

# Sexuologie

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

## Inhalt

### Originalarbeiten

50 Sexualität in der Arzt-Patient-Kommunikation. Ergebnisse der „Globalen Studie zu sexuellen Einstellungen u. Verhaltensweisen“  
*Uwe Hartmann, Alfredo Niccolosi, Dale B. Glasser, Clive Gingell, Jacques Buvat, Edson Moreira, Edward Lauman*

61 Paarbeziehung und Schwangerschaftsverlauf  
*Martina Rauchfuß, Claudia Altrogge*

### Fortbildung

75 Neue Irrwege: „Penisvergrößerung bei gesunden Männern“  
*Günther Fröhlich*

### Historia

83 Das Institut für Sexualwissenschaft und die Dr. Magnus Hirschfeld-Stiftung (1919-1933)  
*Klaus M. Beier, Rainer Alisch*

### Aktuelles

87 Entmannte Männer: Männerforschung (Literaturbericht II. Teil), Buchbesprechungen, Webtip, AIDS/HIV in der Bundesrepublik

### Anschrift der Redaktion

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

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

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

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

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

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

**Abo-Preis 2002:** 129,- €\*; Einzelheftpreis 39,- €\*; Alle Preise zzgl. Versandkosten. Vorzugspreis für persönliche Abonnenten 60,30 €\*.

\*Unverbindlich empfohlene Preise. Preisänderung vorbehalten. Folgende Kreditkarten werden zur Zahlung akzeptiert: Visa/Eurocard/Mastercard/American Express (bitte Kartennummer und Gültigkeitsdauer angeben).

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

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

**Satz:** Rainer Alisch, Hanseatenweg 6, 10557 Berlin

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

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

© 2002 Urban & Fischer Verlag

**Coverfoto:** © gettyimages



### Sexuologie – Zeitschrift für sexualmedizinische Fortbildung und Forschung

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

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

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

### Wissenschaftlicher Beirat

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

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

Abstracted/Indexiert in BIOSIS · CAB Abstracts · Chemical Abstracts Service (CAS) · Chemical Abstracts (SEXU) · PSYNDEX · PsycINFO

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

# Sexualität in der Arzt-Patient-Kommunikation Ergebnisse der „Globalen Studie zu sexuellen Einstellungen und Verhaltensweisen“<sup>1</sup>

Uwe Hartmann, Alfredo Niccolosi, Dale B. Glasser, Clive Gingell, Jacques Buvat,  
Edson Moreira, Edward Lauman<sup>2</sup>

## Sexuality in patient-physician-communication. Results of „The Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors“

### Abstract

The „Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors (GSSAB)“ was developed to better understand the sexual attitudes and beliefs of men and women age 40 and older regarding sex, relationships, and treatment-seeking behavior for sexual dysfunction. A multidisciplinary board of international experts developed the 61-item questionnaire that was administered by telephone interview, in-person interview of self-completion (varying by country). The survey involved approximately 26.000 men and women in 28 countries representing all world regions. In this initial report we describe data evaluating patient-physician communication with a special focus on the results from Germany. Overall, more than 80% of men and 60% of women said that sex was moderately, very or extremely important in their life. Worldwide, a high percentage of women (44%) and men (39%) reported sexual problems in the past 12 months but only 9% had been asked by a physician about sexual difficulties. In Germany, 11% said that a physician had asked them about sexual problems without bringing it up first. When asked if a doctor should routinely inquire about sexual function, approximately 50% replied yes. Looking at the main barriers to medical care, the data from Germany show that misconceptions (no medical problem, normal part of getting older), prejudices, a low degree of discomfort and a tendency to hope that the problem would go away most often obstruct mentioning sexual problems to health care providers. These preliminary results suggest that sexual health remains important to men and women over age

40. As sexual problems can negatively impact overall quality of life and are in most cases treatable, these data underscore the need for increased patient-physician communication. The results from this survey should aid physicians to better understand and initiate discussions regarding the sexual health needs of their patients.

### Zusammenfassung

Die „Globale Studie zu sexuellen Einstellungen und Verhaltensweisen (GSSAB)“ wurde geplant, um die sexuellen Einstellungen und Überzeugungen von Männern und Frauen zwischen 40 und 80 Lebensjahren zu sexueller Gesundheit, Partnerschaft und dem Hilfesuchverhalten bei sexuellen Problemen zu erfassen. Eine multidisziplinäre Gruppe internationaler Experten entwickelte den 61 Items umfassenden Fragebogen, der die Grundlage der Befragung bildete, die je nach technischen Voraussetzungen und landesüblichen Gegebenheiten per Telefon oder als persönliches Interview durchgeführt wurde. In die Studie konnten bislang ca. 26.000 Männer und Frauen aus 28 Ländern einbezogen werden, die alle Regionen der Welt repräsentieren. In diesem ersten Report werden die Daten zur Bewertung der Arzt-Patient-Kommunikation beschrieben mit einem besonderen Focus auf den Ergebnissen aus Deutschland. Insgesamt berichteten mehr als 80% der Männer und 60% der Frauen, dass Sexualität in ihrem Leben mittelmäßig, sehr oder extrem wichtig ist. Weltweit gab ein hoher Prozentsatz der Frauen (44%) und Männer (39%) an, in den vergangenen 12 Monaten sexuelle Probleme gehabt zu haben, aber nur 9% sind von einem Arzt in den letzten 3 Jahren nach sexuellen Problemen gefragt worden. In Deutschland sind 11% der Befragten von ihrem Arzt aktiv nach sexuellen Schwierigkeiten gefragt worden, aber ca. 50% stimmten der Aussage zu, dass ein Arzt seine Patienten routinemäßig nach ihrer sexuellen Funktion fragen sollte. Betrachtet man die Haupthindernisse, Hilfe für sexuelle Probleme zu suchen, dann zeigen die Daten aus Deutschland, dass Fehlüberzeugungen (kein medizinisches Problem, normaler Teil

<sup>1</sup> Die GSSAB wurde gesponsert von Pfizer.

<sup>2</sup> für die GSSAB Experten Gruppe

des Alters), Vorurteile, ein geringer Leidensdruck und die Hoffnung, dass sich das Problem von allein wieder gibt, am häufigsten das Ansprechen durch den Patienten verhindert. Insgesamt zeigen diese vorläufigen Ergebnisse, dass sexuelle Gesundheit bei beiden Geschlechtern auch im höheren Lebensalter wichtig bleibt. Da sexuelle Probleme die allgemeine Lebensqualität negativ beeinflussen und in den meisten Fällen behandelbar sind, unterstreichen die Daten der GSSAB die Notwendigkeit einer verbesserten Arzt-Patient-Kommunikation. Die Resultate dieser Studie sollen Ärzten und Sexualtherapeuten helfen, die sexuellen Probleme ihrer Patienten besser zu verstehen und Gespräche über die sexuelle Gesundheit zu initiieren.

## Einleitung

Die hohe Prävalenz und Inzidenz sexueller Funktionsstörungen konnte in den vergangenen 10 Jahren in einer Reihe empirischer Studien an repräsentativen Stichproben eindrucksvoll bestätigt werden. So wurde sowohl in der Massachusetts Male Aging Study (MMAS; Feldman et al. 1994) als auch in der Kölner Männer Studie (Braun et al. 2000) die hohe Verbreitung erektiler Dysfunktionen sowie deren Zusammenhang zu Lebensalter und psychischem und physischem Gesundheitszustand belegt. In der National Health and Social Life Survey (NHSL) in den USA (Lauman et al. 1994, 1999) sowie in einer Studie in England (Dunn et al. 1998) zeigte sich, dass sogar noch mehr Frauen als Männer das Vorhandensein sexueller Probleme angaben (43% gegenüber 31% in der NHSL, 41% gegenüber 34% in der englischen Untersuchung).

Diese hohen Prävalenzzahlen sowie die seit Ende der 90er-Jahre (bislang nur für die männlichen Dysfunktionen) verfügbaren oralen Medikamente zur Behandlung sexueller Dysfunktionen lenkten das Interesse der Fachwelt, aber auch der interessierten Öffentlichkeit verstärkt auf das Inanspruchnahmeverhalten professioneller Hilfe sowie auf die Versorgungssituation der von sexuellen Problemen betroffenen Personen. Dabei kristallisierten sich in verschiedenen Untersuchungen vor allem zwei Phänomene als bedeutsam heraus:

- (1) Die geringe Motivation oder Bereitschaft vieler Betroffener, Hilfe für ihre sexuellen Probleme zu suchen und
- (2) die schwierige Stellung des Themas Sexualität in der Arzt-Patient-Beziehung. Es liegt auf der Hand, dass beide Punkte nicht unabhängig voneinander sind. In mehreren Studien wurde der Versuch gemacht, hier-

zu vertiefte Erkenntnisse zu gewinnen und die Gründe aufzuhellen.

In der EDEN-Studie (Erectile Dysfunction in European Nations Survey; Gingell 1998) wurden in fünf europäischen Ländern sowohl Patienten mit Erektionsstörungen als auch Frauen und Männer aus der allgemeinen Bevölkerung in semi-strukturierten Interviews nach Einstellungen und Kenntnissen zu Erektionsstörungen befragt. Mehr als zwei Dritteln der aus der allgemeinen Bevölkerung Befragten war der Begriff erektile Dysfunktion unbekannt, es zeigten sich zahlreiche Fehlannahmen und verzerrte Vorstellungen und nur 20% der Männer konnten sich vorstellen, für ein Erektionsproblem unmittelbar Hilfe zu suchen und 5% gaben an, das niemals tun zu wollen. Dagegen sagten die meisten der bereits von Erektionsstörungen betroffenen Patienten, dass sie sich eine offenere Diskussion und bessere Information über erektile Dysfunktionen wünschen würden.

Mak et al. (2001) befragten in Belgien Männer nach ihren sexuellen Symptomen und nach ihrer Bereitschaft, den Arzt darauf anzusprechen. Es zeigte sich, dass gerade die Männer mit den signifikantesten Störungen der sexuellen Funktion sowie die älteren Männer die geringste Bereitschaft aufwiesen, ihren Arzt anzusprechen. Gerade die Betroffenen also, die den größten Gesprächs- und Therapiebedarf haben, erhalten diese Unterstützung letztlich am wenigsten. Die Autoren betonten daher, dass der Arzt über spezielle Kommunikationsmittel verfügen sollte und das Gespräch initiieren muss.

In der schon erwähnten englischen Studie von Dunn et al. (1998) zeigte sich mit 49% der befragten Männer und 39% der Frauen ein vergleichsweise hoher Prozentsatz an professioneller Hilfe für sexuelle Probleme interessiert. Bei den von sexuellen Problemen betroffenen Personen beliefen sich die Prozentsätze sogar auf 64% resp. 44%. Von den Befragten, die angaben, Hilfe haben zu wollen, hatten jedoch nur 12% der Männer und 8% der Frauen auch tatsächlich Hilfe erhalten.

Besonders deutlich zeigten sich die beiden oben aufgeführten Problemkreise in der MORI-Studie (Corrado 1999), einer im Auftrag der International Society for Impotence Research (ISIR) durchgeführten und von der Firma Pfizer gesponserten Untersuchung in 10 verschiedenen Ländern zu Einstellungen von über 40jährigen Männern gegenüber erektilen Dysfunktionen. Neben Kenntnisdefiziten der Männer zum Thema Erektionsstörungen stellte sich in dieser Untersuchung besonders die Arzt-Patient-Kommunikation als sehr problematisch heraus. Insgesamt 83% der Männer gaben an, noch niemals von

ihrem Arzt auf ihre sexuelle Funktionsfähigkeit angesprochen worden zu sein und 84% hatten auch noch niemals von sich aus dieses Thema beim Arzt angesprochen. 40 % der Männer bewerteten Erektionsstörungen als das Gesundheitsproblem, für das sie am wenigsten professionelle Hilfe suchen würden. Andererseits waren zwei Drittel der Männer der Ansicht, dass ein offeneres Sprechen das Stigma abbauen und mehr Männer einer Hilfe zuführen würde. In den beiden letztgenannten Punkten waren die Ergebnisse für Deutschland im übrigen deutlich schlechter als der Länderdurchschnitt. Während bei einer durchschnittlichen Zustimmung von 66% z.B. in Mexiko 83% der Männer glaubten, dass offenere Gespräche hilfreich wären, stimmten dem nur 48% der deutschen Männer zu. Zudem waren Erektionsstörungen für 66% der deutschen Männer (Durchschnitt 40%) das Gesundheitsproblem, für das sie mit der geringsten Wahrscheinlichkeit Hilfe suchen würden.

Vor dem Hintergrund dieser Resultate bestand das Ziel der „Globalen Studie zu sexuellen Einstellungen und Verhaltensweisen“ (im folgenden GSSAB) vor allem darin, die Einstellungen und Überzeugungen von Männern **und** Frauen im Alter über 40 Jahren zu erfassen mit dem Focus auf Sexualität, Partnerbeziehung, allgemeiner und sexueller Gesundheit sowie dem Inanspruchnahmeverhalten bezüglich der Behandlung sexueller Probleme. Die vorliegende Arbeit beschränkt sich auf die Aspekte der Untersuchung, die sich mit der Arzt-Patient-Kommunikation und dem Hilfesuchverhalten der Befragten beschäftigen. In weiteren Beiträgen sollen andere Schwerpunkte dieser umfangreichen Studie beleuchtet werden.

## Zielsetzung, Methodik und Durchführung der Studie

Von einer 12köpfigen, multidisziplinären, internationalen Expertengruppe wurde ein umfangreicher, 61 Items umfassender Fragebogen entwickelt, der neben soziodemographischen Angaben die Bereiche (a) Gesundheit, Beziehung und Zufriedenheit; (b) sexuelle Gewohnheiten/Einstellungen sowie (c) Aussagen zur Sexualität/zukünftige Richtlinien umfasste. Die finanzielle Unterstützung durch die Firma Pfizer ermöglichte es, diese Studie im weltweiten Maßstab, in bislang 28 Ländern aus allen 5 Kontinenten, an über 26.000 Frauen und Männer durchzuführen. Dazu wurde der Fragebogen in die jeweiligen Landessprachen übersetzt und lokale Marktforschungs- bzw. Meinungsforschungsfirmen beauftragt, nach entsprechender Instruktion die Befragungen durchzuführen.

Die folgenden Zielsetzungen standen im Mittelpunkt der Untersuchung:

- ▶ Einschätzung der Rolle und Bedeutung von Sexualität und Intimität für den Einzelnen und die Paarbeziehung.
- ▶ Einschätzung der Einstellung und Überzeugungen von Männern und Frauen zwischen 40 und 80 Jahren bezüglich sexueller Gesundheit.
- ▶ Darstellung der Verhaltensweisen von Männern und Frauen, die eine Behandlung für ihre sexuellen Probleme suchen.
- ▶ Bereitstellung einer internationalen Baseline von Daten zur Sexualität, die für die Zukunft genutzt werden kann, um Veränderungen abzubilden.

Ein weiteres Hauptziel besteht darin, die Daten und Erkenntnisse aus der GSSAB einzusetzen, um daraus Lehr- und Fortbildungsmaterialien für Fachkreise und Laienpublikum zu entwickeln und so einen offeneren Dialog über sexuelle Gesundheit zu ermöglichen.

Die in die Studie bislang einbezogenen Länder und die für sie verwendeten Abkürzungen kann Tabelle 1 entnommen werden.

**Tab. 1:** Aufstellung der beteiligten Länder und der verwendeten Abkürzungen

<b>Afrika/Mittlerer Osten</b>	<b>Europa</b>
Algerien = ALG	Belgien = BEL
Ägypten = EGY	Frankreich = FR
Israel = ISR	Deutschland = GER
Marokko = MOR	Italien = ITA
Türkei = TUR	Spanien = SPN
	Schweden = SWE
	Großbritannien = UK
<b>Asien</b>	<b>Latein Amerika</b>
China = CHN	Brasilien = BRA
Hong Kong = HKG	Mexiko = MEX
Indonesien = IDN	
Japan = JPN	<b>Nord Amerika</b>
Korea = KOR	Canada = CAN
Malaysia = MYS	Vereinigte Staaten = USA
Philippinen = PHL	
Singapore = SGP	
Taiwan = TWN	
Thailand = THA	
<b>Australasien</b>	
Australien = AUS	
Neu Seeland = NZL	

Nach verschiedenen Mastervariablen (Geschlecht, Alter, Stadt-Land-Bevölkerung, Bildung etc.) wurden die für eine Repräsentativstichprobe erforderlichen Quoten bestimmt. Die Stichprobengröße betrug zwischen 500 (in den meisten asiatischen und afrikanischen Ländern) und 1500 (in Europa, Amerika und Australien/Neuseeland) Personen. Je nach technischen Voraussetzungen und landestüblichen Gegebenheiten wurde die Befragung per Telefon (in 14 Ländern; nach dem random digit dialing Verfahren) oder als persönliches Interview (in 13 Ländern) durchgeführt und in einem Land (Japan) wurde der Fragebogen von den Teilnehmern selbst beantwortet und zurück gesendet. In allen Europäischen Ländern wurde die Befragung als Telefoninterview durchgeführt.

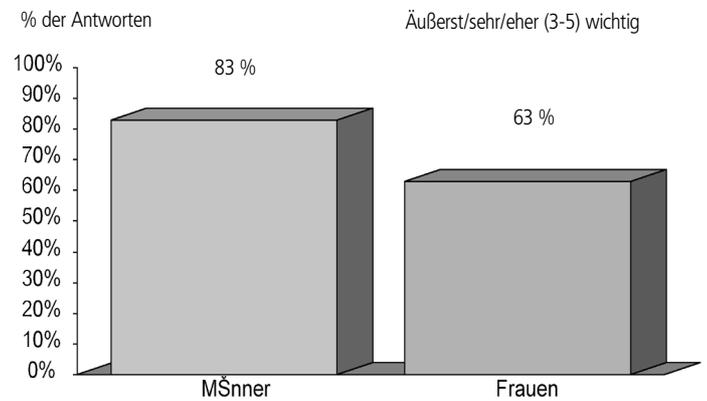
punkt allerdings noch keine differenzierten Ländervergleiche vorliegen, wird sich die Ergebnisdarstellung dann vorwiegend auf die Daten aus Deutschland konzentrieren.

## Ergebnisse

### 1. Ergebnisse aus dem Ländervergleich

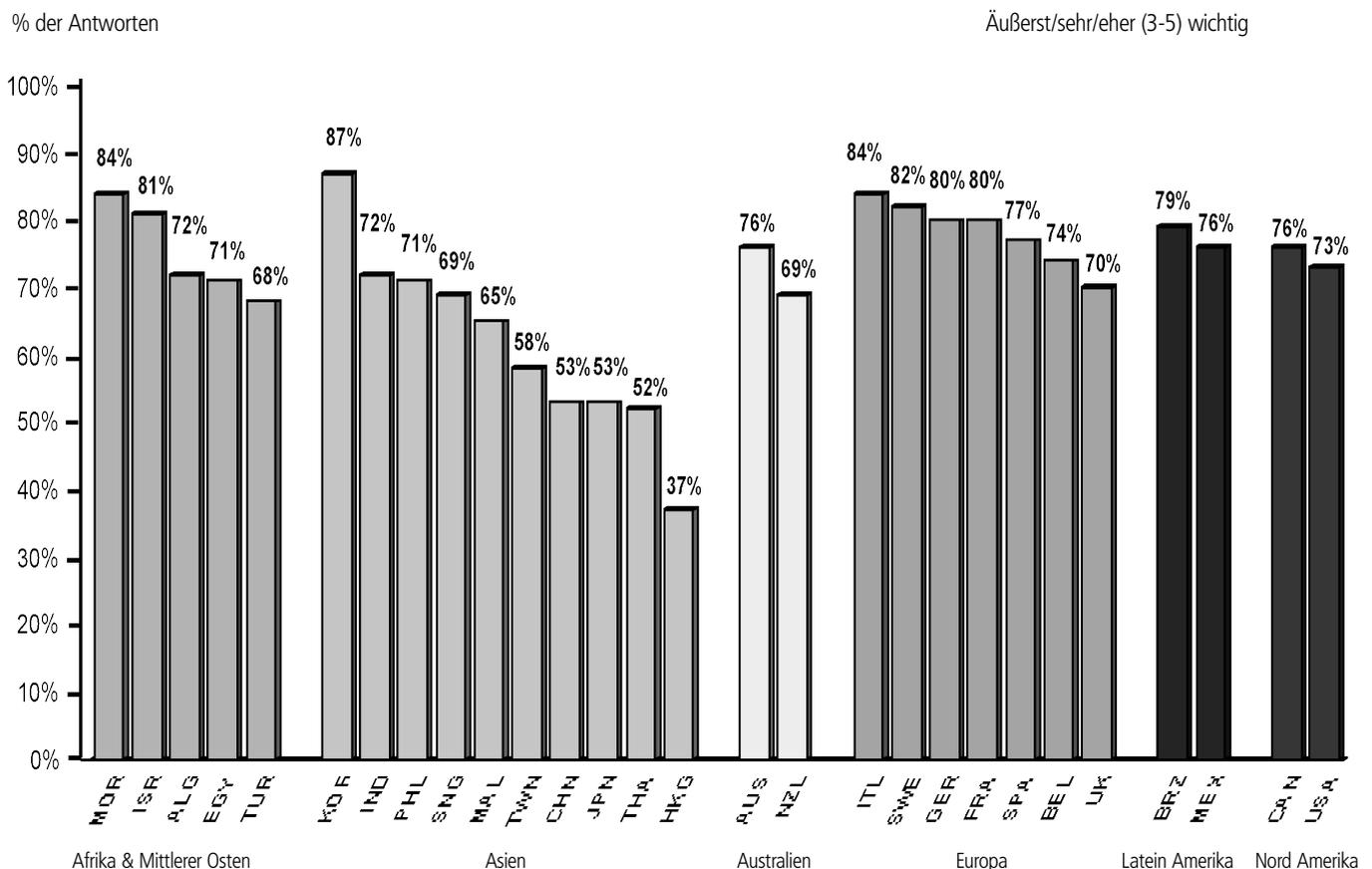
Es sollen zunächst einige Ergebnisse im Länderüberblick präsentiert werden. Da zum gegenwärtigen Zeit-

Abb. 1: Wie wichtig ist Sexualität insgesamt für Ihr Leben?



Basiert auf 5-stufiger Skala, auf der „5“ äußerst wichtig und „1“ überhaupt nicht wichtig repräsentiert.

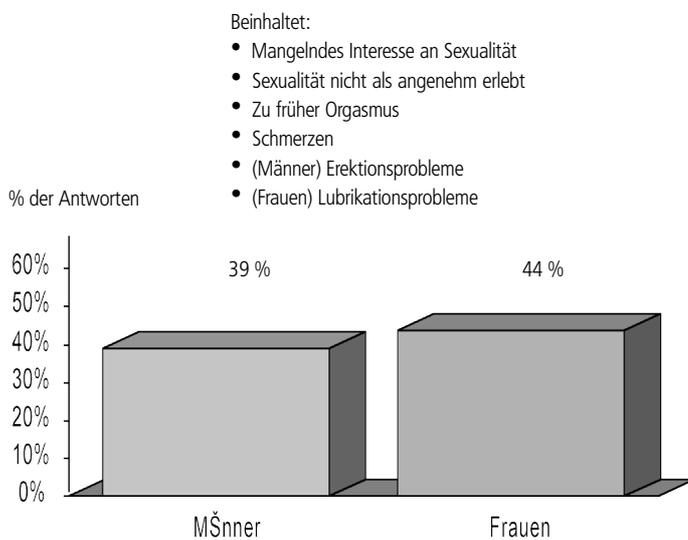
Abb. 2: Wie wichtig ist Sexualität insgesamt für Ihr Leben?



Basiert auf 5-stufiger Skala, auf der „5“ äußerst wichtig und „1“ überhaupt nicht wichtig repräsentiert.

Die Abbildungen 1 und 2 zeigen für alle Länder gemittelt sowie für die einzelnen Länder im Vergleich die Bedeutung, die die befragten Personen der Sexualität für ihr Leben insgesamt geben. Dabei zeigt sich, dass für die meisten Menschen Sexualität einen wichtigen Stellenwert einnimmt. Allerdings messen ihr mehr Männer als Frauen eine hohe Bedeutung zu und auch im Ländervergleich sind erhebliche Unterschiede erkennbar. In Europa sind es mit Ausnahme von Großbritannien jeweils 75% und mehr, für die Sexualität eine wichtige Rolle im Leben einnimmt.

**Abb. 3:** Haben Sie während der letzten 12 Monate für eine Dauer von mindestens 2 Monaten in Folge irgendwelche sexuellen Probleme erlebt?



Bei der Frage nach sexuellen Problemen wurde der gleiche Fragetext und die gleichen Kategorien wie in der oben erwähnten NHSLs-Studie verwendet, umso eine bessere Vergleichbarkeit zu gewährleisten und einen Eindruck von der Validität der Daten zu bekommen. Wie Abbildung 3 zeigt, stimmen die über alle Länder aggregierten Daten für die sexuellen Probleme der Frauen (44%) fast exakt mit den US-amerikanischen Daten der NHSLs (43%) überein, während die Prävalenz bei den Männern höher ist (39% vs. 31%), was sehr wahrscheinlich auf die andere Alterszusammensetzung dieser Stichprobe (40 – 80jährige vs. 18 – 59jährige in der NHSLs) zurückzuführen ist. Insgesamt sprechen diese Ergebnisse für eine weltweit hohe Prävalenz von subjektiv empfundenen Problemen mit der Sexualität.

Die Antworten auf die Frage, ob die Befragten in den letzten 3 Jahren von einem Arzt auf das Thema Sexualität angesprochen worden sind (Abb. 4), werfen ein eindrucksvolles Schlaglicht auf die Stellung der Sexualität in der Arzt-Patient-Kommunikation. Weltweit haben nur 9% der befragten Personen diese Frage bejaht, wobei sich auch hier interessante und durchaus überraschende Länderunterschiede zeigen.

Abb. 5 zeigt, dass die Bereitschaft der Studienteilnehmer, von sich aus den Arzt auf sexuelle Probleme anzusprechen, vergleichsweise höher ist. Dies mag ein Hinweis darauf sein, dass der Mut der Betroffenen, den Arzt anzusprechen und ihm kompetente Hilfe abzuverlangen, gestiegen ist und die Schwierigkeiten inzwischen stärker auf Seiten der Ärzte liegen. Es verweist auch auf den dringenden Aus- und Weiterbildungsbedarf im Bereich der Sexualmedizin.

**Abb. 4:** Hat Ihr Arzt Sie während der letzten 3 Jahre nach sexuellen Problemen gefragt?

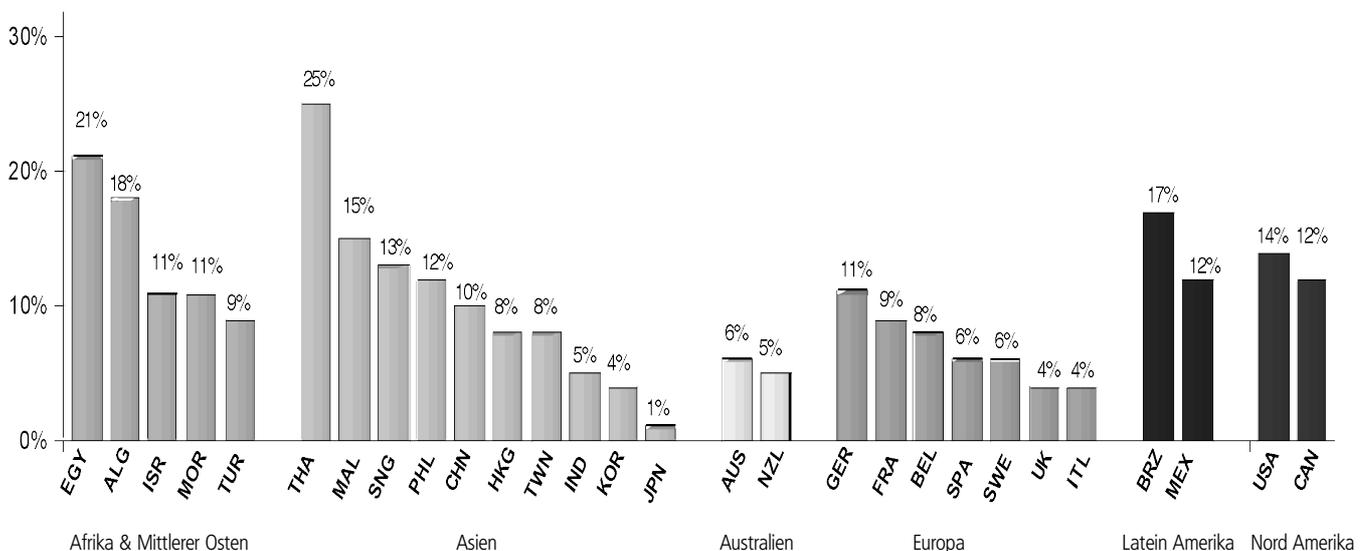
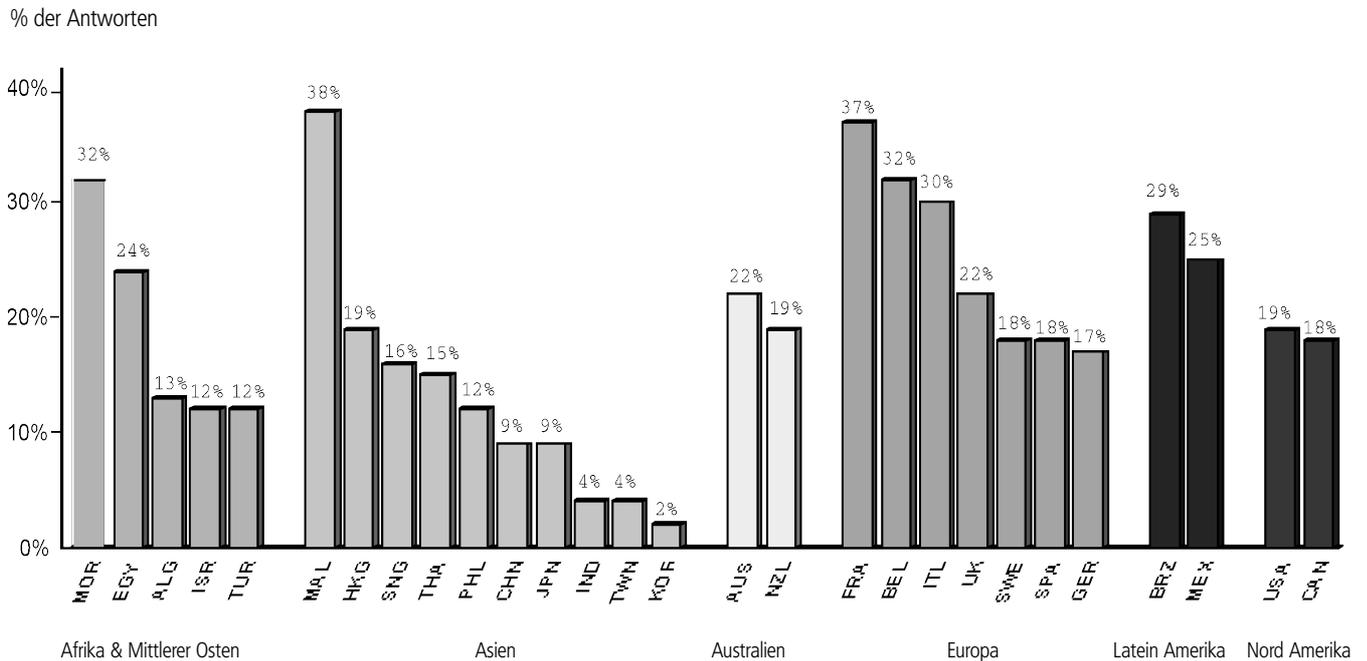


Abb. 5: Haben Sie während der letzten 12 Monate Ihren Arzt für Ihre sexuelle Probleme um Hilfe gefragt?



