Eine *baski* durchbricht diese Regel und ihre sonst als unsittlich eingestuften Handlungen werden sogar geduldet. Legalisieren kann sie ihre Beziehungen jedoch nie mehr.

4. Die Exzision als routiniertes Kennzeichen der legalisierten Schwangerschaft

Die Fallbeispiele zeigen, wie wichtig das Einhalten der Chronologie der Sozialisationsstufen ist, um in der Gesellschaft der Arbore erfolgreich bestehen zu können. Über die einzelnen *rites des passages* werden ganz spezifische Markierungen vorgenommen, die anzeigen, daß für das weibliche Individuum ein Situationswandel eingetreten ist. Als eine spezielle Form ist hier die Exzision anzusehen, welche über Schmerz und Narben eine verdeckte, aber starke und irreversible Kennzeichnung vornimmt. Insbesondere durch das Einhalten dieses Standards erhält das Mädchen die Legitimation zu sexuellen Aktivitäten und späteren Schwangerschaften. Die Exzision als Markierung der sexuellen Integrität definiert den operativen Eingriff von einem kulturelrelativistischen Standpunkt aus.

Die Betrachtung der Exzision aus sozialanthropologischer Sicht zeigt, daß auch und im besonderen Maße über den Körper des Individuums gesellschaftliche Standards repräsentiert und reguliert werden. Insbesondere über dessen Eigenschaft als Medium der Reproduktion nehmen hier soziale Normen und Werte Gestalt an. Jedes Individuum ist bestrebt, mit seinem Verhalten und Erscheinungsbild den Normen seines sozialen Umfeldes zu entsprechen. Das Verhalten wird in dem Bewußtsein ausgerichtet, daß die Gesellschaft es gutheißt, ohne daß der aktiv Handelnde seine eigene Verhaltensweise kritisch hinterfragt. Die Handlungen, mit welchen Körper und Verhaltensweisen verändert und angepaßt werden, werden zur Routine, die bar jeder Reflexion und Theorie ist. Diese nicht vorhandene Reflexion kommt auch beim Übergangsritual der Exzision zum Ausdruck. Der ritualisierte operative Eingriff ist eine althergebrachte, nicht hinterfragte, spezifische Art und Weise einen Statuswechsel zu kennzeichnen. Diese Politik des Körpers betrifft alle. Bei individueller Abweichung müssen Frauen und Männer mit Ausgrenzung aus der Gemeinschaft rechnen, denn sie würden in ihrem Verhalten als auch in ihrem Körper als

anormal angesehen werden. Der körperliche Zustand einer exzidierten Frau stellt für sie selbst, wie für alle anderen Mitglieder ihrer Gesellschaft die Normalität dar.

5. Perspektiven des Rituals

Unbestritten ist der operative Eingriff der Exzision gesundheitsschädigend und erfolgt ohne medizinische Indikation. Die Schädigungen können bis zum Tod der Initiandin führen. Jedoch bedeutet das Nichteinhalten dieser Norm in traditionellen Gesellschaften mit Sicherheit den sozialen Tod des Mädchens in Form des Ausschlusses aus der Gesellschaft. Immigrantinnen, die als Einzelpersonen Opposition gegen die Norm der genitalen Exzision demonstrieren, sind eine elitäre Minorität und ausschließlich deshalb zu dieser progressiven Haltung in der Lage, weil sie soziale, geistige und ökonomische Souveränität besitzen. Diese Möglichkeiten sind der Mehrheit der anderen, sowohl Zurückgebliebenen, als auch Immigrierten nicht gegeben. Familien müssen es sich leisten können, entgegen der öffentlichen Moral zu handeln. Ein gehobener ökonomischer Status ermöglicht es, eigene Gesetze, eigene Normen zu schaffen, die nicht mit denen der Mehrheit übereinstimmen müssen. Die Finanzkräftigsten definieren, was „normal“, „besser“ und „sittlicher“ ist. Gerade diese Tatsache vernachlässigen westliche Frauenrechtlerinnen, welche die Tendenz aufweisen, sich dem Status der Frau auf globaler Ebene zu nähern, als wäre die gesellschaftliche Entwicklung überall identisch. Dabei werden die staatlichen und ethnischen Unterschiede in der historischen Entwicklung ignoriert, ebenso wie die soziale Funktion der Tradition der Exzision.

Die kulturellen Konzepte zur Normierung des sexuellen Verhaltens sind ausgesprochen wichtig für die Stabilität einer Gesellschaft. Schafft man sie ab, wie es beispielsweise in westlichen Aufklärungskampagnen zur sofortigen Eliminierung der Exzision propagandiert wird, entsteht eine Lücke, in der fehlende Regeln Verwirrung und Chaos stiften. Nicht zuletzt aus diesem Grund sind diese gutgemeinten Aufklärungskampagnen bis heute wenig erfolgreich. Den Plänen fehlt die Idee, die entstehende Lücke zu schließen und Ersatz für die eliminierte Norm zu schaffen. Aus diesen Gründen erscheint die Suche nach funktionalen Äquivalenten anstelle einer absolutistischen Eliminierung als angemessen.

Jede Reduzierung der gesundheitlichen Schädigung und des Risikos stellt de facto eine Verbesserung für die Betroffenen dar, hervorgerufen beispielsweise durch die Benutzung eines schwächeren Typus der Exzision bishin zur vollständigen Symbolisierung. Dieses Konzept ist u.a. erfolgreich in Kenia durch eine Kampagne mit dem Titel „Beschneidung durch Worte“ initiiert worden (Schnüll 1999). Desweiteren stellt die Medikalisierung des Prozesses eine Möglichkeit dar, einzelne Risiken für die Betroffenen zu verringern. Mit dem Bewußtsein, daß die Exzision an der Initiandin unter allen Umständen durchgeführt werden wird, würde eine Operation unter fachlicher Aufsicht für die Initiandin den zur Zeit bestmöglichen Schutz bieten. Durch die Benutzung geeigneterer Instrumente könnte der Schnitt reduziert, durch die Benutzung von Desinfektionsmitteln Gesundheitsrisiken verringert werden. Seit einigen Jahren benutzen die Arbore für die Operation Rasierklingen und nicht mehr wie ursprünglich scharfe Steine. Die Frauen bestätigen, daß weniger Gewebe entfernt wird, da sie seitdem die Wunde nicht mehr über dem Feuer koagulieren müssen. Höchstwahrscheinlich war eine Reduktion des Eingriffs nicht der ausschlaggebende Grund, das Operationsinstrument zu wechseln, sondern vielmehr das Verlangen

nach der Moderne. Unbestreitbar ist jedoch, daß die heutigen *Sud*-Initiandinnen einer geringfügig reduzierten gesundheitlichen Schädigung durch die Exzision unterliegen. Wie auch aus anderen Bereichen bekannt, sind praktikable Lösungen, welche eine objektive Verbesserung für die Betroffenen darstellen, nicht auch zwingend ethisch unumstritten. Es ist offensichtlich, wie unterschiedlich gesellschaftliche Konzepte zur Regulierung des sittlichen Verhaltens sind. Es ist selten nachvollziehbar, warum gerade diese Markierung mit jener Intensität von einer Gruppe zur Kennzeichnung ihrer Normativa benutzt wird. Für die die Exzision praktizierenden Kulturen dient der ritualisierte operative Eingriff dazu, den weiblichen Individuen im Verlauf der Sozialisation ihre sexuelle Integrität zu gewährleisten. Aber legitimiert dies die genitale Operation in unseren Augen? Die Frage kann auch anders herum gestellt werden: Wie würden wir uns verhalten, wenn uns eigene Normativa der Sittlichkeit und Moral von kulturexterner Seite aus als abartig und negativ gewertet werden würden? Wenn es ein kulturspezifischer Ausdruck von Sittlichkeit ist, über Schmerz und Narben die Legitimation zur Reproduktion zu kennzeichnen, ist nicht das Konzept einer notwendigen Kennzeichnung an sich zu überdenken, sondern vielmehr die Umsetzung, beispielsweise Intensität oder Körperstelle der Schnitte. Die Exzision ist für die praktizierenden Ethnien ein wesentliches Kennzeichen ihrer Identität. Es gilt zu untersuchen, welche funktionalen Äquivalente zu den Markierungen in Form von Schmerz und Schnitten angenommen werden. Durch das Äußere (Haartracht, Kleidung, Schmuck etc.), durch das Verhalten (Gestik, Sprache, Gang etc.) und durch die wechselnden Orte des Aufenthaltes kann ein Statuswechsel ebenfalls deutlich gemacht werden. Meines Erachtens nach sollte sich eine Reformdiskussion dahin orientieren, zusammen mit den Betroffenen solche äquivalenten Rituale und Symbole zu entwickeln. Eine positive Vergeltungsmaßnahme in Form der gesellschaftlichen Akzeptanz ist für die Betroffenen erstrebenswert. Im Gegensatz dazu steht eine Bestrafung über Bußgeld, körperliche Züchtigung oder Inhaftierung, durchgeführt aus dem Grund, weil sich die Betroffenen ihren Normen entsprechend sittlich verhalten haben. Die Aspekte des Übergangs müssen ordnungsgemäß vollzogen werden. So auch die deutliche Kennzeichnung des Statuswechsels. Es ist selbstkritisch abzuwägen, ob mit den ausgewählten Handlungsstrategien und Mitteln eine Veränderung der Exzision realisierbar erscheint, oder ob nicht vielmehr Nebeneffekte hervorgerufen werden können, die eine reale Verbesserung der Situation der Betroffenen vereiteln, beispielsweise ein Verschieben der Operation in den Untergrund. Solch ein kritisches Überdenken ist bei den Interessengemeinschaften angebracht, welche die Exzision auf globaler Ebene betrachten und abschaffen wollen und dabei die spezifischen Besonderheiten der einzelnen Kulturen verneinen. „[...] there has never been, and never could be, an empirical human society of other than miniscule size in which all the individuals were, even approximately, ‘equal’“ (Leach 1982: 58). Aber es ist mit Sicherheit keine populäre Methode die voraussetzt, daß gesellschaftliche Entwicklungen und Bedingungen nicht identisch sind und deshalb die Bedürfnisse von Gruppen nicht deckungsgleich sein können.

Literatur

- Dareer El, A. (1982): *Woman, why do you weep?* London: Zed Press.
- Der Frauenarzt (1996): Stellungnahme zum Problem der Beschneidung der Frau. Sonderdruck (10): 1460 – 64.
- Durkheim, E. (1981): *Die elementaren Formen des religiösen Lebens*. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Folly, A.L. (1993): *Femmes aux yeux ouverts*. Togo (Film).
- Geertz, C. (1995): *Dichte Beschreibung*. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme. Frankfurt/M: Suhrkamp (STW 696).
- Gennep, A.v. (1909) (1986): *Übergangsriten. Les rites de passage*. Frankfurt/M: Campus.
- Hosken, F. (1993): *The Hosken Report*. Lexington: International Network News
- Koso-Thomas, O. (1987): *The circumcision of women. A Strategy for Eradication*. London: Zed Books.
- Leach, E. (1982): *Social Anthropology*. New York: Oxford University Press.
- Lydall, J.; Strecker, I. (1979): *The Hamar of Southern Ethiopia*. Teil I/II, Hohenschäftlarn: Renner Verlag, Arbeiten a. d. Institut für Völkerkunde Göttingen, Bd. 12/13.
- Miyawaki, Y. (1994): Sorghum Cultivation and Cultivar Selection by the Arbore of Southwestern Ethiopia. In: *Nilo-Ethiopian Studies* (2): 27 – 43.
- Miyawaki, Y. (1996): Maintaining Continuity in a Dualistic World. Symbolism of the Age Grade Succession Rituals among the Hoor (Arbore) of South-Western Ethiopia. In: *Nilo-Ethiopian Studies* (3 – 4): 39 – 65.
- Miyawaki, Y. (1997): Ewe Lamb as a Feminine Divinity. Male Kid as A Naughty Wild Creature?: Some Notes on the Symbolic Universe of the Hoor of South Western Ethiopia through the Examination of Sacrifice and Ritual Slaughter. In: *Ethiopia in Broader Perspective* (II): 706 – 747.
- O'Connell, H. E. (1998): Anatomical relationship between urethra and clitoris. In: *Journal of Urology* (159): 1892 – 7.
- Peller, A. (2000): *Chiffrierte Körper – Disziplinierte Körper. Die Exzision der Vulva in ihrem sozial-kulturellen Kontext*. Diss. FU-Berlin, Inst. für Ethnologie.
- Pike, K. L. (1971): *Language in relation to a unified theory of the structure of human behaviour*. The Hague: Mouton.
- Rainer, Ch. (1998): Das zweite Gesicht. In: *GEO Magazin* (9): 110 – 128.
- Risgallah, Dr.; Laila, S. (1995): *The social, psychological and medical aspects of female circumcision*. Diss. Kairo, Ain Shams University, Inst. of Post Graduated Childhood Studies.
- Schnüll, P. (1999): *Weibliche Genitalverstümmelung. Eine fundamentale Menschenrechtsverletzung*. Göttingen, Tübingen: Terre des Femmes e.V. (Textsammlung).
- Tornay, S. (1981): *The Nyangatom: an outline of their ecology and social organization*. In: *Northeast African Studies*, African Studies Center, Michigan State University, Monograph No. 10: 137 – 178.
- UNFPA News (1998): *Waris Diri Named Population Fund Special Ambassador. Will Campaign to End Female Genital Mutilation*. URL: <http://www.unfpa.org/news/dirie.html>.
- Wolde, T. (1997): *Cowrie Belts and Kalashnikovs*. In: *Ethiopia in Broader Perspective* (II): 670 – 687.

Anschrift der Autorin

Dr. des Annette Peller, freie wiss. Mitarbeiterin, Institut für Ethnologie, FU-Berlin, Drosselweg 1-3, 14195 Berlin

Die Anwendung von Viagra® bei Frauen – Eine kasuistische Beschreibung von fünf Frauen

Treatment of female sexual dysfunction with Viagra® – five case reports

E. Nika, P. Briken

Zusammenfassung

Im Rahmen einer Multicenterstudie der Firma Pfizer, wurde eine Anwendungsbeobachtung der Phase II von Sildenafilcitrat (Viagra®) randomisiert, doppelblind und placebokontrolliert an Frauen durchgeführt, die den Einschlusskriterien entsprachen und nach DSM-IV folgende Diagnosen aufwiesen: Dyspareunie infolge von Lubrikationsstörungen; sexuelle Erregungsstörungen; Lustlosigkeit oder Orgasmusstörung, wenn diese mit einer sexuellen Erregungsstörung assoziiert waren. Fünf Studienteilnehmerinnen, die sich an eine sexualtherapeutische Poliklinik gewandt haben, werden kasuistisch beschrieben. Weder die Studienteilnehmerinnen, die die Wirksubstanz (N=3) noch diejenigen, die Placebo (N=2) erhielten, berichteten über einen anhaltenden positiven Effekt auf die Libido. Weibliche Sexualität scheint nicht in „mechanischen Parametern“, wie sie die Lubrikation darstellt, meßbar zu sein; bei drei Frauen kam es ab Mitte des Studienverlaufs zu einer Enttäuschung, die auch zu einer reduzierten Einnahme des Medikaments führte; zwei Frauen begannen nach Studienbeendigung erneut eine Psychotherapie; nur in einem Fall (D) wäre nachträglich zu erwägen, ob bei konsequentem Paartherapieangebot ohne Medikation eine Motivation zur Psychotherapie leichter hätte erzielt werden können. Wir schließen aus diesem Ergebnis, daß bei sexuellen wie auch bei anderen Funktionsstörungen, der Versuch einer medikamentösen Behandlung keineswegs den Weg zur Psychotherapie verbauen muß, sondern ganz im Gegenteil oft Widerstände aus dem Weg räumen und die Motivation zur Psychotherapie stärken kann.

