

Sexuologie

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

Inhalt

Originalarbeiten

- 74 Erhebungsinstrumente in der klinischen Sexualforschung und der sexualmedizinischen Praxis – Ein Überblick über die Fragebogenentwicklung in Sexualwissenschaft und Sexualmedizin
Christoph J. Ahlers, Gerard A. Schaefer, Klaus M. Beier
- 98 Sexualität und Partnerschaft bei Psoriasis – Erste Ergebnisse einer empirischen Untersuchung von Psoriasis-Betroffenen und ihren Partnern
Eva Rothermund, Doreen Schwarzer, Peter Schulze, Markus Friedrich, Wolfram Sterry, Klaus M. Beier

Fortbildung

- 107 Sexualmedizin als Bestandteil der Lehre im Medizinstudium
Klaus M. Beier, Christoph J. Ahlers, Alfred Pauls

Historia

- 119 Das späte Menschenrecht (Teil 1) – Sexualität im europäischen und österreichischen Recht
Helmut Graupner

Aktuelles

- 140 Buchbesprechungen, Jahresinhaltsverzeichnis

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, Löbdergraben 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 Umsatzsteuernummer anzugeben.

Privatabonnements zum Vorzugspreis sind mit Namen und Adresse des Empfängers direkt an den Verlag zu richten. Sie sind mit „Privatabonnement“ zu kennzeichnen. Besteller, Rechnungsempfänger und Rechnungszahler müssen Privatpersonen sein. Die Zahlung kann per Kreditkarte (Eurocard/Mastercard, VISA oder American Express; bitte 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. Erschende 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

((Deutsche Fachpresse)) (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. zu Diagnostik und Therapie bei sexuellen Funktionsstörungen, Geschlechtsidentitätsstörungen, sexuellen Verhaltensabweichungen (Paraphilien, Sexualdelinquenz) sowie bei Sexualstörungen aufgrund von Erkrankungen und deren Behandlung. Die Sichtweisen verschiedener Fächer gelangen dabei zur Darstellung.

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>

Erhebungsinstrumente in der klinischen Sexualforschung und der sexualmedizinischen Praxis – Ein Überblick über die Fragebogenentwicklung in Sexualwissenschaft und Sexualmedizin

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

Assessment instruments in clinical sexology and sexological research – An overview of questionnaires in sexology and sexual medicine

Abstract

Despite the second half of the 20th Century seeing a steady growth in the body of literature on sexual history assessment and sexological questionnaires the number of widely used instruments, particularly in clinical sexology, remains small. The vast majority of procedures are research instruments, which to some extent may be well established in English speaking countries, however, with few exceptions, they are neither translated into German nor has their adaptability for German speaking countries been investigated. With the development and introduction of pharmaco-therapeutical interventions for erectile dysfunction most questionnaires focus more and more on isolated areas of sexual function, mainly erectile function. Thus, though imperative for an accurate diagnosis and sufficient treatment planning, the comprehensive assessment of sexual experience and behaviour including all non-dysfunctional aspects is not achieved. This article presents psychological testinstruments relevant for sexological diagnostics and an overview of the most important sexological questionnaires in German language as well as an introduction to instruments, which have been developed at the *Institute of Sexology and Sexual Medicine*,

University Clinic Charité, Berlin, Germany. The development of that latter was necessary to overcome the absence of measures suitable to both assessing the diversity and particularities of sexual experience and behaviour and identifying sexual disorders according to DSM-IV/CD-10 criteria.

Keywords: Sexual medical diagnostics, sexual history, sexological questionnaires, clinical sexology, sexual dysfunctions, sexual disorders.

Zusammenfassung

Seit der zweiten Hälfte des 20. Jh. gibt es zunehmend viele Veröffentlichungen zu Sexualanamnesen und sexualwissenschaftlichen Fragebögen, gleichzeitig aber nur wenige Instrumente, die sich vor allem in der sexualmedizinischen Praxis tatsächlich durchgesetzt hätten. Die überwiegende Mehrzahl der Verfahren sind Forschungsinstrumente, die zum Teil zwar im angloamerikanischen Sprachraum etabliert sind, aber (von einigen Ausnahmen abgesehen) weder in's Deutsche übersetzt noch auf ihre Anwendbarkeit im deutschsprachigen Mitteleuropa überprüft worden sind. Seit der Entwicklung medikamentöser Behandlungsmöglichkeiten für Erektionsstörungen heben die meisten Fragebögen zunehmend nur noch auf einzelne Störungsbereiche der sexuellen Funktionen ab (meistens Erektion) und erfassen dabei nicht das gesamte Spektrum des (auch ungestörten) sexuellen Erlebens und Verhaltens, welches für eine suffiziente Diagnostik und Therapie sexueller Störungen gleichwohl überschaut werden sollte. Es folgt zunächst eine Darstellung von psychologischen Testverfahren, die auch in der sexualmedizinischen Diagnostik einsetzbar sind und dann eine Übersicht

über die wichtigsten sexualwissenschaftlichen Fragebögen im deutschsprachigen Mitteleuropa. Im Anschluss daran werden Instrumente vorgestellt, die am *Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin des Universitätsklinikums Charité* Berlin entwickelt wurden, weil keine Verfahren verfügbar waren, die sexuelles Erleben und Verhalten in ausreichender Bandbreite und befriedigender Differenziertheit erheben und sexuelle Störungsbereiche nach DSM-IV/CD-10 operationalisiert erfassen konnten. *Schlüsselwörter*: Sexualmedizinische Diagnostik, Sexualanamnese, sexualwissenschaftliche Fragebögen, klinische Sexualforschung, sexuelle Funktionsstörungen.

Rückblick

Ein Überblick über die Entwicklung von strukturierten und / oder standardisierten Datenerhebungs- und Forschungsinstrumenten in der Sexualwissenschaft vermittelt das Bild einer „Alles-und-Nichts“-Situation: Zwar gibt es spätestens seit der zweiten Hälfte des 20. Jh. viele Veröffentlichungen zu Sexualanamnesen und sexualwissenschaftlichen Fragebögen, aber gleichzeitig nur sehr wenige, weit verbreitete, geschweige denn in der klinischen Praxis tatsächlich gebräuchliche Instrumente.

Die meisten veröffentlichten sexualwissenschaftlichen Fragebögen stammen aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum (vor allem aus Nordamerika, vgl. Davis et al. 1998) und sind (von einigen Ausnahmen abgesehen) nicht in's Deutsche übersetzt und auf ihre Anwendbarkeit im deutschsprachigen Mitteleuropa überprüft worden. Des Weiteren heben viele Fragebögen nur auf einzelne Bereiche der menschlichen Sexualität ab (meistens einzelne Störungsbilder) und erfassen nicht das gesamte Spektrum des sexuellen Erlebens und Verhaltens, welches für eine suffiziente Diagnostik und Therapie sexueller Störungen gleichwohl überschaut werden sollte. Man darf davon ausgehen, dass in vielen Zentren sexualwissenschaftliche Instrumente existieren, die nicht publiziert sind und nur dort verwendet werden.

Die Notwendigkeit einer standardisierten Datenerhebung zu Zwecken der Objektivierbarkeit, Vergleichbarkeit und statistischen Analysierbarkeit wurde schon zu Beginn des 20. Jh. von einem der Gründerväter der Sexualwissenschaft – Magnus Hirschfeld – erkannt und reklamiert. Aus diesem Grunde entwickelte Hirschfeld auch bereits 1908 seinen „Psychobiologischen Fragebogen“, mit dessen Hilfe unter anderem die Datenerhebung am (weltweit ersten) *Institut für Sexualwissenschaft* in Berlin optimiert werden

sollte. Hierbei handelte es sich um eine Sammlung von 137 untergliederten, offenen Fragen, deren Beantwortung im Freitext den Probanden überlassen blieb. Inhaltlich bildet diese erste sexualwissenschaftliche Fragensammlung ein breites Spektrum sexualmedizinischer Aspekte in Form einer ausformulierten sexualbiographischen Anamnese ab. Um einen standardisierten Fragebogen mit skalierten Antwortoptionen im modernen Sinne handelt es sich hierbei noch nicht, gleichwohl aber um die erste Systematisierung und Strukturierung einer Sexualanamnese, die Hirschfeld bis 1923 mehrfach überarbeitete und optimierte und in revidierten Auflagen publizierte (vgl. Hirschfeld, 1923).

Methodischer Entwicklungsstand in der Sexualwissenschaft

Bei standardisierten Erhebungsinstrumenten werden die interessierenden Informationen – im Gegensatz zur freien Gesprächsexploration bzw. zum Leitfaden-Interview – weitgehend unabhängig vom jeweiligen Untersucher (d.h. diesbezüglich objektiv) und damit interindividuell vergleichbar erfasst. Dadurch ist eine elektronische und statistische Verarbeitung von erhobenen Daten möglich, die sich aus freien Gesprächsanamnesen nicht ergibt und die z.B. für Therapieevaluation und Begleitforschung wesentlich ist. Wichtig ist jedoch, darauf hinzuweisen, dass sich die gesprächsbasierte Exploration und Informationsgewinnung, z.B. mit Interview-Leitfäden, und die standardisierte Informationserhebung mit Fragebögen und Testverfahren nicht widersprechen oder das ein Verfahren dem anderen vorzuziehen ist, sondern, dass sich beide Vorgehensweisen komplementär ergänzen, dass aber niemals ein standardisiertes Verfahren eine gesprächsbasierte Exploration z.B. in Form einer Sexualanamnese ersetzen kann. Ganz im Gegenteil können die standardisierten Instrumente viel mehr als *die bildgebenden Verfahren der Psychodiagnostik* angesehen werden, wodurch ihr additiver Charakter im Rahmen des gesamten diagnostischen Prozesses deutlich wird. Sexualmedizinische Spezialfragebögen können sinnvoll sein, um dem Therapeuten schon vor dem Erstgespräch Informationen über mögliche Problem- oder Störungsbereiche zu geben, die eine entsprechende Orientierung und Fokussierung des Gesprächs erlauben. Sie können also eine Sexualanamnese und die im Gespräch gemachten Angaben ergänzen, niemals aber ein sexualmedizinisches Explorationsgespräch ersetzen.

