

Sexuologie

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

Inhalt

Originalarbeiten

- 2 Das Modul Sexualdelinquenz im Forensisch-psychiatrischen Dokumentations-System (FPDS)
Christoph J. Ahlers, Gerard A. Schaefer, Reinhard Wille, Klaus M. Beier
- 24 Geschlechtstypische Unterschiede in der Sexualität – eine Pilotstudie
Wolfgang Weig, Maren Wietzke
- 31 Transsexualität in Mecklenburg-Vorpommern: Ergebnisse einer Gutachtenanalyse 1993 – 2003
Dorothea Lübcke-Westermann, Michael Gillner

Fortbildung

- 37 „Nicht in mir zu Hause“ – zwei (a-)typische Fallberichte
Andreas Dabelstein
- 43 Vardenafil (Levitra®) in der Therapie der erektilen Dysfunktion
Tim Schneider, Herbert Sperling, Roberto Rossi, Herbert Rübber

Diskussion

- 47 www.andrologie.de: Patienteninformation und -beratung via Internet
Heribert Schorn

Historia

- 51 Eros und Kalliope im goldenen Zeitalter der Gesangskastraten
Saša Plačkov

Aktuelles

- 60 Prof. Dr. med. Herrmann-J. Vogt zum 70. Geburtstag, Abstracta der 28. Jahrestagung für Sexualmedizin, Buchbesprechung, Tagungshinweise

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: Elsevier GmbH, Niederlassung Jena, Postfach 100537, 07705 Jena, Deutschland.
Tel: +49(0)3641/62 63, Fax: +49(0)3641/62 65 00, E-mail: journals@elsevier.com

Anzeigenleitung: Elsevier GmbH, Niederlassung Jena, Deutschland, Ansprechpartner: Sabine Schröter, Löbdegraben 14a, 07743 Jena. Tel: +49(0)3641/62 64 45, Fax: +49(0)3641/62 64 21; E-mail: s.schroeter@elsevier.com

Anzeigenpreise: Gültig ist die Preisliste vom 1. Januar 2004.

Lieferkonditionen (2004): Volume 11 (1 Band mit 2 Doppelheften)

Abopreise* (2004): Deutschland, Österreich, Schweiz: Bandpreis 141,00 €; Vorzugspreis 69,00 €; Doppelheftpreis 86,00 €;

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

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

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

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

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

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

Bankverbindung:

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

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

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

IBAN: DE48 8601 0090 0149 2499 03; BIC/SWIFT: PBNKDE33

Bitte geben Sie bei der Zahlung ihre vollständigen Daten an.

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

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

Satz: Rainer Alisch, Hanseatenweg 6, 10557 Berlin

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

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

Hergestellt in Deutschland

Coverfoto: Nils Kinder, Berlin

((Deutsche Fachpresse))

© Elsevier GmbH

Alle Rechte vorbehalten.



Sexuologie – Zeitschrift für sexualmedizinische Fortbildung und Forschung

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

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

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

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

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

Das Modul Sexualdelinquenz im Forensisch-psychiatrischen Dokumentations-System (FPDS)

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

The Module Sexual Delinquency in the Forensisch-psychiatrischen Dokumentations-System (FPDS)

Abstract

Intending to both organize and increase the empirically based knowledge about assessed sex offenders, a documentation system has been developed to enable the evaluation of forensic sexological subject matters in a structured and standardized way. Documentation is organized in to four main segments covering (psycho-) sexual development, sexual activity (including paraphilias), criminological characteristics of criminal history, and sexual dysfunctions. Thus, the system ensures the documentation of all relevant information regarding the offenders' sexuality, such as the nature and frequency of fantasies during masturbation, age and sex of sexual partners, quantity and duration of relationships, use of pornography and prostitution, preferred sexual practices, sex and age of victim(s), or the relation between victim and offender. As regards paraphilias, guidelines for allocating diagnoses are based on DSM-IV criteria and explained in the documentation system's manual. This documentation system constitutes one module of the „Forensic Psychiatric Documentation System“ FPDS and is being administered in several German university hospitals.

Keywords: forensic sexology, sex offender appraisals, standardisation of exploration and documentation in forensic appraisals.

Zusammenfassung

In der medizinischen und der psychologischen Forschung gibt es seit langem das Bemühen, eine größtmögliche Qualitätssicherung, also eine bessere Vergleichbarkeit von Erkenntnisprozessen und Ergebnissen in forensischen Begutachtungen zu gewährleisten. Dies kann erreicht werden durch erhöhte Objektivität und Objektivierbarkeit und

mehr Transparenz im diagnostischen Prozess sowie durch eine standardisierte Datenerhebung und -dokumentation, die als wichtigste Komponente der Qualitätssicherung in forensischen Begutachtungen gilt. Das ursprüngliche Ziel dieser Qualitätsoptimierung war es, die quantitativ hierarchisierten Entscheidungen, die von Gutachtern bei juristischen Zuordnungen verlangt werden, auf eine objektive und empirisch überprüfbare Datengrundlage zu stellen. Das „Modul Sexualdelinquenz“ sieht die Datenerhebung in verschiedenen Themenbereiche vor, in denen die minimal zu fordernde Informationsmenge bei forensischen Begutachtungen von Sexualstraftätern dokumentiert werden: Primär-familiäre Situation (Einstellung zur Sexualität, Umgang mit Nacktheit), sexuelle Aufklärung, wichtige Parameter der bio-, psycho- und sozio-sexuellen Entwicklung: Alter bei Beginn der ersten Ereignisse mit sexueller Bewusstseinsbildung, wie z.B. dem Einsetzen der Sekundärbehaarung, des ersten Samenergusses, der ersten Selbstbefriedigung, des ersten Geschlechtsverkehrs, der ersten partnerschaftlichen Beziehung etc., Alter des Partners bzw. der Partnerin beim ersten Geschlechtsverkehr und bei der ersten partnerschaftlichen Beziehung etc., ggf. erlittene gewaltlose und / oder gewaltsame sexuelle Übergriffe und deren Häufigkeit, die sexuelle Orientierung in den Begleitphantasien bei der Selbstbefriedigung, das Alter und Geschlecht des jüngsten Phantasiepartners bei der Selbstbefriedigung, paraphile Phantasieinhalte sowie deren Integriertheit in das Selbstkonzept des Probanden bzw. das Ausmaß, in dem mögliche paraphile Phantasieinhalte ich-fremd oder ich-vertraut (ego-dyston vs. ego-synton) in das Persönlichkeitsgefüge des Probanden integriert sind. Das „Modul Sexualdelinquenz“ basiert auf Operationalisierungen nach DSM-IV (APA 1994) und ist ein Teil des „Forensisch-psychiatrischen Dokumentations-Systems“ FPDS, welches bereits in einigen Universitätskliniken in Deutschland erprobt wurde.

Schlüsselworte: Forensische Sexualmedizinische, Sexualstraftäter-Begutachtung, Standardisierung von Exploration und Dokumentation in forensischen Begutachtungen.

Zur Exploration und Dokumentation von sexuellem Erleben und Verhalten

Die Sexualität des Menschen ist prinzipiell der wissenschaftlichen Forschung zugänglich. So haben beispielsweise die Studien von Masters und Johnson (1966) wichtige Einsichten in physiologische Abläufe beim Koitus und bei der Masturbation erbracht, welche heute als lehrbuchfähiges Wissen anerkannt sind. Wissenschaftliche Aussagen über die verschiedenen Aspekte des sexuellen Erlebens und Verhaltens einschließlich der Wünsche, Phantasien, Vorstellungen und tatsächlichen Handlungen sind jedoch schwer zu erlangen und mit großen methodischen Problemen behaftet, da der soziale Kontext von Sexualität viel mehr als in anderen Bereichen des menschlichen Erlebens und Verhaltens den objektivierenden Zugang erschwert.

Für die großen Untersuchungen, etwa von Kinsey (1948, 1953), die auf Selbsteinschätzungen auskunftsbereiter Personen als Grundlage für die empirische Auswertung beruhen, sind die Fragen nach der Qualität (wie objektiv, valide und wie zuverlässig) der erhaltenen Auskünfte über sexuelles Verhalten genauso wichtig, wie die Frage nach der Stichprobenbeschaffenheit und der Ausfallquote bzw. danach, wer an den Befragungen über sexuelles Erleben und Verhalten teilnimmt und wer nicht.

In Selbstbeschreibungen können falsche Angaben aufgrund von Wahrnehmungsfehlern, einer veränderten nachträglichen Sinnzuschreibung eigenen Verhaltens oder unklarer Vergangenheitserinnerung einfließen, mithin also unabsichtlich entstehen. Falsche Informationen können jedoch auch absichtlich gegeben werden, z.B. aus dem Bestreben, sich dem Untersucher gegenüber in bestimmter Weise darzustellen bzw. bei diesem einen „guten Eindruck“ erwecken zu wollen (sog. soziale Erwünschtheit). So unterschiedlich die Gründe auch sein mögen, im Ergebnis führen sie dazu, dass bestimmte Informationen – vielleicht weil sie diskrepant zum Selbstbild oder zur sozialen Erwünschtheit erlebt werden – bei der Befragung verschwiegen oder marginalisiert, wenn nicht sogar entsprechend verändert werden, sofern tatsächliches Verhalten und (häufig idealisiertes) Selbstbild sehr voneinander abweichen (vgl. Clement 1990).

Im Rahmen von forensisch-sexualmedizinischer Untersuchungen verschärfen sich diese methodischen Probleme, denn bei der Untersuchung von Sexualstraftätern ist noch viel mehr mit einer Tendenz des schamhaften und / oder strategischen Verbergens von

Phantasien, Handlungen, Motiven und Gefühlen gegenüber dem Untersucher zu rechnen, als beispielsweise in der allgemeinen forensisch-psychiatrischen Begutachtung oder bei der Sexualanamnese im klinischen Alltag.

Sonderstellung der Sexualdelinquenz

Sexualdelinquenz nimmt traditionell im Spektrum der Gesamtkriminalität eine Sonderstellung ein. Diese erklärt sich wissenschaftshistorisch unter anderem daraus, dass die Medizin – speziell die forensische Psychiatrie – begann, ‚Wahrheiten‘ über das sexuelle Erleben und Verhalten zu ‚produzieren‘, d.h. den Anspruch erhob, wissenschaftliche Erklärungsmodelle für Verhaltensabweichungen anbieten zu können, wobei die theoretische Verbindung zu einer seinerzeit vorherrschende pathologisierenden Degenerationslehre stark im Vordergrund stand (vgl. z.B. Krafft-Ebing 1896).

Die forensische Psychiatrie hatte hier letztlich eine Definitionsmacht übernehmen wollen, die früher mit christlich-theokratischem Hintergrund der speziellen Hermeneutik des Alten Testaments und der dort überlieferten göttlichen (Sitten-)Ordnung überlassen wurde (vgl. Foucault 1976). Nicht zuletzt in kritischer Auseinandersetzung mit diesen Bestrebungen der (frühen) forensischen Psychiatrie ist die Sexualwissenschaft programmatisch von Bloch (1906) begründet worden (vgl. Beier 1998), denn das breite Spektrum von Variationen menschlichen sexuellen Erlebens und Verhaltens – insbesondere in transkultureller Perspektive – legt nahe, wie schwierig eine kategoriale Erfassung des Sexuellen sein muss. Dabei kann noch am leichtesten Einigkeit darüber erzielt werden, dass sexuelle Verhaltensweisen sich nicht über die Interessen anderer hinwegsetzen dürfen und eine zentrale Beurteilungskategorie das Ausmaß an sozialer Dysfunktionalität des sexuellen Verhaltens, d.h., das Ausmaß des (dissexuellen) Sozialversagens (Beier 1995) sein muss.

Aber selbst der Kernbereich der begutachteten Sexualdelinquenz (also ohne Prostitutions- und Pornographiedelikte) ist äußerst heterogen: Sexueller Missbrauch von Kindern (§ 176 StGB), sexuelle Aggression (§§ 177, 178 StGB), Exhibitionismus (§ 183 StGB) und Missbrauch Schutzbefohlener inklusive Inzest (§§ 173, 174 StGB) differieren nach der Tatphänomenologie, der Kriminalätiologie, nach den spezialpräventiven Einflussmöglichkeiten (Strafe, Unterbringung, Therapie) und weiterhin nach dem Grade

der Viktimisierung der Opfer ganz erheblich. Sie heben sich von anderen Deliktarten, wie etwa den reinen Gewaltdelikten oder Eigentumsdelikten schon allein dadurch ab, dass ihre kriminalpsychologische Durchdringung und Erfassung weitaus fortgeschrittener ist, als in den anderen Deliktgruppen: Nur bei den Sexualdelikten zeichnen sich Umrisse eines systemischen Gesamtbildes von Tätern, Opfern und strafender Gesellschaft ab, die sogar Bedarfsberechnungen ermöglichen.

Sexualdelikte bewirken aber sowohl wegen ihrer irrationalen Tatelemente als auch wegen ihrer befürchteten und teilweise durchaus begründeten Wiederholungsgefahr kollektive Unsicherheiten, Ängste und Empörung, und eben auch irrationale Reaktionen, was sich auch in den neueren gesetzlichen Änderungen des Sexualstrafrechts abbildet. Eingang gefunden hat dabei nämlich nicht die empirische Datenlage zur Sexualdelinquenz, die durch die grundlegenden Arbeiten von Wille (1968) und Schorsch (1971) bzw. später zu Therapieaussichten (Schorsch et al. 1985) und Prognosemerkmalen von Sexualstraftätern (Beier 1995) in Deutschland einen vergleichsweise hohen Stand erreicht hat, sondern kriminal- und sicherheitspolitische Abwägungen. Zu interpretieren ist dies als Reaktion auf die große Medienresonanz, die spektakuläre Sexualdelikte erfahren und die in der Bevölkerung ein entsprechendes, medial verzerrtes Bild der Kriminalitätsbelastung erzeugen (vgl. Egg 2000).

Besonderheiten bei der sexualmedizinischen Untersuchung von Sexualstraftätern

Weil Sexualität grundsätzlich auf Zweisamkeit („Wirk-Bildung“) hin angelegt ist, ist es in der forensisch-sexualmedizinischen Begutachtungssituation erforderlich, die sonst üblichen Individualbeziehung zwischen Gutachter und Täter insofern zu überwinden, als die Einbeziehung der Sexualpartnerin in die Untersuchung zumindest grundsätzlich angestrebt werden sollte: Jede frühere und besonders die aktuelle Partnerin ist eine äußerst wichtige Erkenntnisquelle für eine zu untersuchende Sexualproblematik und ein wichtiger Korrekturfaktor für die subjektiven Einseitigkeiten eines Probanden .

Die spezielle sexualmedizinische Diagnostik sieht somit jeden Patienten als (potentiellen) Partner eines Paares sowie in seiner Rolle als Mitglied der Herkunftsfamilie und der eigenen Familie. Durch Einbeziehung

von Partnerinnen können die (bei lebensüberdauernden paraphilen Mustern) regelhaften Problemausblendungen und weiterhin die unkritische Selektion bei der Selbstwahrnehmung sowie oft auch eine mögliche Selbstüberhöhung aufgedeckt werden. Die strafprozessuale Absicherung dieser erweiterten Befunderhebung (Fremdanamnese) ist genauso unumgänglich wie praktikabel (vgl. Beier et al. 2001).

Am meisten Aufschluss ist jedoch durch eine differenzierte Sexualanamnese zu erhalten, welche bei kooperativen Patienten bis zu 80 % der relevanten Informationen zur diagnostischen Einschätzung beiträgt. Es bedarf hierbei eines ausreichenden Zeitrahmens (auch für das gegenseitige Kennenlernen) und einer moralfreien Aufgeschlossenheit sowohl gegenüber den präferenziellen Besonderheiten von Personen mit sexuellen Verhaltensabweichungen, als auch gegenüber den eigentlichen Taten, denn die Aufgabe des Untersuchers besteht nicht in der moralischen Verurteilung von Taten, sondern in der diagnostischen Beurteilung von Handlungen. Dies setzt beim Gutachter eine kritische Auseinandersetzung mit der menschlichen Geschlechtlichkeit und ihrem außerordentlichen Variationsreichtum sowie einer selbstkritischen Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität voraus, die ebenfalls in hohem Maße durch irrationale Anteile gekennzeichnet ist. Schließlich sind auch empirisch fundierte Kenntnisse über allgemein erwartbare sexuelle Erlebens- und Verhaltensweisen erforderlich, um angemessene Einschätzungen und Zuordnungen vornehmen zu können.

Zur Dokumentation in der forensisch-sexualmedizinischen Begutachtung

In der medizinischen und der psychologischen Forschung gibt es seit langem das Bemühen, eine größtmögliche Qualitätssicherung, also eine bessere Vergleichbarkeit von Erkenntnisprozessen und Ergebnissen in forensischen Begutachtungen zu gewährleisten. Dies kann erreicht werden durch erhöhte Objektivität und Objektivierbarkeit und mehr Transparenz im diagnostischen Prozess sowie durch eine standardisierte Datenerhebung und -dokumentation, welche als wichtigste Komponente der Qualitätssicherung in der forensischen Begutachtung gilt. Ursprünglich aus der psychologischen Forschung stammende Methoden werden hierbei zunehmend in den klinischen Alltag integriert. Das ursprüngliche Ziel dieser Qualitäts-

optimierung war es, die quantitativ hierarchisierten Entscheidungen, die von Gutachtern bei juristischen Zuordnungen verlangt werden, auf eine objektive und empirisch überprüfbare Datengrundlage zu stellen, wie es bei naturwissenschaftlichen (z.B. physikalisch-technischen) Untersuchungen die Regel ist.

Forschungsmethodisch betrachtet richtet sich das Bemühen darauf, eine möglichst objektive Abbildung der empirischen Wirklichkeit in einem numerischen Relativ zu gewährleisten, wie dies seit jeher als Grundlage der psychologischen Testdiagnostik geschieht. Auf eine konkrete, forensische Fragestellung bezogen bedeutete das, dass zu jedem Ausmaß einer Merkmalsausprägung (z.B. einer psychischen oder Verhaltensstörung) eine proportionale Angabe in einem entsprechenden Dokumentationssystem gemacht werden muss, welche wiederum eine möglichst objektive Einordnung in eine entsprechende juristische Kategorie (wie z.B. einen Schuldfähigkeitsstatus) ermöglicht. Weil sich jedoch menschliches Erleben und Verhalten, sowohl in der Retrospektive, als auch in der Prospektive schwerer numerisch abbilden lässt, als beispielsweise die Vorhandenheit oder Beschaffenheit von Materie, die z.B. in physikalisch-technischen Gutachten zu beurteilen ist, wurde dieses Ziel in der forensisch-psychologischen Begutachtung bisher kaum zufriedenstellend erreicht.

Hinzu kommt der Umstand, dass beispielweise die Grenzziehung zwischen Schuldfähigkeit, vermindert er Schuldfähigkeit und Schuldunfähigkeit weitgehend normativ gesetzt wird, in verschiedenen Ländern unterschiedlich gehandhabt wird und die richterlichen Entscheidungen sich mit dem Zeitgeist ändern, mithin also nur begrenzt auf empirischem Wissen basieren.

Nichtsdestoweniger müssen die Ziele der standardisierten und quantifizierenden Befunderhebung bzw. der Dokumentation vor allem im Rahmen der forensischen Begutachtung zur Qualitätssicherung weiter verfolgt werden. Als Ziele lassen sich formulieren:

- ◆ Standardisierung der Exploration und Datenerhebung,
- ◆ Standardisierung der Datendokumentation,
- ◆ Transparenz des diagnostischen Prozesses,
- ◆ Objektivierbarkeit, Vergleichbarkeit und Überprüfbarkeit von Ergebnissen (z.B. Befunde),
- ◆ statistische Auswertbarkeit von Begutachtungsergebnissen,
- ◆ Überbrückung verschiedener klinischer und wissenschaftlicher Schulen,
- ◆ Fehlerreduktion (Vermeidung von Außerachtlassung unerwünschter, „unpassender“ oder scheinbar unwichtiger Daten),
- ◆ Nachvollziehbarkeit der forensischen Beurteilung anhand der dokumentierten Merkmale und ihrer Ausprägungen,
- ◆ Vereinbarung und Optimierung von Begutachtungs-Standards.

Dabei muss bedacht werden, dass eine standardisierte Datenerhebung und -dokumentation nur als strukturierende Ergänzung im eigentlichen diagnostischen Prozess einer Begutachtung verstanden werden kann. Sie kann nicht als Ersatz zur idiographischen Untersuchungsperspektive angesehen werden, die (hypothesegeleitet) auch Informationen einbeziehen muss, die über Dokumentations-Standards hinausgehen. Insofern muss vor einer unkritischen und unqualifizierten Anwendung von Dokumentations-Systemen an sich gewarnt werden. Anderenfalls könnte der Eindruck einer „Checklisten-Begutachtung“ und damit eines eindimensionalen diagnostischen Prozesses entstehen, der den tatsächlichen Anforderungen der forensischen Begutachtung nicht gerecht würde. Zur umfassenden Einschätzung eines Probanden werden Informationen benötigt, die über standardisierte Erhebungs- und Dokumentations-Systeme allein nicht zu gewinnen sind. Dokumentations-Systeme stehen somit in der Gefahr, hinsichtlich ihrer Bedeutung für die forensische Begutachtung, gleichzeitig über- und unterschätzt zu werden: Sie können auf der einen Seite nicht den Anspruch erfüllen, eine forensische Beurteilung valider und „gerechter“ zu gestalten als eine nicht standardisierte Vorgehensweise. Auf der anderen Seite ermöglichen sie durch erschöpfende Informationserhebung eine bessere Fehlerkontrolle und die Gewinnung wertvoller, weil objektiverer Daten für wissenschaftliche Untersuchungen, die ohne entsprechende Dokumentation nicht möglich wäre.

Das bedeutet, dass mit Hilfe von Dokumentations-Systemen immer nur ein begrenzter Teilbereich des zu beurteilenden Sachverhaltes abgebildet werden kann. Aufgrund von Aggravation, Dissimulation und vorsätzlich falscher Angaben von Probanden, aber auch durch bewusste wie unbewusste Verdrängungs- und Verleugnungsmechanismen, die im zeitlichen Abstand zur Untersuchung zu- und abnehmen können, werden möglicherweise Informationen dokumentiert, die nicht den realen Beurteilungsgegenstand abbilden. Daraus resultiert, dass in die standardisierte Dokumentation grundsätzlich die gleichen Fehler der Befund- und Anamneseerhebung einfließen können, wie in die nicht standardisierte Vorgehensweise. Die potentiellen Fehlerquellen des Begutachtungsprozesses können daher durch ein Dokumentations-System allenfalls reduziert, nicht aber getilgt werden.

Zur Struktur des forensischen Dokumentations-Systems, Modul „Sexualdelinquenz“

Das „Modul Sexualdelinquenz“ des „Forensisch-psychiatrischen Dokumentations-Systems“ FPDS untergliedert sich in folgende Bereiche:

Themenbereich 1: Sexuelle Entwicklung: 9 Fragen zur primär-familiären Situation:

Einstellung zur Sexualität, Umgang mit Nacktheit; zur sexuellen Aufklärung (durch Eltern, Schule, Peergroup etc.),

Themenbereich 2: Sexuelle Aktivität (einschließlich Partnerbeziehungen) und paraphile Muster (10 Fragen zu den wichtigsten Parametern der bio-, psycho- und soziosexuellen Entwicklung),

Themenbereich 3: Tatmerkmale samt aller bisheriger, sexueller Übergriffe (9 Fragen zu Opfern, Täter-Opfer-Beziehung, Tatbegehung etc.),

Themenbereich 4: Sexuelle Funktionsstörungen (7 Fragen zu möglichen Störungen in den verschiedenen Phasen des sexuellen Reaktionszyklus).

Im Einzelnen ist die Datenerhebung für folgende Themenbereiche vorgesehen, anhand derer die minimal zu fordernde Informationsmenge bei forensischen Begutachtungen von Sexualstraftätern dokumentiert werden kann:

- ◆ zur primär-familiären Situation (Einstellung zur Sexualität, Umgang mit Nacktheit),
- ◆ zur sexuellen Aufklärung (durch Eltern, Schule, Peergroup etc.),
- ◆ zu den wichtigsten Parametern der bio- und psycho- und sozio-sexuellen Entwicklung:
 - Alter bei Beginn der ersten Ereignisse mit sexueller Bewusstseinsbildung, wie z.B. dem Einsetzen der Sekundärbehaarung, des ersten Samenergusses, der ersten Selbstbefriedigung, des ersten Geschlechtsverkehrs, der ersten partnerschaftlichen Beziehung etc.,
 - Alter des Partners bzw. der Partnerin beim ersten Geschlechtsverkehr und bei der ersten partnerschaftlichen Beziehung etc., ggf. erlittene gewaltlose und / oder gewaltsame sexuelle Übergriffe und deren Häufigkeit,
 - die sexuelle Orientierung in den Begleitphantasien bei der Selbstbefriedigung,
 - das Alter und Geschlecht des jüngsten Phantasiepartners bei der Selbstbefriedigung,

- paraphile Phantasieinhalte sowie deren Integriertheit in das Selbstkonzept des Probanden bzw. das Ausmaß, in dem mögliche paraphile Phantasieinhalte ich-fremd oder ich-vertraut (ego-dyston vs. ego-synton) in das Persönlichkeitsgefüge des Probanden integriert sind.

Hinsichtlich der soziosexuellen Entwicklung bzw. zur Beurteilung der Entwicklung der sexuellen Identität eines Probanden ist von Interesse,

- ◆ mit wie vielen Personen koitale Beziehungen eingegangen wurden,
- ◆ wie lange die längste Beziehung gedauert hat und auf wessen Initiative sie beendet wurde,
- ◆ wie lange die bisherigen Koitusbeziehungen im Durchschnitt gedauert haben,
- ◆ ob eine Koitusbeziehung zum Tatzeitpunkt bestand und
- ◆ die Erlebnisqualität der bisherigen Koitusbeziehungen (sowohl insgesamt, als auch insbesondere zum Tatzeitpunkt) auf emotional-personaler und auf sexueller Ebene.

Von Bedeutung sind ferner Informationen

- ◆ über die sexuellen Praktiken des Tatgeschehens (z.B. oral-aktiv oder oral-passiv, genito-genital etc.),
- ◆ darüber, ob und gegebenenfalls mit welcher physischen, psychischen oder instrumentellen Gewaltanwendung die Tat erzwungen wurde,
- ◆ über Geschlecht, Alter und Tat-Verhalten der Opfer bei früheren und aktuellen Taten,
- ◆ über das Alter des Täters bei früheren und aktuellen Taten,
- ◆ über die Täter-Opfer-Beziehung bei früheren und aktuellen Taten,
- ◆ ob Parallelität mit früheren sexuellen Übergriffe in Motivation und Tatphänomenologie besteht,
- ◆ sowie über frühere oder (auch tat-)aktuelle sexuelle Funktionsstörungen (der Appetenz, Erregung und des Orgasmus).

Von spezifisch sexualdiagnostischer Bedeutung ist es, sich einen Überblick über die prozentuale Verteilung der Stimuli zu verschaffen, die für einen Probanden sexuelle Erregung bewirken können. Konkret gilt dies für die Stimuli

- ◆ bei der Selbstbefriedigung,
- ◆ bei soziosexuellen Aktivitäten in aktuellen oder früheren

- ◆ gelegentlichen oder stabilen
- ◆ normkonformen oder paraphilen Sexual-Kontakten,
- ◆ jeweils für das letzte Jahr und für die Zeit ab dem 20. Lebensjahr.

Eine solche Häufigkeitsverteilung liefert der Proband nicht von selbst, sondern nur auf gezieltes Nachfragen, und grundsätzlich gilt auch und vor allem in der forensischen Sexualmedizin: Alles, wonach man nicht fragt, wird auch nicht berichtet. Das bedeutet, dass alle wichtigen paraphilen Muster systematisch exploriert werden müssen.

Gerade die Retrospektive macht die Fehlerquellen eigener oder fremder Begutachtungen transparent, so dass nicht zuletzt aus diesen Erfahrungen ein Bewusstsein für die Notwendigkeit eines strukturierten Erhebungsinstrumentes auch und gerade für die sexualmedizinische Diagnostik im Rahmen forensischer Begutachtungen erwuchs.

Die standardisierte Erfassbarkeit wesentlicher sexualdiagnostischer Parameter, wie z.B. der quantitativen Abschätzung der Quellen bisheriger Orgasmen durch Selbstbefriedigung, mit gegen- oder gleichgeschlechtlichen Partnern, mit Prostituierten oder durch paraphile Aktivitäten, erscheint gerade deswegen sinnvoll, weil insbesondere Männer mit sexuellen Präferenz- und / oder Verhaltensstörungen dazu neigen, relevante Details ihrer sexuellen Phantasien, Gefühle und Handlungen zu verschleiern bzw. zu verschweigen, wodurch in freien (nicht strukturierten) Sexualanamnesen das Risiko steigt, wichtige Aspekte zu vernachlässigen oder zu übersehen.

Insgesamt umfasst das Modul „Sexualdelinquenz“ 36 Fragen mit jeweils unterschiedlich vielen Antwort- und Kodierungsvorgaben. Begleitend zum Erfassungsbogen wurde ein Manual erarbeitet, in welchem jede einzelne Frage sowie die dazugehörige Antwort- und Kodierungsmöglichkeit beschrieben und erklärt wird. Durch eine übersichtliche Gestaltung anhand der Fragen- und Antworten-Nummerierungen kann der Untersucher so beim Bearbeiten des Moduls schrittweise alle entstehenden Fragen schnell und einfach beantworten, wodurch Probleme beim Ausfüllen des Erfassungsbogens minimiert werden sollten.

Das Dokumentations-System ermöglicht die Erfassung qualitativer und quantitativer Daten. Bei qualitativen Daten wird festgestellt, ob ein Merkmal vorhanden (Kodierung „1“) oder nicht vorhanden ist (Kodierung „0“) – also die negierenden Antwortmöglichkeiten „nein“, „nicht“ und „keine“ beinhaltet. Ist ein Merkmal nicht beurteilbar, weil keine Angaben darüber vorliegen bzw. keine Informationen darüber verfügbar sind, so wird es mit der Ziffer „9“ kodiert,

egal ob dieses Merkmal in irgendeiner Ausprägung vorhanden ist, oder nicht.

Quantitative Daten werden in der numerischen Abstufung ihrer Ausprägungsintensität kodiert: Von „0“: (nicht vorhanden / nicht gegeben / nein / nicht / keine), „1“: (vorhanden in geringer Ausprägung), „2“: (vorhanden in mäßiger Ausprägung), „3“: (vorhanden in starker Ausprägung). Wird eine Antwort vom Täter verweigert, so wird dies mit der Ziffer „10“ kodiert. Diese Zahlenzuordnung bzw. Kodierungsvorschrift für die einzelnen Ausprägungen ist auf den Dokumentationsbögen bei den jeweiligen Merkmalen eindeutig aufgeführt.

Beim Ausfüllen des Dokumentations-Systems ist darauf zu achten, dass grundsätzlich alle Variablen kodiert werden müssen bzw. jede Merkmalsausprägung mit einer Kodierungsziffer versehen werden muss, weil es ansonsten nachträglich unmöglich ist, festzustellen, ob ein Merkmal z.B. nicht vorhanden (negative Ausprägung) oder nicht beurteilbar war. Bei der Dokumentation erfordert damit die Unterscheidung zwischen nicht vorhandenen, verneinten, nicht beurteilbaren und vom Täter verweigerten Angaben besondere Beachtung.

Eine mangelnde Differenzierung zwischen diesen Kodierungen kann zu erheblichen Fehlbewertungen bei einer statistischen Analyse führen. Fehlende Kodierungen gehen automatisch als „missing data“ in die Auswertung ein und bleiben dadurch in der Analyse der Ergebnisse unberücksichtigt. Fehler im Dokumentationsprozess (beim Ausfüllen bzw. der Bearbeitung) können nicht exakt erfasst werden, weshalb die klassischen Gütekriterien standardisierter Testverfahren (Objektivität, Validität und Reliabilität) nur sehr eingeschränkt für die Bewertung eines Dokumentations-Systems herangezogen werden können.

Bei der diagnostischen Zuordnung wurde auf die Krieteriologie des DSM-IV zurückgegriffen (APA 1994), wenn auch speziell bei den Paraphilien sexualmedizinische Konzepte nicht völlig kongruent mit denen des Klassifikationssystems der Amerikanischen Psychiatrie-Vereinigung sind.

Es waren diese fachspezifischen Besonderheiten der forensischen Sexualmedizin, die zu der Erstellung eines strukturierten, spezifisch sexualmedizinischen Erfassungsbogens und schließlich (nach mehrjähriger Entwicklungsphase) zu dem eigenständigen „Modul Sexualdelinquenz“ geführt haben, welches zunächst als ein Bestandteil des „Forensisch Psychiatrischen Dokumentations-System“ FPDS geplant war (vgl. Nedopil et al. 1988, Nedopil 1996).

Zukünftige Fragestellungen

Weil speziell bei sexuellen Präferenz- und / oder Verhaltensstörungen die Rückfallgefahr als besonders hoch angesehen wird, spielt neben suffizienter Diagnostik und präziser nosologischer Einordnung auch die ‚Retrognostik‘ bei der Subsumierung der Krieteriologie auf die Voraussetzungen der §§ 20, 21 StGB „... zur Zeit der Tat“ sowie die Prognostik eine von der Öffentlichkeit und vom Gesetzgeber immer lauter geforderte Rolle.

Die Prognostik eröffnet dem Sachverständigen die biographische Zukunftsdimension, wenn er – was vorher an sich schon vom Richter beim Haftbefehl über die Strafzumessung bis hin zur vorzeitigen Entlassung aus Regel- und Maßregelvollzug (§§ 112, 153a StPO, §§ 46, 57 und 67 StGB) erwartet wird – sich die Frage stellt, wie der Proband nach der Hauptverhandlung, dem Regel- oder dem Maßregelvollzug mutmaßlich sein weiteres Leben gestalten wird. Welche Therapie erscheint individuell akzeptabel und effektiv? Wie können bei Therapieunfähigkeit, -unwilligkeit, -unmöglichkeit oder -resistenz potentielle Opfer adäquat geschützt werden?

Damit würde eine neue Qualität der Sachverständigen-Begutachtung erreicht, die nicht an theoretischen Desiderata wie „Vorurteils- und Ideologiefreiheit“, sondern an der Lebenswirklichkeit gemessen wird – freilich einer soziokulturell, d.h. auch vom Zeitgeist geformten Lebenswirklichkeit. Es geht dann aber nicht mehr um Prophetie oder Visionen, sondern um das empathische Herausarbeiten der individuellen Persönlichkeitsradikale mit ihren Stärken und Schwächen, mit ihren Versuchungen, Verführbarkeiten und Konflikthaftigkeiten, aber auch mit den bisherigen Verarbeitungsmodi einschließlich spezialpräventiver und therapeutischer Optionen.

Aus forensisch-sexualmedizinischer Sicht ist es ein weiterer wichtiger Schritt, aufbauend auf den Ergebnissen einer möglichst umfangreichen Dokumentation mit dem zu etablierenden „Forensisch-psychiatrischen Dokumentations-System“ FPDS einschließlich der Ergänzungsmodul vor allem die prognostischen Fähigkeiten der Sachverständigen zu verbessern. Dies sollte mindestens die folgenden Bereiche umfassen:

- ◆ die weitere Entwicklung der sexuellen Problematik,

- ◆ die weitere Entwicklung der ggf. bestehenden Beziehungsproblematik,
- ◆ die weitere Entwicklung der ggf. bestehenden Abhängigkeitsproblematik und die zukünftige soziale Integration.

Mit Blick auf eine zukünftige Verfeinerung der forensischen Dokumentations-Systematik wäre die Etablierung auch eines solchen Sexualdelinquenz-Prognose Moduls zur differenzierten Verlaufsbeschreibung sichergestellt.

Literatur

- American Psychiatric Association (APA)(1994): Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition DSM-IV; Washington: APA press.
- Beier, K. M. (1995): Dissexualität im Lebenslängsschnitt. Theoretische und empirische Untersuchungen zu Phänomenologie und Prognose ehemals begutachteter Sexualstraftäter. Springer, Berlin.
- Beier, K. M. (1998): Sexualwissenschaft und Interdisziplinarität. In: Beier, K. M. (Hrsg.) (1998): Sexualwissenschaft und Interdisziplinarität, Logos Verlag, Berlin: 1-16.
- Beier, K. M.; Bosinski, H. A. G.; Hartmann, U.; Loewit, K. (2001): Lehrbuch der Sexualmedizin. Urban & Fischer, Stuttgart.
- Bloch, I. (1906): Das Sexualleben unserer Zeit. Berlin: Marcus.
- Egg, R. (2000): Rückfall nach Sexualstraftaten. Sexuologie 7. Jhrg., Heft 1: 12-26.
- Clement, V. (1990): Empirische Studien zu heterosexuellem Verhalten. Zeitschrift für Sexualforschung 3: 289-319.
- Foucault, M. (1976): Sexualität und Wahrheit I: Der Wille zum Wissen; III: Scientia Sexualis. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- Kinsey, A. C.; Pomeroy, W. B.; Martin, C. E. (1948): Sexual behaviour in the human male. Saunders, Philadelphia.
- Kinsey, A. C.; Pomeroy, W. B.; Martin, C. E.; Gebhard, P. H. (1953): Sexual behaviour in the human female. Saunders, Philadelphia.
- Krafft-Ebing, R. v. (1886): Psychopathia sexualis. Stuttgart: Enke.
- Nedopil, N. (1988): Das Forensisch Psychiatrische Dokumentations-System (FPDS). Forensia 9: 139-147.
- Nedopil, N. (1996): Forensische Psychiatrie. Stuttgart: Thieme.
- Masters, W. H.; Johnson, V. E. (1966): Human sexual response. Little Brown, Boston.
- Schorsch, E.; Galedary, G.; Haag, A.; Hauch, M.; Lohse, H. (1985): Perversion als Straftat. Dynamik und Psychotherapie. Springer, Berlin.
- Wille, R. (1968): Die forensisch-psychopathologische Beurteilung der Exhibitionisten, Pädophilen, Inzest- und Notzuchtäter. Med. Habil. Kiel.

Adressen der Autoren

Dipl.-Psych. Christoph J. Ahlers, Dipl.-Psych. Gerard A. Schaefer, Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Universitätsklinikum Charité, Freie- und Humboldt-Universität zu Berlin, Luisenstr. 57, 10117 Berlin, www.sexualwissenschaft-berlin.de
 Prof. Dr. med. Dr. jur. R. Wille (emerit.)Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle,Universitätsklinikum Schleswig-Holstein - Campus Kiel
 Christian-Albrechts-Universität Kiel, www.uni-kiel.de/sexmed

MODUL „SEXUALDELINQUENZ“

1. Fall-Nr.: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Generell gilt: 0 = nein, nicht, keine etc.

Jede Zeile muss kodiert werden!