Schlüsselwörter: Sildenafilcitrat (Viagra®), weibliche sexuelle Funktionsstörungen

Abstract

We report about a phase II, randomized, double-blind and placebo-controlled multicentre study to evaluate the efficacy, safety and toleration of Sildenafil (Viagra®) in women with sexual dysfunction associated with female sexual arousal disorder. Five women who participated as outpatients of our clinic are described in case reports. Neither the women who received the verum (N=3) nor those who received a placebo (N=2) reported a continuous positive effect on their libido. Female sexuality seems to be less measurable in „mechanical parameters“ like lubrication. Three women were frustrated at the middle of the study, which was followed by a reduction in using the medication for intercourse. Two women started psychotherapy once again after finishing the study. In one case we are still wondering if exclusively offered couple-therapy without the option of medication would have facilitated the motivation for a psychotherapy. Our final conclusion is that pharmacological treatment in cases of sexual dysfunctions similar to other disorders doesn't block up the way to a psychotherapy. On the contrary sometimes it seems to be able to reduce resistances and strengthen the motivation for a psychotherapy.

Keywords: Sildenafil (Viagra®), female sexual dysfunctions

1. Einleitung

Sildenafilcitrat (Viagra®) ist ein selektiver Hemmstoff der cGMP (cyclo-Guanosinmonophosphat)-Phosphodiesterase, Typ 5, der in der glatten Gefäßmuskulatur des Corpus cavernosum überwiegt. Sildenafilcitrat wirkt dabei peripher. Durch Hemmung des Abbaus von cGMP verstärkt Sildenafilcitrat (Viagra®) die gefäßerweiternde Wirkung von bei sexueller Stimulation freigesetztem NO.

Als Nebenwirkungen von Sildenafilcitrat (Viagra®) werden Kopfschmerzen, Flush, Schwindel, Dyspepsie, Verstopfungen der Nase, Sehstörungen (Veränderungen des Farbsehens, Lichtempfindlichkeit, unscharfes Sehen), Muskelschmerzen und (in wenigen Fällen bei Überdosierung) Priapismus beschrieben (Pfizer GmbH Produktmonographie 1998).

Da dieses Medikament erfolgreich in der Behandlung der erektilen Dysfunktion eingesetzt wurde (Goldstein et al. 1998), sollte in einer weiteren Studie die Anwendung bei weiblichen sexuellen Funktionsstörungen untersucht werden.

Bisher gibt es nur wenige Hinweise, daß die cGMP-spezifische Phosphodiesterase, Typ 5 bei Frauen im Genitaltrakt vorkommt bzw. die Verbindungsachse zwischen NO und cGMP bei der sexuellen Erregung der Frauen eine Rolle spielt (Chai et al. 2000). Bei beiden Geschlechtern haben die erektilen Bereiche ihren embryonalen Ursprung in den Müller-Gängen. Es könnte daher möglich sein, daß die erektilen Bereiche der Frau ähnlich wie der Schwellkörper des Mannes auf Veränderungen der NO-cGMP-Achse (Burnett 1995) reagieren. Ausgangspunkt für die Studie war dabei die Annahme, daß diesen Mechanismen eine Bedeutung bei der Clitoriserektion, perivaginaler Durchblutung und vaginaler Lubrikation bei sexueller Stimulation zukommt. Möglich wäre, daß sich die physiologische Erregung durch eine vermehrte genitale Durchblutung während der sexuellen Aktivität verändert.

Im Rahmen einer Multicenterstudie beteiligte sich auch eine Spezialabteilung für sexuelle Störungen an einer Untersuchung der Wirksamkeit von Sildenafilcitrat (Viagra®) bei Frauen.

Vorläufige Ergebnisse der Studie wurden am 23. Mai 2000 auf der Jahrestagung des American College of Obstetricians and Gynecologists vorgestellt. Im Rahmen dieser randomisierten und kontrollierten Studie, die an über 500 Frauen mit sexuellen Funktionsstörungen durchgeführt wurde, konnten keine spezifischen Effekte durch Sildenafilcitrat nachgewiesen werden (Basson et al. 2000). Dieses Ergebnis steht ganz im Einklang mit unserem klinischen Eindruck und soll daher anhand der bei uns untersuchten Frauen kasuistisch exemplifiziert werden.

2. Methoden

Untersucht werden sollten Effektivität, Sicherheit und Verträglichkeit von Sildenafil bei Frauen mit sexuellen Funktionsstörungen. Weiterhin wurden die Effektivität verschiedener Dosierungen, pharmakokinetische Variablen und die Validität eines neuen Instruments zur Erfassung sexueller Funktionsstörungen überprüft.

Ein- bzw. Ausschlußkriterien

Insgesamt sollten 536 Patientinnen randomisiert in die Doppelblindstudie aufgenommen werden. Eingeschlossen wurden Frauen, die zwischen 18 und 55 Jahre alt waren. Ein-

schlußdiagnosen (DSM-IV) waren: Dyspareunie infolge von Lubrikationsstörungen, sexuelle Erregungsstörungen, Lustlosigkeit oder Orgasmusstörung, wenn diese mit einer sexuellen Erregungsstörung assoziiert waren. Die Symptome mußten mindestens sechs Monate vor Einschluß persistent vorhanden gewesen sein und die betroffenen Frauen sollten sich in einer heterosexuellen Beziehung befinden. Ausschlußkriterien waren u.a. eine begleitende Psychotherapie zur Medikation, postmenopausale Frauen, Frauen mit einer Retinitis pigmentosa, Frauen, die im letzten Halbjahr vor Einschluß einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall erlitten haben oder die Nitrat- bzw. Nitritpräparate zu sich nahmen.

Studienmedikation

Nach Diagnose- und Indikationsstellung sowie einem medizinischen Screening erfolgte initial eine vierwöchige medikamentenfreie Phase zur Erhebung von Sexualitätsmerkmalen. Danach erhielten die Frauen über den Zeitraum von zwölf Wochen ein Medikament, wobei doppelblind und je nach Randomisierung Placebo, 10, 50 oder 100 mg Sildenafil ausgehändigt wurde. Den Teilnehmerinnen wurde empfohlen das Medikament eine Stunde vor dem Geschlechtsverkehr einzunehmen. Sie sollten innerhalb eines Monats nicht mehr als eine Dosis pro Tag einnehmen. Die Studienteilnehmerinnen wurden monatlich ärztlich gesehen und untersucht. Zu diesen Zeitpunkten wurde die Medikation für einen Monat ausgehändigt.

Untersuchungsinstrumente

Neben körperlichen, gynäkologischen und laborchemischen Untersuchungen, sollten die Frauen zur Medikation begleitend ein vorgefertigtes Tagebuch führen, in welchem sie das Datum und die Uhrzeit der Medikamenteneinnahme eintrugen, sowie Angaben über den ausgeübten Geschlechtsverkehr machen sollten. Zu den Untersuchungszeitpunkten (screening, baseline, 4, 8 und 12 Wochen) füllten die Teilnehmerinnen Fragebögen aus, die Informationen zum medikamentösen Effekt auf die Sexualität (Sexual Function Questionnaire), Angaben zur Lebensqualität (Fugl-Meyer Life Satisfaction Checklist), Angst und Depression (Hospital Anxiety and Depression Scale) zu eruieren versuchten. Partnerfragebögen waren optional und enthielten u.a. ebenfalls Fragen zur Zufriedenheit mit der Sexualität. Zum Ende der Studie sollten die Patientinnen noch eine globale Einschätzung der Wirksamkeit des Medikaments geben. Sicherheit und Verträglichkeit sollte anhand der Meldung von Nebenwirkungen, laborchemischer Analysen und medikationsbedingter Studienabbrüche überprüft werden.

Studienteilnehmerinnen

Insgesamt stellten sich im Rahmen der regulären Erstsprechstunden unserer Klinik acht Patientinnen vor, die die erforderlichen Einschlußkriterien erfüllten und an der Studie teilnehmen wollten. Einer der acht Frauen rieten wir, wegen einer ausgesprochen komplizierten Partnerschaftssituation von der Studie ab und vermittelten sie in eine Paartherapie. Eine andere Frau entschloß sich vor dem Screeningtermin gegen eine Studienteilnahme. Eine weitere wurde nach dem Screening, aber vor Medikamenteneinnahme ausgeschlossen, da sie in der Zwischenzeit eine Menorrhagie entwickelt hatte. Letztendlich haben fünf Teilnehmerinnen die Studie begonnen. Von diesen fünf Frauen brach eine

ohne Begründung nach dem dritten Besuch ab. Im Vordergrund standen bei allen Frauen Orgasmus- und sexuelle Erregungsstörungen.

Da keine der von uns untersuchten Patientinnen mit der Medikation zufrieden war, soll nach Auflösung des Doppblindsettings nochmal im Einzelnen den Effekten der Behandlung nachgegangen werden.

3. Ergebnisse

Studienteilnehmerin A: Frau A war zum Zeitpunkt der Studiendurchführung 27 Jahre alt, berufstätig und seit zwei Jahren in einer festen Partnerschaft. Sie berichtete über Orgasmus- und Erregungsstörungen sowie sexuelle Lustlosigkeit. Die Orgasmus- und Erregungsstörungen seien seit Beginn ihrer sexuellen Aktivität (mit ca. 20 Jahren) anhaltend auch in früheren Beziehungen vorhanden gewesen. Wegen dieser Problematik sei sie zuvor ein Jahr in einer tiefenpsychologisch fundierten psychotherapeutischen Behandlung gewesen, die aber nicht zum gewünschten Erfolg geführt habe. Nun sei sie der Überzeugung, daß nur das Medikament ihr weiterhelfen könne. Sie habe Angst, daß ihre Beziehung wegen ihrer sexuellen Schwierigkeiten in Mitleidenschaft gezogen werde. Ihr Freund wüßte nicht, daß sie an dieser Studie teilnehme. Sie war zur Studienteilnahme sehr motiviert, zu einer Paartherapie war sie zu diesem Zeitpunkt nicht bereit.

Frau A hatte bis auf ein fokales Anfallsleiden, das mit einem Antiepileptikum behandelt wurde, keine Vorerkrankungen. Die Untersuchungen zum Screeningzeitpunkt waren ausnahmslos ohne pathologischen Befund.

Nach Aushändigung der Medikation (wie sich am Ende der Studie herausstellte 100 mg Sildenafilcitrat/Einnahmedosis), nahm Frau A im ersten Monat die Hälfte, der ihr mitgegebenen Medikamentenpackung. Sie hatte mit ihrem Partner etwa ein- bis zweimal die Woche Geschlechtsverkehr, war stark motiviert und nahm daher häufiger die Medikamente. Vier Wochen nach der Einnahme von Sildenafilcitrat berichtete Frau A, daß sie keinerlei Effekte auf ihre Sexualität bemerkt habe. Trotzdem blieb sie weiter motiviert, Sildenafilcitrat auszuprobieren. In der achten Woche nach Einnahme hatte Frau A ein Drittel der ihr mitgegebenen Medikation eingenommen. Sie wirkte sichtlich frustriert, weil sie keine Veränderung ihres Sexuallebens beobachten konnte. Sie berichtete von den bekannten Nebenwirkungen wie Schwindel, Kopfschmerzen und Lichtempfindlichkeit. Ihr Blutdruck war, im Vergleich zum Ausgangswert, leicht erniedrigt. Wegen dieser Nebenwirkungen war Frau A sicher, kein Placebo einzunehmen, was ihre Frustration noch verstärkte. Nun begann sie zu erzählen, daß sie mit ihrem Freund über ihre sexuelle Problematik nicht sprechen könne. Er habe den Eindruck, daß ihr gemeinsames Sexualleben in Ordnung sei, da sie ihm ihre Unzufriedenheit nicht mitteile. Sie selbst vermute, daß ihre rigide und strenge elterliche Erziehung zu ihrer sexuellen Problematik beigetragen habe. In den Vorgesprächen hatte sie eher verschlossen gewirkt und nur knappe Antworten gegeben. Auch nach weiterer Medikamenteneinnahme kam es zu keinem positiven Effekt auf die Sexualität. Die einzige Veränderung zu diesem Zeitpunkt war, daß Frau A von einer starken Lubrikation berichtete, die sie eher als unangenehm empfand. Die Koitusfrequenz lag während der Studienteilnahme relativ konstant bei 1 – 2 mal wöchentlich.

Frau A hielt nach Abschluß der Studie den Kontakt zu der Spezialambulanz aufrecht und konnte in eine Psychotherapie vermittelt werden. Zu einer Paartherapie zeigte sich die

Patientin, die auch die Studienteilnahme ihrem Freund verschwiegen hatte, weiterhin nicht bereit.

Studienteilnehmerin B: Frau B war zum damaligen Zeitpunkt 26 Jahre alt, Studentin und seit drei Jahren in einer festen Partnerschaft. Sie klagte über Orgasmusstörungen, sexuelle Erregungsstörungen (seit Beginn ihrer sexuellen Aktivität mit 18 Jahren) und eine in letzter Zeit bestehende sexuelle Lustlosigkeit. Da sie sich in ihrer letzten Beziehung als „frigide“ erlebt habe, sei sie in eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie gegangen, die sie jedoch nur belastet habe, weil ihr in dieser Therapie der Gedanke gekommen sei, daß ihr der Vater in der Kindheit sexuell zu nahe gekommen sein könnte. Danach habe sie ständig darüber nachdenken müssen, ob ein sexueller Mißbrauch durch den Vater stattgefunden habe oder nicht, ob eine Umarmung seinerseits schon zuviel gewesen sei. Frau B wirkte zu Studienbeginn ambivalent, äußerte Bedenken, ob ein Medikament ihre sexuelle Problematik positiv verändern könne. Sie entschied sich dennoch, um einem neuerlichen Psychotherapieversuch, zu dem sie nicht motivierbar schien, aus dem Weg zu gehen.

Frau B hatte keinerlei Vorerkrankungen. Über den Studienzeitraum bekam sie Sildenafilcitrat (Viagra®) in einer Dosierung von 10 mg. Durchschnittlich nahm sie das Präparat etwa zweimal die Woche ein und hatte über den Studienzeitraum relativ konstant etwa einmal wöchentlich Geschlechtsverkehr mit ihrem Freund. Während der folgenden Untersuchungstermine berichtete sie, keine Veränderungen in ihrer Sexualität bemerkt zu haben. Nebenwirkungen ließen sich, bis auf einen leicht erniedrigten Blutdruck, über den gesamten Zeitraum der Behandlung nicht erheben. Frau B war der Meinung, ein Placebopräparat einzunehmen, nahm aber weiterhin an der Studie teil. In der achten Woche nach Medikationsbeginn, berichtete sie, daß sie sich räumlich von ihrem Freund getrennt habe, da sie mehr Zeit für sich allein brauche. Am schwierigsten fand sie, daß ihr Freund häufig über ihre sexuelle Problematik sprechen wollte, sie sich aber von ihm in dem Punkt unverstanden fühlte und ihn als fordernd erlebte. Nach der räumlichen Trennung fühlte sich Frau B in ihrer Beziehung wohler, da sie nun den Rahmen der Verabredungen mit ihrem Freund selbst gestalten konnte. An der sexuellen Problematik änderte sich nichts. Auch Frau B hielt nach der Studie den Kontakt zur Spezialambulanz aufrecht. Mit ihr wurde eine weitere psychotherapeutische Intervention erörtert, bei der es um die Bearbeitung der nun erneut in den Vordergrund getretenen, fraglichen Mißbrauchserlebnisse gehen würde. Schließlich konnte ihr eine weibliche Therapeutin vermittelt werden.