## 2. Die Ergebnisse aus Deutschland

Die deutsche Stichprobe umfasste 751 Männer und 750 Frauen. 252 Männer und 223 Frauen fielen in die Altersgruppe 40 – 49, 206 Männer und 187 Frauen in die Altersgruppe 50 – 59, 192 Männer und 190 Frauen in die Altersgruppe 60 – 69 und 101 Männer sowie 150 Frauen in die Gruppe 70 – 80 Jahre. 65% waren verheiratet, 3% zusammenlebend, 8% ledig, 13% ver-

witwet, 3% getrennt und 8% geschieden. Der maximal erreichte Bildungsstand war für 43% Hauptschule, für 32% Realschule und für 24% Gymnasium/Universität (1% machten keine Angaben). 50% waren voll- oder teilzeit berufstätig, 6% Hausfrau/-mann, 39% Rentner, 3% arbeitslos und 2% arbeitsunfähig. 45% lebten in der Stadt, 20% in Vorstädten und 35% im ländlichen Bereich.

Abb. 6: Wie wichtig ist Sexualität für Sie?

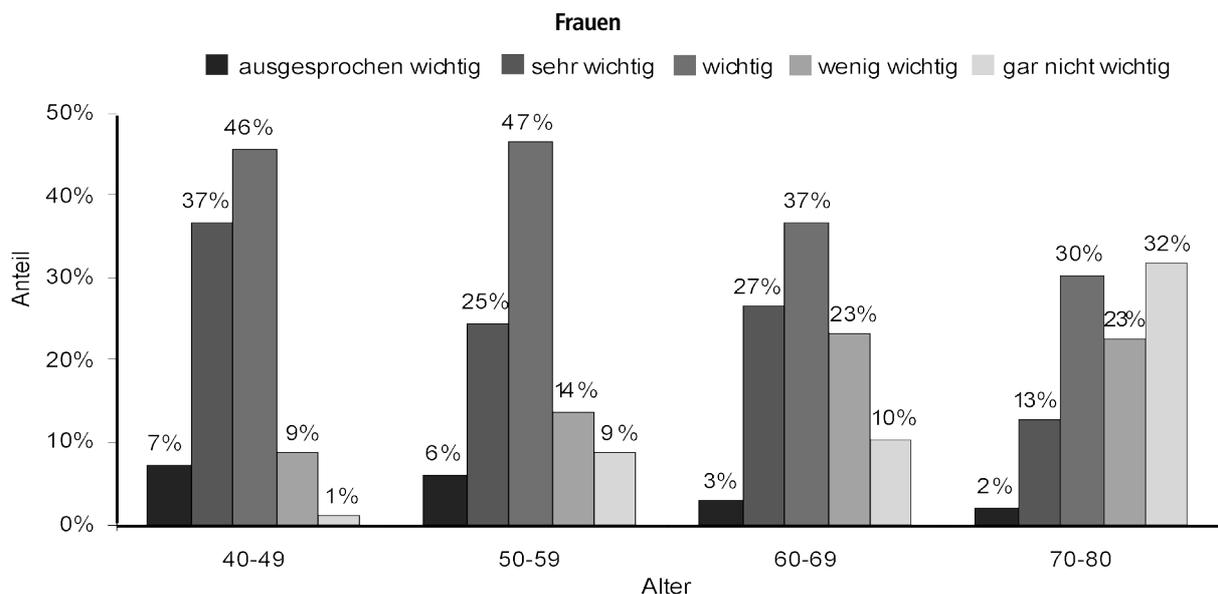
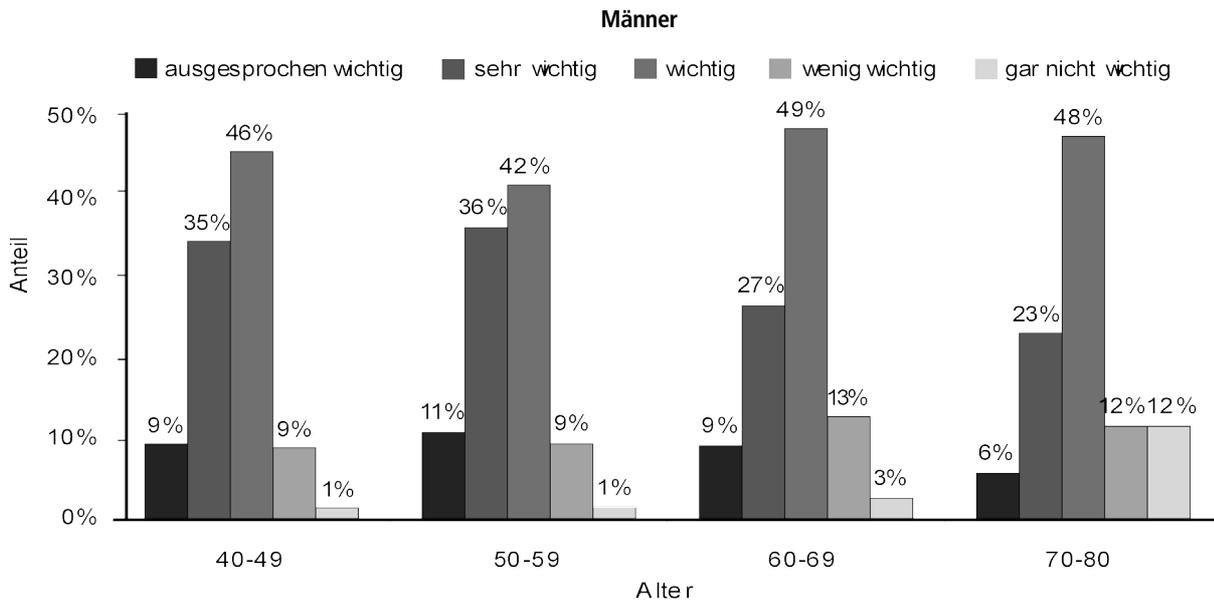


Abb. 7: Wie wichtig ist Sexualität für Sie?

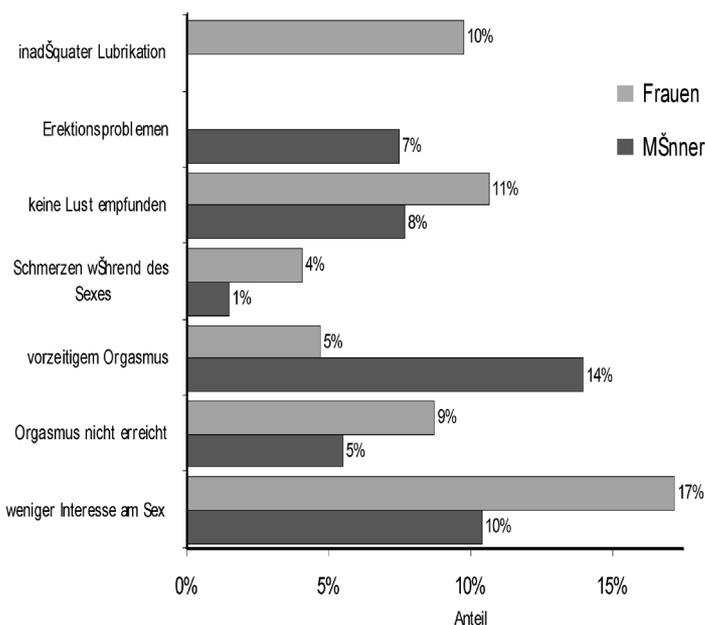


Die Abbildungen 6 und 7 zeigen die Bedeutung, die Sexualität in den verschiedenen Altersgruppen bei Männern und Frauen hat. Es ist erkennbar, dass die Angaben bei beiden Geschlechtern in der Altersgruppe 40 – 49 praktisch identisch sind, ab dem 50. Lebensjahr diese Bedeutung bei den Frauen aber abnimmt, bei den Männer dagegen auf einem recht hohen Niveau erhalten bleibt. Generell ist den Daten im übrigen zu entnehmen, dass in verschiedenen Parame-

tern bei den Frauen bedeutsame Veränderungen in der Altersgruppe 50 – 59 zu erkennen sind (geringere Bedeutung, mehr Probleme), während diese Tendenzen – wenngleich geringer ausgeprägt – bei den Männer erst in der Altersgruppe ab 60 deutlich werden.

Abbildung 8 zeigt die Verteilung der sexuellen Probleme bei beiden Geschlechtern. Während der relative Anteil der Probleme und ihre „Rangfolge“ den Daten anderer Studien wie der NHSLS entsprechen, sind die absoluten Zahlen in der deutschen Stichprobe sowohl im Ländervergleich als auch im Vergleich mit anderen Erhebungen auffallend niedrig. So weisen die deutschen Befragten im Verhältnis zu den anderen europäischen Ländern in allen Problemkategorien die niedrigsten Zahlen auf und während in der Kölner Männerstudie insgesamt 19% das Vorhandensein von Erektionsproblemen angaben, sind es hier nur 7% und auch der Prozentsatz der Frauen, die ein mangelndes Interesse an der Sexualität beklagen, ist mit 17% sehr viel niedriger als etwa in der NHSLS (knapp 30%). Der augenblickliche Stand der Datenanalysen lässt eine sinnvolle Interpretation dieser Diskrepanzen noch nicht zu. Denkbar sind generelle Verleugnungstendenzen gegenüber sexuellen Problemen, Verzerrungen durch die Art der Befragung oder eine Zufallsauswahl sexuell besonders „gesunder“ Personen. Die weiteren Auswertungen, auch im Ländervergleich, werden hierzu sehr wahrscheinlich mehr Aufschluss geben.

Abb. 8: Hatten Sie während der letzten zwölf Monate für mindestens zwei Monate Probleme mit... ?

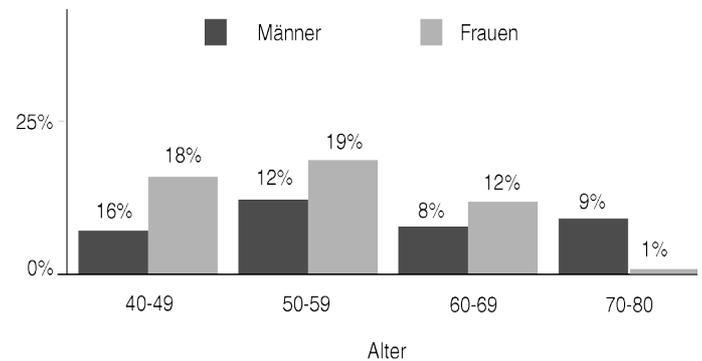


Betrachten wir nun die Fragen zur Arzt-Patient-Kommunikation genauer, so lässt sich Abbildung 9 entnehmen, dass während der vergangenen 3 Jahre

mehr Frauen als Männer von ihrem Arzt nach sexuellen Problemen gefragt worden sind. Dieser Unterschied ist wahrscheinlich der stärkeren sexualmedizinischen bzw. psychosomatischen Tradition in der Gynäkologie zuzuschreiben. Während bei den Männern der (geringe) Prozentsatz der von ihrem Arzt befragten Personen über die Altersgruppen recht konstant bleibt, werden die über 60jährigen Frauen schon deutlich weniger und die über 70jährigen praktisch gar nicht mehr auf das Thema Sexualität angesprochen.

Die Abbildungen 10 und 11 zeigen getrennt für Frauen und Männer die Antwort auf die Frage, mit wem über sexuelle Probleme gesprochen wurde bzw. wo für sie Hilfe gesucht wurde. Für beide Geschlechter (noch etwas ausgeprägter für die Männer) ist es mit Abstand der Partner, der hier der Hauptgesprächspartner ist. Betrachtet man die Angaben aber genauer, dann kann man auch festhalten, dass vor allem bei den Frauen für die Hälfte der Befragten und in manchen Altersgruppen sogar für einen noch höheren Anteil der Partner eben nicht der Ansprechpartner für sexuelle Probleme ist. Nicht einmal mit dem Partner kann offen gesprochen werden, nicht einmal dem Partner kann man sich anvertrauen, so kann eine Interpretationslinie lauten. Dass diese Ergebnisse bei den Frauen allerdings auf eine generell geringe Offenheit zurück-

**Abb. 9:** Mein Arzt hat mich während der letzten drei Jahre nach sexuellen Problemen gefragt



zuführen ist, darf bezweifelt werden. Zum einen ist auffällig, dass ein sehr viel höherer Prozentsatz als bei den Männern mit Freunden oder Familienangehörigen über sexuelle Probleme spricht. Darüber hinaus ist anzunehmen, dass mehr Frauen als Männer gerade in der Partnerschaft die Ursache der sexuellen Probleme sehen und deshalb das offene Gespräch eher vermeiden. Außer dem Partner, dem Arzt, Familie und Freunden spielt im Hilfesuchverhalten nur noch die Kategorie Bücher/Magazine eine nennenswerte Rolle, während das Internet in diesen Alterskohorten noch ohne Bedeutung ist.

**Abb. 10:** Mit wem haben Sie über Ihre Probleme gesprochen / wo haben Sie Hilfe gesucht?

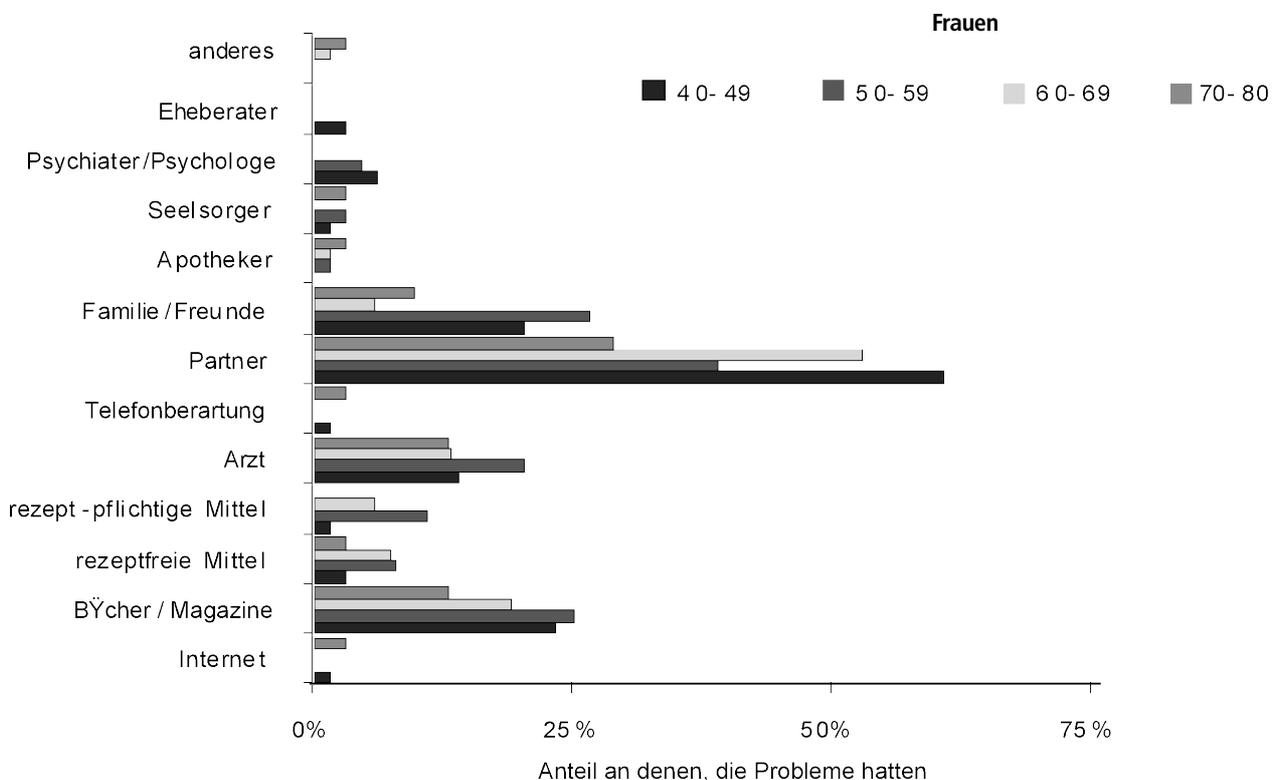


Abb. 11: Mit wem haben Sie über Ihre Probleme gesprochen / wo haben Sie Hilfe gesucht?

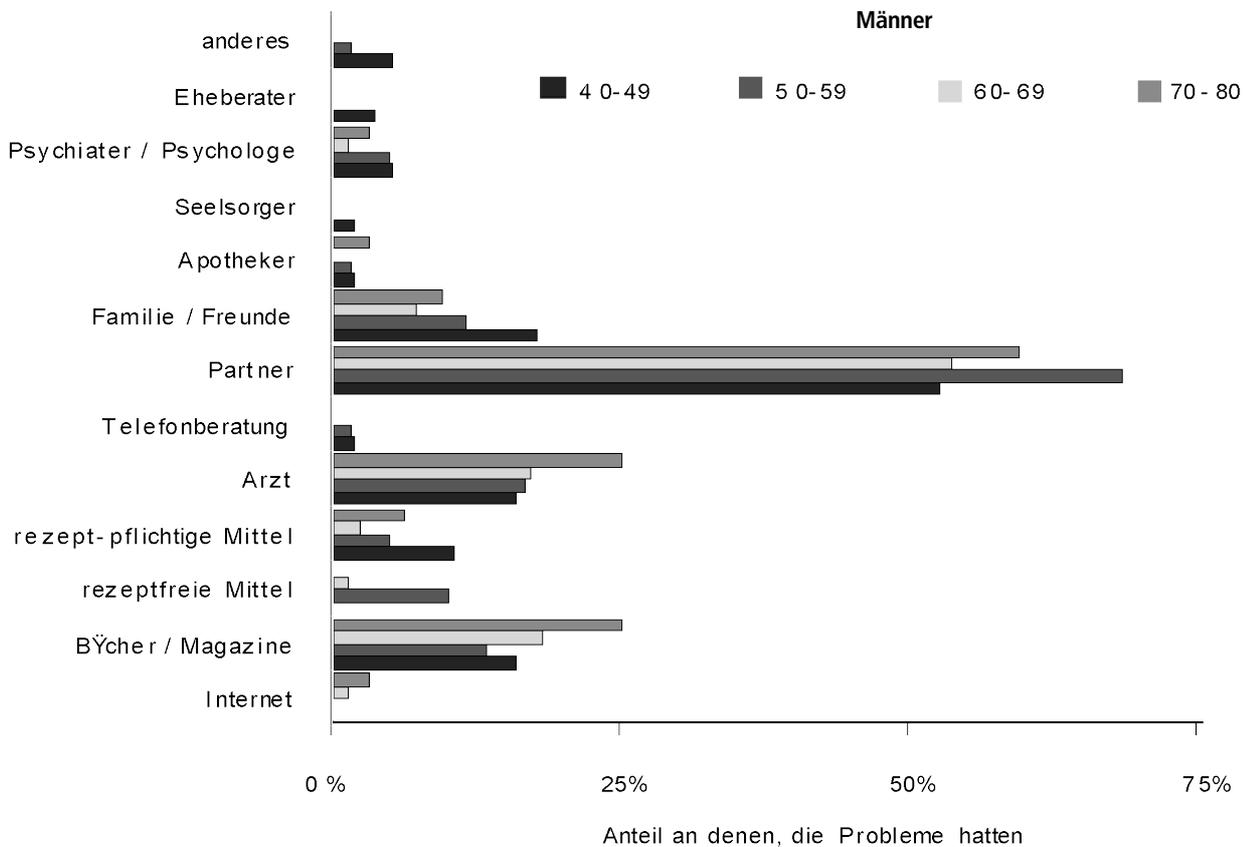
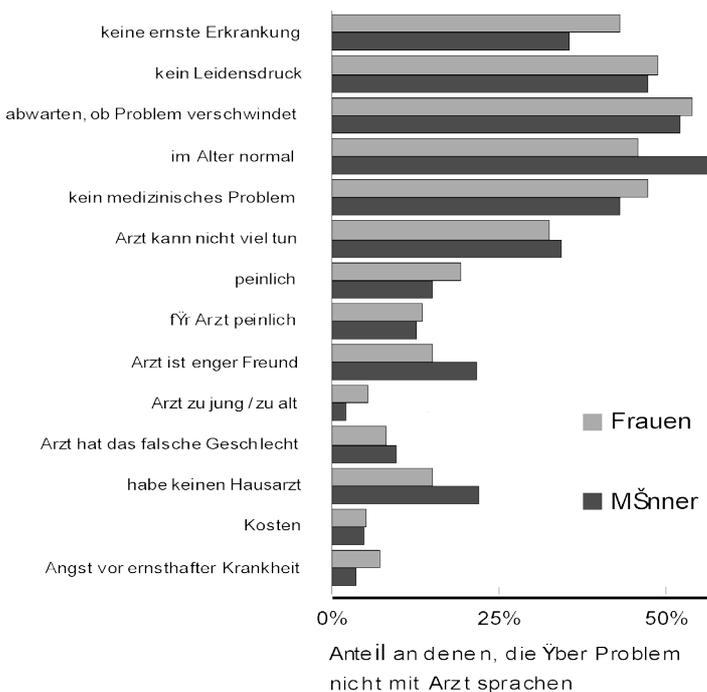


Abb. 12: Warum haben Sie mit Ihrem Arzt nicht über Ihre sexuellen Probleme gesprochen?



Die in Abbildung 12 zusammengefassten Antworten auf die Frage nach den Gründen, warum der Arzt nicht auf vorhandene sexuelle Probleme angesprochen wurde, sind geeignet, Hinweise auf Schwierigkeiten und Barrieren in der Arzt-Patient-Kommunikation zu geben. Am häufigsten werden von beiden Geschlechtern Gründe genannt, die mit mangelnder Ernstnahme, geringem Leidensdruck sowie einer gewissen „Schicksalsergebenheit“ und einem resignativen Sich-Abfinden gegenüber sexuellen Problemen umschrieben werden können. Für fast die Hälfte der Befragten sind sexuelle Schwierigkeiten kein medizinisches Problem, während der Eindruck, dass der Arzt in diesem Bereich nichts tun kann, nur bei ca. einem Viertel einen Grund für das Nicht-Ansprechen dieser Probleme darstellt. Der Komplex „Peinlichkeit“ wird von auffallend wenigen Personen angeführt und auch hier ergeben sich Diskrepanzen im Ländervergleich und zu anderen Studien. Auch nach unseren klinischen Erfahrungen steht zu vermuten, dass Scham und Peinlichkeit doch immer noch größere Hürden sind als es diese Daten ausdrücken, wobei es ja diesen Gefühlen geradezu inhärent ist, dass man sie ungern eingesteht.

In Anbetracht der Tatsache, dass in den letzten 3 Jahren insgesamt nur 11% der in Deutschland befrag-

ten Personen von ihrem Arzt auf sexuelle Probleme angesprochen worden sind, ist es von großen Interesse, ob die Befragten die Einstellung vertreten, dass ein Arzt seine Patienten routinemäßig daraufhin ansprechen sollte. Abbildung 13 zeigt, dass ca. die Hälfte der deutschen Stichprobe dies bejaht. In den beiden Altersgruppen zwischen 40 und 59 gibt es dabei keine nennenswerten Geschlechtsunterschiede, während es in den beiden höheren Altersgruppen doch deutlich mehr Männer sind, die sich ein regelhaftes Ansprechen des Themas wünschen würden.

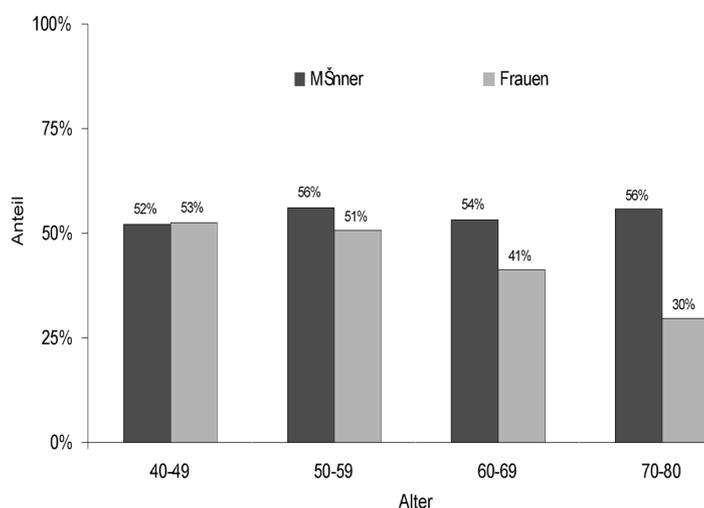
## Kommentar

Die „Globale Studie zu sexuellen Einstellungen und Verhaltensweisen (GSSAB)“ ist die erste Studie, die in einem globalen internationalen Vergleich Einstellungen und Verhaltensweisen von über 40jährigen Männern und Frauen zum Bereich sexuelle Gesundheit erfasst. Neben allgemeinen Einstellungen sollte vor allem die Bedeutung sexueller Gesundheit, das Vorhandensein sexueller Probleme und das Hilfe-suchverhalten der befragten Personen fokussiert werden. Der differenzierte, 61 Items umfassende Fragebogen wurde von einem multidisziplinären internationalen Expertenteam entwickelt und in die jeweiligen Landessprachen übersetzt. Die Befragung selbst wurde teils als Telefonbefragung, teils in Form persönlicher Interviews von lokalen Meinungsforschungsfirmen durchgeführt. Bislang liegen Daten aus 28 Ländern, von ca. 26.000 Männern und Frauen vor.

Der vorliegende Beitrag beschränkt sich auf eine erste Analyse der Ergebnisse zur Bedeutung von sexueller Gesundheit in der Arzt-Patient-Kommunikation. Da die Resultate und Graphiken weitgehend für sich sprechen, kann der Kommentar sich auf einige wenige Anmerkungen beschränken. Die internationalen Ergebnisse belegen, dass in den meisten Ländern Sexualität im Leben der Menschen einen wichtigen Stellenwert einnimmt und diese Bedeutung auch im höheren Lebensalter nicht signifikant abnimmt. Grundsätzlich schätzen Männer die Bedeutung der Sexualität höher ein als Frauen. Darüber hinaus lässt die Bedeutung der Sexualität und das Interesse an ihr bei Männern erst in der Altersgruppe 60 - 69 etwas nach, während das bei den Frauen bereits in der Altersgruppe 50 - 59 geschieht.

Auf die Frage, ob in den vergangenen 12 Monaten mindestens eins von verschiedenen vorgegebenen sexuellen Problemen für mindestens zwei konsekutive Monate vorhanden war, ergaben sich in der Gesamtstichprobe aller Länder die hohen Zahlen von 44% bei den Frauen und 39% bei den Männern. Es ist

**Abb. 13:** Ein Arzt sollte seine Patienten regelmäßig nach sexuellen Problemen fragen



allerdings darauf hinzuweisen, dass es sich hierbei um die subjektiven Einschätzungen der Befragten handelt und nicht um eine diagnostische Einstufung anhand der gängigen Diagnosekriterien. Festzuhalten ist hier also zunächst nur, dass weltweit ein erheblicher Prozentsatz von Frauen und Männern ihre Sexualität problembelastet und ihre sexuelle Gesundheit als eingeschränkt erlebt.

Betrachtet man die Items, die die Arzt-Patient-Kommunikation erfassen, im vorliegenden, noch recht groben, Ländervergleich, dann wird die äußerst unbefriedigende Situation und der erhebliche Handlungsbedarf in diesem Bereich überdeutlich. Weltweit sind nur 9% der befragten Personen in den zurückliegenden 3 Jahren von einem Arzt auf sexuelle Probleme angesprochen worden. 4 Jahre nach der Markteinführung von Viagra mit der ganzen diesen Vorgang begleitenden Aufmerksamkeit und Thematisierung sexueller Gesundheit, ist dieses Resultat eher ernüchternd. Es demonstriert auch, dass, obwohl davon auszugehen ist, dass die meisten Ärzte wissen, dass viele chronische Krankheiten sowie medizinische Therapie und zahlreiche Medikamente die sexuelle Funktionen beeinträchtigen, Sexualität immer noch kein „normales Thema“ zwischen Arzt und Patient ist. Aus anderen Untersuchungen wissen wir, dass zum einen viele Ärzte die sexuelle Gesundheit ihrer Patienten immer noch nicht ernst nehmen oder als „Lifestyle-Thema“ abwerten. Bei vielen Ärzten ist dieses Bewusstsein dagegen heute vorhanden, doch die Barrieren im Bereich der sexualmedizinischen Kompetenz und in der Gesprächsführung sind immer noch so ausgeprägt, dass es zu keiner wirksamen Veränderung kommt. Dabei zeigen die Resultate der GSSAB allerdings

auch, dass die von sexuellen Problemen Betroffenen heute eher geneigt sind und den Mut haben, den Arzt von sich aus anzusprechen und ihm kompetente Hilfe abzuwarten. Hier entsteht also ein zunehmender Druck auf die Ärzteschaft und die Medizin, das Thema ernst zu nehmen und die sexualmedizinische Kompetenz wirksam zu verbessern.

Die bislang vorliegenden Daten aus Deutschland fügen sich zumeist in den allgemeinen Trend der Ergebnisse, zumindest im Kanon der europäischen Länder, ein, weisen in einigen Bereichen aber auch Auffälligkeiten auf. Dies betrifft vor allem die Prävalenz sexueller Probleme, die bei Männern wie Frauen niedriger ist als in anderen Ländern und vergleichbaren anderen Studien. Über die Gründe dafür und die Gültigkeit der Daten kann hier vorerst nur spekuliert werden. Bei den Fragen zur Arzt-Patient-Kommunikation bestätigt sich dagegen auch in Deutschland der internationale Trend. Nur 11% der Befragten sind in den letzten 3 Jahren vom Arzt nach sexuellen Problemen gefragt worden, und zwar im Schnitt mehr Frauen als Männer. Wenn sexuelle Probleme vorliegen, sprechen Männer und Frauen hauptsächlich mit dem Partner, mit deutlichem Abstand folgen Freunde/Familienangehörige und der Arzt. Andererseits sind es aber nicht viel mehr als 50% (bei den Frauen sogar zum Teil deutlich weniger), die mit dem Partner über die sexuellen Probleme sprechen. Dies dürfte zum einen daran liegen, dass ein Teil der Probleme gerade im Partner bzw. in der Partnerschaft begründet sind, ist darüber hinaus aber auch Ausdruck der „sexuellen Sprachlosigkeit“ vieler Paare, die sich ja meist dann noch verstärkt, wenn die Sexualität problembelastet ist.

Die Antworten auf die Frage, warum beim Arzt für die sexuellen Probleme keine Hilfe gesucht wurde, verweist primär auf eine Mischung aus mangelnder bzw. verzerrter Information (kein Thema der Medizin, normaler Altersvorgang) und geringer Bedeutungszumessung resp. geringem Leidensdruck, verbunden mit einer Haltung von Resignation und Schicksalsergebenheit. Spezielle Probleme in der Arzt-Patient-Kommunikation (Peinlichkeit, mangelnde Kompetenz) haben demgegenüber nach den Aussagen der Teilnehmer eine geringere Bedeutung, was anderen Studien und der klinischen Erfahrung allerdings teilweise entgegenläuft. Im Unterschied zu dieser insge-

samt eher gedämpften Motivation, sexuelle Probleme ernst zu nehmen und behandeln zu lassen, wünschen sich mehr als die Hälfte der Befragten, dass der Arzt routinemäßig nach sexuellen Problemen fragt. Hier ist zunächst eine doppelte Botschaft zu erkennen: Einerseits will nur die Hälfte der Befragten regelmäßig auf das Thema Sexualität angesprochen werden, andererseits entspricht das dem fünffachen Prozentsatz derjenigen, die tatsächlich angesprochen worden sind. Es wird von großem Interesse sein, in welchen Merkmalen sich beide Gruppen voneinander unterscheiden (Bildungsstand, Einstellungen, Bedeutung von Sexualität etc.). Schon jetzt ist daraus aber ein Auftrag an die Medizin abzuleiten, nicht nur die sexualmedizinische Kompetenz entscheidend zu verbessern, sondern auch für die interpersonalen Fertigkeiten Sorge zu tragen, die in diesem sensiblen Bereich der Arzt-Patient-Kommunikation unabdingbar sind. Nur dann kann die sexuelle Gesundheit der Patienten in einer angemessenen Weise verbessert werden.