9 = keine Angaben

10 = Auskünfte vom Probanden verweigert

Sexuelle Entwicklung

2. Einstellung zur Sexualität / Umgang mit Nacktheit in der Primärfamilie |_|_|

1: tabuisierend 2: eher prüde 3: eher freizügig 4: permissiv

3. Sexuelle Aufklärung durch (Beginn im Alter von)

1: jünger als 10 Jahre 2: 11-13 Jahre 3: 14-17 Jahre 4: 18 Jahre und älter

- | | |
|-------------------------------------|-----|
| 3.1 Eltern | _ _ |
| 3.2 Schule | _ _ |
| 3.3 Peer-Group | _ _ |
| 3.4 Medien (Broschüren, Bücher, TV) | _ _ |
| 3.5 Pornographie (Hefte, Filme) | _ _ |
| 3.6 Sonstige | _ _ |

4. Alter bei Beginn bzw. Erstmaliges Auftreten im Alter von

1: jünger als 10 Jahre 2: 11-13 Jahre 3: 14-17 Jahre 4: 18-20 Jahre
5: 21-24 Jahre 6: 25-30 Jahre 7: 31-40 Jahre 8: 41 J. u. älter

- | | |
|---|-----|
| 4.1 präpubertäre Sexualspiele | _ _ |
| 4.2 Schambehaarung | _ _ |
| 4.3 erster Samenerguss | _ _ |
| 4.4 erste Selbstbefriedigung | _ _ |
| 4.5 erster Geschlechtsverkehr (gegengeschlechtlich) | _ _ |
| 4.6 erster Geschlechtsverkehr (gleichgeschlechtlich) | _ _ |
| 4.7 erste partnerschaftliche Beziehung (gegengeschlechtlich) | _ _ |
| 4.8 erste partnerschaftliche Beziehung (gleichgeschlechtlich) | _ _ |

5. Alter des Partners bzw. der Partner / innen bei

1: jünger als 10 Jahre 2: 11-13 Jahre 3: 14-17 Jahre 4: 18-20 Jahre
5: 21-24 Jahre 6: 25-30 Jahre 7: 31-40 Jahre 8: 41 J. u. älter

- | | |
|---|-----|
| 5.1 präpubertären Sexualspielen (gegengeschlechtlich) | _ _ |
| 5.2 präpubertären Sexualspielen (gleichgeschlechtlich) | _ _ |
| 5.3 erstem Geschlechtsverkehr (gegengeschlechtlich) | _ _ |
| 5.4 erstem Geschlechtsverkehr (gleichgeschlechtlich) | _ _ |
| 5.5 erster partnerschaftlicher Beziehung (gegengeschlechtlich) | _ _ |
| 5.6 erster partnerschaftlicher Beziehung (gleichgeschlechtlich) | _ _ |

6. Durchschnittliches Alter der Partner / innen bei

1: jünger als 10 Jahre 2: 11-13 Jahre 3: 14-17 Jahre 4: 18-20 Jahre
5: 21-24 Jahre 6: 25-30 Jahre 7: 31-40 Jahre 8: 41 J. u. älter

- | | |
|--|-----|
| 6.1 Geschlechtsverkehr (gegengeschlechtlich) | _ _ |
| 6.2 Geschlechtsverkehr (gleichgeschlechtlich) | _ _ |
| 6.3 partnerschaftlichen Beziehungen (gegengeschlechtlich) | _ _ |
| 6.4 partnerschaftlichen Beziehungen (gleichgeschlechtlich) | _ _ |

- 7. Erlittene gewaltsame, sexuelle Übergriffe** (Beginn im Alter von)
- | | | | |
|------------------------|----------------|----------------|-------------------|
| 1: jünger als 10 Jahre | 2: 11-13 Jahre | 3: 14-17 Jahre | 4: 18-20 Jahre |
| 5: 21-24 Jahre | 6: 25-30 Jahre | 7: 31-40 Jahre | 8: 41 J. u. älter |
- 7.1 Sexueller Missbrauch durch Kinder _ _ _
- 7.2 Sexueller Missbrauch durch jugendliche Täter (15 – 18 Jahre) _ _ _
- 7.3 Sexueller Missbrauch durch erwachsene Täter (über 18 Jahre) _ _ _
- 7.4 Sexueller Missbrauch als Schutzbefohler (außerhalb des Familienrahmens) _ _ _
- 7.5 Sexueller Missbrauch innerhalb des Familienrahmens (Inzest) _ _ _
- 7.6 Sexuelle Nötigung / Vergewaltigung _ _ _
- 8. Häufigkeit erlittener gewaltsamer, sexueller Übergriffe**
- | | | | |
|-----------|------------|-------------|--------------------|
| 1: einmal | 2: 2-5 mal | 3: 6-10 mal | 4: häufiger als 10 |
|-----------|------------|-------------|--------------------|
- 8.1 Sexueller Missbrauch durch Kinder _ _ _
- 8.2 Sexueller Missbrauch durch jugendliche Täter (15 – 18 Jahre) _ _ _
- 8.3 Sexueller Missbrauch durch erwachsene Täter (über 18 Jahre) _ _ _
- 8.4 Sexueller Missbrauch als Schutzbefohler (außerhalb des Familienrahmens) _ _ _
- 8.5 Sexueller Missbrauch innerhalb des Familienrahmens (Inzest) _ _ _
- 8.6 Sexuelle Nötigung / Vergewaltigung _ _ _
- 9. Erlittene gewaltlose, sexuelle Übergriffe** (Beginn im Alter von)
- | | | | |
|------------------------|----------------|----------------|-------------------|
| 1: jünger als 10 Jahre | 2: 11-13 Jahre | 3: 14-17 Jahre | 4: 18-20 Jahre |
| 5: 21-24 Jahre | 6: 25-30 Jahre | 7: 31-40 Jahre | 8: 41 J. u. älter |
- 9.1 Durch exhibitionistische Handlungen _ _ _
- 9.2 Sexueller Missbrauch durch Kinder _ _ _
- 9.3 Sexueller Missbrauch durch jugendliche Täter (15 – 18 Jahre) _ _ _
- 9.4 Sexueller Missbrauch durch erwachsene Täter (über 18 Jahre) _ _ _
- 9.5 Sexueller Missbrauch als Schutzbefohler (außerhalb des Familienrahmens) _ _ _
- 9.6 Sexueller Missbrauch innerhalb des Familienrahmens (Inzest) _ _ _
- 10. Häufigkeit erlittener gewaltloser, sexueller Übergriffe**
- | | | | |
|-----------|------------|-------------|--------------------|
| 1: einmal | 2: 2-5 mal | 3: 6-10 mal | 4: häufiger als 10 |
|-----------|------------|-------------|--------------------|
- 10.1 Durch exhibitionistische Handlungen _ _ _
- 10.2 Sexueller Missbrauch durch Kinder _ _ _
- 10.3 Sexueller Missbrauch durch jugendliche Täter (15 – 18 Jahre) _ _ _
- 10.4 Sexueller Missbrauch durch erwachsene Täter (über 18 Jahre) _ _ _
- 10.5 Sexueller Missbrauch als Schutzbefohler (außerhalb des Familienrahmens) _ _ _
- 10.6 Sexueller Missbrauch innerhalb des Familienrahmens (Inzest) _ _ _

Sexuelle Aktivität und paraphile Muster

- 11. Sexuelle Orientierung der Begleitphantasien bei Selbstbefriedigung**
(im letzten Jahr) _ _ _
- | | |
|---|--|
| 1: ausschließlich gegengeschlechtlich | 2: überwiegend gegen-, seltener gleichgeschlechtlich |
| 3: ebenso gleich- wie gegengeschlechtlich | 4: überwiegend gleich-, seltener gegengeschlechtlich |
| 5: ausschließlich gleichgeschlechtlich | |
- 12. Geschlecht und Alter des jüngsten Phantasiepartners bei der Selbstbefriedigung**
(im letzten Jahr) _ _ _
- | | | | |
|--------------------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|
| 1: männl., jünger als 10 Jahre | 2: männl., 11-13 Jahre | 3: männl., 14-17 Jahre | 4: männl., > 18 Jahre |
| 5: weibl., jünger als 10 Jahre | 6: weibl., 11-13 Jahre | 7: weibl., 14-17 Jahre | 8: weibl., > 18 Jahre |

13. Paraphile Phantasieinhalte und Praktiken nach DSM-IV (im letzten Jahr)

- | | | | |
|------|------------------------------------|----------------------------|-----|
| | 1: nur in der Phantasie | 2: in Phantasie und Praxis | |
| 13.1 | Exhibitionismus | | ___ |
| 13.2 | Fetischismus | | ___ |
| 13.3 | Frotteurismus | | ___ |
| 13.4 | Pädophilie | | ___ |
| 13.5 | Masochismus | | ___ |
| 13.6 | Sadismus | | ___ |
| 13.7 | Transvestitischer Fetischismus | | ___ |
| 13.8 | Voyeurismus | | ___ |
| 13.9 | Nicht näher bezeichnete Paraphilie | | ___ |

Bei Frage 14. soll, ausgehend von der Gesamtzahl aller bisher erlebten Orgasmen (= 100%), angegeben werden, wie viel Prozent auf die jeweils angegebene Antwortmöglichkeit entfallen.

14. Prozentualer Anteil aller bisher erlebten Orgasmen

- | | | | | | |
|------|------------------------------------|----------------|----------------|---------------------|-----|
| | 1.....bis 10 % | 2.....bis 30 % | 3.....bis 70 % | 4.....mehr als 70 % | |
| 14.1 | mit gegengeschlechtlichem Partner | | | | ___ |
| 14.2 | mit gleichgeschlechtlichem Partner | | | | ___ |
| 14.3 | durch Selbstbefriedigung | | | | ___ |
| 14.4 | durch paraphile Aktivitäten | | | | ___ |
| 14.5 | mit Prostituierten | | | | ___ |

15. Ich-Nähe paraphiler Aktivitäten (falls gegeben)

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|-----|
| 1.....eher ich-nahe (ich-synton) | 2.....eher ich-fern (ich-dyston) | ___ |
|----------------------------------|----------------------------------|-----|

16. Anzahl der Personen, zu denen der Proband koitale Beziehungen eingegangen ist

- (ohne sexuelle Kontakte mit Prostituierten) ___
- 1: bis 2 Pers. 2: bis 5 Pers. 3: bis 10 Pers. 4: bis 20 Pers. 5: bis 30 Pers. 6: mehr als 30 Pers.

17. Längste Dauer einer bisherigen Koitusbeziehung

- | | | | | | |
|----------------|-----------------|---------------|----------------|-----------------------|-----|
| 1: bis 1 Woche | 2: bis 3 Monate | 3: bis 1 Jahr | 4: bis 5 Jahre | 5: 5 Jahre und länger | ___ |
|----------------|-----------------|---------------|----------------|-----------------------|-----|

18. Durchschnittliche Dauer bisheriger Koitusbeziehungen

- | | | | | | |
|----------------|-----------------|---------------|----------------|-----------------------|-----|
| 1: bis 1 Woche | 2: bis 3 Monate | 3: bis 1 Jahr | 4: bis 5 Jahre | 5: 5 Jahre und länger | ___ |
|----------------|-----------------|---------------|----------------|-----------------------|-----|

19. Koitusbeziehung zum Tatzeitpunkt

- | | | |
|---|---|-----|
| 1: ja, Beziehung bestand < als 3 Monate | 2: ja, Beziehung bestand > als 3 Monate | ___ |
|---|---|-----|

20. Erlebnisqualität der Koitusbeziehungen (Einschätzung des Probanden)

- | | | | |
|-----------------------------|--|--|-----|
| 1: überwiegend befriedigend | 2: überwiegend nicht befriedigend | | |
| 20.1 | insgesamt auf <u>emotional-personaler</u> Ebene | | ___ |
| 20.2 | insgesamt auf <u>sexueller</u> Ebene | | ___ |
| 20.3 | zum Tatzeitpunkt auf <u>emotional-personaler</u> Ebene | | ___ |
| 20.4 | zum Tatzeitpunkt auf <u>sexueller</u> Ebene | | ___ |

Tatmerkmale (Hauptdelikt)**21. Angeklagtes Hauptdelikt**

- | | | | |
|------|---|---------------------|-----|
| | 1: ja | 2: ja, mit Orgasmus | |
| 21.1 | Exhibitionistische Handlungen | | ___ |
| 21.2 | Sexueller Missbrauch von Kindern | | ___ |
| 21.3 | Sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen | | ___ |
| 21.4 | Sexueller Missbrauch innerhalb des Familienrahmens (Inzest) | | ___ |
| 21.5 | Sexuelle Nötigung / Vergewaltigung | | ___ |
| 21.6 | Sexuell motivierte Tötung | | ___ |
| 21.7 | Andere | | ___ |

22. Sexuelle Praktiken des Täters bei der Tat

1: ja 2: ja, mit Orgasmus

22.1	manuell-aktiv	
22.2	manuell-passiv	
22.3	oral-aktiv	
22.4	oral-passiv	
22.5	genito-genital	
22.6	genito-anal	
22.7	anderes	

23. Aggressive Durchsetzung der Tat 1 : ja

23.1	psychische Gewalt (verbale Bedrohung)	
23.2	physische Gewalt (Körperverletzung)	
23.3	instrumentelle Gewalt (Waffengebrauch)	

24. Opferverhalten (aus Sicht des Täters) 1 : ja

24.1	Widerstand	
24.2	Duldung	
24.3	Teilnahme	
24.4	Neugier	
24.5	Aufforderung	

25. Geschlecht des Opfers bzw. der Opfer1: weiblich 2: männlich 3: mehrere Opfer (nur weiblich)
4: mehrere Opfer (nur männlich) 5: mehrere Opfer (männlich und weiblich)

25.1	1. Tat	
25.2	2. Tat	
25.3	3. Tat	
25.4	4. Tat	
25.5	aktuelle Tat	

26. Alter des Opfers bzw. der Opfer1: jünger als 10 Jahre 2: 11-13 Jahre 3: 14-17 Jahre 4: 18-20 Jahre
5: 21-24 Jahre 6: 25-30 Jahre 7: 31-40 Jahre 8: 41 Jahre und älter

26.1	1. Tat	
26.2	2. Tat	
26.3	3. Tat	
26.4	4. Tat	
26.5	aktuelle Tat	

27. Alter des Täters1: jünger als 10 Jahre 2: 11-13 Jahre 3: 14-17 Jahre 4: 18-20 Jahre
5: 21-24 Jahre 6: 25-30 Jahre 7: 31-40 Jahre 8: 41 Jahre und älter

27.1	1. Tat	
27.2	2. Tat	
27.3	3. Tat	
27.4	4. Tat	
27.5	aktuelle Tat	

28. Täter-Opfer-Beziehung1: Familie 2: Verwandtschaft 3: Partnerschaft 4: Schutzbefohlenheit
5: sozialer Nahraum 6: Bekanntschaft 7: Prostitutionskontakt

28.1	1. Tat	
28.2	2. Tat	
28.3	3. Tat	
28.4	4. Tat	
28.5	aktuelle Tat	

- 29. Sämtliche begangenen sexuellen Übergriffe** (außer Hauptdelikt)
- 1: ja, einmal (strafverfolgt) 2: ja, einmal (nicht strafverfolgt)
3: ja, mehrmals (strafverfolgt) 4: ja, mehrmals (nicht strafverfolgt)
5: ja, mehrmals (strafverfolgt und nicht strafverfolgt)
- 29.1 Exhibitionistische Handlungen
29.2 Sexueller Missbrauch von Kindern
29.3 Sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen
29.4 Sexueller Missbrauch innerhalb des Familienrahmens (Inzest)
29.5 Sexuelle Nötigung / Vergewaltigung
29.6 Sexuell motivierte Tötung
29.7 Andere
- Sexuelle Funktionsstörungen**
- 30. Verminderte sexuelle Appetenz** (ICD-10: F 52.1; DSM-IV: 302.71)
- 1.....lebenslang - generalisiert 4.....erworben - generalisiert
2.....lebenslang - situativ - auch zur Tatzeit 5.....erworben - situativ - auch zur Tatzeit
3.....lebenslang - situativ - nicht zur Tatzeit 6.....erworben - situativ - nicht zur Tatzeit
- 31. Erektionsstörung** (ICD-10: F 52.2; DSM-IV: 302.72)
- 1.....lebenslang - generalisiert 4.....erworben - generalisiert
2.....lebenslang - situativ - auch zur Tatzeit 5.....erworben - situativ - auch zur Tatzeit
3.....lebenslang - situativ - nicht zur Tatzeit 6.....erworben - situativ - nicht zur Tatzeit
- 32. Verzögerter Orgasmus** (ICD-10: F 52.3; DSM-IV: 302.74)
- 1.....lebenslang - generalisiert 4.....erworben - generalisiert
2.....lebenslang - situativ - auch zur Tatzeit 5.....erworben - situativ - auch zur Tatzeit
3.....lebenslang - situativ - nicht zur Tatzeit 6.....erworben - situativ - nicht zur Tatzeit
- 33. Vorzeitiger Orgasmus** (ICD-10: F 52.4; DSM-IV: 302.75)
- 1.....lebenslang - generalisiert 4.....erworben - generalisiert
2.....lebenslang - situativ - auch zur Tatzeit 5.....erworben - situativ - auch zur Tatzeit
3.....lebenslang - situativ - nicht zur Tatzeit 6.....erworben - situativ - nicht zur Tatzeit
- 34. Eine Funktionsstörung begünstigende Grunderkrankung** 1 : ja
- 34.1 kardiovaskuläre Erkrankungen
34.2 endokrine und metabolische Erkrankungen
34.3 neurologische Erkrankungen
34.4 psychische Erkrankungen
34.5 uro-genitale Fehlbildungen
34.6 operative Eingriffe im Abdominal-, Becken- und Urogenitalbereich
34.7 schwere Allgemeinerkrankungen
- 35. Eine Funktionsstörung begünstigender Substanzgebrauch** 1: ja
- 35.1 Alkohol
35.2 Medikamente
35.3 Kokain, Opiate, Amphetamine
35.4 Sonstiges
- 36. Bisherige Behandlungsversuche bei sexuellen Funktionsstörungen** 1: ja
- 36.1 medikamentös
36.2 gesprächsbezogene Interventionen
-
- 37. Für die Bearbeitung des Moduls genutzte Quellen** 1: ja
- 37.1 Exploration
37.2 Gerichtsakten
37.3 Krankenakten
37.4 Partnerbefragung
37.5 Angehörigenbefragung

MANUAL ZUM MODUL „SEXUALDELINQUENZ“

1. Fall-Nr.:

Übertragen werden die Code-Ziffern entsprechend der Kerndokumentation
Grundsätzlich gilt für sämtliche Module, dass jede Zeile kodiert werden muss. Einheitlich kodiert werden ebenfalls in allen Modulen:

0 = nein, nicht, keine etc.

9 = keine Angaben

10 = Auskünfte vom Probanden verweigert

Sexuelle Entwicklung

2. Einstellung zur Sexualität / Umgang mit Nacktheit in der Primärfamilie

Maßgeblich sind Angaben des Probanden über Bezugspersonen der Primärfamilie (Eltern, Geschwister) hinsichtlich ihrer Bereitschaft, sexuelle Themen zu besprechen oder sich in Anwesenheit von Familienmitgliedern im Badezimmer oder ggf. auf dem Weg vom Badezimmer in das Ankleidezimmer ohne Bekleidung der Genitalien zu zeigen.

1: *tabuisierend*: Bereitschaft besteht nicht und würde negativ bewertet.

2: *eher prüde*: Bereitschaft besteht in Ausnahmefällen mit großer Zurückhaltung.

3: *eher freizügig*: Bereitschaft besteht und wird positiv bewertet, aber nicht besonders erörtert.

4: *permissiv*: Bereitschaft besteht und wird erwartet; fehlende Bereitschaft wird abgelehnt.

3. Sexuelle Aufklärung durch (Beginn im Alter von)

Anzugeben ist der Beginn sexueller Aufklärung – wie vom Probanden erinnert. Unter sexueller Aufklärung wird die Vermittlung von Informationen zur körperlichen und psychischen Sexualentwicklung, zum sexuellen Reaktionszyklus und zum Ablauf sexueller Aktivitäten (Selbstbefriedigung, Petting, Koitus etc.) verstanden.

3.1 Mit *Eltern* sind leibliche Eltern und Stiefeltern gemeint. Bei alleinerziehenden Elternteilen ist die Markierung zulässig.

3.2 *Schule* meint die Wahrnehmung von Lehrinhalten, die der Vermittlung sexuellen Wissens dienen.

3.3 *Peer-Group* meint die Vermittlung sexuellen Wissens durch eine Gleichaltrigengruppe (± 4 Jahre Altersabstand), die durch eine gemeinsame Aktivität verbunden sein muß (z. B. durch eine Sportart, aber auch durch sonstige gemeinsame Freizeitgestaltung jeder Art einschließlich gemeinsamen 'Herumhängen').

3.4 *Medien* meint die Nutzung von sowohl freizugänglichen Druckmedien, wie Zeitschriften, Broschüren, Büchern etc, als auch die Nutzung freizugänglicher elektronischer Medien, wie Rundfunk, Fernsehen, Internet sowie auch von Videofilmen, in denen Informationen über sexuelle Interaktionen und die Gestaltung sexueller Beziehungen vermittelt wurden.

3.5 *Pornographie* meint die Nutzung von pornographischen Darstellungen (kontextuell wenig eingebundene, bildliche oder sprachliche Hervorhebung genital-sexueller Handlungen) als Informationsquelle über sexuelle Aktivitäten und die Gestaltung sexueller Beziehungen.

3.6 *Sonstige* meint z. B. Verwandte, Großeltern aber auch Erziehungspersonal in Heimen.

4. Alter bei Beginn von bzw. erstmaliges Auftreten im Alter von

Anzugeben ist das Alter, in dem die aufgeführten Erfahrungen zum ersten Mal gemacht wurden – wie vom Probanden erinnert.

- 4.1 Unter *präpubertären Sexualspielen* sind im weitesten Sinne die sog. “Doktorspiele“ zu verstehen.
- 4.3 Beim *ersten Samenerguss* ist es irrelevant, ob dieser unwillkürlich (Pollution) oder durch Selbstbefriedigung eintrat.
- 4.4 Unter der *ersten Selbstbefriedigung* ist der vom Probanden angegebene Zeitpunkt der Aufnahme von Selbststimulation mit dem Zweck, sexuelle Erregung herbeizuführen, die nicht notwendig bis zum Höhepunkt führen müssen und ggf. auch ohne Samenerguß verlaufen kann, zu verstehen. Einbezogen sind also auch Aktivitäten, bei denen vor Erreichen des Orgasmus die Selbststimulation unterbrochen wird oder aber bei denen der Höhepunkt nicht von einem Samenerguss begleitet ist (z. B. der sog. ‘trockene’ Orgasmus vor Eintritt der Pubertät).
- 4.5 *Erster Geschlechtsverkehr* (gegengeschlechtlich) bedeutet: Erste vollzogene Vereinigung (orale, vaginale oder anale Penetration) – unabhängig davon, ob diese zum Orgasmus führte und unabhängig davon, ob es sich hierbei um einen sexuellen Übergriff (strafverfolgt oder nicht) handelte.
- 4.6 *Erster Geschlechtsverkehr* (gleichgeschlechtlich) bedeutet: Erste vollzogene Vereinigung (orale oder anale Penetration, nicht aber simultane bzw. mutuelle Masturbation) – unabhängig davon, ob diese zum Orgasmus führte und unabhängig davon, ob es sich hierbei um einen sexuellen Übergriff (strafverfolgt oder nicht) handelte.
- 4.7 *Erste partnerschaftliche Beziehung* meint eine nach außen abgegrenzte (d.h. für Außenstehende als solche erkennbare) feste Beziehung zu einem Partner von mindestens 3 Monaten Dauer.

5. Alter des Partners bzw. der Partner / innen bei

Anzugeben ist das vom Probanden eingeschätzte Alter des Partners / der Partner / innen bei den jeweils vorgegebenen Antwortmöglichkeiten.

6. Durchschnittliches Alter der Partner / innen bei

Anzugeben ist, wie alt im Durchschnitt die Partner / innen bei den jeweils vorgegebenen Antwortmöglichkeiten waren.

7. Erlittene gewaltsame, sexuelle Übergriffe (Beginn im Alter von)

Gewaltsame sexuelle Übergriffe sind alle Handlungen, die durch den (auch nur angedrohten) Einsatz körperlicher oder instrumenteller Gewalt, den Vollzug sexueller Handlungen versuchen oder umsetzen (z. B. auch durch Festhalten).

- 7.1 *Sexueller Missbrauch durch Kinder* meint, dass der Betroffene durch ein Kind (unter 14 Jahre alt) sexuell missbraucht worden ist.

Sexueller Missbrauch durch jugendliche Täter meint Täter zwischen 15 und 18 Jahren;

Sexueller Missbrauch durch erwachsene Täter meint Täter ab 18 Jahren.

- 7.4 *Sexueller Missbrauch als Schutzbefohlener* (außerhalb des Familienrahmens) meint die im § 174 StGB angegebenen Straftatbestände (sexuelle Handlungen an einer Person ...“die ihm zur Erziehung, zur Ausbildung oder zur Betreuung in der Lebensführung anvertraut ist“).

Sexueller Missbrauch innerhalb des Familienrahmens (Inzest) meint sexuelle Übergriffe im Rahmen

eines familiären Abhängigkeitsverhältnisses, auch wenn es sich nicht um leibliche Verwandte handelt (z. B. Stiefvater/Stieftochter).

Sexuelle Nötigung / Vergewaltigung meint die unter § 177 StGB (ab 1997) angegebenen Straftatbestände.

8. Häufigkeit erlittener gewaltsamer, sexueller Übergriffe

Anzugeben ist die vom Probanden berichtete Anzahl erlittener gewaltsamer, sexueller Übergriffe in den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten (s.o.).

9. Erlittene gewaltlose, sexuelle Übergriffe (Beginn im Alter von)

Gewaltlos sind alle sexuellen Übergriffe, die ohne Einsatz oder Androhung körperlicher oder instrumenteller Gewalt den Vollzug sexueller Handlungen versuchen oder durchführen (d.h. durch Überreden, durch Belohnung, durch Präsentieren des Genitales aus der Distanz etc.) .Zu *sexueller Missbrauch durch Kinder, sexueller Missbrauch durch jugendliche Täter, sexueller Missbrauch als Schutzbefehlener* sowie *sexueller Missbrauch im Familienrahmen (Inzest)* vgl. Frage 7. *Durch exhibitionistische Handlungen* meint das Präsentieren des Genitales als sexuellem Endzweck.

10. Häufigkeit erlittener gewaltloser, sexueller Übergriffe

Anzugeben ist die vom Probanden berichtete Anzahl erlittener gewaltloser, sexueller Übergriffe in den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten (s.o.).

Sexuelle Aktivität und paraphile Muster

11. Sexuelle Orientierung der Begleitphantasien bei Selbstbefriedigung

(im letzten Jahr) Anzugeben ist das Geschlecht von Phantasiepartnern bei der Selbstbefriedigung.

12. Geschlecht und Alter des jüngsten Phantasiepartners bei der Selbstbefriedigung

(im letzten Jahr) Anzugeben ist das Geschlecht sowie das vom Probanden eingeschätzte Alter des / der jüngsten im letzten Jahr vorgekommenen Phantasiepartners/-partnerin.

13. Paraphile Phantasieinhalte und Praktiken nach DSM-IV (im letzten Jahr)

Maßgeblich sind die diagnostischen Kriterien des DSM-IV, immer bezogen auf das letzte Jahr vor dem Beginn der Begutachtung. Zum diagnostischen Vorgehen wird im DSM-IV für die Paraphilien stets ein Grundmuster aufgeführt, welches in der Regel zwei Kriterien (die beide gegeben sein müssen) umfasst:

Kriterium A: Beschreibung der spezifischen Paraphilie, die über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten Phantasien oder Verhaltensweisen des Betroffenen kennzeichnet.

Kriterium B: Die Phantasien, sexuell dranghaften Bedürfnisse oder Verhaltensweisen verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Bei einigen Störungsbildern (z. B. beim Fetischismus) ist darüber hinaus ein weiteres Kriterium

(Kriterium C) aufgeführt, welches noch spezielle Ergänzungen enthält.

13.1 *Exhibitionismus* (DSM-IV: 302.4; ICD-10: F 65.2)

Kriterium A: Über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten wiederkehrende, intensive sexuell erregende Phantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen, die das Zur-Schau-Stellen der eigenen Genitalien gegenüber einem nichtsahnenden Fremden beinhalten.

Kriterium B: s.o.

13.2 *Fetischismus*: (DSM-IV: 302.81; ICD-10: F 65.0)

Kriterium A: Über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten wiederkehrende, intensive, sexuell erregende Phantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen, die den Gebrauch von unbelebten Objekten (z. B. weibliche Unterwäsche) beinhalten.

Kriterium B: s.o.

Kriterium C: Die fetischistischen Objekte beschränken sich nicht auf Teile der weiblichen Kleidung, die zum Tragen der Kleidung des anderen Geschlechts verwendet werden (wie beim Transvestitischen Fetischismus) oder auf Geräte, die zum Zwecke der genitalen Stimulation hergestellt wurden (z. B. ein Vibrator).

13.3 *Frotteurismus* (DSM-IV: 302.89; ICD-10: F 65.8)

Kriterium A: Über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten wiederkehrende, intensive, sexuell erregende Phantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen, die das Berühren und Reiben an einer nicht einwilligenden Person beinhalten.

Kriterium B: s.o.

13.4 *Pädophilie* (DSM-IV: 302.2; ICD-10: F 65.4)

Kriterium A: Über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten wiederkehrende, intensive sexuell erregende Phantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen, die sexuelle Handlungen mit einem präpubertären Kind oder Kindern (in der Regel 13 Jahre oder jünger) beinhalten.

Kriterium B: s.o.

Kriterium C: Die Person ist mindestens 16 Jahre alt und mindestens 5 Jahre älter als das Kind oder die Kinder nach Kriterium A. Bei der Kodierung soll beachtet werden, dass Spätadoleszente, die sich in einer fortdauernden sexuellen Beziehung mit einem 12- bis 13jährigen Partner befinden, nicht einzubeziehen sind.

13.5 *Sexueller Masochismus* (DSM-IV: 302.83; ICD-10: F 65.5)

Kriterium A: Über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten wiederkehrende, intensive, sexuell erregende Phantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen, welche einen (realen, nicht simulierten) Akt der Demütigung, des Geschlagen- bzw. Gefesseltwerdens oder sonstigen Leidens beinhalten.

Kriterium B: s.o.

13.6 *Sexueller Sadismus* (DSM-IV: 302.84; ICD-10: F 65.5)

Kriterium A: Über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten wiederkehrende, intensive, sexuell erregende Phantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen, welche (reale, nicht simulierte) Handlungen beinhalten, in denen das psychische oder physische Leiden (einschließlich Demütigung) des Opfers für die Person sexuell erregend ist.

Kriterium B: s.o.

13.7 *Transvestitischer Fetischismus* (DSM-IV: 302.3; ICD-10: F 65.1)

Kriterium A: Über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten wiederkehrende, intensive, sexuell erregende Phantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen, welche das Tragen der Kleidung des anderen Geschlechts beinhalten.

Kriterium B: s.o.

- 13.8 *Voyeurismus* (DSM-IV: 302.82; ICD-10: F 65.3):

Kriterium A: Über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten wiederkehrende, intensive, sexuell erregende Phantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen, welche die Beobachtung einer nichtsahnenden Person, die nackt ist, sich gerade entkleidet oder sexuelle Handlungen ausführt, beinhalten.

Kriterium B: s.o.

- 13.9 *Nicht näher bezeichnete Paraphilie* (DSM-IV: 302.9; ICD-10: F 65.9):

Diese Kategorie wurde aufgenommen, um Paraphilien kodieren zu können, welche nicht die Kriterien für eine der spezifischen Kategorien erfüllen. Beispiele beinhalten, ohne darauf beschränkt zu sein (sexuell erregendes Stimulans in Klammern): Telefonische Scatologie (obszöne Telefonanrufe), Gerontophilie (Greise), Nekrophilie (Leichen), Partialismus (ausschließliches Interesse an einem Körperteil), Zoophilie (Tiere), Phytophilie (Pflanzen), Koprophilie / Urophilie (Fäkalien; Kot + Urin), Klysmaphilie (Klistierspritzen) und andere.

Bei Frage 14 soll, ausgehend von der Gesamtzahl aller bisher erlebten Orgasmen (= 100%), angegebene werden, wie viel Prozent auf die jeweils angegebene Antwortmöglichkeit entfallen.

14. **Prozentualer Anteil aller bisher erlebten Orgasmen**

Anzugeben ist der vom Probanden eingeschätzte, prozentuale Anteil an Orgasmen, die auf die jeweiligen Antwortmöglichkeiten entfallen (in Bezug auf die Gesamtzahl aller bisher erlebten Orgasmen).

durch paraphile Aktivitäten meint, durch eine oder mehrere der sexuellen Handlungen, die unter Punkt 13 beschrieben wurden (s.o.) Anzugeben ist demnach der vom Probanden eingeschätzte Anteil der durch paraphile Aktivitäten herbeigeführten Orgasmen in Bezug auf die Gesamtzahl aller bisher erlebten Orgasmen.

- 14.5 *mit Prostituierten* meint denjenigen Anteil erlebter Orgasmen, der bei sexuellen Kontakten mit Prostituierten erlebt wurde.

15. **Ich-Nähe paraphiler Aktivitäten** (falls gegeben)

Anzugeben ist die Einschätzung des Untersuchers, ob die vorliegenden paraphilen Erlebenskomponenten vom Probanden eher ich-nahe bzw. ich-vertraut (d.h. *ich-synton*, als Bestandteil der eigenen Identität akzeptiert) oder eher ich-fern bzw. ich-fremd (d.h. *ich-dyston.*, als Bestandteil der eigenen Identität nicht akzeptiert) erlebt werden.

16. **Anzahl der Personen, zu denen der Proband koitale Beziehungen eingegangen ist** (ohne sexuelle Kontakte mit Prostituierten)

Anzugeben ist die gesamte Anzahl aller Personen, zu denen der Proband seiner Erinnerung nach koitale Beziehungen eingegangen ist. Prostituiertenkontakte werden hier nicht mitgezählt.

17. **Längste Dauer einer bisherigen Koitusbeziehung**

Anzugeben ist - bezogen auf alle bisherigen Koitusbeziehungen des Probanden - die Dauer derjenigen, die am längsten gedauert hat.

Durchschnittliche Dauer bisheriger Koitusbeziehungen

Anzugeben ist – bezogen auf alle bisherigen Koitusbeziehungen des Probanden - die Dauer, von der die bisherigen Koitusbeziehungen des Probanden im Durchschnitt waren.

19. Koitusbeziehung zum Tatzeitpunkt

Anzugeben ist, ob eine Koitusbeziehung zum Tatzeitpunkt bestand und wie lange diese ggf. andauerte.

20. Erlebnisqualität der Koitusbeziehung

Anzugeben ist die Einschätzung des Probanden, wie befriedigend dieser seine bisherigen Koitusbeziehungen im Bezug auf die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten empfunden hat.

- 20.1 *Insgesamt auf emotional-personaler Ebene* meint, wie befriedigend der Proband seine bisherigen Koitusbeziehungen insgesamt auf der Beziehungsebene bzw. emotional empfunden hat, d.h. ob (durch das grundsätzliche Vertrauensverhältnis im alltäglichen Miteinander) die Beziehung überwiegend zufriedenstellend oder überwiegend nicht zufriedenstellend erlebt wurde.
- 20.2 *Insgesamt auf sexueller Ebene* meint, wie befriedigend der Proband seine bisherigen Koitusbeziehungen auf der Ebene der sexuellen Interaktion empfunden hat.
- 20.3 *zum Tatzeitpunkt auf emotional-personaler Ebene* meint, wie befriedigend der Proband eine ggf. zum Tatzeitpunkt bestehende Koitusbeziehung zum Tatzeitpunkt auf der Beziehungsebene bzw. emotional empfunden hat.
- 20.4 *zum Tatzeitpunkt auf sexueller Ebene*. Anzugeben ist die Einschätzung des Probanden, ob eine ggf. zum Tatzeitpunkt bestehende Koitusbeziehung auf sexueller Ebene (d.h. hinsichtlich der Gestaltung sexueller Aktivitäten) überwiegend zufriedenstellend oder überwiegend nicht zufriedenstellend erlebt wurde.

Tatmerkmale (nur Hauptdelikt)

Die Merkmalsbeschreibungen der Fragen 20 – 29 beziehen sich auf das Hauptdelikt; dies meint bei einer Tatserie das strafrechtlich schwerwiegendste Delikt.

21. Angeklagtes Hauptdelikt

Anzugeben sind alle für das Hauptdelikt relevanten Straftatbestände, d.h. z.B. bei Geschlechtsverkehr mit der 13-jährigen Tochter sowohl „sexueller Missbrauch von Kindern“ als auch „Inzest“ und „Vergewaltigung“

21.1 *Exhibitionistische Handlungen*

Gemeint ist das Präsentieren des Genitals als sexueller Endzweck.

21.2 *Sexueller Missbrauch von Kindern*

Einbezogen werden die im § 176 StGB angegebenen Straftatbestände.

21.3 *Sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen* (außerhalb des Familienrahmens) meint

die im § 174 StGB angegebenen Straftatbestände (sexuelle Handlungen an einer Person ..., die ihm zur Erziehung, zur Ausbildung oder zur Betreuung in der Lebensführung anvertraut ist“).

21.4 *Sexueller Missbrauch innerhalb des Familienrahmens (Inzest)*. Gemeint sind Sexuelle Übergriffe im Rahmen eines familiären Abhängigkeitsverhältnisses, auch wenn es sich nicht um leibliche Verwandte handelt (z.B. Stiefvater / Stieftochter).

21.5 Sexuelle Nötigung / Vergewaltigung

Einbezogen werden die im § 177 StGB (ab 1997) angegebenen Straftatbestände.

21.6 Sexuell motivierte Tötung

Tötungsdelikte mit sexuellem Hintergrund, also das Empfinden von sexueller Erregung beim bzw. durch das Töten des Opfers (es muss dabei nicht zu sexuellen Handlungen kommen). Nicht-sexuell motivierte Tötungsdelikte werden im Strafrechtsmodul erfasst!

22. Sexuelle Praktiken des Täters bei der Tat

Anzugeben ist die Tatdurchführung des Täters hinsichtlich der sexuellen Handlungen.

22.1 *Manuell aktiv*: Gemeint ist ein Berühren der Genitalien des Opfers durch die Hände des Täters.

22.2 *Manuell passiv*: Gemeint ist ein Berührenlassen des Täters durch die Hände des Opfers.

22.3 *Oral aktiv*: Gemeint ist ein Berühren der Genitalien des Opfers mit dem Mund des Täters.

22.4 *Oral passiv*: Gemeint ist ein Berühren der Genitalien des Täters mit dem Mund des Opfers.

22.5 *Genito-genital*: Gemeint sind Berührungen der Genitalien zwischen Opfer und Täter (z. B. Penis – Scheide, aber auch Penis – Busen).

22.6 *Genito-anal*: Gemeint ist die Berührung der Analregion des Opfers mit dem Penis des Täters.

22.7 *Anderes*: Gemeint sind sexuelle Praktiken bei der Tatdurchführung, die anderweitig nicht erfaßt werden können (wie z. B. das Zufügen von Schmerzen zur Steigerung der sexuellen Erregung).

23. Aggressive Durchsetzung der Tat

psychische Gewalt: Gemeint ist die Einschüchterung des Opfers durch Drohungen aller Art, die Nachteile oder Schäden des Opfers oder von Angehörigen des Opfers ankündigen (verbale Bedrohung, Erpressung).

physische Gewalt: Gemeint ist der Einsatz körperlicher Mittel (Schlagen, Würgen, Festhalten etc.) zur (auch versuchten) Durchsetzung sexueller Handlungen.

23.3 *instrumentelle Gewalt*: Gemeint ist der Einsatz von Waffen oder bedrohlichen Gegenständen sowie auch die Fesselung des Opfers zur (auch versuchten) Durchsetzung sexueller Handlungen.

24. Opferverhalten (aus Sicht des Täters)

Anzugeben ist die Einschätzung des Opferverhaltens zum Zeitpunkt der Tat nach Darstellung des Täters.

24.1 *Widerstand*: ist zu markieren, wenn das Opfer den sexuellen Übergriff abzuwehren versuchte (verbal oder auch körperlich).

24.2 *Duldung*: ist dann zu markieren, wenn von Tatbeginn an dem Täter kein Widerstand entgegengebracht worden ist. Duldung ist also nicht automatisch zu markieren, wenn der Täter sein Ziel erreicht hat! Widersetzt sich beispielsweise ein Opfer über längere Zeit, bis aufgrund fehlender Kräfte doch die Situation eintritt, dass die sexuelle Handlung geduldet werden muss, so wäre in diesem Fall bei Duldung eine „0“ zu markieren!