Studienteilnehmerin C: Frau C war zu Beginn der Studie 44 Jahre alt und seit 27 Jahren verheiratet. Sie arbeitete mit ihrem Ehemann in dem gemeinsamen Betrieb und hatte zwei erwachsene Kinder, wobei das jüngste gerade das Haus verlassen hatte. Sie berichtete über seit etwa sieben Jahren bestehende Orgasmus- und sexuelle Erregungsstörungen. Zusätzlich habe sie in den letzten Jahren eine sexuelle Lustlosigkeit bemerkt. Sie selbst habe lange Zeit geglaubt, daß das mit ihrer Überarbeitung und daraus resultierendem Streß zusammenhänge. Jetzt, da ihr letztes Kind das Haus verlassen habe und sie und ihr Ehemann mit der Arbeit kürzer treten wollten, habe sie beschlossen, etwas gegen ihre sexuelle Probleme zu unternehmen. Sie betonte, daß es ihr dabei ausschließlich um sich selbst gehe. Frau C wirkte bezüglich der Studie motiviert und war darüber enttäuscht, daß sie erst nach einer Untersuchungsphase das Präparat ausgehändigt bekam.

Außer einer einseitigen Nephrektomie bei vorbestehender Schrumpfniere in der Anamnese, gab es keine somatischen Auffälligkeiten. Frau C bekam 50 mg Sildenafilcitrat (Viagra®). In der vierten Woche nach Einnahme des Präparats (sie nahm ein Drittel der ausgehändigten Menge), erkundigte sich Frau C, ob das Medikament eine Droge sei. Sie habe sich nach Einnahme so gut gefühlt, wie lange nicht mehr. Sie habe noch nie Drogen eingenommen, stelle sich aber deren Wirkung ähnlich vor. Sie habe sich wie „im siebten Himmel“ gefühlt, der Geschlechtsverkehr sei befriedigend gewesen und sie habe danach tief und fest geschlafen, was sonst eher ein Problem gewesen sei. Während der Untersuchungssituation wirkte Frau C etwas gereizt. Sie beschwerte sich über den langen Fahrweg und nach längerer Unterhaltung erzählte sie, daß sie von ihrem Ehemann „genervt“ sei, da er ihr wie ein „läufiger Hund“ den ganzen Tag hinterherrenne und sie zum Geschlechtsverkehr überreden wolle. Neuerlich auf ihren Lebenskontext angesprochen, konnte sie äußern, daß sie den Auszug der Tochter aus der gemeinsamen Wohnung nicht verkraftete. Sie hätte sich gewünscht, daß die Tochter bleibe, der Auszug sei zu plötzlich gekommen, sie habe sich darauf nicht richtig vorbereiten können. Trotz eines verabredeten Termins, erschien Frau C nicht zum vierten Besuch und sagte diesen auch nicht ab. Bei der telefonischen Nachfrage gab sie zunächst einen Bandscheibenvorfall für ihr Ausbleiben an, fügte aber dann hinzu, ihr Ehemann sei gegen eine weitere Teilnahme an der Studie. Es folgten mehrere Versuche Frau C telefonisch zu erreichen, um eine Abschlußuntersuchung durchzuführen, die jedoch erfolglos blieben.

Es bleibt offen, ob die Zunahme der sexuellen Ansprechbarkeit nur kurzfristig anhielt und überhaupt medikamentös verursacht war. Möglicherweise bemerkte das Paar durch die eingetretene Veränderung einen ursächlichen Paarkonflikt, der nun bedrohlich wirkte.

Studienteilnehmerin D: Frau D stammte aus dem Mittelmeerraum, war zum damaligen Zeitpunkt 31 Jahre alt, berufstätig, seit drei Jahren in zweiter Ehe verheiratet und Mutter zweier Kinder (14 und 2 Jahre alt). Sie kam in Begleitung ihres Ehemannes und berichtete über Orgasmus- und Erregungsstörungen sowie eine ausgeprägte sexuelle Lustlosigkeit. Die Symptomatik hatte vor einem Jahr begonnen und hielt seitdem an. Sie selbst meinte, daß die Unlust nach der Geburt der Tochter aufgetreten sei und möglicherweise damit zusammenhänge.

Während des medizinischen Screenings bestanden Frau D und ihr Ehemann auf ein gemeinsames Gespräch mit der Studiendärztin. Obwohl dies im Rahmen der Studie nicht vorgesehen war, setzten sich beide durch. In dem Gespräch wirkte Frau D etwas ambivalent, so daß ihr eine Bedenkzeit angeraten wurde. Trotzdem drängte sie darauf, an der Studie teilzunehmen, so daß die Routineuntersuchungen durchgeführt wurden.

Frau D hatte in der Anamnese abgesehen von einer Hepatitis A in der Kindheit keinerlei Vorerkrankungen. Alle weiteren Untersuchungen zeigten außer einer leichten Anämie einen Normalbefund. Frau D war auf ein Placebopräparat eingestellt worden. Sie hatte über den Studienzeitraum etwa drei- bis viermal monatlich Geschlechtsverkehr mit ihrem Ehemann. Nach der vierten Einnahmewoche, hatte Frau D fünf Dosen der Monatpackung eingenommen. Sie erzählte, daß sie keine Veränderungen in ihrem Sexualleben bemerkt habe. Auch Nebenwirkungen ließen sich nicht feststellen. Frau D kam inzwischen allein zu den Untersuchungsterminen. Beim nächsten Besuch (acht Wochen nach Medikamenteinnahme) hatte Frau D einmalig eine Dosis eingenommen. Sie wirkte auch bei diesem Besuch ambivalent. Daneben machte sie einen gestreßten und depressiv ver-

stimmten Eindruck. Auf diese Vermutung angesprochen erzählte sie, daß es zuhause Schwierigkeiten gäbe. Sie wohne mit ihrer Familie und ihrer Schwester in einer sehr kleinen Wohnung und habe dort keinerlei Privatsphäre oder Rückzugsmöglichkeit. Die Beziehung zu ihrem Mann sei in Ordnung, es gäbe zwischen ihnen keine Schwierigkeiten. Die Studie wolle sie fortführen, obwohl sie keinen Effekt auf ihre Sexualität feststellen könne. Nach der zwölften Woche kam sie mit ihrer zweijährigen Tochter zum Untersuchungstermin. Sie hatte im letzten Monat zweimal die Dosis eingenommen und keine Veränderungen bemerkt. Sie gab zu verstehen, daß sie es eilig habe, und wirkte ausweichend. Zum Nachuntersuchungszeitpunkt berichtete Frau D, sie habe das Medikament „nicht gerne schlucken wollen“, zumal sich in der Zeit der Einnahme nichts verändert habe. Das Angebot einer Psychotherapie lehnte sie gereizt ab und drängte darauf, die Abschlußuntersuchungen möglichst schnell durchzuführen, um gehen zu können. Während der körperlichen Untersuchung meinte Frau D, ihr Mann habe die sexuellen Schwierigkeiten, nicht sie. Sie betonte, daß sie in ihrer früheren Ehe keine sexuellen Beschwerden gehabt habe. Seit sie mit ihrem zweiten Ehemann zusammen sei, könne sie den Geschlechtsverkehr überhaupt nicht genießen. Er arbeite im Schichtdienst, würde nur einmal die Wochen mit ihr sexuell verkehren und zwar dann, wenn „ihm danach sei“. Es gäbe kein Vorspiel, er habe nach 1-2 Minuten seinen Höhepunkt erreicht und wende sich danach von ihr ab. Trotzdem behauptete er, daß sie diejenige sei, die sexuelle Probleme habe und etwas dagegen unternehmen solle. Dies sei auch der Grund, weswegen ihr Ehemann sie gedrängt habe, an der Studie teilzunehmen. Dagegen habe sie sich nicht wehren können und deshalb auch nichts davon berichtet. Ein Paargespräch mit dem Ehemann oder weitere Gespräche in der Abteilung für Sexualforschung wollte sie nicht annehmen.

Studienteilnehmerin E: Frau E war damals 28 Jahre alt, berufstätig und seit vier Jahren in einer festen Partnerschaft. Sie berichtete über seit drei Jahren bestehende Orgasmusstörungen und sexuelle Lustlosigkeit. Weiterhin habe sie aufgrund einer manchmal unzureichenden Lubrikation Schmerzen beim Geschlechtsverkehr. Bisher habe sie nur mit ihrem Gynäkologen darüber gesprochen und wolle nun das „neue Medikament“ ausprobieren, da sie gehört habe, daß es bei männlichen erektilen Dysfunktionen gut geholfen habe. Frau E arbeitete als Krankenschwester und interessierte sich für den Wirkmechanismus des Präparates. In der Anamnese waren keine Vorerkrankungen, Operationen oder Medikamenteneinnahmen zu erheben. Frau E berichtete von starken Menstruationsbeschwerden – Schmerzen und gelegentlich auftretende Krämpfe. Diese Beschwerden hätten sich verstärkt, seit sie vor einem Jahr die oralen Kontrazeptiva abgesetzt habe. Die gynäkologische Untersuchung ergab einen Normalbefund.

Frau E nahm während des Studienzeitraums ein Placebopräparat. Sie hatte mit ihrem Partner relativ konstant einmal wöchentlich Geschlechtsverkehr. Sie nahm kontinuierlich vier Dosen pro Monat ein. Sie berichtete über keinerlei Nebenwirkungen. Einen Effekt auf ihre Sexualität habe sie nicht bemerkt, weswegen sie auch der Überzeugung war, ein Placebo einzunehmen. Der sexuelle Kontakt zu ihrem Freund würde in der letzten Zeit mehr Spaß bringen, jedoch führe sie dies darauf zurück, daß ihre Beziehung momentan harmonischer und konfliktfreier sei. Hingegen habe ihr Partner den Eindruck, daß sie seit Studienbeginn sexuell lustvoller sei. Er meine, daß ihre Lubrikation während des Geschlechtsverkehrs stark zugenommen habe. Diese Beobachtung könne sie nicht bestätigen, aber insgesamt freue sie sich über einen entspannteren sexuellen Verkehr.

Frau E wirkte während des Studienzeitraums fröhlich, witzelte gern und war daran interessiert, wie es den anderen Studienteilnehmerinnen mit dem Medikament gehe. Sie unterhielt sich gern über medizinische Dinge und fragte viel nach. Zum Studienabschluß zog sie das Resümee, daß sich ihre Sexualität durch die Einnahme des Präparates nicht verändert habe, aber ihre Beziehung unabhängig von der Studienteilnahme entspannter geworden sei. Frau E nahm das Angebot einer Paar- bzw. Psychotherapie nicht an, sie sei ein pragmatischer Mensch und könne solch einer Maßnahme nicht viel abgewinnen. Nach einem Jahr meldete sich Frau E erneut – inzwischen hatte der Gynäkologe eine Endometriose bei ihr festgestellt – um zu erfahren, ob sie Sildenafilcitrat oder ein Placebo eingenommen hatte. Die Vorstellung, daß die Einnahme von Sildenafilcitrat die Endometriose beeinflußt oder verursacht haben könnte, habe sie beunruhigt.

4. Diskussion

Nach den ersten positiven Berichten über die Wirkung von Sildenafilcitrat bei der erektilen Dysfunktion des Mannes und kontroversen Beurteilungen dieses Erfolges in den Medien, durfte man in jeder Hinsicht auf die Ergebnisse der Anwendungsbeobachtung von Viagra® bei weiblichen sexuellen Funktionsstörungen gespannt sein.

Im Interview mit G. Schmidt, äußerte R. Rosen (1998) die Meinung, Sildenafilcitrat könne bei Frauen die Lubrikation und sexuelle Empfindungen fördern. Im weiteren glaube er, daß in den nächsten zwei bis drei Jahren die Pharmakologie der sexuellen Funktionsstörungen der Frauen vermutlich einen Quantensprung machen werde. Dies bleibt abzuwarten.

Die oben beschriebenen fünf Fällen sind sicherlich nicht repräsentativ. Sie stellen auch eine Selektion dar, da Patientinnen, die eindeutig Psychotherapie im Sinne einer Paartherapie bevorzugten, sich nicht für die Studie entschieden haben. Es bietet sich jedoch die Möglichkeit, zu demonstrieren, wie vielfältig weibliches Begehren und physiologische Erregung beeinflußt werden und wie wenig die Förderung der Lubrikation im Einzelnen dabei bewirkt. Insgesamt haben nur wenige Frauen der Spezialambulanz für sexuelle Störungen überhaupt Interesse an der Multicenterstudie gezeigt. Männer scheint der reduktionistische Ansatz, Sexualität auf Erektion und Ejakulation zu beschränken, weniger zu stören. Frauen können wohl im Gegensatz dazu mit einer Fokussierung auf Lubrikation und Orgasmus wenig anfangen (vgl. auch Basson 2000).

Am schwierigsten erschien für die Frauen die Einnahme des Präparates eine Stunde vor dem Geschlechtsverkehr, den sie damit initiieren und planen mußten, was sie in eine ungewohnt aktivere Rolle drängte. Sie gerieten in eine „Streßsituation“, die einen entspannten Geschlechtsverkehr erschwerte. Dafür könnte auch die relativ konstant niedrig gebliebene Koitusfrequenz während des Studienzeitraums sprechen.

Interessanterweise wurde der vorgesehene Partnerfragebogen von keinem der Männer ausgefüllt. Ein Grund könnte sein, daß die Frauen dies nicht wollten – im Fall von Frau A wußte der Partner nicht, daß sie an der Studie teilnahm – in anderen Fällen wollten die Partner von sich aus den Fragebogen nicht ausfüllen. Vielleicht war ihnen die Rolle des Beurteilers der Sexualität ihrer Frauen unbehaglich.

Bei einigen Frauen (Studienteilnehmerinnen B, C, D) war aus unterschiedlichen Gründen eine spürbare Ambivalenz vorhanden. B wollte einerseits durch eine Medikamenteneinnahme ihre Sexualität verbessern, andererseits zweifelte sie daran, daß eine derartige In-

tervention ihr sexuelles Problem wirklich lösen könnte. Dies manifestierte sich auch in der reduzierten Medikamenteneinnahme. C hob hervor, daß die Studienteilnahme allein ihre Entscheidung gewesen sei und äußerte als einzige Studienteilnehmerin einen positiven Medikamenteneffekt im Sinne eines „Glücksgefühls“, andererseits beklagte sie sich über ihren Ehemann, der sie sexuelle bedrängte. Der abrupte Abbruch macht deutlich, daß die „funktionierende Sexualität“ der Frau ein neues „Ungleichgewicht“ in der Partnerschaft bewirkt haben muß, das beide nicht erwartet hatten. Bei D blieb die Ambivalenz über den gesamten Studienzeitraum. Sie beruhte darauf, daß sie sich „behandeln lassen“ mußte, während ihr Ehemann seine vermutlich vorhandene Ejaculatio praecox leugnete und die daraus entstehenden sexuellen Schwierigkeiten in der Partnerschaft zu einer sexuellen Funktionsstörung seiner Frau umdefinierte. Bei der Kasuistik von Frau D wird deutlich, wie sehr der Druck des Partners die Medikamenteneinnahme der Frau beeinflusste. Frau D hat wahrscheinlich sogar Symptome vorgetäuscht, um an der Studie teilnehmen zu können. In diesem Fall stellt sich besonders die Frage, ob eine partnertherapeutische Haltung der Untersucher von Anfang an zu einer besseren Motivation geführt hätte, ob man sich nicht vielleicht mit dem Umweg der medikamentösen Behandlung anderen Möglichkeiten sogar versperrt hat.