## Literatur:

- Braun, M., Wassmer, G., Klotz, T., Reifenrath, B., Mathers, M., Engelmann, U. (2000): Epidemiology of erectile dysfunction: results of the „Cologne Male Survey“. *International Journal of Impotence Research* 12: 305 – 311.
- Corrado, M. (1999): Men and erectile dysfunction: a survey of attitudes in 10 countries. *ISIR Newsbulletin*, Issue 2, August 1999.
- Dunn, K.M., Croft, P.R., Hackett, G.I. (1998): Sexual problems: a study of the prevalence and need for health care in the general population. *Family Practice* 15: 519 – 524.
- Feldman, H.A. et al. (1994): Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *Journal of Urology* 151: 54 – 61.
- Gingell, C. (1998): The erectile dysfunction in European nations (EDEN) survey. *International Journal of Impotence Research* 10; Suppl. 3: 4.
- Laumann, E. O., Gagnon, J. H., Michael, R. T., Michaels, S. (1994): *The social Organization of Sexuality. Sexual Practices in the United States.* The University of Chicago Press, Ltd., London.
- Laumann, E.O., Paik, A.P., Rosen, R.C. (1999): Sexual Dysfunction in the United States. *JAMA* 281: 537 – 544.
- Mak, R., DeBacker, G., Kornitzer, M., Kittel, F., Vander Stichele, C. (2001): The relation between the international index of erectile function (IIEF) and the intention to seek medical care in the ADAM-Study. *International Journal of Impotence Research* 13; Suppl.1: 54.

### Anschrift der Autoren

Prof. Dr. Uwe Hartmann, Dipl.-Psych., Arbeitsbereich Klinische Psychologie, Abt. Klinische Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover, 30623 Hannover, hartmann.uwe@mh-hannover.de;  
 Alfredo Niccolosi, National Research Council, Milan Italy; Dale B. Glasser, Pfizer Inc. New York, USA; Clive Gingell, Southmead Hospital, Bristol, UK;  
 Jacques Buvat, Association pour L'Etude de la Pathologie de L'Appareil Reproducteur, Lille, France; Edson Moreira, Oswaldo Cruz Foundation, Bahia, Brazil; Edward Lauman, University of Chicago, Chicago, USA

# Paarbeziehung und Schwangerschaftsverlauf

Martina Rauchfuß, Claudia Altrogge

## Partnership and Pregnancy

### Abstract

Preterm birth rates remain a central theme in obstetrics of our time in spite of widespread use of extensive medical measures. Our well established system of somatically oriented preventive care for pregnant women is limited. A significant effect of the quality of the partnership relation on the course and outcome of pregnancy was found in a prospective study of 589 pregnant women. Women, who had been living in an ideal partnership relation, gave birth to a child before the 37<sup>th</sup> week of pregnancy in 1.8% of the cases, compared to 7% of the other women in the sample. Quality of partnership relation was assessed from week 16 to 22 of pregnancy, i.e. well before any symptoms of an eventual preterm birth. Subjective and objective variables of partnership relation, in addition to sociodemographic and medical risk factors that turned out to be crucial an explorative univariate data analysis were entered into a stepwise logistic regression. Results from the multivariate data analysis for the whole sample indicated that quality of partnership relation was the main predicting variable for preterm birth, whereas no relation was found among commonly used sociodemographic risk factors such as socio-economic or marital status, education and preterm birth. In the study, 29 matched pairs (preterm vs. fullterm, matched on known/well established sociodemographic and medical risk factors) were entered into a model of multivariate logistical regression. 85.2% of fullterm births and 80.8% of preterm births were correctly identified. Again, quality of partnership relation was a significant predicting variable. As a consequence, in the discussion on lack of progress in the reduction of preterm birth rates, it might be useful to focus on partnership relation as an important variable to take into account in obstetrical preventive care

### Zusammenfassung

Trotz des massiven Einsatzes medizinischer Maßnahmen ist die Frühgeburtslichkeit ein zentrales Thema der modernen Geburtsmedizin. Das etablierte System der somatisch orientierten Schwangerenvorsorge stößt an seine Grenzen. In einer prospektiven Studie an 589 Schwangeren konnte der signifikante Einfluss der Qualität der Partnerschaft auf Verlauf und Ausgang der Schwangerschaft nachgewiesen werden. Frauen, die in einer idealen Partnerschaft lebten gebären mit 1,8% signifikant seltener ein Kind vor der 37. Schwangerschaftswoche als die übrigen Schwangeren des Untersuchungskollektivs mit 7,0%. Die Befragung zur Qualität der Partnerschaft erfolgte zwischen der 16. und 22. Schwangerschaftswoche, also deutlich vor dem Beginn der Symptomatik einer drohenden Frühgeburt und deren Eintritt. Für ein Modell logistischer Regression wurden neben subjektiven und objektiven Partnerschaftsparametern bekannte soziodemographische und medizinische Risikofaktoren gewählt, die sich in einer explorativen univariaten Auswertung als relevant herausgestellt hatten. Im für die Gesamtpopulation berechneten multivariaten logistischen Modell setzte sich die Partnerschaftsqualität als ein signifikanter Prädiktor für die Vorhersage einer Frühgeburt durch, während „klassische“ soziodemographische Risikofaktoren wie Familien- und Bildungsstand sowie der sozioökonomischer Status keinen relevanten Einfluss hatten. Nach Bildung von 29 matched pairs (FG vs. Reifgeburt, gematcht nach bekannten soziodemographischen und medizinischen Risikofaktoren) konnten im Modell der multivariaten logistischen Regression 85,2% der Reifgeburten und 80,8% der Frühgeburten korrekt zugeordnet werden. Auch hier war die Qualität der Partnerschaft ein signifikanter Einflussfaktor. Wenn aus geburtsmedizinischer Sicht immer wieder betont wird, dass bisherige Konzepte der Schwangerenbetreuung wenig zur Reduzierung z.B. der Fehl- und Frühgeburtslichkeit geleistet haben, so könnte eine Einbeziehung der Partnerschaft in präventive Konzepte neue Wege eröffnen.

## Einleitung

Die Geburtshilfe hat in den letzten Jahrzehnten eine rasante Entwicklung genommen. Während noch vor 40 Jahren das Holzstethoskop den Zugang zur Registrierung kindlicher Herztöne und damit zur Beurteilung des aktuellen fetalen Zustandes darstellte und die Erhebung des Fundusstandes der Gebärmutter zur Einschätzung des intrauterinen Wachstums des Kindes diente, ermöglichten in den folgenden Jahren Amniozentese, Fetalblutanalyse, Amnioskopie, Kardiotokographie, traditionelle Ultraschalldiagnostik und Dopplersonographie eine immer genauere Zustandsdiagnostik des Feten, der zeitweilig auch intrauteriner Patient genannt wurde. Seit den 50iger Jahren wurde in beiden Teilen Deutschlands und seit 1990 in der wiedervereinigten Bundesrepublik ein qualitativ hochwertiges und zunehmend durch den wissenschaftlich technischen Fortschritt geprägtes System der Schwangerenvorsorge etabliert.

Die Entwicklung der neonatologischen Intensivmedizin hat seit ihrer Etablierung vor rund 40 Jahren zu einer starken und kontinuierlichen Zunahme der Überlebenschancen von Term- und besonders Pretermgeborenen geführt. In Deutschland konnte die PNM von 50%o 1950 über 26,4%o im Jahre 1970 auf 6,0% im Jahre 1990 gesenkt werden. Im Gegensatz zu dieser Entwicklung ist es trotz des massiven Einsatzes medizinischer Maßnahmen nicht gelungen Schwangerschaftskomplikationen wie intrauterine fetale Retardierung und Frühgeburtslichkeit zu reduzieren, vielmehr gab und gibt es einen moderaten Anstieg der Frühgeburten- und Untergewichtigenrate. In Deutschland enden nach wie vor jährlich 6 bis 8% aller Schwangerschaften mit einer Frühgeburt. „Die Frühgeburt ist nach wie vor das zentrale Thema, die eigentliche Herausforderung für die moderne Geburtshilfe und Perinatalogie. (...) Am Problem Frühgeburt zeigen sich auch die Grenzen unseres ärztlichen Handelns besonders deutlich.“ (Wulf 1997) Prävention der Frühgeburt und anderer assoziierter Schwangerschaftskomplikationen ist trotz verbesserter neonataler Versorgung eine prioritäre Aufgabe der Geburtshilfe geblieben. Bei der Bewältigung dieser Aufgabe scheint das bisher vorwiegend somatisch ausgerichtete Konzept der Geburtsmedizin an seine Grenzen zu stoßen.

Schwangerschaft und Beziehung sind Begriffe, die für uns einleuchtend zusammenhängen. Die schwangere Frau baut im Verlauf der Gravidität eine Beziehung zu ihrem werdenden Kind auf. Das Kind wächst im Mutterleib geschützt heran, bis die Zeit für die Geburt reif ist. Es hat über Nabelschnur und Plazenta eine kontinuierliche körperliche Beziehung zu

seiner Mutter. Störungen in diesem Beziehungsgefüge bedeuten eine Gefahr. Sie können z.B. zu einer intrauterinen Mangelernährung des Kindes oder zu einer Frühgeburt führen. Um ihrem Kind Sicherheit und Geborgenheit geben zu können benötigt die werdende Mutter selbst ein ausreichendes Maß an innerer und äußerer Stabilität das sie aus sich selbst aber wesentlich auch aus ihrem Beziehungsgefüge schöpft.

In jüngeren Veröffentlichungen zur Genese der Frühgeburt findet Stress als psychophysiologisches Erklärungsmodell starke Aufmerksamkeit. Mc Lean et al. (1993) sahen bei schwarzen Frauen eine Beziehung zwischen Life-Stressoren und Frühgeburt. Moderierende Faktoren waren die individuelle Disposition, der psychische Zustand und das soziale Netzwerk. Das Syndrom der drohenden Frühgeburt kann auf verschiedenen pathophysiologischen Wegen z.B. über eine intrauterine Infektion, eine uterine Ischämie oder hormonelle Störungen induziert werden. Der entzündlichen Genese wird z.Z. besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Im Entzündungsprozess spielen Zytokine eine entscheidende Rolle. Erhöhte Konzentrationen verschiedener Zytokine im Fruchtwasser konnten von einigen Autoren bei mit einer Infektion einhergehenden vorzeitigen Wehen nachgewiesen werden (Arntzen et al. 1998). Verschiedene Studien haben gezeigt, dass das Corticotropin-Releasing-Hormon (CRH) die Zytokinproduktion reguliert und vice versa. Das CRH stimuliert dann die Produktion von Cortisol in der Nebenniere. Die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse ist ein Schlüsselsystem der Immunregulation. In diesem Kontext wird Stress als Zustand von Disharmonie oder bedrohter Homöostase angesehen. Chronische Aktivierung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse über das normale Maß hinaus kann zu einer Erschöpfung der individuellen Reaktionsmöglichkeiten auf infektiöse Stimuli führen und die normalen homöostatischen Schutzmechanismen unterbrechen (Dudley 1999). Verschiedene tierexperimentelle Studien lassen vermuten, dass die chronische Hypersekretion von CRH einen entscheidenden Faktor in der Genese von stressassoziierten Störungen darstellt (Linthorst et al. 1991). Vorzeitige Wehentätigkeit und Frühgeburt sind assoziiert mit mütterlichem Stress (Copper et al. 1996) und mit erhöhten Serumkonzentrationen von CRH (Kurki et al. 1991).

Als Stressoren werden eine Vielzahl von Umwelteinflüssen wie Aufregungen, seelische und körperliche Überlastung, Lärm u.a. bezeichnet. In theoretischen Rahmenkonzepten werden psychosoziale Stressoren in sogenannte kritische Lebensereignisse, z.B. Tod eines nahen Angehörigen oder Verlust des Arbeitsplatzes und Alltagsstressoren (daily hassels) z.B. be-

rufliche oder Partnerschaftsprobleme unterteilt. Der großen Bandbreite von auslösenden Ereignissen steht eine ebenso große Variabilität individueller Reaktionen gegenüber. So entbinden keinesfalls alle Frauen die stressauslösenden Situationen in der Schwangerschaft ausgesetzt sind preterm. Bereits 1972 beschrieben Nuckolls et al. (1972), dass mütterlicher Stress während der Schwangerschaft mit einem schlechteren perinatal outcome verbunden war. Dies traf allerdings nur für Frauen zu, die eine geringere soziale Unterstützung hatten. In einer Neuberechnung der Daten dieser Untersuchung kam Antonovsky (1979) zu dem Schluss, dass ein hohes Maß an Stressoren bei gleichzeitigem hohem Maß an sozialer Unterstützung gesundheitsfördernd sei, also Schwangerschaftskomplikationen verhindere.

Es ist allgemein bekannt und akzeptiert, dass soziale Beziehungen einen deutlichen Einfluss auf die Gesundheit haben. Soziale Unterstützung hat die Funktion eine Person bei ihren Bewältigungsbemühungen in Hinblick auf ein belastendes Lebensereignis zu unterstützen. Suche nach Unterstützung scheint die häufigste Bewältigungsform in belastenden Lebenssituationen darzustellen. Die psychophysiologischen Wirkmechanismen der sozialen Unterstützung werden über psychologische Mechanismen (z.B. Selbstwirksamkeit, Selbstwert, Depressivität), physiologische Wege (z.B. HPA-Achse, Immunsystem, kardiovaskuläre Reaktivität) oder Gesundheitsverhalten (z.B. Rauchen, Ernährung, Compliance in der medizinischen Betreuung) beschrieben. (Berkman et al. 2000) Neuere psychosomatische Konzepte beschäftigen sich mit der Bedeutung von Bindung und Bindungsverhalten für die Entstehung von Erkrankungen. Es gibt Hinweise für Zusammenhänge zwischen Bindungsunsicherheit und der Entstehung von Erkrankungen. Tierstudien und Untersuchungen am Menschen weisen darauf hin, dass Bindung bzw. Beziehung zu den individuellen Unterschieden in der physiologischen Reaktion auf Stressoren beiträgt. Die Bindungstheorien werden durch Studien unterstützt, die einen positiveren Effekt sozialer Unterstützung aus „Attachment-relationships“ denn aus „Nonattachment-relationships“ nachweisen konnten. (Maunder 2001) In den letzten Jahren mehren sich daher auch Untersuchungen zum Einfluss der Paarbeziehung auf Gesundheit und Krankheit (Übersicht bei Kiecolt-Glaser et al. 2001). Am fundiertesten ließen sich bislang Zusammenhänge zwischen Beziehungsfunktion und gesundheitlichen Zustand bei Krankheiten mit immunologischen oder kardiovaskulären Anteilen nachweisen. So untersuchten Zautra et al. (1998) z.B. in einem prospektiven Design Patienten mit rheumatoider Arthritis. Frauen in besseren partnerschaftlichen

Beziehungen hatten weniger und mildere Krankheits-schübe. In einer anderen Studie war die Erinnerung an partnerschaftliche Konflikte sogar in Abwesenheit des Partners bei Frauen mit niedriger Beziehungsqualität mit einem Anstieg des Blutdrucks verbunden (Carels et al. 1998).

In Hinblick auf die Schwangerschaft wurde in einer Reihe von Studien die Bedeutung der sozialen Unterstützung u.a. für den Verlauf und Ausgang der Schwangerschaft untersucht. Erhaltene und wahrgenommene soziale Unterstützung war ein signifikanter unabhängiger Prädiktor für gesundheitsrelevantes Verhalten (Alkohol-, Nikotin- und Coffeinabusus) (Aaronson 1989). Schwangere die im 2. Trimester mit der sozialen Unterstützung unzufriedener waren gebaren später häufiger Kinder mit einem niedrigen Geburtsgewicht (Da Costa 2000). Fehlende soziale Unterstützung ist mit einer ausgeprägteren Depressivität verbunden. Dieser Zusammenhang war bei Schwangeren mit einem niedrigen sozioökonomischen Status besonders deutlich. (Seguin et al. 1995)

Obwohl Zeugung, Schwangerschaft und Geburt nur im Kontext der Geschlechtlichkeit von Mann und Frau und ihrer Beziehung zueinander zu verstehen sind findet die Paarbeziehung als Einflussfaktor auf den Reproduktionsprozess bislang wissenschaftlich nur randständige Aufmerksamkeit. Wenn die Partnerschaft als Einflussfaktor auf das Schwangerschaftsgeschehen untersucht wird, dann meist unter soziodemographischem Blickwinkel. Untersuchungen zur Bedeutung der Qualität der Paarbeziehung für den Schwangerschaftsverlauf sind rar.

Hier setzt das interdisziplinäre Projekt „Sozio-psycho-somatisch orientierte Begleitung in der Schwangerschaft“, in dem Fachvertreter von Medizin, Psychologie, Soziologie und Statistik zusammenarbeiteten, an. Das Projekt wurde im Rahmen des Berliner Forschungsverbundes Public Health durchgeführt und war an der Charité Berlin angesiedelt. An dieser Stelle sei allen an der Projektarbeit beteiligten Kolleginnen gedankt. Gefördert wurde das Forschungsvorhaben vom Bundesministerium für Bildung und Forschung.

## Methoden

Es handelt sich um prospektive Untersuchungen mit Zweipunkterhebung.

Zwischen 1994 und 1995 wurden 582 Frauen in der 16. – 22. Schwangerschaftswoche im Ostteil Berlins befragt. Die Befragung fand zum größten Teil bei niedergelassenen Fachärzten sowie zu einem kleineren Teil in der Poliklinik der Charité statt. Daten zum Schwangerschafts- und Geburtsverlauf wurden post-

partal in den Entbindungskliniken bzw. bei den niedergelassenen Fachärzten erhoben. Erfasst wurde u.a. der Entbindungszeitpunkt (SSW), Größe und Gewicht des Kindes, Beurteilung des Neugeborenen (APGAR, Nabelschnur-pH).

Insgesamt wurden 714 Frauen mit der Bitte um Teilnahme an der Studie angesprochen. Es handelte sich um eine anfallende Stichprobe. 582 Schwangere füllten den Fragebogen aus (response rate 82,5%). Postpartal konnten von 519 Frauen (88,1% der 589 Befragten) Unterlagen zum Schwangerschafts- und Geburtsverlauf erhoben werden.

Im Studienzeitraum wurden in den ausgewählten Praxen alle Schwangeren die die Eingangskriterien erfüllten angesprochen und um Mitarbeit gebeten. Bei vorliegender Bereitschaft zum Ausfüllen des Fragebogens erhielten die Frauen eine Erklärung zum Datenschutz, in der konkrete Maßnahmen der Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen erläutert wurden. Vor der Teilnahme an der Studie unterzeichneten die zu Befragenden eine Einverständniserklärung, mit der sie auch die Genehmigung zur Einsichtnahme in ihre medizinischen Unterlagen erteilten.

Die Datenerhebung erfolgt mit einem Frage- und einem Erhebungsbogen dar, der im Rahmen des Projektes konstruiert wurde.

## Konstruktion und Aufbau des Fragebogens

Es war die Aufgabe des Projekts, zur Identifizierung derjenigen psychischen, sozialen und medizinischen Bedingungen, die den Verlauf und das Ergebnis der Schwangerschaft saluto- oder pathogenetisch beeinflussen können, beizutragen.

Für die schriftliche Befragung bedurfte es dazu einer Auswahl der zu integrierenden psychosozialen Risiko-/respektive Ressourcenkonfigurationen. Sie wurde aus zwei unterschiedlichen Perspektiven getroffen. Zum einen wurden Literaturrecherchen in Soziologie, Psychologie und Gynäkologie und Geburtshilfe durchgeführt und die Ergebnisse mit den eigenen Voruntersuchungen zusammengeführt. Zum zweiten wurden aus Standardisierungs- und Auswertungsgründen (Gewichtung und Hochrechnung) zugängliche Erhebungsinstrumente geprüft und, wenn möglich, die Kategorien bis hin zu den einzelnen Formulierungen und Ausprägungen übernommen.

Im Folgenden werden die für die in der vorliegenden Arbeit betrachteten Bereiche relevanten Fragebogeneile näher erläutert, die anderen nur erwähnt.

### Soziodemographischer Status

Alter, Partnerschaftsstatus, Schulbildung, berufliche Qualifikation, Erwerbsstatus einschl. evtl. Verän-

derungen im Jahr vor der Befragung, Haushaltseinkommen, Nationalität, Wohnbezirk

### Medizinische Parameter

Medizinische Ausgangssituation, Schwangerschaftsanamnese, Medikamenteneinnahme

### Schwangerschaftsspezifische Parameter

Planung/Erwünschtheit der Schwangerschaft, Einstellung zur Schwangerschaft, Schwangerschafts- und Geburtsängste, Schwangerschaftserleben

### Lebensbedingungen

**1. Familie/Partnerschaft** (Kinderanzahl, Kinderherkunft, Partnerschaftssicherheit, Partnerschaftsdauer, Partnerschaftsharmonie, Partnerschaftsprobleme)

Erhoben wurde das subjektive Erleben der Frau in bezug auf ihre Zufriedenheit mit verschiedenen Bereichen der Partnerschaft (11 Items zu Aufgabenverteilung, Freizeitgestaltung, Sexualität, Umgangsformen, Stabilität der Beziehung) und der Grad der Glücklichkeit. Weiterhin wurde gefragt, ob es ernsthafte Probleme in der Partnerschaft gab, die Schwangere sich durch bestimmte Verhaltensweisen ihres Partners belastet fühlte, ob sie jemals an Trennung gedacht hatte und ob sie in einem gemeinsamen Haushalt mit dem Vater ihres zukünftigen Kindes lebte. Ergänzt wurden diese Erhebungsinstrumente durch den standardisierten Partnerschaftsfragebogen von K. Hahlweg mit den Skalen „Streitverhalten“, „Zärtlichkeit“ und „Gemeinsamkeit/Kommunikation“.

Unter Verwendung der Items zur subjektiven Zufriedenheit mit der Partnerschaft sowie der Glücklichkeit in der Beziehung und Trennungsgedanken wurden Gruppen gebildet. Die „ideale Partnerschaft“ umfasste 115 Frauen, die im Laufe der Beziehung noch nie an Trennung gedacht hatten, mit dem Kindesvater in einem gemeinsamen Haushalt lebten, glücklich oder sehr glücklich in ihrer Partnerschaft waren und in denen es keine die Schwangere belastenden Verhaltensweisen des Mannes gab.

Die 27 Frauen deren Beziehung wir als sehr unglücklich einstufen, hatten in zwei Items angegeben unglücklich oder sehr unglücklich in ihrer Partnerschaft zu sein.

Die dritte Gruppe umfasste 51 Frauen, die in ihrer Beziehung schon einmal ernsthaft an Trennung gedacht hatten.

### 2. Arbeit und Arbeitsbelastungen, Wohnsituation

Ähnlich wie zur Partnerschaft wurde auch die Zufriedenheit mit anderen Lebensbereichen (Wohnen, Arbeiten, Gesundheit, Verhältnis zu Kollegen, Beziehung zu Eltern und Schwiegereltern, finanzielle Situation, Freundeskreis) sowie dem Leben insgesamt erhoben und skaliert.

### Lebensgeschichtliche Parameter

Herkunftsfamilie, Kindheit und Jugend; neben der Er-

fassung struktureller Aspekte der Herkunftsfamilie wurden Fragen zu den wichtigsten Bezugs- und besonders nahestehenden Personen sowie zur Ablösung vom Elternhaus gestellt, das familiäre Klima sowie die Funktionalität der Herkunftsfamilie global charakterisiert

#### **Soziale Netze / soziale Unterstützung**

allgemeine Verfügbarkeit unterstützender Beziehungen

Verfügbarkeit schwangerschaftsspezifischer Hilfen (emotionale, informelle, instrumentelle Unterstützung durch Familie, Verwandte, Freunde und andere)

#### **Gesundheitsverhalten**

47 Items zum Gesundheitsverhalten der Schwangeren; die 28 Items zu den Gesundheitsrisiken sind ausschließlich als geschlossene Fragen formuliert, um möglichst wenig Antwortverfälschungen im Sinne der sozialen Erwünschtheit zu induzieren.

#### **Persönlichkeitsvariable**

Da zu erwarten war, dass die Qualität der Paarbeziehung in nicht unerheblichem Umfang mit bestimmten Persönlichkeitsparametern korreliert, wurde ein Erhebungsinstrument zur Persönlichkeitsdiagnostik eingesetzt. Unter anderem wurden die Bereiche „Psychosomatische Reagibilität“, „Erschöpfung“, „Ängstlichkeit“ und „Selbstvertrauen“, erfasst. Bei der statistischen Auswertung bestätigten sich dann auch hochsignifikante Zusammenhänge zwischen nahezu allen Skalen des Persönlichkeitsfragebogens und verschiedenen Partnerschaftsvariablen. Auf die diesbezüglichen Ergebnisse kann an dieser Stelle aber nicht eingegangen werden.

## **Konstruktion und Aufbau des Erhebungsbogens zu Schwangerschafts- und Geburtsverlauf**

Zur Erfassung des Schwangerschafts- und Geburtsverlaufs sowie des Geburtsergebnisses zur Validierung unserer Ergebnisse wurde ein Bogen zur Erhebung medizinischer Parameter konstruiert, bei dem wir uns stark an die Erhebungsbögen aus vorangegangenen eigenen Studien anlehnten. Es wurden vor allem Daten zu Risiken und Komplikationen im Schwangerschafts- und Geburtsverlauf sowie zum Geburtsergebnis erfasst.

Im einzelnen wurden folgende Dimensionen berücksichtigt:

#### **Anamnestische Daten**

Größe, Gewicht, Besonderheiten (z. B. Sterilitätsbehandlung) sowie Nikotin-, Alkohol-, Drogenkonsum und Medikamente während der Schwangerschaft

#### **Schwangerschaftsverlauf**

spezifische/unspezifische Erkrankungen, Au-Schreibung, ambulante/stationäre Behandlung/Krankenhaustage, Anzahl der Arztbesuche zur Schwangerenberatung, Teilnahme an Geburtsvorbereitungskursen

#### **Geburt**

Entbindungsklinik, Anwesenheit nahestehender Personen bei der Entbindung, Schwangerschaftswoche, Größe, Gewicht, Geschlecht des Kindes, Einling, Mehrlinge, Beurteilung des Neugeborenen (Übertragungs- oder Unreifezeichen, Percentile, Apgar, Nabelschnur-pH, Verlegung in die Kinderklinik), Besonderheiten unter der Geburt (z.B. pathologisches CTG), Besonderheiten beim Kind (z.B. Atemstörung), Geburtsmodus, Geburtsdauer, Medikamente unter der Geburt, Blutverlust, Nachgeburtsperiode, Komplikationen im Wochenbett

Als Outcome Variablen für die hier vorgestellten Aspekte der Auswertung wurden der Zeitpunkt der Geburt und das Geburtsgewicht gewählt. Die entsprechenden Informationen konnten für 519 Frauen (89% der Befragten) erhoben werden.

## **Statistische Auswertung**

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mittels SPSS und SAS. Verwendet wurden folgende statistische Verfahren: Bivariate Analysen mit Chi-Quadrat-Test, t-Test, multivariate Auswertung mittels logistischer Regression (übliches Signifikanzniveau). Dabei wurde zunächst explorativ eine univariate logistische Regression gerechnet. In die multivariate logistische Regression wurden dann entsprechend der Empfehlung von Hosmer und Lemeshow (2000) die im univariaten Verfahren mit einem p-Wert  $< 0,25$  ermittelten und klinisch relevant erscheinenden Variablen eingegeben.

## **Methodenkritik**

Eigene Studien beschäftigten sich seit Mitte der 80iger Jahre mit der Frage des Einflusses psychosozialer Faktoren auf Schwangerschaft und Geburt beschäftigt. In den ersten Untersuchungen wurden Frauen befragt, die bereits an einer Komplikation der Gravidität litten. Bei einem solchen Untersuchungsdesign stellt sich natürlich die Frage, inwieweit die gefundenen Störungen, insbesondere im psychosozialen Bereich, Ursache oder Auswirkung der beobachteten Schwangerschaftskomplikationen sind. Daher wurde für die folgenden Studien ein prospektiver Untersuchungsansatz gewählt, d.h. es wurden Schwangere in der 16. bis 22. Schwangerschaftswoche und damit vor dem ersten

Auftreten der zu untersuchenden Komplikationen wie drohende Frühgeburt und hypertensive Erkrankung in der Schwangerschaft untersucht. Dies bringt dann natürlich bezüglich der Stichprobengrößen in den Untergruppen der Frauen mit Schwangerschaftskomplikationen Probleme mit sich.

So ist bei einem Probandenkollektiv von rund 500 Frauen und einer Frühgeburtenfrequenz von 6 – 7% mit 30 bis 40 Frühgeburten zu rechnen. In der hier vorgestellten Schwangerengruppe fanden sich erwartungsgemäß 35 Geburten vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche. Wurde die Frühgeburt nach den (alten) WHO Kriterien als eine Geburt vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche und/oder eine Geburt mit einem kindlichen Geburtsgewicht unter 2500g definiert so erhöhte sich die Zahl der Frühgeburten auf 47. Die Vorhersagegüte eines Modells wird bei unbalancierten Stichprobengrößen, wie es auch auf die vorliegende infolge des prospektiven Untersuchungsansatzes zutrifft, ungünstig beeinflusst. Um die Probleme der stark unterschiedlichen Stichprobengrößen von Früh- und Reifgeborenenkollektiv, auszugleichen bildeten wir *matched pairs*. Dadurch wurden gleichzeitig bekannte Risikofaktoren in ihrem Einfluss ausgeschaltet. Unter Einbeziehung der Variablen Alter, Schulabschluss, Einkommen, Familienstand, Parität und medizinischer und schwangerschaftsanamnestischer Risikofaktoren wurde je eine Gruppe von 29 Frauen mit einer Frühgeburt und 29 Frauen mit einer Reifgeburt gebildet. Für diese Teilstichprobe wurde ebenfalls eine multivariate logistische Regression mit den bekannten (nicht durch *matched pairs* ausgeschalteten) Einflussvariablen gerechnet.

In einer vorgehenden Pilot-Untersuchung in den Jahren 1989 und 1990 hatten wir Schwangere und ihre Partner befragt. Dabei stellte die Einschätzung der Qualität der Partnerschaft durch den prospektiven Kindesvater gegenüber der durch die Schwangere einen noch klareren Prädiktor für die Frühgeburtslichkeit dar. Auch für die vorliegende Studie wäre eine Einbeziehung des Partner in die Befragung sinnvoll gewesen. Die gesellschaftliche Situation zum Zeitpunkt der Datenerhebung war jedoch durch einen gravierenden Geburtenrückgang und durch starke sozioökonomische Veränderungen gerade im Ostteil Berlin, in dem die Befragung erfolgte, gekennzeichnet. Die Datenerhebung stellte sich damit als wesentlich schwieriger und langwieriger dar und es musste auf die Befragung der Partner verzichtet werden.

Aus sexualmedizinischer Sicht ist methodenkritisch zu diskutieren, dass bei der Betrachtung der Partnerschaft der Aspekt von Intimität und Sexualität nur randständig Beachtung fand. Mit dem Partnerschaftsfragebogen von Hahlweg (1996) wurden mit

der Skala Zärtlichkeit Verhaltensweisen in Hinblick auf körperliche Intimität und Sexualität erfragt. Unter den 10 Items dieser Skala finden sich Aussagen wie: Er streichelt mich während des Vorspiels, so dass ich sexuell erregt werde oder er berührt mich zärtlich und ich empfinde es als angenehm. Es fand sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Qualität der Partnerschaft erfasst mit der Skala Zärtlichkeit und der Frühgeburtslichkeit. Interessant ist jedoch der Trend, dass Schwangere die in der Skala Zärtlichkeit als glücklich einzustufen waren häufiger ein Kind vor der vollendeten 37. SSW gebären als diejenigen die als fraglich glücklich oder unglücklich einzustufen waren.

## Ergebnisse

Ein wesentlicher Schwerpunkt der Schwangerenbefragung lag auf der Frage, ob und wenn ja in welcher Weise die Partnerschaft und insbesondere deren Qualität einen Einfluss auf das *perinatal outcome*, hier die Frühgeburt vor der vollendeten 37. SSW, hat.

## Eindimensionale Auswertung

Die Frühgeburtenrate im Gesamtkollektiv lag, wenn man als Definition die Geburt vor der 37. Schwangerschaftswoche zugrunde legte, mit 35 Kindern bei 6,7%. Nach der (alten) WHO-Definition (Frühgeburt = Geburt eines Kindes vor der vollendeten 37. SSW und/oder mit einem Geburtsgewicht unter 2500g) lag eine Frühgeburtenrate von 9,1% vor. Da Mehrlingsschwangerschaften per se mit einem höheren Frühgeburtenrisiko verbunden sind wurden in die weitere Auswertung nur die Geburten nach den 508 Einlingsschwangerschaften einbezogen. In dieser Gruppe wurden 29 Kinder (5,8%) vor der vollendeten 37. SSW geboren, 41 (8,2%) waren entsprechend der (alten) WHO-Definition als Frühgeborene einzustufen.