Im Gegensatz zum bisherigen Entwicklungsstandard bei Sexualanamnesen stehen für die Anamneseerhebung bei allgemeinen psychischen Erkrankungen Interview- und Dokumentations-Leitfäden zur Verfügung, die sich an den international verwendeten Klassifikationssystemen für psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen ICD-10 (WHO 1996) und DSM-IV (APA 1996) orientieren. Es handelt sich hierbei um Fragenkataloge, Symptomchecklisten und Leitfäden zur Durchführung von klinischen Interviews, welche als so genannte „Fremdbeurteilungsverfahren“ die psychodiagnostische Exploration vereinfachen und strukturieren können, wie z.B. die „Internationale Diagnose-Checkliste für Persönlichkeitsstörungen“ (IDCLP, Bronisch et al. 1995), das „Diagnostische Interview bei psychischen Störungen“ (DIPS, Margraf et al. 1995), das „Strukturierte klinische Interview für DSM-IV“ (SKID, Wittchen et al. 1997) u.s.w..

Eine umfassende Sammlung von Verfahrensbeschreibungen zu wichtigen klinischen Interviews und Ratingskalen („Fremdbeurteilungsverfahren“) liefern Strauss & Schumacher (2005). Nach einer kurzen Einführung, die einen systematischen Überblick über die in diesem Buch enthaltenen Verfahren gibt und diese verschiedenen Aufgabenbereichen zuordnet, werden 91 Erhebungsinstrumente unter einheitlichen Gesichtspunkten beschrieben. Die einheitliche Verfahrensbeschreibung ermöglicht einen schnellen Zugang zu den wichtigsten Informationen und bietet Hinweise für die Auswahl und den verantwortungsvollen Einsatz der Instrumente in der klinischen Psychologie, Psychotherapie, Psychosomatik und Sexualmedizin.

Zu dieser Kategorie von psychodiagnostischen Instrumenten („Fremdbeurteilungsverfahren“) zählen schließlich auch Dokumentationssysteme, mit denen klinische Explorationsergebnisse systematisch bzw. nach Ordnungsbereichen festgehalten bzw. dokumentiert und Störungsbereichen zugeordnet werden können, um hierdurch ebenfalls eine Vergleichbarkeit und Auswertbarkeit psychodiagnostischer Daten gewährleisten zu können. Viele Interviewleitfäden sehen die unmittelbare systematische Informationserhebung mit entsprechenden Dokumentationsbögen direkt vor. Andere Verfahren sind zur Ex-post-Dokumentation bestimmt, um nicht während der Exploration dokumentieren bzw. kodieren zu müssen, sondern im Nachhinein nur die wichtigsten Informationen gegliedert nach übergeordneten Kategorien festhalten und klinisch zuordnen zu können.

Für die Durchführung einer sachverständigen sexualdiagnostischen Exploration bzw. einer Sexualanamnese stehen zwar verschiedene Interview-Leitfäden zur Verfügung (s.u.), mit Hilfe derer ein Be-

handler einer Abfolge offener Fragen zu vielen Bereichen der Sexualität folgen und so das Gespräch strukturieren kann. Allerdings liegt bis dato kein sexualmedizinischer Interview-Leitfaden vor, in dem sich die Konstruktion der vorgegebenen Fragen an der Krieteriologie der internationalen Klassifikationssysteme für psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen ICD-10 (WHO, 1996) und DSM-IV (APA, 1996) orientiert.

Hierin lag der Grund, warum am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité in Berlin eine „Strukturierte Sexualanamnese“ (SSA) entwickelt wurde (s.u.), mit deren Hilfe sämtliche Bereiche des sexuellen Erlebens und Verhaltens systematisch nach der Krieteriologie von ICD-10 und DSM-IV erfragt werden können. Ebenfalls wurde hierzu ein sexualmedizinischer Dokumentations-Leitfaden entwickelt, mit Hilfe dessen die erhobenen Informationen nach sexualmedizinisch relevanten Ordnungsbereichen festgehalten werden können: Das „5x3 der Sexualmedizin“ (SEXMED-5x3), der ebenfalls in diesem Artikel weiter unten ausführlich dargestellt wird.

Neben diesen sog. „Fremdbeurteilungsverfahren“, mit Hilfe derer ein Diagnostiker oder Therapeut eine Einschätzung und Zuordnung bezüglich bestimmter Problembereiche beim Patienten vornehmen kann, spielen in der Sexualwissenschaft und der Sexualmedizin – wie in der Psychodiagnostik insgesamt – auch Verfahren eine Rolle, bei denen der Proband oder der Patient durch die Beantwortung entsprechender Fragen (meistens durch Ankreuzen) eine Selbsteinschätzung bezüglich der gefragten Inhalte vornimmt, sog. „Selbstbeurteilungsverfahren“. Hierzu zählen:

Psychologische Testverfahren

Dies sind statistisch-standardisierte bzw. normierte, Fragebogen, i.d.R. in Form von sog. „Rating-Skalen“, bei denen die einzelnen Fragen meist als ausformulierte Aussage-„Items“ konstruiert sind, z.B.: „Wenn ich wütend bin, könnte ich den nächstbesten Gegenstand nehmen und an die Wand werfen.“ Antwortoptionen (Zustimmung): „gar nicht“, „wenig“, „mittelmäßig“, „ziemlich“, „sehr“. Bei der Auswertung werden aus den Antworten des Patienten Normwerte gebildet, die Auskunft darüber geben, wie eine jeweils gemessene Merkmalsausprägung im Vergleich zu einer nach Alter und Geschlecht zugeordneten Vergleichsstichprobe ausfällt (z.B.: 80 % der Referenzpopulation gleichen Geschlechts und Alters verfügen über eine geringere Ausprägung des Merkmals Aggressivität). Im Rahmen der sexualmedizinischen Dia-

agnostik sind in dieser Rubrik unter anderem sog. „Multidimensionale Persönlichkeitsinventare“ von Bedeutung, mit Hilfe derer ein Überblick über die Persönlichkeitsstruktur eines Patienten gewonnen werden kann. Besonders weit verbreitet sind hier z.B. der „Minnesota-Multiphasic-Personality-Inventory“ MMPI-2 (Hathaway et al. 2000), der „16-Persönlichkeits-Faktoren-Test“ 16PF-R (Schneewid et al. 1998), das „NEO-Fünf-Faktoren-Inventar“ NEO-FFI (Borkenau et al. 1993) oder das „NEO-Persönlichkeits-Inventar“ NEO-PI-R (Ostendorf et al. 2003) oder das im deutschen Sprachraum weit verbreitete „Freiburger Persönlichkeits-Inventar“ FPI-R (Fahrenberg et al. 2001) u.s.w..

Des Weiteren sind in dieser Gruppe von normierten psychologischen Testverfahren in der sexualmedizinischen Diagnostik solche Instrumente von Bedeutung, die spezielle Bereiche der Persönlichkeit, bestimmte Symptombilder oder andere Eigenschaften von Probanden bzw. Patienten erfassen. Zu erwähnen wäre hier beispielsweise die „Symptom-Checkliste von Derogatis“ SCL-90-R (Franke 2002), das „Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme“ IIP-D (Horowitz et al. 2000), der „Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik“ FPD (Hahlweg 1996), der „Fragebogen zum Körperbild“ FKB-20 (Clement et al. 1996), die „Frankfurter Körperkonzept-Skalen“ FKKS, (Deusinger 1998), das „State-Trait-Angstinventar“ STAI (Schwenkmezger et al. 1992), das „Beck Depressions-Inventar“ BDI (Beck et al. 1995) oder die „Allgemeine Depressions-Skala“ ADS (Hautzinger & Bailer 1993) u.s.w..

Standardisierte Datenerhebungs-Instrumente

Zu diesen Selbstbeurteilungsverfahren zählen des Weiteren Fragebögen als Datenerhebungs-Instrumente zur standardisierten Informationsgewinnung (d.h., keine normierten, psychologischen Testverfahren), mit denen allgemeine und störungsrelevante Informationen in der standardisierten Form geschlossener Fragen durch Selbstbeantwortung der Patienten (meistens in Form von Ankreuzen) erhoben werden können, ohne dass aus den erhobenen Ergebnissen Normwerte resultieren. Bei diesen Fragebögen werden die interessierenden Inhalte in der Regel als Fragen formuliert, z.B. „Wie oft haben sie Geschlechtsverkehr?“, und der Proband oder Patient kann eine für ihn zutreffende Häufigkeitsangabe ankreuzen, z.B. „1-2 x pro Woche“. Die meisten sexualwissenschaftlichen Fragebögen befinden sich auf dem forschungsmethodischen Niveau solcher Fragebögen (nicht normierte Frage-

bögen als standardisierte Erhebungsinstrumente). Nur sehr wenige Instrumente im Bereich der klinischen Sexualforschung befinden sich auf dem Testkonstruktions-Niveau statistisch-standardisierter Testverfahren mit Normwerten als resultierenden Ergebnissen (s.u.).