Andererseits war bei den Studienteilnehmerinnen A, B, D – insbesondere jedoch bei Frau A – ab der Mitte des Studienverlaufs eine gewisse Frustration eingetreten, die das ärztliche Gespräch in den Vordergrund treten ließ. Zur Sprache kamen persönliche Probleme und Beziehungskonflikte. Dieser Zeitpunkt korrelierte auch mit einer reduzierten Medikamenteneinnahme.

Studienteilnehmerin A und B – die jüngsten von den fünf Frauen – konnten, trotz eines psychotherapeutischen Versuches im Vorfeld der Studienteilnahme, zu einer erneuten Psychotherapie motiviert werden, zeigten allerdings keine Bereitschaft zu einer Paartherapie.

Bei der Betrachtung unseres Klientels entsteht insgesamt der Eindruck, daß Sildenafilcitrat (Viagra®) bei der Behandlung der weiblichen sexuellen Funktionsstörungen, im Gegensatz zu der Behandlung der männlichen erektilen Dysfunktion, kaum Erfolg verspricht. Dies mag einerseits daran liegen, daß der Wirkmechanismus von Sildenafilcitrat (Viagra®) in der glatten Muskulatur des Corpus cavernosum doch nicht ohne weiteres mit der Wirkung auf die glatte Muskulatur des perivaginalen Venenplexus verglichen werden kann. Darüber hinaus scheint auch in Zukunft die weibliche sexuelle Funktionsstörung von den Betroffenen viel komplexer und weniger mechanistisch gesehen zu werden als die erektile Dysfunktion von Männern. Während beim Mann das Empfinden einer Erektion Lustgefühl und einen Antrieb zum Handeln erzeugt, scheint dies für die Empfindung der Lubrikation bei der Frau nicht zuzutreffen.

Durch das vorgegebene Studiendesign war es nur sehr begrenzt möglich, den komplexen Entstehungsbedingungen weiblicher sexueller Dysfunktionen gerecht zu werden. Zwar sind in den Ausschlußkriterien viele Punkte benannt, die sich nur durch eine ausführliche Sexualanamnese erfassen lassen, dennoch ist eine Erhebung ohne Einbeziehung des jeweiligen Partners nur bedingt aussagekräftig. In den Ausschlußkriterien sind u.a. sexuelle Dysfunktionen der Partner und Partnerschaftskonflikte (die nicht direkt in Beziehung zur weiblichen sexuellen Dysfunktion stehen) benannt. Daß sich derartige Konstellationen oft erst im Laufe längerdauernder Therapien oder (wie bei Frau D) im Laufe der Studie herausstellen – wenn der Partner nicht miteinbezogen wird – haben wir oben deutlich ge-

macht. Sehen wir eine – nicht somatisch bedingte – sexuelle Dysfunktion u.a. als Symptom eines zugrundeliegenden Partnerschaftskonfliktes, so ist dieser Konflikt weder für Patientin noch Behandler von Anfang an deutlich. Auch hier erschwert die Abwesenheit des Partners das Erlangen notwendiger Informationen. Somit können die Ergebnisse nur eine sehr eingeschränkte Interpretation zulassen. Insgesamt werden es Medikamente wohl bei Frauen viel schwerer haben, sich so deutlich zu bewähren wie Sildenafilcitrat am Anfang seines Erfolges bei Männern.

Literatur

- Basson, R. (2000): The female sexual response: a different model. *J Sex & Marital Ther* 26: 51 – 65.
- Basson, R.; Mc Innes, R.; Smith, M.D.; Hodgson, G.; Koppiker, N. (2000): Efficacy and safety of Viagra® in estrogenized women with sexual dysfunction associated with female sexual arousal disorder (FSAD). Abstract presented at 48th ACOG Annual Clinical Meeting in San Francisco (23. Mai), CA.
- Burnett, A.L. (1995): The role of nitric oxide in the physiology of erection. *Biol reprod* 2: 485 – 489.
- Chai, T.C.; Wong, I.; Berman, J.R. (2000): Pilot study of effectiveness of Viagra® for treatment of female sexual dysfunction: Physiologic predictor for success. Presented at AUA 2000 Annual Meeting (29. März. – 4. Mai), Atlanta.
- Goldstein, I.; Lue, T.F.; Padma-Nathan, H.; Rosen, R.C.; Steers, W.D.; Wicker, P.A. (1998): Oral sildenafil in the treatment of erectile dysfunction. *N Engl J Med* 338: 1397 – 1404.
- Pfizer GmbH Produktmonographie (1998): Viagra®.
- Rosen R (1998): Über Viagra. *Zeitschrift für Sexuallforschung* 11: 271 – 280.

Anschrift der Autoren

Dr. med. E. Nika, Dr. med. P. Briken, Zentrum für psychosoziale Medizin, Abt. f. Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 52, 20246 Hamburg

Die Oro-Vaginale Insufflation: Verkannter Pathomechanismus mit tödlichen Folgen in der Schwangerschaft

Oro-Vaginale Insufflation: Unrecognized Patho-Mechanism with letal Consequences in Pregnancy

V.R. Jacobs, N. Maass, F. Hilpert, Ch. Mundhenke, W. Jonat

Hintergrund und Fragestellung

Oralverkehr ist eine häufig praktizierte Form der Sexualität in allen Kulturen weltweit. Falls jedoch dadurch oder durch andere Mechanismen und Aktivitäten – auch unbewußt und unbeabsichtigt – Gasmengen unter Druck in die Vagina insuffliert werden, kann dies durch den Uterus und nach Dilatation der Tuben ins Abdomen gelangen und dort ein nicht-chirurgisches Pneumoperitoneum hervorrufen. Mangelndes Bewußtsein um den Pathomechanismus bei Patientinnen und medizinischem Personal und die potentielle Gefahr der Perforation eines Hohlorgans lenken die Diagnostik oft in eine falsche Richtung (Differentialdiagnose Magen-Darmperforation, Ulcus etc). Aus Scham, Peinlichkeit und Unwissenheit wird die mögliche Ursache von der Patientin nicht erwähnt, die sexuelle Anamnese gehört nicht zur Routine.

In der Literatur sind mindestens 17 Fälle dieses Pathomechanismus mit letalem Ausgang durch Gasembolie in der Schwangerschaft dokumentiert. In der täglichen Praxis sind mehr Fälle mit leichteren Beschwerden zu erwarten, die vielleicht nicht erkannt werden. Anhand eines Fallbeispiels und im Literaturüberblick soll das Problem dargestellt und die Gefahren der oro-vaginalen Gasinsufflation aufgezeigt werden.

Fallbeispiel

Ein Fallbeispiel einer Nicht-Schwangeren, das typische für den Verlauf und die Verknennung des Pathomechanismus ist, wurde von Varon et al. vom Stanford University Medical Center in Californien, USA, im Jahre 1991 veröffentlicht (Varon et al. 1991).

Eine 24 Jährige Frau, 0 gravida, wurde mit schweren Bauchschmerzen in die Notaufnahme einer Universitätsklinik eingeliefert. Die seit 6 Stunden andauernden Dauerschmerzen wurden als scharf und diffus beschrieben, anfangs im rechten Unterbauch am stärksten, später sich im gesamten Bauchraum ausbreitend. Keine Temperatur, Übelkeit oder Erbrechen. Bewegung wirkte schmerzverstärkend. Normaler unauffälliger Regelzyklus zuletzt vor 6 Tagen. Das Abdomen war diffus druckschmerzhaft mit verminderten Darmgeräuschen. Die körperliche und vaginale Untersuchung einschließlich Labor war unauffällig; im Abdomen-Röntgen zeigte sich freie Luft unter dem Zwerchfell.

Die Anamnese war unauffällig bis auf ein wiederholtes Pneumoperitoneum unklarer Genese vor 6 bzw. 12 Monaten. Dies führte jeweils zu umfassender Diagnostik einschließlich zweimaliger Notfall-Laparotomie, die aber beide Male ergebnislos blieb.

Eine aufgrund der Vorgeschichte dann durchgeführte sexuelle Anamnese ergab, daß allen Ereignissen sexuelle Aktivitäten vorausgingen, bei denen der Partner der Patientin mit Druck Luft in die Vagina hineinblies. Die Schmerzen begannen jeweils 4 Stunden danach.

Im Verlauf ohne weitere therapeutische Massnahmen war die Patientin unter Überwachung nach 24 Stunden schmerzfrei. Im Abdomen-Röntgen zeigte sich in der Kontrolle ein spontan absorbiertes Pneumoperitoneum. Nach umfassender Aufklärung über den Pathomechanismus wurde die Patientin beschwerdefrei entlassen.

Diskussion

In der Literatur sind viele Fälle von oro-vaginaler Insufflation mit Pneumoperitoneum beschrieben¹, die durch Luftembolie in der Schwangerschaft oft tödlich enden² und seltener überlebt werden (Bernhardt et al 1988, Bray et al 1983, Fyke et al. 1985, Hill & Jones 1993). In der Regel werden die Patientinnen über die Notfallaufnahme der Chirurgie bzw. Inneren Medizin aufgenommen, selten primär über die Gynäkologie.

Ein Pneumoperitoneum durch oro-vaginale Insufflation kann dabei in allen Altersgruppen vorkommen, grundsätzlich bei jeder Frau, die sexuell aktiv ist. Die Altersspanne geht dabei von der 16 Jährigen Schwangeren mit tödlicher Luftembolie durch oro-vaginale Insufflation (Fatteh et al. 1973, Heid 1936, Würmeling 1959f) bis zum sexuellen Pneumoperitoneum bei einer 82 Jährigen durch eine Partnerin im Rahmen einer lesbischen Beziehung (Rabens & Miller 1986). Andere Mechanismen für tödliche Gasembolien durch transvaginale Gasinsufflation sind „vaginal fisting“ (Fain & McCormick 1989) aber auch normaler Geschlechtsverkehr (Lifschultz & Donoghue 1983).

Insgesamt sind nur 10 % der Ursachen eines Pneumoperitoneums nicht chirurgisch bedingt (Mularski et al. 1999). Neben vielen anderen Gründen des nicht-chirurgischen Pneumoperitoneums, wie z. B. oro-pharyngealer, intrathorakaler oder intraabdomineller Ursachen, sind folgende gynäkologischen Ursachen beschrieben: spontan, Vaginalduschen, im Rahmen der manuellen gynäkologischen Untersuchung, bei Culdoskopie, Sport wie z. B. Knie-Brust-Übungen post partum, Wasserski, Infektionen, spontaner Uterusruptur und sogar bei normalem Koitus (Babarinsa et al. 1995, Gantt et al. 1977, Geist 1988, Miller et al. 1981, Mularski et al. 1999, Rowe et al. 1998).

In der Gynäkologie wurde das Durchblasen der Eileiter mittels Gas, die sogenannte Tubenpertubation, lange Zeit in der Sterilitätsdiagnostik eingesetzt. Dabei wird CO₂-Gas unter einem Druck von >100 mmHg eingeblasen, welches zu einem Pneumoperitoneum führt, das aber umgehend wieder resorbiert wird. Auch mit dem Mund lassen sich Drücke von 120 mmHg aufbauen, z. B. beim Aufblasen eines Luftballons. Bei forcierter Exsufflation sind Maximaldrücke von > 200 mmHg möglich, die bei oro-vaginaler Insufflation leicht ein nicht-chirurgischen Pneumoperitoneum verursachen können. In der Medizin ist

¹ Allen 1962, Aronson & Nelson 1967, Benjamin 1946, Christiansen et al. 1980, Collins et al. 1994, Eckert et al. 1991, Fatteh et al. 1973, Freeman 1970, Heid 1936, Hendry 1964, Herzig & Mojola 1968, Kaiser 1994, Kaufman et al. 1987, MacGregor et al. 1991, Ohio State Medical Association 1993, Rabens & Miller 1986, Ragan 1981, Soska et al. 1978, Varon et al. 1991, Wright 1959, Würmeling 1959-60.

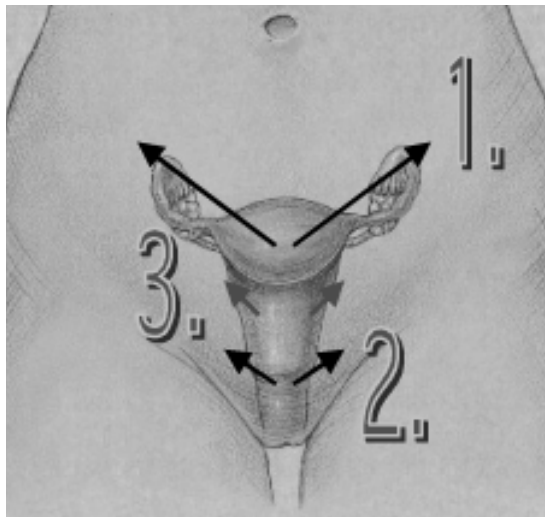
² Allen 1962, Aronson & Nelson 1967, Benjamin 1946, Collins et al. 1994, Eckert et al. 1991, Fatteh et al. 1973, Heid 1936, Hendry 1964, Herzig & Mojola 1968, Kaiser 1994, Kaufman et al. 1987, Ohio State Medical Association 1993, Ragan 1981, Soska et al. 1978, Würmeling 1959-60.

durch wiederholte iatrogen Todesfälle durch Vaginalinsufflation im Rahmen von Puder- einblasung seit den 30er Jahren bekannt, dass dieser Mechanismus in der Schwanger- schaft zum Tode führt (Breyfogle 1945, Brown 1943, Partridge 1943, Peirce 1936).

Es gibt nach der Literatur drei mögliche Eintrittswege für das Gas (s. Abb. 1):

1. durch Vagina, Uterus und Tuben ins Abdomen,
2. nach vaginaler als auch abdominaler Hysterektomie durch kleine Öffnungen am Va- ginalstumpf ins Abdomen (Apepos et al. 1980, Borowski et al. 1983, Christiansen et al. 1980, Nicolsen & Gillmer 1993, Spaulding & Gallup 1979, Tabisky et al. 1972) und
3. in der Schwangerschaft und Perinatalperiode über die Venen des Uterus.

Abb. 1: Insufflationswege: 1. durch Uterus und Tuben ins Abdomen, 2. durch den Vaginal- stumpf nach Hysterektomie und 3. in die Venen am schwangeren Uterus.



Während Luft im Abdomen bei der nicht-schwangeren Frau nur das unangenehme Be- schwerdebild eines Pneumoperitoneums verursachen kann (Eintrittsweg 1 und 2, Abb. 1), besteht eine besondere Gefahr durch vaginale Druckinsufflation für Schwangere (Ein- trittsweg 3, Abb. 1), da durch Überdruck größere Gasmengen über die venösen Gefäße zwischen Plazenta und Uterus eindringen und tödliche Gasembolien verursachen kön- nen¹ (s. Tab. 1). Dieses Risiko besteht auch noch im Zeitraum kurz nach der Geburt. So wurden tödliche Gasembolien auch noch 5 bzw. 8 Tage nach ansonsten unauffälligen Spontangeburt- en bei normalem Geschlechtsverkehr beobachtet (Batman et al. 1998). Eine Frau mit oro-vaginalem Pneumoperitoneum 12 Tage post partum zeigt dagegen schnelle und unauffällige Rekonvaleszenz (MacGregor et al. 1991).

¹ Allen 1962, Aronson & Nelson 1967, Benjamin 1946, Collins et al. 1994, Eckert et al. 1991, Fattah et al. 1973, Heid 1936, Hendry 1964, Herzig & Mojola 1968, Kaiser 1994, Kaufman et al. 1987, Ohio State Medical Association 1993, Ragan 1981, Soska et al. 1978, Würmeling 1959-60.