Nahezu alle befragten Schwangeren (98,5%) gaben an einen festen Partner zu haben. 91,1% der Frauen mit festem Partner lebten mit diesem auch in einem gemeinsamen Haushalt. Die Dauer der Partnerschaft variierte von weniger als 6 Monaten bis zu mehr als 10 Jahren. Bei 2% der Frauen lag die Beziehungsdauer unter einem halben Jahr, bei 8,1% zwischen 6 Monaten und einem Jahr. In diesen Beziehungen war die Schwangerschaft also sehr frühzeitig eingetreten. Die Mehrheit der Schwangeren (40,5%) gab eine Beziehungsdauer von 2 bis 5 Jahren an. Jeweils etwa 14% lebten 1 Jahr bzw. 4 bis 7 Jahre in der bestehenden Beziehung, 5% taten dies mehr als 10 Jahre.

Das Alter der Schwangeren der untersuchten Stichprobe reichte von 17 bis zu 44 Jahren, das mittlere Alter lag bei 26,4 Jahren.

Hinsichtlich des Familienstandes gaben 50,4% der Schwangeren an verheiratet bzw. wiederverheiratet zu sein, 43,6% waren ledig, 5,8% geschieden und 0,2% verwitwet. In einer Totalerfassung Ostberliner Schwangeren von 1992 (n = 7.739) waren 48,1% der Schwangeren verheiratet. (Statistisches Landesamt Berlin 1993).

207 schwangere Frauen lebten bereits mit einem oder mehreren Kinder im Haushalt. In zwei Drittel der Fälle handelte es sich um gemeinsame Kinder mit dem jetzigen Partner. In 6% der Fälle lebten 1 oder mehrere Kinder des Partners im Haushalt, in 25% der Fälle waren es Kinder der Frau und in jeweils 1 Fall handelte es sich um ein Adoptiv- und ein Pflegekind.

60,4% der aktuellen Schwangerschaften waren zu diesem Zeitpunkt geplant, 20,4% zu einem späteren Zeitpunkt und 19,2% waren nicht geplant. Dennoch war mit 76,6% die überwiegende Mehrheit der Schwangerschaften erwünscht bis sehr erwünscht. 16% der Schwangeren meinten ihre aktuelle Gravidität wäre unerwünscht bis sehr unerwünscht.

### Beziehung zwischen Partnerschaftsvariablen und Geplantheit und Erwünschtheit der Schwangerschaft

Erwartungsgemäß korrelierten Geplantheit und Erwünschtheit der Schwangerschaft signifikant mit dem Familienstand, der Dauer der Partnerschaft, dem gemeinsamen Haushalt. So hatten 68,0% der verheirateten Frauen und nur 53,0% der ledigen Frauen ihre Schwangerschaft zum aktuellen Zeitpunkt geplant. Auf die Erwünschtheit der Schwangerschaft hatte der Familienstand einen deutlichen aber nicht signifikanten Einfluss. 73,4% der ledigen und 80,7% der verheirateten Frauen gaben an, dass ihre Gravidität erwünscht bis sehr erwünscht wäre. Frauen deren Partnerschaft bis zu einem halben Jahr bestand gaben nur in 10% an, ihre Schwangerschaft zum aktuellen Zeitpunkt geplant zu haben, bei Frauen deren Beziehung zwischen 6 Monaten und 1 Jahr bestand traf dies auf 31,7% zu. Dieser Anteil erhöhte sich bei Frauen mit einer Beziehungsdauer von 5 bis 7 Jahren auf 77,5%. Lebte die Schwangere mit ihrem Partner nicht zusammen war die aktuelle Gravidität nur in 24,4% zu diesem Zeitpunkt geplant während dies bei gemeinsamem Haushalt auf 64,5% der Schwangerschaften zutraf. Partnerschaftsdauer und gemeinsamer Haushalt hatten auch einen signifikanten Einfluss auf die Erwünschtheit der Schwangerschaft. So war die Schwangerschaft bei Frauen mit einer Beziehungs-

dauer bis zu 6 Monaten nur in 40% der Fälle erwünscht, bei einer Beziehungsdauer von 5 bis 7 Jahren hingegen in 80,2%. Bei gemeinsamem Haushalt waren 78,7% der Graviditäten erwünscht bis sehr erwünscht, hatte das Paar keine gemeinsame Wohnung war dies nur bei 64,4% der Fall. Ob Kinder im Haushalt lebten und ob dies gemeinsame oder Kinder eines der beiden Partner waren hatte keinen Einfluss auf die Geplantheit der Schwangerschaft und hinsichtlich der Erwünschtheit bestand ein signifikanter Zusammenhang nur zu im Haushalt lebenden Kindern. Die Schwangerschaft war signifikant häufiger erwünscht, wenn keine Kinder im Haushalt lebten (p= 0,013) (vgl. Tabelle 1).

**Tab. 1:** Partnerschaftliche und familiäre Variable und Geplantheit und Erwünschtheit der Schwangerschaft

	Ausprägung	SS geplant (%)	p
Familienstand	verheiratet	68,0	0,001
	nicht verheiratet	53,0	
gemeinsamer Haushalt	ja	64,5	< 0,001
	nein	24,4	
Partnerschaftsdauer	0-1/2 Jahr	10,0	< 0,001
	> 1/2-1 Jahr	31,7	
	> 1-2 Jahre	51,6	
	< 2-3 Jahre	62,1	
	> 3-5 Jahre	67,9	
	> 5-7 Jahre	77,5	
	> 7-10 Jahre	65,3	
	< 10 Jahre	48,0	
Kinder im Haushalt	ja	58,6	0,475
	nein	61,8	
gemeinsame Kinder der Partner	ja	55,0	0,374
	nein	61,8	

	Ausprägung	SS erwünscht (%)	p
Familienstand	verheiratet	80,7	0,051
	nicht verheiratet	73,4	
gemeinsamer Haushalt	ja	78,7	0,029
	nein	64,4	
Partnerschaftsdauer	0-1/2 Jahr	40,0	0,014
	> 1/2-1 Jahr	68,3	
	> 1-2 Jahre	74,6	
	< 2-3 Jahre	80,3	
	> 3-5 Jahre	86,6	
	> 5-7 Jahre	80,2	
	> 7-10 Jahre	72,2	
	< 10 Jahre	72,0	
Kinder im Haushalt	ja	71,4	0,013
	nein	80,9	
gemeinsame Kinder der Partner	ja	65,6	0,223
	nein	74,1	

## Beziehung zwischen soziodemographischen Faktoren und Partnerschaftsvariablen und dem perinatal outcome

Hinsichtlich des perinatal outcome ist zunächst festzustellen, dass die bekannten soziodemographischen Risikofaktoren, darunter auch der Familienstand, keinen signifikanten Einfluss auf die Frühgeburtenrate hatten. So gebären 5,9% der verheirateten Frauen ihr Kind vor der 37. Schwangerschaftswoche. Bei den ledigen, geschiedenen bzw. verwitweten Frauen waren es 5,7% ( $p = 0,91$ ). Bei Auswertung hinsichtlich des Schulabschlusses wiesen die Frauen mit Realschulabschluss und Abitur sogar eine höhere Frühgeburtenrate auf als jene mit Hauptschulabschluss. Ähnlich lagen die Verhältnisse bei der beruflichen Qualifikation. Beim Einkommen hatten Frauen mit einem monatlichen Haushaltseinkommen über 4000 DM die niedrigste Frühgeburtenrate. Die Unterschiede zu den niedrigeren Einkommensgruppen waren statistisch jedoch nicht signifikant. Die Belastung mit mehr als einem medizinischen Risikofaktor ( $p=0,086$ ) und eine belastete Schwangerschaftsanamnese ( $p=0,051$ ) hatte eine deutliche jedoch nicht signifikante Erhöhung der Frühgeburtenrate zur Folge. Hinsichtlich der Parität wiesen Zweitparaen mit 2,7% eine erheblich niedrigere Frühgeburtenrate auf als Erst- (7,4%) und Multiparaen (6,1%) ( $p = 0,014$ ) (vgl. Tabelle 2).

**Tab. 2:** Soziodemographische und medizinische Faktoren und Frühgeburtenrate < 37.SSW

Variable	Ausprägung	FG <37. SSW %	p
Altersrisiko	<18 Jahre	0	0,902
	18-35 Jahre	5,8	
	> 35 Jahre	6,7	
Parität	I.Para	7,4	0,140
	II.Para	2,7	
	> II.Para	6,1	
Schulabschluss	niedrig	2,7	0,620
	mittel	6,3	
	hoch	5,0	
Berufsabschluss	niedrig	5,9	0,706
	mittel	6,0	
	hoch	2,6	
Familienstand	in Ausbildung	10,0	0,910
	verheiratet	5,9	
Einkommen	nicht verheiratet	5,7	0,632
	< 1500 DM	5,1	
	1500-4000 DM	6,5	
Medizinische Risiken	< 4000 DM	4,1	<b>0,086</b>
	kein Risiko	5,8	
	1 Risiko	2,1	
belastete SS-Anamnese	< 1 Risiko	20,0	<b>0,051</b>
	nein	4,2	
	ja	10,2	

Für die weitere Auswertung wurden, wie im Methodenteil beschrieben, hinsichtlich der Qualität der Beziehung verschiedene Gruppen von Partnerschaften gebildet.

Die „ideale Partnerschaft“ umfasste 115 Frauen, die im Laufe der Beziehung noch nie an Trennung gedacht hatten, mit dem Kindesvater in einem gemeinsamen Haushalt lebten, glücklich oder sehr glücklich in ihrer Partnerschaft waren und in denen es keine die Schwangere belastenden Verhaltensweisen des Mannes gab. Die Beziehung von 27 Frauen war als unglücklich einzustufen. Die dritte Gruppe umfasste 51 Frauen, die in ihrer Beziehung schon einmal ernsthaft an Trennung gedacht hatte.

Frauen die sich in ihrer Partnerschaft sehr unglücklich fühlten, hatten mit 12,0% gegenüber 5,5% bei den übrigen, nicht sehr unglücklichen Frauen eine mehr als zweifach höhere Frühgeburtenfrequenz. Dieser Unterschied ließ sich trotz der großen numerischen Differenz wegen der kleinen Gruppen statistisch jedoch nicht sichern ( $p=0,177$ ). Ein wiederum statistisch nicht nachweisbarer Unterschied aber deutlicher Unterschied hinsichtlich der Frühgeburtenrate findet sich bei den Frauen die bereits einmal ernsthaft an Trennung gedacht hatten gegenüber den Schwangeren, die dies noch nicht getan hatten. Bei Frauen die ernsthaft an Trennung gedacht hatten finden wir eine Frühgeburtenrate von 10,4% gegenüber 5,3% im übrigen Untersuchungskollektiv ( $p= 0,151$ ) (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 2 dokumentiert in eindrucksvoller Weise, dass eine ideale Partnerschaft einen Schutzfaktor in Hinblick auf Frühgeburtenrate darzustellen scheint. Frauen, die in einer idealen Partnerschaft lebten gebären mit 1,8% signifikant seltener ein Kind vor der 37. Schwangerschaftswoche als die übrigen Schwangeren des Untersuchungskollektivs mit 7,0% ( $p = 0,038$ ).

Für ein Modell logistischer Regression wurden neben subjektiven und objektiven Partnerschaftsparametern bekannte soziodemographische und medizinische Risikofaktoren gewählt, die sich in der explorativen univariaten Auswertung als relevant herausgestellt hatten. Es gingen zunächst 21 Variable in die explorative logistische Regression ein. Wegen missing data erfolgte die Berechnung nur für 387 der ursprünglichen 519 Fälle.

In Abbildung 3 sind die in das Modell eingegebenen Variablen nach 9 Einflussbereichen gruppiert dargestellt.

Die im Endmodell erscheinenden Faktoren sind fett markiert und der beigefügten Tabelle sind die Odds-Ratios und Confidenzintervalle sowie die p-Werte des letzten Schritts zu entnehmen.

Am Ende der schrittweisen logistischen Regression stellte sich eine Konfiguration von 8 Faktoren als prädiktiv bedeutungsvoll für das Auftreten einer Frühgeburt dar. Das Ereignis Frühgeburt vor der vollendeten 37. SSW war signifikant assoziiert mit der Tatsache ob im Haushalt der Schwangeren Kinder lebten, ob sie in der Vorgeschichte an einer Kolpitis gelitten hatte, ob sie sich durch eine oder mehrere Freundinnen akzeptiert fühlte, ob der Partner ihr emotionales Verständnis für die Schwangerschaft entgegen brachte, sie in einer „idealen Partnerschaft“ lebte (eine Beziehung in der die Frau mit dem Kindesvater in einem gemeinsamen Haushalt lebte und noch nie an eine Trennung gedacht hatte, glücklich oder sehr glücklich in der Partnerschaft war, in der es keine die Frau belastenden Verhaltensweisen des Mannes und keine die Partnerschaft belastenden Probleme gab und die Frau in allen Bereichen der Partnerschaft zufrieden war), welche Angaben zum Nikotinkonsum den Krankenakten zu entnehmen waren sowie der allgemeinen Ängstlichkeit und den schwangerschaftsbezogenen Ängsten. Die beiden Variablen zur Angst waren als Rohwerte in das Modell eingeflossen. Je höher die allgemeine Ängstlichkeit war, desto niedriger war die Frühgeburtlichkeit (OR 0,53; 95%CI 0,31-0,90; B-0,64) während für die schwangerschaftsbezogene Angst eine gegensätzliche Beziehung bestand, d.h. hohe Ängste mit einer hohen Frühgeburtenhäufigkeit assoziiert waren (OR 1,44; 95%CI 1,02-,05;B 0,37). Die Tatsache, keine im Haushalt lebenden Kinder zu haben, war ebenso mit einem erhöhten Frühgeburtenrisiko verbunden (OR

Abb. 1: Frühgeburtlichkeit bei Frauen mit Trennungsgedanken

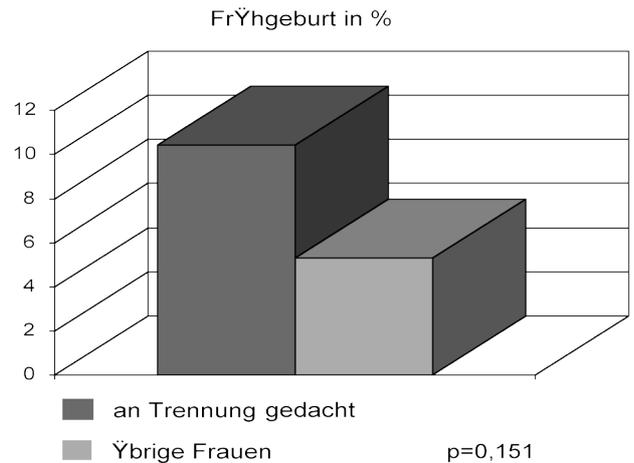


Abb. 2: Frühgeburtlichkeit bei Frauen mit „idealer Partnerschaft“

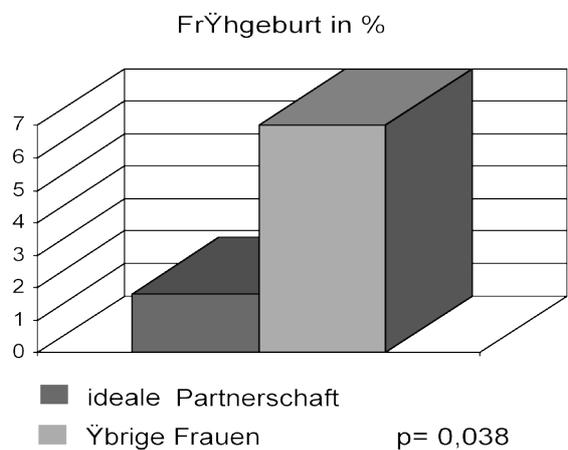
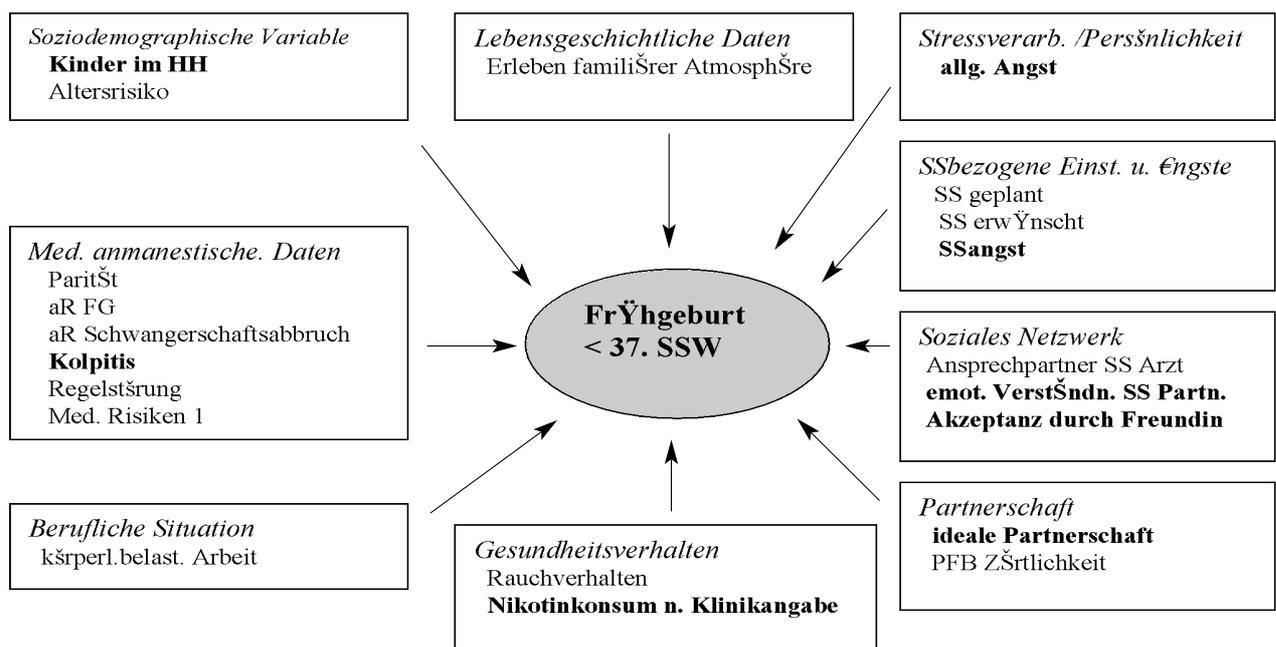


Abb. 3: Multivariate logistische Regression bio-psycho-soziale Variable und FG < 37. SSW



4,74; 95CI 1,39-16,20) wie eine durch Kolpitiden ausserhalb der Schwangerschaft belastete Anamnese (Kolpitis 1-3x OR 3,23; 95%CI 1,17-8,95; Kolpitis >3x -chronisch OR 4,28; 95%CI 1,01-18,96). Aus dem Bereich des sozialen Netzwerkes waren das Fehlen des emotionalen Verstehens für die Schwangerschaft durch den Partner (OR 2,85; 95%CI 1,07-7,56), das Gefühl, nicht von Freundinnen akzeptiert zu werden (OR 3,22; 95%CI 1,23-8,40), besonders stark aber das Bestehen einer nichtidealen Partnerschaft (OR 8,37; 95% CI 1,40-50,27) mit erhöhter Frühgeburtlichkeit verbunden. Bei den aus den Unterlagen zum Nikotinkonsum entnommenen Angaben war besonders das Fehlen solcher Informationen mit einer höheren Rate von Frühgeburten (OR 5,12; 95% CI 1,88-13,96) verbunden. Für den Nikotinabusus war wegen der geringen Fallzahl keine Berechnung möglich.

Durch den prospektiven Untersuchungsansatz lag erwartungsgemäß die Anzahl der Ereignisse Frühgeburt vor der vollendeten 37. SSW niedrig und die Vorhersagegüte des Modells wurde damit ungünstig beeinflusst. Unter Einbeziehung der Variablen Alter, Schulabschluss, Einkommen, Familienstand, Parität und medizinischer und schwangerschaftsanamnestischer Risikofaktoren wurde daher je eine Gruppe von 29 Frauen mit einer Frühgeburt und 29 Frauen mit einer Reifgeburt gebildet. Wegen der geringen Fallzahl wurde die Zahl der in die Berechnung einfließenden Variablen begrenzt. Für die Berechnung ausgewählt wurden Variable, die sich auch in der Gesamtpopulation als Prädiktoren für eine Frühgeburt vor der 37. SSW erwiesen hatten. Statt der anamnestischen Belastung Regelstörungen erwies sich in der Matched-Pair-Population das anamnestische Auftreten von Dysmenorrhoe als Prädiktor. Weitere signifikante Prädiktoren waren aus der Vorgeschichte bekannte Kolpitiden, allgemeine Ängstlichkeit, schwangerschaftsbezogene Ängste, emotionales Verstehen für die Schwangerschaft durch den Partner und eine ideale Partnerschaft. Während anamnestisch bekannte Scheidenentzündungen mit einer erhöhten Frühgeburtenrate verbunden waren bestand für die Dysmenorrhoe ein umgekehrtes Verhältnis. Wie in der Gesamtpopulation waren auch bei den Matched pairs geringe allgemeine Ängstlichkeit und erhöhte schwangerschaftsbezogene Ängste sowie das Fehlen des emotionalen Verstehens für die Schwangerschaft durch den Partner und das Bestehen einer nichtidealen Partnerschaft mit vermehrter Frühgeburtlichkeit verbunden. Mit diesem Modell konnten 85,2% der Reifgeburten und 80,8% der Frühgeburten richtig zugeordnet werden. Bei den in dieses Modell einfließenden Daten handelt es sich um Angaben die von den Schwangeren in der ersten Hälfte der Gravidität gemacht worden waren.

Die Qualität der Partnerschaft scheint nach unseren Ergebnissen also ein deutlicher Einflussfaktor – protektiv oder auch pathogen – im Kontext der Entwicklung einer Frühgeburt zu sein (vgl. Tabelle 3).

## Diskussion

Als klassische Risikofaktoren der Frühgeburtlichkeit gelten Zugehörigkeit zur unteren sozialen Schicht, niedriges Haushaltseinkommen, im geburtshilflichen Sinne jugendliches (<18 Jahre) und höheres (<35 Jahre) Lebensalter und Ledigkeit. In zwei aktuellen epidemiologischen Studien aus den USA und Großbritannien ließ sich unter den soziodemographischen Daten allerdings nur das jugendliche mütterliche Alter und in der US-amerikanischen Studie darüber hinaus die Zugehörigkeit zur unteren sozialen Schicht als Risikofaktoren für eine Frühgeburt eruieren (Meis et al. 1995, Wildschut et al. 1997). Epidemiologische Studien der 70er und 80er Jahren weisen einen Zusammenhang zwischen Familienstand und Frühgeburtlichkeit nach. In der Hessischen Perinatalerhebung (1986-1989) waren ledige und geschiedene Frauen bei Geburten vor der 32. SSW mehr als doppelt so häufig vertreten wie bei den Geburten jenseits der 38. SSW (Künzel 1995). Doucet et al. (1989) fanden für unverheiratete alleinlebende Frauen (in Montreal, Kanada) gegenüber verheirateten Frauen die mit ihrem Ehemann zusammenlebten ein erhöhtes Risiko für die Geburt eines untergewichtigen Kindes. Unverheiratete Frauen die mit ihrem Partner oder einer anderen erwachsenen Person zusammenlebten hatten kein erhöhtes Risiko. Sie erfuhren wohl ein ausreichendes Maß an Sicherheit auch ohne verheiratet zu sein. Unverheiratet und schwanger zu sein ist danach in der westlichen Welt per se kein stressreiches Lebensereignis mehr.

Die Tatsache, dass auch in der vorliegenden Untersuchung keine signifikanten Korrelationen zwischen Familienstand und Frühgeburtlichkeit nachzuweisen waren unterstreicht die Bedeutung des gewählten Untersuchungsansatzes mit Einbeziehung der Partnerschaftsqualität. Unter den gegebenen sozialen und gesellschaftlichen Verhältnissen hat wohl die Qualität der Paarbeziehung eine größere Bedeutung für den Schwangerschaftsverlauf als der Familienstand, d.h. das subjektive Erleben der Partnerschaft ist von größerem Einfluss auf das obstetric outcome, hier die Frühgeburtlichkeit, als die objektiven Rahmenbedingungen.

Eine ideale Partnerschaft scheint ein protektiver Faktor in Hinblick auf eine Frühgeburt zu sein. So gebaren in der vorliegenden Studie Frauen, die in einer idealen Partnerschaft lebten signifikant seltener ein

Kind vor der 37. Schwangerschaftswoche als die übrigen Schwangeren des Untersuchungskollektivs, andererseits hatten Frauen mit ernsthaften Trennungsgedanken eine deutlich erhöhte Frühgeburtenrate.

Die Befragung zur Qualität der Paarbeziehung erfolgte zwischen der 16. und 22. Schwangerschaftswoche, also deutlich vor dem Beginn der Symptomatik einer drohenden Frühgeburt und deren Eintritt. Somit kann ausgeschlossen werden, dass die Zufriedenheit in der Paarbeziehung durch die Symptomatik einer drohenden Frühgeburt beeinflusst wurden sondern vielmehr scheint die Qualität der Paarbeziehung einen Einfluss auf den Schwangerschaftsverlauf, hier die Frühgeburlichkeit, zu haben.

Bei der Paarbeziehung ist wohl wie auch bei anderen psychosozialen Einflüssen eher die Qualität als die Quantität der Variablen von Bedeutung für den Schwangerschaftsverlauf. Es scheint also nicht nur wichtig zu sein welche Stresssituation besteht, sondern bedeutungsvoll ist besonders, wie die Schwangere die belastende Situation erlebt und ob sich die Erregung ins Körperliche umsetzt. Ob eine Situation als stressvoll erlebt wird und ob die einsetzende Erregung sich körperlich negativ umsetzt hängt von vielfältigen modulierenden Einflussfaktoren ab. Das verfügbare Repertoire von Coping-Strategien spielt hier ebenso eine Rolle wie die Verfügbarkeit von sozialen Netzen oder bestimmte individuelle Persönlichkeitseigenschaften. Auch das von Antonovsky (1987) im Rahmen seines salutogenetischen Konzeptes erläuterte Kohärenzgefühl kann zum ganzheitlichen Verständnis von Schwangerschaftskomplikationen beitragen.

Antonovsky (1987) geht bei der Betrachtung von Stressoren von der interessanten Frage aus, warum einige Individuen unter Stress mit pathologischen Symptomen reagieren, andere hingegen nicht. Er ver-

tritt die Ansicht, dass es gerade auch für die Medizin, (wir sagen auch für die Geburtsmedizin) interessant ist, die Faktoren zu ermitteln, die Stress nicht zum krankmachenden Ereignis werden lassen. Antonovsky sieht hierfür das Kohärenzgefühl, eine globale Orientierung, die das Maß ausdrückt, indem man ein durchdringendes, andauerndes aber dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass die eigene interne Umwelt vorhersagbar ist, und dass es eine hohe Wahrscheinlichkeit gibt, dass sich die Dinge so entwickeln werden, wie vernünftigerweise erwartet werden kann, als bedeutsam an. Wichtige Komponenten zur Erklärung des Kohärenzgefühls sind Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit von Lebensereignissen. Neben dem als intrapsychisches Konstrukt zu betrachtenden Kohärenzgefühl untersuchte Antonovsky auch den Einfluss von sozialer Unterstützung auf die Stressverarbeitung. So fand er bei der Neuberechnung von Daten einer Studie über Schwangerschaftskomplikationen (Nuckolls et al. 1972) einen erstaunlichen, von den Primärautoren nicht beachteten Zusammenhang. Ein hohes Ausmaß an Stressoren war bei gleichzeitig hohem Ausmaß an sozialer Unterstützung gesundheitsfördernd wirksam. In der vorliegenden Studie stellte sich die Paarbeziehung als eine hochproaktiv wirksame Ressource heraus.

Die aktuelle Partnerbeziehung stellt auch nach Lukesch (1983) den wesentlichen Einflussfaktor auf das Schwangerschaftserleben einer Frau dar. Er meint, dass bei einer gestörten Partnerschaft die negativen Aspekte des Schwangerschaftserlebens überwiegen und es somit verstärkt zum Auftreten von physischen und psychischen Beschwerden kommen kann. Auch andere Autoren (Buddeberg 1987; Herms und Kubli 1976; Kloss & Wellnitz 1991; Wimmer-Puchinger 1992) vertreten die Ansicht, dass Wechselbeziehungen

**Tab. 3:** Multivariate logistische Regression Frühgeburt < 37. SSW bio-psycho-soziales Endmodell

Variable	n	Ausprägung	B	OR	95% CI	p <sub>1</sub>	p <sub>2</sub>
Kinder im HH	145	ja		1,00			<b>0,013</b>
	242	nein		4,74	1,39-16,20		
Kolpitis	259	nie		1,00			<b>0,032</b>
	92	1-3x		3,23	1,17- 8,95	<b>0,024</b>	
	36	>3x o. chronisch		4,28	1,01-18,06	<b>0,047</b>	
all. Angst MW	387		-0,64	0,53	0,31- 0,90		<b>0,018</b>
SSangst MW	387		0,37	1,44	1,02- 2,05		<b>0,041</b>
Emot. Verstehen f. SS durch Partner	298	ja		1,00			<b>0,038</b>
	89	nein		2,85	1,07- 7,56		
Akzeptanz durch Freundin	272	ja		1,00			<b>0,017</b>
	115	nein		3,22	1,23- 8,40		
Ideale Partnerschaft	92	ja		1,00			<b>0,020</b>
	295	nein		8,37	1,40-50,27		
Nikotinkonsum nach Klinkangabe	226	kein Konsum		1,00			<b>0,011</b>
	113	keine Angabe		5,12	1,88-13,96	<b>0,001</b>	
	419	Konsum		1,21	0,19- 7,48	0,841	
	7	Abusus.			nicht berechenbar	0,774	

zwischen einer gestörten Partnerbeziehung und dem Auftreten von Schwangerschaftskomplikationen bestehen können. Molinski unterstreicht immer wieder, eine Frau benötige für den guten Verlauf ihrer Schwangerschaft ein Gefühl der Sicherheit. Ein solches Gefühl der Sicherheit ist seiner Ansicht nach weitgehend gleichzusetzen mit der Freiheit von Angst. Er betrachtet Angst und Angstphysiologie im Rahmen des Abortgeschehens, seine diesbezüglichen Überlegungen sind aber auch auf die vorzeitige Wehentätigkeit zu übertragen. (Molinski 1988) Sicherheit kann die Schwangere aus sich selbst aber auch aus ihrem sozialen Umfeld und hier speziell aus der Partnerschaft schöpfen. Psychosoziale Grundbedürfnisse nach Angenommen-Sein, Nähe, Schutz, Geborgenheit und Sicherheit lassen sich am intensivsten in intimen Beziehungen erfüllen (Beier et al. 2001).

Tierversuche haben in jüngster Zeit erste Ergebnisse zur Erklärung psychophysiologischer Wirkweisen von Stress in der Schwangerschaft erbracht. Takahashi et al. (1998) konnten demonstrieren, dass wiederholter unkontrollierbarer Stress bei schwangeren Ratten zu einer Erhöhung der Plasmaglukokortikoidkonzentration führt und beim Feten eine gleichgerichtete Reaktion zu beobachten ist. Bereits 1988 wiesen Herrera und Mitarbeiter nach, dass bei einer höheren Stressbelastung das relative Risiko für Schwangerschaftskomplikationen auf 5,1 steigt. War bei erhöhtem Stressniveau gleichzeitig die soziale Unterstützung inadäquat betrug das Risiko sogar 10,2. 72,7% der Schwangeren mit hohem Stressniveau und ungenügender sozialer Unterstützung zeigten eine Depression der Lymphozytenaktivität. Ponirakis et al. (1998) fanden bei 27 sehr jungen Schwangeren (14 – 17 Jahre) eine signifikante Beziehung zwischen der emotionalen Situation der Schwangeren und dem „fetal outcome“. Weiterhin waren höhere Konzentrationen mütterlichen Kortisols assoziiert mit niedrigeren Apgar-Werten und mehr neonatologischen Reanimationsmaßnahmen. Soziale Unterstützung beeinflusste den Effekt negativer mütterlicher Emotionen auf den Zustand des Kindes. Brandt-Niebelschütz et al. (1995) fanden bei Frauen mit unauffälligem Schwangerschaftsverlauf gegenüber Nichtschwangeren im Sinne einer Immunstatusverbesserung signifikant höhere Werte für die peripheren T-Lymphozyten sowie für die T-Helfer-Zellen. Bei Schwangeren mit Zeichen einer drohenden Frühgeburt wurden dazu im Vergleich signifikant niedrigere Werte gemessen, in den Fällen mit später tatsächlich eingetretener Frühgeburt waren die Werte besonders niedrig. Eine kausale Beziehung zwischen psychischer und physischer Belastung, Beeinträchtigung des Immunsystems und vorzeitiger Wehentätigkeit, z.B. infolge einer aszendierenden Infek-

tion vermuten die Autoren, da 65% der Frauen mit vorzeitiger Wehentätigkeit über subjektiv belastende Lebenssituationen berichten, während es in der Kontrollgruppe nur 26% sind.