- 24.3 *Teilnahme*: Gemeint ist das (aus der Sicht des Täters) einverständliche 'Mitmachen' des Opfers an den sexuellen Handlungen.
- 24.4 *Neugier* ist dann zu markieren, wenn das Opfer dem Verhalten des Täters (aus dessen Sicht) Interesse entgegenbrachte.
- 24.5 *Aufforderung* ist dann zu markieren, wenn die sexuelle Handlung (auch nur in Teilen), laut Darstellung des Täters, auf Aufforderungs-Verhalten des Opfers zurückgehen.
- 25. Geschlecht des Opfers bzw. der Opfer**
Anzugeben ist das Geschlecht des Opfers bzw. mehrerer Opfer bei den verschiedenen Taten.
- 26. Alter des Opfers bzw. der Opfer**
Anzugeben ist das Alter des Opfers / der Opfer; bei mehreren Opfern ist für die Markierung das Alter des jüngsten Opfers maßgeblich.
- 27. Alter des Täters**
Anzugeben ist das Alter des Täters bei den verschiedenen Taten.
- 28. Täter-Opfer-Beziehung**
Anzugeben ist die Beziehung, die zwischen dem Täter und dem Opfer bei den verschiedenen Taten bestand.
Mit *sozialer Nahraum* ist die unmittelbare soziale (nicht familiäre) Lebensumgebung gemeint, wie beispielsweise Unter- bzw. Vermieter, Hausbewohner, Nachbarn etc.
- 29. Sämtliche begangenen sexuellen Übergriffe** (außer dem Hauptdelikt)
Dies meint alle – im Laufe des bisherigen Lebens – begangenen sexuellen Übergriffe (außer das Hauptdelikt).
- 29.1 *Exhibitionistische Handlungen*
Gemeint ist das Präsentieren des Genitals als sexueller Endzweck.
- 29.2 *Sexueller Missbrauch von Kindern*
Einbezogen werden die im § 176 StGB angegebenen Straftatbestände.
- 29.3 *Sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen* (außerhalb des Familienrahmens)
die im § 174 StGB angegebenen Straftatbestände (sexuelle Handlungen an einer Person ...“die ihm zur Erziehung, zur Ausbildung oder zur Betreuung in der Lebensführung anvertraut ist“).
- 29.4 *Sexueller Missbrauch innerhalb des Familienrahmens (Inzest)*
Sexuelle Übergriffe im Rahmen eines familiären Abhängigkeitsverhältnisses, auch wenn es sich nicht um leibliche Verwandte handelt (z. B. Stiefvater/Stieftochter).
- 29.5 *Sexuelle Nötigung / Vergewaltigung*
Einbezogen werden die im § 177 StGB (ab 1997) angegebenen Straftatbestände.
- 29.6 *Sexuell motivierte Tötung*
Tötungsdelikte mit sexuellem Hintergrund, also das Empfinden von sexueller Erregung beim bzw. durch das Töten des Opfers (es muss dabei nicht zu sexuellen Handlungen kommen). Nicht-sexuell motivierte Tötungsdelikte werden im Strafrechtsmodul erfasst!

Sexuelle Funktionsstörungen

30. Verminderte sexuelle Appetenz (ICD-10: F 52.1; DSM-IV: 302.71)

Anzugeben ist das Vorliegen einer verminderten sexuellen Appetenz nach DSM-IV mit Spezifizierung des Beginns der Störung sowie des Kontextes, in dem die Störung auftritt.

Lebenslang meint den Beginn seit Aufnahme sexueller Beziehungen; *erworben* meint das Auftreten nach einer Phase der störungsfreien Gestaltung sexueller Beziehungen. *Generalisiert* meint in allen Situationen (d.h. sowohl beim Geschlechtsverkehr als auch bei der Selbstbefriedigung). *Situativ* meint nur in bestimmten Situationen (z. B. nur beim Geschlechtsverkehr, nicht aber bei der Masturbation). Anzugeben ist ferner, ob die betreffende Störung zum Tatzeitpunkt auch vorlag.

31. Erektionsstörung (ICD-10: F 52.2; DSM-IV: 302.72)

Anzugeben ist das Vorliegen einer Erektionsstörung nach DSM-IV mit Spezifizierung des Beginns der Störung sowie des Kontextes, in dem die Störung auftritt.

Lebenslang meint nach den Beginn seit Aufnahme sexueller Beziehungen; *erworben* meint das Auftreten nach einer Phase der störungsfreien Gestaltung sexueller Beziehungen. *Generalisiert* meint in allen Situationen (d.h. sowohl beim Geschlechtsverkehr als auch bei der Selbstbefriedigung). *Situativ* meint nur in bestimmten Situationen (z. B. nur beim Geschlechtsverkehr, nicht aber bei der Masturbation). Anzugeben ist ferner, ob die betreffende Störung zum Tatzeitpunkt auch vorlag.

32. Verzögerter Orgasmus (ICD-10: F 52.3; DSM-IV: 302.74)

Anzugeben ist das Vorliegen eines gehemmten Orgasmus nach DSM-IV mit Spezifizierung des Beginns der Störung sowie des Kontextes, in dem die Störung auftritt. Gemeint ist das verzögerte Eintreten oder das Ausbleiben des Orgasmus.

Lebenslang meint den Beginn seit Aufnahme sexueller Beziehungen; *erworben* meint das Auftreten nach einer Phase der störungsfreien Gestaltung sexueller Beziehungen. *Generalisiert* meint in allen Situationen (d.h. sowohl beim Geschlechtsverkehr als auch bei der Selbstbefriedigung). *Situativ* meint nur in bestimmten Situationen (z. B. nur beim Geschlechtsverkehr, nicht aber bei der Masturbation). Anzugeben ist ferner, ob die betreffende Störung zum Tatzeitpunkt auch vorlag.

33. Vorzeitiger Orgasmus; (ICD-10: F 52.4; DSM-IV: 302.75)

(auch als Ejaculatio praecox bezeichnet)

Anzugeben ist das Vorliegen eines vorzeitigen Orgasmus nach DSM-IV mit Spezifizierung des Beginns der Störung sowie des Kontextes, in dem die Störung auftritt. Gemeint ist die fehlende Steuerbarkeit des Eintretens des Orgasmus, der als zu früh eintretend erlebt wird.

Lebenslang meint den Beginn seit Aufnahme sexueller Beziehungen; *erworben* meint das Auftreten nach einer Phase der störungsfreien Gestaltung sexueller Beziehungen. *Generalisiert* meint in allen Situationen (d.h. sowohl beim Geschlechtsverkehr als auch bei der Selbstbefriedigung). *Situativ* meint nur in bestimmten Situationen (z. B. nur beim Geschlechtsverkehr, nicht aber bei der Masturbation). Anzugeben ist ferner, ob die betreffende Störung zum Tatzeitpunkt auch vorlag.

34. Eine Funktionsstörung begünstigende Grunderkrankung

- 34.1 *Kardiovaskuläre Erkrankungen* z.B. koronare Herzerkrankung; Hypertonie; Herzinfarkt; arteriosklerotische, thrombotische, posttraumatische, kongenitale Gefäßanomalien.
- 34.2 *Endokrine und metabolische Erkrankungen* z.B. Diabetes mellitus; chronische Lebererkrankungen; chronische Niereninsuffizienzen; Hypophysenerkrankungen.
- 34.3 *Neurologische Erkrankungen* z.B. M. Parkinson, Multiple Sklerose, Schädel-Hirn-Traumen; Querschnittslähmungen.
- 34.4 *Psychische Erkrankungen* z.B. Neurose; Persönlichkeitsstörung; Depression; Psychose.
- 34.5 *Uro-genitale Fehlbildungen* z.B. Epispadie; Hypospadie; Phimose.
- 34.6 *Operative Eingriffe im Abdominal-, Becken- und Urogenitalbereich* z.B. Blasen-, Kolon-, Rektumoperationen.
- 34.7 *Schwere Allgemeinerkrankungen* z.B. Krebserkrankungen; Dialysepflichtigkeit

35. Eine Funktionsstörung begünstigender Substanzgebrauch

Anzugeben ist die ggf. vorliegende Substanz, sofern diese in einem erkennbaren zeitlichen Zusammenhang einen Einfluß auf den Beginn oder die Ausbildung einer sexuellen Funktionsstörung haben kann. Bei den Medikamenten sind dies Herz-Kreislaufmittel (z. B. Antihypertensiva und Diuretika), Psychopharmaka, Hormone und Antihormone, Parkinsonmittel (Levodopa, Dopamin-2-Agonisten), Magen-Darm-Mittel (z. B. H₂-Rezeptor-Antagonisten). Beachte: Der Substanzgebrauch zum Tatzeitpunkt wird im Dokumentationsmodul „Strafrecht“ gesondert erhoben.

36. Bisherige Behandlungsversuche bei sexuellen Funktionsstörungen

- 36.1 *medikamentös*: Gemeint sind alle Medikamente, die zur Behandlung sexueller Funktionsstörungen eingesetzt wurden (Sildenafil, SKAT, Yohimbin etc.).
- 36.2 *gesprächsbezogene Interventionen*: Gemeint sind alle Interventionen, die, gleich welchem schulischen Ansatz folgend, zur Behandlung sexueller Funktionsstörungen eingesetzt worden sind. Es müssen mindestens drei Termine hierfür aufgewendet worden sein.

37. Für die Bearbeitung des Moduls genutzte Quellen

Anzugeben sind alle Informations- und Erkenntnisquellen, die zur Bearbeitung des Moduls genutzt wurden.

Geschlechtstypische Unterschiede in der Sexualität – eine Pilotstudie

Wolfgang Weig, Maren Wietzke

Gender-Typical Differences in Sexuality – a Pilot Study

Abstract

This study addresses the question whether the numerous gender-typical differences in sexuality, familiar from decades of published research, can still be found today. A sample of 83 subjects shows that gender differences in the age of first intercourse, number of sexual partners, frequency of sexual coitus and the need for tenderness and sexuality in relationship have almost disappeared. This result is to be interpreted against the background of a changing relationship between the sexes due to societal causes. Nevertheless significant gender differences in masturbation can be found. In addition, women tend to be less sexually satisfied and experience orgasms significantly less than men. This is evidence of gender differences that are biological in nature. Research on sexuality should therefore consider biological as well as socio-cultural determinants of human sexuality. Furthermore this study shows that today partners experience themselves as a team characterized by a loving contact, understanding for one another and a relaxed sexuality based on equality leading to global well-being. In particular the communication of sexual needs is important for that well-being. This is strong evidence for the „morality of consensus“ described by Gunter Schmidt. Men in particular, women less so emphasize the connection between sexual desire, love and tenderness. In summary, this study demonstrates the strong relationship between sexuality, partnership and well-being. *Keywords:* gender-typical differences, sex research, morality of consensus, well-being

Zusammenfassung

In der vorliegenden Studie wird untersucht, ob die zahlreichen in der Sexualforschung seit Jahrzehnten berichteten geschlechtstypischen Unterschiede in der Sexualität

gegenwärtig noch zu finden sind. Anhand einer hochselektiven Stichprobe von 83 Personen wird gezeigt, dass Geschlechtsunterschiede hinsichtlich des Alters beim ersten Sexualverkehr, Anzahl der Sexualpartner, Koitushäufigkeit und dem Wunsch nach Zärtlichkeit und Sexualität in der Beziehung weitgehend verschwunden sind. Dieses Ergebnis ist vor dem Hintergrund eines sich durch gesellschaftliche Ursachen verändernden Geschlechterverhältnisses zu betrachten. Dennoch werden weiterhin signifikante Unterschiede im Bereich der Selbstbefriedigung gefunden. Zudem zeigt sich, dass Frauen signifikant weniger sexuell befriedigt sind und seltener beim Geschlechtsverkehr einen Orgasmus erleben als Männer. Dies spricht für geschlechtstypische Unterschiede biologischer Natur und somit dafür, dass bei der Erforschung der menschlichen Sexualität sowohl soziokulturelle wie auch biologische Determinanten berücksichtigt werden sollten. Weiterhin wird gezeigt, dass sich Beziehungspartner heute als ein Team verstehen, welches durch einen liebevollen Umgang, gegenseitiges Verständnis und eine gleichberechtigte und ungezwungene Sexualität charakterisiert ist, die zum allgemeinen Wohlbefinden ihren Beitrag leistet. Einen besonderen Stellenwert nimmt dabei die Kommunikation sexueller Bedürfnisse ein, was als ein Hinweis auf die von Gunter Schmidt beschriebene „Verhandlungsmoral“ gedeutet wird. Besonders die Männer, weniger die Frauen, betonen dabei die Verbindung zwischen sexueller Lust, Liebe und Zärtlichkeit. Zusammenfassend wird in dieser Studie der enge Zusammenhang zwischen Sexualität, Partnerschaft und Wohlbefinden deutlich.

Schlüsselwörter: Sexualität, geschlechtstypische Unterschiede, Sexualforschung, Verhandlungsmoral

Einleitung

Nach einer frühen Phase der Sexualforschung, die unreflektiert von der männlichen Perspektive ausging,

und einer zeitweilig im Vordergrund stehenden expliziten „Frauenforschung“, treten nun Fragen nach differentiellen Geschlechtsunterschieden in der Sexualität und nach der Natur dieser Geschlechterdifferenzen (konstruktivistisch, essentialistisch) in den Vordergrund. Die Literatur zeigt, dass Männer mehr Sexualpartner haben als Frauen und früher mit dem Geschlechtsverkehr beginnen (Whitley 1988; Oliver & Hyde 1993; Schmidt 2000; Okami & Shackelford 2001). Auch scheinen Männer sich häufiger Geschlechtsverkehr zu wünschen als Frauen (Oliver & Hyde 1993; Schmidt 2000).

Ferner setzen Frauen Sexualität eher mit emotionalen Aspekten und Zärtlichkeit in Verbindung als Männer. Diese hingegen verbinden Sexualität vor allem mit der Befriedigung ihrer Lust (Whitley 1988; Grau & Kumpf 1993).

Nach Schmidt (2000) sprechen Männer und Frauen der Sexualität eine unterschiedliche Bedeutung zu. Während Männer betonen, dass ihnen Sexualität per se wichtig sei, relativieren Frauen die Bedeutung von Sexualität in einem stärkeren Maße: sie beschreiben Sexualität als kontextabhängig, phasenweise variierend, abhängig von der momentanen Beziehung und vor allem von den Gefühlen zum Partner.

Weitere prägnante Unterschiede werden im Bereich der Selbstbefriedigung gefunden: Jungen beginnen früher als Mädchen (Storms 1981). Außerdem befriedigen sich Männer weitaus häufiger als Frauen und stellen sich dabei eher eine Wunschpartnerin vor (Oliver & Hyde 1993; Boeger & Mantey 1998; Schmidt 2000; Okami & Shackelford 2001).

Erklärt werden diese Unterschiede – neben der biologischen Unterschiedlichkeit von Männern und Frauen – unter anderem mit neoanalytischen, lerngeschichtlichen, gesellschafts- und erziehungsbedingten, soziobiologischen Ansätzen und evolutionspsychologischen, die die Komplexität dieses Themas verdeutlichen (Whitley 1988; Oliver & Hyde 1993; Buss & Schmidt 1993; Okami & Shackelford 2001).

Dennoch berichtet die Forschungsliteratur von Annäherungen der Geschlechter in Verhalten und Erleben hinsichtlich der Sexualität (Oliver & Hyde 1993; Schmidt 2000; Boeger & Mantey 1998).

So lässt sich in Bezug auf die Selbstbefriedigung feststellen, dass sich hier die Geschlechter angenähert haben. Der Erfahrungsvorsprung der Jungen von zwei Jahren lässt sich heute nicht mehr nachweisen. Auch haben sich die Frauen in der Häufigkeit der Selbstbefriedigung den Männern angenähert. (Clement 1986; Oliver & Hyde 1993; Schmidt 2000). Dennoch befriedigen sich Männer weiterhin bedeutend häufiger als Frauen.

Im Allgemeinen lässt sich aber sagen, dass vormals gängige Stereotype von männlicher und weiblicher Sexualität heute nicht mehr gelten.

Boeger und Mantey (1998) können zeigen, dass ein Großteil ihrer Probanden kein bestimmtes Bild weiblicher oder männlicher Sexualität beschreiben, sondern ganz persönliche Bewertungen und die Gleichartigkeit von sexuellen Empfindungen bei beiden Geschlechtern betonen.

Ob Sexualität auf diese Weise gegenwärtig gelebt werden kann und ob es immer noch geschlechtsspezifische Unterschiede im sexuellen Erleben und Verhalten gibt, soll in dieser Studie ermittelt werden.

In der vorliegenden Pilotstudie wurde anhand einer nicht repräsentativen Stichprobe der Unterschied von Männern und Frauen hinsichtlich sexueller Einstellungen oder Erwartungen untersucht.

Hypothesen und Fragestellungen

Aufgrund der in der Einleitung dargestellten Ergebnisse der Sexualforschung zu geschlechtstypischen Unterschieden und Annäherungen in der Sexualität (Clement 1986; Schmidt et al. 1992; Oliver & Hyde 1993; Grau & Kumpf 1993; Boeger & Mantey 1998; Schmidt 2000; Okami & Shackelford 2001; Basson 2002) ist zu erwarten, dass es hinsichtlich des Alters beim ersten Geschlechtsverkehr, Anzahl der Sexualpartner und Koitushäufigkeit und Gedanken und Gefühlen beim Geschlechtsverkehr keine geschlechtstypischen Unterschiede mehr gibt. Erwartet wird, dass Frauen die Wichtigkeit der Zärtlichkeit in einer Beziehung betonen, während für Männer die Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs besonders relevant ist.

Zudem werden die Hypothesen geprüft, dass es keine geschlechtstypischen Unterschiede bezüglich des Alters bei der ersten Selbstbefriedigung gibt, Männer sich aber häufiger als Frauen befriedigen und sich bei der Selbstbefriedigung eher eine Wunschpartnerin vorstellen.

Aufgrund der in der Forschungsliteratur gefundenen Unterschiede im Erleben von Sexualität (Grau & Kumpf 1993; Schmidt 2000; Basson 2002) und zu Lebenszufriedenheit, Beziehung und Sexualität (Weig 1999) werden weiterhin die Hypothesen geprüft, dass bei Frauen Zärtlichkeit, Liebe und Kommunikation enger mit der sexuellen Lust zusammenhängen als bei Männern. Es wird erwartet, dass das Wohlbefinden der Männer vor allem durch die sexuelle Lust, das der Frauen am ehesten durch Zärtlichkeit, Liebe und Kommunikation bestimmt wird.

Beschreibung der Stichprobe

Die Stichprobe wurde gewonnen, indem insgesamt 120 vorbereitete Umschläge mit den entsprechenden Fragebögen an Bekannte weitergegeben wurden, die diese wiederum weiterreichten usw.

Auf diese Weise wurde ein großer Kreis von unterschiedlichen Personen erreicht, Anonymität war gewährleistet.

Von den 120 Personen sendeten 83 die Fragebögen ausgefüllt zurück, was einer Rücklaufquote von 69,17 % entspricht und als zufrieden stellend zu bezeichnen ist.

Die vorliegende Stichprobe besteht aus 36 Männern (43,4 %) und 47 Frauen (56,6 %). Das Alter der Probanden lag zwischen 19 und 46 Jahren. Das mittlere Alter betrug 29,25 Jahre, bei einer Standardabweichung von 6,48. Von den Probanden haben 6 % einen Hauptschulabschluss, 37,3 % einen Realschulabschluss und 56,6 % das Abitur. Die berufliche Qualifikation betreffend haben 4,8 % keine Ausbildung, 53 % absolvierten eine Lehre bzw. Ausbildung und 42,2 % ein Studium.

Gefragt nach ihrem momentanen Beziehungsstatus gaben 61,4 % an, in einer festen Partnerschaft zu leben. In einer Ehe leben 22,9 %, allein stehend sind 13,3 % und 2,4 % gaben an, wechselnde Partner zu haben.

Insgesamt handelt es sich also überwiegend um eine hochselektive Stichprobe junger Erwachsener mit den durchschnittlichen Merkmalen dieser Altersgruppe entsprechenden Charakteristika.

Messinstrumente

Fragebogen zur Sexualität

Zur Erfassung des sexuellen Verhaltens und der sexuellen Interaktion wurde ein Fragebogen zur Sexualität verwendet. Dieser besteht zum größten Teil aus Fragen, die dem Interviewleitfaden „Beziehungsbiographien im sozialen Wandel“ (Schmidt 2002), entnommen wurden.

Der Fragebogen zur Sexualität besteht aus Fragen zur Person, zur sexuellen Interaktion und zur Selbstbefriedigung.

Da der Interviewleitfaden „Beziehungsbiographien im sozialen Wandel“ ein sozialwissenschaftliches Surveyinstrument und kein psychometrisches Verfahren ist, gibt es keine Gütekriterien.

RSP: Ressourcen in Sexualität und Partnerschaft

Die Bedeutung von Sexualität und Partnerschaft wurde mit dem Fragebogeninventar „Ressourcen in Sexualität und Partnerschaft“ (RSP) (Loewit 1992) erfasst.

Der Fragebogen besteht aus den Skalen Körpergefühl, Zärtlichkeit, Lust, Liebe und Kommunikation. Die interne Konsistenz erwies sich für alle Skalen als befriedigend. Dies zeigt sich in Cronbachs Alpha-Werten von 0.84 bis 0.96. Faktorenanalysen ergaben zudem eine gute Unterstützung der fünfskaligen Apriori-Struktur.

Korrelationen mit anderen Variablen zeigen dazu enge Zusammenhänge der Skalen mit konstrukt-nahen Variablen, so dass man allgemein von einer recht guten Reliabilität und Validität sprechen kann (Klingler & Loewit, 1996).

Ergebnisse

Ergebnisse zur sexuellen Interaktion

Die wesentlichen Ergebnisse sind in Tabelle 1 zusammengefasst, eindeutige Geschlechtsunterschiede hinsichtlich des Alters beim ersten Geschlechtsverkehr, der Zahl der Sexualpartner lebenslang, der durchschnittlichen Koitushäufigkeit in den letzten 4 Wochen, der Bedeutung der Zärtlichkeit für die Beziehung und der Zufriedenheit mit der Koitushäufigkeit ergeben sich nicht. Dagegen schildern sich Frauen deutlich häufiger als sexuell nicht ausreichend befriedigt als Männer und geben seltener das Erlebnis eines Orgasmus an.

Ergebnisse zur Selbstbefriedigung

Ein Chi-Quadrat Test nach Pearson ermittelt signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen bezüglich des Alters bei der ersten Selbstbefriedigung.

Wie Tabelle 4 zeigt, befriedigen sich 25,0 % der Frauen und nur 9,4 % der Männer zum ersten Mal im Alter zwischen 5 und 10 Jahren. In der Kategorie 11-15 Jahre befinden sich dagegen deutlich mehr Männer als Frauen (87,5 % versus 50,0 %). Weiterhin befriedigen sich 25,0 % der Frauen und nur 3,1 % der Männer zum ersten Mal im Alter von über 16 Jahren.

Der Chi-Quadrat Wert nach Pearson von 11,378 wird mit einem Wert von ,003 signifikant, so dass man hier von einer ungleichen Verteilung sprechen kann. Zusammenfassend lässt sich also feststellen, dass die

Tab. 1 Ergebnisse zur sexuellen Interaktion

	Männer		Frauen		Testwert	Sign.
Alter beim 1. Geschlechtsverkehr	Mittelwert 17,67		Mittelwert 17,83		t-Wert -,345	,555
Koitushäufigkeit in 4 Wochen	5,82		5,72		,078	,938
Anzahl Sexualpartner	Mittelwert 8,72		Mittelwert 6,78		Chi-Quadrat 6,535	,163
Zufriedenheit mit Koitushäufigkeit (in %)	zu selten 55,6	gerade richtig 41,7	zu selten 42,6	gerade richtig 48,9	Chi-Quadrat 3,250	,197
Zufriedenheit mit Zärtlichkeit (in %)	16,7	83,3	19,1	80,9	,085	1,00
„Ich war sexuell befriedigt“ (in %)	ja 91,7	nein 2,8	ja 78,7	nein 21,3	Chi-Quadrat 5,651	,021**
„Ich hatte einen Orgasmus.“ (in %)	94,4	2,8	61,7	38,8	14,154	,000**

** Der Unterschied ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Tab. 2 Ergebnisse zur sexuellen Interaktion

		Alter bei erster Selbstbefriedigung		
		5-10	11-15	>16
männlich	Häufigkeit (%)	9,4	87,5	3,1
	Standardisierte Residuen	-1,1	1,4	-1,7
weiblich	Häufigkeit (%)	25,0	50,0	25,0
	Standardisierte Residuen	1,1	-1,3	1,6

Hypothese, es gebe keine geschlechtstypischen Unterschiede bezüglich des Alters bei der ersten Selbstbefriedigung, nicht bestätigt werden konnte (vgl. Tabelle 2).

Einen weiteren signifikanten Unterschied ermittelt ein Chi-Quadrat Test auch bezüglich der Selbstbefriedigungshäufigkeit: Während 66,7 % der Männer sich das letzte Mal in der letzten Woche befriedigten, war dies bei nur 40,4 % der Frauen der Fall. Dagegen gaben 23,4 % der Frauen und nur 8,3 % der Männer an, dass ihre letzte Selbstbefriedigung länger als 1 Monat her ist.

Der Chi-Quadrat Wert nach Pearson von 7,997 wird auf einem Niveau von ,046 signifikant. So kann festgestellt werden, dass die Hypothese, Männer befriedigten sich häufiger als Frauen, bestätigt werden konnte.

Zuletzt wird mit einem weiteren 4-Felder-Chi-Quadrat Test nach Fisher überprüft, ob sich Männer häufiger als Frauen bei der Selbstbefriedigung eine

Wunschpartnerin/einen Wunschpartner vorstellen. Der Test kann zeigen, dass 52,8 % der Männer und nur 23,4 % der Frauenangaben, bei der letzten Selbstbefriedigung an einen anderen Partner/ eine andere Partnerin gedacht zu haben (also nicht an den eigenen Partner/die eigene Partnerin). Dieser Unterschied wird mit einem Chi-Quadrat von 6,519 auf einem Niveau von ,020 signifikant. Somit kann diese Hypothese als bestätigt gelten.

Ergebnisse zur Sexualität und Partnerschaft als Quelle von Freude und Wohlbefinden

Fünf t-Tests erbrachten keine signifikanten geschlechtstypischen Unterschiede bezüglich Partnerschaft und Sexualität als Quelle von Freude und Wohlbefinden.

Somit kann festgestellt werden, dass die Hypothese, Männer und Frauen empfänden Zärtlichkeit, Lust, Liebe und Kommunikation gleichermaßen als Quelle von Freude und Wohlbefinden, bestätigt werden konnte.

Für die folgenden Hypothesen wurden Produkt-Moment-Korrelationen der Skalen des RSP und des Gesamtwertes für die männlichen und weiblichen Probanden berechnet.

Diese wurden mit einem Testverfahren für Korrelationen miteinander verglichen und die gefundenen Unterschiede auf ihre Signifikanz hin überprüft (vgl. Bortz 1989). Dargestellt sind diese Ergebnisse in Tabelle 3.

Tab. 3 Geschlechtsspezifische Korrelationsunterschiede

Korrelation		Männer	Frauen	Z-Wert
Zärtlichkeit	- Lust	.618**	.424**	1,18
Lust	- Liebe	.473**	.074	1,92+
Kommunikation	- Lust	.823**	.626**	1,91+
Gesamtzufriedenheit	- Lust	.868**	.673**	2,23+

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant
+ Der Unterschied ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant

Tab. 4 Korrelationen der Gesamtzufriedenheit von Männern und Frauen mit den Skalen Kommunikation, Lust, Zärtlichkeit und Liebe

Korrelationen	Männer	Frauen
Gesamtzufriedenheit – Kommunikation	.911**	.900**
Gesamtzufriedenheit – Lust	.868**	.673**
Gesamtzufriedenheit – Zärtlichkeit	.807**	.860**
Gesamtzufriedenheit – Liebe	.690**	.650**

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant

Tab. 5 Geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Korrelation der Gesamtzufriedenheit mit den restlichen Skalen anhand eines t-Tests

Vergleich der Korrelationen	t-Wert Männer	t-Wert Frauen
Gesamtzufriedenheit - Kommunikation Gesamtzufriedenheit - Lust	1,03	4,08**
Gesamtzufriedenheit - Zärtlichkeit Gesamtzufriedenheit - Lust	2,51**	0,90
Gesamtzufriedenheit - Liebe Gesamtzufriedenheit - Lust	2,76**	0,26
Gesamtzufriedenheit - Kommunikation Gesamtzufriedenheit - Zärtlichkeit	1,96	1,00

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant

Zwischen den Skalen Zärtlichkeit und Lust gibt es bei den Männern einen hoch signifikanten Zusammenhang von ,618, bei den Frauen von ,424. Dieser Unterschied wird mit einem Z-Wert von 1,18 nicht signifikant. Die Hypothese, dass bei den Frauen Zärtlichkeit und Lust stärker zusammenhängen als bei den Männern, kann also nicht bestätigt werden. Zwischen den Skalen Liebe und Lust gibt es bei den männlichen Probanden einen hoch signifikanten Zusammenhang von ,473, bei den weiblichen wird der Zusammenhang mit ,074 überhaupt nicht signifikant. Dieser Unterschied wird mit einem Z-Wert von 1,92 signifikant. Somit kann die Hypothese, dass der Zusammenhang zwischen Liebe und Lust bei den Frauen stärker ist als bei den Männern, nicht bestätigt werden. Das Gegenteil ist der Fall: Männer verbinden Lust und Liebe signifikant stärker miteinander als die Frauen.

Zwischen den Skalen Kommunikation und Lust gibt es bei den männlichen Probanden einen hoch signifikanten Zusammenhang von ,823, bei den weiblichen von ,626. Dieser Unterschied wird mit einem Z-Wert von 1,91 signifikant. Auch die Hypothese, es gebe bei den Frauen einen stärkeren Zusammenhang zwischen Lust und Kommunikation, kann also nicht bestätigt werden, wobei wieder genau das Gegenteil zutreffend ist.

Als letztes wurden die beiden Hypothesen überprüft, dass der Gesamtzufriedenheitswert der Männer am höchsten mit der Skala Lust korreliert und der Gesamtzufriedenheitswert der Frauen am höchsten mit den Skalen Zärtlichkeit, Liebe und Kommunikation. Tabelle 4 zeigt, dass sowohl der Gesamtzufriedenheitswert der Männer wie auch der der Frauen am höchsten mit der Skala Kommunikation korreliert (.911 und .900 bei einer Signifikanz von ,000).

Dennoch findet sich ein Hinweis, der in die Richtung der Hypothesen deutet:

Bei den Männern korreliert die Lust - nach der Kommunikation - am zweithöchsten mit dem Gesamtzufriedenheitswert. Bei den Frauen ist es die Zärtlichkeit, die am zweithöchsten mit dem Gesamtzufriedenheitswert korreliert.

Um ein differenzierteres Bild zu erhalten, wurden für die männlichen und weiblichen Probanden t-Tests für den Unterschied abhängiger Korrelationen (vgl. Mittenecker 1964) berechnet. Die Ergebnisse sind in Tabelle 5 dargestellt.

Hierbei zeigt sich, dass die Gesamtzufriedenheit der Männer nicht signifikant höher mit der Kommunikation korreliert als mit der Lust ($t = 1,03$). Bei den Frauen dagegen korreliert die Gesamtzufriedenheit signifikant höher mit der Kommunikation als mit der Lust ($t = 4,08$).

Der größere Stellenwert der Lust bei den Männern wird auch in dem Ergebnis deutlich, dass die Gesamtzufriedenheit signifikant höher mit der Lust als mit der Zärtlichkeit korreliert ($t = 2,51$). Bei den Frauen findet sich hier kein signifikanter Unterschied ($t = 0,90$).

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Skala Liebe: bei den Männern korreliert die Gesamtzufriedenheit signifikant höher mit der Lust als mit der Liebe ($t = 2,76$). Bei den Frauen wird hier wiederum kein signifikanter Unterschied gefunden ($t = 0,26$).

Damit kann die Hypothese zur Gesamtzufriedenheit differenziell bestätigt werden.

Diskussion

Das Ergebnis der vorliegenden Pilotstudie belegt, dass sich in der Gruppe junger Erwachsener, die dieser Untersuchung zugrunde liegt, sexuelle Einstellungen und Erfahrungen bei beiden Geschlechtern erheblich angenähert haben, viele früher beschriebene Unterschiede nicht mehr nachweisbar sind. Bezüglich des Alters beim ersten Geschlechtsverkehr, dem Austausch von Zärtlichkeiten, Gedanken und Gefühlen beim Geschlechtsverkehr und sexueller Praktiken gleichen sich Männer und Frauen demnach weitestgehend. Zudem setzen Männer wie Frauen Sexualität in den Kontext von liebevollen, zärtlichen Beziehungen, die – so gelebt – zu Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit führen können.

Trotz der offensichtlichen Entsprechung der beiden Geschlechter unterscheiden sich die Männer und Frauen dieser Untersuchung dennoch nach wie vor in einigen Bereichen der Sexualität.

So findet sich in dieser Studie ein tendenzieller, wenn auch nicht signifikanter Unterschied bezüglich der Anzahl der Sexualpartner: Frauen scheinen eher dazu zu tendieren, weniger Sexualpartner als Männer zu haben.

Dieses Ergebnis weist darauf hin, dass die im Theorieteil geschilderten geschlechtsspezifischen Unterschiede bezüglich der Anzahl der Sexualpartner (Oliver & Hyde 1993; Schmidt 2000; Whitley 1988; Okami & Shackelford 2001) auch heute noch tendenziell vorhanden sind.

Weitere signifikante geschlechtstypische Unterschiede werden im Bereich der Selbstbefriedigung gefunden: Die Frauen in dieser Studie begannen eher mit der Selbstbefriedigung als die Männer. Dieses lässt sich damit erklären, dass Mädchen zwei Jahre früher in die Pubertät kommen als Jungen.

Allerdings scheint sich das Alter bei der ersten Selbstbefriedigung bei den Frauen über viele Jahre (in dieser Stichprobe bis zu 25 Jahre) zu verteilen, während die Männer sich zum größten Teil zwischen 11 und 15 Jahren zum ersten Mal befriedigten.

Bezüglich des Alters beim ersten Geschlechtsverkehr, dem Austausch von Zärtlichkeiten, Gedanken und Gefühlen beim Geschlechtsverkehr und sexueller Praktiken sind sich in dieser Studie Männer und Frauen gleich.

Dennoch zeigen die gefundenen Unterschiede in der sexuellen Befriedigung, dass die weibliche Sexualität nicht wie die männliche in jedem Fall mit dem Orgasmus verbunden ist. Mit diesem Ergebnis werden vorherige Forschungsarbeiten unterstützt und bestätigt (Michael et al. 1994, in Beier et al. 2001). Dieser Unterschied ist am ehesten biologisch begründet. Die biologische Sexualforschung bezieht sich hier insbesondere auf den Einfluss der jeweiligen Geschlechtshormone (Beier et al. 2001).

Bezüglich des Zusammenhangs von Lust, Liebe, Kommunikation, Zärtlichkeit und der daraus resultierenden Gesamtzufriedenheit mit der Partnerschaft konnten ebenfalls Gemeinsamkeiten wie Unterschiede zwischen den Geschlechtern gezeigt werden. So empfinden Männer wie Frauen Lust ebenso wie Zärtlichkeit, Liebe und Kommunikation als wesentliche Bestandteile einer Beziehung und als Quelle von Freude und Wohlbefinden. Dieses Ergebnis stützt Schmidts (2000) Ausführungen, dass sich Paare heutzutage als Team verstehen, welches durch Nähe, Austausch und Vertrauen gekennzeichnet ist. Besonders prägnant scheint hierbei das Ergebnis, dass die Männer in dieser Studie Lust weitaus mehr mit Liebe und Kommunikation verbinden als die Frauen. Dennoch konnte gezeigt werden, dass die Gesamtzufriedenheit der Männer eher mit der Lust als mit Zärtlichkeit, Liebe und Kommunikation zusammenhängt. Bei den Frauen hingegen scheint die Gesamtzufriedenheit stärker mit der Kommunikation verbunden zu sein.

Die von dieser Pilotstudie aufgeworfenen Fragen spiegeln die Konstruktivismus-Essentialismus-Debatte zu den Geschlechtern wider.

Die Sicht des Konstruktivismus kommt zum Tragen, wenn beschrieben wird, wie Veränderungen in der Gesellschaft und der Kultur zu einer Annäherung der Geschlechter beigetragen haben; fokussiert der Konstruktivismus doch auf die soziokulturellen Determinanten des Geschlechts.

Die essentialistische Sichtweise dagegen steht in diesem Kontext für die Biologie, die Natur, das „Gegebene“; fokussiert der Essentialismus doch auf die

biologisch-funktionale und naturalistische Interpretation des Geschlechts (vgl. Trettin 1996 und Okami & Shackelford 2001).

Die gefundenen Unterschiede zwischen Männer und Frauen, besonders deutlich in den Bereichen Orgasmus und Masturbation, sind dagegen durch biologische Faktoren gut zu interpretieren.

Durch das eingesetzte Instrumentarium (Fragebogen zur Sexualität) und die grundsätzliche Problematik von Befragungen zu Tabuthemen wie Sexualität, ergeben sich allerdings deutliche Einschränkungen der Interpretationsmöglichkeiten (Vergleiche Fisseni 1990).

Zur Ausgangsfrage nach Geschlechtsunterschieden und ihrer Begründung ergibt sich ein differenziertes Bild: Unterschiede existieren, aber nur in einigen Teilaspekten.

Die nahe liegendste Interpretation unseres Ergebnisses ist die Zusammensetzung der Stichprobe, die für eine gut gebildete Mittelschichtpopulation im jüngeren Erwachsenenalter gilt. Für diese Gruppe hat sich möglicherweise der schon von Schmidt (Schmidt 2000) festgestellte Prozess der Umkehr des Geschlechterverhältnisses im „Rollentausch“ weiter fortgesetzt. Die Einführung einer Verhandlungsmoral (Schmidt 1995), im Zuge derer sexuelle Bedürfnisse zwischen den Partnern kommuniziert und ausgehandelt werden, und die Reaktionen auf die Gewaltdebatte hinsichtlich der sexuellen Interaktion wirken sich in dieser Stichprobe vermutlich ebenso aus wie die Veränderungen der Sexualität unter dem Einfluss der HIV-Endemie.

Der hier gefundene „Rollentausch“ zwischen den Geschlechtern, wobei nun Männer und nicht Frauen Sexualität vor allem im Kontext, Liebe, Zärtlichkeit und Kommunikation definieren, kann Ausdruck dieses neuen Sexualkodex sein.

Da die verwendete Stichprobe nicht als repräsentativ gelten kann, wirft diese Untersuchung lediglich ein Schlaglicht auf eine hochselektive Stichprobe und liefert Ansätze für weitere Studien.

Literatur

- Basson, R. (2002): Neubewertung der weiblichen sexuellen Reaktion. *Sexuologie* 9: 23-29.
- Boeger, A. & Mantey, C. (1998): Sexuelle Erfahrungen junger Erwachsener. *Zeitschrift für Sexualforschung* 11: 130-148.
- Bortz, J. (1989). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Springer Verlag, 3. neu bearbeitete Auflage.
- Buss, D.M & Schmidt, D.P. (1993): Sexual strategies theory: A contextual evolutionary analysis of human mating. *Psychological review* 100: 204-232.
- Clement, U. (1986): *Sexualität im sozialen Wandel*. Stuttgart: Enke.
- Fisseni, H.-J. (1990): *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik*. Göttingen: Verlag für Psychologie, Hogrefe.
- Grau, I. & Kumpf, M. (1993): Liebe, Sexualität, Zufriedenheit: Zusammenhänge bei Frauen und Männern. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*: 83-93.
- Hertoft, P. (1989): *Klinische Sexuologie*. Köln: Dt Ärzte-Verlag
- Klingler, O.J. & Loewit, K.K. (1996): Der Fragebogen „Ressourcen in Sexualität und Partnerschaft“ (RSP) – Konzeption und erste Ergebnisse zur Validität. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie* 17: 268-275.
- Loewit, K. (1992): *Die Sprache der Sexualität*.
- Michael et al. (1994): *Sex in America*. Boston: Little/Brown. Zit.n. dt. Ausgabe: *Sexwende. Liebe in den 90ern – Der Report*. München: Droemer Knauer.
- Mittenecker, E. (1964): *Planung und statistische Auswertung von Experimenten*. Wien: Verlag Franz Deuticke, 5. Auflage.
- Oerter, R. & Dreher, E. *Jugendalter*. In: Oerter, R. & Montada, L. (1995): *Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Okami, P. & Shackelford, T.K. (2001): Human differences in sexual psychology and behavior. *Annual Review of sex research* 12: 186-241.
- Oliver, M.B. & Hyde, J.S. (1993): Gender differences in sexuality: a meta-analysis. *Psychological Bulletin* 114: 29-51.
- Schmidt, G. (1995): Über den Wandel heterosexueller Beziehungen. *Zeitschrift für Sexualforschung* 8: 1-11.
- Schmidt, G. (2000): *Kinder der sexuellen Revolution. Kontinuität und Wandel studentischer Sexualität 1966-1999, eine empirische Untersuchung*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Schmidt, G. (Hrsg.) (2002): *Interviewleitfaden. Beziehungsbiographien im sozialen Wandel*. Abteilung für Sexualforschung, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Hamburg.
- Storms, M.D. (1981): A theory of erotic orientation development. *Psychological Review* 88: 340-353.
- Trettin, K. (1996): Philosophische Überlegungen zur Konstruktion des Geschlechts. *Zeitschrift für Sexualforschung* 9: 189ff.
- Weig, W. (1999): Sexuelle Gesundheit und die Entwicklung einer prophylaktischen Sexualmedizin. *Sexuologie* 7: 50-55.
- Whitley, B.E. (1988): The relation of gender-role orientation to sexual experience among college students. *Sex Roles* 19: 612ff.