Tab. 1: Literaturübersicht bekannter Todesfälle durch oro-vaginale Gasinsufflation in der Schwangerschaft.

Autor	Jahr	Alter	Schwangerschaft	Todesumstände
Heid	1936	16 J.	5./6. Monat	Luftembolie durch oro-vaginale Insufflation
Benjamin	1946	17 J.	5. Monat	Luftembolie durch oro-vaginale Insufflation
Würmeling	1959	16 J.	6. Monat	Luftembolie durch oro-vaginale Insufflation
Allen	1962	17 J.	ja	Luftembolie durch oro-vaginale Insufflation
Hendry	1964	17 J.	5. Monat	Luftembolie durch oro-vaginale Insufflation
Aronson	1967	20 J.	38. SSW	Luftembolie durch oro-vaginale Insufflation von Ehemann, da GV medizinisch untersagt
Aronson & Nelson	1967	28 J.	30. SSW	Luftembolie durch oro-vaginale Insufflation von Ehemann, da GV medizinisch untersagt
Herzig & Mojola	1968	19 J.	ja	Luftembolie nach Cunnilingus
Fatteh et al.	1973	16 J.	Ende der SS	Luftembolie durch oro-vaginale Insufflation
Soska et al.	1978	26 J.	ja	Luftembolie durch oro-vaginale Insufflation
Ragan	1981	22 J.	4./5. Monat	Luftembolie durch oro-vaginale Insufflation
Kaufman et al	1987	18 J.	8. Monat	Luftembolie und ARDS nach orovaginaler Insufflation, Tod nach 19 Tagen
Eckert et al.	1991	25 J.	Fortgeschrittene SS	Luftembolie nach transvaginaler Insufflation
OSMA	1993	21 J.	6.-8.SSW	oro-vaginale Insufflation zur Abortinduktion
OSMA	1993	20 J.	34. SSW	oro-vaginale Insufflation
Collins et al	1994	31 J.	39. SSW	oro-vaginale Kokaininsufflation
Kaiser	1994	20 J.	ca. 29. SSW	Luftembolie durch oro-vaginale Insufflation, post-mortem Sectio, Kind schwerbehindert

Es sind in der Literatur vier Fallberichte über oro-vaginale Insufflation in der Schwangerschaft dokumentiert, die nicht zum Tode der Patientin geführt haben (Bernhardt et al. 1988, Bray et al. 1983, Fyke et al. 1985, Hill & Jones 1993). Zwei Schwangerschaften wurden durch Sauerstoffüberdruckbehandlung therapiert, hatten aber einen abortiven Ausgang (Bernhardt et al. 1988, Bray et al. 1983). Eine Schwangerschaft wurde durch Notfallsektio beendet, wobei das Kind am 3. Tag post partum verstarb (Hill & Jones 1993), und eine Schwangerschaft wurde normal ausgetragen (Fyke et al. 1985).

Die Resorption des Gases aus dem Abdomen erfolgt in Abhängigkeit von der Zusammensetzung. Reines CO₂-Gas, wie es im Rahmen der Laparoskopie verwendet wird, wird innerhalb von wenigen Minuten bis Stunden mit einer Rate von ca. 40 ml/min mit Spitzen von ca. 220 ml/min resorbiert (Weyland et al. 1993) und vollständig pulmonal eliminiert. Normale Raumluft hingegen kann auch nach einer Woche noch als Pneumoperitoneum nachweisbar sein. Die höchste Sensitivität hat dabei das CT (Earls 1993).

Generell bedarf das oro-vaginale Insufflationspneumoperitoneum keiner besonderen Therapie. Allein das Wissen um diesen Pathomechanismus kann eine unnötige Laparotomie vermeiden. Die Abklärung des Befundes durch Diagnostik sowie die Aufklärung der Patientin zur Prävention ist ausreichend, gegebenenfalls sollte ein Nachweis der Resorption im Abdomen-Röntgen durchgeführt werden. Eine prophylaktische Antibiotikagabe ist nicht erforderlich. Ein Management des postkoitalen Pneumoperitoneums bzw. ein Algorithmus zur Abklärung des Pneumoperitoneums und Vermeidung von Laparotomien ist beschrieben (Lifschultz & Donoghue 1983, Nicolsen & Gillmer 1993, Hoover et al. 1992).

Viele Fälle des sexuellen Pneumoperitoneums verlaufen wahrscheinlich unbemerkt und asymptomatisch. Es verursacht keine Schmerzen, damit wird keine ärztliche Hilfe in Anspruch genommen und kann nicht diagnostiziert werden. Nach Durchsicht der Veröffentlichungen kann man erwarten, daß der Pathomechanismus der oro-vaginalen Insufflation viel häufiger vorkommt, aber in der täglichen Praxis aufgrund von geringeren und unspezifischen Beschwerden vermutlich übersehen oder fehlinterpretiert wird. Es muss deshalb von einer wesentlich höheren Dunkelziffer als alleine den bisher veröffentlichten Fällen ausgegangen werden. Für den Fachbereich Gynäkologie ist es nicht unwahrscheinlich, dass unter den Patientinnen, die sich wiederholt über Jahre hinweg wegen unklaren Abdominalbeschwerden vorstellen und unter dem Verdacht auf Adhäsionen mehrfach laparoskopiert werden, auch dieser Pathomechanismus als Ursache findet.

Aber nicht nur Unwissenheit, Scham und Peinlichkeit verhindern, dass dieser Pathomechanismus von der Patientin als Ursache erwähnt wird. Ein weitere Grund dafür ist auch in der Rechtslage zu vermuten. In einigen Ländern, so unter anderem auch in verschiedenen US-Bundesstaaten war bzw. ist Oralverkehr nicht legal und wird aufgrund von Strafandrohung von den Beteiligten verschwiegen.

Die Information über den prinzipiell offenen Zugang zwischen Vagina und Abdomen sollte grundsätzlich fester Bestandteil der sexuellen Aufklärung sein. Der Pathomechanismus und die Folgen der vaginalen Überdruckinsufflation könnten insbesondere Risikopatientinnen wie Schwangeren erklärt werden, vielleicht auch in der entsprechenden Patientenaufklärung, z. B. Schwangerschaftsliteratur bzw. Sexualratgeber in der Schwangerschaft, Eingang finden. Eine routinemässige Aufklärung aller Patientinnen, gegebenenfalls auch im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge, erscheint derzeit aber weder möglich noch notwendig.

Die sexuelle Anamneseerhebung ist bei allen unklaren Fällen als diagnostisches Werkzeug stärker zu berücksichtigen. Sie sollte frei erfolgen, da hierfür derzeit kein Konzept oder Schema vorliegt. Situationsbedingt sollte sehr vorsichtig und einfühlsam vorgegangen werden. Aus juristischen Gründen ist dringend angeraten, eine sexuelle Anamnese immer in Gegenwart von Zeugen, z. B. Kollegen oder Pflegekräften durchzuführen.

Schlussfolgerung

Eine oro-vaginale Insufflation von Gasmengen mit Überdruck kann zu einem Pneumoperitoneum führen. Insbesondere während der Schwangerschaft sollte das vermieden werden, da daraus eine tödlich verlaufende Gasembolie werden kann, was durch 17 Fallbeispiele dokumentiert ist. Sexuell aktive Frauen sollten über den prinzipiell offenen Zugang zwischen Vagina und Abdomen aufgeklärt sein. Zur Ursachenklärung bei rezidivierenden Beschwerden und zur Vermeidung von aufwendiger und teurer Diagnostik einschließlich Laparotomien kann die sexuelle Anamnese beitragen.

Literatur

- Allen, C.E. (1962): A Textbook of Psychosexual Disorders. Oxford University Press, London: 80 – 81.
- Apesos, J.; Srivastava, J.K.; Williams, C.; Patton R.J. (1980): Postcoital Pneumoperitoneum. *Obstet Gynecol* 55 (3) Suppl: 47S – 48S.
- Aronson, M.E.; Nelson, P.K. (1967): Fatal Air Embolism in Pregnancy resulting from an unusual sex act. *Obstet Gynecol* 30: 127 – 129.
- Babarinsa, I.A.; Ajayi, A.B.; Adeleye, J.A. (1995): Coitally-related Morbidities in the non-pregnant female. *West Afr J Med* 14: 141 – 146.
- Batman, P.A.; Thomlinson, J.; Moore, V.C.; Sykes, R. (1998): Death due to air embolism during sexual intercourse in the puerperium. *Postgrad Med J* 74: 612 – 613.
- Benjamin, H. (1946): A case of fatal air embolism through an unusual sex act. *J Clin Psychopathol* 7: 815 – 820.
- Bernhardt, T.L.; Goldman, R.W.; Thombs, P.A.; Kindwall, E.P. (1988): Hyperbaric oxygen treatment of cerebral air embolism from orogenital sex during pregnancy. *Crit Care Med* 16 (7): 729 – 730.
- Borowski, G.D.; Veloso, A.; Nothmann, B.J. (1983): Recurrent pneumoperitoneum after hysterectomy. *J Clin Gastroenterol* 5: 81 – 82.
- Bray, P.; Myers, R.A.M.; Cowley, R.A. (1983): Orogenital sex as a cause of nonfatal air embolism in pregnancy. *Obstet Gynecol* 61 (5): 653 – 657.
- Breyfogle, H.S. (1945): Death from air embolism following insufflation during pregnancy. *JAMA* 129 (5): 342 – 344.
- Brown, R.L. (1943): Fatal Air Embolism after Insufflation of the Vagina. *Lancet*: 616.
- Christiansen, W.C.; Danzl, D.F.; McGee, H.J. (1980): Pneumoperitoneum following vaginal insufflation and coitus. *Ann Emerg Med* 9: 480 – 482.
- Collins, K.A.; Davis, G.J.; Lantz, P.E. (1994): An Unusual Case of Maternal-Fetal Death Due to Vaginal Insufflation of Cocaine. *Am J Forens Med and Path* 15(4): 335 – 339.
- Earls, J.P.; Dachman, A.H.; Colon, E.; Garrett, M.G.; Molloy, M. (1993): Prevalence and duration of postoperative pneumoperitoneum: Sensitivity of CT. *Am J Roentgenol* 161: 781 – 785.
- Eckert, W.G.; Katchis, S.; Dotson, P. (1991): The unusual accidental death of a pregnant woman by sexual foreplay. *Am J Forens Med Pathol* 12(3): 247 – 249.
- Fain, D.; McCormick, G. (1989): Death due to vaginal fisting. *Am J Forensic Med Pathol* 10: 73 – 75.
- Fatteh, A.; Leach, W.B.; Wilkinson, C.A. (1973): Fatal air embolism in pregnancy resulting from orogenital sex play. *Forens Sci* 2(2): 247 – 250.
- Freeman, R.K. (1970): Pneumoperitoneum from oro-genital insufflation. *Obstet Gynecol* 36: 162 – 164.
- Fyke III, F.E.; Kazmier, F.J.; Harms, R.W. (1985): Venous Air Embolism: Life Threatening Complication of Orogenital Sex during Pregnancy. *Am J Med* 78: 333 – 336.

- Gantt, C.B.; Daniel, W.W.; Hallenbeck, G.A. (1977): Nonsurgical Pneumoperitoneum. *Am J Surg* 134:411 – 414.
- Geist, R.F. (1988): Sexually Related Trauma. *Emerg Med Clin of North Am* 6(3): 439 – 466.
- Heid, J. (1936): Ein eigenartiger Todesfall in der Schwangerschaft durch Luftembolie. *Oeff Gesundheitsdienst* 2A: 720 – 722.
- Hendry, W.T. (1964): An unusual case of air embolism. *Med Sci Law* 4: 179 – 181.
- Herzig, N.; Mojola, J. (1968): Death by air embolism during pregnancy. *Obstet Gynecol* 32: 732.
- Hill, B.F.; Jones, J.S. (1993): Venous air embolism following orogenital sex during pregnancy. *Am J Emerg Med* 11(2): 155 – 157.
- Hoover, E.L.; Cole, G.D.; Mitchell, L.S.; Adams, C.Z.; Hassett, J. (1992): Avoiding laparotomy in nonsurgical pneumoperitoneum. *Am J Surg* 164: 99 – 103.
- Kaiser, R.T. (1994): Air embolism death of a pregnant woman secondary to orogenital insufflation. *Acad Emerg Med* 1(6): 555 – 558.
- Kaufman, B.S.; Kaminsky S.J.; Rackow, E.C.; Weil, M.H. (1987): Adult respiratory distress syndrome following orogenital sex during pregnancy. *Crit Care Med* 15 (7): 703 – 704.
- Lifschultz, B.D.; Donoghue, E.R. (1983): Air embolism during intercourse in Pregnancy. *J Forens Sci* 28: 1021 – 1022.
- MacGregor, J.S.; Wu, A.W.; Rubin, H.R. (1991): Pleuritic Chest Pain in a postpartum woman. *Arch Emerg Med* 8: 271 – 273.
- Miller, R.E., Becker, G.J.; Slabaugh, R.D. (1981): Nonsurgical Pneumoperitoneum. *Gastrointest Radiol* 6: 73 – 74.
- Mularski, R.A.; Ciccolo, M.L.; Rappaport, W.D. (1999): Nonsurgical Causes of Pneumoperitoneum. *West J Med* 170: 41 – 46.
- Nicolson, S.C.; Gillmer, M.D.G. (1993): Management of postcoital pneumoperitoneum following hysterectomy. *J Obstet Gynecol* 13(4): 289 – 290.
- Ohio State Medical Association (1993): Maternal Deaths Due to Air Embolism. *Ohio State Med J* 111: 1105 – 1107.
- Partridge, A.J. (1943): The third case of fatal air embolism reported after vaginal insufflation. *Br Med J* 2: 329.
- Peirce, S.J.S. (1936): Death from Vaginal Insufflation. *Can Med Assoc J* 35: 668 – 670.
- Rabens, D.H.; Miller M.K. (1986): Nonsurgical pneumoperitoneum in an elderly woman following orogenital insufflation: Report of a case and review of the literature. *J AOA* 86 (3): 179 – 182.
- Ragan, W.D. (1981): Antepartum Air Embolism. *J Ind State Med Assoc* 74: 30 – 32.
- Rowe, N.M.; Kahn, F.B.; Acinapura, A.J.; Cunningham Jr., J.N. (1998): Nonsurgical Pneumoperitoneum: A case Report and a review. *Am Surg* 64: 313 – 322.
- Soska, J.; Uher, M.; Pilka, L. (1978): Unusual non-coital activity in pregnancy with a fatal outcome. *Cesk Gynecol* 48: 779 – 780.
- Spaulding, L.B.; Gallup, D.G. (1979): Pneumoperitoneum after hysterectomy. *JAMA* 241: 825.
- Tabisky, J.; Mallin, L.P.; Smith, J.A. (1972): Pneumoperitoneum after coitus: A complication due to uterine tube prolapse after vaginal hysterectomy. *Obstet Gynecol* 40: 218 – 220.
- Varon, J.; Laufer, M.D.; Sternbach, G.L. (1991): Recurrent Pneumoperitoneum following vaginal insufflation. *Am J Emerg Med* 9: 447 – 448.
- Weyland, W.; Crozier, T.A.; Bräuer, A.; Georgius, P.; Weyland, A.; Neufang, T.; Braun, U. (1993): Anästhesiologische Besonderheiten der operativen Phase bei laparoskopischen Operationen. *Zentralbl Chir* 118: 582 – 587.
- Wright, A.R. (1959): Spontaneous Pneumoperitoneum. *Arch Surg* 78: 500 – 502.
- Würmeling, H.B. (1959 – 60): Tödliche Luftembolie bei einer Schwangeren durch vaginale Lufteinblasung mit dem Munde. *Dtsch Z gesamte Gerichtl Med* 49: 696 – 699.