Im für die Gesamtpopulation berechneten multivariaten logistischen Modell setzte sich in der vorliegenden Untersuchung die Partnerschaftsqualität als ein signifikanter Prädiktor für die Vorhersage einer Frühgeburt durch, während „klassische“ soziodemographische Risikofaktoren wie Familien- und Bildungsstand sowie der sozioökonomische Status keinen relevanten Einfluss hatten. Auf die Bedeutung der anderen signifikanten Faktoren unseres bio-psycho-sozialen Prädiktorenmodells kann hier nicht eingegangen werden. Auch bei der Berechnung mit den Matched pairs wurde die Qualität der Partnerschaft als signifikanter Einflussfaktor auf den Schwangerschaftsverlauf ermittelt. Schwangere deren Partner ihr emotionales Verständnis für die Schwangerschaft entgegen brachte und die in einer „idealen Partnerschaft“ lebten hatten ein signifikant niedrigeres Frühgeburtenrisiko.

In einer Reihe von Studien wurde der Einfluss professioneller sozialer Unterstützung auf den Schwangerschaftsverlauf geprüft. Nur wenige Studien konnten einen positiven Effekt auf medizinische Parameter des Schwangerschaftsverlaufs und -ausgangs nachweisen (Mamelle 1997, Oakley 1990). Eine randomisierte Studie in 4 lateinamerikanischen Staaten in der die Frauen der Interventionsgruppe, ab der 15 – 22. SSW mindestens 4 Besuche einer Sozialarbeiterin erhielten erbrachte keine Unterschiede in der Untergewichtigenrate zwischen beiden Gruppen (Villar 1992). Auch Hodnett (2000) kommt in einer Metaanalyse von 14 Interventionsstudien zu dem Schluss dass zusätzliche Unterstützung in der Schwangerschaft nicht zu einer Reduzierung von Frühgeburtslichkeit und Untergewichtigenrate führt. Die Autorin diskutiert als Hintergrund für diese wenig ermutigende Erfahrungen einerseits die ausgeprägte soziale Benachteiligung der meisten in die Studien einbezogenen Frauen, die einen positiven Einfluss der Interventionen auf das Geburtergebnis schon primär unwahrscheinlich machen. Andererseits betont sie, dass als Ausdruck des unzureichenden Wissens um die ätiopathogenetischen Hintergründe von Frühgeburtslichkeit und niedrigem Geburtsgewicht möglicherweise Frauen in die Studien eingeschlossen wurden die gar nicht mit einem erhöhten Risiko behaftet waren. (Hodnett 2000) Da neuere Studien einen positiveren Effekt sozialer Unterstützung aus „Attachment-relationships“ denn aus „Nonattachment-relationships“ nachweisen konnten (Maunder 2001), muss die Beziehung zum Kindsvater als eine bislang ungenutzte Ressource in der Prävention der Frühgeburtslichkeit betrachtet

werden. Paartherapeutische Interventionsstudien bei somatischen oder psychosomatischen Erkrankungen sind bisher sehr selten gemacht worden. In einer randomisierten kontrollierten Studie ließ sich der Erfolg einer ambulanten Rehabilitation von Patienten mit koronaren Herzkrankheiten entsprechend der WHO-Phase II durch eine kurze paartherapeutische Intervention verbessern (Priebe 2001). Untersuchungen zum Effekt paartherapeutischer Interventionen in der Schwangerschaft gibt es erstaunlicherweise nicht.

Es sei noch einmal hervorgehoben, dass die Befragung in der 16 – 22. Schwangerschaftswoche, also deutlich vor dem Ereignis Frühgeburt und in der Regel auch dem Auftreten erster diesbezüglicher Symptome erfolgte. Damit kann der hier vorgestellte Untersuchungsansatz Ausgangspunkt für präventive Strategien hinsichtlich der Frühgeburtlichkeit sein. Da die Frühgeburtlichkeit unabhängig von biomedizinischen Risikofaktoren signifikant mit der Qualität der Partnerschaft korreliert sollten präventive Strategien psychosoziale Faktoren und insbesondere die Partnerschaft einschließen. Dies bedeutet für die Betreuung Schwangerer eine möglichst frühzeitige Einbeziehung des Partners, d.h. nicht erst zur Geburtsvorbereitung sondern von Beginn der Schwangerschaft an. Dies bietet zunächst besser diagnostische Möglichkeiten hinsichtlich der Paarbeziehung. Aus anderen Untersuchungen wissen wir, dass Aussagen des Partners gerade in der Schwangerschaft die Qualität der Beziehung noch klarer beschreiben als Aussagen der Frau. Andererseits kann Paaren mit Problemen in der Beziehung so frühzeitig die Möglichkeit von Kommunikations- und Interaktionstraining angeboten werden. Darüber hinaus kann die Schwangere durch das Erlernen von Entspannungsverfahren die Möglichkeit erhalten ein Überspringen der Erregung ins Körperliche zu verhindern. Die Vermittlung von Entspannungsverfahren kann genauso wie die von Coping-Strategien gut in Gruppen erfolgen. So wird ein zusätzliches soziales Netzwerk aufgebaut. Selbstverständlich ist es auch wichtig vorhandene soziale Beziehungen für die Unterstützung der Schwangeren zu aktivieren. Wie eine Paarbeziehung in der Schwangerschaft als wichtige stützende und Sicherheit gebende Funktion wirken und in diesem Sinne in Hinblick auf Schwangerschaftskomplikationen prophylaktisch oder therapeutisch bedeutsam sein kann, mag ein kurzes Fallbeispiel verdeutlichen.

Die 37jährige Patientin stellte sich nach 3 Aborten in der 6 bis 8. SSW in unserer Ambulanz vor. Sie hatte seit 10 Jahren eine feste Paarbeziehung aber bisher noch nicht mit dem Partner zusammengelebt. Aktuell musste der Partner seinen Arbeitsort in eine rund 80 km entfernte Stadt verlegen. Das Paar sah sich am

Wochenende und an einem Abend der Woche, wobei meist sie es war, die zu ihm fuhr. Die medizinischen Untersuchungen erbrachten keine klaren Hinweise auf eine somatische Ursache der Aborte. Die Patientin drängte intensiv auf weitere körperliche Diagnostik. Der Partner hatte zwar einige Basisuntersuchungen durchführen lassen, wollte sich auf weitere diagnostische und therapeutische Maßnahmen jedoch nicht einlassen. In einem Paargespräch wurde deutlich, dass der Kinderwunsch bisher im wesentlichen von ihr ausging. Er hatte schon irgendwie mitgemacht aber sowohl das Bestreben nach einem gemeinsamen Kind wie auch die gemeinsame Zukunft weniger verbindlich gesehen. Sie betonte an einer Stelle des Gespräches, dass sie das Empfinden hätte, ihre Schwangerschaften ins Leere hinein zu konzipieren. Im Paargespräch zeigte sich der dahinter liegende Konflikt deutlich. Die Patientin wurde relativ bald wieder schwanger und erlitt erneut eine Fehlgeburt. Einige Zeit später, inzwischen war sie 40 Jahre alt, stellte sie sich erneut bei uns vor. Am Konsultationstermin war eine Frühschwangerschaft zu diagnostizieren. Frau W. berichtete, dass sie seit einiger Zeit jeden Arzttermin bei der Gynäkologin nur gemeinsam mit ihrem Freund wahrnehmen würde. „Da gehe ich nicht mehr allein hin und er kommt wie selbstverständlich mit, auch wenn er sich manchmal etwas unbeholfen fühlt.“ Sie hatte ihre Stelle inzwischen reduzieren können und so sahen sie sich jetzt öfter, mal bei ihr und mal bei ihm. Sie redeten über ihre gemeinsame Zukunft mit und ohne Kind. Obwohl auch diese Schwangerschaft mit vielen Ängsten erfüllt war verlief sie ohne wesentliche medizinische Komplikationen. In der 20. SSW hat die Patientin sich selbst aus unserer Betreuung in eine normale Schwangerschaft entlassen und inzwischen ein gesundes Kind geboren.

Wenn aus geburtsmedizinischer Sicht immer wieder betont wird, dass bisherige Konzepte der Schwangereinbetreuung wenig zur Reduzierung z.B. der Fehl- und Frühgeburtlichkeit geleistet haben und intensiv darüber nachgedacht wird, welche präventiven Strategien zur Reduzierung von Schwangerschaftskomplikationen und zu einer Senkung der Frühgeborenenrate beitragen könnten, so könnte eine Integration der Paarbeziehung in solche Konzepte neue Wege eröffnen.

## Literatur

- Aaronson, L.S. (1989): Perceived and received support: effects on health behaviour during pregnancy. *Nurs Res* 38:4-9.
- Antonovsky, A. (1979): Health, Stress and Coping: New Perspectives in Mental and Physical Well-Being. Jossey-Bass. San Francisco: 167.
- Antonovsky, A. (1987): Unravelling the Mystery of Health – How

- people manage stress and stay well. Jossey-Baa Publishers San Francisco.
- Arias, F. (1994): Risikoschwangerschaft und -geburt. In: Hackelöer B.J. (Hrsg.) Ullstein Mosby, Berlin/Wiesbaden.
- Arntzen, K.J.; Kjollesdal, A.M.; Halgunset, J.; Vatten, L.; Austgulen, R. (1998): TNF, IL-1, IL-8 and soluble TNF receptors in relation to chorioamnionitis and premature labor. *J Perinatol Med* 26: 17f.
- Beier, K.M.; Bosinski, H.; Hartmann, U.; Loewit, K. (2001): Sexualmedizin. Urban & Fischer, München, Jena.
- Berkman, L.F.; Glass, T.; Brisette, I.; Seeman, T.E. (2000): Form social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc Science Med* 51: 843-857.
- Brandt-Niebelschütz, S.; Saling, E.; Uphoff, A.; Raitsch, S.; Schmolke, B.; Vetter, K.; Römisch, K.; Kaehler, H. (1995): Untersuchung zur Immunitätslage Schwangerer insbesondere beim Vorliegen einer Frühgeburtssymptomatik. *Geburtsh. u. Frauenheilk.* 55: 456-463.
- Buddeberg, C. (1987): Partnerbeziehung während der Gravidität. *Gynäkologie* 20: 95-98.
- Carels, R.A.; Szczepanski, R.; Blumenthal, J.A.; Sherwood, A. (1998): Blood pressure reactivity and marital distress in employed women. *Psychosom Med* 60: 639-643.
- Copper, R.L. et al. (1996): The preterm prediction study: maternal stress is associated with spontaneous preterm birth at less than thirty-five weeks gestation. *Am J Obstet Gynecol* 175: 1286-1292.
- Da Costa DM (2000): A prospective study on the influence of stress, social support on coping on birth outcomes and depressive symptomology during pregnancy and the postpartum. *Dissertation Abstracts international:Section B: The Science & Engineering.* Vol 60(8-B): 4213.
- Doucet, H.; Baumgarten, M. Infante-Rivard, C. (1989): Low birth weight and household structure. *JDBP* 10: 249-52.
- Dudley, D.J. (1999): Immunoendocrinology of preterm labor: The link between corticotropin-releasing hormone and inflammation. *Am J Obstet Gynecol* 180 : 251-256.
- Hahlweg, K. (1979): Konstruktion und Validierung des PFB. *Z f klin Psychologie* 1:17-40.
- Herms, V., Kubli, F. (1976): Psychosomatische Aspekte von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. *Gynäkologie und Perinatologie* 182: 3-5.
- Herrera, J.A.; Alvarado, J.P.; Martinez, J.E. (1988): The psychosocial environment and cellular immunity in pregnant patient. *Stress Medicine* 4: 49-56.
- Hodnett, E.D. (2000): Support during pregnancy for women at increased risk. *Cochrane review.* In: *The Cochrane Library* 2000. Update Software. Oxford.
- Kiecolt-Glaser, J.K.; Newton, T.L. (2001): Marriage and Health: His and Hers. *Psychol Bull* 127: 472-503.
- Kloss, U.; Wellnitz, K. (1991): Prospektive Studie zur Untersuchung psychosomatischer Aspekte in Schwangerschaft und Geburt [Dissertation]. Berlin: Humboldt.
- Künzel, W. (1995): Epidemiologie der Frühgeburt. *Gynäkologie* 28: 130-5.
- Kurki, T.; Laatikainen, T.; Salminen-Laapalainen, K.; Ylikorkala, O. (1991): Maternal plasma corticotrophin-releasing hormone-elevated in preterm labour but unaffected by indomethacin or nylidrin. *Br J Obstet Gynaecol* 98: 685-691.
- Linthorst, A.C. et al. (1997): Long-term intracerebroventricular infusion of corticotropin-releasing hormone alters neuroendocrine, neurochemical, autonomic, behavioural and cytokine responses to a systemic inflammatory challenge. *J Neurosci* 17: 4448-4460.
- Lukesch, H. (1983): Der Einfluß sozialer Beziehungen auf das Schwangerschaftserleben. In: Fehlen, A.
- Mamelle, N.; Segueilla, M.; Munoz, F.; Berland, M. (1997): Prevention of preterm birth in patients with symptoms of preterm labor: the benefits of psychologic support. *Am J Obstet Gynecol* 177: 947-952.
- Maunder, R.G.; Hunter, J.J. (2001): Attachment and psychosomatic medicine: developmental contributions to stress and disease. *Psychosom Med* 63: 556-567.
- Meis, P.J. et al. (1995): Factors associated with preterm birth in Cardiff, Wales. 2. Indicated and spontaneous preterm birth. *Am J Obstet Gynecol* 173: 590-6.
- Molinski, H. (1988): Psychosomatische Aspekte bei Fehlgeburt. *Gynäkologie* 21: 273-5.
- Nuckolls, K.B.; Cassel, K.; Kaplan, B.H. (1972): Psychosocial assets. Life crisis and the prognosis of pregnancy. *Am J Epidemiol* 95: 431-441.
- Oakley A, Rajan L, Grant A (1990) Social support and pregnancy outcome. *BJOG* 97:155-162
- Ponirakis, A.; Susman, E.J.; Stifter, C.A. (1998): Negative emotionality and cortisol during adolescent pregnancy and its effects on infant health and autonomic nervous system reactivity. *Developmental Psychobiology* 33: 163-174.
- Priebe, S.; Sinning, U. (2001): Effects of a brief couples therapy intervention in coronary rehabilitation. A controlled study. *Psychother Psychosom Med Psycho* 151: 276-80.
- Seguin, L.; Potvin, L.; St-Denis, M.; Loiselle, J. (1995): Chronic stressors, social support, and depression during pregnancy. *Obstet Gynecol* 85: 583-9.
- Statistisches Landesamt Berlin (1993): Lebendgeborene in Berlin-Ost 1992 nach Alters- und Geburtsjahren der Mutter, nach Legitimität und Lebendgeburtenfolge.
- Takahashi, L.K.; Turner, J.G.; Kalin, N.H. (1998): Prolonged stress-induced elevation in plasma corticosterone during pregnancy in the rat: Implications for prenatal stress studies. *Psychoneuroendocrinology* 23: 571-581.
- Villar, J. et al. (1992): A randomized trial of psychosocial support during high risk pregnancies. *N Engl J Med* 327:1266-1271.
- Wildschut, H.J.; Nas, T.; Golding, J. (1997): Are sociodemographic factors predictive of preterm birth? A reappraisal of the 1958 British Perinatal Mortality Survey. *Br J Obstet Gynaecol* 104: 57f.
- Wimmer-Puchinger, B. (1992): Schwangerschaft als Krise. Berlin/ u.a.: Springer.
- Wulf, K.H. (1997): Frühgeburt: Grenzsituationen medizinischer Versorgung und Definition. In: Künzel W, Wulf KH, eds. Frühgeburt. München, Wien, Baltimore: UrbanSchwarzenberg: 3-8.
- Zautra, A.J.; Hoffman, J.M.; Matt, K.S.; Yocum, D.; Potter, P.T. Castro, W.L.; Roth, S. (1998): An examination of individual differences in the relationship between interpersonal stress and disease activity among women with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res* 11: 271-279.

#### Anschriften der Autorinnen

Dr. med. Martina Rauchfuß, Universitätsklinikum Charite, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, AG Psychosoziale Frauenheilkunde, Luisenstr. 57, 10117 Berlin, martina.rauchfuss@charite.de  
 Dr. med. Claudia Altrogge, KMK Klinikum Kyritz, Perleberger Str.31, 16866 Kyritz

# Neue Irrwege: „Penisvergrößerung bei gesunden Männern“

## New misleading ways: „Penisenlargement for healthy men“

Günther Fröhlich

In allen Kulturen ist ein großer Penis Symbol für Potenz und männliche Macht. Es erstaunt daher nicht, daß Männer „ihn“ seit je her etwas länger, etwas dicker und möglichst auf Knopfdruck funktionierend wünschen.

Antike Darstellungen (vgl. Abb. 1) wie beispielsweise Wandmalereien aus der Villa vetii in Pompeji lassen der Phantasie dabei jeden Spielraum und auch die moderne Sexindustrie macht Angebote (vgl. Abb. 2), die dem Betrachter beim Vergleich mit den eigenen „real existierenden Gegebenheiten“ durchaus Minderwertigkeitsgefühle bereiten können. Im Zeitalter medialer Überflutung mit sexueller Information und Desinformation, die sich am sexuellen Phantasiemodell orientiert, ist es verständlich, daß Männer mit ihrer Biologie hadern und oft anonym nach Möglichkeiten einer Vergrößerung dieses für sie so wichtigen Organs suchen. So wird beispielsweise die Internetseite [www.willy-online.de](http://www.willy-online.de) täglich von etwa 2000 Surfern besucht.

In die urologische Praxis schlägt dieses Interesse allerdings nicht durch. Nach einer Umfrage, die der Autor im Januar 2002 bei 27 niedergelassenen und Krankenhausurologen der Bezirksärztekammer Oldenburg durchführte, informieren sich jährlich durchschnittlich nur 1,2 Patienten nach Penisvergrößerungsmöglichkeiten. Nur einer der 27 Urologen hat bisher eine Penisvergrößerungsoperation veranlaßt und keiner hat je eine solche Operation durchgeführt. 6 Urologen betreuen je einen in auswärtigen privaten kosmetisch-chirurgischen Instituten operierten Patienten. Alle diese Männer sind mit ihrem Operationsergebnis höchst unzufrieden und mußten zum Teil nachoperiert werden (beispielsweise die Ausräumung eines Paraffinoms).

Gleichwohl setzen sich viele Männer besorgt mit der Länge und Dicke ihres Penis auseinander. Insbe-

sondere ältere Männer beklagen in der Sprechstunde gar nicht so selten, daß „er“ in letzter Zeit immer kleiner werde. Hierbei handelt es sich aber meist entweder um einen versteckten Hinweis auf eine allgemeine Unzufriedenheit mit ihrem Sexualleben oder aber es liegt eine durch einen zunehmenden Wohlstandsbauch bedingte optische Täuschung vor.

Abb. 1: Frau und Olisbos (Pompeji Haus Vettii)

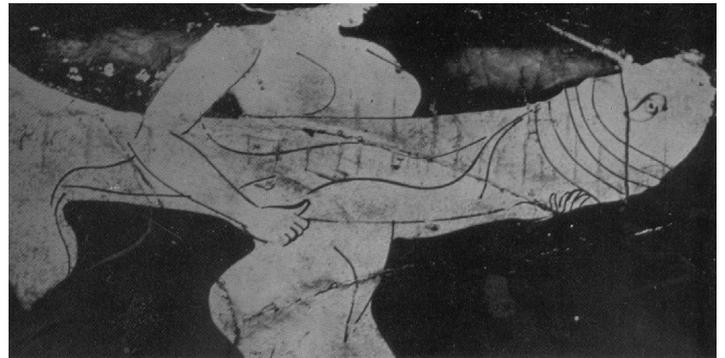


Abb. 2: Dildo-Sortiment aus dem Magazin der Frankfurter Rundschau (29.12.2001)



Auffällig ist in der Praxis auch immer wieder, daß Männer zwar davon überzeugt sind, ihr Penis wäre zu klein, daß sie aber über die normale Größe eines Penis, über seinen Aufbau und seine Funktion wenig oder gar nichts wissen. Außerdem hat kaum ein heterosexueller Mann je den erigierten Penis eines anderen Mannes gesehen, wenn er nicht zu Besuchern von sogenannten Swinger Clubs zählt. Der pornographische Film hilft da auch nicht weiter, weil dort nur ausgesuchte Prachtexemplare gezeigt werden.

Oft schafft bei solchen an ihrer genitalen Ausstattung zweifelnden Männern bereits eine sexualmedizinische Aufklärung über den Aufbau und die Funktion dieses für sie so wichtigen Organs Erleichterung oder kann sogar letzte Zweifel ausräumen. Trotzdem bleibt eine Anzahl von Männern überzeugt, „einfach zu klein“ ausgestattet zu sein und meint dann beispielsweise: „man sollte eigentlich annehmen, daß ich es besser wüßte. Ich bin nicht ungebildet und habe viele Bücher über Sex gelesen aber ich glaube immer noch, daß ich attraktiver für Frauen wäre, wenn mein Penis ein bißchen länger und ein bißchen dicker wäre.“ (zit.n. Zilbergeld 1996)

Seit Masters und Johnson darf angenommen werden, daß die Penisgröße für die physiologische sexuelle Erlebnisfähigkeit der Frau bedeutungslos sei, da sich die Scheide als muskuläres Hohlorgan der Penisgröße anpaßt.

Zilbergeld (1996) meint, daß „Frauen viel weniger über Penisgrößen nachdenken als Männer“. Die große Mehrzahl seiner Gesprächspartnerinnen konnte sich „an keine Unterhaltung mit Freundinnen erinnern, in denen sie die Größe von Penisen auch nur erwähnt hätten“. Vom Autor befragte Gynäkologinnen und Gynäkologen meinten auch, die Penisgröße werde in ihrer Praxis nicht thematisiert. Auch namhafte Autorinnen zum Thema weibliche Sexualität wie Neises (2002) und von Sydow (2002) teilten auf Anfrage mit,

keine eigenen Untersuchungen zur Bedeutung der Penisgröße für das sexuelle Erleben der Frau gemacht zu haben und konnten ad hoc auch keine Literaturangaben machen.

## Der Freud'sche Penisneid etwa nur ein Problem der Männer?

Der doch sehr taxierende, auf die Körpermitte eines FKK-Anhängers gerichtete Blick einer Strandnixe aus dem *Spiegel* vom Anfang dieses Jahres (Heft 7: 194) veranlaßte den Autor von Mitte Februar bis Mitte März 2002 in 4 gynäkologischen und 3 urologischen Praxen des Landkreises Vechta zu einer Umfrage bei 226 Frauen im Alter von 18-62 Jahren und 119 Männern im Alter von 17-73 Jahren (vgl. Tab. 1). Gefragt wurde nach der Bedeutung der Penisgröße für das Selbstbewußtsein des Mannes, für die eigene sexuelle Erlebnisfähigkeit und die sexuelle Erlebnisfähigkeit der Partnerin sowie nach dem Wunsch des Mannes nach einer Penisvergrößerungsoperation und der Zustimmung seiner Partnerin zu einem solchen Eingriff. Auffällig war die weitgehend übereinstimmende Bewertung bei Männern und Frauen.

Ganz unwichtig scheint die Penisgröße nur für etwa 20 % aller Befragten zu sein. Für 60% ist die Penisgröße nicht ganz unwichtig. Fast 20 % der Männer und Frauen schätzen die Penisgröße als sehr wichtig für das männliche Selbstbewußtsein ein und etwa 13% der Männer und 16% Frauen glauben, dass die Penisgröße sehr wichtig für die männliche sexuelle Erlebnisfähigkeit des Mannes sei. Nur etwa 9% der Männer halten ihre Penisgröße für die sexuelle Erlebnisfähigkeit ihrer Partnerin für sehr wichtig während fast 12% der Frauen dieser Meinung sind.

Vergrößerungsoperationen lehnen 84% der Männer und 81% der Frauen ab. Immerhin würden aber 5,2% der Männer und sogar 12% der Frauen einer sol-

**Tab. 1:** Umfrage in 4 gynäkologischen und 3 urologischen Praxen im Kreis Vechta (Februar bis März 2002)

Männer n 119 19 - 73 Jahre	1. Penisgröße und	sehr wichtig	weniger wichtig	unwichtig
	a) männliches Selbstbewußtsein	19,8%	56,9%	19,8%
	b) sexuelle männliche Erlebnisfähigkeit	12,9%	64,7%	27,6%
	c) sexuelle Erlebnisfähigkeit der Partnerin	8,6%	61,2%	29,3%
	2. Penisvergrößerungsoperation	ja	ich weiß nicht	nein
		5,2%	10,4%	84,4%
Frauen n 226 17 - 62 Jahre	1. Penisgröße und	sehr wichtig	weniger wichtig	unwichtig
	a) Selbstbewußtsein meines Partners	18,4%	62,0%	21,6%
	b) sexuelle Erlebnisfähigkeit meines Partners	16,0%	60,0%	24,0%
	c) meine sexuelle Erlebnisfähigkeit	11,5%	53,0%	37,5%
	2. Penisvergrößerungsoperation	ja	mir gleichgültig	nein
		12,0%	7,9%	81,0%

chen Operation zustimmen. 10,4% der Männer sind nicht sicher, ob sie sich einer solchen Operation unterziehen würden und 9% der Frauen wäre ein solcher Entschluß des Partners gleichgültig.

Ganz bedeutungslos scheint demnach die Penisgröße für Männer und Frauen für ihre sexuelle Erlebnisfähigkeit also wohl doch nicht zu sein und es wird daher immer wieder Männer geben, die auf der Suche nach Penisvergrößerungsangeboten sind.

Sie werden fündig in Talkshows, Lifestyle-Magazinen und im Internet (vgl. <http://www.willy-online.de>). Anbieter sind fast ausschließlich kosmetische Chirurgen in kommerziell ausgerichteten privaten Instituten oder selbst ernannte nicht ärztliche „Spezialisten“. Die Angebote erscheinen verlockend, versprechen sie doch immerhin Penisverlängerungen von 2-4cm und Verdickungen bis zu 2,5 cm.

Solche Operationsverfahren sind nicht neu und wurden schon ab den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts beschrieben (Maizels et al. 1968, Kelly & Eraklis, 1971, Johnsten 1974). Sie wurden damals aber nur bei angeborenem Mikropenis, einer großen Seltenheit, oder bei Penismisbildungen wie z.B. bei der Blasenextrophie angewandt. Seit 5-7 Jahren erleben sie nun aber auch bei körperlich gesunden Männern besonders in den USA und seltener auch in Europa einen Boom. Manche Institute geben an, 700 bis 5000 solcher Operationen erfolgreich durchgeführt zu haben (vgl. Abb. 3). Wissenschaftliche Veröffentlichungen dieser Institute sucht man allerdings in der Literatur vergeblich. Inzwischen laufen in den USA hunderte von Haftpflichtprozessen (Porst 2000), einige auch in Deutschland, weil das postoperative Ergebnis der erhofften Idealvorstellung kraß widerspricht.

Grundsätzlich ist die Penisgröße durch die individuelle Größe des Corpus cavernosum und des Corpus spongiosum mit der Glans penis vorgegeben und folgt dem biologischen Gesetz einer Gauß'schen Verteilungskurve (vgl. Abb. 4). Sie hat keine Beziehung zur Körpergröße und auch keine signifikante Beziehung zum Alter des Patienten.

Bei 262 Männern in der Praxis des Autors betrug die durchschnittliche am flacciden gestreckten Penis gemessene Länge 13,17 cm (vgl. Abb. 5), was etwa den Literaturangaben entspricht (vgl. Tab. 2).

Operativ gibt es am Corpus cavernosum Penis nichts zu vergrößern. Etwa 25% des Corpus cavernosum sind am Beckenskelett bindegewebig fixiert und äußerlich nicht sichtbar. Die meisten Männer verstehen unter Penisvergrößerung eine Penisverlängerung. Nach Porst (2000), der in seinem Hamburger Spezialinstitut 4-5 Patienten mit dem Wunsch nach einer Penisvergrößerung pro Monat berät, sind die Zielgruppe immer Männer zwischen dem 18. und 35. Lebensjahr,

Abb. 3: Website-Adressen zum Thema Penisverlängerung

<a href="http://www.25cm.de">www.25cm.de</a>	<a href="http://www.impodoc.de">www.impodoc.de</a>
<a href="http://www.penisverlängerung.de">www.penisverlängerung.de</a>	<a href="http://www.männerproblem.de">www.männerproblem.de</a>
<a href="http://www.willy-online.de">www.willy-online.de</a>	<a href="http://www.selbsthilfeforum.de">www.selbsthilfeforum.de</a>
<a href="http://www.stretcher-online.de">www.stretcher-online.de</a>	<a href="mailto:www.beratung@andrologie.de">www.beratung@andrologie.de</a>
<a href="http://www.dildo.de">www.dildo.de</a>	

Abb. 4: Penisgröße gestreckter flaccider Penis, n = 262 (Juni 2001 bis Februar 2002)

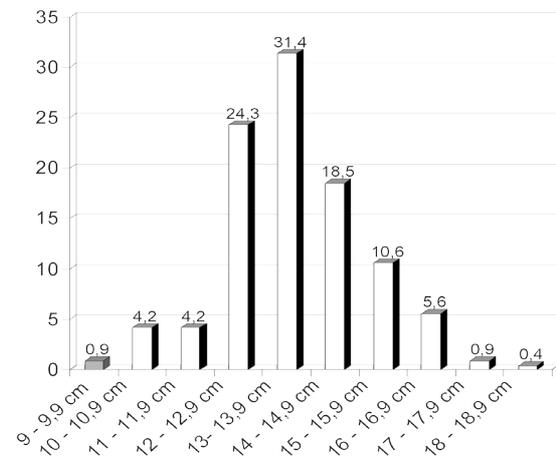
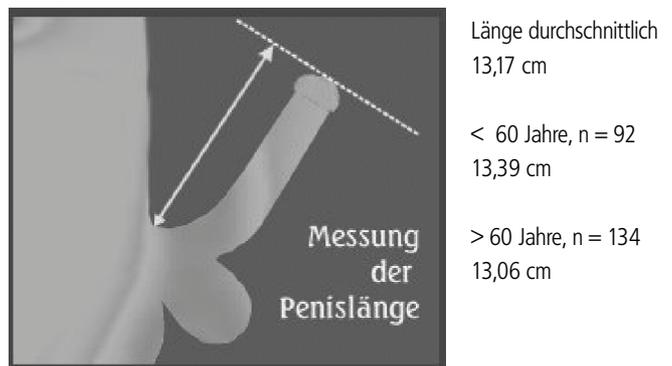


Abb. 5: Penisgröße gestreckter flaccider Penis, n = 262 (Juni 2001 bis Februar 2002)



Tab. 2: Penisgröße nach Literaturangaben

		gestreckte Länge	Erektionslänge
Wessels 1996	n = 80	12,45	12,89
da Rosa 1996	n = 150		14,50
Torres 1999	n = 329		14,20
pro Familia	n = 3000		14,80

welche zu 98% im erigierten Zustand normale Penisgrößen zwischen 13 und 19 cm aufweisen. Immer handelt es sich um Männer mit starken Minderwertigkeitsgefühlen, die sich „überall und ständig verächtlichen und spöttischen Blicken, sogar durch die Kleidung hindurch“ (Zitat eines Patienten) ausgesetzt sehen. Solche Männer geraten oft schon bald nach der Pubertät in soziale Isolation, sie meiden die Teilnahme an Sportveranstaltungen, gemeinsames Duschen, Besuch von Schwimmbädern und haben keine sexuellen Kontakte, da sie sich mit ihrer vermeintlich unzulänglichen genitalen Ausstattung nicht bloß stellen wollen. Negative Partnererfahrungen haben diese Männer meist noch nicht gemacht, da sie noch nie eine sexuelle Beziehung gewagt haben.