Adresse der Autoren

Prof. Dr. Wolfgang Weig, Dipl. Psych. Maren Wietzke, Niedersächsisches Landeskrankenhaus Osnabrück, Knollstraße 31, 49088 Osnabrück,
mail: wolfgang.weig@nlkh-osnabrueck.niedersachsen.de

Transsexualität in Mecklenburg-Vorpommern: Ergebnisse einer Gutachtenanalyse 1993 – 2003*

Dorothea Lübcke-Westermann, Michael Gillner

Transsexualism in Mecklenburg-Vorpommern (Germany): Analysis of Expertise 1993 – 2003

Abstract

In the German Federal Republic there is a law since 1981 which concerns the special legal issues of persons with Gender Identity Disorders. In the German Democratic Republic such a law did not exist, instead those issues were regulated administratively. Since 1993 clinical scientists (psychiatry and psychology) of the Forensic Clinic in Stralsund (former German Democratic Republic) gave expertise in 43 cases of gender dysphoric patients. The information, the experts got, was evaluated and rated along clinical and sociodemographic parameters. It was found that in many cases hormonal sex reassignment has been given on demand (because the patient has requested such procedures) before careful evaluation or diagnostic evidence for transsexualism according standards of care has been found.

Keywords: Transsexualism, law and administration, expertise, standards of care

Zusammenfassung

Für Menschen mit „transsexueller Prägung“ regelt in der Bundesrepublik Deutschland das sog. Transsexuellengesetz (TSG) seit 1981 die juristischen Voraussetzungen für die Änderung des Vornamens und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit. In der DDR gab es ein solches Gesetz nicht, wohl aber eine Verwaltungsvorschrift aus dem Jahre 1976. Nach dem Beitritt der ostdeutschen Bun-

desländer 1990 wurde erstmals im Jahre 1993 durch ein Amtsgericht ein Gutachtenauftrag nach dem Transsexuellengesetz an die Klinik für Forensische Psychiatrie Stralsund in Mecklenburg-Vorpommern vergeben. In den nachfolgenden Jahren bis einschließlich 2003 wurden 43 Aufträge gezählt. Die Gutachten wurden nach klinischen und soziodemographischen Gesichtspunkten ausgewertet. Als besonders auffälliges Ergebnis ist festzuhalten, dass bereits bei der Begutachtung zur Vornamensänderung zwei Drittel der Betroffenen ausschließlich auf eigenen Wunsch gegengeschlechtliche Hormonpräparate erhielten, ohne dass hierbei die Standards der Indikationsstellung zur somatischen Behandlung eingehalten worden waren.

Schlüsselwörter: Transsexualismus, rechtliche Rahmenbedingungen in beiden deutschen Staaten, Begutachtung, Leitlinien der Diagnostik und Behandlung

Einleitung

Mit den seltenen transsexuellen Störungen der Geschlechtsidentität beschäftigt sich insbesondere das sich interdisziplinär verstehende Fachgebiet der Sexualmedizin (vgl. Beier et al. 2001). Aber auch Gynäkologen, Urologen, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, Operateure, Gutachter und nicht zuletzt Juristen sind mit der Thematik befasst. Während Transsexualismus die Störung der Geschlechtsidentität im engeren Sinne und in ihrer schwersten Form meint, kann es sich beim Transvestitismus in einigen Fällen um ein Durchgangsstadium zur Transsexualität handeln, in anderen aber um ein eigenständiges Verhalten unter Beibehaltung der tatsächlichen biologischen Geschlechtszugehörigkeit ohne Veränderungswünsche.

* Überarbeitete Fassung des Vortrages auf der 28. Jahrestagung für Sexualmedizin in Stralsund: „Sexualstörungen. Eine multidisziplinäre Herausforderung.“ (20.-22. Mai 2004).

Störungen der Geschlechtsidentität sind keine Modeerscheinung und auch kein Phänomen der Neuzeit. Das Auftreten in der Rolle des anderen Geschlechts war schon seit Vorzeiten pönalisiert. Selbst im Buch der Bücher, der Bibel, lassen sich hierzu Hinweise finden. Im fünften Buch Moses, Kapitel 22, Vers 5 heißt es: „Ein Weib soll nicht Mannsgewand tragen, und ein Mann soll nicht Weiberkleider antun; denn wer solches tut, der ist dem Herrn, deinem Gott, ein Greuel.“ Offenbar bedurfte die Frage der geschlechtlichen Zuordnung und Eindeutigkeit bereits zu Moses' Zeiten einer klaren Regelung.

Als ein historisches Beispiel für Störungen der Geschlechtsidentität ist in diesem Zusammenhang der im 18. Jahrhundert lebende Franzose Chevalier d'Eon de Beaumont zu nennen, der abwechselnd in der weiblichen und in der männlichen Rolle lebte und die weibliche Rolle in der Öffentlichkeit so überzeugend praktizierte, dass er nicht ohne weiteres als Mann entdeckt wurde. In der Londoner Gesellschaft, in der er zeitweise lebte, wurde er als Frau anerkannt, galt jedoch als Exzentriker. Es ist bis heute unklar, ob es sich bei ihm um einen Transvestitismus mit Fortbestehen beider Geschlechtsrollen oder tatsächlich um einen Transsexualismus handelte. Heute ist die nach ihm benannte Beaumont-Society in Großbritannien eine Organisation, die ihren Mitgliedern u. a. die Möglichkeit bietet, Cross-dressing in Gesellschaft zu praktizieren (vgl. Bancroft 1985).

Trotz ihrer heutigen Präsenz in den Medien sind Vorbehalte gegenüber Menschen mit einer seltenen Störung der Geschlechtsidentität auch heute noch vielfältig und weit verbreitet. Ein über die regionalen Grenzen hinaus bekannt gewordenes Beispiel für eine Störung der Geschlechtsidentität in ihrer schwersten Form – Transsexualismus – ist der ehemalige Bürgermeister von Quellendorf in Sachsen-Anhalt. Als dieser im Jahre 1998 öffentlich bekannte, dass er transsexuell sei und als Frau weiter leben wolle, wurde er von den Bürgern der Gemeinde aus seinem Amt abgewählt.

Rechtliche Rahmenbedingungen in Deutschland

Die von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebene ICD (International Classification of Diseases) definiert in ihrer aktuellen Version ICD-10 – im Abschnitt F64.0 – Transsexualismus als den „Wunsch, als Angehöriger des anderen anatomischen Geschlechtes zu leben und anerkannt zu werden. Dieser

geht meist mit dem Gefühl des Unbehagens oder der Nichtzugehörigkeit zum eigenen Geschlecht einher. Es besteht der Wunsch nach hormoneller und chirurgischer Behandlung, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht soweit wie möglich anzugleichen.“ Als diagnostische Leitlinien werden gefordert, dass die transsexuelle Identität mindestens zwei Jahre durchgehend bestanden haben muss und nicht ein Symptom einer anderen psychischen Störung, wie z.B. einer Schizophrenie, sein darf. Ein Zusammenhang mit intersexuellen, genetischen oder geschlechtschromosomalen Anomalien müsse ausgeschlossen werden (Dilling et al. 1993: 241). Zwingende Voraussetzung für die Diagnose Transsexualismus nach ICD-10 ist u.a. also der Operationswunsch, eine Forderung, die im „Diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen. DSM-IV“ (American Psychiatric Association 1996) für die Diagnose Geschlechtsidentitätsstörungen so ausschließlich nicht erhoben wird. Der diagnostische Begriff wird also dort weiter gefasst (hierzu ausführlich: Bosinski 1996).

Die mit Transsexualismus einhergehenden rechtlichen Fragestellungen – die Änderung des Vornamens und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit – werden in einem eigenen Gesetz geregelt, das seit dem 01. Januar 1981 in der Bundesrepublik Deutschland in Kraft ist: das Transsexuellengesetz (TSG). In der DDR existierte dazu kein gesondertes Gesetz. Es gab aber eine Verfügung des Ministeriums für Gesundheitswesen vom 27.02.1976, die folgende Verfahrensweise bei der Prüfung vorsah (vgl. Goerlich et al. 1989):

1. Formloser, begründeter Antrag der / des Betroffenen mit einer Stellungnahme des betreuenden Arztes an den zuständigen Kreisarzt. Der betreuende Arzt sollte möglichst einer der folgenden Fachrichtungen angehören: Sexualpsychologie, Andrologie, Neurologie/Psychiatrie, Endokrinologie/Genetik, Urologie, Gynäkologie oder Gerichtliche Medizin.
2. Weiterleitung des Antrages über den Bezirksarzt an das Ministerium für Gesundheitswesen der DDR (MfG).
3. Begutachtung in der Klinik für Neurologie und Psychiatrie der Charité in Berlin.
4. Prüfung des Antrages auf Geschlechtsumwandlung durch eine vom Ministerium für Gesundheitswesen beauftragte Expertenkommission, Bestätigung der getroffenen Entscheidung durch das MfG.
5. Wird die Entscheidung i. S. einer Genehmigung der Geschlechtsumwandlung bestätigt, wird die Genehmigung dem Ministerium des Inneren der

DDR übermittelt.

6. Änderung von Geburtsurkunde, Personalausweis und wichtiger möglichst aller Dokumente, Zeugnisse und Unterlagen der / des Betroffenen.

Die Dauer des gesamten Verfahrens von mindestens zwei Jahren diente auch der Absicherung der Diagnose.

In der DDR handelte es sich bei der Entscheidung somit um einen Verwaltungsakt, nicht aber um eine richterliche Entscheidung. Das Vorgehen war für alle Beteiligten klar strukturiert, wenn auch die diagnostische Schwelle recht hoch lag. In den Explorationen der vergangenen elf Jahre war von Transsexuellen immer wieder die Aussage zu hören, in der DDR habe es keine Möglichkeiten gegeben, ihre Problematik zu offenbaren. Tatsächlich aber gab es keine öffentliche Diskussion darüber, selbst in Lehrbüchern blieben die Ausführungen zum Thema Transsexualität eher spärlich, nur in ausgewählten Kreisen erfolgte ein fachlicher Austausch.

Gutachten in Mecklenburg-Vorpommern nach dem Transsexuellengesetz

Da in der Verfügung des Ministeriums für Gesundheitswesen der DDR neben anderen Fachrichtungen seinerzeit auch ausdrücklich die gutachterliche Stellungnahme eines Arztes der Fachrichtungen Neurologie/Psychiatrie oder Gerichtliche Medizin erwünscht war, ist es nicht überraschend, dass Anfang der neunziger Jahre von der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern die Frage an den damals einzigen Forensischen Psychiater in diesem Bundesland herangetragen wurde, ob er Gutachten zum Transsexuellengesetz übernehmen würde.

Die Begutachtung nach dem Transsexuellengesetz besitzt in der Begutachtungspraxis der Stralsunder Klinik für Forensische Psychiatrie neben Gutachten zu Fragen der Schuldfähigkeit und der Kriminalprognose eine vergleichsweise kleine, aus der Perspektive der Betroffenen aber natürlich eine nicht unerhebliche, sondern lebensverändernde Bedeutung.

Der erste Auftrag zur Begutachtung datiert aus dem Jahre 1993. In welcher Größenordnung waren Gutachten in diesem Bundesland zu erwarten? Zieht man epidemiologische Angaben zur Häufigkeit des Transsexualismus zu Rate (z. B. Osburg & Weitze 1993), so lag die 10-Jahres-Prävalenz von transsexu-

ellen Geschlechtsidentitätsstörungen für die Jahre 1981 bis 1991 in der Bundesrepublik Deutschland bei ca. 2,1 auf 100.000 der erwachsenen Bevölkerung. Mecklenburg-Vorpommern hatte in den vergangenen Jahren eine Bevölkerung von 1,7 bis 1,8 Millionen Einwohnern über 15 Jahren. Legt man diese Bezugsgrößen zugrunde, so ist innerhalb von zehn Jahren mit 36 bis 38 Betroffenen zu rechnen.

In den elf Jahren zwischen 1993 und 2003 wurden 45 Gutachtaufträge nach dem Transsexuellengesetz an die Klinik für Forensische Psychiatrie in Stralsund vergeben. Zwei Begutachtungen kamen letztlich nicht zustande, von den verbleibenden 43 Fällen handelte es sich bei 34 um eine Begutachtung nach § 1 TSG (Vor Namensänderung). Rein statistisch gesehen dürfte damit fast jeder bei den Amtsgerichten gestellte Antrag auf Vor Namensänderung in diesem Bundesland auch einmal in Stralsund begutachtet worden sein. In den restlichen neun Fällen kam es zu einer Begutachtung nach § 8 TSG (Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit), hiervon waren sieben auch bereits von demselben Gutachter nach § 1 TSG begutachtet worden. Dreiundzwanzig Gutachten wurden allein durch einen Facharzt für Psychiatrie / Neurologie erstellt, bei den verbleibenden zwanzig handelt es sich um kollegiale Gutachten (Psychiatrie / Psychologie). Soweit von den zuständigen Amtsgerichten in Erfahrung zu bringen war, wurde das zweite gesetzlich vorgeschriebene unabhängige Gutachten in der Regel durch einen Facharzt für Urologie erstattet. Von seltenen Ausnahmen abgesehen, folgten die Gerichte den Empfehlungen der Experten. Diese Feststellung verdeutlicht ohne Zweifel auch die besondere Verantwortung des Gutachters im Einzelfall.

Ergebnisse

Die Gutachten wurden nach klinischen und soziodemographischen Gesichtspunkten ausgewertet. Im Folgenden werden die Ergebnisse bei insgesamt 36 unterschiedlichen Personen dargestellt, die in den vergangenen elf Jahren erstbegutachtet wurden, in zwei Fällen handelt es sich dabei um eine Begutachtung zur Personenstandsänderung.

Betrachtet man die Häufigkeit der Gutachten über die Jahre, so waren solche Aufträge in den ersten Jahren eher seltene Ereignisse, seit 1997 ist eine relativ gleichmäßige Verteilung von durchschnittlich vier Gutachten pro Jahr zu verzeichnen. Auftraggeber sind die für das Verfahren nach dem TSG zuständigen Amtsgerichte des Bundeslandes. Zehn Aufträge kamen aus

Tab. 1 Alter bei der Begutachtung (N = 36)

Alter	Fallzahl
< 20	1
20 - 29	12
30 - 39	10
40 - 49	11
50	2

Tab. 2 Familienstand, Kinder, Partnerschaft (N = 36)

Familienstand		Fallzahl
Familienstand	ledig	25
	verheiratet	3
	geschieden	8
Kinder	keine	25
	eins	2
	zwei	6
	drei	3
Partnerschaft besteht	ja	8
	nein	28
angestrebte Beziehung	zu einem Mann	9
	zu einer Frau	19
	?	8

dem bevölkerungsarmen und stärker ländlich geprägten Landesteil Vorpommern, sechszwanzig aus Mecklenburg.

Altersmäßig verteilen sich die Betroffenen gleichmäßig auf die drei Jahrzehnte zwischen dem 20. und dem 50. Lebensjahr, nur einer war jünger als zwanzig und zwei waren älter als 49. Siebzig Prozent waren zum Zeitpunkt der Begutachtung ledig, 22 Prozent geschieden, die restlichen noch verheiratet. Dreißig Prozent hatten zwischen ein und drei Kindern. Rund 78 Prozent lebten allein, die meisten von ihnen strebten jedoch nach Abschluss des Verfahrens eine Partnerschaft an.

Von den 36 Personen, die zur Begutachtung kamen, waren 24 biologische Männer und 12 biologische Frauen. Diese Relation von 2:1 entspricht im wesentlichen den Prävalenzraten, wie sie in anderen Erhebungen für Deutschland vorgefunden wurden (vgl. Bosinski et al. 1994; Osburg & Weitze 1993). Von den biologischen Männern, die sich als Frau empfinden, strebten acht eine Liebes- und Sexualpartnerschaft mit einem (heterosexuellen) Mann an – ihre sexuelle Orientierung ist somit androphil – neun strebten eine Partnerschaft mit einer Frau an (gynäphile Orientie-

rung), die restlichen sieben waren nicht eindeutig zuzuordnen. Bei den biologischen Frauen, die sich als Mann empfinden, strebten zehn eine Liebes- und Sexualpartnerschaft mit einer heterosexuellen Frau an (gynäphile sexuelle Orientierung), eine strebte die Partnerschaft mit einem Mann an, eine war nicht eindeutig zuzuordnen. Auch diese Relationen entsprechen weitgehend den in der neueren Literatur dargestellten Verhältnissen (z. B. Beier et al. 2001: 290-298).

Bevor Personen mit einer Geschlechtsidentitätsstörung sich ihrer Umgebung zu erkennen geben und beginnen, ihre Wünsche nach einem Leben im geschlechtlichen Körper zu realisieren, durchlaufen sie in zahlreichen Fällen einen Weg, der sie über psychiatrische Behandlungen (zumeist wegen einer depressiven Symptomatik oder Sucht), Suchtmittelmissbrauch (vorwiegend Alkohol) oder Suizidversuche führt. Bei der vorliegenden Stichprobe traf in 58 Prozent der Fälle mindestens eines dieser kritischen Ereignisse zu. Umgekehrt waren aber immerhin bei 42 Prozent solche Ereignisse nicht zu explorieren, was dafür sprechen könnte, dass bei einem erheblichen Anteil der Betroffenen die Entwicklung auch relativ konfliktfrei verlaufen kann.

Betrachtet man die schulische Entwicklung, so ist festzuhalten, dass alle Schulabschlüsse von der Sonderschule bis zum Abitur vertreten sind. Fünfzig Prozent haben eine Lehre abgeschlossen, 28 Prozent studieren oder haben ein Studium abgeschlossen. Die restlichen 22 Prozent haben (noch) keinen beruflichen Abschluss. Trotz der überwiegend positiven beruflichen Voraussetzungen haben zum Zeitpunkt der Begutachtung 56 Prozent keinen Arbeitsplatz, sondern leben von Arbeitslosen- oder Sozialhilfe. Auch in der Allgemeinbevölkerung ist die Zahl der Arbeitslosen in Mecklenburg-Vorpommern hoch, reicht jedoch bei weitem nicht an die in unserer Stichprobe erhobene Quote heran. Die hohe Arbeitslosigkeit unter den Transsexuellen zum Zeitpunkt der Begutachtung lässt sich als einen Hinweis darauf werten, wie stark das transsexuelle Bedürfnis zu diesem Zeitpunkt das Leben der Betroffenen bestimmt. Einerseits können wenige mit dem Verständnis ihres Arbeitgebers rechnen, wenn sie ernsthaft den Alltagstest absolvieren, zum anderen ist eine erhebliche Zahl derart auf die Umsetzung ihres Wunsches fixiert, dass die Bewältigung des Alltagslebens, auch einer Arbeit, nicht mehr hinreichend gelingt.

Für die Gutachter in Stralsund lag in 30 von 36 Fällen eine Geschlechtsidentitätsstörung im Sinne eines Transsexualismus vor, in einem Fall konnte das Vorliegen definitiv ausgeschlossen werden. In den

verbleibenden fünf Fällen ergaben sich teilweise erhebliche diagnostische Zweifel, die u. a. daraus resultierten, dass Differentialdiagnosen einer neurotischen Entwicklung oder einer (histrionischen) Persönlichkeitsstörung nicht eindeutig als sekundäre Folge der transsexuellen Problematik zugeordnet werden konnten. Darüber hinaus wurde in drei Fällen zumindest ein fraglicher Transvestitismus diskutiert.

Von den 36 Anträgen wurden vier Anträge nicht befürwortet. In acht weiteren Fällen wurde eine Rückstellung der Entscheidung empfohlen. Hierbei handelte es sich um Fälle, bei denen weder ein echter Alltagstest noch eine begleitende Psychotherapie stattgefunden hatten, die bestehende Zweifel an der *Dauerhaftigkeit* der transsexuellen Orientierung im Vorfeld hätten ausräumen können. Die restlichen 24 Anträge wurden bei der Erstbegutachtung ohne Einschränkungen befürwortet.

Gemessen an den gesetzlichen Regelungen durch das Transsexuellengesetz wurden in Deutschland relativ spät, nämlich erst im Jahre 1997, Leitlinien für die Diagnostik und Therapie von Transsexuellen vorgelegt (Becker et al. 1997). Nach diesen Standards hat die psychotherapeutische Begleitung in Verbindung mit dem mindestens einjährigen Alltagstest zentrale Bedeutung in der Behandlung transsexueller Patienten und muss in jedem Fall vor der Einleitung somatischer Therapiemaßnahmen stehen. Sie soll darüber hinaus dazu dienen, die Diagnose „Transsexualismus“ zu sichern und zusammen mit dem Alltagstest dem Betroffenen dazu verhelfen, die adäquate individuelle Lösung für sein spezifisches Identitätsproblem zu finden (a.a.O.: 149 f.). Dabei ist unter einem *echten* Alltagstest die durchgehende Erprobung in der sozialen Rolle des gewünschten Geschlechtes vor der Einleitung körperverändernder und teilweise irreversibler (medikamentöser und / oder chirurgischer) Umwandlungsmaßnahmen gemeint (Bosinski 1996).

Wie stellt sich die Realisierung dieser Forderungen bei den 34 Personen dar, die zur Begutachtung anlässlich ihres Antrages auf Vornamensänderung kamen? Hierüber gibt die Tabelle 3 Aufschluss. Der überwiegende Teil (79%) gab an, den Alltagstest zu absolvieren. Dennoch wurde er nicht durchgängig und konsequent von allen Betroffenen praktiziert. In einigen Fällen wurden berufliche Hindernisse angegeben, in anderen Fällen sollte der Alltagstest nach den Vorstellungen der Betroffenen erst nach der offiziellen Vornamensänderung und nach dem Beginn der Hormontherapie in Angriff genommen werden.

Bemerkenswert ist, dass mehr als die Hälfte der Begutachteten (53%) *keine* Psychotherapie in Anspruch nahm, obwohl eine hinreichende Zahl von Psy-

Tab. 3 Stand bei der Begutachtung zur Vornamensänderung (N = 34)

(Mehrfachnennungen)	Fallzahl	Prozent
Hormontherapie	23	68
Psychotherapie	16	47
Alltagstest	27	79
Selbsthilfegruppe	13	38
Operation	0	0

chotherapeuten vorhanden gewesen wäre. Ein Teil der

Betroffenen stand einer begleitenden Psychotherapie eher ablehnend gegenüber und meinte, es allein zu schaffen. Ein anderer Teil schien von der Notwendigkeit einer Psychotherapie nichts zu wissen. Der hohe Anteil der Begutachteten ohne psychotherapeutische Unterstützung ist auch deshalb hervorzuheben, weil nach einer Grundsatzentscheidung des Bundessozialgerichtes aus dem Jahre 1987 eine Kostenübernahme für geschlechtsumwandelnde operative Maßnahmen bei Fehlen dieser Voraussetzung durch die Krankenkasse nicht gewährt werden kann.

In Selbsthilfegruppen, die aber keinen Ersatz für eine begleitende Psychotherapie darstellen, waren immerhin 38 Prozent integriert. Diese Gruppen sind ausschließlich in den größeren Städten des Landes (Rostock, Schwerin, Neubrandenburg, Greifswald, Stralsund) angesiedelt, derzeit ist die Selbsthilfegruppe in Rostock die einzige aktive Gruppe. Mit viel Engagement wurde Anfang 2000 in Greifswald ein Verein „Transidentität / Transsexualität Mecklenburg-Vorpommern e.V.“ gegründet. Die Initiatoren, teilweise selbst transsexuell, gingen unrealistischerweise von etwa eintausend Betroffenen in diesem Bundesland aus.

Bedenklich, weil nicht mit den genannten sinnvollen Standards für Diagnostik und Therapie zu vereinbaren, ist hingegen, dass immerhin 68 Prozent der Betroffenen gegengeschlechtliche Hormone bereits vor der Begutachtung zur Vornamensänderung erhielten und diese teilweise bereits seit geraumer Zeit. Diese Praxis gab es offensichtlich auch in der DDR, in diesem Zusammenhang kritisieren bereits Goerlich und Mitarbeiter (1989) die wahl- und kritiklose Verordnung von Hormonpräparaten durch einige Ärzte. Diese Kritik hat bis heute offensichtlich nichts an Aktualität eingebüßt. Ein besonderer zeitlicher Druck, der z. B. durch Verzögerungen durch die Begutachtung entstehen könnte, dürfte bei der frühzeitigen Hormongabe keine Rolle gespielt haben. Von

der Antragsstellung auf Vornamensänderung bis zur Abgabe des Gutachtens lagen bei der vorliegenden Stichprobe im Durchschnitt lediglich zehn Monate, mit einem Minimum von vier und einem Maximum von zweiundzwanzig Monaten.

Der abschließend kurz dargestellte Einzelfall illustriert eindringlich, dass in unserer „Informationsgesellschaft“ trotz bereits seit Jahren und mehrfach veröffentlichter *Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen* auf mehreren Ebenen nicht nach diesen Standards verfahren wurde.

Fallbeispiel

Beim Erstkontakt ist der Betroffene bereits 44 Jahre alt. Schulischer und beruflicher Werdegang sind unauffällig. Über die transsexuelle Problematik berichtet er, dass er seit dem zehnten Lebensjahr heimlich weibliche Kleidung getragen habe. Er erinnert sich an sexuelle Erregung durch das Tragen dieser Kleidung in der Pubertät. Zunehmend habe er gedacht, im falschen Körper zu sein. Im Alter von 22 Jahren geht er eine Ehe ein, aus der zwei Kinder hervorgehen. Seine Herkunftsfamilie und später die eigene Familie sind religiös sehr stark gebunden. Nach der Eheschließung gelingt es ihm, etwa ein Jahr lang „die Gedanken“ zurückzudrängen. Dann beginnt er, außerhalb des Wohnortes in der weiblichen Rolle aufzutreten. Spätere „Selbstheilungsversuche“ (die weibliche Kleidung wird vernichtet, er lässt sich einen Schnurrbart wachsen, erhöht den Alkoholkonsum) schlagen fehl. Schließlich offenbart er sich nach zwanzig Jahren Ehe der Ehefrau und den Kindern. Die kirchliche Gemeinschaft, die bisher für ihn den Lebensmittelpunkt darstellte, versucht anfangs, ihn umzustimmen, versucht, „zu helfen, dass man davon loskommt!“ Im selben Jahr nimmt er eine niedrig frequente psychotherapeutische Begleitung in Anspruch, fast gleichzeitig werden ihm gegengeschlechtliche Hormone ärztlich verordnet, die er sich vorher auf dem Schwarzmarkt besorgt hatte. Zur selben Zeit stellt er einen Antrag auf Vornamensänderung. Seine Ehefrau reicht die Scheidung ein. Er verlässt seine Herkunftsfamilie und die kirchliche Gemeinschaft. Die geschiedene Ehefrau und die Kinder sagen sich von ihm los. „Da bin ich der Teufel in Person!“

Beide Gutachter kommen unabhängig voneinander zur Diagnose eines Transsexualismus bei einem biologischen Mann. Der Antrag auf Vornamensänderung wird jedoch zunächst durch das Gericht abgelehnt, weil die zeitlichen Voraussetzungen noch nicht erfüllt sind. Dennoch wird einen Monat später eine geschlechtsangleichende Operation durchgeführt. Weitere Operationen folgen. Ein neuer Antrag wird gestellt, die Begutachtungen zur Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit nach dem Transsexuellengesetz werden durchgeführt. Heute lebt der Betroffene – nunmehr Frau – in einer stabilen Beziehung zu einem Mann.

Literatur

- American Psychiatric Association (1996): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-IV (dt. Bearb. und Einf. von H. Saß, H.-U. Wittchen & M. Zaudig). Göttingen: Hogrefe.
- Bancroft, J. (1985): Grundlagen und Probleme menschlicher Sexualität. Stuttgart: Enke.
- Beier, K. M.; Bosinski, H. A. G.; Hartmann, U. & Loewit, K. (2001): Sexualmedizin. München: Urban & Fischer.
- Becker, S.; Bosinski, H. A. G.; Clement, U.; Eicher, W.; Goerlich, T. M.; Hartmann, U.; Kockott, G.; Langer, D.; Preuss, W. F.; Schmidt, G.; Springer, A. & Wille, R. (1997): Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen der Deutschen Gesellschaft für Sexuallforschung, der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Sexualwissenschaft. Zeitschrift für Sexualforschung 10: 147-156.
- Bosinski, H. A. G. (1996): Nosologie der Geschlechtsidentitätsstörungen: Historischer Hintergrund und aktuelle Klassifikationssysteme. *Sexuologie* 3: 92-105.
- Bosinski, H. A. G.; Sohn, M.; Löffler, D.; Wille, R. & Jakse, G. (1994): Aktuelle Aspekte der Begutachtung und Operation Transsexueller. *Deutsches Ärzteblatt* 91: 552-555.
- Bundessozialgerichtsurteil vom 06.08.1987 (AZ 3RK 15/86).
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.) (1993): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Weltgesundheitsorganisation. (2.korr. u. bearb. Aufl.) Bern: Huber.
- Goerlich, T.; Eichler, M. & Dieterich, F. (1989): Zur Problematik des Transsexualismus in der DDR: Juristische Aspekte, hormonale Substitution, eigene Erfahrungen bei der Betreuung von Transsexuellen. In: H. Schmigalla (Hrsg.), *Psychosoziale Aspekte der Homosexualität*. Jena: Friedrich-Schiller-Universität: 159-163.
- Osburg, S. & Weitze, C. (1993): Betrachtungen über zehn Jahre Transsexuellengesetz. *Recht & Psychiatrie* 11: 94-

Adresse der Autoren

Dr.phil. Dipl.-Psych. Dorothea Lübcke-Westermann, Dr.med.Dr.jur. Michael Gillner, Hanse-Klinikum Stralsund, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Forensische Psychiatrie, Rostocker Chaussee 70, 18437 Stralsund, mail: luebcke@uni-greifswald.de

„Nicht in mir zu Hause“ – zwei (a-)typische Fallberichte

Andreas Dabelstein

„Not at Home in Myself“ – Two (a-)typical Case Reports

Das Thema Transsexualität erlebt seit geraumer Zeit in der medialen Darstellung und damit verbunden in der öffentlichen Wahrnehmung eine früher nie gekannte Beachtung. Die Seriosität und die fachliche Fundiertheit dieser Beiträge streuen hierbei aber ganz erheblich. So findet sich leider allzu häufig die Vorstellung, daß derjenige, der sich für transsexuell hält, das selber am allerbesten beurteilen könne und daher jedes Infragestellen durch Dritte obsolet sei. Übersehen wird hierbei, daß solche meist selbstgestellten Diagnosen die vielen möglichen Differentialdiagnosen außer Betracht lassen, die vor irreversiblen körperverändernden Maßnahmen unbedingt auszuschließen sind.

Hier haben sich als Leitlinie für die Diagnostik, Differentialdiagnostik, Behandlung und Begutachtung von Patienten mit transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörungen die 1997 von einer bundesdeutschen Expertenkommission erstellten „Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen“ bewährt (Becker, S. et al (1997): Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen. *Sexuologie* 4: 130-138). Besonders zu erwähnen ist hier der sogenannte Alltagsstest, der mindestens ein Jahr dauern sollte und der dazu dient, daß der Patient für sich den Alltag in der erwünschten Geschlechtsrolle in allen sozialen Belangen testet, bevor eine gegengeschlechtliche Hormontherapie bzw. eine operative Angleichung an das Wunschgeschlecht erfolgt.

Die Wichtigkeit der Einhaltung dieser Leitlinien kann gar nicht genug betont werden, wenn auch hierdurch erfahrungsgemäß Unmut bei den Betroffenen ausgelöst wird. Aber angesichts der Tatsache, daß körperverändernde Maßnahmen in der Regel irreversibel

sind, wäre es zwar sicherlich gut gemeint, aber eben nicht wirklich im wohlverstandenen Interesse des Patienten und übrigens auch arztrechtlich höchst bedenklich, würde man sich dem manchmal nicht geringen Druck der Patienten beugen und sich unter Mißachtung der „Standards“ zu vorschnellem Handeln im Sinne eines Mitagierens hinreißen lassen.

Um zu dokumentieren, wie diffizil die Arbeit mit Menschen, die in ihrer Geschlechtsidentität gestört sind, mitunter sein kann und um die aus dem oben Gesagten sich ergebende Forderung nach äußerster diagnostischer und therapeutischer Sorgfalt zu unterstreichen, sollen nun zwei Fallverläufe dargestellt werden, in denen das Gefühl, im eigenen Körper nicht zu Hause zu sein, gemeinsamer Nenner war.

Fallbericht I

Vorgestellt wird eine 25jährige biologische Frau, die über einen Zeitraum von zwei Jahren in der Kieler Sexualmedizin im Sinne des Alltagsstests therapeutisch begleitet wurde.

Zur Erstvorstellung erschien eine Frau mit eher herben Gesichtszügen, einer tiefen Stimme und von kräftiger Körperstatur. Die Haare waren kurz geschnitten. Getragen wurde neutrale bis männliche Kleidung. In der ausführlichen Dokumentation findet sich als erster Satz: „Frau Z. imponiert vom 1. Augenblick an als männlich“.

Sie berichtete, sie könne so nicht mehr weiterleben. Sie würde nur noch vegetieren. Sie sei eigentlich ein Mann, stecke aber im falschen Körper. Sie habe bereits einen Suizidversuch hinter sich. Die Kindheit als Einzelkind wurde im Hinblick auf das Verhältnis zu den Eltern als optimal geschildert. Mit dem Vater habe sie Geländespiele unternommen und ihm



Abb. 1 DAP (Draw a person)

viel in Haus und Werkstatt geholfen. Sie habe sich Phantasieidentitäten und -welten ausgedacht und habe mit ihm entsprechende Rollenspiele gespielt. Dabei sei sie immer ein männlicher, einsamer Held gewesen, der z.B. die Welt dadurch rettet, daß er sich mit den Tieren gegen das Böse verbündet und dieses letztendlich erfolgreich bekämpft.

Die Mutter habe diese Spiele toleriert, der Vater sich aktiv daran beteiligt. Beide Eltern hätten sie eher als Sohn angesehen denn als Tochter.

Ansonsten aber habe die Kindheit, insbesondere die Schulzeit, eher einem Martyrium geglichen. Sie sei immer anders als die anderen gewesen. Sie habe kaum je mit anderen Kindern gespielt, sei von diesen immer abgelehnt worden. Allerdings hätte sie auch gar kein Interesse an den Spielen der Altersgenossen gehabt. Sie sei lieber allein auf Bäume geklettert, hätte sich für Tiere und Pflanzen interessiert. Mit Puppen habe sie hingegen überhaupt nichts anfangen können.

Im weiteren Verlauf der Schulkarriere sei sie zum „gefürchteten Schläger“ geworden. Sie habe sich in diversen Kampfkünsten geübt (Karate, Fechten, japanischer Schwertkampf). Mit nicht zu überhörendem Stolz erzählte sie im Erstgespräch, sie könne „einen Menschen mit nur einem Handgriff töten“.

Äußerst wichtig seien ihr soldatische Tugenden.

So würde sie Werte für sich hochhalten und leben wie: Ehre, Anstand, Verlässlichkeit, Schutz der Schwachen etc. Sie verfüge darüber hinaus über sehr feine Sinne, ja sogar über den 6. Sinn. Sie würde spüren, wenn ein Gewitter im Anzug sei; auch habe sie schon dreimal ein Erdbeben vorhergespürt, welches in ihrer Heimatstadt aufgetreten sei. Sie wisse instinktiv, wenn Gefahr drohe. So habe sie beispielsweise vorher gewußt, daß ihr einziger Freund (FzM-TS) bei einer Autofahrt einen Unfall erleiden werde – das sei dann auch so eingetreten.

Alle 4 Wochen würde sie der „blanke Haß“ ergreifen: nämlich zur Zeit ihrer Regel. Ihre Brüste würde sie hassen. Sie habe schon einen Rückenschaden dadurch, daß sie immer nach vorn gebeugt laufen würde, damit niemand ihre Brüste sehen könne. Auch im heißesten Sommer trüge sie aus diesem Grund eine dicke Weste. Nur zum Duschen sei sie so kurz wie möglich nackt – sonst nie! Vor kurzer Zeit erst habe sie durch einen TV-Beitrag erfahren, daß es Transsexualität gibt. Da sei ihr schlagartig klar geworden, woher all ihre Schwierigkeiten im Leben rühren.

Auffallend bei diesem Erstgespräch war die aggressive, laute, sprudelnde Art und Weise, wie der Bericht vorgetragen wurde. Es war offensichtlich, daß hier sehr viel „Dampf auf dem Kessel“ war.

Im weiteren Verlauf wurde deutlich, daß sich Frau Z. wirklich eine Nebenwelt aufgebaut hatte. Sie hatte einen Phantasy-Roman verfaßt, der durchaus gut zu lesen war und sich durch gute Orthographie und Stilistik auszeichnete. Darüber hinaus legte sie viele Fotos von selbstgemalten Bildern vor, die allesamt thematisch in ihrer Phantasie-Welt verankert waren. Sie zeigten vielgestaltige Fabelwesen und besonders häufig das Motiv des aus Märchen und Erzählungen bekannten Einhorns.

Frau Z. währte sich quasi als einsamer Kämpfer in einem fortwährenden Krieg, in dem fast die gesamte Welt gegen sie gewandt war. Die Schilderungen alltäglicher Konfliktsituationen z.B. am Arbeitsplatz waren von Aggression, Schuldzuweisungen und Depotenzierung anderer Menschen gekennzeichnet, die entsprechend laut, polternd und ungebremst vorgebracht wurden.

Die Selbstwahrnehmung als einsamer Kämpfer unterstreicht sehr gut der **DAP** der Patientin (vgl. Abb. 1).

In der umfangreichen Testpsychologie zeigte sich der Verdacht auf ADHD in der Kindheit im **WURS**; eine sehr starke Neigung zu Erregbarkeit und Aggressivität im **FPI-R**; ein Hang zu Dominanz, Zwanghaftigkeit und Retention im **GT-S**.

Es wurden Frau Z. die „Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen“ und das we-

itere Procedere erläutert. Der mindestens 1jährige Alltagsstest wurde als große Zumutung empfunden. Schließlich – so die Patientin – sei doch ein großer Teil des Lebens bereits verpfuscht; wie lange solle sie denn noch vegetieren, bevor auch sie endlich leben dürfe?

Der weitere Verlauf der psychotherapeutischen Begleitung war von heftigen emotionalen Ausschlägen in beide Richtungen gekennzeichnet. So machte sie durchaus positive Erfahrungen: nach dem Outing erfuhr sie (oder besser er: es ist stimmig, wenn der Entwicklungsprozeß chronologisch nachgezeichnet wird, nun die männliche Anredeform zu gebrauchen) Unterstützung durch die Eltern, den Chef und die Arbeitskollegen. Er baute eine erotisch gefärbte Freundschaft zu einer Arbeitskollegin auf, wobei die Erotik allerdings einseitig von ihm zu ihr erlebt und noch dazu heftig von ihm selbst abgewehrt wurde. Er kaufte während des Alltagsstests ein Haus und zog in dieses als „Herr Z.“ ein, was von den Nachbarn ganz selbstverständlich akzeptiert wurde. Manchmal blitzte auf, daß das Leben vielleicht doch lebenswert sein könnte und daß vielleicht doch gar kein Krieg herrscht!