Stand der Sexualforschung mit normierten Testverfahren

Bis zum Ende des 20. Jh. wurden in einer Vielzahl von Publikationen statistisch-standardisierte bzw. normierte, psychologische Testverfahren daraufhin untersucht, ob sie bei sexuellen Funktionsstörungen und speziell bei Erektionsstörungen zur „Differentialdiagnose psychogen versus organogen“ eingesetzt werden können. Das Design dieser Studien war hierbei meist sehr ähnlich: Patienten wurden zunächst – meist auf der Basis von Messungen der nächtlichen penilen Tumescenz (NPT) – in die Gruppen „somatogen“ und „psychogen“ aufgeteilt und dann die Zuordnungsgenauigkeit eines Fragebogens überprüft. Nachdem in einer Untersuchung Mitte der 70er Jahre mittels einer bestimmten Entscheidungsregel eine 70-80 %ige Trefferquote für eine psychogene Verursachung erzielt werden konnte (Beutler et al. 1975), erschienen die differentialdiagnostischen Möglichkeiten z.B. des MMPI recht vielversprechend. Diese Zuordnungsregel von Beutler und Mitarbeitern hat eine Reihe von ähnlichen Untersuchungen nach sich gezogen, die alle zu demselben Ergebnis gelangten: Das Ergebnis von Beutler und Mitarbeitern ließ sich nicht replizieren, und der MMPI stellte sich im Hinblick auf die „Differentialdiagnose psychogen vs. organogen verursachte Impotenz“ als untaugliches Instrument heraus (vgl. Marshall et al. 1980; Staples et al. 1980; Levenson et al. 1986; Jefferson et al. 1989). Auch andere normierte Testverfahren führten bei dieser Anwendungsfragestellung nicht zu besseren Ergebnissen: Das von Martin und Mitarbeitern (1983) verwendete „California Personality Inventory“ CPI, ein aus dem MMPI abgeleitetes Verfahren, konnte zwischen den beiden Gruppen nicht trennen. Bei den von Segraves & Segraves (1986) überprüften Verfahren: „Eysenck Personality Questionnaire“ EPQ und „Inventory of Sexual Attitudes“ ISA war Extraversion die einzige Variable, die auf einem allerdings sehr niedrigen Signifikanzniveau die beiden Gruppen trennte, wobei die „psychogene Gruppe“ stärker zur Introvertiertheit tendierte. Auch das „Milton Behavioral Health Inventory“ MBHI, mit dem Camic (1983) eine 81 %ige Zuordnungsquote erzielte, erreichte in einer Replikationsuntersuchung von Lantin-

ga und Mitarbeitern (1988) in verschiedenen Diskriminanzanalysen nur noch Quoten von 60-75 %.

In ihrem Beitrag über diesen sexualwissenschaftlichen Forschungsdiskurs („psychogene versus somatogene Erektionsstörung“) liefern Heim & Strauß (2003) eine Übersicht über die ebenso vielseitigen wie vergeblichen Bemühungen in der zweiten Hälfte des 20. Jh., mit Forschungsinstrumenten eine scheinbar klare Diskriminierung in „entweder körperlichen / oder seelischen“ Dimensionen von Erektionsstörungen zu erlangen.

Die Tatsache, dass allein mit standardisierten Instrumenten wie Fragebögen prinzipiell keine Diagnosen – schon gar keine Differentialdiagnosen – gestellt werden können und ebenso die Betonung des Umstandes, dass die Unterteilung in „psychogen vs. organogen“ einem dichotomen Denkbild entspricht, das in den Humanwissenschaften als überholt angesehen werden kann und an der Erlebniswirklichkeit von Betroffenen ohnedies vorbei geht, ist in diesen Untersuchungen noch nicht anzutreffen.

Eine integrierte, bio-psycho-soziale Sichtweise des menschlichen Lebens, folglich auch der menschlichen Sexualität und eben gerade darum auch der sexuellen Funktionen und ihrer Störungen, war bis zum Ende des 20. Jh. augenscheinlich noch nicht verbreitet. Bis heute hält sich offenbar hartnäckig die Sehnsucht nach einer klaren Differenzierbarkeit zwischen körperlich und seelisch, weil sie als Orientierungs-Fata-Morgana Forschern wie Praktikern Ordnung und damit Sicherheit suggeriert.

Als Sackgasse entpuppt sie sich spätestens in der sexualtherapeutischen Arbeit mit Patienten (-Paaren). Hier berichten die Betroffenen bei sachverständiger Gesprächsführung ausnahmslos von der untrennbaren Wechselwirkung zwischen ihren sexualitätsbezogenen Einstellungen und Überzeugungen, ihren körperlichen Beschwerden und Erkrankungen, ihren einhergehenden Gefühlen und Gedanken, ihren vorausgegangenen oder resultierenden sexuellen Funktionsstörungen und schließlich den damit zusammenhängenden Auswirkungen auf die partnerschaftliche Kommunikation und sexuelle Interaktion.

Dass eine sexuelle Funktionsstörung überwiegend auf physische oder überwiegend auf psychische Ursachen zurückgehen kann, ändert nichts daran, dass immer beide Qualitäten bei der Entstehung und Aufrechterhaltung sexueller Funktionsstörungen beteiligt sind und dass betroffene Patienten bzw. ggf. Paare immer auf beiden Ebenen mit einer Funktionsstörung zurechtkommen müssen. Allein eine tatsächliche, integrierte bio-psycho-soziale Sichtweise des menschlichen Lebens und damit auch der menschlichen Sexu-

alität scheint diesem Bedingungsgefüge näherungsweise gerecht werden zu können.

Psychologische Testverfahren in der sexualmedizinischen Diagnostik

Die Auswahl geeigneter psychodiagnostischer Instrumente ist je nach Störungsgruppe unterschiedlich. Der FKB-20 sowie der FKKS (s.o.) eignen sich beispielsweise bei der Untersuchung von Geschlechtsidentitäts-Störungen (GIS), aber auch bei vielen Funktionsstörungen, um Problemen im Umgang mit dem eigenen Körper bzw. im Körpererleben auf die Spur zu kommen. Wichtig erscheint es in diesem Zusammenhang allerdings, explizit darauf hinzuweisen, dass kein standardisiertes Testverfahren existiert, welches Geschlechtsidentitäts-Störungen (GIS) zu messen oder gar zu detektieren im Stande wäre. Die beispielsweise im FPI-A1 früher häufig zu diesem Zweck eingesetzte Skala „Maskulinität / Femininität“ wurde in dem revidierten FPI-R (s.o.) genau aus dem Grunde gestrichen, weil die Autoren bemerkt hatten, dass diese Skala häufig missbräuchlich (unter anderem im Kontext GIS oder zur „Diagnostik von Homosexualität“) eingesetzt worden war und dabei systematisch zu unzulässigen Interpretationen geführt hatte. Auch das in diesem Kontext zum Teil bis heute verwendete „BEM-Sexrole-Inventory“ BSRI (Bem 1974) erscheint vor dem Hintergrund sich wandelnder Geschlechtstypizität heute unzeitgemäß und damit zumindest für die Heranziehung zur Individualdiagnostik bei GIS invalide. In verschiedenen methodologischen Untersuchungen zu diesem Thema erwies sich das BSRI als für diesen Zweck ungeeignet und allenfalls als Forschungsinstrument brauchbar – wofür es ja auch eigentlich entwickelt worden war (vgl. Schneider-Düker & Kohler 1988). Für die sexualmedizinische Praxis mit ihrer Ausrichtung auf die Partnerschaft bietet sich z.B. der „Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik“ FPD (Hahlweg 1996) sowie das „Marburger Einstellungsinventar zu Liebestilen“ MEIL (Bierhoff et al. 1993) an, um relevante Aspekte der Partnerschaft zu objektivieren. Allgemeine Lebenszufriedenheit kann rationell mit dem Fragebogen zur Lebenszufriedenheit FLZ (Fahrenberg et al. 2000) erhoben werden, der auf einer gesonderten Skala auch partnerschaftliche und sexuelle Zufriedenheit berücksichtigt.

Für beide Varianten, Forschung wie Praxis, gilt, dass die Anwendung psychodiagnostischer Verfahren eine fundierte Kenntnis von Testtheorie und Testkonstruktion sowie von Statistik und Methodik verlangt, die in der Regel ein Studium der Psychologie voraus-

setzt. Keinesfalls ausreichend ist es, Testbefunde allein „nach Kochrezept“, d.h. nach Durchblättern des Testmanuals zu bewerten und zu interpretieren. Wer die Ergebnisse standardisierter psychodiagnostischer Verfahren fachgerecht verstehen und verwenden will, muss über die besonderen Konstruktionsmerkmale der Tests, die Auswahl der Items, die Zusammensetzung der Eichstichprobe, die Gütekriterien des Tests und die Tauglichkeit der Testnormen im Bilde sein und über entsprechende Erfahrung und Kenntnisse verfügen. Dies trifft umso mehr zu, je umfassender und komplexer die Konstrukte sind, die ein Test erfassen will (Beispiele: Intelligenz, die grundlegenden Faktoren der Persönlichkeit), während dies bei eindimensionalen Skalen (Depression, Angst) etwas weniger kritisch ist. Unproblematischer sind Fragebögen, die nicht normiert sind (aber auch keine Testgütekriterien erfüllen) und dem Kliniker nur bestimmte Informationen liefern sollen. Zusammengefasst bedeutet das, dass die sachverständige Durchführung und Auswertung von psychologischen Testverfahren und vor allem die sachgerechte Interpretation und Befundung von psychologischen Testergebnissen sich nicht im Auszählen, Addieren und Zuordnen von Punkt- oder Normwerten erschöpft, sondern eine profunde Ausbildung in Psychologischer Testdiagnostik erfordert und aus diesem Grunde grundsätzlich von hierfür qualifizierten Diplom-Psychologen durchgeführt werden sollte.