Eine andere Gruppe hat ein normales Sexualleben, ist zum Teil verheiratet und hat mit der Partnerin auch gemeinsame Kinder. Diese Männer haben keine Koitusprobleme, trotzdem hegen sie, orientiert an phallischen Mythen und pornographischer Irreführung tiefste Selbstzweifel bezüglich ihrer genitalen Ausstattung. Sie fühlen sich „in jeder Hinsicht zu klein“.

Auch die Konfrontation mit ihrem fast immer normal großen Penis durch eine pharmakoinduzierte Erektion, die von Urologen gar nicht so selten versucht wird, kann solche Männer natürlich nicht von ihrer ichstrukturellen Insuffizienzproblematik befreien. Ichstärkende Sexualtherapie wäre hier angezeigt, welche Ressourcen und andere Perspektiven unter Einbeziehung des Partners, sofern vorhanden, zu eröffnen versucht.

Leider suchen solche Männer aber oft anonyme Beratung über das Internet und werden hier auch vielfältig fündig. Die Angebotspalette ist breit. Spezielle

Partnerschaftsvermittlungsinstitute versuchen beispielsweise mit Angeboten wie „500 reizende junge Frauen suchen Männer mit kleinem Penis“ Kapital zu schlagen, oder solche Männer geraten irgendwann auf die Website eines „Experten“ der mit tausenden erfolgreich durchgeführter Penisvergrößerungsoperationen oder mit konservativen Vergrößerungsmaßnahmen lockt.

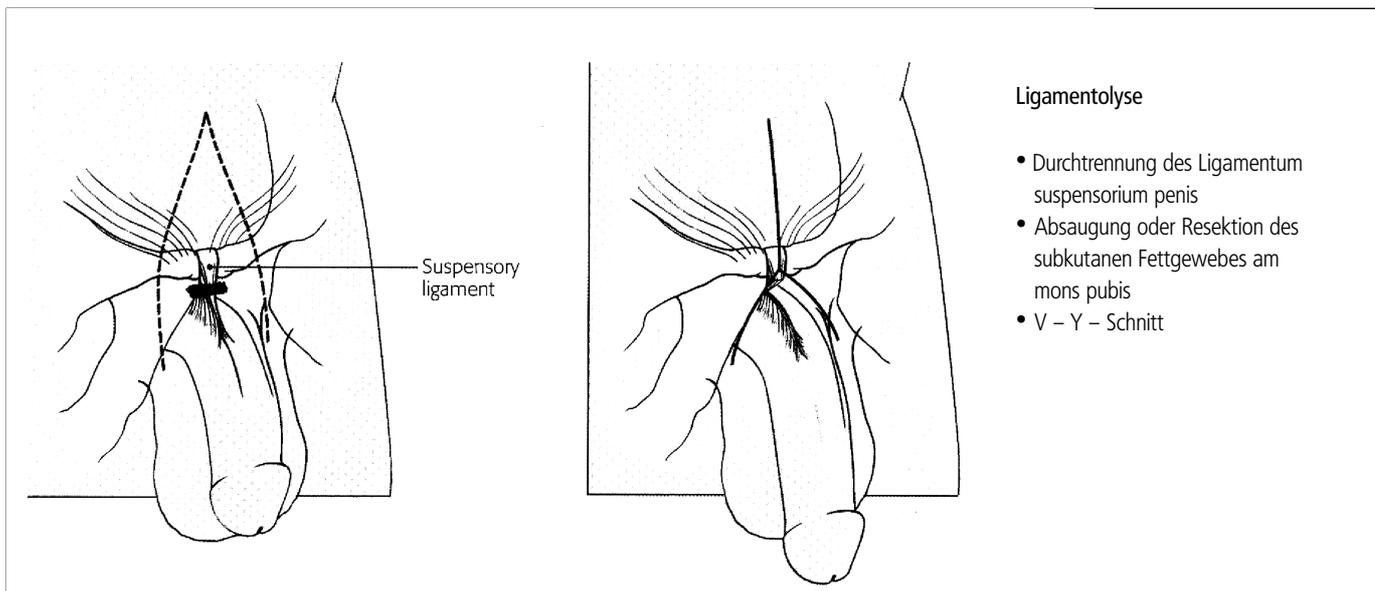
## Welche Operationen zur Penisvergrößerung werden angeboten?

### 1. Ligamentolyse

Dies bedeutet die Durchtrennung des Ligamentum suspensorium Penis, welches das Corpus cavernosum am Schambein fixiert (vgl. Abb. 6). Häufig wird diese mit einer Fettabsaugung im Unterbauch und einem Y-V Schnitt kombiniert. Sie löst die Verankerung des Corpus cavernosum vom Schambein. Das Glied hängt dabei im Stehen im flacciden Zustand einige cm länger herunter, was subjektiv eine Penisvergrößerung vortäuscht. Bei der Erektion ist das Glied nach schräg unten gerichtet, es hat seine feste Verankerung am Schambein verloren und „schwankt wie ein betrunkenen Seemann im Sturm“, was natürlich Performanceprobleme nach sich zieht.

Die wichtigste Komplikation dieser Maßnahme ist praktisch immer eine Diskrepanz zwischen dem vom Patienten erwarteten und dem erzielten Endergebnis, dabei sind vor allem narbige Verziehungen mit Penisverkürzung, Entzündungen, Erektionsschmerzen und

Abb. 6: Penisverlängerungsoperationen



Libidostörungen infolge einer Verletzung der Buck'schen Fascie und des Gefäßnervenbündels bis hin zur völligen erektilen Impotenz die Folge, welche in Einzelfällen mit Implantaten korrigiert wurden (Porst 2000).

Auf dem 13. Kongreß der deutschen Gesellschaft für Urologie im September 2001 in Düsseldorf hat sich eine jugoslawisch-deutsche Arbeitsgruppe mit der Frage „wird der Penis durch Ligamentolyse länger“ auseinandergesetzt (Djakovic et al. 2001) und kommt zu der Schlußfolgerung „die alleinige Ligamentolyse ist nicht effizient im Sinne einer wahren Penisverlängerung. Z-Plastiken können zudem zu Vernarbungen und Hautreaktionen führen, die im späteren Verlauf zu schlechten Resultaten führen. Die Ligamentolyse kann eine kosmetische Indikation haben. Dem Patienten muß aber die Illusion einer wahren Penisverlängerung genommen werden.“

Diese Schlußfolgerung kann eigentlich nur als Widerlegung der Indikation zu diesem Eingriff verstanden werden.

## 2. Penisdisassambling

Dies bedeutet die operative Zerlegung des Penis in seine Einzelteile, nämlich die Trennung des Corpus spongiosum mit Glans penis, Harnröhre und dem dorsalem Gefäß-Nervenbündel vom Corpus cavernosum mit Interposition von Rippenknorpel (vgl. Abb. 7). Jugoslawische Autoren (Perovic & Djordjevic 2000) operierten von 1995-1999 19 Patienten zwischen 18 (!!!) bis 52 Jahre nach dieser Methode und beobachteten diese durchschnittlich 3 1/3 Jahre danach. Sie erzielten einen Längengewinn von 2,4 cm und sahen angeblich keine Läsion des Gefäßnervenbündels. 15 der so operierten Patienten gaben schmerzlose Geschlechtsverkehrsfähigkeit an. Über 4 Patienten konnten die Autoren allerdings keine postoperativen Angaben machen Da solche Patienten bei operativem Misserfolg oft den Arzt wechseln, liegt immerhin die Vermutung nahe, daß 25% der Operierten mit dem Ergebnis wohl nicht zufrieden waren und einen anderen Therapeuten gesucht haben. Trotzdem kommen die Autoren zu dem Ergebnis, daß es sich hierbei um eine „Vergrößerung der genuinen Penisgröße mit befriedigendem Ergebnis“ handelt. Diese optimistische Bewertung ist heftig zu bezweifeln, da andere Autoren hohe Komplikationsraten bei Nachuntersuchungen solcher Patienten fanden. Wessel und Mitarbeiter (1996) stellten bei 12 Patienten nach Penisverlängerung und Fettinjektion „schlechte kosmetische Ergebnisse durch subcutane Knoten- und Wulstbildungen bis ins Scrotum hinein fest“. 6 der 12 Patienten mußten nachoperiert werden, 6 hatten Wundheilungsstörungen und 4 Erektionsprobleme. Nur ein

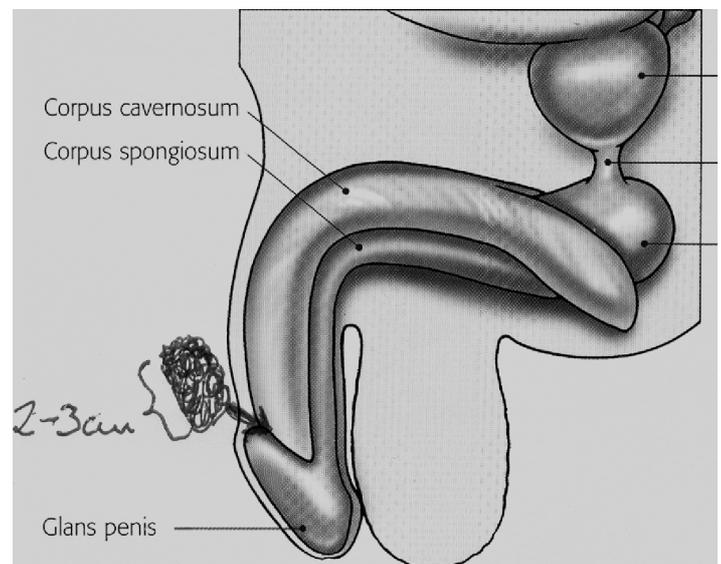
Patient stellte eine Penisverlängerung fest. Eine Operation mit einer so hohen Komplikationsrate muß als Kunstfehler bewertet werden. Besonders kritikwürdig sind die über das Internet von Privatinstituten empfohlenen Penisimplantate zur Penisvergrößerung bei gesunden Männern. Implantate (hydraulische nach Scott oder starre nach Jonas) bewirken eine intermittierende oder Dauererektion. Da sie, um Komplikationen wie Implantatperforation, zu vermeiden immer der jeweiligen Größe des Corpus cavernosum angepasst werden müssen, bewirken sie immer nur die Erektion aber niemals eine Penisvergrößerung. Implantate sind nur noch bei wenigen, streng selektierten Männern mit erektiler Dysfunktion indiziert, bei denen die anderen heute verfügbaren somatischen Therapieoptionen (perorale oder intrurethrale Medikation, intracavernöse Injektion, Vakuumerektionshilfssysteme) unwirksam bleiben (vgl. Abb. 8).

Männer beklagen aber nicht nur die Länge, sondern auch die Dicke ihres Penis. Der Volksmund drückt das in folgendem Reim aus – „lang und schmal – der Frauen Qual, kurz und dick – der Frauen Glück“. Eine Arbeit von R. Eisenman (2001) aus dem psychologischen Institut der Universität Texas läßt vermuten, dass da wohl etwas dran sein könnte. Immerhin gaben 45 von 50 befragten 18-25jährigen Studentinnen an, daß sie der Penisdicke mehr Bedeutung für ihre sexuelle Befriedigung beimessen als der Länge.

Abb. 7: Penisverlängerungsoperationen

### Penisdisassambling

- Trennung des Harnröhrenschwellkörpers mit Glans penis und dem dorsalen Penisnervenbündel vom copus cavernosum.
- Interposition von Rippenknorpel zwischen Glans penis und corpus cavernosum



Erwartungsgemäß fehlt es daher auch nicht an Angeboten zur Penisumfangsaugmentation durch:

1. Injektion von homologen Fettgewebe oder Paraffin zwischen die Penishaut und das Corpus cavernosum.
2. Interposition von Fettgewebslappen zwischen Penishaut und Corpus cavernosum.
3. Implantation von Elfenbein-, Silikon- und Metallkugeln in das Präputium.
4. beiderseitige dorsale Längsinzision des Corpus cavernosum mit Interposition eines Venae saphenae magna-Lappens (Austoni et al. 1999), womit eine Durchmesserzunahme um 1,1-2,1 cm erreicht werden soll.

All diese Augmentationen führen zu Deformierungen und widersprechen der Evolution, die nun einmal kein subcutanes Fettgewebe am Penis vorgesehen hat.

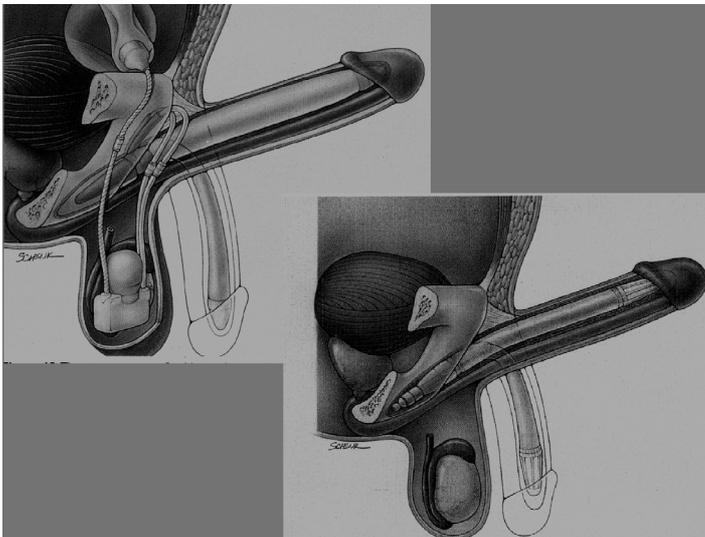
Aus Anfragen auf der andrologischen Website ([www.beratung.et.andrologie.de](http://www.beratung.et.andrologie.de)) von H. Schorn (Arbeitskreis psychologische Urologie und Sexualmedizin der DGU) geht hervor, dass Männer gar nicht so selten professionelle Beratung bezüglich konservativer Behandlungsmöglichkeiten suchen, bevor sie über Operationen nachdenken. Hier liegt die besondere Verantwortung und Chance sexualmedizinisch verantwortlich handelnder Ärzte, den Kontakt zu solchen Männern zur Eröffnung neuer Blickwinkel und Ressourcen zu nutzen und auch solche konservativen Therapieangebote des grauen Internetmarktes kritisch zu bewerten.

Angeboten werden als konservative „Penisvergrößerungsmaßnahmen“ (vgl. Abb. 9):

**Abb. 8:** Penisverlängerungsoperationen

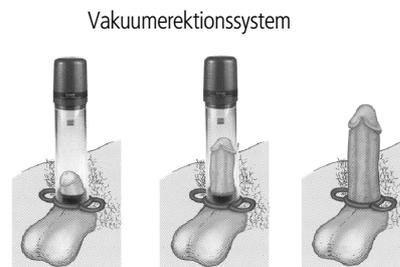
#### Implantate

- Implantation von hydraulischen oder dauersteifen Siliconprothesen

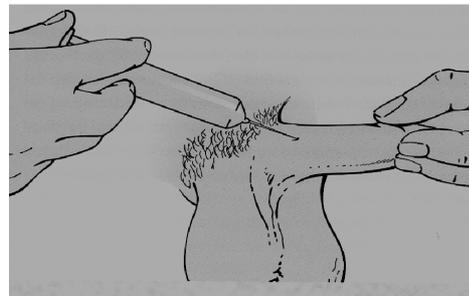


1. Vakuumerektionssysteme
2. Skat-Injektion
3. MUSE (Porst)
4. Bandagen
5. Streckapparate
6. Gewichte

**Abb. 9:** konservative Penisverlängerung



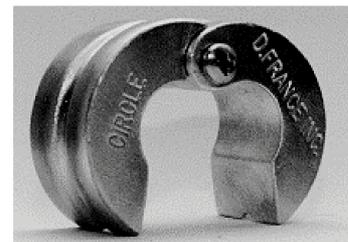
Skat



Streckapparate (Penistrecher)  
[www.penisstrecher.com](http://www.penisstrecher.com)



Gewichte (Circle device)  
[www.penis-enlarger.com](http://www.penis-enlarger.com)



Interessanterweise werben die Anbieter solcher Geräte meist mit dem Hinweis auf die Komplikationsträchtigkeit der Operationen und das fördert offensichtlich auch den Verkauf ihrer Produkte. So lockt der Vertreter eines sogenannten Circle Device (ringförmiges 16 Unzen schweres Metallgewicht) mit „tausenden von zufriedenen Patienten seit 1996“, wenn das Gewicht 10 Stunden täglich 6-12 Monate getragen wird und verspricht einen Längengewinn von 2-3 cm innerhalb von 6 Monaten. Die User solcher Stretchersysteme kommunizieren im Internet und berichten stolz über ihre Erfolge wie beispielsweise Heiko, 27 Jahre alt, aus Brandenburg (unter [www.25.de](http://www.25.de)): „Es ist echt irre. Ich fand eigentlich, dass ich auch schon vorher gut bestückt war und eigentlich wollte ich nur einige Optimierungen erreichen. Nach 2 Monaten Training habe ich einen Zuwachs von mehr als 5 cm geschafft. Damit hat mein bestes Stück jetzt eine Gesamtlänge von 27 cm und (...) ist ein echtes Prachtexemplar.“ Arndt, 35 Jahre alt, aus Westerland/Sylt meint auf der gleichen Internetseite: Seit 20 Jahren habe ich Minderwertigkeitskomplexe, weil ich mich wegen meines zu klein geratenen Gliedes geschämt habe (...). In der Zwischenzeit habe ich geheiratet und führe eine glückliche Beziehung. Trotzdem hat mich meine Makel immer gestört. Durch [25cm.de](http://25cm.de) ist mein Penis sage und schreibe 23 cm groß geworden. Selbst meiner Frau ist aufgefallen, dass ich seitdem ich den Zuwachs bemerkt habe, wesentlich selbstbewusster geworden bin.“

Wenn man bedenkt, dass beide Männer tatsächlich Prachtexemplare am obersten Ende der Gauß'schen Verteilungskurve haben (vgl. Abb. 4), bestätigt das die Beobachtung auch anderer Autoren (Porst 2000), dass es sich bei den Usern solcher Penisstreckapparate um Männer mit ausgeprägten Minderwertigkeitskomplexen handelt, welche phallischen Mythen verhaftet sind und ihre sexuelle Attraktivität als Mann auf einen Riesenphallus fokussieren. Wenn man weiterhin bedenkt, dass die sexuelle Lust der Frau im Vulvabereich und im vorderen Scheidendrittel empfunden wird und zumindest in der Langzeitbeziehung Frauen der Befriedigung psychosozialer Grundbedürfnisse wie Vertrauen zum Partner, Gesprächsbereitschaft, Zärtlichkeit, Sich-geliebt-fühlen meist einen höheren Stellenwert beimessen, als einem „Riesenphallus“, dann erhebt sich wirklich die Frage, ob denn nun ein 2-3 cm längerer Penis in die sexuelle Glückseligkeit führen kann.

Zusammenfassend ist somit festzustellen:

1. Penisvergrößerungsmaßnahmen werden fast ausschließlich von kommerziell ausgerichteten kosmetisch chirurgischen Privatinstututen oder Händlern im

Abb. 10: David von Michelangelo 1504 (aus: Scalini & Marton 1993: 127)



Internet sowie der Sexindustrie angeboten. Meist erfüllt das Behandlungsergebnis nicht die Erwartungen des Patienten. Da sich Patienten schämen oder den behandelnden Arzt wechseln, werden Komplikationen nach solchen Eingriffen oft nicht bekannt.

2. Wissenschaftlich kontrollierte Untersuchungen über die Operationsergebnisse und Komplikationen solcher Eingriffe liegen bisher nicht vor. (Porst 2000)

3. Penisvergrößerungsmaßnahmen bei gesunden Männern gehören nicht in das Therapieangebot seriöser Urologie (Hertle 2002, Porst 2000, Weidner 2002). Nach einer urologischen Therapierichtlinie von Wessel und Mitarbeitern sollte „nur bei Männern mit einer flacciden Penislänge von 4 cm oder einer gestreckten oder Erektionslänge von weniger als 7,5 cm eine Penisverlängerungsoperation erwogen werden“.

Nach einem internationalen urologisch-andrologischen Konsensusstatement vom Juli 1999 (Jardin et. al

1999) ist jeder Patient vor einer solchen Operation darauf hinzuweisen, dass es sich um experimentelle Chirurgie handelt.

4. Unkritische kommerzielle Angebote für körperlich gesunde Männer auf dem grauen Markt des Internets und anderer Medien zum Preis zwischen 5000 – 15 000 Euro sind „unseriöse Psychotherapieversuche mit dem Skalpell“ und somit abzulehnen.

5. Penile Insuffizienzgefühle bei organisch gesunden Männern sind Präsentiersymptom Ich-struktureller Persönlichkeitsdefizite und fallen nicht in die Zuständigkeit des Urologen oder kosmetischen Chirurgen, sondern sie sind eine Domäne der Sexualtherapie. Im Sinne eines salutogenetischen Therapieansatzes, wie ihn Antonowski vertritt, könnte dann beispielsweise die gemeinsame Betrachtung des David von Michelangelo (vgl. Abb.10) als „Sinnbild eines schönen Mannes“ der Einstieg zur Erarbeitung neuer Perspektiven in Form von „Schatzsuche statt Fehlerfahndung“ (Schiffer 2001) und entstellenden operativen Korrekturangeboten eines vermeintlichen körperlichen Mangels sein. Ganz nach dem Motto von Zilbergeld, das da lautet: „freundet euch an mit eurem Penis, er ist der einzige, den ihr je haben werdet“.

## Literatur

- Austoni, E.; Guanari, A., Gatti, G. (1999): Penile elongation and Thickening- a myth? Is there cosmetic or medical indication? *Andrologia* 31 Suppl. 1: 45-51.
- Zilbergeld, B. (1996): Die neue Sexualität der Männer, dgvt-Verlag: Tübingen, 2. korrigierte Auflage: 87-116.
- Blech, J. (2002): „Die zweite sexuelle Revolution“, *Der Spiegel*, Nr. 7.
- Brenot, Ph. H. (1995): Männliche Impotenz, eine historische Retrospektive, *L'Esprit du Temps*.
- Djakovic, N.; Perovic, S.; Djurdjevic, M.; Basting, R.: (2001): Wird der Penis durch Ligamentolyse länger?. *Der Urologe A*, 40. Jahrgang, Suppl. 1, Juli: 54ff.
- Eisenmann, R. (2001): Penis Size. Survey of female perception of sexual satisfaction licensee Bio Med Central Ltd. *BMC Womens Health* 1.
- Hertle, L.(2002): Prof. Dr. med., Direktor der urologischen Universitätsklinik Münster, Generalsekretär der DGU, persönliche Mitteilung.
- Jardin, A. et al. (1999): Erectile Dysfunction. First consultation on erectile dysfunction. July 1-3, Paris.
- Johnsten, H. (1974): Lengthening of the congenital or aquired short penis, *Brit J Urol* 46: 685.
- Kelly, J.H.; Eraklis, A.J. (1971): A procedure for lengthening the Phallus in boye with extrophy of the bladder, *J Pediatr Surgery* 6: 645.
- Kirby, R.S. (1999): An Atlas of Erectile Dysfunction, Parthenon Publishing Group.
- Maizels, M. et al (1968): Surgical correction of the curved penis, *J Urology* 136: 268.
- Neises, M. (2002): Persönliche Mitteilung.
- Obert, M.; Parr, M. (2001): „lang soll er leben“. *Magazin der Frankfurter Rundschau* vom 29.12.01.
- Perovic, S.V.; Djurdjevic, M.L. (2000): Penile Lengthening, *BJU Int.* Dec. 86 (9): 1028-1033.
- Porst, H. (2000): Manual der Impotenz, *Uni-Med*: 363-369.
- Scalini, M.; Marton, P. (1993): „Florenz“ Hirmer Verlag München.
- Schiffer, E. (2001): Wie Gesundheit entsteht. Salutogenese: Schatzsuche statt Fehlerfahndung. Beltz-Taschenbuch.
- Sydow, K. von (2002): Persönliche Mitteilung.
- Weidner, W. (2002): Prof. Dr. med., Direktor der urologischen Universitätsklinik Gießen, Vorsitzender der Leitlinienkommission der DGU, Persönliche Mitteilung.
- Wessel, H.; Lue T.F.; Mc Aninch, J.W. (1996): Complication of penis lengthening and augmentation, *J Urol*, 156, 5: 1617-1620.

Für die Beteiligung an der Praxismusfrage bedanke ich mich bei folgenden gynäkologischen und urologischen Praxen des Landkreises Vechta:

- Dr. Christlieb, Facharzt für Urologie, Quakenbrück
- Dr. Gerwing, Facharzt für Urologie, Damme.
- Dr. Hanekamp-Middendorf und Dr. Hübner, Fachärztinnen für Gynäkologie, Vechta.
- Dr. Rehker, Facharzt für Gynäkologie, Lohne.
- Dr. van Wasen und Dr. Baron, Facharzt und Fachärztin für Gynäkologie, Lohne.
- Dr. Wichmann, H. Meinerling, Fachärzte für Urologie, Vechta.
- Dr. Schlömer und Dr. Laudenschlager, Fachärztinnen für Gynäkologie, Vechta-Langförden

### Anschrift des Autors

Dr. med. Günther Fröhlich, Urologische Privatpraxis, Institut für Sexualmedizin und Psychosomatik, Nieberdingstraße 15, 49393 Lohne  
 guenther.froehlich@ewetel.net

# Das Institut für Sexualwissenschaft und die Dr. Magnus Hirschfeld-Stiftung (1919-1933) Ein (un)abgeschlossenes Kapitel deutscher Vergangenheit?

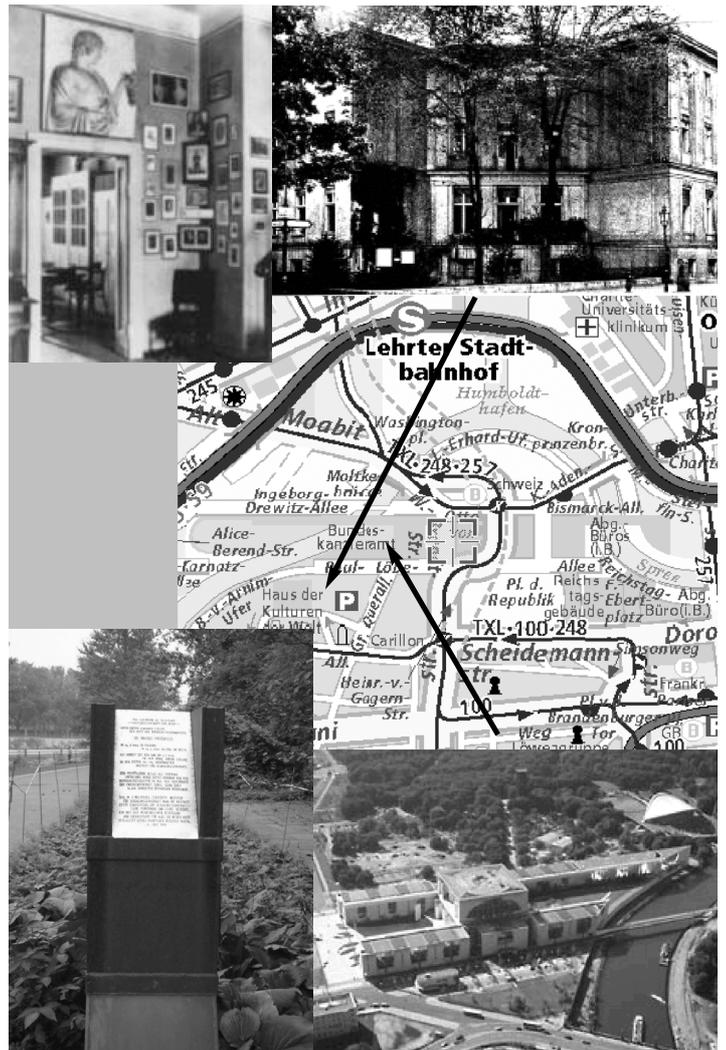
## The Institute for Sexology and the Dr. Magnus Hirschfeld-Foundation (1919-1933). An (un)finished chapter of German history?

Klaus M. Beier, Rainer Alisch

Unmittelbar neben dem *Haus der Kulturen* – im Volksmund auch „*Schwangere Auster*“ genannt – und in Sichtweite des neuen Bundeskanzleramtes markiert seit 1994 eine eiserne Stele den Standort des alten *Instituts für Sexualwissenschaft* (vgl. Abb. 1). Die eingelassene Platte aus rostfreiem Stahl hält die Lebensdaten des Gründers Magnus Hirschfeld fest und erinnert ferner daran, dass es sich bei dem Institut um die weltweit erste Einrichtung dieser Art gehandelt hat. Heute verweist inmitten der Grünanlagen nichts mehr darauf, dass hier – „In den Zelten“ wie die alte Adresse lautete – einmal Häuserzeilen die Spree gesäumt haben.

Das Institut wurde im Sommer 1919, am 6. Juli, eröffnet. Bereits 1918 hatte Hirschfeld die Villa *In den Zelten Nr. 10* erworben, drei Jahre später kam noch das benachbarte Mietshaus (*In den Zelten 9a*) hinzu. Die Institutseröffnung war unmittelbar mit einem anderen Projekt Hirschfelds, der *Stiftung für wissenschaftliche Sexualforschung*, verknüpft. Ihre Gründung gab Hirschfeld auf der Sitzung der *Ärztlichen Gesellschaft für Sexualwissenschaft und Eugenetik in Berlin* vom 17. Mai 1918 bekannt. Knapp ein Jahr später, am 21. Februar 1919, erfolgte die Anerkennung der Stiftung, die nunmehr unter dem Namen *Dr. Magnus-Hirschfeld-Stiftung* firmierte, seitens der preußischen Regierung. Als Stiftungsziel wurde im § 2 der Stiftungs-Verfassung angegeben, das gesamte Sexualleben wissenschaftlich zu erforschen und „über sichergestellte wissenschaftliche Forschungsergebnisse auf diesem Gebiet in geeigneter Weise Aufklärung zu verbreiten“ (vgl. Anhang). Einschließlich des Stiftungskapitals von 30 000 Mark hatte Hirschfeld für den Erwerb, Umbau und Einrichtung des Instituts – wohl überwiegend durch Spenden – weit über eine Million Mark aufgebracht.

Abb. 1: Kartenausschnitt mit Abbildungen vom alten Institut, der Gedenkstele und dem Bundeskanzleramt – in der Abb. hierzu oben rechts auch das Haus der Kulturen



Hirschfeld hatte mit seiner Stiftung intendiert, die Sexualwissenschaft in ihrer ganzen Breite zu entfalten und sie letztlich auch an der Berliner Universität zu etablieren. Ein Bericht, der ein Jahr nach der Eröffnung des Instituts erschien, gibt ein beeindruckendes Bild der ersten erfolgreichen Aktivitäten des Instituts. Die Arbeit war in vier Bereiche gegliedert: Sexualbiologie, Sexualmedizin, Sexualsoziologie und Sexualethnologie. Hinzu kamen öffentlich wirksame Aufgabengebiete: Eine Beratungsstelle für Eheschließende, öffentliche Vorträge und Diskussionen und ein gerichtsmedizinischer Dienst, der Gutachten vor allem im Rahmen von Strafprozessen erstellte (ca. 100 Gutachten im Jahr).

Für das erste Jahr nennt der Bericht 18 000 Beratungen jährlich (am Tage also durchschnittlich 50 – 60) bei sämtlichen sexuellen Störungsbildern, weiterhin klinische Demonstrationsabende für Ärzte und Medizinstudenten (sie wurden von etwa 70 Medizinern regelmäßig besucht), Vorlesungstätigkeit über (Sexual-) Physiologie, Psychologie, forensische Sexuologie, des weiteren sexualwissenschaftliche Aufklärungsvorträge (während des Berichtsjahres vor mehr als 6000 Hörern und Hörerinnen).

Die Institutsbibliothek umfasste mehr als 20 000 Bände, 35 000 Fotografien, eine große Anzahl von Gegenständen und Kunstwerken. Zusätzlich waren etwa 40 000 Lebensberichte und biografische Briefe archiviert. Zuletzt arbeiteten am Institut insgesamt etwa 40 Personen und auch das *Wissenschaftlich-humanitäre Komitee* – die erste Homosexuellen-Organisation – sowie die *Weltliga für Sexualreform* hatten dort ihren Sitz.