Dann aber gab es auch immer wieder Stunden, die erfüllt waren von tiefem Mißtrauen gegen alles und jeden; von ungerichteten Vorwürfen und von Haßtiraden. Dann fehlte jegliche Differenzierung in der Beurteilung der Situation und jede kritische Selbstreflexion.

Unter dem Strich besserte sich die Befindlichkeit von Herrn Z. aber ganz erheblich. Ein Zitat aus seinem selbstverfaßten Lebenslauf, geschrieben nach 1 Jahr der Begleitung:

„Schließlich erhielt ich (...) die Chance, nach Kiel zu gehen. (...) Hier fand ich Verständnis, Hilfe (...) Mein Fall sei weder etwas Ungeöhnliches noch Verachtenswertes und man wolle mir helfen, sagten sie (...) und zum ersten Mal in meinem Leben Menschen, die mich mögen und Geduld mit mir haben (...) Meine Kollegen, mein Chef, meine Bekannten wissen fast alles über mich und stehen mir bei (...) Daher war es mir auch erst hier in Kiel möglich, endlich Hoffnung auf ein normales Leben ohne Kampf und Verzweiflung zu bekommen (...) Ich fühle sehr viel weniger von dem Haß, der mich früher zeitweise dazu brachte, mir meinen Tod zu wünschen (...) Ich kann inzwischen mit meiner Verzweiflung umgehen, weil ich endlich einmal im Leben Hoffnung habe.“

Auf den Monat genau ein Jahr nach dem Erstkontakt erfolgte der Antrag auf Vornamensänderung nach § 1 TSG beim zuständigen Amtsgericht. Da wir vor Beginn der therapeutischen Begleitung die Festlegung getroffen hatten, daß wir für die Erstellung von Gutachten nicht zur Verfügung stehen würden, um den Prozeß der Therapie nicht durch eine dann vermutlich tendenziöse Selektion der zu bearbeitenden Themen durch den Patienten zu gefährden, wurden vom Gericht zwei externe Gutachter bestellt. Diese kamen übereinstimmend zu dem Schluß,

- ◆ daß aufgrund transsexueller Prägung Frau Z. sich dem anderen Geschlecht zugehörig fühlt
- ◆ daß sie seit mindestens 3 Jahren unter dem Zwang steht, dieser Vorstellung entsprechend zu leben
- ◆ daß mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, daß sich ihr Zugehörigkeitsempfinden zum anderen Geschlecht nicht mehr ändern wird.

Der Vorname wurde in der Folge wunschgemäß in einen männlichen geändert.

Es erfolgte dann die gegengeschlechtliche Hormonbehandlung, die – entgegen anfänglicher Befürchtungen in Hinblick auf eine mögliche Steigerung der ohnehin sehr hohen Aggressivität – gut vertragen wurde. Herr Z. erlebte nun sehr direkt, daß nicht „alle gegen ihn waren“ und „ihn auf seinem Weg behindern wollten“, sondern daß viele Menschen ihn tatkräftig unterstützten.

Der MdK der Krankenkasse gab „grünes Licht“ für die Kostenübernahme der geplanten operativen Entfernung der Brüste.

Als alles soweit „auf den Weg gebracht war“, brach der therapeutische Kontakt ab, so daß über die weitere Entwicklung nicht berichtet werden kann.

Insgesamt gestaltete sich die therapeutische Begleitung aufgrund der hohen Aggressivität, des tiefen Mißtrauens und der nicht zu verkennenden Züge einer schizotypen Persönlichkeitsstörung sehr schwierig. Solch eine Begleitstörung ist zwar nicht die Regel, tritt aber auch nicht gerade ganz selten auf.

Fallbericht II

Hier wird der tragische Entwicklungsprozeß eines Patienten skizziert, der sich ebenfalls „nicht in seinem Körper zu Hause“ fühlte.

Zur Vorstellung kam ein Mann Anfang der 40er Jahre, der allein schon aufgrund seiner äußeren Erscheinung skurril wirkte und die Aufmerksamkeit auf

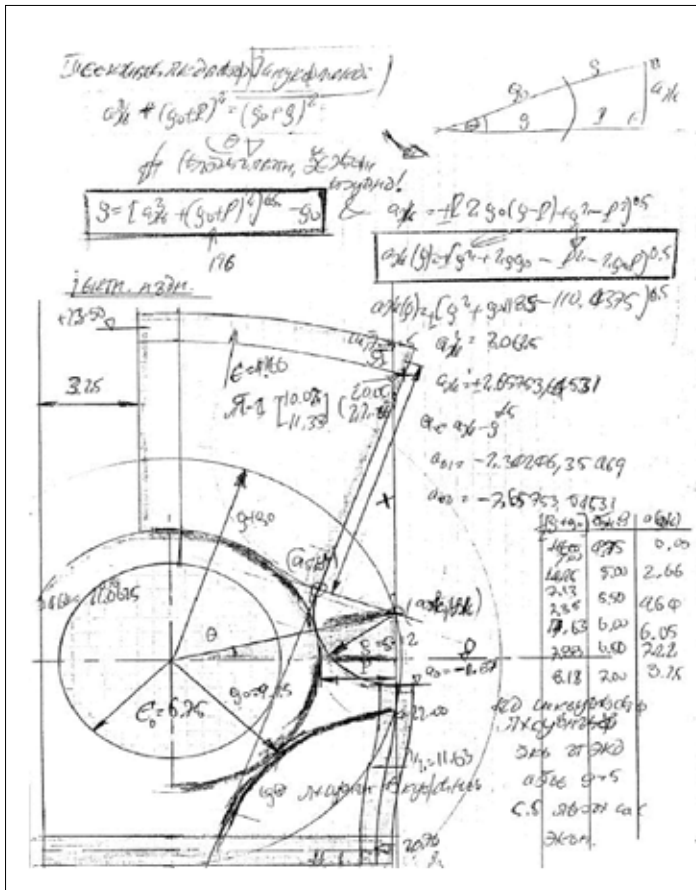


Abb. 2 Zeichnung mit Geheimschrift

sich zog. Er sah ungepflegt aus und roch auch so. Er hatte eine Halbglatze und einen sehr schlechten, lückenhaften Zahnstatus. Bekleidet war er mit einer viel zu hoch sitzenden, alten Stoffhose, die durch Hosenträger gehalten wurde. Diese Hosenträger wurden an den Schultern von einer Metallkette zusammengehalten. Die Füße steckten in überdimensionierten Gummilatschen. Bei sich führte der Mann einen großen Militärrucksack, der eine riesige Wasserflasche, ein Stullenpaket sowie einen Zeichenblock enthielt, welcher von architektonisch anmutenden Zeichnungen und einer – wie er erklärte – von ihm erfundenen Geheimschrift gefüllt war (vgl. Abb. 2)

Er brachte zur Erstvorstellung eine Überweisung seines behandelnden Psychiaters mit. Sein Anliegen: er wolle kein Mann mehr sein. Er wolle „das Ding da unten“ loswerden; am liebsten würde er sein Genitale „den Wölfen im Zoo zum Fraß vorwerfen“. Er wolle ein „Neutrum sein“. Er wünsche sich eine Beziehung zu einer Frau, die aber „rein platonisch sein müsste“. Sex sei „der Teufel“. Wörtlich: „Ich fordere die Todesstrafe für das Monster Sex (Tod, Hölle, Teufel, keine Liebe und Zärtlichkeit!), das mich vernichten will – damit ich leben kann!“ Noch nie im Leben habe er

einen wie auch immer gearteten soziosexuellen Kontakt gehabt: keinen Kuß, kein Petting, keinen Koitus.

Ca. alle drei Tage müsse er seinen „Hormonmüll“ entsorgen. Er beschrieb folgendes Masturbationsszenario, welches er als „Austreiben“ bezeichnete:

Wenn er „geil“ würde – z.B. ausgelöst durch den „Anblick von einem schönen Frauenhals“ – dann sei er wie „besäuselt“, wie „unter Drogen“. Er müsse dann sofort nach Hause, würde gar nicht mehr auf den Straßenverkehr achten. Er wohne allein in einem von der Mutter ererbten Bungalow. Dort angekommen, würde er sich selbstkonstruierte Damenunterwäsche über den Kopf ziehen und diese so eng um seinen Hals verschüren, bis ein „Sausen im Kopf“ zu verspüren sei, später dann Übelkeit.

Die Begleitphantasien dazu beschrieb er wie folgt: eine Frau zieht sich vor ihm aus, legt ihm ihren BH um den Hals und schnürt diesen zu. Dann zieht sie ihm ihre „stinkende Hose“ über den Kopf, so daß er kaum mehr atmen kann. Er ist gezwungen, mit einer Hand ihre Scheide und ihre Brüste zu berühren, mit der anderen Hand ihren Hals. Er sitzt nun in der „Todesfalle“ dieser Frau: Orgasmus oder Tod. Der Penis wird nach dorsal zwischen die Beine geklemmt und durch Schenkeldruck stimuliert.

Der Orgasmus äußert sich als scharfer Schmerz („es knallt“). Dann tritt plötzlich Entspannung ein – und ein Wettlauf gegen die Zeit beginnt. Die Abschnürungen müssen sofort gelöst werden. Dafür liegen diverse Werkzeuge bereit. Darauf folgen einige Stunden Schlaf aufgrund tiefer Ermattung.

Der Mann erzählte weiter, ein sechsjähriges Mädchen aus der Nachbarschaft würde ihn sexuell belästigen und ihm nachstellen. Deren Vater sei ihm gegenüber aggressiv und würde ihn bedrohen, weil er das Ansinnen des Kindes ablehnen würde!

Die Erhebung der biografischen Anamnese ergab folgendes bedrückende Bild:

Bei der Geburt fiel eine Analatresie auf, die notfallmäßig operiert werden mußte. In den ersten vier Lebensjahren erfolgten insgesamt weitere 16 Operationen, was zur Folge hatte, daß das Kind mehr im Krankenhaus als zu Hause aufwuchs. Dort sei er – weil schreiend, sich wehrend und bemüht, sich die Verbände abzureißen – oft ans Bett gebunden worden. Im Alter von vier Jahren sei er von einer Kinderkrankenschwester mißbraucht worden, worauf er die ganze Misere seines Lebens zurückführte.

Er sei bei der Mutter und der Großmutter aufgewachsen. Der Vater sei früh verstorben. Die Schulzeit sei eine einzige Katastrophe gewesen, was insbesondere durch die sogenannten Kopfnoten seiner Schulzeugnisse bestätigt wurde. Aufgrund der multiplen

Operationen urin- und stuhlinkontinent, sei er von den anderen Kindern gemobbt worden. („W. schießt in die Windeln, pißt in die Buddel!“) Obwohl überdurchschnittlich intelligent, waren die Leistungen in der Schule schlecht. Freunde habe er nie gehabt; niemand wollte mit ihm spielen oder etwas mit ihm zu tun haben.

Mit Einsetzen der Pubertät sei es zu einer Faszination für Damenwäsche gekommen, welche Diebstähle von den Wäscheleinen der Nachbarschaft zur Folge hatte. Im Alter von 18 Jahren erfolgte deswegen eine Anzeige. Der ermittelnde Polizist habe die Mutter darauf hingewiesen, daß sie ihrem Sohn doch lieber solche Wäsche kaufen möge, was diese auch getan habe. Damals war bereits die Vorstellung in der Kieler Sexualmedizin erfolgt. Das Angebot einer Therapie wegen seines seinerzeit diagnostizierten Fetischismus wurde durch den Patienten nicht wahrgenommen.

Er habe dann erfolgreich ein Ingenieursstudium abgeschlossen, habe aber nie eine Anstellung in diesem Beruf gefunden. Seit dem Tod der Mutter vor 19 Jahren lebe er allein in dem Bungalow wie in einer Festung. Er lebe von Sozialhilfe. Alle Zeit und alles Geld investiere er in die Konstruktion und den Eigenbau von Frauenunterwäsche. Diese Tätigkeit sei sein Lebensinhalt. Auf Abb. 3 ist ein Beispiel für ein solches von dem Patienten gefertigtes Wäschestück zu sehen.

Aufgrund der offensichtlichen Selbst- und der nicht auszuschließenden Fremdgefährdung wurde umgehend die Behandlung mit Cyproteronacetat (Androcur) eingeleitet. Der überweisende Psychiater wurde in einem Arztbrief dahingehend informiert, daß hier keine Transsexualität vorliege, sondern ein fetischistischer Transvestitismus, eine multiple Störung der Sexualpräferenz und mit hoher Wahrscheinlichkeit auch eine beginnende wahnhaftige Störung. Es wurde auch der großen Besorgnis Ausdruck verliehen, die sich aus der hochgradigen Eigengefährdung im Sinne der autoerotischen asphyktophilen Praktiken sowie der möglichen Fremdgefährdung – zu denken wäre an das Nachbarskind oder an reale Frauen, auf die möglicherweise die phantasierten demütigenden Handlungsneigungen projiziert werden könnten, ergab.

Dieser Arztbrief wurde – trotz Hinweis auf seine Brisanz – durch den Hausarzt dem Patienten zur Kenntnis gebracht und löste bei diesem einen wütenden Protest über diese „unhaltbaren und unverschämten Behauptungen“ aus. Außerdem wurde sofort der Kontakt zu unserer Einrichtung abgebrochen.

Der Patient fand Anschluß an die Kieler Transgender Selbsthilfegruppe und beantragte beim zuständigen Amtsgericht die Vornamensänderung nach § 1



Abb. 3 Vom Patienten gefertigtes Wäschestück

TSG. Es wurden – wie üblich – zwei Gutachteraufträge ausgelöst. Ein Gutachter diagnostizierte wie folgt:

„Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung“ (ICD 10: F62.0) mit den Symptomen:

- ◆ Eine feindliche oder mißtrauische Haltung der Welt gegenüber
- ◆ Sozialer Rückzug
- ◆ Gefühl der Leere oder Hoffnungslosigkeit
- ◆ Chronisches Gefühl von Nervosität wie bei ständigem Bedrohtheit
- ◆ Entfremdung

„Fetischistischer Transvestitismus“ (ICD 10: F65.1). Keine Diagnose einer Transsexualität!

Der andere Gutachter sah die Voraussetzungen des §1 TSG als erfüllt an und attestierte das Vorliegen einer primären Transsexualität.

Zitat aus diesem Gutachten: „Beim Antragsteller des vorliegenden Verfahrens treffen überwiegend die Merkmale der „primären Transsexualität“ zu. Die aktuelle Ausprägungsform der Transsexualität bei dem Antragsteller hat aufgrund verschiedener krankheits-

bedingter, entwicklungspsychologischer, psycho-sozialer und persönlichkeitsstruktureller Faktoren ein ausgeprägt skurrielles Erscheinungsbild hervorgebracht, welches nicht an den konventionellen Maßstäben gemessen und diagnostisch nicht mit psychopathologischen Kriterien belegt werden kann. Die vorliegende transidentische Entwicklung ist in ihrer Gesamtheit atypisch, da sie aus tiefenpsychologischer Sicht als eine regressiv gestaltete Fixierung an die Präpubertät als asexuelles Wesen im anatomischen Geschlecht eines Mädchens erwachsen ist.“

Zwei Jahre nach Abbruch des Kontaktes zu uns und ein Jahr nach den beiden Gutachten erreichte uns die Nachricht, daß nach Eigenstrangulation beider Hoden eine Orchiectomie bds. hatte durchgeführt werden müssen. Wenige Wochen nach diesem Eingriff war es zum Auftreten einer dekompensierten biventrikulären Herzinsuffizienz (linksventrikuläre Ejektionsfraktion

unter 30 %) gekommen, deren Ätiologie abschließend nicht sicher beurteilt werden konnte. Echokardiografisch imponierte ein kardiomyopathischer, diffus kontraktionsgeminderter linker Ventrikel mit einer Mitral- und einer Tricuspidalklappeninsuffizienz 2. bzw. 3. Grades. Ob die zwischenzeitlich auswärts erfolgte Gabe von Östrogenen bei der kardialen Dekompensation eine Rolle gespielt hatte, ließ sich nicht sicher beurteilen.

Gerade dieser zweite Fall ist in tragischer Deutlichkeit dazu angetan, die eingangs erhobene Forderung bezüglich der unbedingten Sorgfalt in der Arbeit mit solcherart gestörten Patienten noch einmal nachdrücklich zu betonen. Diese Sorgfalt hat sich selbstverständlich auch auf die allgemeinärztlich / internistische somatische Diagnostik und ggf. Therapie vor Einleitung körperverändernder Maßnahmen zu erstrecken.

Adresse des Autors

Dr. med. Andreas Dabelstein, Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Arnold-Heller-Straße 12, 24105 Kiel, mail: dabelstein@sexmed.uni-kiel.de

Vardenafil (Levitra®) in der Therapie der erektilen Dysfunktion

Tim Schneider, Herbert Sperling, Roberto Rossi, Herbert Rübben

Vardenafil (Levitra®) in the Therapy of Erectile Dysfunction

Abstract

Vardenafil and tadalafil are new PDE-5-inhibitors for the treatment of male erectile dysfunction. Due to the fact, that sildenafil is available in the USA since 1998, clinical data exceed that of the other drugs, but data referring to vardenafil increase everyday. Inhibition of PDE-5 leads to an increased amount of the intracellular transmitter cGMP, resulting in a relaxation of smooth cavernous muscle in combination with parallel sexual stimulation by NO-release from the cavernous nerves. Vardenafil is available in 5, 10 and 20mg dosage. As starting dosage 5-10mg are recommended, specially in case of renal or hepatic insufficiency or in patients older than 65 years. A success rate of up to 80%, referring to all forms of erectile dysfunction can be expected, with better results in patients with moderate ED than in patients with severe organic ED. Patients, following radical prostatectomy, can also be treated sufficiently with vardenafil. Side effects resemble those of the other PDE-5-inhibitors. Absolute contraindications are parallel intake of nitrates or NO-donators, which may lead to a severe, life-threatening drop in blood pressure. Patients with known cardio-vascular disease have to be treated carefully due to the fact that increased activity during sexual intercourse alone may lead to cardio-vascular events or decompensation.

Keywords: Erectile dysfunction, vardenafil, PDE-5-inhibitors

Zusammenfassung

Zur Therapie der erektilen Dysfunktion des Mannes stehen neben Sildenafil die PDE-5-Inhibitoren Vardenafil und Tadalafil zur Verfügung. Die Datenlage zu Vardenafil ist im Vergleich zu Sildenafil noch begrenzt, vergrößert sich aber zunehmend. Durch die Hemmung der PDE-5, die cGMP abbaut, kommt es zu einer erhöhten Konzentration dieses intrazellulären Transmitters. Dies führt zu einer Relaxation der kavernenösen glatten Muskelzellen bei paralleler sexueller Stimulation über die Freisetzung von Stickoxid aus den Nervenendigungen der N. cavernosi. Verfügbare Dosierungen von Vardenafil sind 5, 10 und 20mg. Als Anfangsdosis empfehlen sich 5-10mg, insbesondere im Falle einer renalen oder hepatischen Schädigung oder aber einem Alter >65 Jahre. Die Erfolgsrate von Vardenafil beträgt bis zu 80% bei allen Formen der erektilen Dysfunktion und gleicht der von Sildenafil, wobei Patienten aller Schweregrade profitieren. Auch bei Patienten mit postoperativer ED (z. B. nach radikaler Prostatektomie) lassen sich gute Therapieerfolge erzielen. Das Nebenwirkungsspektrum gleicht dem der anderen PDE-5-Inhibitoren. Als absolute Kontraindikation gilt die parallele Einnahme von nitrathaltigen Medikamenten oder NO-Donatoren, da diese in Kombination mit Vardenafil zu einem lebensbedrohlichen Blutdruckabfall führen können. Wie auch bei Sildenafil und Tadalafil muss die Therapie mit Vardenafil bei jedem kardiovaskulär-vorerkrankten Patienten überlegt erfolgen, da vermehrte körperliche Anstrengung bei sexueller Aktivität und vorgeschädigtem Herzen ein Gefährdungspotential birgt.

Schlüsselworte: Erektile Dysfunktion, Vardenafil, PDE-5-Inhibitoren

Einleitung

Zur Therapie der erektilen Dysfunktion des Mannes stehen die Phosphodiesterase-Typ-5-Inhibitoren (PDE-5-Inhibitoren) Sildenafil und seit 2003 auch Vardenafil und Tadalafil zur Verfügung. Nachdem die Substanzen Sildenafil und Tadalafil bereits vorgestellt wurden, soll im Rahmen dieses Artikel Vardenafil in der Therapie der ED gesondert dargestellt werden. Die Datenlage zu Vardenafil ist im Vergleich zu Sildenafil noch geringer, vergrößert sich aber zunehmend und erlaubt ebenfalls einen umfassenden Überblick über Indikationsstellung, Erfolgsraten, Nebenwirkungen und Kontraindikationen.

Pharmakologie

Phosphodiesteraseinhibitoren verhindern den intrazellulären Abbau von Phosphodiestern, wie dem zyklischen Adenosinmonophosphat (cAMP) oder dem zyklischen Guanosinmonophosphat (cGMP). Diese beiden zyklischen Nukleotide sind sogenannte „second messenger“ und damit wesentlich an der intrazellulären Informationsübertragung von Hormonen und Neurotransmittern beteiligt. Durch Hemmung ihres Abbaus wird die intrazelluläre Wirksamkeit verstärkt. Es existieren mindestens 11 Phosphodiesteraseuntergruppen, die sich molekulargenetisch, biochemisch und aufgrund ihrer Gewebelokalisation unterscheiden. Vardenafil ist ein selektiver PDE-5-Inhibitor mit einer IC₅₀ von 0,7nM gegenüber der PDE-5 im Vergleich zu einer IC₅₀ von 180nM gegenüber PDE-1 oder 4M gegenüber PDE-4. Wie Sildenafil besitzt auch Vardenafil eine gewisse Selektivität gegenüber der PDE-6, wengleich Farbsehen als Nebenwirkung bislang nicht beobachtet wurde (Martin-Morales & Rosen 2003). Die absolute Bioverfügbarkeit liegt bei 15%, die Proteinbindung ist

hoch. Die Strukturformel unterscheidet sich von Sildenafil (vgl. Abb. 1). Die PDE-5 findet sich im menschlichen Körper hauptsächlich in vaskulären, glatten Muskelzellen (auch den Koronararterien), im kavernen Schwellkörpergewebe, der Trachea, den Nieren und in Thrombozyten. Durch die Hemmung dieses Enzyms, welches cGMP abbaut, kommt es zu einer erhöhten Konzentration des intrazellulären Transmitters, was schlussendlich zu einer Relaxation der kavernen glatten Muskelzellen führt. Notwendig ist eine parallele sexuelle Stimulation, um das Stickoxid (NO) aus den terminalen Nervenendigungen freizusetzen.

Vardenafil wird schnell resorbiert und erreicht maximale Plasmaspiegel innerhalb von ca. 40 Minuten bei einer mittleren Halbwertszeit von 3,3-5 Stunden. Der Abbau von Vardenafil erfolgt hauptsächlich hepatisch und die Metabolisierung erfolgt primär durch den Cytochrom-P450-Komplex bzw. dessen Unterform 3A4. Die inaktiven Metaboliten werden vermehrt über den Stuhl (94%) und weniger über den Urin (6%) ausgeschieden (Keating & Scott 2003). Gesteigerte Plasmaspiegel können sich in Kombination von Tadalafil mit Medikamenten oder Nahrungsmitteln, die den Cytochrom-P450-Komplex hemmen (z.B. Indinavir, Ketokonazol, Erythromycin) ergeben.

Klinische Erfahrungen

Verfügbare Dosierungen von Vardenafil sind 5, 10 und 20mg, wengleich in klinischen Studien Dosierungen bis zu 40mg getestet wurden. Es zeigte sich hier eine Überlegenheit der 20 und 40mg Dosierung gegenüber der 10mg Dosierung, wohingegen kein Unterschied in der Wirkung der 20 und 40mg Dosierungen zu beobachten war (Klotz et al. 2001). Als Anfangsdosis empfehlen sich 5-10mg, im Falle einer renalen oder hepatischen Schädigung oder aber bei einem Alter >65 Jahre sollte immer zunächst eine niedrige Dosierung gewählt werden. Gleiches gilt für HIV-Patienten unter Einnahme von Proteaseinhibitoren. Bei Einsatz der 20mg Dosierung sind Erfolgsraten bis zu 80% bei gleicher Indikationsstellung wie den anderen PDE-5-Inhibitoren zu erwarten. Bei 489 Patienten mit ED führte der wahlweise Einsatz von 5-20mg Vardenafil zu einer 75% Erfolgsrate des Geschlechtsverkehrs im Vergleich zu 25% unter Placebo (AUA-Daten 2001). Eine weitere placebo-kontrollierte Studie über 12 Wochen mit 580 Patienten und ED aller Schweregrade und Ätiologien zeigte verbesserte Erektionen bei 80%, 76% und 66% unter 20, 10 und 5mg Dosierung im Vergleich zu 30% unter Placebo. Der Geschlechtsverkehr konnte erfolgreich in 74,6%, 71,9% und 70,9% unter 20, 10 und 5mg Dosierung im Vergleich zu

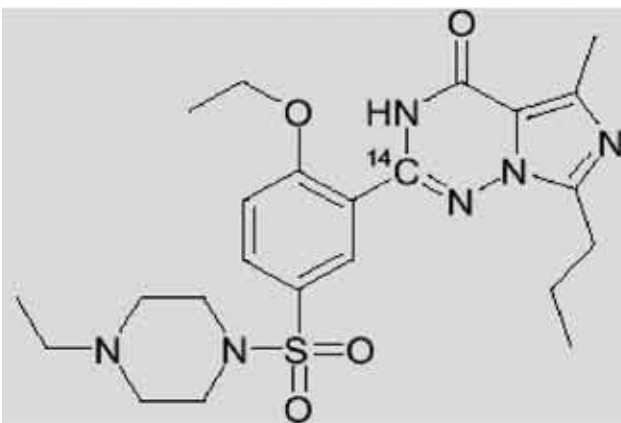


Abb. 1 Strukturformel von Vardenafil

39,5% unter Placebo durchgeführt werden (Porst et al. 2001). Im Rahmen einer placebo-kontrollierten Studie mit 755 Patienten mit ED aller Schweregrade und Therapie mit 10 und 20mg Vardenafil über zwei Jahre wurde eine Normalisierung der erektilen Funktion (IIEF-EF domain score) nach 8 Wochen erzielt, welche über den gesamten Studienzeitraum anhielt (Stief et al. 2003).

Wirksamkeit bei Patienten mit Diabetes mellitus

Die sekundäre ED ist eine häufige Begleiterkrankung des Diabetes mellitus mit einer Prävalenz von 38% bei Diabetikern im Alter zwischen 20 und 70 Jahren. Vardenafil führt bei Diabetikern mit ED in der 20mg-Dosierung über 12 Wochen in bis zu 72% zu verbesserten Erektionen (Goldstein et al. 2001). Die Nebenwirkungsrate beim Einsatz von Vardenafil bei Diabetikern entspricht der anderer Patientengruppen.

Wirksamkeit bei Patienten nach radikaler Prostatektomie

Grundvoraussetzung für die Wirksamkeit von PDE-5-Inhibitoren ist die Freisetzung von NO aus den terminalen Nervendigungen der N. cavernosi. Da diese Nerven aufgrund der direkten Nähe der N. erigentes zur Prostata häufig bei der radikalen Prostatektomie geschädigt werden, ist ein Erfolg nur bei Patienten mit nervschonender Operationstechnik zu erwarten. Insbesondere eine postoperative Elongation oder Resttumeszenz des Penis lassen einen Therapieerfolg erhoffen. Erste Daten von Brock et al. zeigen eine Verbesserung der Erektionsfähigkeit bei 65% unter 20mg Dosierung und 59% unter 10mg Dosierung im Vergleich zu 13% unter Placebo bei 440 Patienten nach radikaler Prostatektomie. Die Erfolgsrate des vaginalen Geschlechtsverkehrs lag bei 47,5% unter 20mg sowie 46,6% unter 10mg Dosierung von Vardenafil im Vergleich zu 21,8% unter Placebogabe (Brock et al. 2002).

Nebenwirkungen

Typische Nebenwirkungen von Vardenafil sind Kopfschmerzen (22%), Rötung des Gesichts („Flushing“) (13%) und Rhinitis (17%) unter 20mg Dosierung (Keating & Scott 2003). Sodbrennen (6,7%) (Relaxation des glattmuskulären gastroösophagealen Sphinkter und Sinusitis

(6%) werden ebenfalls beobachtet, Sehstörungen sind sehr selten. Insgesamt brechen nur bis zu 5% der Patienten die Therapie mit Vardenafil im Vergleich zu 1% unter Placebo aufgrund von Nebenwirkungen ab. Unter Therapie mit 10-20mg Vardenafil über 2 Jahre bei 566 Patienten brachen nur 1% (10mg) / 2% (20mg) der Patienten die Therapie aufgrund von Nebenwirkungen ab (Stief et al. 2003). Die wichtigsten Nebenwirkungen von Vardenafil ergeben sich wie zuvor dargestellt aus dem Wirkmechanismus als Phosphodiesterasehemmstoff. In einer gepoolten Analyse von 5 randomisierten doppel-blinden Studien betrug die Inzidenz von Ödemen, Synkopen, EKG-Abnormalitäten, Angina pectoris, Hypotension und Myokardischämie 0-0,6% und war nicht dosisabhängig (Keating & Scott 2003).

Kardiovaskuläre Sicherheit und Kontraindikationen

Wie auch bei Sildenafil und Tadalafil muss die Therapie mit Vardenafil bei jedem kardiovaskulär-vorerkrankten Patienten überlegt erfolgen, da vermehrte körperliche Anstrengung bei sexueller Aktivität und vorgeschädigtem Herzen ein Gefährdungspotential birgt. Die Daten der bisherigen Studien mit Vardenafil zeigen keine erhöhte Inzidenz von Herzinfarkten oder kardialen Ereignissen. Die Zeit bis zum Auftreten von Ischämiezeichen unter Belastung wird durch die Einnahme von 10mg Vardenafil bei Patienten mit koronarer Herzerkrankung nicht verkürzt (Thadani & Mazzu 2002).

Als absolute Kontraindikation gilt wie bei allen PDE-5-Inhibitoren die Einnahme von nitrathaltigen Medikamenten oder NO-Donatoren wie Molsidormin, da diese in Kombination mit Vardenafil zu einem lebensbedrohlichen Blutdruckabfall führen können. Da Nitrate und NO-Donatoren den zellulären cGMP-Gehalt erhöhen und Vardenafil dessen Abbau hemmt, kann es bei deren Kombination zu einem mehr als additiven Blutdruckabfall kommen. Auch bei schwerer Leber- oder Nierenfunktionsstörung, instabiler Angina pectoris, sehr niedrigem Blutdruck oder schlecht eingestelltem Hypertonus, vor kurzem stattgehabtem Apoplex oder Herzinfarkt als auch bei bekannter Retinitis pigmentosa ist Vardenafil kontraindiziert (Keating & Scott 2003).

Vardenafil im Vergleich zu anderen PDE-5-Inhibitoren

Seit Einführung der neuen PDE-5-Inhibitoren wurden multiple Studien in Bezug auf deren Effektivität im Vergleich zu Sildenafil durchgeführt. Bei annähernd gleicher

klinischer Wirksamkeit unterscheiden sich aber die Präferenzen der Patienten in Bezug auf die einzelnen Substanzen. Porst et al. ermöglichten 150 Patienten mit ED die konsekutive Einnahme aller 3 Substanzen, wobei sich die Mehrheit (67%) für die Fortführung der Therapie mit Tadalafil entschied und 20% Sildenafil und 45% Vardenafil bevorzugten (Porst et al. 2003). Sommer et al. konnten in einer placebo-kontrollierten Cross-over-Studie allerdings zeigen, dass bei maximaler Dosierung aller drei Substanzen nur 39% Tadalafil bevorzugten, hingegen Vardenafil von 43% der Patienten und Sildenafil von 17% der Patienten bevorzugt wurde (Sommer et al. 2003).

Schlussfolgerung

Mit den PDE-5-Inhibitoren steht heute eine oral applizierbare, wirkungsvolle therapeutische Option aller Formen der ED zur Verfügung, die die Therapie der ED revolutioniert hat. Vardenafil ist gut verträglich und die Sicherheit wurde in multiplen klinischen Studien nachgewiesen. Die Kenntnis absoluter Kontraindikationen wie die parallele Gabe von Nitraten und anderen Stickstoff-Donatoren mit Lebensgefahr für den Patienten ist unabdingbar. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Vardenafil ein hochwirksames Medikament mit hoher Akzeptanz durch die Patienten ist, welches ein gutes Sicherheitsprofil bei strenger Beachtung von Indikationen und Kontraindikationen aufweist.

Literatur

Martin-Morales, A.; Rosen, R.C. (2003): Effective treatment of erectile dysfunction with vardenafil. *Drugs of Today* 39: 51-59.

Keating, G.M.; Scott, L.J. (2003): Vardenafil: A review of its use in erectile dysfunction. *Drugs* 63: 2673-2703.

Klotz, T.; Sachse, R.; Heidrich, A.; Jockenhövel, F.; Rohde, G.; Wensing, G.; Horstmann, R.; Engelman, R. (2001): Vardenafil increases penile rigidity and tumescence in erectile dysfunction patients: a RigiScan and pharmacokinetic study. *World J Urol* 19: 32-39.

AUA: Vardenafil improves erectile/orgasmic function and intercourse satisfaction. Bayer Press Release, June 1, 2001.

Porst, H.; Rosen, R.; Padma-Nathan, H.; Goldstein, I.; Giuliano, F. and the VARDENAFIL-Study-Group (2001): Vardenafil, a new highly selective PDE-5 inhibitor, improves erectile dysfunction irrespective of the baseline severity and aetiology of ED or age of patients. *Eur Urol* 39 (Suppl.): Abstract 57.

Stief, C.; Porst, H.; Saenz de Tejada, I.; Ulbrich, E. (2003): Sustained efficacy and tolerability of Vardenafil over two years in men with erectile dysfunction (Daten beim Verfasser).

Goldstein, I.; Young, J.; Fischer, J.; Mollen, M.; Chu, F.; Shapiro, J.; Segerson, T.; Taylor, T. (2001): Vardenafil, a highly selective PDE-5 inhibitor, improves erectile function in patients with diabetes mellitus. *Diabetes* 50 (Suppl2): Poster 924.

Brock, G.; Taylor, T.; Seger, M. and the Vardenafil PROSPECT Group (2002): Efficacy and tolerability of vardenafil in men with erectile dysfunction following radical prostatectomy. *Eur Urol* (Suppl)1: Abstract 598.

Thadani U.; Mazzu A (2002) Exercise-induced ischemia was not adversely affected by vardenafil during an exercise stress test in men with coronary artery disease. *Eur Urol* 1(Suppl): Abstract

Porst, H.; Arnds, S. (2003): A comparative trial between Sildenafil, Tadalafil and Vardenafil – Preliminary results in 150 patients. *J Impot Res* 15 (Suppl. 6): 5 (abstract PS-2-8).

Sommer, F.; Mathers, M.; Klotz, T.; van Ahlen, H.; Bondarenko, B.; Özgür, E.; Caspers, H.P.; Engelman, U. and the German Men's Health Study Group (2003): Which PDE-5-inhibitor do patients prefer? A comparative randomized multicenter study of sildenafil, tadalafil and vardenafil. Originaldaten beim Verfasser.

Adresse der Autoren

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

www.andrologie.de: Patienteninformation und -beratung via Internet

Heribert Schorn

www.andrologie.de: Patient Information and Consultation via Internet

Abstract

Since 1995 our homepage enables interested people to be counseled free of charge on their andrological problems (only in German language). The website does not provide any fixed information, only after delivering his question the patient received an individual response from the urologist. We received requests from 5138 men and 305 women; 1541 questions were short, 2128 were rather detailed and 1774 were considered as very detailed because of their length and contents. The main topics addressed were: erectile dysfunction, ejaculatio praecox and penile deviation. Endocrine, psychological and dermatological disorders occurred less frequently as well as questions considering the effect of circumcision. Based on 2850 inquirers told us their age which ranged from 12–79 years with an average of 33,5. Over the years we saw a great homogeneity in age-distribution. Analog to the age of the internet users we noticed a younger group of persons using this service. In the last years a growing number of 50–70 year old inquirers attract attention. Although the target group of this internet service are naturally men constantly 5% of the inquirers are female. Persons using the Internet for consulting a urologist are younger than the average urological patient reflecting the mean age of Internet-users. The contact per email enables a rather anonymous dialogue between patient and physician and provides the urologist with detailed information on personal matters. By writing down his problem, the patient faces and reflects the subject, which makes it easier for him to seek for a direct personal consultation of a therapist

afterwards. Being better informed after the virtual consultation there will be less fear to speak about his problem.
Keywords: Internet, Andrology, Patient Information

Zusammenfassung

Seit 1995 bietet die Webseite *www.andrologie.de* interessierten Personen Rat zu andrologischen Fragestellungen an. Auf dieser Internetadresse sind direkt keine Patienteninformationen abrufbar. Kontakt wird per e-mail aufgebaut, die zeitverzögert beantwortet werden. Die Hauptthemen waren Erektionsstörungen, vorzeitiger Samenerguss und Penisverkrümmung. Fragen zur Fertilität, zu Hormonstörungen und zu Partnerschaftsproblemen wurden seltener gestellt. Fast die Hälfte der Fragesteller gaben ihr Alter an. Im Verlauf des Untersuchungszeitraums von 1997 bis 2002 sahen wir eine fast gleichbleibende Verteilung der Altersgruppen, mit einer deutlichen Betonung der jüngeren. In den letzten Jahren nahm die Gruppe der 50–70 Jährigen deutlich zu. Obwohl die Zielgruppe der Beratung naturgemäß Männer sind, stieg auch die Zahl der ratsuchenden Frauen im Verlauf der Zeit an. Der e-mail Kontakt ermöglicht einen anonymen Dialog zwischen Berater und Fragesteller, der zunehmend genutzt wird. Durch bessere Information verliert der Patient die Angst über seine Probleme zu sprechen.
Schlüsselworte: Internet, Andrologie, Patienteninformationen

Einleitung

Sensibilisiert durch die Beratungstätigkeit in der andrologischen Sprechstunde einer Urologischen Klinik wurde seit 1995 zunächst probatorisch eine Beratung

zu andrologischen Themen im Internet angeboten. Da die Resonanz erstaunlich positiv ausfiel, wurde eine Untersuchung verschiedener Parameter dieser Beratung durchgeführt. Die wichtigste Fragestellung war die Akzeptanz und der Nutzen für den Ratsuchenden oder die Ratsuchende. Detailliert sollte folgender Fragenkomplex untersucht werden:

- ◆ Gibt es einen Bedarf für eine andrologische Beratung im Internet?
- ◆ Sind Ratsuchende bereit, detaillierte Problemstellungen zu formulieren?
- ◆ Kann eine schriftlich durchgeführte Beratung Nutzen bringen?
- ◆ Welche Zielgruppe wird erreicht?
- ◆ Welche demographischen Daten lassen sich erheben?
- ◆ Können aus diesen Daten Rückschlüsse gezogen werden?

Die Beratung ist aus einer Privatinitiative entstanden und wurde zur keiner Zeit durch Sponsoren aus der Pharmaindustrie etc. unterstützt. Lediglich die laufenden Betriebskosten der Internetinstallation werden vom Provider (www.blitz.net) kostenfrei zur Verfügung gestellt.