Anschriften der Autoren

Dr. med. Volker R. Jacobs, Frauenklinik, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, Ismaninger Str. 22, 81675 München

Dr. med. Nicolai Maass, Dr. med. Felix Hilpert, Dr. med. Christoph Mundhenke, Prof. Dr. med. Walter Jonat (Direktor der Frauenklinik), Christian-Albrechts-Universität, Michaelisstr. 16, 24105 Kiel

Ein Fall von Exhibitionismus

A Case of Exhibitionism

U. Kinzel, W. Weig

Der 40jährige Herr K. kommt mit der Fragestellung einer psychotherapeutischen Behandlung. Die Motivation ist durch ein Ermittlungsverfahren wegen Exhibitionismus und sexuellen Mißbrauchs von Kindern entstanden. Ihm wurde vorgeworfen, seine 10 Jahre alte Tochter veranlaßt zu haben, ihn im entblößten Intimbereich anzufassen und an seinem Genitale mit verschiedenen Werkzeugen aggressive Verletzungshandlungen darzustellen, die er daraufhin fotografiert hatte.

In einem weiteren Fall hatte er sich einer erwachsenen Frau gegenüber exhibitionistisch gezeigt, wurde von der Polizei festgenommen und hatte bei seiner Festnahme Fotos der Verletzungshandlungen und Kastrationsszenen bei sich.

Beim Erstkontakt wirkte Herr K. ängstlich und verschämt. Er gab an, verheiratet zu sein, zwei Kinder im Alter von 11 und 15 Jahren zu haben. Er sei als Elektroinstallateur berufstätig. Bisher sei er nie ernstlich krank gewesen, nie psychiatrisch behandelt worden.

Biographie

Zur Biographie gab er folgendes an: Er wird 1957 in Kasachstan als jüngstes von 4 Kindern geboren. Der Vater ist Elektriker, die Mutter Krankenschwester. Infolge beruflicher Überlastung kann die Mutter den Kindern nur wenig Zeit widmen; der Vater schenkt den Kindern wenig Beachtung, kümmert sich vielmehr um seine eigenen Interessen. Die Schulzeit durchläuft Herr K. mit Freude. Er erinnert sich auch später noch gerne an die Zeit zurück. Als mittelmäßiger Schüler beendet er die Schule mit dem 10ten Schuljahr und wird anschließend im Betrieb des Vaters angelernt. Um sich weiterzubilden, absolviert er die Abendfachschole und erwirbt einen Abschluß als Bergbauelektromechaniker. In diesem Beruf arbeitet er bis zur Ausreise nach Deutschland. Sexualität ist in der Ursprungsfamilie ein „verbotenes Thema“. Die Pubertät durchläuft er ohne Auffälligkeiten. Mit 17 Jahren entwickelt sich der erste intime Kontakt zu einem Nachbarmädchen, wobei die Initiative jedoch von dem Mädchen ausgeht. Auch im späteren Leben des Probanden entwickeln sich Beziehungen und Austausch von Intimitäten immer auf Initiative der Frauen. Mit 21 Jahren heiratet er und entwickelt von Anbeginn der Ehe bei Versuchen mit der Ehefrau Geschlechtsverkehr zu haben eine Erektionsstörung, die aber nur partnerbezogen situativ auftritt, da bei der Masturbation keine Beschwerden bestehen und auch ein befriedigender Höhepunkt erreicht wird. Im Verlauf der ersten 6 Monate der Ehe kommt es trotz häufiger Versuche nicht zum erfolgreichen Verkehr. Plötzlich wandelt sich das Bild und es kommt intermittierend zu Erektionen und erfolgreichem Verkehr, ohne das das Paar Veränderungen vorgenommen hätte.

Kurze Zeit vor der Ausreise nach Deutschland zeigt sich Herr K. einmalig nackt am Fenster seines Badezimmers. Bekannte sehen ihn zufällig und sprechen die Ehefrau auf den Vorfall an, die sich daraufhin an eine Psychotherapeutin wendet. Diese beruhigt das Paar

und informiert den Probanden, daß es unwahrscheinlich sei, daß es zu weiteren Vorfällen dieser Art komme. Nach der Übersiedlung nach Deutschland besteht die Erektionsstörung entgegen den Erwartungen von Herrn K. weiter.

Nachdem er einen Sexfilm im Fernsehen sieht, in dem ein Mann kastriert wird, inszeniert er diese Szene für sich alleine nach. Dabei kommt ihm der Gedanke, sich bei diesen Inszenierungen zu fotografieren.

In dieser Zeit kommt es häufig zu Streitereien mit der Ehefrau, in deren Verlauf man mehrere Tage kein Wort miteinander spricht. Die Ehefrau verlangt dann häufig nach sexueller Aktivität, die jedoch in diesen Situationen infolge der dann noch ausgeprägteren Erektionsstörung nicht stattfinden kann.

Einmal überrascht ihn die 10jährige Tochter beim Betrachten eines Sexfilmes. Gemeinsam mit ihr schaut er den Film zu Ende und informiert sie, mittels eines Aufklärungsbuches der älteren Tochter, über das Thema Sexualität. Danach fragt er die Tochter, ob sie seinen Penis anfassen wolle, dabei entstehen dann die Fotos, die zur späteren Festnahme führen.

Nachdem der Proband in einem Zeitungsartikel erfährt, daß in den USA eine Frau ihrem Partner den Penis abgeschnitten hat, da dieser sie nicht zum Orgasmus bringen konnte, entwickelt er Inszenierungen, in denen er Kastrationsszenen mit Axt, Messer, Scheren und an den Hoden festgebundenen Hanteln nachstellt und sich dabei fotografiert.

Hierbei überrascht ihn die Tochter noch einmal, wobei er sie wieder fragt, ob sie die Werkzeuge halten wolle. Dabei macht er mehrere Fotos und beendet die Inszenierung dann.

Später baut er die Kastrationsszenen noch weiter aus, indem er sich Gemüse, z. B. Poree oder Möhren, unter die Vorhaut praktiziert, damit seinen Penis überdimensional verlängert, das Gemüse mit scharfen Instrumenten durchschneidet und dieses dabei fotografiert.

Bald darauf zeigt er sich bei Spaziergängen in einem Waldstück mehrfach gegenüber erwachsenen Frauen exhibitionistisch. Eine Frau schaut ihn dabei einmal interessiert an, was ihm sehr gefällt. Die Fotos mit den Kastrationsszenen führt er jedes Mal bei sich. Wenn kein entsprechendes weibliches Opfer auftaucht, schaut er sich zum Ersatz die Fotos an.

Befunde

Die körperlich-neurologische Untersuchung ergab außer einer Trichterbrust keine pathologischen Befunde.

Im psychopathologischen Befund dominierte im Kontaktverhalten die erhebliche Unsicherheit und Scheu des Probanden, der zunächst kaum Blickkontakt aufnahm. Bei dem Thema Sexualität reagierte er unruhig, schmunzelte und lachte verschämt, wie ein pubertierender Jüngling.

Die testpsychologischen Untersuchungen ergaben keine Hinweise auf Intelligenzdefizite oder Hinweise auf eine Organogenese des Fehlverhaltens. Im Freiburger-Persönlichkeits-Inventar zeigte sich eine Persönlichkeitsstruktur, die durch Schüchternheit und Verlegenheit, geringes Kontaktbedürfnis, Nachgiebigkeit, geringe Impulsivität und Spontaneität geprägt war. Das Routinelabor ergab keine Auffälligkeiten, ebenfalls nicht EEG und CCT.

Diskussion

Diagnostisch ist bei Herrn K. von einer selbstunsicheren Persönlichkeit (ICD 10: F60.6; DSM IV 301.82) auszugehen. Unter Zugrundelegung des Neuroscores nach Schepank handelt es sich jedoch nur um eine leichtere Störung. Daneben zeigt sich ein Komplex von Auffälligkeiten, der Züge mehrerer, im Bereich der Paraphilien auftretenden Störungen enthält:

Exhibitionismus (ICD 10: F65.2; DSM IV: 302.4), Voyeurismus (ICD10: F65.3; DSM IV: 302.82), Fetischismus (ICD 10: F65.0; DSM IV: 302.81) und Sadomasochismus (ICD 10: F65.5; DSM IV: 302.83). Eine ausschließliche sexuelle Orientierung auf dieses Gemisch sexueller Praktiken liegt jedoch nicht vor, ebenfalls nicht auf eine ausschließliche Praxis zu den beschriebenen Zeitpunkten. Dies läßt sich in Anlehnung an Beiers diagnostische Klassifizierung „pädophile Nebenströmung“, als „paraphile Nebenströmung“ bezeichnen. Um darzustellen, daß es auch Personen gibt, die deviante sexuelle Praktiken durchführen, dies jedoch nicht ausschließlich ausüben.

Psychodynamisch läßt sich das Verhalten folgendermaßen erklären: Zum ersten inszeniert der Proband mit den Selbstkastrationen und Penisamputationen die Unmöglichkeit mit der Ehefrau erfolgreich verkehren zu können. So wäre der Ehefrau die Möglichkeit genommen sein schon chronisch frustriertes Männlichkeitsempfinden weiter zu verstärken.

Zum zweiten entlädt sich die Aggressivität und Wut des Probanden auf seine Partnerin in Situationen, in denen er sich exhibitionistisch zeigt. Diese ist ansonsten in seinem Verhalten oder auch in dem psychopathologischen Befund kaum zu bemerken.

Drittens ist in seinem exhibitionistischen Verhalten ein oppositioneller Ausbruch aus der Abhängigkeitsbeziehung zur Ehefrau erkennbar.

Viertens ist er in der Lage, mit den auftretenden Omnipotenzgefühlen die erlebte Ohnmacht zu neutralisieren (die Ehefrau inszeniert Ohnmachtsgefühle des Probanden bei Wunsch nach Geschlechtsverkehr in der Situation, in der die erektile Dysfunktion sicher auftritt).

Somit besteht die weitere Diagnose einer erworbenen Erektionsstörung (ICD 10: F52.2; DSM IV 302.72), die situativ auftritt. Die selbstunsichere Persönlichkeitsstörung wies gemessen am Neuroscore nach Schepank nur eine geringgradige Ausprägung auf; das dissexuelle Verhalten des Probanden zeigte keine Tendenz zur Progredienz (Giese 1962). Unterbrechungen der Tatabläufe mit erkennbarer Risikoabsicherung und planvollem Vorgehen sprachen für eine erhaltene Realitätskontrolle, so daß eine Einschränkung der Steuerungs- wie auch der Einsichtsfähigkeit in keinem der aufgeführten Fälle anzunehmen war.

Herr K. wurde zu einer Freiheitsstrafe von einem Jahr auf Bewährung verurteilt. Daneben erhielt Herr K. eine Therapieaufgabe.

Die Behandlung erfolgte in der Hauptsache als Einzeltherapie mit einer Sitzung pro Woche auf verhaltenstherapeutischer Grundlage unter Berücksichtigung psychodynamischer Hintergründe (vgl. Schorsch 1985). Mehrere Sitzungen wurden im paartherapeutischen Setting durchgeführt um einerseits die Partnerschaftsproblematik zu bearbeiten, andererseits aber auch die Ehefrau bezüglich der Zusammenhänge zwischen Auftreten der Symptome und ihrer Verstärkung aufzuklären.

Der Patient zeigte sich kooperativ und gut motiviert, wenn es ihm auch schwerfiel, sich zu für ihn tabuisierten und belastenden Themen zu äußern. Wesentliches Therapieziel ist die Verbesserung der Impulskontrolle, die Verbesserung der sexuellen Zufriedenheit in der Beziehung zur Ehefrau einschließlich der Besserung der bestehenden Erektionsstörung sowie Entwicklung von Einsicht hinsichtlich des Einbezugs von Kindern in die sexuellen Handlungen. Durch Verbesserung von Selbstsicherheit und Selbstbehauptung wird der bestehenden asthenischen Persönlichkeit entgegengewirkt. Insofern verlief die Behandlung erfolgreich. Obschon es – im Rahmen der zweijährigen Katamnesezeit es zu keinem Rückfall in das problematische Verhalten gekommen ist, bleibt der weitere Erfolg abzuwarten.

Literatur

- Beier, K. M. (1995): Dissexualität im Lebenslängsschnitt. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- DSM IV (1996): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychiatrischer Störungen. Dt. Bearbeitung und Einführung von Henning Saß, Hans-Ulrich Wittchen und Michael Zaudig. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Giese, H. (1962): Psychopathologie der Sexualität. Stuttgart: Enke.
- Schepank, H. (1987): Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung, Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Schorsch, E.; Galedary, G.; Haag, A.; Hauch, M.; Lohse, H. (1985): Perversion als Straftat. Dynamik und Psychotherapie. Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer.
- WHO (1992): World Health Organisation. International Classification of Diseases, 10th ed. Bern: Huber.

Anschrift der Autoren

Dr. med. Uwe Kinzel, Prof. Dr. med. Wolfgang Weig, Niedersächsisches Landeskrankenhaus
Osnabrück, Knollstr. 31, 49088 Osnabrück

**25. Fortbildungstage für Sexualmedizin
und Psychosomatik zugleich
8. Jahrestagung der Akademie für Sexualmedizin**

Dresden, 24. – 26. Mai 2001

Wissenschaftliche Leitung

Prof. Dr. med. Dr. phil. K. M. Beier
Priv.-Doz. Dr. med. H. A. G. Bosinski
Prof. Dr. med. Fröhlich
Prof. Dr. med. U. Hartmann
Prof. Dr. med. K. Loewit
Prof. Dr. med. H.-J. Vogt

Organisation der Tagung

Prof. Dr. med. H.-J. Vogt
Priv.-Doz. Dr. med. K. Horn

Einladung und vorläufiges Programm

Die Akademie für Sexualmedizin lädt gemeinsam mit der Gesellschaft für Praktische Sexualmedizin alle sexualmedizinisch tätigen und/oder interessierten ärztlichen und psychologischen Kolleginnen und Kollegen ein zu ihrer 8. Jahrestagung. Gleichzeitig sind dies die 25. Fortbildungstage für Sexualmedizin, welche 1976 erstmals von W. Eicher, H.-J. Vogt und F. Conrad in Heidelberg organisiert wurden. Die jetzt bevorstehende Jubiläumstagung knüpft an die bewährte Tradition von 17 Jahren Heidelberg sowie den nachfolgenden Veranstaltungen in anderen Orten. Die Thematik der Plenarvorträge ist breit-

gefächert, wie es der Vielgestaltigkeit der Sexualmedizin entspricht und ausgerichtet am Gegenstandskatalog der curricular fundierten Fortbildung „Sexualmedizin/Sexualtherapie“. Die Seminararbeit steht gleichrangig neben den Vorträgen und kann auch zum modularen Erwerb der Zusatzbezeichnung Psychotherapie sowie für die Curricula „Sexualmedizin/Sexualtherapie“ genutzt werden.

Das Tagungsprogramm soll auch die Notwendigkeit einer fächerübergreifenden wissenschaftlichen Bearbeitung und eines biopsychosozialen Grundverständnisses sexualmedizinischer Fragestellungen und Probleme dokumentieren.