Am 6. Mai 1933 wurde das Institut – als jüdisch, sozialdemokratisch und sittenwidrig denunziert –, geplündert und geschlossen, Teile der Bibliothek wur-

den am 10. Mai auf dem Berliner Opernplatz symbolisch verbrannt. Soweit die Mitarbeiter nicht bereit waren, sich der nationalsozialistischen Ideologie anzupassen, wurden sie ins Exil getrieben. Hirschfeld musste sich in einer Pariser Wochenschau die Verbrennung seiner Bücher anschauen. Nach einem erfolglosen Versuch, das Institut in Paris neu zu gründen, starb er an seinem 67. Geburtstag, am 14. Mai 1935, in Nizza.

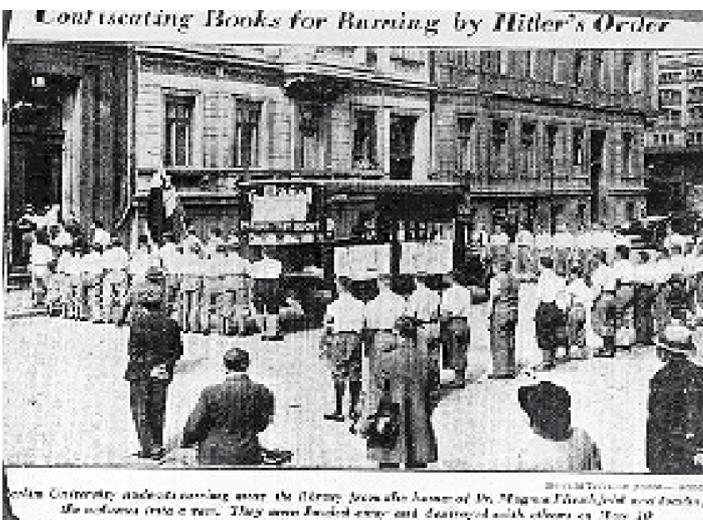
Das gesamte Vermögen der Magnus-Hirschfeld-Stiftung war durch eine Verfügung des Geheimen Staatspolizeiamtes vom 18.11.1933 zu Gunsten des preußischen Staates eingezogen worden. Über die beiden Gebäude wurde Anfang 1934 nochmals gesondert verfügt, mit der Folge, dass sie von mehreren NS-Organisationen genutzt wurden. 1943 fielen die Institutsgebäude einem Bombenangriff zum Opfer.

Anfang der 50er Jahre fand ein Rückerstattungsverfahren statt, das sich mit dem Verbleib des Institutsvermögens befasste. Nach der in der Stiftungssatzung von 1919 mit § 10 verfügten Regelung sollte das gesamte Vermögen der Berliner Universität zufallen, doch diese befand sich inzwischen im Ostteil der Stadt (i.e. die jetzige Humboldt-Universität). In dem Wiedergutmachungsprozeß wurde dies nicht berücksichtigt, und man darf spekulieren warum. Statt dessen gingen die Institutsgrundstücke auf das Land Berlin über, nachdem die *Allgemeine Treuhandorganisation* (ATO), die im Prozess als Nachfolgeorganisation für erbenloses Vermögen agierte, auf eine Rückerstattung des Grundbesitzes verzichtet hatte und Berlin einen Ausgleich von ca. 70 000DM zahlte.

Das Schicksal des *Instituts für Sexualwissenschaft* kann als beispielhaft für die nicht erfolgte Wiedergutmachung für erlittenes Unrecht und Vermögensschäden von Lesben und Schwulen während der NS-Zeit gelten. Es ist im besonderen Fall ein Beispiel ausgebliebener Restitution für die zerschlagene schwullesbische Infrastruktur. Nachdem am 7. Dezember 2000 der Deutsche Bundestag die Bundesregierung einstimmig ersucht hatte, über eine kollektive Entschädigung für die homosexuellen Opfer des NS-Regimes nachzudenken, ist von einem bundesweiten *Aktionsbündnis Magnus-Hirschfeld-Stiftung* die Einrichtung einer gleichnamigen Stiftung gefordert worden. Mit ihr „soll die historische Aufarbeitung der nationalsozialistischen Homosexuellenverfolgung und des späteren Umgangs mit ihren Opfern“ verbessert und die „Erforschung und Pflege des kulturelle Erbes von Lesben und Schwulen“ (zit.n.: <http://magnus-hirschfeld.de/stiftung/>) unterstützt werden.

Mit dem Bundestagsbeschluss vom 27.6. 2002 zur Einrichtung einer *Magnus-Hirschfeld-Stiftung* ist die Bundesregierung der Forderung des *Aktionsbündnis-*

Abb. 2: NS-Studenten beim Plündern des Instituts 1933



ses weitgehend nachgekommen. Eine Bezugnahme auf die von Hirschfeld selbst begründete Stiftung ist in dem Gesetzentwurf allerdings nicht gegeben, sei es aus Nichtwissen, was ihre historische Vorläuferin anbelangt, sei es aus Überforderung in Anbetracht der Breite des historischen Erbes, dem man sich hätte stellen müssen, was nur möglich ist, wenn Theorie und Praxis der Sexualwissenschaft kompetent überschaut werden. Damit dürfte die geplante inhaltliche Ausrichtung einer neuerlichen *Magnus-Hirschfeld-Stiftung* – so nachvollziehbar eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem „homosexuellen Leben im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland“ auch sein mag – dem gleichfalls intendierten Stiftungszweck, nämlich „Gedenken an Leben und Werk Magnus Hirschfelds zu pflegen“, nicht genügen, ja in dieser Reduktion sogar letztlich konterkarieren. Umso bedauerlicher ist es, dass durch die fehlende Einbeziehung eines Fachvertreters für Sexualwissenschaft nicht frühzeitiger auf diesen Gesichtspunkt hingewiesen werden konnte – ein Sachverhalt der auch in der Wochenzeitung *Freitag* (21.06.02) von Dirk Ruder vermerkt wurde.

Es bleibt daher festzuhalten: Das Werk von Magnus Hirschfeld umfasst weit mehr als die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Homosexualität, und von einer Stiftung, die diesen Namen trägt, ist daher zu fordern, den damit gegebenen breit ge-

fächerten Anspruch auch einzulösen. Hinzu kommt das besondere Vermächtnis, das Hirschfeld der Berliner Universität hinterlassen hat: Das (beträchtliche) Vermögen der von ihm 1919 gegründeten und 1933 enteigneten Dr.-Magnus-Hirschfeld-Stiftung war zum Aufbau der Sexualwissenschaft an der heutigen Humboldt-Universität bestimmt. Jede Wiedergutmachungsabsicht, muss sich folglich – wenn sie ihren Namen verdienen soll – an diesem Vermächtnis Hirschfelds messen lassen und somit die von ihm klar definierte Vermögensverwendung nachholen.

## Literatur

Berlin Museum (Hrsg) (1984): *Eldorado: Homosexuelle Frauen und Männer in Berlin 1850 – 1950. Geschichte, Alltag u. Kultur. Ausstellung im Berlin Museum, 26. Mai – 8. Juli 1984*, Berlin: Fröhlich & Kaufmann.

Herzer, M. (1992): *Magnus Hirschfeld: Leben und Werk eines Jüdischen, schwulen und sozialistischen Sexologen*. Frankfurt/M., New York: C ampus Verlag.

Entschädigungsforderung: *MAGNUS-HIRSCHFELD-STIFTUNG zur Pflege des kulturellen Erbes von Lesben und Schwulen*: <http://magnus-hirschfeld.de/stiftung/>

Ruder, Dirk (2002): *Pink Money*. In: *Freitag*, 21.06. (<http://www.freitag.de/2002/26/02261102.php>).

## Anhang

### Auszug aus der Verfassung der Dr. Magnus Hirschfeld Stiftung

(vom 21. Februar 1919)

#### § 2

#### Die Stiftung bezweckt,

- a) die wissenschaftliche Durchforschung des gesamten Sexuallebens, insbesondere auch seiner Varianten, Störungen und Anomalien, zu fördern
- b) über sichergestellte wissenschaftliche Forschungsergebnisse auf diesem Gebiet in geeigneter Weise Aufklärung zu verbreiten.

#### § 10

Für den Fall, daß die Stiftung gemäß § 87 BGB durch die zuständige aufgehoben werden (...) sollte, soll das Stiftungsvermögen an die Universität Berlin oder, falls diese die Annahme ablehnt, an eine andere Hochschule fallen, die von dem preußischen Kultusministerium oder der etwa dessen Stelle tretenden Zentralbehörde für Universitätsangelegenheiten zu bestimmen ist, und zwar mit der Auflage, es als Grundstock zur Errichtung einer ordentlichen **Professur für Sexualwissenschaft** zu verwenden.

Wenn hiernach das Kultusministerium die Hochschule zu bestimmen hat, sollen in erster Linie diejenigen berücksichtigt werden, bei denen eine solche Professur noch nicht besteht.

#### § 11

Für den Fall, daß gem. §§ 7 und 8 BGB, der Stiftung eine andere Zweckbestimmung gegeben werden sollte, wünsche ich, daß sie in den **Dienst der sexuellen Hygiene** gestellt wird.

## Entwurf eines Gesetzes zur Errichtung einer „Magnus-Hirschfeld-Stiftung“ (Auszug)

(vom Bundestag am 27. 02. angenommen)

### § 1

#### Errichtung und Sitz

(1) Unter dem Namen „Magnus-Hirschfeld-Stiftung“ wird eine rechtsfähige Stiftung des öffentlichen Rechts errichtet. Die Stiftung entsteht mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes.

(2) Der Sitz der Stiftung ist Berlin.

### § 2

#### Stiftungszweck

Zweck der Stiftung ist es, homosexuelles Leben im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland wissenschaftlich zu erforschen und darzustellen, die nationalsozialistische Verfolgung Homosexueller in Erinnerung zu halten, durch Öffentlichkeitsarbeit einer gesellschaftlichen Diskriminierung homosexueller Männer und Frauen in Deutschland entgegenzuwirken, Bürgerrechtsarbeit zu fördern, Menschenrechtsarbeit im Ausland zu unterstützen sowie das Gedenken an Leben und Werk Magnus Hirschfelds zu pflegen.

### § 5

#### Kuratorium

(1) In das Kuratorium entsenden:

1. die im Deutschen Bundestag vertretenen Fraktionen pro angefangene 150 Mitglieder je ein Mitglied,
2. das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zwei Mitglieder,
3. der Fachverband Homosexualität und Geschichte e. V. ein Mitglied,
4. die Magnus-Hirschfeld-Gesellschaft e. V. ein Mitglied,
5. der Lesben- und Schwulenverband in Deutschland e. V. zwei Mitglieder,
6. die Ökumenische Arbeitsgruppe Homosexuelle und Kirche e. V. ein Mitglied,
7. der Lesbenring e. V. ein Mitglied,
8. der Bundesverband der Eltern, Freunde und Angehörigen von Homosexuellen e. V. ein Mitglied,
9. die International Gay and Lesbian Association (ILGA) Europe zwei Mitglieder.

### Zu A. Allgemeines

Zur nationalsozialistischen Homosexuellen-Verfolgung zählte auch die Zerschlagung der schwulen und lesbischen Infrastruktur. Durch die Gründung der „Magnus-Hirschfeld-Stiftung“ soll nunmehr im Sinne eines kollektiven Ausgleichs das von den Nationalsozialisten an den Homosexuellen verübte Unrecht anerkannt und die homosexuelle Bürger- und Menschenrechtsarbeit gefördert werden.

Die Stiftung ist nach dem Berliner Arzt und Sexualwissenschaftler Dr. Magnus Hirschfeld (1868 bis 1935) benannt. Er war einer der ersten, der das homosexuelle Leben erforscht und dokumentiert hat. Als Begründer und langjähriger Vorsitzender der weltweit ersten Vereinigung für die Rechte der Homosexuellen hat er sich in Wort und Tat gegen Vorurteile sowie gegen Diskriminierung und Verfolgung eingesetzt. Hirschfelds Einfluss reichte weit über Deutschlands Grenzen hinaus. Sein Leben und seine Arbeit sollen historisch untersucht und im Bewusstsein der Öffentlichkeit wahrgenommen werden.

Organisationen wie die Magnus-Hirschfeld-Gesellschaft oder der Lesben- und Schwulenverband engagieren sich seit langem für die Errichtung einer Stiftung, die Hirschfelds Namen trägt. (...)

Der Stiftungszweck wird zu einem Teil, soweit es um die Aufarbeitung der nationalsozialistischen Homosexuellenverfolgung geht, historisch orientiert, zu seinem überwiegenden Teil (Gleichstellung homosexueller Männer und Frauen, Menschenrechtsarbeit) aber zukunftsgerichtet sein.

### Zu § 2

Der Zweck der Stiftung ist ein dreifacher: Ein Schwerpunkt soll die weitere Aufarbeitung der nationalsozialistischen Homosexuellenverfolgung und des späteren Umgangs mit den Opfern sein. Das Ausmaß der Verbrechen der Nationalsozialisten in diesem Bereich soll mehr als bisher öffentlich dokumentiert und wahrgenommen werden. Hierzu kann die Stiftung z. B. Archive und wissenschaftliche Forschungsprojekte fördern, an das Lebenswerk von Magnus Hirschfeld anknüpfen und die Erinnerung hieran wachhalten.

Daneben soll sich die Stiftung für die weitere Gleichstellung Homosexueller in der heutigen Gesellschaft einsetzen und gesellschaftlicher Diskriminierung entgegenwirken. Hierzu kann sie insbesondere durch Öffentlichkeitsarbeit, eigene wissenschaftliche Forschungsprojekte und die Unterstützung entsprechender Projekte anderer Hilfe bei der Überwindung von bestehenden Vorurteilen leisten und die Bürgerrechtsarbeit fördern.

Zusätzlich soll die Stiftung Menschenrechtsarbeit im Ausland fördern. In vielen Staaten der Welt ist Homosexualität strafbar, werden Homosexuelle von staatlicher Seite offen angefeindet und verfolgt. Die Stiftung kann Hilfsprojekte, Personen oder Gruppen in diesen Staaten unterstützen.

#### Anschrift der Autoren

Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier, R. Alisch, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Universitätsklinikum Charité, Humboldt-Universität zu Berlin, Luisenstr. 57, 10117 Berlin, e-mail: klaus.beier@charite.de

## Buchbesprechungen

### Entmannte Männer: Männerforschung (Literaturbericht II. Teil)

Gerhard Hafner

Der Penis erfuhr im 20. Jahrhundert einen ungeahnten symbolischen Aufstieg: Um ihn kreisen die Phantasien von Potenz und Machtverlust, er markiert das Gender-Kraftfeld in der Dichotomie von „ihn haben“ und „er sein“. Spätestens jedoch mit Elisabeth Bronfens Rehabilitation des Nabels (Omphalus) als Zeichen symbolischer Kastration ist der Phallus – zumindest in der Gender-Forschung – auf seinen historisch angemessenen Platz gerückt. Denn der Penis, das beweist auch Gary Taylor in seiner Studie *Castration: An Abbreviated History of Western Manhood*, verdankt seine zentrale Bedeutung dem Aufstieg der Psychoanalyse.

Dagegen spielten die Hoden in der langen Geschichte der Männlichkeiten (Connell) eine weitaus tragendere Rolle als signifikantes Körperteil. In dieser ironisch betitelten „abgekürzten Geschichte der westlichen Männlichkeit“ geht der ausgewiesene Shakespeare-Experte anhand der Jahrtausende währenden Geschichte der „Verschnittenen“ bzw. „Entmannten“ der Männlichkeit auf den Grund. Wenn man die Geschichte der körperlichen „Entmannung“ untersuche, so Taylor, könne man die Geschichte der Männlichkeiten besser verstehen. Was heißt es, ein Mann zu sein, wenn er keine Hoden besitzt? Wie sind männliche Genitalien und Männlichkeit verknüpft?

### Die Kastration

Männliche Genitalien sind sichtbar und leicht verwundbar; auch Bauern konnten die Hoden von allerlei Vieh verhältnismäßig einfach entfernen. Die Eierstöcke wurden erst Jahrtausende später entdeckt; Ovarrektomie, also die Entfernung der Ovarien, setzt einen hohen medizinischen Kenntnisstand voraus. Der Begriff „Kastration“ ist bei der Frau unüblich; die Entfernung der Eierstöcke – etwa im Rahmen einer Krebsprophylaxe – könnte am ehesten so bezeichnet werden.

Durch die Kastration werden Tiere und Menschen nicht nur fortpflanzungsunfähig, sondern sie verlieren damit auch die Sekretion der Keimdrüsen. Bei einer Kastration des Mannes werden operativ beide Hoden

entfernt oder heutzutage mittels einer Blockade des männlichen Hormons Testosteron die Spermienherzeugung verhindert. Auch ionisierende Strahlung hat eine Kastration zur Folge. Dieser schwere Eingriff in den Hormonhaushalt ist verbunden mit einer Reihe physischer und psychischer Veränderungen. Oft ist es ein Trauma, sich als Mann „verkürzt“ zu wissen. Nach dem Zeitpunkt der Kastration wird zwischen einer präpuberalen und postpuberalen Kastration unterschieden. Die präpuberale Kastration ist gekennzeichnet von Hochwuchs, die postpuberale von der Neigung zu Fettleibigkeit. Kastrierte Männer können durchaus zum Koitus fähig sein, wenn die Operation nach der Pubertät stattfand. Bei römischen Damen sollen Kastrierten sehr beliebt gewesen sein, nicht nur wegen der Zeugungsunfähigkeit, sondern auch wegen der längeren Dauer der Erektion. Da also Keimdrüsen und Libido relativ unabhängig von einander funktionieren können und der Psyche ein großer Stellenwert beizumessen ist, ist Kastration zum Zwecke der Triebverminderung und psychischen Beruhigung etwa für Straftäter als einzige Maßnahme ungeeignet.

Kastrierte Männer gelten als mit geistigen und körperlichen Defiziten behaftet, die über die Sexualität und Zeugung weit hinausgehen. Soziales Verhalten und psychische Eigenschaften werden mit den Hoden in Verbindung gebracht. Dies ist das Ergebnis einer Untersuchung von Thomas Schlich über die *Erfindung der Organtransplantation*, worin er u.a. Berichte über Hodentransplantationen zwischen 1880 und 1930 analysierte. Im Gegensatz zu den Ovartransplantationen, also den Übertragungen der Eierstöcke, stand bei den Hodentransplantationen die Sexualität von Anfang an im Vordergrund. Buchstäblich alle Berichte über Hodentransplantationen, die Schlich analysierte, enthalten Angaben über die Erektionsfähigkeit der Empfänger, häufig ist zusätzlich vom „Wiedereinsetzen des Interesses am weiblichen Geschlecht und vom Geschlechtsverkehr“ die Rede. (Schlich: 158)

Während bei Eierstocktransplantationen die Fortpflanzung im Mittelpunkt steht, spielte bei Hoden-

transplantationen die Verjüngung die zentrale Rolle. Da den männlichen Keimdrüsen eine enorme Bedeutung für die Körperökonomie zugemessen wird, erhoffte man sich durch die Transplantation der Hoden eine unspezifische Vitalisierung. Männern ohne Testikel wird mangelnde maskuline Festigkeit attestiert. Vitalität, Dynamik und Aggressivität soll die durch Hodenimplantation erworbene Potenz ergänzen. Physische und psychische Energie, die Fähigkeit zu zielbewusstem Arbeiten, körperliche und geistige Ausdauer, geistige Gewandheit – all das, so die Annahme, steckt in den männlichen Sexualdrüsen. Männliche Sicherheit und regelmäßiger Koitus waren stolz vorgeführte Erfolgsresultate für die von Schlich untersuchten Transplantationen. Als krönender Abschluss der körperlichen und geistigen Ermannung mit Hilfe der Hodentransplantation galt nicht selten die Heirat des Transplantatempfängers.

## Die „Erfindung“ der Kastration

Taylor blickt weit zurück in die Anfänge unserer Kultur. Als unsere Vorfahren vor Jahrtausenden die ersten Nutztiere züchteten, erfanden sie auch die Kastration der männlichen Tiere. Die Entfernung der Stierhoden diente der Mast und der Zucht von Ochsen, die nützlicher waren als Stiere, von denen sie nur wenige benötigten. Die recht simple Prozedur der Orchiektomie (Entfernung der Hoden) war in agrarischen Gesellschaften über Jahrtausende hinweg reine Routine. Den Penis der Zuchttiere zu amputieren wäre sinnlos gewesen und hätte wegen des hohen Blutverlustes oft tödlich geendet.

Zwischen 6200 und 4500 v. Chr. muss man wohl als die Zeit der ersten Kastrationen von Tieren mit Werkzeugen aus Feuerstein ansetzen, also noch vor der Erfindung der Bronze um 3500 v. Chr. Die Kastration begann mit dem technischen und ökonomischen Fortschritt. „Der Eunuch wurde an der Wiege der Zivilisation geboren“, so Taylor (169). Nicht Barbaren, sondern die ersten Hochkulturen haben ihn produziert. Ohne Kenntnisse der Fortpflanzung, die im Zusammenhang mit der Domestizierung des Viehs entstanden, hätte es keine Eunuchen gegeben. Wahrscheinlich wurden im fruchtbaren Südwestasien die ersten Männer kastriert, indem besiegte Feinde gleichsam wie domestizierte Tiere behandelt wurden. Die „Erfindung“ des Eunuchen fällt in die Zeit der Entstehung der zentralisierten Staatsmacht, der Schrift und der Städte. (Uruk, die größte Stadt der Sumerer, existierte von 4500 bis 3750 v. Chr.) Ohne Agrarrevolution, Sesshaftigkeit, Eigentum, Kauf und Tausch – mithin die Basis unserer Kultur – wären Eunuchen nicht denkbar.

Gefangene und Sklaven wurden kastriert, aber auch schwere Körperstrafen für sexuelle Vergehen setzten an den Hoden an. Bis in die Neuzeit wurde Ehebruch oder Vergewaltigung mit einer freien Frau mit Kastration bestraft, wie der Kulturwissenschaftler Piotr O. Scholz in seiner Kulturgeschichte der Eunuchen und Kastraten *Der entmannte Eros* berichtet. Vergewaltiger, Ehebrecher sowie diejenigen, die sich eines Frauenraubes oder der Notzucht oder Unzucht mit Kindern und Tieren schuldig gemacht hatten, wurden an den Hoden verstümmelt. In England wurden aber auch Falschmünzer und Wilddiebe kastriert. (Tuchel 1998)

Auffällig oft ist in der Bibel von Eunuchen die Rede, und es ist zu vermuten, dass sie in der Antike alltäglich präsent waren. Die Bibel bemüht sich um Toleranz: „Und der Fremde, der zum Herrn sich getan hat, soll nicht sagen: Der Herr soll mich scheiden von seinem Volk; und der Verschnittene soll nicht sagen: Siehe, ich bin ein dürrer Baum. Denn so spricht der Herr von den Verschnittenen, welche meine Sabbate halten und erwählen, was mir wohl gefällt, und meinen Bund fest fassen.“ (Jesaja 56; 3–4) Diese Toleranz gegenüber Eunuchen, die wie Bäume ohne Früchte betrachtet wurden, offenbart die diskriminierenden sozialen Verhältnisse.

*Hoc genus inventum est.* Dieses Geschlecht ist erfunden worden. Modern ausgedrückt: Der Körper des Eunuchen ist sozial konstruiert. Eunuchen sind künstlich erzeugt, mehr noch: *Hoc genus inventum est ut serviat.* Das Geschlecht des Eunuchen ist für die Sklaverei gemacht. Statt ihre Feinde und Gefangene zu töten, erklärten die antiken Gesellschaften sie zu Sklaven und machten sie zu Eunuchen, um sie nutzbringend in die Wirtschaft zu integrieren. Allerdings sollten sich die kastrierten Männer nicht fortpflanzen, schon gar nicht mit freien Frauen. Solche strikten Verbote existierten nicht analog bei Sklavinnen.

In traditionellen Gesellschaften hat die Unfähigkeit, Kinder zu zeugen und damit kein Verwandtschaftssystem zu bilden, gravierende Konsequenzen: Ohne Nachkommen liegt die persönliche Zukunft in den Händen anderer. Schon deshalb galt die Verstümmelung der Hoden als eine der schwersten Strafen. Ohne eigene Kinder war der Eunuch abhängig von anderen und konnte von Machthabern für seine Zwecke eingesetzt werden. Vielseitig verwendbar kommt der kastrierte Mann – quasi als Kunstprodukt – in den unterschiedlichsten sozialen Funktionen in vielen Teilen der Erde vor. Nicht als oberster Herrscher, aber durchaus nicht immer als deklassierter Mann: Er tritt auf als Priester der Göttin Kybele, als chinesischer Palasteunuche, als indischer Hijra im Dienste einer Göttin (Nanda 1990), als byzantinischer Offizier (Ringrose

1994), als Opernkastrat (Ortkämper 1993). Als Wächter im Harem bzw. „Schützer des ehelichen Bettes“ hat der Eunuch seinen Namen gefunden. (euné = griech., Bett und echô = bewachen).

Den Abscheu der Gesellschaft als Außenseiter bekamen die verstümmelten Männer zu spüren, da sie weder als richtig männlich noch als richtig weiblich galten, insbesondere jene, die vor der Pubertät kastriert wurden. Doch dieser Status außerhalb der Geschlechterordnung konnte auch als etwas Übermenschliches gedeutet werden. Es ist nicht sicher, ob der erste Kastrationskult im Zusammenhang mit der Verehrung der Göttin Inanna/Ishtar entstand. In ihrem Tempel gab es Sklaven; man kann nur vermuten, dass sie Eunuchen waren. Inanna wurde die Macht zu geschlechtlicher Transformation zugeschrieben: „Sie verwandelt einen Mann in eine Frau, Sie verwandelt eine Frau in einen Mann.“ Nur Gott – kann es auch eine Göttin sein? – darf ein neues Geschlecht schaffen. Noch zur Zeit der Kirchenväter praktizierte der westasiatische Kybelekult die Selbstkastration. Deren Priester, die Galloi (vgl. Abb. 1), entmannten sich, um der Göttin rein dienen zu können und in religiöser Ekstase zu leben. Lukian (ca. 120–180) beschreibt solche Mysterien und Orgien, bei denen sich männliche Zuschauer vom ekstatischen Taumel erfassen ließen und sich kastrierten.

Eunuchen hatten in vielen Kulturen einen festen Platz in der Gesellschaft. Doch da die Kastration etwa innerhalb des Imperium Romanum verboten war, wurde der Bedarf an Eunuchen von außerhalb der Zivilisation, von „wilden“ Gesellschaften gedeckt. In den assyrischen, persischen, byzantinischen und ottomanischen Reichen besetzten Eunuchen hohe Ränge direkt unterhalb des Herrschers; selbst zu herrschen war ihnen immer verwehrt. Oft ist für Historiker nicht eindeutig, ob bestimmte hohe Beamte des Hofes tatsächlich kastriert waren, weil der Eunuch am Hofe nicht einen körperlichen Zustand, sondern die soziale Stellung benannte. Die spätantike Überlieferung zeichnet häufig ein polemisch verzerrtes Bild des obersten Kammerherrn des Kaisers, das geprägt ist von der Ablehnung eines gesellschaftlichen Außenseiters, des *praepositus sacri cubiculi*, dessen politische Bedeutung Helga Scholten in ihrer Analyse des *Eunuchen in Kaisernähe* im 4. und 5. Jahrhundert n. Chr. beschrieb.

Den Zusammenhang zwischen Veränderungen der Männlichkeitsideale und dem Status der Eunuchen betrachtet Mathew Kuefler in seiner äußerst fundierten historischen Arbeit *The Manly Eunuch. Masculinity, Gender Ambiguity, and Christian Ideology in Late Antiquity*. Im Imperium Romanum zwischen dem 3. und 5. Jahrhundert führte der Zusammenbruch der

römischen Armee, autokratische Regierungen und zunehmende Beschneidungen von traditionellen Männerprivilegien in der Ehe zu einer Krise der Männlichkeit. Die Männer, die sich in klassischer Zeit als Soldaten und Haushaltsvorstände verstanden hätten, empfanden sich zunehmend als unmännlich. Der Abbau der *patria potestas*, neue Ehegesetze und Frauenrechte demontierten die klassischen männlichen Ideale. Der kulturelle und demografische Erfolg des Christentums in der Spätantike ist vor diesem Hintergrund zu sehen.

Kueflers Analyse schlägt den Bogen vom klassischen, römischen Ideal soldatischer Männlichkeit hin zum Verzicht auf militärisch konnotierte Männlichkeit in der Spätantike. Eunuchen fungierten hierbei als kulturelle Katalysatoren einer Revolution maskuliner Sitten. Die klassischen Vorstellungen einer militärisch geprägten Männlichkeit gründeten in einem ausgeprägten Sexualstolz; dagegen näherte sich die männliche Sexualität in der Spätantike der weiblichen Sexualität an, so dass der Dualismus zwischen Männlichkeit und Weiblichkeit durchlässiger wurde. Im Gegensatz zur klassischen Ära wurde sexuelle Abstinenz ein Bestandteil von Männlichkeit, verbunden mit der Angst vor Sexualität, die teilweise mit der Angst vor Krank-

**Abb. 1:** Gallos, Oberpriester (Relief, Kapitolisches Museum Rom). Die Darstellung hebt sein verweiblichtes Aussehen hervor und ist von den Insignien des Kybele-Kults umrahmt. Aus: Scholz (1997:102).



heiten begründet wurde. Das Verhältnis des Mannes zu seinem Körper wandelte sich. Das Selbstbild unter dem Einfluss des Christentums basierte nicht mehr auf dem Erfolg der imperialen Armeen, sondern auf den Siegen in inneren Kämpfen. In Bezug auf Gott als ultimativer Quelle der Autorität sprach der christliche Mann über sich als Braut Christi, implizit als eine sich unterwerfende Frau. Sexualität wurde sündig. Das Ergebnis war die Konstruktion eines männlichen Eunuchen und eines Lifestyles männlicher Perfektion im Ideal der Bruderschaft des Mönchtums.

## Eunuchen für das Himmelreich

Im frühen Christentum ließen sich Männer kastrieren, um sich von sexuellen Anfechtungen zu befreien. So ließ sich Origines kastrieren, damit er nicht von Fleischeslust geplagt werde. Doch gegen diese Praxis wandte sich schon der Kirchenvater Hieronymus, und durch Kirchengesetz wurden auf dem 1. Konzil von Nicäa 325 und auf der Synode von Arles 452 jene, die an der Kastration selbst Schuld trugen, aus dem Klerus ausgeschlossen. Der Mensch habe nicht das Recht, einem sittlichen Kampf, den er mit Gottes Hilfe bestehen und durch den er reifen könne, mit dem Eingriff in seine körperliche Unversehrtheit auszuweichen.

„Denn es sind etliche verschnitten, die sind aus Mutterleibe also geboren; und sind etliche verschnitten, die von Menschen verschnitten sind; und sind etliche verschnitten, die sich selbst verschnitten haben um des Himmelreichs willen. Wer es fassen kann, der fasse es!“ Augustinus interpretierte diese Bibelstelle (Matthäus 19, 12) als Allegorie für das Zölibat des Priesters. Taylor unterstellt Jesus eine „radikale Feindseligkeit gegen die heterosexuelle Ehe und gegen die Repro-

duktion“. Leistete Jesus, als er ewiges Leben denjenigen versprach, die seinetwegen ihre Familien verlassen, indirekt der Selbstkastration Vorschub? Innerhalb des Christentums kastrierten sich in den folgenden Jahrhunderten immer wieder religiöse Eiferer, um den Anfechtungen des Fleisches zu entgehen. Die russische Sekte der *Skopzen* (Verschnittene), die wegen ihrer weißen Gewänder „Weiße Tauben“ genannt wurden, sahen sich durch die Kastration zu Engeln gemacht. Mitglieder der Sekte *Heaven Gate* ließen sich noch am Ende des 20. Jahrhunderts zum Eunuchen verschneiden, bevor sie durch gemeinsam zelebrierten Suizid ins erhoffte Himmelreich gingen.