Patienten und Methoden

Seit Anfang 1995 bietet die Website Interessierten die Möglichkeit sich anonym und kostenlos zu andrologischen Fragen im Internet beraten zu lassen. Auf der Website selbst sind keine Informationen abrufbar, erst nach e-mail-Kontakt, bei dem der Patient Informationen geben und Fragen in Briefform stellen konnte, kam eine Beratung zustande. Empfehlungen über Ärzte oder Medikamente werden aus rechtlichen Gründen nicht gegeben. Als Zielgruppe sind alle Personen zu werten die eine andrologische Fragestellung haben. Naturgemäß sind dies meistens die Männer selbst. Anfragen kamen aber auch von Frauen und nicht nur zu Themen ihrer Partner. Einige wenige Anfragen betrafen auch enge Verwandte, Freunde und Familienmitglieder. Da es sich um eine nur in deutscher Sprache durchgeführte Beratung handelt, sind die Mitglieder der Zielgruppe deutschsprachig. Nachdem die Beratung nicht nur in urologischen Fachzeitschriften sondern auch in großen Magazinen und dem Fernsehen vorgestellt wurde, haben in dem hier vorgestellten Zeitraum von 09.1997 bis 07.2002 täglich ca. 270 Internet-Nutzer die Beratungsseite aufgesucht. In die

Auswertung gingen 5443 Personen ein, die eine e-mail mit offensichtlich ernstgemeinten Problemen abschickten.

Die technische Entwicklung im Internet schreitet stetig voran, deshalb wurden im gesamten Untersuchungszeitraum unterschiedliche Programme bzw. deren Versionen zur Auswertung herangezogen, die es ermöglicht haben, immer ausführlichere Daten und Parameter zu erfassen. Verwendete Auswertungsprogramme waren: Analogform[©] bis Februar 1999; Webalizer[©] (Version 1.20) vom März 1999 bis Februar 2000; Webalizer[©] (Version 1.30 und höher) ab März 2000.

Ergebnisse

Im untersuchten Zeitraum von 09.1997 bis 07.2002 wurden 5443 als seriös eingestufte Anfragen in die Untersuchung aufgenommen. (vgl. Abb. 1). 5138 oder (94,4 %) kamen von Männern und 305 oder (5,6 %) von Frauen. Dabei ist zu vermerken, dass die Zahl der Anfragen trotz eines wachsenden medizinischen Informationsangebotes im Internet gleichfalls anstiegen: Von 0,9 pro Tag zu Beginn des untersuchten Zeitraums auf 5,2 pro Tag gegen Ende. (vgl. Abb. 2)

Zeitraum	Monate	Anfragen	Anfragen/Monat
9/97 - 10/98	14	375	26,8
11/98 - 7/99	9	536	59,6
8/99 - 7/00	12	904	75,3
8/00 - 7/01	12	1762	146,8
8/01 - 7/02	12	1866	155,5
9/97 - 7/02	59	5443	92,3

Abb. 1 Anfragenhäufigkeit für den untersuchten Zeitraum

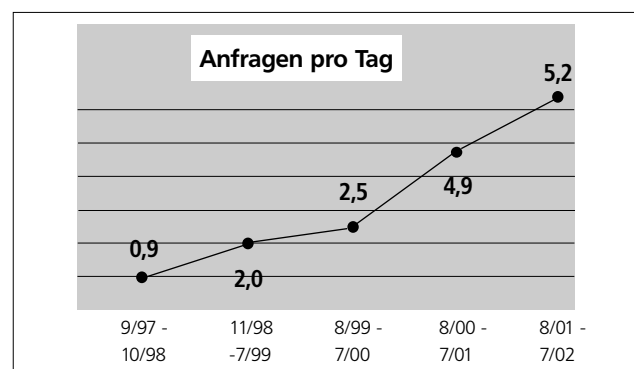


Abb. 2 Entwicklung der Anfragenhäufigkeit pro Tag

Alle Fragen wurden hinsichtlich des Umfangs und der angebotenen Informationen in drei Kategorien eingeteilt:

- ◆ **Kurze Anfrage:** Der Fragesteller formuliert nur wenige Sätze. Die Frage ist allgemein gehalten. Persönliche Daten werden nicht preisgegeben. Diese Kategorie traf auf 1541 oder (28,3%) der Fragesteller zu.
- ◆ **Detaillierte Anfrage:** Diese Anfragen beinhalten bis zu eine halbe Din A4 Seite Text. Die Problemstellung wurde detaillierter dargestellt und mit einigen persönlichen Informationen versehen. Zumindest das Alter musste angegeben sein. Diese Kategorie wählten 2128 der Fragesteller (39,1%).
- ◆ **Sehr detaillierte Anfrage:** Der Fragesteller schreibt mehr als ca. eine halbe Seite Din A4 Text. Es werden persönliche bis intime Informationen, auch über Partnerschaften preisgegeben. Teilweise werden Adressen und Telefonnummern beigefügt. Einige Fragesteller fügen Bilder oder Befunde bei. Die maximale Seitenanzahl betrug in dieser Form über 15 Schreibmaschinenseiten. Sie wurde von 1774 (32,6%) Fragestellern gewählt. (vgl Abb. 3)

Rund die Hälfte der Anfragenden gaben ihr Alter an (vgl. Abb. 4), wobei im Untersuchungszeitraum eine deutliche Steigerung des Durchschnittsalters auffällt – von Anfang 30 zu Beginn bewegt es sich gegen Ende auf die Mitte 30 zu. (vgl. Abb. 5) Zu beachten ist allerdings, dass das gegenüber dem Normalkollektiv deutlich jüngere Patientengut, der gegenwärtigen Altersstruktur der Internetbenutzer entspricht.

Betrachtet man nun die wichtigsten Themen in Verbindung mit dem Alter, in dem sie angesprochen werden, ergeben sich einige interessante Gesichtspunkte:

Während sich die meist unerfahreneren und jüngeren Patienten Gedanken um die Form und die Größe ihres Geschlechtsorgans machen, treten zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr und vor dem Rentenalter gehäuft Probleme in der Partnerschaft auf. Durch den starken jugendlichen Shift des Patientengutes im Internet traten Probleme mit Potenzstörungen bereits gehäuft um das 30. Lebensjahr auf. Der Orgasmus Praecox (vielfach auch noch Ejaculatio praecox genannt) scheint hier eher ein Problem der Jugendlichen bis 25 Jahren zu sein.

Von den 305 (5,6%) weiblichen Fragestellerinnen stellten 156 Fragen zu einem Problem, welches auf Seiten ihres Partners lag. Letztlich war es aber im weit

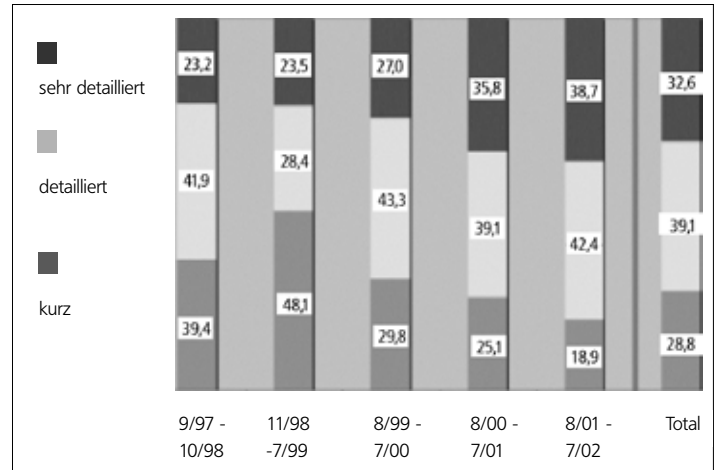


Abb. 3 Ausführlichkeit der Anfragen

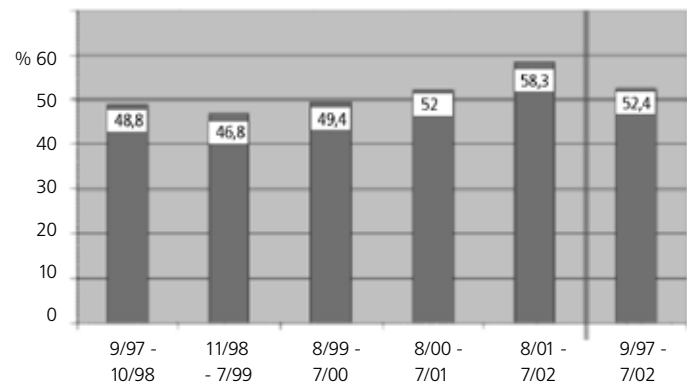


Abb. 4 Anteil der Anfragen mit Altersangabe

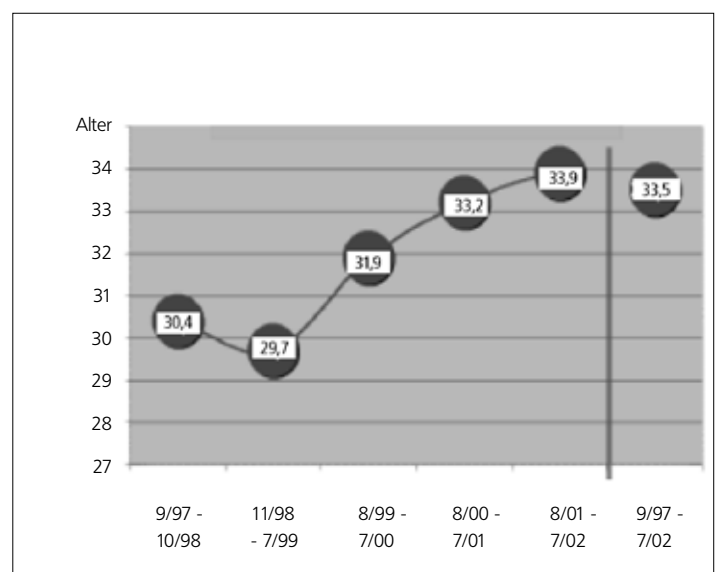


Abb. 5 Mittelwerte der Altersangaben

Fragestellung (Mehrfachnennung möglich)	n	%
Erektionsstörungen	1644	30,2
Ejakulatio Praecox	1546	28,4
Partnerschaftsproblematik	1012	18,6
Penisdeviation	996	18,3
Ejakulatveränderungen	425	9,1
Fertilität	370	6,8
Hormonelle Probleme	348	6,4
Psychische Fragestellungen	294	5,4

Abb. 6 Themenstellungen der Anfragen

stärkerem Maße der unerfüllte Kinderwunsch als eine Erektionsproblematik, der die Partnerin zur Tastatur greifen ließ.

Diskussion

Eine Beratung im Internet ist sicher nicht mit einem realen Arzt-Patienten Kontakt gleichzusetzen. Dem Ratsuchenden wird im Internet eher die Möglichkeit

geboten sich personenbezogen und anonym zu informieren. Trotzdem scheint die Anonymität des Internets den Betroffenen die Schilderung ihrer Probleme zu erleichtern. Der Nutzen liegt unter anderem in folgender Tatsache: Bei einer Anfrage hilft sich der Patient zunächst selbst, indem er seine Probleme niederschreibt, sie ordnet und reflektiert. Das bietet auch eine Grundlage für den nächsten Arztbesuch. Durch Aufklärung über die anstehenden Untersuchungen verliert sich oft die Angst vor dem, meist ersten, Kontakt mit einem Urologen. Somit sollte diese Untersuchung zum Anlass genommen werden, darüber nachzudenken, wie sich gezielt andrologische Beratung und Information im Internet durch kompetente Institutionen anbieten lassen.

Die Bereitstellung unabhängiger und kostenfreier Informations-Plattformen sollte nicht den, mit aller finanziellen Macht auf den Markt drängenden, gewerblichen Informationsanbietern überlassen werden. Unabhängige Informationsseiten sind arbeitsaufwendig und teuer, bieten dem Patienten aber die Möglichkeit sich unabhängig und anonym mit einem Thema auseinanderzusetzen. Dem Betreiber erlauben sie im Rahmen datenschutzrechtlicher Bestimmungen empirische Erhebungen, die sich wiederum wissenschaftlich auswerten lassen.

Adresse des Autors

Dr. med. Heribert Schorn, Facharzt für Urologie, Kornmarkt 9, 37073 Göttingen, mail: dr@schorn.de

Eros und Kalliope im goldenen Zeitalter der Gesangskastraten

Saša Plačkov

Eros and Kalliope in the Golden Age of Castrati

Im späten 16. Jahrhundert wurde in Italien, aus dem Verlangen heraus den Geist des antiken griechischen Dramas wiederzubeleben, die Oper geboren. Der Terminus Oper lässt sich erstmals für das Jahr 1639 nachweisen. Entwickelt wurde die Oper von der Florentiner Camerata, einer Vereinigung von italienischen Gelehrten und Musikern. Als Ergebnis dieser Entwicklung entstand letzten Endes ein Bühnenwerk, das sich aus der Kombination von Musik, Gesang, Bühnenbild und Handlung zusammensetzte. Man unterschied allerdings zwei unterschiedliche Formen der Oper von einander. Die Opera seria, die ernste Oper, und die Opera buffa, die heitere Oper. Die Oper gewann sehr schnell an Popularität und verbreitete sich somit rasch in ganz Italien. Rom und Venedig sollten sich dabei zu regelrechten Hochburgen der italienischen Opernschöpfung entwickeln.

Nach einer Verfügung von Papst Innozenz XI im Jahre 1686, durften Frauen im Kirchenstaat nicht im Theater auftreten. Man hielt es für miteinander unvereinbar, dass eine Frau auf der Bühne singen und dabei ihre „Reinheit“ bewahren könne. Dieses Verbot wurde später durch Papst Clemens XI erneuert. Da es den Frauen in der Kirche verwehrt war zu singen, wurden die hohen Stimmen in der Kirchenmusik oder auch in den weltlichen Kantaten von Knaben oder Falsettisten gesungen. Was ein Falsettist genau ist, beschreibt der Hamburger Musikschriftsteller Johann Mattheson in einer Notiz aus dem Jahre 1722 am eindrucksvollsten. Es heißt hier: „Was wir eigentlich eine Falsett-Stimme nennen, ist, wenn ein Sänger, der etwa von Natur einen Bass oder Tenor singt, den Hals so

zusammenzwingt und dringt, dass ein Alt oder Sopran daraus wird.“ Mit der „Erfindung“ der Kastraten, wurden die Falsett-Stimmen, damals auch Falsettisti artificiali genannt, kurz nach 1600 aus den Kirchenchören verdrängt. Dies war eine logische Konsequenz, denn der Ersatz der Frauenstimmen durch Knaben- und Falsett-Stimmen, war ein äußerst unbefriedigender Kompromiss. Die Kirchenmusik war schwer und von komplexer Natur. Bevor die Knaben eine entsprechende musikalische Ausbildung abschließen konnten, die ihnen das Singen derartiger Partituren ermöglichte, begannen sie bereits zu mutieren. Den falsettierten Männerstimmen fehlte es dagegen nicht nur an der nötigen dynamischen Flexibilität und Agilität, obendrein ließ auch die Extensionsfähigkeit der Stimmen in der Höhe zu wünschen übrig. Gefördert wurde die Entwicklung des Kastratengesanges außerdem noch durch die Tatsache, dass Kastraten die hermaphroditischen Wunschträume des barocken Zeitalters auf eine ideale Weise zu erfüllen schienen. Sie verzauberten das Publikum, weil sie eine Stimme mit zwei Geschlechtern bzw. eine geschlechtslose Stimme besaßen. Das Geschlecht war somit austauschbar geworden. Die Zuschauer sahen einen Mann, hörten aber eine Frau. Die Illusion war perfekt. Wie perfekt, berichtet uns der französische Philosoph Charles de Montesquieu in seinen Reiseerinnerungen. Für den Februar des Jahres 1729 notiert er: „Als ich in Rom war, traten im Teatro Capranica zwei junge Kastraten in Frauenrollen auf, Mariotti und Chiostra. Sie waren die größten Schönheiten, die ich je im Leben gesehen habe, und sie erweckten die Leidenschaften von Gomorra in Männern, die dafür empfänglich waren. Ein junger Engländer, der glaubte, dass einer der beiden Sänger eine Frau war, verliebte sich bis über beide Ohren und seine Leidenschaft überdauerte mehr als

einen Monat.“ Und auch der berühmte Giacomo Casanova durfte im Jahre 1761 einmal diesem einzigartigen Schauspiel beiwohnen. In seinen Memoiren schreibt er diesbezüglich: „Wir gingen ins Teatro Aliberti, in das die ganze Stadt strömte, um den Kastraten zu sehen, der die Rolle der Primadonna spielte (...) Die Stimme des Kastraten war herrlich. Noch herrlicher aber war seine Schönheit (...) Man sollte denken, dass ein als Frau verkleideter Mann als solcher erkannt werden muss, wenn er zuviel von der Brust sehen lässt. Aber gerade dadurch bezauberte dieser kleine Unhold die Zuschauer. In ein gut gearbeitetes Mieder eingeschnürt, hatte er eine Nymphentaille, und nur bei wenigen Frauen sah man eine festere und lieblichere Brust, als er sie zeigte. Man konnte sich nicht gegen die Täuschung wehren, die er aufkommen ließ.“ Dadurch, dass in der venezianischen Barock-Oper, im Gegensatz zu Rom, besonders auf die Ausbildung des Gesanges Wert gelegt, eröffnete sich für die Gesangskastraten der Singakademien und der päpstlichen Kapelle eine gute Gelegenheit ihr Können öffentlich unter Beweis zu stellen. Von der kirchlichen Musik in die Theaterszene, war es somit nur ein Katzensprung. In zahlreichen italienischen Städten wurden Opernhäuser erbaut, in manchen Metropolen sogar mehrere. Durch ihre vielen Auftritte in eben diesen Häusern erlangten die Kastraten Weltruhm. Musikhistorisch markierten sie damit den Übergang vom kirchlichen- zum säkularen Gesang.

Das 17 und 18 Jahrhundert Europas stand musikalisch ganz unter dem Einfluss der Gesangskastraten. Sie waren die absolut unangefochtenen Superstars der damaligen Musikszene, die nicht nur horrende Gagen forderten, sondern auch bekamen. Mit ihrer Gesangkunst trieben sie das Publikum in einen ekstatischen Rausch der Sinne, der sich bis zur Raserei steigern konnte. Einer Raserei, die letzten Endes ihren Höhepunkt in dem Jubelschrei „Evviva il coltello – es lebe das Messerchen“ fand. Einer Andeutung für den Preis, den man zahlen musste, um eine solche engelgleiche Stimme zu bekommen. Denn nur durch einen operativen Eingriff mit Entfernung der Keimdrüsen noch vor dem einsetzen der Geschlechtsreife, war es möglich den Prozess der geschlechtlichen Entwicklung auszuschalten und somit die hohen Knabenstimmen zu konservieren, die dann in ihrer Klangqualität mit den himmlischen Heerscharen durchaus in Konkurrenz treten konnten. Durch die Abbremsung des in der Pubertät einsetzenden Wachstumsschubes, der bei Knaben unter dem Einfluss der Geschlechtshormone zu einem sehr raschen Wachstum der Knochen und des Kehlkopfes führt, vergrößern sich die Stimmbänder und der Kehlkopf so nun weniger stark. Der Stimm-

bruch wird somit unterbunden und die hohe Knabenstimme bleibt erhalten. Die barbarische Praxis der Kastration wurde zwar schon seit Anbeginn der Menschheitsgeschichte vollzogen, aber aus rein musikalischen Gründen wurde sie erst im 16. Jahrhundert praktiziert. Dabei gab es verschiedene operative Verfahren, die es ermöglichten aus kleinen Jungen stimmlich engelgleiche Wesen zu machen. Eine davon schilderte der Franzose Charles d’Ancillon in seiner 1707 erschienenen Abhandlung über die Eunuchen. Hier heißt es: „Der Knabe wurde mit Opium oder anderen Narkotika betäubt und einige Zeit in ein sehr heißes Bad gesetzt, bis er in einem Stadium ziemlicher Gefühllosigkeit war. Dann wurden die Kanäle, die zu den Hoden führen, durchgeschnitten, so dass die Hoden im Laufe der Zeit zusammenschumpften und verschwanden.“ Das dafür notwendige medizinische Instrumentarium und Verbandsmaterial wurde wie folgt aufgezählt: „ein convexes und ein gerades Messer, eine Schere mit stumpfer Spitze, eine Hohlsonde, die zur Unterbindung blutender Gefäße nöthigen Werkzeuge, eine krumme Heftnadel, nebst mehreren Heftfäden, ein spitzer Haken, Schwämme mit kaltem und warmem Wasser, ein ausgefasertes Leinwandstreif-

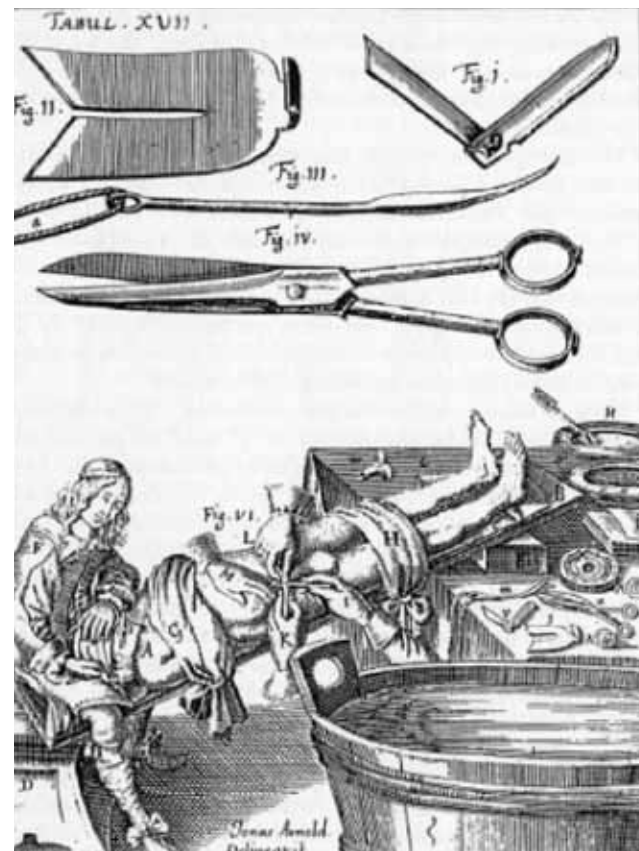


Abb 1 Die Kastrierung oder Hoden-ausschneidung. Nach Johannes scultetus: Wundt-Artzneyisches Zeug-Hauss, Frankfurt/M. 1666.

chen, Heftpflasterstreifen, eine Kompresse und eine Binde. Gehilfen sind ungefähr vier nöthig: zwei fixieren den Knaben, zwei assistieren dem Operateur.“ (vgl. Abb. 1) Die andere Methode, stand der eben dargestellten in punkto Grausamkeit in nichts nach. Dabei wurden dem in heißem Wasser sitzenden Knaben mittels einer breiten und flachen Eisenschere die Hoden zerquetscht. Natürlich war die Operation offiziell Verboten, so dass derartige Eingriffe im geheimen stattfinden mussten. Der Papst selbst hatte zwar allen, die sich an derartigen Handlungen beteiligen würden, ja sogar denen, die nur davon wüssten, mit den schlimmsten weltlichen und kirchlichen Strafen gedroht. Man darf allerdings nicht vergessen, dass eben dieser Papst auch auf die hohen Kastratenstimmen angewiesen war und somit natürlich auch auf die Täter. Deshalb wurde die Operation offiziell nicht zur Kenntnis genommen und weder von der Kirche noch von der Justiz ernsthaft verfolgt. Anders wäre es wohl auch kaum zu erklären, dass trotz des strengen Verbots tausende von Knaben im 17. und 18. Jahrhundert kastriert werden konnten und die Praxis der Kastration zwecks Stimmkonservierung in Italien über dreihundert Jahre lang währte.

Das Thema Kastration und Kirchengeschichte bzw. Kirchenrecht bedarf allerdings an dieser Stelle einer kurzen und gesonderten Betrachtung. Zunächst einmal ist festzuhalten, dass sich in der Nachfolge Jesu und der Apostel mit den sexuell Enthaltssamen eine völlig neue Gruppe von „Geschlechtslosen“ gebildet hatte. Mit der Verbreitung des Christentums ab dem 3. Jahrhundert vergrößerte sich mit der Anzahl der einzelnen Gemeinden natürlich auch die Zahl dieser Enthaltssamen. Doch der Weg der Enthaltssamen war voller Dornen und Steine und führte verständlicherweise auch zum Teil in die Irre, denn eine ganze Reihe von enthusiastischen Christen und Eiferern entmannte sich in wörtlicher Auslegung der Matthäusstelle 19,12 in einem völlig falsch verstandenen Eunuchentum. Die frühchristliche Kirche missbilligte jedoch die Selbstentmannung und reagierte mit Verboten und Sanktionen in der kirchlichen Rechtsprechung, allerdings erst seit der Spätantike. So wurden beispielsweise durch das Kirchengesetz auf dem 1. Konzil von Nicäa im Jahre 325 und auf der Synode von Arles im Jahre 452, all diejenigen aus dem Klerus ausgeschlossen, die an ihrer Kastration selbst die Schuld trugen. Denn nach Ansicht der Kirche, habe der Mensch nicht das Recht, einem sittlichen Kampf, den er mit der Hilfe Gottes durchaus bestehen und durch den er auch persönlich reifen könnte, mit einem Eingriff in seine körperliche Unversehrtheit auszuweichen. Auch in den Apostolischen Canones, um das Jahr 400, wurde eben-

falls zwischen denen, welche durch die Schuld Dritter zum Eunuchen gemacht wurden und jenen, welche sich selbst verschnitten haben, deutlich differenziert. Die Apostolischen Canones wurden schließlich auf der Synode von Limoges im Jahre 1031 bestätigt. Die Kirche selbst konnte allerdings, wollte sie ihrer eigenen Maxime „Ecclesia non sinit sanguinem“ treu bleiben, Selbstverstümmelungen nur milde ahnden. Da nach dem kirchlichen Recht der Zugriff auf den Körper des Sünders nie zu einer blutigen Vergeltung oder gar einem Rachefeldzug werden durfte, wurden Selbstverstümmelungen mit kirchlichen Bußstrafen belegt. So sollte die willkürliche Amputation von Gliedmaßen im Poenitentiale Cummeani, aus dem 7. Jahrhundert stammend, mit einer dreijährigen Buße gesühnt werden, von denen der Sünder ein Jahr auf Wasser und Brot gesetzt werden sollte. Dabei divergierte das Strafmaß für eine Selbst- oder Fremdkastration bzw. für eine Anstiftung zu einer solchen, nicht wesentlich voneinander. Das Eunuchentum hatte also in der westlichen Kirche keine eigentliche Daseinsberechtigung. Im Gegensatz dazu war die Haltung der Ostkirche gegenüber den Kastraten wesentlich toleranter. Denn hier nahmen die Eunuchen in der Organisation des Klosterwesens eine wesentliche Rolle ein.

Damit wollen wir es bewenden lassen und zu unserem eigentlichen Thema zurückkehren. Was die damaligen Mütter und Väter dazu motivierte ihre Kinder dem Martyrium der Kastration mit all den daraus folgenden Konsequenzen auszusetzen, erklärt der italienische Gesanglehrer Pier Francesco Tosi in seiner 1723 publizierte Anleitung zur Sing-Kunst am eindrucksvollsten. Tosi, der selbst ein Kastrat war, berichtet: „Die Armuth machet die Aeltern glauben, dass Singen und Reich werden einerley sey; und dass man, um Singen zu lernen, weiter nichts nötig habe als ein hübsch Gesichtchen.“ Die meisten berühmten Sänger stammten aus ärmlichen Verhältnissen. Es sprach sich eben schnell herum unter den Ärmsten Italiens, dass Gesangskastraten absolute Traumgagen erzielen konnten und dadurch unermesslichen Reichtum anhäuferten. Viele kinderreiche Familien, vor allem in Süditalien, die in bitterer Armut lebten und eine Lebenserwartung von kaum dreißig Jahren hatten, sahen in dem Tatbestand einen Sohn zu haben, eine sich ihnen bietende Chance dem Elend zu entkommen. Die meisten dieser Träume sind wie Seifenblasen zerplatzt, denn das Spiel mit der Stimme war in Wirklichkeit ein reines Glücksspiel. Viele der vor dem Eingriff so verheißungsvollen Stimmen hielten nach der Operation nicht das was sie versprochen. Die Stimmen der Knaben wurden entweder schrill oder heiser und somit unbrauchbar für ihre einstige Zweckbestimmung. Nur

diejenigen, die eine kristallklare Stimme beibehielten, hatten Aussicht darauf die umjubelten Megastars von morgen zu werden. Wie wenigen dieses Glück beschieden war, lässt sich dem am 23. November des Jahres 1658 von Herzog Eberhard III. unterschriebenen Erlass entnehmen in dem festgestellt wurde: „daß von etlich vor etwas Zeitt in die hoff Capell aufgenommenen castrirten Knaben allem Ansehen und bißher erwiesener Probe nach, schwerlich mehr, alß Einer, zu verlangtem profructu kommen und in die Music sonders zu gebrauchen sein werde. „Wie in jedem Glücksspiel gab es also auch hier wenige Gewinner



Abb 2 Antonio Maria Bernacchi als Timante in „Demofoonte“ von G. M. Schiassi, Venedig 1735, Federzeichnung von Antonio Maria Zanetti, Fondazione Cini, Venedig.

Abb 3 Gaetano Baerenstadt, Francesca Cuzzoni und Senesino. In einer Szene aus Händels „Flavio“, Stich von 1723, wahrscheinlich von Johan Vanderbank.

und eine Unzahl von Verlierern. Während diejenigen Knaben, dessen Stimmen eine verheißungsvolle Karriere erwarten ließen, in eines der vier Konservatorien Neapels aufgenommen wurden und eine sechs bis achtjährige Ausbildung in Musik, Literatur und Geschichte erhielten, fielen die anderen wieder in die Bedeutungslosigkeit aus der sie ursprünglich kamen zurück und endeten als Bettler, die mit kreischender Stimme in den Straßen um ein Almosen flehten. Hierzu bemerkt ein französischer Reisender in einem Brief aus Italien, der sich auf das Jahr 1740 datieren lässt: „Man nimmt die Operation an ihnen vor, wenn sie sieben bis acht Jahre alt sind, aber oft verlieren sie im Jünglingsalter die Stimme überhaupt ganz, so dass ihnen bei dem Tauschgeschäft nichts als Gegenwert bleibt.“ Bei der Betrachtung dürfen auch die unzähligen Opfer, welcher die Operation gar nicht erst überlebt haben oder durch fehlende Nachsorge zu verstümmelten Krüppeln wurden, nicht vergessen werden. Denn neben erfahrene Chirurgen, wurde die Operation auch von Quacksalbern, ja sogar Barbieren durchgeführt. Der Geldbeutel der Eltern allein entschied darüber, was für einen Operateur man sich leisten konnte und das wiederum war entscheidend darüber, was aus den Kindern nach dem Eingriff wurde. Aber auch selbst diejenigen, die das Glück hatten als Superstars auf den Opernbühnen der Welt gefeiert zu werden und so zu Ruhm, Ehren und Reichtum kamen, hatten unter den zahlreichen Folgen der Operation zu leiden. Das Längenwachstum der Knochen wurde nämlich durch die Entfernung der Keimdrüsen deutlich verzögert, so dass es sich weit über das 20. Lebensjahr, manchmal sogar bis ins dritte und vierte Jahrzehnt, noch fortsetzte. Die Folge war eine über dem Durchschnitt liegende Körpergröße, sowie eine deutliche Überlänge von Armen und Beinen gegenüber dem Rumpf. Neigte der Kastrat bereits zuvor zu einer gewissen Fettleibigkeit, wurde er nach dem Abschluss des Knochenwachstums außergewöhnlich dick. Die zahlreichen Karikaturen des 18. Jahrhunderts legen hiervon Zeugnis ab (vgl. Abb. 2 und 3). Dadurch, dass die sekundären Geschlechtsmerkmale, wie Bartwuchs und Körperbehaarung nur spärlich bis gar nicht ausgebildet und die Körpermuskulatur schlecht entwickelt war, und die Fettverteilung im Körper weibliche Züge annahm, so dass sich an Brust und Hüften typisch feminine Rundungen ausbildeten, näherte sich der Habitus der Kastraten so ziemlich dem einer Frau an. Aber auch die Psyche, konnte neben den rein somatischen Anomalien, deutliche Alterationen aufweisen. So kam es infolge der Operation gelegentlich zu leichtem Schwachsinn oder zu psychischer Unreife. Aber auch andere psychische Störungen wie Reizbarkeit, Streitsüchtig-

keit und depressive Verstimmungen wurden beschrieben. Zu den möglichen physischen und psychischen Veränderungen bei Kastraten bemerkt die 1841 in Leipzig erschienene Enzyklopädie der gesamten Medizin: „Geschieht die Kastration vor der Pubertät, bleibt der Operierte in jeder Beziehung unmännlich; er bekommt eine weibliche Stimme, ein überhaupt mehr weibliches Ansehn, und nimmt selbst eine weibliche Gemüths- und Denkungsart an.“

Einzig und allein die absolut unnatürlich und überirdisch klingende Stimme der Gesangskastraten, so sie denn nach der Operation hielt, profitierte von dem Eingriff. Wenn sich nämlich im Laufe der Zeit ein kindlicher Kehlkopf mit seinen kurzen Stimmlippen und ein maskuliner Brustkorb mit dem Lungenvolumen eines erwachsenen Mannes verbinden, ergibt das eine faszinierend hohe Stimme mit außerordentlicher Kraft und schier endlosem Atem, die dank ihrer Virtuosität mühelos die gesangstechnisch schwierigsten Passagen, sowie die effektvollsten Koloraturen und Triller zu bewältigen vermag. Der Stimmumfang der Gesangskastraten konnte stark variieren. Manch einer, wie der von Händel sehr geschätzte Altkastrat Senesino, beherrschte kaum eine Oktave, während die Stimme des Königs der Gesangskastraten, dem Sopranisten Carlo Broschi, auch Farinelli genannt, mehr als drei Oktaven umspannte. Auch behielten die Stimmen der Gesangskastraten noch bis ins hohe Alter ihre Agilität und Frische. So musste der berühmte Kastrat Gaetano Majorano, der sich selbst Caffarelli nannte, erst als er auf die 60 zuzug die Komponisten bitten doch Rücksicht auf seine Stimme zu nehmen. Die Counter-Tenöre unserer Zeit, die im Gegensatz zu den Gesangskastraten mittels spezieller Gesangstechnik, der sogenannten laryngealen Fistelfunktion, eine Frauenstimme simulieren, dürften uns dabei allenfalls nur eine grobe Vorstellung von den grandiosen Stimmen und der Virtuosität der Gesangskastraten vermitteln, die einst das in ihren Bann gezogene Publikum in einen ekstatischen Taumel der Raserei trieben.