Einen guten Überblick über statistisch-standardisierte bzw. normierte und wissenschaftlich verlegte, psychologische Testverfahren (Selbstbeurteilungsverfahren) und Erhebungsinstrumente wie Interview-Leitfäden, Symptomchecklisten und Dokumentationssysteme (Fremdbeurteilungsverfahren), bieten sowohl Brähler et al. (2002, 2003), als auch Strauss & Schumacher (2005) sowie der im zweijährigem Turnus erscheinende Katalog der Testzentrale des *Hogrefe Verlags* Göttingen (2004 / 2005), mit über 750 psychodiagnostischen Verfahren für alle Anwendungsgebiete. Alle hier aufgeführten Verfahren und Autoren finden sich in diesen Quellen und sind bestellbar unter: www.testzentrale.de.

Entwicklung sexualwissenschaftlicher Datenerhebungs- und Forschungsinstrumente

Die nachfolgende Übersicht konzentriert sich auf solche sexualwissenschaftliche Instrumente und Verfah-

ren, die sich für den klinischen Kontext bzw. die praktische sexualtherapeutische Arbeit eignen und die vor allem sexuelle Funktionen erfassen. Diese Untersuchungsinstrumente sollen ausführlicher dargestellt werden, weil es zu den Verfahren, die speziell zum Thema Sexualität entwickelt wurden, im deutschsprachigen Raum nur wenige Übersichtsdarstellungen gibt und es hier deswegen besonders schwierig ist, eine Orientierung über Brauch- und Nutzbarkeit zu gewinnen.

Das international wohl umfangreichste Kompendium zum Thema Erhebungs- und Forschungsinstrumente im Zusammenhang mit Sexualität stellt das „Handbook of Sexuality-Related Measures“ von Davis et al. aus dem Jahre 1998 dar. Es erfasst auf nahezu 600 Seiten ca. 230 Fragebögen und Skalen zu über 100 verschiedenen Themenbereichen der Sexualität aus dem angloamerikanischen Sprachraum und dürfte damit weltweit die umfassendste Übersichtsdarstellung zu diesem Thema sein.

Eine ebenfalls umfassende Übersicht über deutsch- und englischsprachige standardisierte Erhebungsverfahren zur Sexualität aus den Bereichen

- a) sexuelle Einstellungen, Normen, Wissen über Sexualität,
 - b) sexuelle Entwicklung und Sexualverhalten,
 - c) sexuelle Funktionen, Funktionsstörungen und sexuelle Probleme sowie
 - d) sexueller Missbrauch und sexuelle Traumatisierung
- liefern Strauß & Heim (1999).

In ihrer umfangreichen Übersichtsdarstellung werden nicht nur die wichtigsten, bis dahin vor allem auch im deutschsprachigen Raum veröffentlichten sexualwissenschaftlichen Fragebögen kommentiert und erläutert, sondern sogar tabellarisch nach Indikationsbereichen sortiert und mit (oder ohne) Testgütekriterien sowie inklusive der erfassten Bereiche (Skalen) und Anzahl der Items präsentiert. Bei dieser Übersichtsarbeit handelt es sich wohl um die profundeste Aufbereitung sexualwissenschaftlicher Forschungs- und Diagnose-Instrumente im deutschsprachigen Mitteleuropa. Sie bietet einen äußerst differenzierten Überblick über die wichtigsten bis zum Ende des 20. Jh. veröffentlichten Verfahren. Sämtliche, in der jetzt folgenden Übersicht aufgeführten Verfahren und Autoren finden sich in diesen beiden Quellen (Davis et al. 1998; Strauß & Heim 1999).

Überblick

Der 1974 von LoPiccolo & Steger entwickelte „Sexual Interaction Inventory“ SII gehört zu den Vorreitern der sexualwissenschaftlichen Fragebögen. Es handelt sich um einen Partnerschaftsfragebogen zu

Auftretenshäufigkeit und Empfindungen bei heterosexuellen Verhaltensweisen mit den Skalen: Unzufriedenheit, Selbstakzeptanz, Vergnügen, Wahrnehmungsgenauigkeit, Partnerakzeptanz und gesamte Nichtübereinstimmung. Nicht zuletzt wegen seiner Paar-Orientierung besitzt dieser frühe, weit verbreitete sexualwissenschaftliche Fragebogen bis heute Vorbildcharakter. Sexuelle Funktionsstörungen im engeren Sinne werden nicht erfasst, sondern eher Störungsbereiche der sexuellen Beziehung. Das Verfahren wurde 1977 als „Fragebogen zur sexuellen Interaktion“ FSI in's Deutsche übersetzt (Crombach-Seeber & Crombach 1977).

1975 präsentierten Arentewicz und Mitarbeiter ihren „Fragebogen zum sexuellen Verhalten“, mit Hilfe dessen Vorkommen und Häufigkeit sexueller Verhaltensweisen sowie damit assoziierte Emotionen erhoben werden konnten. Das Instrument wurde im Rahmen einer Evaluation des verhaltenstherapeutischen Programms nach Masters & Johnson (1970) entwickelt. Erfasst werden insbesondere Veränderungen im sexuellen Erleben und Verhalten während und nach einer sexualtherapeutischen Behandlung. Der Fragebogen besteht lediglich aus 22 Fragen, deren inhaltliche und thematische Zuordnung aus heutiger Sicht etwas global anmutet, wobei die einzelnen sexuellen Interaktionsbereiche jeweils in den Kategorien „mit und ohne Orgasmus“ abgefragt werden. Aus heutiger Perspektive erscheint der Fragebogen (insbesondere vor dem Hintergrund der damals noch nicht etablierten ICD und DSM) in der thematischen Orientierung etwas willkürlich und lückenhaft und vor allem sprachlich nicht mehr zeitgemäß (z.B. „Ich habe mit ihm Zungenkuss gemacht“). Arentewicz und Mitarbeiter veröffentlichten im selben Jahr 1975 neben dem „Fragebogen zum sexuellen Verhalten“ außerdem noch vier weitere sexualtherapeutisch relevante Selbstbeurteilungsverfahren, nämlich einen „Fragebogen zu Einstellungen zur Sexualität“, ein „Tagebuch zur Protokollierung des Sexual- und Partnerverhaltens“, einen „Fragebogen zur Katamnese sexualtherapeutischer Behandlungen“ sowie als Fremdbeurteilungsverfahren ein Dokumentationssystem zur „Beurteilung der sexuellen Funktionsstörung durch den Therapeuten“. Alle diese Instrumente wurden im Rahmen der besagten Evaluationsstudie eingesetzt und bildeten darüber hinaus einen wertvollen Grundstock deutschsprachiger Instrumente in der klinischen Sexualwissenschaft.

Eine strukturierte Sexualanamnese wurde mit der „Sexual History Form“ SII von Nowinski & LoPiccolo (1979) vorgelegt. Das Verfahren, in dem mit geschlossenen Fragen Häufigkeiten von sexuellen Aktivitäten erhoben werden, erfasst keine sexuellen

Funktionsstörungen im eigentlichen Sinne. Das von Derogatis 1979 in seiner ursprünglichen Form entwickelte „Derogatis Sexual Functioning Inventory“ DSFI (Derogatis et al. 1979) genießt ebenfalls einen hohen Bekanntheitsgrad. Das Instrument umfasst folgende Skalen: Sexualwissen, Sexuellerfahrung, Stärke sexuellen Verlangens, Sexuelle Aktivität, Sexuelle Einstellungen, Psychische Symptome, Gefühlslage, Geschlechtsrollen, Sexuelle Phantasien, Gefühle zum Körper, Sexuelle Befriedigung und einen Gesamtscore. Von dem Fragebogen gibt es zwei Adaptierungen (1997): das Fremdbeurteilungsverfahren („Derogatis Interview for Sexual Functioning“ DISF) und das Selbstbeschreibungsinstrument („Derogatis Interview for Sexual Functioning-Self-Report“ DISF-SR). Laut Autoren erfassen die weiterentwickelten Instrumente DISF und DISF-SR die Qualität der sexuellen Funktion auf folgenden Skalen: Sexuelle Kognition und Phantasie, Sexuelle Erregung, Sexuelles Verhalten und Erfahrung, Orgasmus, Antrieb und Beziehung sowie einen Gesamtscore.

Drei weitere sexualwissenschaftliche Fragebögen legte Wendt 1979 vor: Mit dem „Fragebogen zur allgemeinen Information“ konnten soziodemographische Daten, Religiosität, sexuelle Entwicklung, sexuelles Verhalten und sexuelle Beziehung zum Partner erhoben werden. Die deutsche Übersetzung der „Body Cathexis Scale“ von Secord & Lourard (1983) zielt auf die Erhebung von Zufriedenheit mit Körperteilen und Körperfunktionen und der „Orgasmus-Fragebogen“ schließlich beinhaltet Fragen zum Orgasmusleben von Frauen (Wendt 1979).