Genitalien haben eine dreifache Bedeutung. Sie symbolisieren:

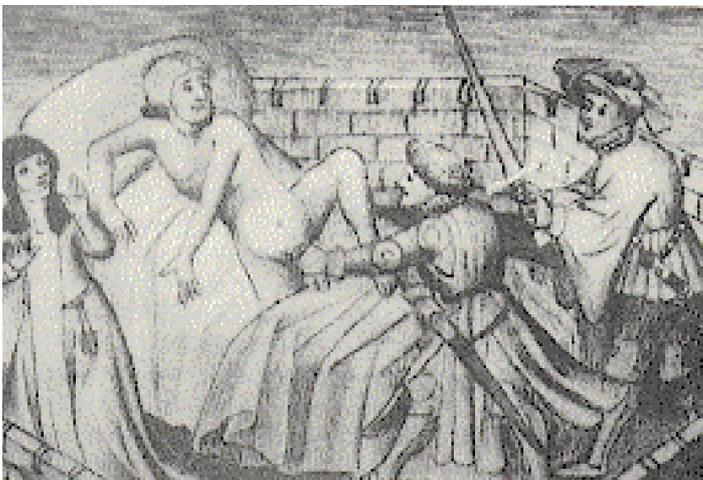
- ▶ die geschlechtliche Differenz (in sozialer und biologischer Hinsicht) und den Dualismus der Geschlechter,
- ▶ die Fortpflanzung,
- ▶ die Sexualität, die in körperfeindlichen Religionen wie dem Christentum ausgegrenzt oder sogar ver-teufelt und mit der Erbsünde belegt ist.

Der sexualfeindliche Aspekt spielte im Christentum eine große Rolle, und unter dem Zeichen der Feindschaft gegen den Leib konnte der Mann, der von seinen Genitalien befreit war, aus der Kastration Gewinn ziehen. Die Schöpfungsgeschichte wurde interpretiert, dass Adam und Eva durch die Entdeckung der Geschlechtlichkeit das Paradies verloren haben und aus diesem Grund ihre Scham verhüllen mussten. Durch die Überwindung der Geschlechtlichkeit und durch sexuelle Enthaltsamkeit könne man das Seelenheil erlangen.

Der wohl berühmteste Eunuch ist Peter Abaelard (Petrus Abelardus, 1079–1142), der scholastische Theologe, der in tragischer Liebe zu Heloise entbrannte. Abaelard entführte seine Geliebte in die Bretagne, wo sie einen Sohn gebar. Nachdem er heimlich Heloise geheiratet hatte, ließ ihr Onkel, der Kanonikus Fulbert, Abaelard 1118 überfallen und kastrieren. Abaelard zog sich als Mönch nach St. Denis zurück und bewog Heloise, in Argenteuil als Nonne zu leben.

Nach Abaelards gewaltsamer Kastration (vgl. Abb.2) sprach ein persönlicher Gegner ihm das Recht ab, den Vornamen *Petrus* zu tragen, da dieser ein männlicher Name sei, er aber als ein *imperfectus Petrus*, d.h. als früherer bzw. nicht vollständiger Petrus, kein richtiger Mann mehr sei, so Martin Irvine in seinem Aufsatz *Abelard and (Re)Writing the Male Body: Castration, Identity, and Remasculinization* im Band *Becoming Male in the Middle Ages*. Abaelard fehle *virtus*, also Tugend, die etymologisch von *vir* (Mann) abgeleitet wird, so der Zeitgenosse. Auf sol-

**Abb. 2:** Entmannung Abaelards in einer mittelalterlichen Darstellung. Hier eine Miniatur aus Guillaume des Lorris und Jean de Meun, *Roman de la rose*, Valencia. Aus: Scholz: (1997: 225)



che Feindseligkeiten reagiert Abaelard, indem er sich remaskulisiert und intellektuell mit seinen theologischen Hauptwerken brilliert. Abaelard ersetzt das körperliche Organ durch den männlich konnotierten Geist, so analysiert Yves Ferroul in seinem Aufsatz *Abelard's Blissful Castration* im selben Band. Den Mangel an geschlechtlichem Verlangen präsentierte Abaelard als Beweis seiner Tugendhaftigkeit, doch diese Argumentation wurde angegriffen, da nicht der Mangel an Bedürfnissen, sondern der heroische Kampf gegen die Sünde in der Askese als Tugendbeweis gewertet wurde. Auch Bonnie Wheeler geht in ihrem Beitrag *Originary Fantasies: Abelard's Castration and Confession* im selben Buch auf diesen prominenten Eunuchen ein. Sein Fall erweise, dass das soziale Geschlecht (*Gender*) wichtiger als das biologische Geschlecht (*sex*) sei. Der intellektuelle Kampf im theologischen Disput triumphierte über die physische Seite der Männlichkeit in der Sexualität. Die Zunge werde zum Träger der Männlichkeit und ersetze – wie Wheeler meint – den Penis.

Folgt man jedoch Taylors Interpretation, so steckt die mittelalterliche Männlichkeit in den Hoden, nicht im Penis. Die Hoden, die Abaelard verloren hat, sind Träger des Namens *Petrus*. Da Frauen mit dem Mangel identifiziert werden, dem Mangel an männlichen Genitalien und männlicher Macht, effeminisiert sich der Mann ohne Genitalien symbolisch und sozial, wird mithin zur Frau. „Alle Tiere gehen in den weiblichen Zustand über, wenn sie kastriert worden sind“, so zitiert Taylor Aristoteles. Der Mangel an Genitalien kann sich – je nach Epoche – auf die Hoden oder den Penis beziehen, die Konsequenzen sind die gleichen. Eine Frau, der Ovarien oder Klitoris entfernt wurden, wird hingegen nicht diesem Ausmaß maskulinisiert, da ihr die signifikanten Körperteile fehlen.

## Psychoanalyse

Abhandlungen über Eunuchen, nicht zuletzt historischer Provenienz, haben unter dem Einfluss der Genderstudien Konjunktur. Taylors provokante zentrale These geht darüber hinaus. In seiner höchst originellen Analyse der Psychoanalyse demontiert er die vorgebliche Universalität des Penisneids. Der Kastrationskomplex als Grundpfeiler der Psychoanalyse sieht im Besitz oder im Fehlen des Penis den essenziellen Unterschied der Geschlechter. Der Knabe fantasiert, dass alle Menschen, auch Frauen, einen Penis haben, so „wie ihn der Knabe vom eigenen Körper kennt.“ So jedenfalls sehen es Freuds *infantile Sexualtheorien*. (Freud 1908:176) Wenn der Knabe ein nacktes Mädchen sieht, bekommt er Angst, dass sein

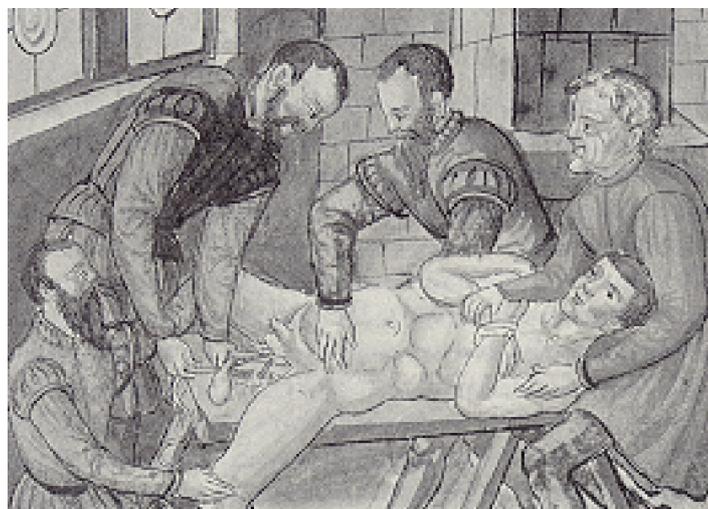
Vater ihm den Penis abschneiden könnte. Das Mädchen hingegen empfindet Penislosigkeit als Nachteil, den es zu verleugnen, zu kompensieren oder zu reparieren sucht, so Freud. Der Dreh- und Angelpunkt der Kastrationsangst und damit der Entwicklung des Über-Ichs im Ödipuskomplex ist also der Penis. Ob das Kind einen Penis besitzt oder penislos und damit „kastriert“ ist, macht den Primat des Penis für die psychoanalytische Theorie kenntlich.

Indem Taylor die Geschichte der Männlichkeit als eine Jahrtausende alte Geschichte des Primats der Testikel erzählt, die erst vor wenigen Jahrhunderten vom Primat des Penis abgelöst wurde, erhält die Geschlechtergeschichte ein anderes Fundament als in der Psychoanalyse. „Freuds Theorien über die Kastrationsangst und den Penisneid kastrierter Frauen können kaum eine zutreffende Beschreibung des ‘Patriarchats’ sein, weil sie fast die gesamte Geschichte der Kastration und fast die gesamte Geschichte des Patriarchats falsch wieder gibt“, so kanzelt Taylor Freuds Kastrationstheorie ab. (Taylor: 60)

Die Psychoanalyse spiegelt den Aufstieg des Penis (*the rise of the penis*) in der westlichen Kultur wider, verbunden mit dem Niedergang der Hoden (*fall of the scrotum*). Die Herrschaft des Penis verdrängt die *family jewels*, wie die Hoden als wichtigster Besitz des Mannes in England bezeichnet wurden. In der Kunstgeschichte belegt Taylor dies an Michelangelos David, dessen Penis in Vergleich zu seinen Hoden für moderne Betrachter zu klein wirke. Das Phallische wird in der Neuzeit primär – oder wie es Foucault formulierte: Es beginnt der Aufstieg des nicht-reproduktiven Sexualregimes.

Wann und weshalb setzte sich dieser Paradigmenwechsel von den Hoden (und damit der Fruchtbarkeit

**Abb. 3:** Darstellung einer Kastration in *Practica copiosa* von Caspar Stromayr (1559). Aus: Scholz (1997: 258)



und der Zeugungskraft) hin zum Penis (also dem männlichen Lustprinzip) durch? Der Shakespeare-Experte Taylor datiert den Beginn des Umschwungs in das späte 16. Jahrhundert. In den Städten wuchs seitdem ein Bewusstsein, dass nicht mangelnde Fruchtbarkeit, sondern übermäßige Fertilität und Überbevölkerung problematisch ist. Die Produktion von Überfluss verdrängt die Ökonomie der knappen Ressourcen. Die Überproduktion in vielen Bereichen rückt erstmals in den Blick. „Zu viel Reproduktion – von Texten, Geld, Waren, Leute – können katastrophal sein. Und was ist das anatomische Zeichen der Reproduktion beim Mann? Die Hoden.“ (Taylor: 105)

Im Alten Reich des reproduktiven Primats bedrohten Männer das Skrotum feindlicher Männer; die Entfernung der Testikel war ein Akt von Männern gegen Männer (vgl. Abb. 3). In den Mythen gelangte der Mann in den Besitz der Frau durch die blutige Entmannung des bisherigen Machthabers. Die Zeugungskraft des Mannes stand im Zentrum männlicher Rankenkämpfe: Kronos entmannt seinen Vater Uranos, auch der Göttersohn Zeus entmannt seinen Vater Kronos. Die Machtübernahme im Generationenwechsel in der Form der gewalttätigen Entmannung ging einher mit der Besitzergreifung der Frau.

Die Angst, seinen Penis zu verlieren, und auch der Penisneid von Frauen konnte als kulturelles Phänomen erst in der Neuzeit entstehen, so Taylor. Erst die Moderne deutet die emanzipierte Frau als entmannend in Hinblick auf den Penis und die Frauenbewegung als antagonistisch zur Phallokrate.

„Was will das Weib?“ fragte Freud. Frauen haben ein großes Interesse daran, nicht ungewollt geschwängert zu werden – dies hat der Mann Taylor auf dem Schwarzen Kontinent der Weiblichkeit erkundet. Die emanzipierte Form der Kastration in Form der Vasektomie entspreche den Bedürfnissen von Frauen, die keinen Kinderwunsch haben bzw. bereits die gewünschte Anzahl von Kindern geboren haben. Die Vasektomie sei der Update der Kastration für das überbevölkerte 21. Jahrhundert. Der Literaturwissenschaftler outet sich als vasektomiert und damit up to date.

## Literatur

- Barbier, P. (1998) Über die Männlichkeit der Kastraten. In: M. Dinges (Hg): Hausväter, Priester, Kastraten. Zur Konstruktion von Männlichkeit in Spätmittelalter und früher Neuzeit. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht: 123-152.
- Breidenstein, G. (1996): Geschlechtsunterschied und Sexualtrieb im Diskurs der Kastration Anfang des 20. Jahrhunderts. In: Ch., Eifert; A. Eppler; M. Kessel; M., Michaelis; C., Nowak; K., Schicke; D., Weltecke (Hg): Was sind Frauen? Was sind Männer? Geschlechterkonstruktionen im historischen Wandel. Frankfurt am Main: Suhrkamp: 216-239.
- Bronfen, E. (1998): Das verknottete Subjekt. Hysterie in der Moderne. Berlin: Volk & Welt.
- Connell, R. W. (1999): Der gemachte Mann. Konstruktion und Krise von Männlichkeiten. Opladen: Leske + Budrich (a. d. Engl.: Masculinities.)
- Ferroul, Y. (2000): Abelard's Blissful Castration. In: J.J. Cohen und B. Wheeler (Hg): *Becoming Male in the Middle Ages*. New York, London: Garland: 129-149.
- Freud, S. (1939): Der Mann Moses und die monotheistische Religion: Drei Abhandlungen. Zit.n.: Studienausgabe, Bd. IX. Frankfurt am Main: S. Fischer 1972.
- Freud, S. (1908): Über infantile Sexualtheorien Zit.n.: Studienausgabe, Bd. V, Sexualleben. Frankfurt am Main: S. Fischer 1972.
- Guyot, P. (1980): Eunuchen als Sklaven und Freigelassene in der griechisch-römischen Antike. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Irvine, M. (2000): Abelard and (Re)Writing the Male Body: Castration, Identity, and Remasculinization. In: J.J. Cohen und B. Wheeler (Hg): *Becoming Male in the Middle Ages*. New York, London: Garland: 87-106.
- Kuefler, M. (2001): The Manly Eunuch. Masculinity, Gender Ambiguity, and Christian Ideology in Late Antiquity. Chicago, London: University of Chicago Press.
- Nanda, S. (1999): Neither Man nor Woman. The Hijras of India. Belmont (California): Wadsworth.
- Nock, A.D. (1988): Eunuchs in ancient religion. In: A.K. Siems (Hg): Sexualität und Erotik in der Antike. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft: 58-69 (Original: Archiv für Religionswissenschaft, hg. v. O. Weinreich und M.P. Nilsson, 23. Bd., Leipzig/Berlin: B.G. Teubner 1925: 25-33).
- Ortkämper, H. (1993): Engel wider Willen. Die Welt der Kastraten. Berlin: Henschel.
- Pfeiffer, K.L. (2002): Schnitt-Stellen und Schnittstellen: Sezierung/Inszenierung des Körpers (*Farinelli*) und digitale Ästhetik (*Farinelli*). In: A. Barkhaus und A. Fleig (Hg): Grenzverläufe. Der Körper als Schnitt-Stelle. München: Wilhelm Fink: 103-116.
- Ringrose, K.M. (1994): Living in the Shadows: Eunuchs and Gender in Byzantium. In: G. Herdt (Hg): *Third Sex, Third Gender. Beyond Sexual Dimorphism in Culture and History*. New York: Zone Books: 85-109.
- Schlich, Th. (1998): Die Erfindung der Organtransplantation. Erfolg und Scheitern des chirurgischen Organersatzes (1880-1930). Frankfurt am Main, New York: Campus: 153-177.
- Scholten, H. (1995): Der Eunuch in Kaisernähe. Zur politischen und sozialen Bedeutung des praepositus sacri cubiculi im 4. und 5. Jahrhundert n. Chr. Frankfurt am Main, Berlin, Bern, New York, Paris, Wien: Peter Lang.
- Scholz, P.O. (197): Der entmannte Eros. Eine Kulturgeschichte der Eunuchen und Kastraten. Düsseldorf, Zürich: Artemis & Winkler.
- Taylor, G. (2000): Castration. An Abbreviated History of Western Manhood. New York, London: Routledge.
- Tuchel, S. (1998): Kastration im Mittelalter. Düsseldorf: Droste.
- Wheeler, B. (2000): Originary Fantasies: Abelard's Castration and Confession. In: J.J. Cohen und B. Wheeler (Hg): *Becoming Male in the Middle Ages*. New York, London: Garland: 107-128.

Hans Jellouschek: **Beziehung & Bezauberung. Wie Paare sich verlieren und wieder finden, gespiegelt in Märchen und Mythen.** Stuttgart: Kreuz Verlag 2000, 186 Seiten; Preis: 19,90 €

Was haben „Hänsel und Gretel“ mit dem „Fischer und seiner Frau“ zu tun, was „König Drosselbart“ mit „Orpheus und Eurydike“? Wie sind „Philemon und Baucis“ mit „Merlin und Viviane“ verbunden? Wo liegt die Gemeinsamkeit zwischen „Othello und Desdemona“ und der „Schönen und dem Tier“? In welchem Zusammenhang steht mit den Vorgenannten die „Nixe im Teich“?

Wenn man den Autor kennt und zumal den Untertitel des Buches gelesen hat, liegt die Vermutung nicht fern, daß das Verbindende der neun erwähnten Märchen und Mythen die in ihnen verborgene Paarproblematik ist, die Jellouschek routiniert herausarbeitet, analysiert und dem Leser anschaulich zu vermitteln weiß.

So begegnen wir in Hänsel und Gretel dem (meist) jungen Paar, das sich im Leid gefunden hat, das aus einer häuslichen Situation des Mangels herkommt und sich früh gebunden hat. Beseelt von der Hoffnung, sich am Pfefferkuchenhäuschen satt essen zu können, müssen sie bald feststellen, daß sie erneut mit Abhängigkeit, mit Unfreiheit konfrontiert sind: Gretel muss von früh bis spät für die Hexe schuften, Hänsel sitzt im Käfig und sieht sich einer existentiellen Bedrohung ausgesetzt. Daß die Befreiung aus dieser Situation erst möglich wird, als jeder für sich die für ihn anstehenden Aufgaben gelöst hat, zeigt der Autor an diesem Märchen eindrucksvoll auf.

In Die Schöne und das Tier stellt uns Jellouschek ein ebenfalls junges Paar vor, das in seliger Verschmelzung, in symbiotischer Liebe des Anfangs verbunden ist. Dieser Zustand dauert bekanntlich nur eine begrenzte Zeit: so will auch diese Liebe, die anfänglich nur im Dunkel gelebt werden kann, bald „sehen“. Welche Schwierigkeiten das aufwirft und wie diese mühsam erst dann gemeistert werden können, als Verstrickungen innerhalb der Herkunftsfamilien gelöst werden, wird anhand des ursprünglichen Mythos von „Amor und Psyche“ dargestellt.

Im König Drosselbart verbirgt sich hinter einer krassen patriarchalen Ordnung, in der die Königstochter „gezähmt“ werden muss, eine unsichere, nicht abgelöste Vätertochter, die ihre nicht erledigte Abhängigkeit in die eigene Beziehung mitnimmt und an einen Partner gerät, der genauso strukturiert ist wie der Vater: autoritär und unterdrückend.

Aber durch die Liebe wird eine Entwicklung angestoßen, die sowohl die schnippische Königstochter verändert als auch den brutalen König Drosselbart.

Am Ende des Märchens steht der gemeinsame Tanz: ein Bild für gleichberechtigtes Gegenüber, für erotisches Werben.

In der Nixe am Teich geht es um männliche Angst vor weiblicher Nähe. Hier arbeitet der Autor als Grundproblem die nicht vollzogene Ablösung des Mannes von der Mutter heraus, so daß er die Ambivalenz ihr gegenüber in die eigene Partnerschaft mitnimmt. Als Weg aus dieser Situation zeigt das Märchen auf, daß Konflikte an dem Ort gelöst werden müssen, an dem sie ihre Wurzel haben; daß dann, wenn man sich ihnen wirklich stellt, Heilung möglich ist.

In Orpheus und Eurydike treffen wir eine Beziehungsdynamik an, die dadurch charakterisiert ist, dass die Partnerin sich weiterentwickelt hat und dadurch für ihren Mann, der die Entwicklung nicht mitgemacht hat, „gestorben“, nicht mehr erreichbar ist. Sein Versuch, sie wiederzugewinnen, stellt sein Bestreben dar, den alten „Beziehungsvertrag“ unverändert zu restaurieren und muss daher scheitern.

Othello und Desdemona konfrontieren mit dem Thema der Eifersucht innerhalb einer Beziehung. Jellouschek stellt anhand des Dramas konstruktive und destruktive Varianten dieses Gefühls gegenüber und beleuchtet jeweils mögliche Ursachen.

In dem Märchen vom Fischer und seiner Frau geht es um das Thema „unzufriedene, mäkeldnde Frau – gutmütiger, hilfloser Mann“. Im Gegensatz zur üblichen Lesart erscheint hier „Ilsebill“ aber nicht als habgierige, großwahn sinnige Frau, die ihren armen Mann peinigt und am Ende die gerechte Strafe erhält, sondern der Autor arbeitet heraus, wie ihre Unmäßigkeit und der zähe Widerstand des Fischers, der aber wirkliche Auseinandersetzung mit den eigentlichen Lebensthemen verweigert, sich gegenseitig bedingen und hochschaukeln.

Merlin und Viviane behandelt das Problem des Paares mit großem Altersunterschied. Jellouschek zeigt, daß in diesen Beziehungen neben vielfachen intern und extern bedingten Schwierigkeiten auch Chancen liegen. Der alte keltische Mythos zeigt Wege auf, wie dieses spezifische Potential genutzt werden kann.

Der letzte Mythos behandelt das Paar im Alter. Philemon und Baucis dienen als lebendiges Vorbild für die Reflektion hierüber. Der Autor stellt heraus, dass die Phase „altes Paar“ immer bedeutender wird, da sie immer häufiger und immer länger erlebt werden kann. Anhand des antiken Vorbildes zeigt er, wie es diesem Paar gelingt, diese Phase lebendig und erfüllend bis zuletzt auszugestalten.

Auf dem Hintergrund jahrzehntelanger Arbeit mit Paaren führt Jellouschek den Leser sehr kompetent,

sehr einfühlsam, sehr gut verständlich, gleichwohl auch sehr vergnüglich durch ganz verschiedene Facetten von Paarbeziehung in ganz unterschiedlichen Stadien und Lebenssituationen. Er zeigt anhand der Märchen und Mythen Probleme, Gefahren und Fallstricke, aber auch mögliche Lösungsschritte auf. Dabei bleibt der Ausblick immer optimistisch, immer lösungs- und ressourcenorientiert. Selbst dann, wenn das literarische Vorbild kein „Happy-End“ anbieten kann (wie z. B. in Othello/Desdemona), geht der Blick dahin, was hätte anders laufen müssen und können, damit ein besseres Ende zu erwarten gewesen wäre.

Daher macht dieses Buch Mut. Die Botschaft lautet kurz und knapp: niemand ist in Dingen der Paarbeziehung ein hoffnungsloser Fall, wenn er nur die wirklichen Probleme ansieht, anpackt und sich nicht auf Nebenschauplätzen der eigentlichen Konflikte verausgabt.

Dieses Buch ist für Fachleute und interessierte Laien gleichermaßen zu empfehlen. Es ist ein Buch, welches dem Anspruch „prodesse et delectare“ voll und ganz gerecht wird.

A. Dabelstein, Kiel

## Der Webtipp

Unter der Webadresse: <http://www.univie.ac.at/Wirtschaftsgeschichte/sexbibl/>

öffnet sich die nachfolgende Startseite:

**SEXBIBLIO**

bibliography of the history of  
western sexuality / 1700 – 1945

data base search

about this site

help searching

● this data base was published in may 2002 - franz x. eder

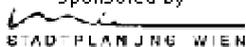
The "Bibliography of the History of Western Sexuality, 1700-1945" is extensive, but not complete. It contains about 16.600 titles of the non-belletristic primary and secondary literature of the history of sexuality in Europe, the U.S. and Canada from 1700 to 1945. Beyond this it contains important titles of antique sexual history, of the history of sexuality of the middle ages and contemporary times, also including titles for non-Western societies.

This bibliography was created during my research on the history of sexuality in modern times. Andrea Pühringer has done most of the subject headings, the programming of the data base system was performed by Klaus Brunner (home page). Both were supported by the Department for Advancement of Science and Research of the City of Vienna. Screen design by Peter Eder (home page).

If you find errors or missing information in one of the records, I would be very pleased, if you could send me a notice. My e-mail address:  
[franz.eder@univie.ac.at](mailto:franz.eder@univie.ac.at)

Franz X. Eder  
Department of Economic and Social History  
University of Vienna  
(my home page)

guest of  
INSTITUTE FOR  
ECONOMIC  
AND SOCIAL HISTORY  
UNIVERSITY OF VIENNA

sponsored by  
  
STADTPLANUNG WIEN

supported by  
H&C

# Epidemiologie sexuell übertragbarer Krankheiten

## AIDS in der Bundesrepublik Deutschland (Auszug)

Quelle: Sonderausgabe A/2002 HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland. Aktuelle epidemiologische Daten. Bericht I/2002 aus dem Robert Koch-Institut. Die aktuelle Ausgabe des Epidemiologischen Bulletins kann über die Fax-Abruffunktion unter 018 88 754 – 22 65 abgerufen werden. Ab 1997 stehen die Ausgaben im Internet zur Verfügung unter: <http://www.rki.de/INFEKT/EPIBULL/EPI.HTM>.

Tabelle 1: Anzahl der berichteten AIDS-Fälle nach Geschlecht sowie der berichteten Todesfälle nach Bundesländern bzw. ausgewählten Großräumen und aufgeführten Zeiträumen der Registrierung

Bundesländer/Großräume	01.07.2001 – 30.06.2002			Gesamt			Verstorben berichtet
	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	
Baden-Württemberg	30	22	8	1.618	1.287	331	881
Bayern (ohne M)	24	19	5	1.154	963	191	665
München (M)	24	21	3	1.786	1.632	154	1.160
Berlin (West)	258	216	42	4.199	3.759	440	2.815
Berlin (Ost)	53	38	15	402	358	44	148
Brandenburg	9	9	0	77	62	15	21
Bremen	8	5	3	270	226	44	117
Hamburg	32	24	8	1.827	1.677	150	1.112
Hessen (ohne F)	51	31	20	1.046	881	165	619
Frankfurt/Main (F)	44	33	11	1.355	1.198	157	890
Mecklenburg-Vorpommern	4	4	0	37	35	2	20
Niedersachsen	15	10	5	1.007	865	142	662
NRW (ohne K/D)	220	178	42	3.145	2.676	469	1.526
Köln (K)	43	36	7	1.089	1.000	89	716
Düsseldorf (D)	47	40	7	776	703	73	392
Rheinland-Pfalz	26	17	9	621	506	115	354
Saarland	1	0	1	205	174	31	126
Sachsen	2	1	1	52	42	10	21
Sachsen-Anhalt	1	1	0	28	26	2	11
Schleswig-Holstein	16	14	2	518	468	50	300
Thüringen	2	2	0	21	18	3	9
<b>Gesamt</b>	<b>910</b>	<b>721</b>	<b>189</b>	<b>21.233</b>	<b>18.556</b>	<b>2.677</b>	<b>12.565</b>
	100 %	79,2 %	20,8 %	100 %	87,4 %	12,6 %	59,2 %

Tabelle 2: Berichtete AIDS-Fälle bei männlichen und weiblichen Jugendlichen und Erwachsenen (>12 Jahre) nach Infektionsrisiko und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose

Infektionsrisiko	01.07.2000 – 30.06.2001		Diagnosejahr 01.07.2001 – 30.06.2002		Gesamt	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
MSM	251 60,2 %	0 0,0 %	105 61,4 %	0 0,0 %	13.424 72,6 %	0 0,0 %
IVDA	51 12,2 %	27 23,9 %	17 9,9 %	17 32,7 %	2.152 11,6 %	1.144 43,7 %
Hämo/Trans	6 1,4 %	3 2,7 %	2 1,2 %	0 0,0 %	720 3,9 %	153 5,8 %
Hetero	5 3,61 %	9 8,0 %	4 2,3 %	4 7,7 %	481 2,6 %	633 24,2 %
HPL	17 4,1 %	42 37,2 %	11 6,4 %	12 23,1 %	381 2,1 %	366 14,0 %
k.A.	77 18,5 %	32 28,3 %	32 18,7 %	19 36,5 %	1.335 7,2 %	324 12,4 %
<b>Gesamt</b>	<b>417</b> 100 %	<b>113</b> 100 %	<b>171</b> 100 %	<b>52</b> 100 %	<b>18.493</b> 100 %	<b>2.620</b> 100 %

Legende: MSM = Männer, die Sex mit Männern haben, IVDA = i.v. Drogenabhängige, Hämo/Trans = Hämophile/Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophilen), Hetero = Heterosexuelle Kontakte (ausgenommen Patienten aus HPL-Ländern), HPL = Personen aus Hochprävalenzländern (HIV-Prävalenz in der allgemeinen Bevölkerung >1 %), in denen HIV endemisch ist und überwiegend heterosexuell übertragen wird (z.B. Karibik, Subsahara-Afrika), k.A. = Keine Angaben/Sonstige

Tabelle 3: Anzahl der berichteten AIDS-Fälle nach Bundesländern, Großstädten über 100.000 Einwohner bzw. ausgewählten Großräumen sowie nach Infektionsrisiko (Stand 30.06. 2002)

	Infektionsrisiko							Gesamt	als verstorben berichtet
	MSM	IVDA	Hämo/ Trans	Hetero	HPL	PPI	k.A.		
Baden-Württemberg	710	401	103	183	72	14	135	1.618	881
Stuttgart	178	76	14	35	7	2	15	327	174
Mannheim	69	27	4	7	4	0	15	126	77
Karlsruhe	86	48	8	22	2	0	11	177	112
Freiburg	54	46	6	15	4	0	7	132	80
Heidelberg	26	10	12	6	5	2	3	64	42
Heilbronn	12	38	4	7	1	1	3	66	37
Pforzheim	7	3	1	1	0	0	1	13	5
Ulm	28	9	2	3	2	0	11	55	29
Reutlingen/Tübingen*	8	9	1	1	0	2	4	25	15
übriges Land	242	135	51	86	47	7	65	633	310
Bayern	1.919	415	146	167	84	16	193	2.940	1.825
München	1.329	201	47	62	37	9	101	1.786	1.160
Nürnberg/Erlangen/Fürth*	115	55	15	16	9	2	14	226	142
Augsburg	35	30	8	8	3	0	2	86	52
Würzburg	33	4	2	1	1	0	1	42	32
Regensburg	7	5	4	3	1	0	1	21	12
Ingolstadt	10	1	1	1	2	0	0	15	9
übriges Land	390	119	69	76	31	5	74	764	418
Berlin	3.168	848	62	104	77	18	324	4.601	2.963
Berlin (West)	2.893	792	60	96	55	18	285	4.199	2.815
Berlin (Ost)	275	56	2	8	22	0	39	402	148
Brandenburg	34	6	2	5	15	1	14	77	21
Potsdam	4	0	2	0	0	0	0	6	4
Cottbus	0	1	0	0	0	0	0	1	0
übriges Land	30	5	0	5	15	1	14	70	17
Bremen	123	93	10	15	7	0	22	270	117
Hamburg	1.276	186	52	82	65	1	165	1.827	1.112
Hessen	1.588	378	64	136	89	10	136	2.401	1.509
Frankfurt a.M. *	986	208	16	57	30	6	52	1.355	890
Wiesbaden	120	20	8	7	6	0	19	180	126
Kassel	28	15	3	7	2	0	4	59	38
Darmstadt	47	12	2	4	4	0	3	72	45
übriges Land	407	123	35	61	47	4	58	735	410
Mecklenburg-Vorpommern	17	5	0	3	6	0	6	37	20
Rostock	4	1	0	2	3	0	0	10	5
Schwerin	6	1	0	0	1	0	2	10	4
übriges Land	7	3	0	1	2	0	4	17	11
Niedersachsen	552	142	122	68	27	5	91	1.007	662
Hannover	170	44	6	7	2	0	15	244	183
Braunschweig	27	7	3	5	1	0	5	48	30
Osnabrück	24	7	4	1	3	0	3	42	26
Oldenburg	18	7	12	2	1	0	2	42	24
Wolfsburg	8	1	2	1	0	2	3	17	11
Göttingen	13	5	7	2	1	0	1	29	20
Salzgitter	3	2	1	1	0	0	2	9	6
Hildesheim	9	0	7	3	3	0	1	23	17
übriges Land	280	69	80	46	16	3	59	553	345