So umschwärmt und umjubelt die Gesangskastraten auf den großen Opernbühnen auch waren, so sehr wurden sie als Menschen, ja als Männer zweiter Klasse, in der Öffentlichkeit verachtet. Das nahezu unerschöpfliche Repertoire an Schimpfwörtern, das es in Italien für Kastraten gab, vermittelt hiervon einen gewissen Eindruck. Man redete, wenn man über einen Kastraten sprach, von einem *evirato*, einem Entmanntem oder benutzte das Wort *Castrone*, was zwar Schafskopf bedeutet, aber einen unüberhörbaren Anklang an das Wort Kastrat beinhaltet. Bettelte ein armer Kastrierter mit seinem schrillen Stimmchen auf der Straße um ein Almosen, so wurde ihm nicht selten

ein *coglione* hinterher gerufen, was soviel wie Hoden, aber auch Dummkopf bedeutet. Zwar gebrauchte in Italien niemand das Wort Kastrat, wenn er von einem Sänger mit hoher Stimme sprach, sondern das Wort *musico*, aber die Art und Weise, wie das Wort ausgesprochen wurde, ließ einen die ganze Verachtung spüren, die die Männerwelt gegenüber den Kastraten hatte. Der Grund für diese fast grenzenlose Verachtung bei den Männern, rührte einfach aus der Tatsache heraus, dass sie abgrundtief neidisch auf den Erfolg waren, den die Kastraten bei den Frauen hatten. Denn durch die Operation waren sie zwar zeugungsunfähig, jedoch nicht unbedingt impotent geworden. Besonders in Rom wurde viel über den grenzenlosen Sexualtrieb der Kastraten, ihre Lasterhaftigkeit, sowie ihren Hang zur Ausschweifung geredet. Dass es sich dabei nicht nur um dummes Gerede gehandelt haben wird, belegt ein Erlass aus dem Jahre 1586 von Papst Sixtus V., der den Kastraten nicht nur die Ehe, sondern auch jedwede Form von Geschlechtsverkehr strikt untersagte. Das Verbot ist nur allzu verständlich angesichts des Faktums, das Kastraten unfruchtbar waren, somit jeder Koitus aus Sicht der Kirche nur dem Vergnügen und nicht mit der Intention der Kindeszeugung vollzogen wurde und somit natürlich einen reinen Sündenpfehl darstellte. Genau genommen war es den Kastraten sogar strengstens untersagt mit einer Frau auch nur unter einem Dach zu leben. Das die Gesangskastraten koitusfähig waren, dürfte ganz außer Zweifel stehen. Schließlich waren die erotischen Eskapaden der Kastraten allgemein hinlänglich bekannt. Ebenso wie es allgemein bekannt war, dass ein in Rom nicht ganz so erfolgreicher Gesangskastrat schnell zum Freiwild von Männern wie Frauen wurde, die das Theater nur aus rein sexuellen Interessen heraus betraten. Das die Kastraten dabei zwischen Männern und Frauen nicht so genau unterschieden, war ebenfalls ein offenes Geheimnis. Ein Augenzeuge und Chronist jener Tage, der Franzose Charles des Brosses, schrieb dazu in einem seiner Briefe aus Italien im Jahre 1740 folgendes: „Die Herren Hämlinge sind recht hübsche und höchst anspruchsvolle Herrchen, die ihre Effekten nicht um ein Butterbrot verkauft haben. Sie bekommen Hüften, Rückenende, Brust, Arme und Hals voll und rundlich wie Weiber. Es gibt recht hübsche Kerlchen darunter, sie benehmen sich geckenhaft und sind wohlgeleitet bei den schönen Damen, die sich, so klatscht man, um ihre unerschöpfliche Potenz förmlich reißen sollen, denn sie bringen schon noch was fertig.“ Den Gesangskastraten mangelte es wirklich auch nicht an Gelegenheiten. Wurden sie doch von ihren Verehrern und Bewunderern, Frauen wie Männern, umringt und abgöttisch begehrt. Interessant ist in diesem Zusam-

menhang auch ein Gutachten aus dem 17. Jahrhundert, das von Theologen verfasst wurde und sich im Kern mit der Problematik der Kastraten-Ehe auseinandersetzt. Die im preußischen Königsberg beheimateten Kleriker, halten hierin bezüglich der verschiedenen Arten der Kastration und den daraus resultierenden Konsequenzen hinsichtlich des Sexuallebens folgendes fest: „Dieser etzliche sind nicht allein die Hoden, sondern auch die Samenstränge, daran sie hängen, verschnitten, ja etzlichen auch das Schamglied abgeschnitten. Die nur durchtrennte Samenstränge haben, sind bisweilen noch wohl tüchtig, nicht allein zum Koitus, sondern auch zur Zeugung. Die Verschnittenen aber auf die oberwähnte Art sind beides, zur Zeugung und zum Koitus untüchtig. Etzlichen aber sind bloß die Keimdrüsen weggeschnitten und die Samenstränge unverletzt gelassen, dieselben haben nicht allein Samenerguß, sondern auch eine erigierte Rute und können mit einer Frau verkehren, ja sie sind potenter und zum Geschlechtsverkehr geneigter, als die, die nicht verschnitten sind.“ Das Gutachten der hohen Geistlichkeit bestätigt somit, dass die Kastraten die Fähigkeit zum Koitus nicht zwangsläufig eingebüßt haben. Sie sind imstande eine Erektion zu bekommen, haben eine Lustempfindung und können Frauen durchaus befriedigen. Daher sind sie auch, so die Schlussfolgerung, auch zur Ehe befähigt. Ein dramatischer Widerspruch zum bereits erwähnten päpstlichen Eheverbot für die Kastraten und ein heilsamer zugleich. Denn das Gutachten schaffte endlich ein wenig Klarheit über die vorhandene oder auch nicht vorhandene Sexualität der Kastraten. Dieses Thema war nämlich seit eh und je ein Gegenstand permanenter Spekulationen gewesen. Niemand vermochte genau zu sagen, wie und was da wegoperiert wurde oder auch nicht. Und dennoch glaubte jeder alles aus sicherer Quelle erfahren zu haben, hinter vorgehaltener Hand versteht sich. Einen weiteren Hinweis für die Koitusfähigkeit der Gesangskastraten bietet uns auch ein recht eigenartiger italienischer Brauch des 18. Jahrhunderts. Dieser Brauch gestattete den höhergestellten Damen der Gesellschaft einen *cisbeo*, also einen Begleiter oder Verehrer, dessen Aufgabe es war die Frau vom Stande ins Theater oder zum Ball zu begleiten, sie zu unterhalten, ihr Komplimente zu machen und kleine Präsente zu überreichen. Die Kastraten waren auch in dieser Rolle heiß begehrt, denn sie waren gebildet und kultiviert und verfügten über perfekte Umgangsformen. Inoffiziell war der „offizielle Begleiter“ nichts weiter als der Liebhaber. Die hohen Damen der Gesellschaft, so konnte man hören, sehnten sich nämlich nach „dem Baum, der keine Früchte bringt“. Nicht umsonst nannte man diesen Brauch

auch „die galanten Beziehungen, die die Ehe ergänzen“. Ein Kastrat war für die Frauen der damaligen Zeit einfach der perfekte Liebhaber, weil er nur Augen für sie hatte, sie umschmeichelte und umschwärmte, sie vornehm unterhielt, ihre sexuellen Begierden befriedigte und dabei keine unerwünschten Folgen hinterließ. Und einige Frauen gaben sogar offen zu, einem Kastraten gegenüber anderen Liebhabern den Vorzug zu geben, weil sie bei ihm keine Schwangerschaft zu befürchten hatten. Nur die Französinen hatten diesbezüglich einen völlig anderen Standpunkt eingenommen. Während nämlich die Frauen im restlichen Europa ganz und gar die Gesangskastraten anheimelten, war es den Französinen dagegen völlig unbegreiflich wie man bloß „die Hälfte dem Ganzen“ vorziehen könne. Das „die galanten Beziehungen, die die Ehe ergänzen“ nur einen sehr schlechten Ersatz für die Ehe boten, bekam jeder Kastrat zu verspüren, der das „Pech“ hatte sich hoffnungslos in die Angebetete zu verlieben. Denn begehren durfte er, lieben und heiraten jedoch nicht, jedenfalls nicht als „Mann zweiter Klasse“. Wenn man sich schon mit der vermeintlich schier unerschöpflichen Potenz der Kastraten auseinandersetzt, so darf ein Name ganz gewiss nicht vergessen werden. Es ist der Name des bereits oben schon erwähnten berühmten Gesangskastraten Gaetano Majorano oder einfach nur Caffarelli. Er war der kapriziöseste und sicherlich auch skandalträchtigste aller Gesangskastraten. Eine absolut schillernde Persönlichkeit, die an Überheblichkeit und Arroganz kaum zu überbieten war. So aktiv er auch den Gesang und die Bühnenkarriere verfolgte, so leidenschaftlich war anscheinend auch sein Sexualleben. Hubert Ortkemper, sein Biograph und Autor des Buches *Engel wider Willen – Die Welt der Kastraten*, hat ihm ein ganzes Kapitel mit der Überschrift „Der Liebhaber“ gewidmet. Er beschreibt die sexuelle Entwicklung des jungen Caffarelli im Jahre 1732, als er ungefähr zweiundzwanzig Jahre alt war, mit folgenden Worten: „Inzwischen hat er erfahren, was Sexualität ist, hat gelernt, dass es andere Vergnügungen gibt, als einen alten Abbate an der Nase herumzuführen. Er spielt außerhalb des Theaters längst nicht mehr die kokette Primadonna, die sich von Männern hofieren lässt.“ Man muss dazu wissen, dass die jungen Gesangskastraten für gewöhnlich die weiblichen Rollen in der Oper übernahmen. Genau genommen wurden die debütierenden Kastraten in diesen Rollen regelrecht ausprobiert, bevor sie später, nachdem sie sich bewährt hatten, die Heldenrollen in den Opern sangen. Ein Umstand, der die sexuelle Identitätsfindung der jungen Gesangskastraten sicherlich nicht gerade erleichtert hat (vgl. Abb. 4). Und weiter heißt es: „Er flirtet jetzt ungeniert mit

den Frauen, die ihn anhimmeln. Und er entscheidet selbst, mit welcher er sich näher einlassen will (...) Fast alle Frauen, mit denen er sich bei solchen Gelegenheiten unterhält, scheinen bereit, mit ihm ins Bett zu gehen, wenn er nur will.“ Bei dieser Gelegenheit soll zumindest auch ein erotisches Abenteuer Caffarelli in toto wiedergegeben werden. Hierzu sein Biograph: „Nach einigen Affären mit jüngeren und älteren Frauen, die alle nach kurzer Zeit beendet sind, verliebt sich Caffarelli ernsthaft in eine junge leidenschaftliche Römerin, die mit einem etwa gleichaltrigen Mann verheiratet ist. Wie sich bald herausstellt, ist der Ehemann nicht bereit, das allgemein akzeptierte Spiel zu tolerieren. Caffarelli muß für ihre intimen Begegnungen immer wieder neue verschwiegene Orte suchen. Die Heimlichtuerei erhöht den Reiz dieser Liebschaft, vielleicht wäre er ihrer sonst viel früher überdrüssig geworden. Als der Mann der Römerin für einige Tage verreist, wagen es die beiden, sich am helllichten Tag im Haus der Frau zu treffen. Die Entweihung des Ehebetts ist für Caffarelli ein besonderes Vergnügen. Doch der Mann kommt vorzeitig zurück. Fast ertappt er seine Frau und den Kastraten in flagranti. Caffarelli kann in den Garten flüchten, der von einer hohen Mauer umschlossen ist. Die Sträucher sind noch ohne Laub, und so findet er kein anderes Versteck als die Zisterne. Vor lauter Angst bleibt er bis zum Anbruch der Dunkelheit in dem feuchten Verlies. Die Folge ist ein Rheumatismus, der ihn fast einen Monat ans Bett fesselt. Seine Stimme hat glücklicherweise keinen Schaden genommen.“ Natürlich hatten nicht alle Kastraten ein derartig ausschweifendes Sexualleben. Manche, wie der ebenfalls bereits schon oben erwähnte König der Gesangskastraten, Carlo Broschi, genannt Farinelli, hatte wahrscheinlich überhaupt keines, zumindest kein koitales. Sein Biograph, Patrick Barbier, der sein Leben auf zweihundertvierunddreißig Seiten zusammengefasst hat, hatte diesbezüglich nur wenig zu schreiben. Von ihm erfahren wir, dass sich Farinelli zwar in einige wenige Frauen verliebt hat, sich aber als gläubiger Christ niemals mit ihnen eingelassen hätte, da ihm als Kastraten die Ehe verwehrt wurde und jeder außereheliche Kontakt eben als Sünde galt. Er soll ein sehr höflicher und kultivierter Mensch gewesen sein. Ein Mensch mit großem Herzen und jungfräulicher Schamhaftigkeit. Davon abgesehen scheint Farinelli auch nicht zum Koitus fähig gewesen zu sein, denn Patrick Barbier erwähnt hierzu: „Quälend ist für ihn natürlich auch die Tatsache, dass er nicht das gleiche Liebesleben genießen kann wie andere Männer. Seine Beziehungen zu Frauen bleiben immer platonisch.“ Barbier bezieht sich dabei auf einen Brief Farinellis aus dem Jahre 1739, in



Abb 4 Farinelli in einer Frauenrolle, Federzeichnung von Pierleone Ghezzi, 1724, Collection Janos Scholz, New York

dem er von der Heirat des Infanten Philipp mit Louise-Elisabeth von Frankreich berichtet. Hier Farinelli im Original: „Der König, die Königin, der königliche Prinz und die Prinzessin führten die beiden lebenswürdigen Geschöpfe bis an ihr Bett. So ins Bett geleitet, blieben sie im Dunkeln, um das zu tun, was alle in der ersten Nacht tun, nur der, der ihnen schreibt, kann solche angenehmen dunklen Nächte nicht kennen.“ Interessant in diesem Zusammenhang ist sicherlich auch die Frage, wie sich manch ein Kastrat innerlich gefühlt haben mag? Ein wenig Aufschluss darüber gibt uns der Kastrat Balatri in seine Memoiren. Hierin erinnert er sich, wie er 1691 im zarten Alter von fünfzehn Jahren nach St. Petersburg an den Hof Peters des Großen kam und ein wenig später den Großkhan der Tataren traf. Balatri erzählt: „Er fragt mich sofort, ob ich ein Mann oder eine Frau bin, und wo Menschen geboren werden, die mit einer solchen Stimme und mit einer solchen Geläufigkeit singen

können, oder ob sie etwa vom Himmel regnen. Ich gerate in Verwirrung und weiß nicht, was ich antworten soll. Sage ich, ich sei ein Mann, ist es gewissermaßen gelogen, sage ich, eine Frau, ist es auch nicht besser, und wenn ich sage, dass ich ein Neutrum bin, werde ich dabei erröten.“ Was die Kastraten über sich selbst dachten, wie sie unter ihrer Verstümmelung litten und wie die Art und Weise ihrer Sexualität beschaffen war, lässt sich anhand des historischen Materials nur ansatzweise klären. Im Detail werden wir es wohl nie erfahren, denn so wie sie das Mysterium ihrer zauberhaften Engelsstimmen mit ins Grab nahmen, so nahmen sie auch ihr Geheimnis darüber mit sich.

Die großen Opernkastraten waren noch bis zum Ende des 18. Jahrhunderts die hochgeschätzten und umjubelten Bühnenstars. Ihre Ära, die immerhin zwei Jahrhunderte anhielt, endete schließlich mit Rossinis *Aureliano in Palermo* von 1816 und Meyerbeers *II Crociato in Egitto* aus dem Jahre 1824. Beide Werke wurden für Giovanni Battista Velluti geschrieben, der von 1780 bis 1861 lebte und als der letzte wirklich große Opernkastrat von Rang und Namen angesehen werden kann. Zwar wird in vielen musikhistorischen Büchern das Ende der Gesangskastraten gern mit der französischen Revolution von 1789 und den damit einsetzenden politischen Entwicklungen innerhalb Europas in Zusammenhang gebracht, doch so verlockend das Argument auch klingt, dass sich nach der Revolution eine neue ästhetische Konvention geformt habe, ist dieses Argument schlicht und ergreifend falsch. Denn nicht das napoleonische Frankreich hat die Gesangskastraten von der Opernbühne verdrängt, sondern einzig und allein die Komponisten, die nicht mehr gewillt waren die Gesangkunst der Kastraten in ihren großen Bühnenwerken unterzubringen. Besonders hervorgehoben sei dabei die große Opernreform des deutschen Komponisten Christoph Willibald Gluck (1714 bis 1787), der den zwar virtuos aber inhaltslosen Gesang durch den tiefen Gefühlsausdruck ersetzte. Gluck erschütterte so die einstweilige Hegemonie der italienischen Oper und wurde selbst zum Grundpfeiler der weiteren Opernentwicklung, an die schließlich auch andere bedeutende Komponisten wie Beethoven, Mozart, Wagner, Berlioz und Weber anknüpften. Zwar hielten sich androgynen Wechselspiele bis ins 19. Jahrhundert hinein, doch die Rollen wurden nun zunehmend geschlechtsspezifisch vergeben. Und nachdem Richard Wagner mit seinem am 20. Oktober 1842 am Hoftheater in Dresden mit großem Erfolg uraufgeführten Werk *Rienzi* die Gesangskastraten unwiderruflich von der Opernbühne verwies, fielen den Sopranstimmen üblicherweise die Rollen der Liebenden und Leidenden zu, so wie den Mez-

zosopranen oder den Altstimmen die Rollen der Mütter oder der charmant verhängnisvollen Verführerinnen zufielen. Dem Bariton oder Bass wurden die Rollen der Rivalen, Bösewichter, Könige und der Priester zugewiesen und dem Tenor die des Liebhabers. Die Gesangskastraten, die zuvor die tragende Rolle des Liebhabers und Helden vertraten, wurden so zunehmend von den Tenören abgelöst. Im Petersdom hingegen sangen die kirchlichen Kastraten bis in die Anfänge des 20. Jahrhunderts. Erst Papst Pius X. (1835 bis 1914) bestätigte in einer Gesetzgebungsakte zur Reform der Kirchenmusik die Abschaffung der Kastraten der päpstlichen Kapelle. Der letzte Kastrat, der noch bis 1913 in der Sixtinischen Kapelle sang, war Alessandro Moreschi. Er wurde 1858 geboren und wie es hieß zehn Jahre später *veredelt*. Gesangsunterricht bekam er bei Gaetano Capocci, dem Organisten der Lateranbasilika und Komponisten von Kirchenmusik. Im Alter von fünfzehn Jahren wurde Alessandro Moreschi Mitglied der päpstlichen Kapelle an der Laterankirche und später der künstlerische Leiter der Cappella Sistina. 1913 wurde Moreschi pensioniert. Er starb 1922 im Alter von vierundsechzig Jahren. Der Wiener Gesangsprofessor Franz Haböck, der Moreschi in Rom kurz nach seiner Pensionierung getroffen hat, beschrieb ihn in seinem Buch *Die Kastraten und ihre Gesangkunst* mit den folgenden Worten: „Moreschis äußere Erscheinung unterscheidet sich kaum vom gewöhnlichen Sängertypus. Er ist mittelgroß, eher klein von Statur. Sein sympathisches Gesicht ist gänzlich bartlos, auffällig breit und mächtig ist der Brustkorb entwickelt. Beim Sprechen klingt seine Stimme metallisch, wie die eines sehr hoch sprechenden Tenors. Stimme und Habitus machen noch immer den Eindruck des Jugendlichen.“ Bei dieser Gelegenheit sollte nicht unerwähnt bleiben, dass eine wunderbare Einspielung von Moreschis Stimme auf einem Tonträger existiert, die auf die ersten Jahre des 20. Jahrhunderts datiert. Natürlich ist sie nicht immer von guter Klangqualität, und bei allem gebührenden Respekt darf auch nicht übersehen werden, dass es sich beim Sänger um ein mittelmäßiges Talent handelt, ohne die Technik der großen Opernkastraten. Dennoch lässt auch diese Stimme den Zuhörer nicht unberührt, da sie uns diese sonderbare und geheimnisumwitterte Stimmung erahnen lässt, welche das Theater der Barockzeit in ihren Bann zog.

Interessanterweise hatte sich in England der männliche Falsettgesang in den Cathedralchören durch die Jahrhunderte hinweg erhalten. Im Jahre 1943 konnte der englische Komponist Sir Michael Tippett einen Sänger des Chors der Kathedrale von Canterbury, Alfred Deller, dazu überreden solistisch

aufzutreten. Zwar war das Debüt Dellers in London Skandal und Erfolg zugleich, für das Fach des Counter-Tenors ist er dennoch zu einem Gründungsmythos geworden, wie Caruso für das Fach des Tenors. Sein Vorhaben, der Stimme des Counter-Tenors auf dem Konzertpodium neben allen anderen Stimmen die Gleichberechtigung zurückzuerkämpfen, hat Alfred Deller auf eine sehr beeindruckende Art und Weise verwirklicht. Denn zahlreiche Sänger wie John Witworth, Grayton Burgess und Perceval Bridger, später dann James Bowman, David Brett, René Jacobs und Paul Esswood, wurden von Alfred Deller inspiriert. Diesen Pionieren sind dann Counter-Tenöre wie Brian Asawa, Michael Chance, David Daniels, Jeffrey Gall, Axel Köhler, Gérard Lesne, Drew Minter, Rolf Popken, Graham Pushee, Derek Lee Ragin, Arno Raunig, Andreas Scholl und Dominique Visse gefolgt. Unter diesen Counter-Tenören der jüngeren Generation, sind zahlreiche Sänger mit technisch sehr fein ausgebildeten und gut tragenden Stimmen vertreten, die den hohen expressiven Anforderungen der Barock-Oper in jedweder Form gewachsen sind. Ihnen haben wir es zu verdanken, dass den zu Unrecht in Vergessenheit geratenen Komponisten der neapolitanischen Schule wie Nicola Porpora, Niccolò Jommelli und Alessandro Scarlatti wieder neues Leben eingehaucht wurde. Und es ist diesen großartigen Stimmen von außerordentlich talentierten Counter-Tenören zu verdanken, dass wir wieder an diesem goldenen Zeitalter des *bel canto* der Barockmusik in der ursprünglichen Fassung teilhaben dürfen.

Literatur:

- Ancillon, Ch. d' (Ollincan) (1707): *Traité des Eunuques*.
 Arteaga, Esteban (Stefano) (1783): *Le rivoluzioni del teatro musicale italiano*. Bologna. Geschichte der italiänischen Oper. Deutsch von Johann Nicolaus Forkel. Leipzig 1789 (Nachdruck Heidelberg 1973).
 Balatri, F. (1924): *Frutti del mondo*. Sandron (Collezione Settecentesca 24).
 Barbier, P. (1989): *Histoire des Castrats*. Paris.
 Barbier, P. (1995): *Farinelli, der Kastrat der Könige, die Biographie*. 2 Aufl. Düsseldorf: Econ.
 Becher, E.F. (1828): *Zur Geschichte der Castraten*, in *Caecilia – Eine Zeitschrift für die musikalische Welt*. Mainz.
 Brosses, Ch. de (1869): *Lettres familières sur l'Italie*. Paris. Des Präsidenten De Brosses Vertrauliche Briefe aus Italien an seine Freunde in Dijon. München 1922.
 Casanova, Giacomo (1907-09): *Histoire de ma vie*. Leipzig. Geschichte meines Lebens. Leipzig 1983-1988.
 Delphinus, H. (1685): *Eunuchi Conjugium*. Die Capaunen-Heyrath.
 Fink, G.W. (1838): *Wesen und Geschichte der Oper*. Leipzig.
 Haböck, F. (1923): *Die Gesangkunst der Kastraten*. Wien.
 Haböck, F. (1927): *Die Kastraten und ihre Gesangkunst*. Stuttgart.
 Hafner, G. (2002): *Entmannte Männer: Männerforschung (Literaturbericht II. Teil)*. *Sexuologie* 9 (2): 87-96
 Montesquieu, Ch. de (1894): *Voyages*. ed. de Albert Montesquieu. Paris.
 Ortkemper, H. (1993): *Engel wider Willen – Die Welt der Kastraten*. Berlin: Henschel Verlag.
 Ortkemper, H. (2000): *Das Leben des Kastraten Gaetano Majorano, genannt Caffarelli*. Frankfurt/M., Leipzig: Insel Verlag.
 Scholz, P. O. (1997): *Der entmannte Eros – Eine Kulturgeschichte der Eunuchen und Kastraten*. Düsseldorf, Zürich: Artemis & Winkler.
 Tosi, P. F. (1723): *Opinioni de' cantori antichi e moderni o sieno osservazioni sopra il canto figurato*, Bologna. *Observations on the Florid Song*, engl. Von John Mest. Galliard, London 1743 (Nachdruck Genf 1978). Anleitung zur Sing-Kunst, deutsch von Johann Friedrich Agricola, Berlin 1757 (Nachdruck Leipzig 1966)
 Tuchel, S. (1998): *Kastration im Mittelalter (Studia humaniora. Bd. 30)* Düsseldorf: Droste.
 Volkmann, J. J. (1777): *Historisch-kritische Nachrichten von Italien*. Leipzig.
 Weil, T. (1897): *I teatri musicali Veneziani del Settecento*. Venedig (Leipzig 1979).

Adresse der Autoren

Dr. med. Saša Plačkov, Mudrastraße 31, 12249 Berlin, mail: fuchuros@yahoo.de

Prof. Dr. med. Hermann-J. Vogt zum 70. Geburtstag

Frank-M. Köhn



Mit H.-J. Vogt ist am 13.2.2004 einer der wenigen exponierten Vertreter der Andrologie innerhalb der Dermatologie 70 Jahre alt geworden.

Bezeichnend für seine Persönlichkeit und die Souveränität, mit der er auf seine berufliche Lebensleistung zurückblicken kann, war die Verabschiedung von seiner aktiven Tätigkeit an der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie der Technischen Universität München vor fünf Jahren. Mit viel Einfühlungsvermögen zog er sich rasch aus seinen Räumlichkeiten und dem klinischen Betrieb in der Hautklinik zurück, um seinem Nachfolger im wahrsten Sinne des Wortes Raum zu lassen. Diesem raschen Wechsel lag aber nicht der Wunsch nach Entlastung und Ruhestand oder eine Fokussierung auf andere Interessen zugrunde. Das aufrichtige Interesse am Fach und der von ihm aufgebauten Spezialsprechstunde blieb erhalten. Getreu seinem ausgleichenden und unpräzisen Charakter begrüßte H.-J. Vogt die Neuerungen, verstand es aber auch, sanft Einfluss zu nehmen, um z.B. die sexualmedizinische Expertise in der Andrologie weiterhin angemessen berücksichtigt zu sehen. Auch in diesem Zusammenhang standen nicht seine Person oder seine bisherige Tätigkeit in der Akademie für Sexualmedizin im Vordergrund, sondern alleine seine feste Überzeugung, dass für die Betreuung andrologischer Patienten mehr Fähigkeiten notwendig sind als das reine Wissen über anatomische,

zellbiologische und physiologische Details. Diese Sichtweise wollte er gewissermaßen als Vermächtnis auf die „nächste Generation“ übertragen sehen. Der Geist, der dahinter steht, mag dazu beigetragen haben, dass „sein“ ehemaliger „Chefstuhl“ auch nach fünf Jahren noch in der Andrologie als Einladung steht, wenn nun auch vor der Tür, da er einem moderneren Gestühl hat Platz machen müssen. Wir haben uns manchmal gemeinsam über die Symbolik dieses Umstandes amüsiert.

Vielleicht ist die Fähigkeit, Inhalte vor die eigene Person zu stellen auch der Grund dafür, dass es H.-J. Vogt im Gegensatz zu vielen anderen Vertretern eines kleineren Nischenfaches in der Dermatologie vergönnt ist, den Staffelstab im Sinne der geschätzten Spezialdisziplin weiterzugeben zu haben.

Welche Details seiner Biographie sind nun anlässlich des 70. Geburtstages geeignet, seinen Werdegang zu verstehen und ihn dadurch zu würdigen?

Geboren wurde H.-J. Vogt am 13.2.1934 in Gelsenkirchen, damals nach Dortmund noch zweitgrößte Stadt Westfalens. Vor 70 Jahren präsentierte sich das Ruhrgebiet in anderer Gestalt als heute und hat die dort lebenden Menschen geprägt. Zechen und Schwerindustrie konzentrierten sich auf engem Raum; Wohnumfeld und Arbeitsplatz waren bei weitem nicht so stark getrennt wie das heute der Fall ist. Man hat der im Ruhrgebiet aufgewachsenen Bevölkerung daher

lange nachgesagt, seltener die Bodenhaftung zu verlieren und gleichzeitig offener für die Abhilfe von Problemen der Mitmenschen zu sein. Dieses Spannungsverhältnis – humanistische Schulbildung am Schalker Gymnasium, Vater Personalchef der Eisenwerke Gelsenkirchen AG und aufgewachsen in einer hocherschlossenen Industrielandschaft – hat auch H. J. Vogt merklich geprägt. Professorale Autorität sind immer gut vereinbar gewesen mit der Fähigkeit, ungeachtet der sozialen Stellung seiner Patienten zuzuhören und ärztlich zu beraten. Hierin liegt auch der Schlüssel zum Verständnis seines kontinuierlichen Engagements in ärztlicher Weiterbildung begründet, das seine Fähigkeiten zur Organisation und Vermittlung von Wissensinhalten („ein sozusagen begnadeter Redner“, S. Borelli) zu Tage treten ließ.

Ein weiteres prägendes Spannungsverhältnis umfasst aber sicher auch die Bodenständigkeit des Ruhrgebietes und die Wanderjahre des Studiums mit Stationen in München, Innsbruck und Bonn. Der Bodenständigkeit begegnen wir in H.-J. Vogts fast 4 Jahrzehnte dauernden ununterbrochenen Tätigkeit in München wieder, der Fähigkeit des Weitblickes in seiner ebenso langen nationalen und internationalen wissenschaftlichen Aktivität über die Grenzen Münchens und Deutschlands hinweg.

Eine besondere Rolle hat in H.-J. Vogts Leben seine Familie gespielt. Noch heute diskutieren wir häufig über die Vereinbarkeit von beruflichem Vorankommen und den Notwendigkeiten der Familie. Es entspricht der Konsequenz des Jubilars, auch hier klare Grenzen gezogen zu haben und sich dabei gleichzeitig der Unterstützung seiner Ehefrau Brigitte sicher zu sein. Die drei Kinder haben ebenfalls eine humanistische Schulbildung genossen; zwei sind Mediziner geworden, eine Tochter hat zwischenzeitlich den Lehrstuhl für Philosophie an der Columbia University in New York angenommen.

Der berufliche Werdegang von H.-J. Vogt wird vielleicht vor diesem Hintergrund von Herkunft und familiärer Einbettung verständlich. Durch Beharrlichkeit bei gleichzeitiger Fähigkeit zum Ausgleich ist er auch heute noch ein gern zu Rate gezogener Gesprächspartner bei fachlichen oder berufspolitischen Fragen.

Beachtenswert ist auch die Vielseitigkeit seiner klinischen und wissenschaftlichen Aktivitäten. Obwohl mit dem Namen H.-J. Vogt sicher zunächst Andrologie und Sexualmedizin assoziiert werden, war er doch ebenso befasst mit allgemeiner Dermatologie, sexuell übertragbaren Erkrankungen, Proktologie, der Röntgenweichstrahltherapie und Lasertherapie. Diese Vielseitigkeit wurde früh von S. Borelli erkannt, der H.-J. Vogt schon 1966 für den Aufbau der damals noch nicht existenten Dermatologischen Klinik am Biederstein der Technischen Universität München interessieren konnte. Der unermüdliche Arbeitseinsatz hat auch nach seinem Ruhestand 1999 nicht geendet. Übergangslos nahm er eine Stelle als Chefarzt an der Abteilung Dermatologie der Klinik AMSEE in Mecklenburg-Vorpommern an und pendelte fortan zwischen Nord und Süd. Zudem füllten nach Beendigung dieser Aufgabe gutachterliche Tätigkeiten und Beraterfunktionen seine Zeit aus.

Durch viele Ehrungen wie die Verleihungen des Verdienstkreuzes am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1996, der Ernst-von-Bergmann-Plakette der Bundesärztekammer im Jahre 1999 sowie der Ehrenmitgliedschaften in der Akademie für Sexualmedizin und der Deutschen STD-Gesellschaft im Jahre 2003 wurden seine Verdienste gewürdigt.

Die wohl unkonventionellste Würdigung erfuhr H.-J. Vogt 1999 im Rahmen seines Abschiedssymposiums durch seinen langjährigen Weggefährten an der Hautklinik, W.-I. Worret, der mehr als 30 Jahre universitäre Tätigkeit mit hintergründigem Humor zusammenfasste:

„Doch ist man Genitalarbeiter,
schaut über’n Schüsselrand vom Klo,
dann wird man selten Kliniksleiter.
Vielleicht ist das auch besser so?“

So bleiben dem Autor am Ende nur die besten Wünsche zum 70. Geburtstag und die Gewissheit, dass eine in sich ruhende Persönlichkeit die Herausforderungen der Zukunft in Würde und Gottvertrauen bestehen wird!

Abstracta der 28. Jahrestagung für Sexualmedizin in Stralsund: „Sexualstörungen. Eine multidisziplinäre Herausforderung.“ (20.-22. Mai 2004).

Frauen als Täter? – Konsequenzen für die Klassifikationssysteme (ICD-10, DSM-IV)

(Klaus M. Beier, Berlin)

Anhand eines Überblicks über die Kodierungsmöglichkeiten für sexuelle Störungen nach DSM-IV und ICD-10 wird dargestellt, welche klinisch relevanten Symptombilder einer entsprechenden diagnostischen Erfassung bisher nicht zugänglich sind.

Dabei wird deutlich, dass zentrale sexualmedizinische Indikationsfelder wie die sexuellen Verhaltensabweichungen und die sexuellen Beziehungsstörungen entgegen ihrer quantitativen und klinischen Bedeutung nur sehr ungenau verschlüsselt werden können.

Auffällig ist ferner, dass Störungen der Fortpflanzungsfunktion von Sexualität sich selbst mit Hilfskonstruktionen nicht sinnvoll kodieren lassen. Dies betrifft insbesondere die negierte Schwangerschaft, die mit einer Häufigkeit von ca. einem Fall auf 500 Geburten keine Rarität darstellt. Es wäre wünschenswert, wenn bei den anstehenden Revisionen des DSM und des ICD entsprechende Spezifizierungen bzw. Ergänzungen der Kodierungsmöglichkeiten für sexuelle Störungen vorgenommen würden.

Sexualmedizinische Curricula in Deutschland Inhalt und Ausbildungsziele

Hermann J. Berberich

Immer dann, wenn es die so genannte Schulmedizin versäumt, sich einem ihrer ureigensten Bereiche in ausreichender Weise zuzuwenden, stoßen andere ge-

sellschaftliche Kräfte in dieses Vakuum vor. Die notorische Vernachlässigung der sexualmedizinischen ärztlichen Ausbildung hat die Entstehung einer bunt schillernden „Sextherapie-Szene“ sicherlich begünstigt.

Die Etablierung der Sexualmedizin als eigener Bereich im Rahmen der ärztlichen Musterweiterbildungsordnung wäre ein wichtiger Beitrag zur Qualitätssicherung im Interesse der Patienten. Hierbei geht es nicht um die Verteidigung „standespolitischer Pfründe“. Zur Zeit bieten zwei Gesellschaften in Deutschland regelmäßig sexualmedizinische Weiterbildungscurricula an.

Während die Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung sich mit sexuologischem Basiscurriculum an alle Arztgruppen aber auch an SozialpädagogInnen wendet und für eine sexualtherapeutische Weiterbildung eine abgeschlossene allgemeine psychotherapeutische Weiterbildung voraussetzt, stehen die sexualmedizinischen Weiterbildungscurricula der Akademie für Sexualmedizin prinzipiell allen ärztlichen Fachrichtungen und klinisch tätigen Psychologen offen. Eingangsvoraussetzungen sind lediglich der Nachweis einer mindestens 3-jährigen klinischen Tätigkeit sowie Kenntnisse in der Psychosomatischen Grundversorgung. Die Erfahrungen, die die Akademie für Sexualmedizin an den drei Weiterbildungsstandorten Berlin, Düsseldorf und München seit 1997 sammeln konnte, haben die Richtigkeit dieses Konzepts bestätigt. Der interdisziplinäre Ansatz, den die Akademie für Sexualmedizin verfolgt, spiegelt sich auch in den Weiterbildungsinhalten der Curricula wider:

Es werden theoretische Kenntnisse vermittelt. Praktische Fertigkeiten können im Rahmen der themenzentrierten Balintarbeit, der Selbsterfahrung sowie in der Supervision bei der Behandlung der Ausbildungsfälle erworben werden. Wie die statistische Auswertung des Berliner Curriculums zeigt, kamen die TeilnehmerInnen aus den unterschiedlichsten Fachgebieten. Mittlerweile kommen die Hälfte der Kursteilnehmer aus somatischen Fächern. Der gerade

begonnene, vierte Berliner Kurs wurde durch ein 60-stündiges Fallseminar ergänzt, um die Bedingungen, die die Musterweiterbildungsordnung an einen „Bereich“ Sexualmedizin (Nachweis klinischer Weiterbildungszeit) stellen würde, zu erfüllen.

Zur Zeit werden innerhalb der Akademie Überlegungen angestellt, auf welche Weise in breiterem Maße die sexualmedizinische Beratungs- und Überweisungskompetenz verbessert werden kann.

Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindesalter

Hartmut A.G. Bosinski

Geschlechtsatypische Verhaltensweisen bis hin zum Wunsch, dem anderen Geschlecht anzugehören, finden sich regelhaft in den Kindheitsberichten erwachsener Transsexueller. Bei gynäphilen Frau-zu-Mann-Transsexuellen und androphilen Mann-zu-Frau-Transsexuellen (nicht aber bei gynäphilen MF-TS) können die Berichte auch fremdanamnestisch validiert werden. Inzwischen liegt im angloamerikanischen Schrifttum eine Vielzahl von Untersuchungen zu Epidemiologie, Ätiologie, Verlauf, Therapie und Prognose von Geschlechtsidentitätsstörungen (GIS) im Kindesalter vor und die Diagnose „GIS im Kindesalter“ wurde in die gängigen Klassifikationssysteme (ICD-10: F64.2; DSM-IV: 302.6) aufgenommen.

Der Vortrag stellt die Ergebnisse einer eigenen Erhebung bei allen schleswig-holsteinischen Kinderärzten, Kinder- und Jugendpsychiatern und Kinder- und Jugendpsychologen zur Häufigkeit von Konsultationen von Kindern und Jugendlichen mit GIS-Symptomen vor. Bei einer Response-Rate von 81,3 % berichteten 19 von 148 Pädiater über die entsprechende Vorstellung von insgesamt 49 Jungen und 52 Mädchen. Bei 16 Jungen unter 12 Jahren und sechs Mädchen unter 11 Jahren wurde das Vollbild einer GIS im Kindesalter gefunden, ebenso bei sieben Jungen über 12 Jahren und sechs Mädchen über 11 Jahren. Dieses Geschlechter- und Altersverhältnis entspricht den Befunden im internationalen Schrifttum. Weiterhin konnte gezeigt werden, dass einzelne GIS-Symptome keine Seltenheit sind, wobei bei Jungen in der Pubertät eher sexuelle, bei Mädchen dieser Altersgruppe eher Geschlechtsrollen-Konfusionen im Vordergrund standen.

Der Vortrag nimmt auch kritisch Stellung zu massenmedialen Berichten über somatische geschlechts-transformierende Massnahmen bei Kindern und

Jugendlichen und verweist darauf, dass allen vorliegenden Untersuchungen zufolge nur eine Minderheit von Kindern mit GIS später transsexuell werden, weshalb in dieser Altersgruppe eine psychotherapeutische Behandlung zur Begleitung und Lösung des Konfliktes regelhaft irreversiblen körperverändernden Maßnahmen vorzuziehen ist.

„Nicht in mir zu Hause“ – zwei (a-)typische Fallberichte

Andreas Dabelstein

Der Vortrag thematisiert einleitend die Schwierigkeiten, aber auch die unbedingte Notwendigkeit, transsexuelle Geschlechtsidentitätsstörungen sicher von anderen Störungen der Geschlechtsidentität differentialdiagnostisch abzugrenzen. Hierbei wird die besondere Wichtigkeit der „Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen“ als Leitlinie für die Arbeit mit transsexuellen Patientinnen und Patienten betont.

Es folgt die Darstellung zweier Verläufe psychotherapeutischer Begleitung von Patienten mit Geschlechtsidentitätsstörungen.

Im ersten Fall handelt es sich um eine biologische Frau, die zusätzlich zu ihrer transsexuellen Problematik Züge einer schizotypen Persönlichkeitsstörung aufwies. Sie konnte in einem schwierigen Klärungsprozeß Sicherheit über ihren weiteren Weg gewinnen, der über die Vornamensänderung nach § 1 TSG bis hin zu körperverändernden Maßnahmen führte.

Im zweiten Fall wird ein biologischer Mann vorgestellt, der mit dem Wunsch nach „Geschlechtsumwandlung“ in der Kieler Sexualmedizin vorsprach. Hier konnte eine Transsexualität nicht diagnostiziert werden. Die Begleitung beschränkte sich auf nur wenige Stunden, da sie vorzeitig durch den Patienten beendet wurde. Dieser Verlauf endete tragisch und unterstreicht so auf bedrückend eindrucksvolle Weise die Richtigkeit der einleitend gemachten Bemerkung.

Erfahrungsbericht: Sexualmedizin in der psychotherapeutischen Praxis

Maren Dietrich

Seit Abschluss des sexualmedizinischen Curriculums 2001 in Berlin hat sich die Patientenklientel deutlich

verändert. Inzwischen kommen etwa 30 % der Patienten primär wegen sexueller Störungen, am häufigsten mit den sexuellen Funktionsstörungen erektile Dysfunktion und Ejaculatio praecox darüber hinaus mit Geschlechtsidentitätsstörungen oder Selbstwertproblematiken aufgrund körperlicher Gegebenheiten (wie kleiner Penis, Gynäkomastie) oder Paare mit sexueller Lustlosigkeit oder sexuellen Problemen ohne Krankheitswert.

Bei einem Stundenkontingent von 20-25 Stunden Patientenkontakt in der Woche entfallen 30-40 % auf sexualmedizinische Behandlungen, davon zu etwa gleichen Anteilen auf Sexualberatung und Diagnostik, begleitende Psychotherapie bei transsexuellen Patienten, Sexualtherapie bei Paaren mit körperlichen Übungen sowie sexualmedizinische Interventionen bei laufenden Psychotherapien.

Aufgrund der Möglichkeit Gespräche mithilfe der Psychotherapie ziffern aus dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM G IV) erstattet zu bekommen, lässt sich die Sexualmedizin leicht in eine psychotherapeutische Praxis integrieren. Der Behandlungsbedarf erscheint auch in Ravensburg sehr groß, zumal bisher nur ein Urologe und einige psychotherapeutische Kollegen zuweisen und im Landkreis Ravensburg und Bodenseekreis insgesamt 50 Frauenärzte, 15 Urologen und mehr als 200 Hausärzte niedergelassen sind. Zum interdisziplinären Erfahrungsaustausch wird demnächst ein fachübergreifender Qualitätszirkel Sexualmedizin Ravensburg eingerichtet.

Theorie und Praxis im Umgang mit Sexualität nach radikaler Prostatektomie

Günther Fröhlich

Die radikale Prostatektomie ist die häufigste urologische Krebsoperation und gilt beim organbegrenzten Prostatakarzinom bei einer Lebenserwartung von 10 Jahren als Therapie der Wahl.

Harninkontinenz und erektile Dysfunktion sind aber lebensqualitätsmindernde Komplikationen, die für den Patienten erst nach der Rekonvaleszenz Bedeutung erlangen. Sie sind um so wahrscheinlicher, je älter der Patient ist und wenn nicht nervenschonend operiert wird, womit er meist rechnen muss.

Nach der aktuellen urologischen Literatur ist die erektile Dysfunktion heute meist zu beheben, wenn frühzeitig über mehrere Monate erektionsfördernde

Medikamente (PDE-Hemmer, SKAT) eingesetzt werden, wodurch die „erektile Kompetenz“ erhalten bleiben soll.

Die Art und Weise der präoperativen Aufklärung hat bislang Defizite. Eine umfassende sexualmedizinische Aufklärung wird „nur von wenigen urologischen Zentren geleistet“. Insbesondere wird die psychosoziale – und Partnerschaftsdimension von Sexualität viel zu wenig berücksichtigt und zu einseitig auf die Wiederherstellung einer Organfunktion fokussiert. Zwar meinen Urologen, ihre Patienten aufzuklären. Reha-Kliniken und Selbsthilfegruppen Prostatakarzinom kommen aber zu ernüchternden Umfrageergebnissen. Warum eine große Zahl radikal prostatektomierter Männer die medikamentösen Therapieoptionen der postoperativen erektilen Dysfunktion nicht in Anspruch nimmt, wird in der Literatur bisher nicht beantwortet. Verbesserte präoperative Aufklärung des betroffenen Paares und häufigeres nervenschonendes Operieren könnte die Therapieakzeptanz wahrscheinlich erhöhen. Es sollte aber auch viel mehr berücksichtigt und akzeptiert werden, dass die Befriedigung psychosozialer Grundbedürfnisse für manches Paar einen viel höheren Stellenwert haben kann als der Erhalt oder die Wiedererlangung der Erektionsfunktion.