Mit dem „Fragebogen zur soziosexuellen Selbstunsicherheit“ FUSS (Fahrner, 1984) wurde ein Erhebungsinstrument entwickelt, der die Erfassung von Verhaltensbereichen ermöglicht, in denen Mangel an sozialen und sexuellen Fertigkeiten sowie Ängste im Umgang „mit dem anderen Geschlecht“ auftreten. Der Fragebogen ist damit sowohl von allgemeiner sexualdiagnostischer Bedeutung, als auch von forensisch-sexualmedizinischer Relevanz, weil er einen Persönlichkeitsbereich anspricht, der häufig bei Personen ausgeprägt ist, die wegen sexueller Übergriffe begutachtet werden. Bedauerlich ist, dass das Instrument zumindest bis zum Ende des 20. Jh. über keine Testgütekriterien verfügte und nicht zu einem regerechten Testverfahren weiterentwickelt wurde.

Ein weiteres Verfahren, das relative Verbreitung gefunden hat ist das „Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction“ GRISS von Rust und Golombok (1985), welches nach Angaben der Autoren „Anorgasmie und Vaginismus bzw. Impotenz und vorzeitige Ejakulation, Vermeidung, Unzufriedenheit, mangeln-

de Sinnlichkeit, Seltenheit sexueller Aktivität, mangelnde Kommunikation und einen Score globaler sexueller Zufriedenheit“ erfasst.

Für den Praktiker interessant sind auch Instrumente wie der „Fragebogen zu sexuellen Verhaltensweisen und Störungen“ von Appelt & Strauß (1988), der sexuelles Interesse, sexuelle Erregung, Orgasmus, Selbstbefriedigung, sexuelle Kommunikation, sexuelle Probleme und sexuelle Zufriedenheit erfasst. Speziell auf letzteres zielt auch der „Fragebogen zur sexuellen Zufriedenheit“ FSZ von Christmann & Hoyndorf (1988), der zwar auch nicht validiert ist bzw. ebenfalls über keine Testgütekriterien verfügt, aber Zusatzinformationen im Rahmen der sexualmedizinischen Diagnostik liefern kann. In der selben Zeit entstanden auch der „Fragebogen über Einstellungen zur Sexualität“ sowie der „Fragebogen zu sexualmedizinischen Kenntnissen“ von Brähler & Böhm (1988), die bis heute in der sexualmedizinischen Ausbildung Anwendung finden.

Den Versuch, eine Sexualanamnese konkret zu operationalisieren, stellt der „Fragebogen zu Sexualität und Partnerschaft“ von Zimmer (1989) dar, der sich, ähnlich wie der „Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik“ FPD (Hahlweg 1996, s.o.), aus drei Komponenten zusammensetzt, nämlich dem „Anamnesebogen zu Sexualität und Partnerschaft“ (ASP), den „Tübinger Skalen zur Sexualtherapie“ (TSST) sowie dem „Nachbefragungsbogen zu Sexualität und Partnerschaft“ (NSP). Während der ASP sich kaum von einem Anamnesebogen unterscheidet, wie er üblicherweise vor Beginn einer Psychotherapie vom Patienten ausgefüllt wird und auch das Gebiet der Sexualität nicht wesentlich vertiefter behandelt, als viele andere Anamnesebögen, geht der TSST konkreter auf die Themen Sexualität und Partnerschaft ein und verfügt über teststatistische Gütekennwerte, bleibt aber insbesondere bezüglich sexueller Funktionsbereiche sehr subjektiv und vage. Als kurzes und rationelles Instrument zur Ex-post-Evaluation von Sexualtherapien ist allerdings der NSP sehr gut geeignet, der bezüglich aller relevanten Bereiche kurze Vorher-Nachher-Fragen bietet (vgl. Zimmer 1989).

1989 legte Hartmann seinen „Fragebogen zu sexuellen Phantasien“ sowie den „Fragebogen zu Einstellungen zu Sexualität und sexuellen Phantasien“ vor, die zwar nicht statistisch validiert sind, aber – genau wie die Instrumente von Brähler & Böhm (1988) – bis heute gut integrierbare Verfahren in der sexualmedizinischen Praxis und Lehre darstellen.

Mit dem „Fragebogen zur Erfassung sexueller Erfahrungen“ entwickelten Kommer und Mitarbeiter (1990) einen anamnestischen Fragebogen zur Sexual-

biographie. Der klinisch orientierte „Impotenzfragebogen“ (IFB 4.0) von Langer und Hartmann (1992) wurde für den „integrierten Behandlungsansatz“ erektiler Dysfunktionen konzipiert und erfasst Sexualität „unabhängig vom Partner“, Sexualität in der Partnerschaft, Persönlichkeitsschilderungen, Erektionschwäche und Erektionsstörungen, Einstellungen zur Sexualität, somatische Faktoren, Medikamente und Drogen. Hartmann & Haiser entwickelten 1994 einen „Kurzfragebogen für sexuelle Probleme“ (KFSP), der in Versionen für Frauen und Männer wesentliche Angaben zu allen „gängigen“ sexuellen Funktionsproblemen liefern soll, aber bedauerlicherweise nicht veröffentlicht wurde. Das „Premature Ejaculation Questionnaire“ PEQUEST ist ein Fragebogen zur Erfassung von vorzeitigem Samenerguss (Hartmann 1996).

Der „Brief Index of Sexual Functioning for Women“ (BISF-W) von Taylor und Mitarbeitern (1994) misst auf drei Skalen sexuelle Funktion und Zufriedenheit bei Frauen. Der Fragebogen mit den Faktoren sexuelles Interesse, sexuelle Aktivität und sexuelle Zufriedenheit wurde in erster Linie zur Erfassung sexueller Dysfunktionen bei Frauen entwickelt, er kann aber ebenso bei nicht sexuell gestörten Frauen zur Anwendung kommen.

Der Fragebogen „Ressourcen in Sexualität und Partnerschaft“ RSP (Klinger & Loewit 1996) fokussiert auf positive Potentiale in Partnerschaften bzw. darauf, in wie weit zwei Partner (noch) in der Lage sind, einander positive Gefühle zu bescheren. Die Skalen lauten: Körperwahrnehmung, Zärtlichkeit, sexuelle Lust und Befriedigung, Liebe und Geborgenheit, Kommunikation sexueller Wünsche und Bedürfnisse. Der Fragebogen ist validiert und verfügt über Testgütekriterien. Das von Spector und Mitarbeitern (1996) konzipierte Instrument „The Sexual Desire Inventory“ SDI ist ein kurzer Fragebogen zur Messung des sexuellen Verlangens, der auf die Erfassung von partnerbezogenem und von autoerotischem sexuellem Verlangen bei Männern und Frauen abzielt.

In der „Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Libido- und Erektionsstörungen“ der *Deutschen Gesellschaft für Urologie* (DGU, 2001) wird der „International Index of Erectile Function“ (IIEF) von Rosen und Mitarbeitern (1997) als „Königsweg für die Diagnostik der Erektionsstörungen“ empfohlen. Er wurde in zahlreiche Sprachen übersetzt und hat damit international weitere Verbreitung gefunden als irgend ein anderes Instrument für diese Indikation.

Der IIEF erfasst die folgenden fünf Bereiche (Domains): Erektile Funktion, Orgasmus, sexuelles Verlangen, Zufriedenheit mit Koitus und allgemeine Zufriedenheit. Das Instrument liegt in einer „Lang-

fassung“ (16 Items) und in einer aus nur 5 Items bestehenden Kurzfassung vor. Der IIEF bietet einen „Cut-Off-Wert“ an, d.h. wenn das Ergebnis eines Patienten über einem bestimmten Wert liegt, wird von einer „signifikanten Erektionsstörung“ ausgegangen. Der Vorteil des IIEF ist seine Kompaktheit, die schnell einen Orientierungswert liefern kann, und seine Einsatzmöglichkeit in der Verlaufskontrolle. Wichtig erscheint in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass der IIEF zur Evaluation klinischer Pharmastudien entwickelt wurde, um (vor allem international) vergleichbare Indices für das Ausmaß einer „erektilen Dysfunktion“ und die Effektivität eines Medikaments zu erhalten. Als Forschungsinstrument zur epidemiologischen Untersuchung der Häufigkeit und Ausprägung von Erektionsstörungen in der Allgemeinbevölkerung ist der IIEF nicht entwickelt worden und folglich dazu auch nicht geeignet. Zum einen weil aus Fragebogendaten niemals Diagnosen ableitbar sind (und Erektile Dysfunktion wird ja allgemein als Diagnose gehandelt – auch wenn dies ungenau ist) und zum anderen der sexuelle Funktionsbereich der Erigibilität nicht sexualmedizinisch fachgerecht nach DSM-IV operationalisiert wurde. So berücksichtigt der IIEF lediglich einen Betrachtungszeitraum von vier Wochen und die Erfragung von störungsbezogenem Leidensdruck fehlt völlig. Nachteile sind darüber hinaus die geringe Informationsdichte und die ausschließliche Orientierung am Koitus als dem „Endzweck“ und maßgeblichen Kriterium der Sexualität. Aus sexualmedizinischer Perspektive kann die Auffassung der DGU damit nicht bestätigt werden (vgl. Schaefer et al. 2003).