Weitere Informationen über das Kongressbüro

Prof. Dr. med. H.-J. Vogt
Klinik und Poliklinik für Dermatologie und
Allergologie der TU München;
Biedersteiner Str. 29, 80802 München
Fax: 089/4140-3127
e-mail: H.J.Vogt@lrz.tu-muenchen.de

Tagungsort

Sächsische Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Vorläufiges wissenschaftliches Programm

Donnerstag, 24. Mai 2001

8.30 Uhr
Eröffnung: Grußworte

Sexualität & Beziehung

9.00 – 10.30 Uhr:

W. Wickler (Seewiesen): Die soziale Komponente im Sexualverhalten der Tiere

K. Loewit (Innsbruck): Die soziale Komponente der Sexualität: Bedeutung für die Sexualmedizin

11.00 – 12.30 Uhr: Seminargruppen

14.30 – 16.00 Uhr:

P. Kaiser (Oldenburg): Beziehungsgestaltung und Beziehungsqualität

K. Heiser et al. (Hannover): Beziehungsabhängige Sexualstörungen bei Frauen

16.30 – 18.00 Uhr: Seminargruppen

Freitag, 25. Mai 2001

Sexualität & Lust

9.00 – 10.30 Uhr

A. Rhode (Bonn): Schwangerschaft, Geburt und Lust

T. Krüger (Hannover): Hormone und Lust

11.00 – 12.30 Uhr: Seminargruppen

14.30 – 16.00 Uhr:

K.M. Beier (Berlin): Erkrankungen und Lust

U. Hartmann (Hannover): Gegenwart und Zukunft der Lust

16.30 – 18.00 Uhr: Seminargruppen

18.30 Uhr: Gesellschaftsabend: Fahrt zur Festung Königstein (80,- DM)

Samstag, 26. Mai 2001

Sexualität & Reproduktion

9.00 – 10.30 Uhr:

M. Rauchfuß, A. Schulz (Berlin): Reproduktionsmedizin und Sexualität

K.O.K. Hoffmann (Karlsruhe): Kontrazeption und Paarbeziehung

11.00 – 12.30 Uhr: Seminargruppen

14.30 – 16.00 Uhr:

F.M. Köhn (München): Reproduktion und Hormone

E. Brähler (Leipzig): Kinderwunsch bei Männern

16.30 Uhr: Verabschiedung

Themen und LeiterInnen der Seminargruppen

I. Grundlagen

1. Anamnese und Gesprächsführung bei sexuellen Störungen

(G. Kockott)

2. Grundlagen sexualmedizinischer Interventionen

(V. Banthien)

II. Schwerpunkt-Seminare

3. Sexuelle Funktionsstörungen bei Männern

(G. Fröhlich)

4. Sexuelle Funktionsstörungen bei Frauen

(B. Valentin)

5. Sexuelle Deviationen und Störungen in tiefenpsychologischer Sicht

(H. Völkel)

6. Geschlechtsidentitätsstörungen

(H.A.G. Bosinski)

III. Selbsterfahrung / Fallsupervision

7. Themenzentrierte Selbsterfahrung I

(P. Nijs)

8. Themenzentrierte Selbsterfahrung II

(D. Poland)

9. Fallsupervision I

(K.M. Beier, W. Dmoch)

10. Fallsupervision II

(G.Haselbacher, F. Conrad)

4th Congress of the European Society for Sexual and Impotence Reserch Rome, Italy – September 30th – October 3rd, 2001 Calvalieri Hilton Hotel

Organizing Secretariat

SC Studio Congressi
Via Francesco Ferrara 40
00101 Rome, Italy
Tel.: - 39 06 3290250
- 39 06 3290239
Fax.: - 39 06 36306897
e-mail: sc.congressi@stm.it

Scientific Secretariat

Department of Urology
University "Vita e Salute"
Scientific Institute H. San Raffaele
Via Olgettina, 60 - 20132 Milan, Italy
Tel.: - 39 02 26437286
- 39 02 26434199
Fax.: - 39 02 26437298
e-mail: montorsi.francesco@hsr.it
www.essir2001.it

International Congress of Sexually Transmitted Infections 2nd Joint Meeting of the International society for Sexually Transmitted Diseases Research (ISSTD) and the International Union against Sexually Transmitted Infections (IUSTI)

24.- 27.6.2001 Berlin

Information: Congress Partner GmbH, Krausenstraße 63, 10117 Berlin
Tel. 030/204 500 41, Fax 030/204 500 42, e-mail: berlin@cpb.de

13. Jahrestagung der deutschen Gesellschaft für Andrologie (DGA)

6.-8.9.2001 Berlin

Information: Prof. Dr. S. Lenk Urologische Universitätsklinik Charité
Schuhmannstraße 20/21, 10117 Berlin, Tel. 030/28 02 34 54, Fax 030/28 02 54 69,
e-mail: severin.lenk@charite.de

Buchbesprechungen

R. Wrangham & D. Peterson: **Demonic males. Apes and the origins of human violence.** New York: Houghton Mifflin 1996,. 350 Seiten, Preis: \$ 14,00

Wrangham und Peterson versuchen eine Antwort auf die Frage nach dem Ursprung menschlicher – oder besser männlicher – Gewalt zu finden. Dazu bringen sie Erkenntnisse aus den verschiedensten Fachbereichen in Verbindung: Von der Primatenforschung und der Anthropologie über Genetik, Evolutionsbiologie, Paläoklimatologie und Soziologie bis hin zur Kunst und Politik. Zentraler Gedanke ist jedoch stets, über die Darstellung des Sozialverhaltens von Schimpansen und Bonobos (einer erst spät entdeckten, den Schimpansen ähnelnden Spezies) und mit Hilfe wissenschaftlicher Spekulationen zu Aspekten des Sozialverhaltens des heutigen Homo sapiens zu gelangen.

Der Hang amerikanischer Autoren zur narrativen Aufarbeitung wissenschaftlicher Themen soll hier nur am Rande erwähnt werden. Geschmack macht einsam; und der Geschmack deutschsprachiger Wissenschaftler, prägnante Berichte abzuliefern, wird wohl über kurz oder lang zu einer Isolation in der *scientific community* führen. Gewöhnen wir uns lieber daran – wie wir uns auch auf das Englische als Wissenschaftssprache einstellen müssen –, als dass wir versuchen, die Welt von der deutschen Akkuratess wissenschaftlicher Formulierungen zu überzeugen. Natürlich hätten die Autoren ihr Werk auf zehn bis zwanzig Prozent reduzieren können. Da aber ihr Buch stark mit dessen literarischen Qualitäten kokettiert, hätte es mehr verloren als Sätze wie „Hoot of an owl. Warm breeze. Dusty scents. Fluttering moths.

Every direction holds whispering sounds, uneasy silences, occasional grunts and whistles and chirps.“ (XX) Bleiben wir also im folgenden beim Inhalt.

Zunächst beeindruckt die Sachkenntnis, mit der Wrangham und Peterson Wetterumschwünge in Zentralafrika mit der Diversifikation von Spezies zusammenbringen und den Einfluss von Variationen im Nahrungsangebot auf das Sozialverhalten nachzuweisen versuchen. Wie zu erwarten leidet jedoch die Tiefe der wissenschaftlichen Argumentation unter dem unterstellten Wunsch, möglichst viele Gegenargumente bereits im Vorfeld aus dem Weg zu räumen und dadurch die Theorie auf ein breiteres Fundament zu stellen. Somit fällt es schwer, fundierte Einwände gegen die dort entwickelte Theorie zu formulieren. Sei es die Konvergenz (das Prinzip einer konvergenten physiologischen bei divergenter genetischer Entwicklung durch Erfordernisse der Umwelt), die Akzeleration der humanen genetischen Differenzierung im Vergleich zum Primaten oder der Einfluss von institutionalisierter Demokratie auf das Zusammenleben von Menschen: Alle sich möglicherweise aufdrängenden Alternativerklärungen werden entkräftet und die Kontinuität vom Primaten zum Homo sapiens weiter gerechtfertigt. Gäbe es eine Möglichkeit, die Qualität eines Fachbuches durch einen Index anzugeben, der sich aus der Tiefe der entwickelten Gedanken und der Breite an berücksichtigten Fachgebieten berechnet, so erhielte das vorliegende Werk sicher einen hohen Wert, der jedoch zum Großteil aus zweitgenannter Kennzahl resultierte.

Ein zentraler Gedanke des Buches soll an dieser Stelle dennoch in Frage gestellt werden: Die Autoren erklären dem Leser zwar die großen Unterschiede zwischen Bonobos und Schimpansen (trotz nahezu identischer Erbanlagen und gleicher Lebens-

räume) „Though bonobos are *clearly distinct* from chimpanzees, the physical differences between the two species are less than the average differences between many populations of humans.“ (204; Hervorh. v. Verf.) betonen aber, wie im Kapitel „Legacies“, das Vermächtnis, welches Mensch und Schimpanse teilen. Dabei bleibt völlig unberücksichtigt, dass sich der Mensch vor fünf Millionen Jahren auf den Weg machte und den gemeinsamen Urahnen verließ, in der Folge extremste Lebensräume besiedelte und seine Gene eine rapide Variabilität aufweisen. Wie es dem Mensch aber dennoch gelang, so sehr dem Schimpansen ähnlich zu bleiben – wohingegen Bonobos (trotz der vergleichbaren genetischen Ausstattung und ähnlicher Lebensräume) dies nicht gelingt – bleibt offen.

Die vielzitierte *nature-nurture*-Kontroverse scheint von Wrangham und Peterson dahingehend gelöst worden zu sein, als seien beide Alternativen optionale Argumentationsfiguren – je nachdem, was man rechtfertigen wolle. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang auch, dass zur Begründung der Parallelität der Aggressionsneigung beim Menschen und Schimpansen die körperliche Überlegenheit der männlichen Vertreter gegenüber den weiblichen herangezogen wird (178ff); obschon die gleichen konstitutionellen Unterschiede bei Bonobos zu finden sind, scheinen diese jedoch hier keine Rolle zu spielen.

Natürlich ist es interessant zu erfahren, wie sich Experten den Aufbruch des *Homo sapiens* vorstellen, wie sich aufgrund klimatischer Einflüsse Spezies diversifizieren und das Nahrungsangebot Verhalten begründet. Aber die Tatsache des Alleshängt-mit-allem-zusammen rechtfertigt nicht einen Brückenschlag – jedenfalls keinen über 258 Seiten – von der vorgeschichtlichen Trennung zweier Spezies durch die Unbillen zentralafrikanischer Makroklimata über die Tatsache, dass Go-

rillas den Schimpansen die geliebte Kost wegfressen, hin zur Vergewaltigung durch einen verlassenen Ehemann. Wieder einmal sind zwei Wissenschaftler, deren Kompetenz und Überblick in keinsten Weise in Frage zu stellen ist, durch den Wunsch die Weltformel zu entdecken, über das Ziel hinausgeschossen.

Die Autoren deklarieren zwar, dass ihre Theorie keine Rechtfertigung menschlicher Aggressivität bieten soll, definieren ihre Spekulationen aber dadurch implizit als (methodisch korrekte) Hypothesen. Dies mag unter kommunikationstheoretischen Aspekten interessant sein, aus methodologischem Blickwinkel genügt dieses Vorgehen jedoch nicht. Die Relevanz ihrer vorwissenschaftlichen Überlegungen verliert sich durch den Anspruch der Autoren, auf der Basis quasi-wissenschaftlicher Theorien zu methodologisch korrekten Aussagen zu kommen. Sie erwecken somit den Eindruck einer unmittelbaren Gültigkeit und einer Praxisbezogenheit, die jedoch unter inhaltlicher wie auch theoretischer Perspektive nicht haltbar ist. So sind beispielsweise aus wissenschaftstheoretischer Perspektive Entwicklungsbedingungen und -verläufe etwas anderes als Kausalitäten. Es scheint vor lauter „Korrelation heißt nicht Kausalität“ das „Ursprung heißt nicht Ursache“ vergessen worden zu sein. Demnach erklärt das Buch bestenfalls *woher*, aber dennoch nicht *warum* es zu gewalttätigen Akten im Zwischenmenschlichen kommt. Auch wenn das nicht der Anspruch der Autoren gewesen ist, wichtiger erscheint dieses für eine weitergehende Diskussion allemal.

Diskussionsgrundlage ist das Buch allerdings schon, bedauerlicherweise nicht im Feld der Wissenschaft. Aufgrund des Versuchs, das Buch einer breiten Leserschaft zugänglich zu machen, indem es sprachlich im Belletristischen verhaftet bleibt, beinhaltet es ein hohes Missbrauchspoten-

zial. Zu schnell werden die hörbaren Zwischentöne als Rechtfertigung ethnozentristischen Gedankengutes fehlinterpretiert (vgl. <http://home.att.net/~nuenke/dom.htm>). Wir haben es also schon immer gewusst: Des Mannes einzig Sinn und Streben ist die Suche nach Sex und Macht. Und zweitgenanntes auch nur, um erstgenanntes noch erfolgreicher bewerkstelligen zu können. Inwieweit eine solche Feststellung und der Versuch einer anthropologischen Herleitung tatsächlich dazu beiträgt, Licht in die motivationalen Beweggründe geschlechtstypischen Verhaltens zu bringen, sei dahingestellt. Lesenswert ist dieses Buch aber trotz allem. Weniger um einen neuen Gedanken erklärt, sondern um wieder einmal einen Blick für größere Zusammenhänge zu bekommen. Es tut gut zu sehen, dass sich Wissenschaft nicht nur auf der Suche ins mikroskopische verliert, sondern der eine oder andere versucht, die Erkenntnisse zusammenzutragen, um diese in einem größeren Bild zusammenzufügen.

Falk Sakewitz (Kiel)

G. Schmidt, B. Strauss, (Hg.): **Sexualität und Spätmoderne. Über den kulturellen Wandel der Sexualität.** Stuttgart: Enke 1998, 224 Seiten, br. (= Beiträge zur Sexualforschung, Bd. 76)

Gewiss verändern sich derzeit die bekannten Formen der Arbeit, der Freizeit, der Information und Kultur rapide, nicht zuletzt durch die Implosion des Realsozialismus, die weltweite Ausdehnung des Kapitalismus und den Siegeszug des Internets. Sozialwissenschaftlich ist die umfassende Etikettierung dieser Veränderungen umstritten. Da ist die Rede vom Übergang von der Ersten Moderne in die Zweite oder Reflexive oder Spät-, Hoch- oder Postmo-

derne. Was auch immer es sei – diese Wandlungen werden im vorliegenden Band bezogen auf Sexualität abgehandelt. Insofern ist der Untertitel „Über den kulturellen Wandel der Sexualität“ sehr angemessen. Dies war übrigens auch das Thema der 19. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung im Oktober 1997 in Hamburg, deren gesammelte Referate dieser Publikation zugrunde liegen. Freilich ist auch die Orientierung auf den Begriff der Moderne nicht grundlos, denn die Herausgeber konstatieren bereits im Vorwort: „Soziologie hat sich auf unserem Fachgebiet vehement zurückgemeldet“ (V).

Der Sammelband ist in vier Abschnitte gegliedert. Zunächst geht es um allgemeinere Überlegungen. Volkmar Sigusch befaßt sich mit Kritischer Sexualwissenschaft und sozialem Wandel. Er beobachtet eine „neosexuelle Revolution“, die er in der mehrfachen Dissoziation der sexuellen Sphäre ebenso erblickt wie in der Dispersion der sexuellen Partikel durch Kommerzialisierung und Mediatisierung sowie in der Diversifikation und Deregulierung von Intimbeziehungen. Dem folgt Zygmund Baumanns Analyse des postmodernen Gebrauchs der Sexualität. „Fitness“ scheint ihm ein Schlüsselbegriff, mit dem die meisten Menschen nicht durch Überwachung, sondern durch Verführung in die bestehende Ordnung integriert werden.