Transsexualität in Mecklenburg-Vorpommern – eine 10-Jahres-Analyse

Michael Gillner, Dorothea Lübcke-Westermann

Während in der alten Bundesrepublik die Formalien in Bezug auf Vornamensänderung und geschlechtsangleichende Operation durch das Transsexuellengesetz (TSG) von 1980 geregelt waren und bis heute sind, existierte in der DDR ein solches Gesetz nicht, lediglich eine Verfügung des Ministeriums für Gesundheitswesen aus dem Jahr 1976.

Nach der politischen Wende 1990 traten Betroffene mit ihren Anliegen deutlicher hervor, es zeigten sich neue Anforderungen an Gutachter und Therapeuten und es entstanden auch entsprechende regionale Versorgungsstrukturen.

Ab 1993 ergingen Gutachtenaufträge nach dem TSG an die Klinik für Forensische Psychiatrie Stralsund, bis einschließlich zum Jahre 2003 insgesamt 45. Schwerpunktmäßig wurde hier eines der jeweils

beiden geforderten Gutachten erstellt. In 36 Fällen ging es um eine Begutachtung nach §1 TSG. Die vorliegenden Gutachten wurden nach interessierenden und vergleichbaren Gesichtspunkten ausgewertet; z.B. lag die Geschlechterverteilung M : F bei 2 : 1; fast alle Antragsteller waren zwischen 20 und 49 Jahren alt. Weitere erwähnenswerte Ergebnisse: Nur in einem Fall lag Transsexualismus nicht vor; zahlreiche Betroffene wiesen eine psychiatrische Vorgeschichte auf (Sucht, Suizidversuch); nur ein Viertel lebte in Partnerschaft, aber zwei Drittel strebten eine solche an; zwei Drittel waren arbeitslos. Besonders auffällig: Zwei Drittel erhielten bereits zum Begutachtungstermin gegengeschlechtliche Hormonpräparate!

Abschließend bleibt festzustellen, dass zur Thematik auch weiterhin ein großer Informationsbedarf für Gynäkologen und Urologen, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten besteht, für Behandler und Gutachter. In Anbetracht der relativ geringen Zahlen sollten die Begutachtungen wie bisher an ausgewählten Stellen erfolgen; für die Verlaufsbeobachtung ist es für die Erstgutachter hilfreich, auch die Begutachtung nach § 8 TSG vorzunehmen

Sexueller Missbrauch – eine Kasuistik

Verena Habura

Die Literatur über Sexualstraftäterinnen ist spärlich. Die Mehrzahl der Veröffentlichungen und Forschungsarbeiten auf diesem Gebiet kommt aus dem angloamerikanischen Raum. Aber auch im deutschsprachigen Raum wird diesem Thema zunehmend Beachtung geschenkt.

In den letzten 10-20 Jahren hat sich die Bereitschaft, die Wahrheit sexueller Missbrauchsgeschichten anzuerkennen gewaltig erhöht – und dennoch stößt manche neue Enthüllung auf neuen Widerstand.

Der Vortrag schildert einen Fall sexuellen Kindesmissbrauchs durch eine Frau, die seit drei Jahren in einer Forensischen Psychiatrie untergebracht ist. Der Fall macht die emotionale Betroffenheit deutlich, die die gesellschaftliche Konstruktion des Frauen- und Mutterbildes in totalen Widerspruch bringt. Anhand der Kasuistik wird versucht, eine Bedingungsanalyse zu erstellen, um zu verstehen und darauf aufbauend Rahmenbedingungen für eine wirksame therapeutische Arbeit zu schaffen.

Berufsbild Sexualmedizin – Folgerungen und Forderungen

Kurt Loewit

Allgemein: Bewusstseinsbildung für die Wurzeln von Lebensqualität / Gesundheit. Die Frage nach den persönlichen Beziehungen, d.h. nach der Erfüllung der Grundbedürfnisse muss zu den Anamnese-Standards gehören.

Speziell: Und welche Rolle spielt dabei die Sexualität? Wichtig für die ‚Mikroanamnese‘. Daher die Forderungen:

- ◆ Sexualmedizin muss zum eigenständigen Pflichtfach im Studium werden
- ◆ Dazu braucht es mehr Lehrstühle/Abteilungen an den Universitäten Bundesärztertag / Landesärztekammern müssen endlich tätig werden.
- ◆ Qualitätsnachweise für ein bisher ungeschütztes Fachgebiet.
- ◆ Die Kassen müssten ihren Einsparungsvorteil erkennen.
- ◆ Die Kollegen sollten Mut zum Gespräch, vor allem zum Paargespräch haben und sich herausfordern lassen – sie sind immer wieder selbst die Beschenkten und erleben / verabreichen eine sinnvolle „Medizin“!
- ◆ Die Kollegen sollen ein angemessenes Honorar vereinbaren und es mit gutem Gewissen auch annehmen.

Vision: Eine „Human“-Medizin, die sich um den ganzen Menschen kümmert, seine Grundbedürfnisse ernst nimmt und seine Sexualität integriert.

Mammakarzinom und Sexualität

Janina Neutze

Der Vortrag vermittelt einen Überblick über die wichtigsten Ergebnisse vergleichender Studien zum Einfluss von Diagnose und Therapieoption (radikale Mastektomie, Lumpektomie und/oder systemische Therapie) auf:

- ◆ Selbstwertgefühl, Körperbild und die sexuelle Attraktivität der Patientinnen
- ◆ Sexualfunktionen der Patientinnen
- ◆ Sexualverhalten der Patientinnen
- ◆ persönliche Beziehungen der Patientinnen

Ausgehend von diesen Forschungsarbeiten wird die Bedeutung der Qualität der partnerschaftlichen Sexualbeziehung als Moderatorvariable im Umgang mit der Krebserkrankung herausgearbeitet. Die Daten zeigen, dass die Brustkrebserkrankung in Abhängigkeit von der Therapie mit unterschiedlich starken Beeinträchtigungen für Patientin und Partner einher geht, die ihrerseits Krankheitsbewertung und -bewältigung beeinflussen: Infolge der Krebserkrankung und ihrer Behandlung kommt es zu Irritationen und Veränderungen auf den verschiedenen Dimensionen der Sexualität. Sexuelle Störungen können dabei unmittelbar Ausdruck der therapie- bzw. krankheitsbedingten Störung des Organ- oder Funktionssystems sein, spiegeln aber zugleich die Irritation bestehender Beziehungsgefüge bzw. die Störung innerhalb einer Beziehung wieder, die ihrerseits eng mit den Anpassungserfordernissen der Erkrankung verknüpft ist. Der wahrgenommenen Qualität einer partnerschaftlichen Sexualbeziehung kommt unter Berücksichtigung dieser biopsychosozialen Perspektive für den erfolgreichen Umgang der Brustkrebspatientinnen und ihrer Partner mit der Belastungssituation und der Erkrankung selbst eine herausragende Bedeutung zu.

Psoriasis – Eine Kasuistik

Volker Niemeier

In den letzten Jahren gab es nur wenige Untersuchungen, die die Auswirkung von chronischen Hauterkrankungen auf die Sexualität zum Gegenstand hatten.

Die klinische Erfahrung zeigt, dass zumeist nur bei Geschlechtskrankheiten oder bei direktem Befall der Geschlechtsorgane dem sexuellen Aspekt der Haut Beachtung geschenkt wird. Auch in diesen Fällen konzentriert sich das ärztliche Interesse vornehmlich auf die Hautläsion oder den Infektionsweg und weniger auf die Auswirkungen im Sexualleben der Betroffenen.

93% der Psoriasispatienten und 96% der Patienten mit Neurodermitis waren von ihrem behandelnden Arzt bisher nie auf ihr Sexualleben angesprochen worden.

In analytisch orientierten Psychotherapien ergeben sich häufig Hinweise dafür, dass Hauterkrankungen unbewusst zur Regelung von Nähe und Distanz eingesetzt werden.

Anhand des Erstinterview-Verlaufes eines 23-jährigen Patienten mit einer Psoriasis vulgaris, der sich in der psychodermatologischen Liaisonsprechstunde der Universitätsklinik Gießen vorstellte, werden psy-

chosomatische Aspekte dieser genetisch disponierten Erkrankung diskutiert:

Es drängt sich der Eindruck auf, dass die Hautkrankheit des Patienten die Funktion eines Schutzschildes hat, zur Abwehr einer gleichzeitig ersehnten und doch gefürchteten Nähe zur Verlobten.

Der Patient zieht sich zurück, meidet soziale Kontakte, möglicherweise in der Hoffnung, die Frau an die Wohnung zu binden und in Symbiose mit ihr leben zu können.

Wünsche nach Verschmelzung, die in der Mutterbeziehung sehr wahrscheinlich nicht befriedigt werden konnten, werden abgewehrt und über das Symptom Hautkrankheit ausgetragen.

Die Hauterkrankung hat in diesem Fall offensichtlich keine unmittelbaren Auswirkungen auf die Sexualität, sondern die genetisch disponierte Erkrankung wird zum Ausdruck einer Beziehungsstörung, die dann *in Folge* auch zur Störung der Sexualität führt.

Die Psoriasis imponiert psychodynamisch gesehen als ein Problem der erotisch geprägten, auswegslosen Verschmelzung und der zugleich aggressiv gehemmten, verzweifelten Abgrenzung.

Sexuelle Probleme bei HIV- und Hepatitis- diskordanten Paaren

Ursula Rieke, Ansgar Rieke

Hepatitis und HIV / AIDS sind die epidemiologisch bedeutsamsten und häufig unerkannten STD's. Während gegen Hep. A und B wirksame Impfstrategien möglich sind, wird dies auf absehbare Zeit gegen Hep. C und HIV nicht möglich sein. Dagegen hat sich das Bild von HIV zu einer behandelbaren chron. Infektionserkrankung gewandelt, auch die Therapie der chron. Hep. C hat große Fortschritte gemacht.

Die neuen Lebensperspektiven, aber auch Therapieebenenwirkungen und lipodystrophe Veränderungen des Körperbildes unter antiretroviraler Therapie haben die „Sexualität im Zeitalter von AIDS“ verändert: Fragen einer diskordanten Partnerschaft, einer denkbaren sexuellen PEP (Postexpositionsprophylaxe), der Risikoabwägung verschiedener Sexualpraktiken und die oft phasenweise verlaufende schwierige Bewältigung der eigenen Infektion und Sexualität sind neue Herausforderungen an eine infektiologisch – sexualtherapeutische Begleitung einer zunehmenden Zahl chronisch infizierter Patienten.

Urologische Neoplasien und Sexualität

Dirk Rösing

Psychosoziale Grundbedürfnisse nach Angenommen-Sein, Nähe und Geborgenheit lassen sich am intensivsten in intimen Beziehungen erfüllen. Eine besondere Form von Intimität ist Sexualität. Urologische Tumorerkrankungen und / oder deren Behandlung verursachen Störungen von Sexualfunktionen. Hierzu zählen das Prostata-, Blasen-, Hoden- oder Peniskarzinom. Neben der biologischen Betrachtung der Ausgangssituation nach operativer Therapie sind es besonders die psycho-sozialen Einflüsse, die bei der Bewältigung der Krebserkrankung eine entscheidende Rolle spielen. Dies wird durch Fallbeispiele dargestellt.

Dazu führten wir eine retrospektive Umfrage mittels Fragebogen an Paaren nach radikaler Prostatektomie eines Partners durch. Ziel war es subjektive Einstellungen von Paaren zu Partnerschaft und Sexualität vor und nach dem operativen Eingriff zu erfragen und daraus Rückschlüsse auf ein Behandlungskonzept abzuleiten.

Material und Methoden:

96 vor ca. 1 Jahr radikal prostatektomierten Männern und deren Partnerinnen wurde getrennt voneinander ein Fragebogen zugesendet. Dieser beinhaltete Items zur Bedeutung von Partnerschaft und Sexualität vor und nach der Operation sowie zur Kommunikation über Sexualität zwischen den Partnern und zwischen dem Paar und dem Arzt.

Ergebnisse:

Der Rücklauf betrug 57 Männer und 54 Frauen bei einer mittleren Partnerschaftsdauer von 38 Jahren. Über 94 % bewerteten die Partnerschaft in der entstandenen Lebenskrise hoch. Vor der Operation gaben 84 % der Männer und 65 % der Frauen an, dass Sexualität für sie sehr wichtig und wichtig war. Nach der Operation sank diese Einschätzung um jeweils 30%. Der Austausch von Zärtlichkeiten hatte für beide Geschlechter vor und nach der Operation einen anhaltend hohen Stellenwert. Ca. ein Drittel beider Partner können sich vorstellen, dass das Reden über sexuelle Bedürfnisse zur Veränderung ihrer Sexualität beiträgt. Nur jeder zweite Mann aber keine Frau wurde von einem Arzt auf die aktuell gelebte Sexualität angesprochen. Ein Drittel der Frauen hätte sich dies gewünscht. 60% der Männer gaben vor der Operation

an, Angst vor der Krebserkrankung bzw. direkt vor dem Tod zu haben. Auch nach der Behandlung hatten ein Drittel der Befragten Angst vor einem Rezidiv, 23% hingegen belastet die Impotenz am meisten. Nur 20% gaben Sorgenfreiheit in Bezug auf die Bewältigung mit der Krebserkrankung und deren Folgen an.

Schlussfolgerungen:

Die beziehungsorientierte Dimension von Sexualität übt den entscheidenden Einfluss auf die Befriedigung psychosozialer Grundbedürfnisse aus. Deshalb ist die Berücksichtigung der subjektiven Bedeutung von Sexualität notwendig, um ein Behandlungskonzept zu entwickeln. Der hohe Stellenwert von Partnerschaft und Sexualität vor der Operation stellt die Chance für einige Paare dar, durch eine therapeutisch begleitete Beschäftigung mit dem Thema Sexualität, eine Verbesserung der sexuellen Beziehungsqualität auch nach einem lebensseinschneidenden Ereignis zu erreichen. Die isolierte Behandlung des Symptomträgers geht am Kern des Problems vorbei. Das Paar ist der Patient. Diese Aussage lässt sich verallgemeinern auf alle Patienten mit urologischen Neoplasien, die eine Beeinträchtigung im sexuellen Erleben und Verhalten beklagen.

„Ich habe eine Schwester“ – Kasuistik eines 12-jährigen Jungen mit Geschlechtsidentitätsstörung

Katharina Rösing

Geschlechtsidentitätsstörungen (GIS) reichen von den eher leichteren Formen der Unzufriedenheit mit dem Geburtsgeschlecht bis hin zu der schwersten Form, dem Transsexualismus, der jedoch erst im Erwachsenenalter diagnostiziert werden kann. Wissenschaftliche Untersuchungen auf diesem Gebiet ergaben, dass GIS-Symptome im Kindesalter in doch nennenswerter Weise zur Vorstellung in pädiatrischen Praxen gelangen. Das seltene Vollbild der GIS sollte hierbei angesichts seiner möglichen Konsequenzen einer irreversiblen transsexuellen Entwicklung ernst genommen werden, denn im Unterschied zum Transsexualismus im Erwachsenenalter kann eine Aussöhnung mit dem Geburtsgeschlecht durch eine die Familie miteinbeziehende psychotherapeutische Behandlung noch möglich sein. Aus diesem Grund sollten Kinderärzte, aber auch Kinder- und Jugendpsychiater und Kinder-

und Jugendlichentherapeuten dieses Störungsbild kennen, um eine frühzeitige Diagnostik und Therapie einleiten zu können. Da neben den unmittelbaren Problemen für die betroffenen Kinder vor allem soziale Isolation und Ausgrenzung drohen.

Der Vortrag schildert einen Fall von GIS im Kindesalter. Es handelt sich dabei um einen, zur Erstvorstellung damals, 12-jährigen Jungen, der eigentlich wegen drohendem Schulversagen durch seine Mutter in unserer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis vorgestellt wurde. Er zeigt den, insbesondere emotional für die betroffene Familie schweren Weg von der Diagnosestellung bis hin zu den wirksamen therapeutischen Interventionen.

Partnerschaft und Sexualität bei Psoriasis

Doreen Schwarzer, Eva Rothermund

Hintergrund

In einer retrospektiven, nicht randomisierten Querschnittsstudie untersuchten wir die Einflüsse der chronischen Erkrankung Psoriasis in Form von Haut- und Gelenkbeteiligung auf Sexualverhalten und partnerschaftliche Beziehung der Betroffenen und ihrer Partner.

Methodik

In Zusammenarbeit mit dem Deutschen Psoriasis Bund e.V. wurden in einer bundesweiten Aktion Fragebögen an die Betroffenen und ihre Partner versandt. Die Teilnahme erfolgte freiwillig und anonym. Mit einem Rücklauf von 13,4% erhielten wir eine Stichprobe von insgesamt N=1077 Betroffenen und N= 758 Partnern.

Die Erhebung erfolgte mittels Fragebogen zur Selbsteinschätzung. Bis auf einen Teil mit krankheitsspezifischen Fragen waren die Bögen für Partner und Betroffene identisch. Der Bogen gliedert sich in folgende Fragenkomplexe: soziodemographische Daten, Daten zur

Partnerschaft und Fragen zu sexuellem Verhalten. Weiter Fragen zu sexuellen Funktionsstörungen, bei denen es sich um Funktionsfragen zu den Phasen des sexuellen Reaktionszyklus handelt. Die Items wurden auf der Basis des Diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen (DSM-IV, APA 1994) operationalisiert. Es folgte eine Bedarfsanalyse der medizinischen und psychologischen Betreuung.

Ergebnisse

Das durchschnittliche Alter der Betroffenen liegt bei 51 Jahren. Unter chronischen Gelenkbeschwerden leiden 55% der befragten Psoriatiker. Das Verhältnis von weiblichen zu männlichen Teilnehmern beträgt 1:1,2. 80% der Befragten leben in einer Partnerschaft und knapp 70% sind Eltern. 70% der Betroffenen fühlen sich durch die Psoriasis in ihrer Sexualität beeinträchtigt, 30% hiervon sogar stark beeinträchtigt. Unter Appetenzstörungen leiden insgesamt 15% der Befragten, unter Orgasmusstörungen 10%. Über sexuelle Aversion berichten 21% der Befragten. Die Frauen leiden zu 23 % unter Erregungsstörungen, zu 8% an Vaginismus. 15% der Männer leiden an vorzeitigem Orgasmus, 17% an Erektionsstörungen. 42% der Betroffenen und 21% der Partner wünschen sich eine verbesserte Betreuung bezüglich sexualmedizinischer Problemstellungen.

Schlussfolgerungen

Partnerschaft und Sexualität sind bei gesunden und chronisch kranken Menschen ein zentraler Lebensbereich. Menschen, die an Psoriasis erkrankt sind fühlen sich in großem Ausmaß von der Erkrankung in ihrer Sexualität beeinträchtigt. Bisherige Studien erhoben wenig aussagekräftige Daten über den Einfluss der Schuppenflechte auf Partnerschaft und Sexualität. Diese Studie soll eine Grundlage für die sexualmedizinische Betreuung sein, in die Weiterbildung professioneller beruflicher Helfer einfließen und als Information für die Betroffenen dienen.

Erfahrungsberichte nach Abschluss des Curriculums

Günther Smigelsky

Für jeden Urologen der sexualmedizinisch tätig sein will ist eine Weiterbildung in diesem Gebiet essentiell. Die Urologie deckt das weite Spektrum der Sexualmedizin nur unzureichend ab. Sie wird lediglich bei Diagnostik und Therapie männlicher Fertilitätsstörungen, der STD-Behandlung von Frauen und Männern, der hormonellen Abklärung männlicher Libidostörungen sowie nur in Teilbereichen der erektilen Dysfunktion und männlicher Orgasmusstörungen. Eine Erweiterung der sexualmedizinischen Betrachtungsweise ist dringend erforderlich. Störungen der Sexualität beim Mann sind häufig multifaktoriell bedingt. Deshalb ist das Wissen über die Sexualität der Frau für den Urologen unbedingt erforderlich, um ggf. die Frau in Diagnostik und Therapie mit einzubeziehen.

Die moderne Urologie deckt den Bereich der männlichen Erektionsstörungen nur unzureichend ab. Sie ist rein phallogozentristisch orientiert, orgasmusfixiert und hat den Blick für die Gesamtheit einer Partnerschaft verloren. Von der notwendigen bio-psycho-sozialen Betrachtungsweise der Sexualmedizin deckt die Urologie bis jetzt nur einen kleinen Teilbereich ab, so dass in dieser Disziplin die Beratung und Behandlung immer inter- bzw. multidisziplinär erfolgen soll. Doch nur wer alle Facetten der Sexualmedizin kennt kann differentialdiagnostisch tätig werden und eine patienten- bzw. paarorientierte Therapie in geeignete Bahnen leiten. Dies ist erst nach dem Abschluß des Curriculum für Sexualmedizin, welches eine ausgewogene Synthese theoretischer und praktischer Weiterbildungsinhalte ist, möglich.

Um dem heutigen Niveau der meist sehr aufgeklärten Patienten eine geeignete Therapie zuteil werden zu lassen ist diese curriculäre Weiterbildung von zwingender Notwendigkeit.

Empirische Daten zur nicht wahrgenommenen Schwangerschaft

Jens Wessel

Bei der Schwangerschaftsverdrängung besteht eine fehlende subjektive Wahrnehmung der Gravidität auf Seiten der Schwangeren, die im Extremfall tatsächlich erst mit der Geburt aufgehoben wird. In den letzten Jahren ist vermehrt zu diesem merkwürdig anmutenden Phänomen publiziert worden.

Berichtet werden einige klinisch-geburtsmedizinische Ergebnisse einer einjährigen prospektiven Sammlung von Fällen mit Schwangerschaftsverdrängung in Berlin (primär zu den Müttern bzw. zur epidemiologischen Häufigkeit), die vom 1.7.1995 – 30.6. 1996 unter Beteiligung aller geburtshilflichen Kliniken / Einrichtungen durchgeführt wurde.

Nach den Einschlusskriterien wurden Frauen rekrutiert, bei denen die ärztliche Diagnose der Schwangerschaft frühestens erst ab der 20.Schwangerschaftswoche erfolgte, bei fehlender subjektiver Wahrnehmung.

Im einjährigen Untersuchungszeitraum wurden insgesamt 66 Frauen mit Schwangerschaftsverdrängung bekannt. In 25 Fällen (38%) wurde die Gravidität erst aufgrund der einsetzenden Geburt offenkundig. Anhand der vorgestellten Ergebnisse einiger soziodemographischer Parameter (Alter, Partnerschaft, Schulabschluss, Berufsausbildung, vorherige Schwan-

gerschaften) ergibt sich die Schlussfolgerung: Es gibt keinen festumrissenen Typus der *einen* Schwangerschaftsverdrängerin; verbreitete Vorstellungen über unreif-infantile, unerfahrene, zumeist sozial desintegrierte, junge Frauen müssen korrigiert werden. Betroffen sein können vielmehr Frauen jeden fertilen Alters, aller Ausbildungs- und Berufsgruppen, jeder Familienstand und sozialer Hintergrund.

Die Methodik der Studie lässt weiterhin – epidemiologisch relevante – Häufigkeitsberechnungen zu. Die vorgestellten Ergebnisse zeigen, dass die weitverbreitete Annahme, verdrängte Schwangerschaften seien sehr selten, nicht zutrifft. Vielmehr tritt die Schwangerschaftsverdrängung allgemein (alle Fälle mit einer Diagnose ab 20.SSW) häufiger auf als Zwillinge (Hellin-Regel), die Untergruppe mit Bekanntwerden der Schwangerschaft erst durch die Geburt häufiger als Drillinge (Hellin-Regel).

Ferner werden sehr ähnliche Häufigkeitsrelationen für Berlin sowie Celle und Innsbruck aufgezeigt, die die Annahme erlauben, dass die Schwangerschaftsverdrängung in ganz unterschiedlichen soziodemographischen Regionen vergleichbar ähnlich häufig vorkommen kann.

Tötung unter der Geburt

Reinhard Wille

Aus der Kasuistik ergeben sich für sexualmedizinisch fortgebildete Gutachter folgende Schlussfolgerungen (ausführlich in *Sexuologie* Heft 2/ 3, 2003)

- ◆ Es ist durchaus möglich, dass eine aufgeweckte und aufgeklärte junge Frau von Heute ihre fortschreitende Schwangerschaft nicht bemerkt, so etwa in 40 %.
- ◆ In etwa 50 % verdrängt sie aufkommende Ahnungen und entlässt sich einen Schwebestand verdrängenden Wunschdenken, sodass sie ihre Schwangerschaft vor ihrer Umgebung samt Partner sowie auch vor Ärzten verheimlichen kann.
- ◆ Auch bei völlig intakter familiärer Einbettung und bei harmonischer Partnerschaft ist eine Verheimlichung der Schwangerschaft möglich, wenn auch kein Regelfall.
- ◆ Die Tötung unter der Geburt kann mit Sicherheit nicht durch die Einrichtung von Babyklappen beeinflusst werden. Die dahinter stehende Überlegung ist sicherlich ehrenwert, gut gemeint, und so-

gar für einen Laien nachvollziehbar. Aber in der Alltagssprache umschreibt die Bezeichnung „gut gemeint“, dass das Vorhaben in der Wirklichkeit völlig missglückt ist. Die Psychologie bzw. besser Psychopathologie der überraschten, situativ eingengten hochgradig verunsicherten und möglicherweise auch geschwächten Gebärenden verhindert jegliche prophylaktische Ansprechbarkeit. Völlig zu recht hat die uns nahe stehende *Deutsche Gesellschaft für Psychosomatik* in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe eine eindeutige Stellung-

nahme gegen die Babyklappen veröffentlicht. Kirchliche Kreise dagegen halten sich für das Projekt Babyklappe weiter offen.

- ◆ Es gibt vermeidbare Fehler bei der Zeugen- oder Sachverständigenaussage vor Gericht, etwa das Doppelverwertungsangebot in § 50 STGB. Der Gutachter darf nicht im Tatbestand enthaltene Milderungen bei der Schuldfähigkeit nochmals heranziehen. Auch sonst muss er die durch die StPO eingegangene Rolle des Sachverständigen vor Gericht beachten.

Adressen der Referenten

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

Prof. Dr. med. Hartmut, A.G. Bosinski, Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Arnold-Heller-Str. 12, 24105 Kiel

Dr. med. Hermann J. Berberich, Kasinostr. 31, 65929 Frankfurt a. M.

Dr. med. Andreas Dabelstein, Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Arnold-Heller-Straße 12, 24105 Kiel

Dr. med. Maren Dietrich, Am Breitenstein 26, 88373 Fleischwangen

Dr. med. Günther Fröhlich, Nieberdingstr. 15, 49393 Lohne

Dr. phil. Dipl.-Psych. Dorothea Lübcke-Westermann, Dr. med. Dr. jur. Michael Gillner, Hanse-Klinikum Stralsund, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Forensische Psychiatrie, Rostocker Chaussee 70, 18437 Stralsund

Dipl.-Psych. Verena Habura, Klinik für Forensische Psychiatrie, Hanse-Klinikum Stralsund, Rostocker Chaussee 70, 18437 Stralsund

Prof. Dr. med. Kurt Loewit, Uni. Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Sonnenburgstr. 16, A-6020 Innsbruck

Dipl.-Psych. Janina Neutze, Margarettenstraße 5, 14193 Berlin

Dr. phil. Volker Niemeier, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Justus-Liebig-Universität Gießen, Ludwigstr. 76, 35385 Gießen

Dr. med. Ansgar Rieke, Klinikum Kemperhof Koblenz, Koblenzerstr. 115-155, 56065 Koblenz

Dr. med. Ursula Rieke, Infektionsberatungsstelle Gesundheitsamt Montabaur, Kirchstr. 45, 56410 Montabaur

Dr. med. Dirk Rösing, Fleischmannstraße 42-44, 17487 Greifswald

Dr. med. Katharina Rösing, Jungfernstieg 13, 18435 Stralsund

Doreen Schwarzer, Bundeswehrkrankenhaus, Abt. III, Dermatologie, Scharnhorststr. 13, 10115 Berlin

Eva Rothermund, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Universitätsklinikum Charité, Freie- und Humboldt-Universität zu Berlin, Luisenstr. 57, 10117 Berlin

Dr. med. Günther Smigelsky, Rosenstr. 6, 80331 München

Priv.-Doz. Dr. med. Jens Wessel, Pfalzburgerstraße 53, 10717 Berlin

Prof. Dr. med. Dr. jur. R. Wille (emerit.) Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein – Campus Kiel Christian-Albrechts-Universität Kiel

Claudia Benthien, Inge Stephan (Hg.): **Männlichkeit als Maskerade. Kulturelle Inszenierungen vom Mittelalter bis zur Gegenwart.** Köln: Böhlau, 2003, 340 Seiten, ISBN 3-412-10003, Preis: 19.90 €

Auf die Frage, weshalb sie in ihrem Film *Anatomie de l'enfer* die Rolle des ‚ersten Mannes‘ mit einem Pornostar besetzt habe, erklärt die umstrittene französische Filmemacherin Catherine Breillat, dass Adam noch nicht an seiner Männlichkeit gezweifelt habe. Sie habe also einen männlichen Schauspieler finden müssen, „der keine Probleme mit seiner virilen Identität hat.“¹ Diese Suche, so lässt sich vermuten, dürfte nicht einfach gewesen sein. Denn wie viele Männer mag es wohl geben, die von der ‚Krise der Männlichkeit‘² nicht betroffen sind? Da scheint es kaum verwunderlich, dass nur einem männlichen Pornostar, also einem ‚Spezialisten der Männlichkeit‘ diese Krise nicht anzumerken ist. Vermutlich beherrscht er sein pornographisch-schauspielerisches Handwerk einfach so gut, dass man ihm die ‚Maske der Männlichkeit‘, die ‚Aufführung von Authentizität‘ nicht als solche ansieht. Oder sollte sie es doch geben – die maskenlose, ursprüngliche männliche Identität?

Der hier zur Besprechung stehende Sammelband versucht, die Frage nach dem Zusammenhang von Männlichkeit und Maskerade durch exemplarische Kulturanalysen zu erörtern. Ausgehend von dem vielfach behandelten Theorem der ‚Weiblichkeit als Maskerade‘³ wird diskutiert, inwiefern es theoretisch sinnvoll ist, nun auch von ‚Männlichkeit als Maskerade‘ zu sprechen. Männlichkeit als Maskerade zu denken, ist insofern provokant, als in der bisherigen, psychoanalytisch inspirierten Maskeradetheorie Männlichkeit als die Position des ‚Phallus-Habens‘ als nicht-defizitär bestimmt war. D.h., wer den Phallus ‚hat‘, benötigt, anders als die Frau, die ihn eben ‚nicht hat‘, keine Maske, um einen Mangel zu bedecken.⁴ Da der Mann als solcher immer schon ‚männlich‘ ist, erweckt, so die These Lacans, das Zurschaustellen von Männlichkeit gerade das Gegenteil von männlicher (Selbst-)Gewissheit, nämlich den Eindruck von Effeminiertheit. Lacan postuliert, „dass beim Mann die männliche Parade selbst als weiblich erscheint.“⁵ Doch wie dieser ‚Parade‘ entkommen, insbesondere in krisenhaften Momenten, in denen ein ‚Virilitätsnachweis‘ dringend erforderlich scheint?

Der in die Problematik der ‚Männerforschung‘ einführende Text „Im toten Winkel“ von Inge Stephan macht deutlich, dass Männlichkeit trotz aller behaupteten Potenz nie eine ‚phallische Selbstverständlichkeit‘ war, sondern immer schon einen fragilen, nach Bestätigung verlangenden Status besessen hat. ‚Male

trouble‘, so Stephan weiter, gebe es seit der Antike, verschwinde aber nur allzu gern im toten Winkel männlich geprägter Wissenschaft. Erst mit der in den 70er Jahren einsetzenden Entwicklung der *men's studies* zu einer eigenständigen Disziplin werde dieser Winkel nach und nach ausgeleuchtet. Konzentriert stellt Inge Stephan die verschiedenen Ansätze, Leistungen und Grenzen dieser Entwicklung vor. Die Maskerade-Thematik rückt dabei allerdings nur insofern in den Blick, als sie die Ansätze der postmodernen Maskerade-Theorien, die von einer ‚multioptionalen‘, also letztlich einer frei wählbaren Männlichkeit ausgehen, als unvereinbar mit der soziologischen Männerforschung herausstellt, die Männlichkeit tendenziell als nicht abzustreifende Zwangsjacke, d.h. als gewaltsame Form gesellschaftlicher Zurichtung betrachtet.⁶

Näher an die theoretische Problematik des Themas heran schreibt sich die Mitherausgeberin Claudia Benthien. Unter dem Titel „Das Maskerade-Konzept in der psychoanalytischen und kulturwissenschaftlichen Theoriebildung“ stellt sie insbesondere die verschiedenen Theorien der ‚Weiblichkeit als Maskerade‘ vor: Jean Rivieres Fallstudie, das (post-) feministische Maskerade-Konzept Butlers, Freuds Überlegungen zum Fetisch, Lacans Phallus-Theorie sowie die Theorien Emily Apters. Letztere betont erstmals, dass weibliche Maskerade in Form eines weiblichen ‚Kleiderfetischismus‘ nicht als Strategie des Verbergens eines Mangels, sondern als narzisstische Erweiterung des weiblichen Ich zu betrachten sei, d.h., so Benthien, als „ein *surplus*, ein Zeichenüberschuss, der somit auch – positiv gewendet – die Existenz pluraler Weiblichkeitsbegriffe erlaubt.“⁷

Weniger ergiebig ist Benthien's Darstellung dessen, was der Titel des Sammelbandes verspricht: eine Auseinandersetzung mit männlichen Maskerade-Konzepten. Mit Britta Herrmann und Walter Erhart hält sie daran fest, dass eine Umkehrung der Geschlechterpositionen der Maskerade nicht ohne weiteres möglich ist. Da Männlichkeit und Weiblichkeit nach wie vor hierarchisch strukturierte Bezugspunkte seien, werde der Mann, der sich Weiblichkeit aneigne – im Gegensatz zu der Frau, die sich Männlichkeit aneigne – unweigerlich degradiert. Anders als Frauen werde Männern so z.B. die Möglichkeit einer ‚Ausschmückung durch Kleidung‘ weitaus problematischer. Undiskutiert lässt Claudia Benthien dabei, dass es insbesondere im englischsprachigen Raum schon seit geraumer Zeit Ansätze gibt, Männlichkeit als Maskerade zu denken. So setzt sich z.B. Tobias Fabricius in seinem Aufsatz „Männlichkeit als Maskerade. Zu Byrons Poetik in *Don Juan*“⁸ mit verschiedenen Theorieansätzen zur männlichen Maskerade auseinander⁹ und

zeigt, dass Männlichkeit sehr wohl als Maskerade zu theoretisieren ist, wenn Männlichkeit als „ein Phänomen der Präsentation“ gedacht wird, das „entweder einen psychosexuell begründeten ‚Mangel‘ (die Instabilität der heterosexuellen Identität) oder eine soziohistorisch bedingte Krise der Zeichenordnung von ‚Männlichkeit‘ selbst verbergen soll.“¹⁰

Obwohl in *Männlichkeit als Maskerade* keine überzeugenden Ansätze eigener Thoriebildung entwickelt werden, bieten die einzelnen Texte des Bandes eine Reihe von beeindruckenden Detailanalysen. Auch wenn der Begriff der Maskerade m.E. in den meisten Fällen durch den Begriff der Inszenierung oder der Performance hätte ersetzt werden können, ohne dass eine inhaltliche Veränderung geschehen wäre, bieten profilierte AutorInnen wie Walter Erhart, Liliane Weissberg oder Ute Frevert spannende Lektüren diverser Ikonen, Stereotype und Masken des Männlichen. Der erste Teil des Bandes widmet sich dabei dem Mythos ‚des‘ Mannes, der zweite den invertierten Männlichkeiten wie beispielsweise Thomas Manns *Felix Krull* und der dritte den (möchte-gerne) heroischen Männlichkeiten, wie sie vom höfischen Roman bis hin zu *Star Wars* anzutreffen sind. Bleibt, um es mit dem letzten Satz des Bandes zu sagen, zu beobachten, welche „Politik der Männlichkeit“¹¹ sich in den kommenden Jahren als die dominante erweisen wird.

Sophie Wennerscheid (Berlin)

Endnoten

- 1 „Nur das Begehren ist interessant“. Interview mit C. Breillat. In: *ta3*, 13. Februar 2004: 22.
- 2 Vgl. das gleichnamige Werk von St. von Schnurbein sowie E. Bronfen: „Masculinity; see under crisis“. In: Th. Steffen (Hg.): *Masculinities – Maskulinitäten*, 2002.
- 3 Vgl. hierzu den Band *Weiblichkeit als Maskerade*, hg. v. L. Weissberg, 1994, in dem die wichtigsten Texte zu dieser Diskussion versammelt sind. Grundlage der Diskussion bilden die Texte „Womanliness as a Masquerade“ [1929] von J. Riviere, in: Weissberg, 34-47 sowie J. Lacans „Die Bedeutung des Phallus“, in: *Schriften II*, 1986, 119-132. Die Ansätze Lacans und Rivieres sind hierbei jedoch nicht ohne weiteres kompatibel. Vgl. Anm. 4.
- 4 Diese Position ist in erster Linie die Position Lacans. Während nach Riviere die weibliche Maskerade eine zu offen demonstrierte ‚weibliche Männlichkeit‘ wieder rückgängig zu machen versucht, verbirgt sie nach Lacan den weiblichen Mangel des Phallus.
- 5 Lacan, „Die Bedeutung des Phallus“: 132.
- 6 Besondere Aufmerksamkeit erfahren hier die verschiedenen Texte K. Theweleits, die I. Stephan engagiert gegen eine allzu reduktive Lektüre verteidigt.
- 7 *Männlichkeit als Maskerade*: 51.
- 8 In: *Differenzen in der Geschlechterdifferenz*. Hg.v. K. Röttger u. H. Paul. Berlin 1999: 187ff. Bentien bezeichnet den Text m.E. unzutreffend als Auseinandersetzung „in einem sehr viel spezifischeren Sinne“. Vgl. *Männlichkeit als Maskerade*: 54 Anm.
- 9 Vgl. z.B. Ch. Holmlund: „Masculinity as Multiple Masquerade“. In: *Screening the Male*. Hg.v. St. Cohan. London 1993, 213ff. sowie verschiedene Aufsätze in dem Band *The Masculine Masquerade*. Hg.v. A. Perchuk u.a. Cambridge 1995.
- 10 Fabricius, a.a.O.: 191.
- 11 *Männlichkeit als Maskerade*: 332.

34. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe DGPF e.V. in Kooperation mit der Universität Leipzig vom 02.03 bis 05.03.05 in Leipzig

Thema: Anspruch und Wirklichkeit in der psychosomatischen Frauenheilkunde

Hauptthemen der Vorträge:

Frauenheilkunde - ein unmöglicher Beruf?
 Psychosomatische Aspekte der Kontrazeption
 Praxisrelevanz der psychosomatischen Forschung
 Schwierigkeiten mit der Sexualität in der Frauenheilkunde

Informationen und Anmeldungen im Internet unter www.dgpf-kongress-leipzig.de

Kontaktadressen:

Dr. med. Sara Marius Le Prince,
 Tel. +49 (341) 9723400, Fax 9723409
 eMail [sara.mariusleprince@medizin.uni-leipzig.de]

Congress-Organisation Geber + Reusch
 Tel. +49 (6172) 681332, Fax 681334
 mail: geber-reusch@t-online.de
<http://www.geber-reusch.de>

16. Kongress der Deutschen Kontinenzgesellschaft e.V. (GIH) in Hamburg (Congress Centrum Hamburg) am 12/13. 11. 2004

Thema: Kontinenzkonzepte für die Zukunft – Patienten im Mittelpunkt

Wissenschaftliche Hauptthemen:

Stuhlinkontinenz
 Weibliche und männliche Harninkontinenz und Descensus
 Spezialforum der Harninkontinenz
 Praxis (Informationen und Ausbildung für Betroffene und Ärzte)
 Gesundheitspolitische Aspekte

Informationen und Anmeldungen:

Geschäftsstelle der Deutschen Kontinenzgesellschaft e.V. (GIH)
 Friedrich Ebert-Str. 124
 34119 Kassel

Tel. 0561/780604
 Fax 0561/776770
 mail: GIH-Kassel@t-online.de
<http://www.gih.de>