Nachdem in den 90er Jahren des 20. Jh. durch die zufällige Entdeckung der PDE-5-Hemmer in ihrer Wirkung auf die Erektionsfunktion die Forschung zu Erektionsstörungen eine Vielzahl von entsprechenden Instrumenten hervorgebracht hatte, stellte sich zum Ende des 20. Jh. ähnlich motiviert ebenfalls eine Zunahme der Instrumentenentwicklung bezüglich weiblicher Funktionsstörungen ein, weil die pharmazeutische Industrie nach medikamentösen Behandlungsformen auch für Sexualstörungen bei Frauen forschte und so in die Entwicklung entsprechender Instrumente investierte (vgl. Bancroft, 2000). Ein Verfahren zu sexuellen Funktionsstörungen bei Frauen, welches nicht im deutschsprachigen Raum publiziert wurde, ist z.B. die „Sexual Self-Efficacy Scale for Female Functioning“ von Bailes und Mitarbeitern (1998). Büsing und Mitarbeiter entwickelten 1999 einen Fragebogen, der explizit die überdauernde sexuelle Zufriedenheit von Frauen auf verschiedenen Ebenen der Sexualität und der Partnerschaft erfasst und diese methodisch von situativer sexueller Befriedigung (Orgasmuserleben)

durch sexuelle Stimulation unterscheidet. Bei der Studie zur Erprobung dieses (nicht benannten) Fragebogens resultierte, dass Orgasmuserleben von den befragten Frauen (N = 112, Alter: 20 – 48 Jahre) als wichtiger Bestandteil ihrer Sexualität erlebt wurde, gleichwohl aber über die Hälfte der befragten Frauen angaben, dass Orgasmuserleben beim Geschlechtsverkehr nicht die favorisierte Empfindung sei. Hiervon benannten 37 % der befragten Frauen explizit, emotionale und körperliche Nähe zu ihrem Partner (die sog. „Syndyastische Dimension der Sexualität“, vgl. Beier & Loewit, 2004) als wichtigere Gefühlsqualität beim Geschlechtsverkehr zu empfinden, als das Orgasmuserleben (Büsing et al. 2001).

Das ebenfalls von Rosen und Mitarbeitern (2000) entwickelte Instrument „Female Sexual Function Index“ FSFI misst auf sechs Skalen die weiblichen Sexualfunktionen: Lust, subjektive Erregung, Lubrikation, Orgasmus, Zufriedenheit und Schmerzen. Eine deutsche Adaptation dieses Instrumentes (FSFI-d) legten Berner und Mitarbeiter (2002, 2004) vor, die in ihrer Revision der vorliegenden Instrumente feststellten, dass bis dahin international wenige und in Deutschland keine validierten Messinstrumente für sexuelle Funktionsstörungen bei Frauen existierten (vgl. Meston & Derogatis 2002).

Fahrner & Kockott (2002) bringen in ihrem Therapiemanual „Sexualtherapie – Ein Manual zur Behandlung sexueller Funktionsstörungen bei Männern“ ihre Überzeugung zum Ausdruck, dass „Sexualberatung (...) ohne Diagnostik nicht möglich“ sei. An der Notwendigkeit dieser Aussage – trotz ihrer Trivialität – ist erkennbar, wie dringend immer wieder auf den selbstverständlichen Umstand hingewiesen werden muss, dass es weder eine fundierte Beratung noch eine suffiziente Behandlung ohne vorausgehende sachverständige Diagnostik geben kann. Ihrem verhaltenstherapeutischen Manual fügen Fahrner & Kockott (2002) einen Interviewleitfaden zur Sexualanamnese-Erhebung an, dessen Fokus deutlich auf Störungsbedingungen gerichtet ist.

Das „Sexual Moods Questionnaire“ (SMQ) von Nobre und Pinto-Gouveia (2003) erfasst kognitive und emotionale Dimensionen der sexuellen Funktion. Als kognitive Dimension werden kognitive Ablenkung, Effizienzerwartung, Kausalattributionen und Perfektionismus genannt.

Die von Heinemann und Mitarbeitern (2004) entwickelte „Scale for Quality of Sexual Function“ (QSF) intendiert die Erfassung eines sexuellen Funktionsstatus für beide Geschlechter mit einem Instrument. Die Skala besteht aus 32 Einzel-Items und acht übergeordneten Fragen, wobei aus der faktorenan-

lytischen Untersuchung vier zentrale Dimensionen hervorgingen: Psychosomatische Lebensqualität, sexuelle Aktivität, sexuelle Dysfunktion-Selbst und sexuelle Dysfunktion-Partner.

Metaanalysen

In ihrem Überblick über die „Differentialdiagnostik der erektilen Dysfunktion mit Selbstbeurteilungsverfahren“ fokussieren Heim & Strauss (2003) weiterhin auf die Differenzierungsmöglichkeiten zwischen „organischen versus psychogenen“ Erektionsstörungen mit standardisierten Erhebungsinstrumenten, insbesondere Selbstbeurteilungsverfahren. Sie referieren den Stand der diesbezüglichen Forschung und stellen fest: „Die bisherigen Studien gehen in der Regel von einer eindimensionalen, bipolaren Skala organisch vs. psychogen aus und postulieren, dass, sollte keine organmedizinische Ursache gefunden werden, von einer psychogenen Ursache auszugehen ist“. Am Ende kommen die Autoren zu dem Schluss, dass es als ein Ziel zukünftiger psychologischer Forschung anzusehen ist, „die Entwicklung standardisierter, reliabler und validierter Fragebogenverfahren zur Differentialdiagnostik der erektilen Dysfunktion voranzutreiben. Die Instrumente sollten eine hohe und stabile Diskriminationsfähigkeit besitzen und darüber hinaus detaillierte Aussagen über die Struktur der beteiligten psychosozialen Faktoren bereitstellen“ Heim & Strauss (2003).

Vor allem vor dem Hintergrund, dass es aus sexualmedizinischer Sicht unzulässig ist, aus Fragebogendaten „Diagnosen“ abzuleiten, ist der Nutzen psychometrischer Verfahren in der Diagnostik sexueller Störungen, zumindest unter Praxisgesichtspunkten, als eher begrenzt einzustufen. Neben den speziellen Kenntnissen, die ihre Interpretation überwiegend erfordert, ist der oft hohe zeitliche Aufwand zu nennen, der für den Patienten und den Untersucher mit ihrer Anwendung verbunden ist. Zudem weisen viele Verfahren methodische Mängel auf und verfügen häufig nicht über Testgütekoeffizienten.

Gleichwohl können spezielle Instrumente für die sexualmedizinische Diagnostik nützlich sein, indem sie sowohl Information zu Problembereichen liefern, denen im Erstgespräch besondere Aufmerksamkeit gelten soll, als auch zur therapiebezogenen Informationsgewinnung und Erfolgskontrolle (Evaluation) herangezogen werden können. Letztlich sind standardisierte Untersuchungsinstrumente in ihrem Kern allerdings nichts anderes als das strukturierte Extrakt einer detaillierten Sexualanamnese, so dass am Ende

eine gesprächsbasierte sexualmedizinische Exploration von entscheidender Bedeutung bleibt.

Bis zum Ende des 20. Jh. existierten damit so gut wie keine für das deutschsprachige Mitteleuropa etablierte Verfahren, die sexuelles Erleben und Verhalten in ausreichender Bandbreite und befriedigender Differenziertheit zu erheben vermochten. Des Weiteren standen ebenfalls keine Verfahren zur Verfügung, die klinisch relevante Aspekte der menschlichen Sexualität, wie z.B. sexuelle Funktionsstörungen, operationalisiert nach ICD-10 bzw. DSM-IV zuverlässig erfassen konnten, was auch in internationalen Metaanalysen zur Häufigkeit sexueller Funktionsstörungen dezidiert als methodischer Hauptkritikpunkt der bisherigen klinischen Sexualforschung herausgestellt wurde (vgl. Simons & Carey, 2001). Die Faktoren, welche die Vergleichbarkeit der bisherigen Forschungsergebnisse am meisten einschränken, betreffen vor allem die untersuchten Stichproben, die Art der Befragung (Interview oder standardisierte Datenerfassung mit Fragebögen) sowie die Definition der sexuellen Funktionsstörung. Simons & Carey (2001) kommen in ihrer zusammenfassenden Bewertung der Forschung eines Jahrzehnts wegen dieser Mängel zu dem ernüchternden Schluss, dass den bisher vorliegenden Ergebnissen der klinischen Sexualforschung nur eingeschränkt vertraut werden könne, weil unter anderem in keiner einzigen der bis 1999 durchgeführten sexualwissenschaftlichen Studien zu sexuellen Funktionsstörungen die Krioteriologie von DSM konsequent operationalisiert wurde (vgl. Simons & Carey, 2001). Dabei ist seit der Einführung pharmakologischer Erektionshilfen gleichzeitig eine Tendenz zur Fragmentierung und Partialisierung der sexuellen Funktionsbereiche erkennbar, indem immer mehr Verfahren entwickelt wurden, die z.B. ausschließlich Erigibilität, unter Außerachtlassung der DSM-IV-Krioteriologie, in Form von Screening-Tests „messen“ sollten. Ähnliche Anstrengungen richten sich bis heute auch auf die sexuelle Appetenz der Frau (vgl. Madersbacher, 2004).

Gleichzeitig herrscht in der klinischen Sexualwissenschaft und der praktischen Sexualmedizin Konsens darüber, dass für die sachverständige Diagnostik und Therapie sexueller Störungen immer zumindest das gesamte Spektrum der sexuellen Funktionen überschaubar sein sollte, nicht zuletzt deswegen, weil psychophysiologische Zusammenhänge zwischen den einzelnen Phasen des sexuellen Reaktionszyklus bestehen, die auch die sexuellen Funktionen samt ihrer Störungen bestimmen.