„Körper“ ist der zweite Abschnitt überschrieben. Joachim Küchenhoff entwickelt die These von der narzißtischen Überforderung des Körpers. Wolfgang Hegener folgt Foucault in einer körpergeschichtlichen Analyse von Onanie und Hysterie, um sodann die endgültig werdende Entkopplung von Sexualität und Fortpflanzung zu konstatieren. Dem schließt sich Cornelia Helfferich in einer empirischen Studie über weibliche Körperkonzepte im Osten und Westen Deutschlands weitge-

hend an. Freilich differenziert sie die westliche Körpererfahrung von der östlichen. So sieht sie im Westen das Problem der „Abgrenzung gegen Männer“, im Osten eher den „Zusammenschluß mit dem Partner“ als dominierende Einstellung (80).

Ein weiterer Hauptteil bezieht sich auf Kinder und Jugendliche. Petra Milhoffer präsentiert Ergebnisse ihrer 1995 bis 1998 durchgeführten Studie zum Sexualwissen und zur Selbstwahrnehmung 8 – 14-jähriger Mädchen und Jungen. Dabei erwies sich die Überschneidungsmenge beider Geschlechter grösser als die geschlechtsspezifischen Unterschiede, die ihrerseits kaum überraschen, so wollen Mädchen häufiger dünner sein als Jungen. In recht drastischer Sprache diskutiert Patrick Walder den Körperkult in neuen Jugendkulturen. Seine Schlußfolgerung zur Techno-Szene „es wird heute wieder mehr gefickt“ (108), wird zumindest von der Schmidt-Studie zu Veränderungen des Sexualverhaltens von Studierenden in den Jahren 1966 – 1981 – 1996 nicht belegt. Vielmehr ermittelt Gunter Schmidt mit anderen im Langzeitvergleich weit mehr Gemeinsamkeiten im Sexualverhalten (einschliesslich Koitushäufigkeit) zwischen 1981 und 1996 als zwischen der Studie von 1966 und den beiden anderen Jahren.

Abgeschlossen wird das Buch mit dem Thema „Medien, Technologie“. Michael Schetsche untersucht Pornographie im Internet, die in vieler Hinsicht altbekannt ist, nur in zum Teil schlechterer Bildqualität. Aber er entdeckt auch Neues: neue sexuelle Mikrostrukturen (z.B. die Freunde weisser Männerunterhosen) können sich weit besser vernetzen. Die Trennung von Produzent und Konsument kann aufgehoben werden. Anonymität und Identität werden im sexuellen Austausch neu definiert. Reimut Reiche wendet sich empirisch-ernsthaft der partnervermittelnden TV-Sendung „Herzblatt“ zu und kommt nach längeren

Sendeprotokollen und Analysen zu dem Schluss, hier werde aus Sehnsucht nach der harmonischen Heiratsregel „Unterwerfung unter ein totales System“ (210) praktiziert. Das sieht Barbara Sichtermann sehr viel gelassener. Für sie ist das „Affektfernsehen“ Medium der kleinen Leute, die nie zum Therapeuten gehen würden, aber hier das leichte und tolerante Sprechen über Sex praktizieren können. Für die kleinen Leute ist klar und normal, „daß mit all dem exhibitionistischen Gerede über kleine und grosse Brüste, lange und kurze Schwänze und Bisex und Singles und Swingers auf Voyeure vor dem Schirm spekuliert und Geld gemacht wird“ (218). Alles in allem handelt es sich um eine in sich gelegentlich widersprüchliche, aber immer anregende Kollektion, die der Soziologie, der Sexualforschung und dem interdisziplinären Dialog neue Anstöße vermitteln kann. Ein Sach- und Personenregister fehlt; es finden sich jedoch zahlreiche instruktive Schaubilder.

N. Fischer: **Sport als Literatur. Traumhelden, Sportgirls und Geschlechterspiele**, München: F+B Verlag 1999, 316 Seiten, br., 39,50 DM

Berlin 1929. Die knabenhafte Lill ist ein Mädchen aus gutem Haus. Sie ist die beste Tennisspielerin und Turnierreiterin weit und breit. Ihre Lebenswelt wird durch Leistungssport bestimmt. Sie scheint wie geschaffen für ein Match mit ihrem Trainer, dem Sporthelden Orff. Doch dann erfährt sie durch die Begegnung mit dem körperbehinderten Irrenarzt Dr. Hormuth, daß zur Persönlichkeit mehr als ein gertenschlanke und durchtrainierter Körper gehört. Sie wehrt den machohaften Orff ab. So gereift verliebt sie sich in einen Ingenieur, für den Sport nur die schönste Nebensache ist. Leider muß Lill erkennen, daß der junge

Mann ihre Freundin Bine vorzieht, die über „weiblichere“ Formen verfügt. Open End.

Diese Kurzfassung des damals vielgelesenen Romans *Lill. Der Roman eines Sportmädchens* von Rudolf Stratz ist nur die Inhaltsangabe von einem der mehr als 300 Texte, die Nanda Fischer analysiert hat. Trotzdem zeigen sich hier bereits die Schwerpunkte ihrer Studie zum Sport in der Literatur des 20. Jahrhunderts: Männlichkeitsbilder, Weiblichkeitsbilder und Geschlechterverhältnisse. Das Beispiel enthält mit Orff den Sporthelden, einen Athleten, der vom Typ her dem Krieger ähnelt. Lill ist das moderne Sportmädchen der zwanziger Jahre, dem „American Girl“ nachempfunden: sportlich, schlank, knabenhaft, rauchend und Auto fahrend. Das Eindringen der Frau in die bis dahin männlich dominierte Sportwelt eröffnet neue Chancen für Flirt und Liebe, aber gleichzeitig ein anderes Konfliktpotenzial. Nicht zuletzt zeigt *Lill* auch, daß Fischer Trivialliteratur in ihrer Untersuchung keineswegs ausspart.

Die Autorin betrachtet in dieser 1998 von der Deutschen Sporthochschule in Köln angenommenen Dissertation das Textmaterial als Inszenierung. Literaten inszenieren Sport und Körperkultur wie eine Theateraufführung. Dabei entstehen Sportmodelle, wird Sport zum Bildspender und zum Bildempfänger für Geschlechterspiele. Die Untersuchung geht um deutschsprachige und amerikanische Prosatexte, die vor allem im ersten Drittel des vorigen Jahrhunderts entstanden sind. Als Germanistin und Sportwissenschaftlerin nähert sich die Münchner Hochschullehrerin ihrem Gegenstand interdisziplinär, nicht ohne sich vorher kritisch von bisherigen Arbeiten zum Thema abgegrenzt zu haben. Leitfragen sind, wie weit Verfasserinnen und Verfasser Sportwelten als Metapher für Männlichkeitskonzeptionen wählen,

welche Qualitäten sie bei der Inszenierung weiblicher Figuren dem Sport einräumen und inwieweit sie im Umgang der Geschlechter das Bildfeld Sport einsetzen. Besonders aufmerksam wird den Beiträgen „weiblicher Menschen“ (absichtsvoll nicht etwa „Frauen“ genannt) nachgegangen.

Die Textanalysen sind nicht chronologisch gegliedert, sondern strukturell. In einem ersten Schritt untersucht Fischer Sport als Modell von Gesellschaftssystemen oder gesellschaftlichen Subsystemen. Dies beginnt mit Frank Wedekinds „Utopie“ der hedonistischen Gesellschaft „Mine-Haha“. Ob freilich Wedekinds „Koitalmaschine“ wirklich utopisch ist? Dem Text zufolge werden Jungen an langer Leine auf an eine Drehscheibe gefesselte nackte Mädchen losgelassen. Das ist doch offenbar dystopisch. Auch bei Brechts Oper „Mahagonny“, die sich aus unerfindlichen Gründen unter die Prosa verirrt hat, ist das Etikett „utopisch“ wohl nur sehr teilweise angebracht. Ödön von Horváths „Schlamperl“ scheint eher Kritik der sportiven Leistungsgesellschaft denn Utopie zu sein.

„Heldenträume und Traumhelden“ ist das Kapitel über Männlichkeitsideale im Sport überschrieben. Affirmative Inszenierungen des sportlichen Mannes werden hier „ausgegraben“. So etwa der Roman *Die Starcken* von Maria Eichhorn, die unter dem Pseudonym „Dolorosa“ schrieb. Eichhorn hatte bereits 1906 in Berlin eine Damenringkampfschule eröffnet. Sie kannte also das Milieu ihres Romans, in dem ein gescheiterter Dramatiker zum erfolgreichen Berufsringer wird und auch die geliebte Frau erringt. „Der Kampf als inneres Erlebnis“ ist mit gutem Grund der Titel des Abschnitts über das männliche Sportbild im Bergsportroman. Gesteigert wird der Gleichsetzung von Sport und Krieg in Romanen wie „Grenzerjunge im Blitzkrieg“. In diesem Kontext zitiert die Autorin Go-

ebbels, der Stalingrad mit einer verlorenen Runde beim Boxen verglich. Das genaue Gegenteil der parallelen Verherrlichung von Sport und Militär ist die sportkritische Perspektive, die sich bei Thomas Mann und Robert Musil findet.

Ist das Männlichkeitsbild oft traditionell, so zeigt der weibliche Blick auf Geschlechterbeziehungen im Sport ganz klar Sportkarrieren und Karrierefrauen im sozialen Konflikt. Hier finden wir die Sportgirls, etwa die oben erwähnte *Lill* von Rudolf Stratz oder Marieluise Fleißers *Mehltreisende Frieda Geier*. Sie ist ebenfalls Prototyp der sportlichen neuen Frau: berufstätig, alleinstehend, raucht, ist sexuell erfahren, fährt Auto.

Im Ergebnis läßt sich festhalten, dass mit dieser Arbeit die These vom Sport als bis zu den zwanziger Jahren exklusiv männlichem Diskurs widerlegt worden ist. Schriftstellerinnen und Schriftsteller haben eine Fülle von Geschlechterverhältnissen im Sportbild dargestellt: stereotyper Geschlechterkampf als rücksichtsloser Machtkampf oder erotische Auseinandersetzung; Kameraderie im Sportsgeist; ästhetisches Zusammenspiel der Geschlechter. Ebenso plural erscheinen insbesondere die Weiblichkeitsbilder: vertrocknetes „Mannweib“, erotisches, auch zu sportlichen Leistungen unfähiges Dummchen, Rekordfetischistin, Göttin, modebewußte Kämpferin, die sportlich trainierte Frau als Inkarnation der Sinnlichkeit. Weder die Entstehungszeit eines Textes noch seine Zuordnung zu einer Stilrichtung sind entscheidend für die positive Bewertung der weiblichen Sportlichkeit. Es ist das Geschlecht. In allen Entwürfen von Schriftstellerinnen ist weibliche Sportlichkeit positiv besetzt.

So erschließt die hervorragend illustrierte Studie Neuland, auf die bereits angekündigte Fortsetzung darf man gespannt sein.

Kritisch ist anzumerken, daß „Sport“ weiter systematisiert hätte werden können, so etwa in der Frage nach der Rolle von Teams für Geschlechterbilder. Die positive Sicht des nur am Rande thematisierten „Sexualbolschewismus“ wirkt undifferenziert. Ein Sachregister fehlt genauso wie ein Personenregister. Gleichwohl ist das Werk anregend über Germanistik und Sportsoziologie hinaus, gerade angesichts weiter zerfließender Grenzen zwischen Sport und Massenkultur.

Volker Gransow (Berlin)

 INHALTSVERZEICHNIS SEXUOLOGIE BAND VII (2000)
Originalarbeiten

- | | | |
|---|-----|--|
| Ahrendt, H.-J. | 27 | Spezielle Probleme der hormonalen Kontrazeption bei Jugendlichen aus gynäkologischer Sicht |
| Beier, K. M.; Hartmann, U.;
Bosinski, H. A. G. | 63 | Bedarfsanalyse zur sexualmedizinischen Versorgung |
| Bosinski, H. A. G. | 96 | Determinanten der Geschlechtsidentität. Neue Befunde zu einem alten Streit |
| Egg, R. | 12 | Rückfall nach Sexualstraftaten |
| Nika, E; Briken, P. | 223 | Die Anwendung von Viagra® bei Frauen – Eine kasuistische Beschreibung von fünf Frauen |
| Peller, A. | 202 | Die Exzision der Vulva. Ein gesellschaftliches Konzept zur Normierung sexuellen Verhaltens |
| Schulte, R.-M. | 189 | Sexualmedizinische Aspekte in Rehabilitations- und Sozialmedizin. Ergebnisse einer explorativen Untersuchung |
| Seifert, D. | 1 | GnRH-Analoga – Eine neue medikamentöse Therapie bei Sexualstraftätern? |
| Wille, R.; Hansen, Th. J. | 141 | Prostitution in Deutschland um die Jahrtausendwende |

Fortbildung

- | | | |
|--|-----|--|
| G. Fröhlich | 41 | Somato-psychische Aspekte bei urologischer Erkrankung und Behandlung |
| Jacobs, V.R.; Maass, N.; Hilpert, F.;
Mundhenke, Ch.; Jonat, W. | 233 | Die Oro-Vaginale Insufflation: Verkannter Pathomechanismus mit tödlichen Folgen in der Schwangerschaft |
| Kinzel, U.; Weig, W. | 240 | Der besondere Fall: Ein Fall von Exhibitionismus |

Diskussion

- | | | |
|-------------|-----|---|
| Gransow, V. | 182 | Die Ungleichzeitigkeit von Sittenwidrigkeit, sexuellen Dienstleistungen und Zivilgesellschaft |
| Weig, W. | 50 | Sexuelle Gesundheit und die Entwicklung einer prophylaktischen Sexualmedizin |

Historia

- | | | |
|------------|-----|--|
| Dahlke, B. | 56 | „Bravo“ schlägt „Frösi“? – Muster weiblicher Individualisierung in der DDR |
| Wille, R. | 155 | 30 Jahre Sexualmedizin an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel: Einblicke – Ausblicke |

Orginalia

- Ahrendt, H.-J. 27 Special Problems of the Hormonal Contraception of Teenagers from the Sight of Gynecology
- Beier, K. M.; Hartmann, U.; Bosinski, H. A. G. 63 Analysis of Health Care in Sexual and Gender Identity Disorders
- Bosinski, H. A. G. 96 Determinants of Gender Identity. New Findings in an old Debate
- Egg, R. 12 Relapse after Sexual Offences
- Nika, E; Briken, P. 223 Treatment of female sexual dysfunction with Viagra® – five case reports
- Peller, A. 202 Excision of the Vulva. A social concept to standardize sexual behavior
- Schulte, R.-M. 189 Aspects of Sexualmedicine in Rehabilitation and Socialmedicine of an explorative Examination
- Seifert, D. 1 GnRH-Analogues – A new Medical Treatment of Sex Ofenders?
- Wille, R.; Hansen, Th. J. 141 Prostitution in Germany at the Turn of the Millenium

Case Studies

- G. Fröhlich 41 Somato-psyhic Aspects of Urological Diseases and Therapy
- Jacobs, V.R.; Maass, N.; Hilpert, F.; Mundhenke, Ch.; Jonat, W. 233 Oro-Vaginale Insufflation: Unrecognized Patho-Mechanism with letal Consequences in Pregnancy
- Kinzel, U.; Weig, W. 240 A Case of Exhibitionism

Discussion

- Gransow, V. 182 The Non-Simultaneity of Immorality, Sexual Services and Civil Society
- Weig, W. 50 Sexual Health and the Development of a Prophylactic Sexual Medicin

Historia

- Dahlke, B. 56 „Bravo" tops „Frösi"? – Patterns of female Individualisation in the GDR
- Wille, R. 155 30 Years in Sexualmedicine at the University of Kiel: Insigth s and Outlooks