Diese Ausgangssituation bildete den Hintergrund für die Entwicklung eigenständiger sexualwissenschaftlicher Forschungsinstrumente und Erhebungs-

verfahren am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité in Berlin. Das Bemühen richtete sich hier nicht vornehmlich darauf, rationale Kurz-Screening-Tests für isolierte Sexualfunktionen zu konstruieren, sondern sexualwissenschaftliche Datenerhebungs- und Forschungsinstrumente, die auch der Kriteriologie der internationalen Klassifikationssysteme für psychische und Verhaltensstörungen ICD-10 und DSM-IV genügen.

Datenerhebungs- und Forschungsinstrumente am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité

Sexualmedizinisch relevante Daten sind für gewöhnlich ausschließlich im Rahmen eines vertrauensvollen Gesprächs zwischen Therapeut und Patient bzw. zwischen Diagnostiker und Proband als zeitaufwendige Sexualanamnese erhebbar. Zur kompetenten Durchführung bzw. Erhebung einer sachverständigen Sexualanamnese bedarf es einer Qualifikation, die in den regulären Curricula der medizinischen und klinisch-psychologischen Ausbildung fehlt bzw. nicht gelehrt wird. Eine diesbezügliche Qualifikation kann lediglich im Rahmen einschlägiger „sexualmedizinischer Fort- und Weiterbildungen“ erworben werden, wodurch ein entsprechender zeitlicher und finanzieller Aufwand entsteht. Gleichzeitig besteht aber – unter anderem im Rahmen klinischer Forschung – ein Bedarf für die Verfügbarkeit standardisiert erhobener, sexualmedizinischer Daten, für die qualifizierte Erhebungsmöglichkeiten immer noch weitgehend fehlen.

Ein Grund dafür, Datenerhebungs- und Forschungsinstrumenten am *Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin* der Berliner Charité zu entwickeln, bestand folglich daran, standardisierte Erhebungsmethoden zur Verfügung zu stellen, die sexuelles Erleben und Verhalten in der notwendigen Bandbreite und Differenziertheit erheben und die klinisch relevanten Informationen dabei operationalisiert nach der Kriteriologie von ICD-10 und / oder DSM-IV erfassen zu können.

Um Studierenden (genau wie Teilnehmern der postgraduellen, sexualmedizinischen Ausbildung) eine möglichst strukturierte sexualmedizinische Befunderhebung zu erleichtern und damit auch die anfängliche Unsicherheit im sexualmedizinischen Explorationsgespräch zu verringern, wurden am Berliner Institut spezielle Erhebungsinstrumente entwickelt,

die dem Zweck dienen sollen, sexualmedizinische Diagnostik zu standardisieren, zu objektivieren und zu validieren, um dadurch eine praktikable und gleichwohl umfassende und differenzierte Datenerfassung im klinisch-praktischen Arbeitsalltag der Sexualmedizin zu ermöglichen. Im einzelnen sind seit 1998 am Berliner Institut die folgenden Verfahren¹ entwickelt worden:

1. **„Strukturierte Sexual-Anamnese“ SSA**
(Ahlers Ch. J. & Beier K. M., 2000)
- 1.1 **„Sexualmedizinische Allgemein-Anamnese“ SAA**
(Ahlers Ch. J. & Bellardi A. M. 2000a)
2. **„5 x 3 der Sexualmedizin“ SEXMED-5x3**
(Ahlers Ch. J., Schaefer G. A., Beier K. M. 2001)
3. **„Fragebogen zum sexuellen Erleben und Verhalten“ FSEV**
(Ahlers Ch. J., Schaefer G. A., Beier K. M. 2002)
4. **„Sexualmedizinischer Fragebogen bei chronischen Erkrankungen“ SFCE**
(Ahlers Ch. J., Goecker D., Beier K. M. 2001a)
5. **„Inventar zu Dimensionen von Sexualität“ 3-D**
(Beier K. M., Ahlers Ch. J., Mundt I. A., Loewit K. K. 2002)
6. **„Evaluationsbogen zur sexualmedizinischen Gesprächsführung“ ESG**
(Ahlers Ch. J., Schaefer G. A., Beier K. M. 2003)
7. **„Evaluationsbogen zu forensisch-sexualmedizinischen Kenntnissen“ EFSK**
(Ahlers Ch. J., Schaefer G. A., Beier K. M. 2004)
8. **„Dokumentationsbogen zur Dissexualitätstherapie“ DDT**
(Ahlers Ch. J., Schaefer G. A., Beier K. M. 2004a)
9. **„Forensisches Dokumentationssystem, Modul: Sexualdelinquenz“ FDS-S**
(Ahlers Ch. J., Schaefer G. A., Wille R., Beier K. M. 2000)

¹ Die in Klammern gesetzten Namen und Jahreszahlen beziehen sich nicht auf Publikationen, sondern bezeichnen die Autoren und das Jahr, in dem das jeweilige Verfahren entwickelt wurde. Alle aufgeführten Verfahren sind über das Institut im Rahmen von Forschungsk Kooperationen erhältlich. E-mail: sexualmedizin@charite.de

1. „Strukturierte Sexual-Anamnese“ SSA

Den wesentlichen Teil der sexualmedizinischen Untersuchung bildet eine ausführliche und differenzierte Sexualanamnese, mit Hilfe derer alle sexuellen und partnerschaftlichen Inhalte erhoben werden und deren Erörterung in einem persönlichen Gespräch durch einen Fragebogen zwar ergänzt, nicht aber ersetzt werden kann. Gegenstand der hier vorgestellten, „Strukturierten Sexual-Anamnese“ SSA sind sowohl sexuelle Erlebnisse, Erfahrungen, Neigungen, Vorlieben, Gewohnheiten, als auch Funktionsstörungen und abweichende Verhaltensweisen, wie sie in den Kategorien und Kriterien des „Diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen“ (DSM-IV, APA, 1996) erwähnt werden. Durch die Kombination aus der differenzierten Erhebung sowohl nicht-störungsbezogener Komponenten, als auch sexueller Funktions- und Verhaltensstörungen wird angestrebt, das sexuelle und partnerschaftliche Erleben und Verhalten möglichst umfassend zu eruieren. Es handelt sich um einen strukturierten Interview-Leitfaden zur Erhebung einer umfassenden sexualmedizinischen Anamnese (Gesprächsdauer ca. 60 Min.). Trotz der Strukturiertheit des Interviewleitfadens ist für die sachgerechte Nutzung und Handhabung der „Strukturierten Sexual-Anamnese“ SSA eine Einführung und Übung in sexualmedizinischer Gesprächsführung unerlässlich. Die einzelnen Gesprächsabschnitte untergliedern sich in folgende Phasen:

Phase I: Anfangs- / Aufwärmphase Erhebung soziodemographischer Daten

Orientierung über Lebenssituation, Geschlecht, familiäre bzw. partnerschaftliche Situation, Beruf, momentane wirtschaftliche Situation, Konfession, Klärung möglicher anderer oder zusätzlicher Beschwerden. Eröffnungsfragen: Was führt Sie hierher? Wie sind Sie mit Ihrem Sexualleben zufrieden?

Spontanangaben der Patienten

Schilderung der Klagen und der Symptomatik – möglichst mit wörtlichen Zitaten, ggf. auch Darlegung des Berichts des Beziehungspartners; Auslöser: Warum kommt der Patient / das Paar gerade jetzt und durch wen / was veranlasst? Ziel / Wunsch und bisherige Lösungsversuche, Idealvorstellung („Heilungsvision“ der Patienten) und Therapiemotivation.

Phase II: mittlere Phase (Sexualanamnese 1)

Exploration der sexuellen Störung

Überblick über den Entstehungszeitpunkt („Geschichte der Störung“), Häufigkeit und Dauer der Störung;

Auswirkungen des Problems: Art der Störung und Bedingungen, unter denen sie auftritt (primär / sekundär; generalisiert / situativ); Bedeutung von bestehender Partnerschaft: Einstellung und Haltung des Partners / der Partnerin zur Störung; Bedeutung von Sexualität und der Einfluss der sexuellen Störung; Sexuelles Setting: Exploration der letzten Situation, bei der das Problemverhalten aufgetreten ist (Selbstverstärkungs-Mechanismen?); Initiative in der Sexualität: Differenzen, Präferenzen / Abneigungen, Kommunikation von Bedürfnissen und Grenzen.

Phase II: mittlere Phase (Sexualanamnese 2)

Sexuelle Entwicklung / Kindheit und Jugend

Familiäre Situation, Eltern, Elternvorbild, Beziehung zu Eltern, andere Elternfiguren, Atmosphäre im familiären Rahmen (evtl. religiöse Bezüge); Geschwister, Beziehung zu Geschwistern, Familiäre Einstellungen, Umgang, Erziehungsstil, Reinlichkeitserziehung, wirtschaftliche Situation, Umgang mit Körperlichkeit und Nacktheit, Zärtlichkeit und Sexualität bei Eltern, zwischen Eltern und Kindern, unter Geschwistern, öffentliche Zärtlichkeiten, Sexuelle Aufklärung, Sexuelle Kindheitserlebnisse, traumatisierende Erfahrungen.

Adoleszenz / junges Erwachsenenalter / Sexuelle Reifung

Menarche / Ejakularche, sexuelle Orientierung, Selbstbefriedigung, Partnerschaftliche Beziehungen: Erste partnerschaftliche und weitere Beziehungen, Bedeutung und Zufriedenheit von Beziehungen. (Erste) sexuelle Erfahrungen: Sexuelle Interaktionen ohne Geschlechtsverkehr (Petting), Alter und Erleben von Geschlechtsverkehr, Anzahl aller Koitusbeziehungen, Einfluss von Personen auf die sexuelle Einstellungen, sexuelle Schwierigkeiten mit anderen Partnern, einschüchternde / traumatisierende Erfahrungen, Inzest-/ Missbrauchserfahrungen, Bedeutung und Verarbeitung; Schwellensituationen (Heirat / Trennung, Schwangerschaft, Klimakterium o. ä.).

Phase II: mittlere Phase (Sexualanamnese 3)

Aktuelles Selbsterleben

Sexuelle Phantasien, aktuelle Selbstbefriedigung, sexuelle Kommunikation und Kontaktgestaltung, sexuelle Funktionsstörungen (nach den Phasen des sexuellen Reaktionszyklus), Lustempfinden, Orgasmus erleben, allgemein präferierte sexuelle Praktiken (und ihre Präferenz in der aktuellen Beziehung), allgemein präferierte Koituspositionen (und ihre Präferenz in der aktuellen in Partnerschaft), spezielle sexuelle Vorlieben und Abneigungen.

Beziehungsentwicklung

Kennenlern-Situation; ursprüngliche Faszination; gegenseitige Erwartungen / Versprechungen; Dominanzstruktur, Rollenverteilung; Auseinandersetzungsformen; Enttäuschungen, Verletzungen; Außenbeziehungen. Aktuell: Was ist gemeinsam, was ist trennend („Was schätzen / vermissen Sie aneinander?“), was ist konflikthaft?

Fortpflanzung

Schwangerschaftsverhütung, Schwangerschaften, Schwangerschaftsabbruch, Kinder.

Exploration der Dimensionen von Sexualität

Was bedeutet für den Patienten Sexualität und wie ist seine sexuelle ‚Welt-Anschauung‘?

Beziehungs-Dimension (sog. Syndyastische Dimension): Exploration der Grundbedürfnisse (nach Akzeptanz, Nähe, Geborgenheit) hinsichtlich ihrer Erfüllung in der Beziehung und ihrer Verbindung zur sexuellen Körpersprache als deren mögliche Realisierung (z. B. sind Zärtlichkeiten oder andere sexuelle [koitale] Vollzüge Ausdruck vorhandener Nähe und Akzeptanz zwischen den Partnern?)

Fortpflanzungs-Dimension: Bedeutung und Stellenwert der Fortpflanzungsfähigkeit.

Lust-Dimension: Bedeutung und Stellenwert sexueller Lust, Stimulation und Erregung. Individuell und paarbezogenes Zusammenspiel dieser drei Dimensionen.

Psychologischer Befund und eigene Gefühlsregungen

Beschreibung des äußeren Eindrucks und des emotionalen Kontaktes. Aussagen über Differenziertheit der Persönlichkeit, Krankheitseinsicht, Motivation für eine sexualmedizinische Behandlung der sexuellen Störung unter Einbeziehung des Partners; Psychopathologische Auffälligkeiten; eigene Gefühlsregungen: Welche Gefühle löst der Patient / das Paar im Behandler aus?

„Sexualmedizinische Allgemein-Anamnese“ SAA (s.u.)

Es sollen möglichst alle wesentlichen organisch-somatischen Erkrankungen, die ärztlicher Behandlung bedurften oder bedürfen, erwähnt werden, insbesondere diejenigen, die in einem Zusammenhang mit der sexuellen Störung stehen könnten. Dies umfasst alle urologisch / gynäkologisch / psychosomatischen Erkrankungen und Eingriffe sowie ggf. Medikamenteneinnahme und / oder Substanzmittelmissbrauch bzw. -abhängigkeit. Immer enthalten sein sollte ein Überblick über bisherige Schwangerschaften. Erwähnung finden müssen darüber hinaus alle bisherigen, die sexu-

elle Störung betreffenden Behandlungsversuche sowie auch frühere Psychotherapien. Zum somatischen Befund gehören darüber hinaus alle relevanten Epikrisen und Vorbefunde sowie ggf. konsiliarische Vorstellungen, etwa zur Erhebung eines gynäkologischen, urologischen, psychiatrischen Befundes (vgl. SAA, s.u.).

Phase III Abschlussphase

Zusammenfassung, Arbeitsdiagnose, weiteres Vorgehen:

- ◆ Zur sexuellen Störung (orientiert am DSM-IV oder ICD-10)
- ◆ Zum Status der Partnerschaft
- ◆ Wie ist die sexuelle Störung mutmaßlich zu erklären?

Behandlungsplan und Zielsetzung

Welche Vorstellungen bestehen beim Patienten / Partner und welche Ideen haben Sie dazu? Geht es mehr um die Abklärung gegenseitiger Vorstellungen und die Ermutigung zur Wiederaufnahme noch möglicher sexueller Kontaktformen, stehen möglicherweise Lerndefizite im Vordergrund (Indikation zur Beratung) oder bedarf es des Einsatzes strukturierter Übungen, um die Partner wieder aneinander anzunähern und Selbstverstärkungsmechanismen abzubauen (Indikation zur sexualmedizinischen Behandlung)? Was möchten die Patienten noch erwähnen? Zusammenfassung der wesentlichen Punkte des Gesprächs, erste Beurteilung der sexuellen Probleme, Vorschlag für weiteres Vorgehen.

Prognose

Mögen sich die Partner? Wie klar ist der Veränderungswille und die Veränderungsbereitschaft? Wie gut ist die Beziehung, wie sehr von Trennung bedroht? Wie stark wirken sich Konzepte des Patienten/des Paares (Fixierung auf körperlich verursachte Symptomatik) entwicklungshemmend aus? Können die drei Dimensionen der Sexualität vom Patienten/Paar nachvollzogen werden? Geht es also mehr um die Wiederherstellung einer Funktion und damit um die Einengung auf die Lustdimension oder ist eine Öffnung für die sozial-bindende Dimension möglich?

1.1 „Sexualmedizinische Allgemein-Anamnese“ SAA

Die körperliche Gesundheit steht in engem Wechselspiel mit der sexuellen Funktionalität. Aus diesem Grund wird im Verlauf der sexualmedizinischen Diagnostik grundsätzlich der biomedizinisch-organische Gesundheitsstatus der Patienten exploriert, bevor der psychodiagnostische Prozess beginnt. Die „Sexualme-

dizinische Allgemein-Anamnese“ SAA listet hierfür alle aus sexualmedizinischer Sicht relevanten körperlichen Faktoren auf, die einen Einfluss auf die sexuelle Gesundheit und Funktionalität haben können und die ein Mindestmaß an Information bezüglich möglicher körperlicher Erkrankungen darstellen.

Aktuelanamnese (Aktuelle Beschwerden)

Appetit, Durst, Übelkeit / Erbrechen, Miktion, Defäkation, Schlaf, Nykturie, Dyspnoe, Husten / Auswurf, Fieber, Nachtschweiß, Allergien, Arzneimittel-Unverträglichkeit, Nahrungsmittel-Unverträglichkeit, Tierkontakte, Giftstoffexposition.

Medikamente

Analgetika, spezielle Prophylactica bzw. Therapeutica, Schlafmittel, Rausch- und Suchtmittel (Nikotin, Koffein, Alkohol, THC, Opiate, Synthetica).

Frühere Erkrankungen

Kinderkrankheiten, allgemeine Erkrankungssymptome, Operationen, Unfälle, Frakturen, Innere Erkrankungen, Koronare Herzkrankheiten (Hypertonus), Stoffwechselstörungen (vor allem Diabetes Mellitus), Infektionskrankheiten, Skeletterkrankungen.

Medizinische Familienanamnese

Hypertonus, Diabetes Mellitus, Malignome, Erblichen.

Körperlicher Befund (nur bei gegebenem Anlass)

Allgemeine Stuserhebung, Blutdruck- und Pulsmessung, Auskultation von Herz und Lunge, grob orientierende neurologische Untersuchung. Körperlicher Aktivitäts-Status des Patienten anhand von Selbstauskunft (körperliche Betätigung pro Tag).

Urologische Amnese

Urogenitale Fehlbildungen, Phimose (Circumcission), Harnwegs-, Blasen- und / oder Nieren(becken)-Entzündungen, sexuell übertragbare Krankheiten.

Gynäkologische Anamnese

Menarche, Menstruationsbeschwerden, Datum der letzten Regel, Kontrazeption/ Hormone, Gravidität, Partus, Abortus, letzte gynäkologische Untersuchung.

2. „5 x 3 der Sexualmedizin“ SEXMED-5x3 Dokumentations-Leitfaden zur sexualmedizinischen Exploration

Neben der „Strukturierten Sexual-Anamnese“ SSA (Ahlers & Beier, s.o.), in der sämtliche sexualmedizinisch relevanten Informationen in Form eines Inter-

view-Leitfadens aufgelistet sind, ist im Rahmen der sexualmedizinischen Ausbildungsoptimierung auch ein Dokumentations-Leitfaden entwickelt worden, mit Hilfe dessen die übergeordneten Komponenten der Sexualstruktur im Anschluss an die Explorationsgespräche dokumentiert werden können: Das „5 x 3 der Sexualmedizin“ SEXMED-5x3 (Ahlers et al. 2001). Dieser Dokumentations-Leitfaden gewährleistet, dass neben den detaillierten Einzelinformationen (vor allem auch zu Störungsbereichen, -bedingungen und -ausprägungen), die im Rahmen der Sexualanamnese erhoben werden (vgl. SSA, s.o.), auch die übergeordneten Zusammenhänge erfasst werden können, welche die menschliche Sexualität fundieren und damit auch das fachliche Paradigma der Sexualmedizin begründen. Dieser Dokumentations-Leitfaden (SEXMED-5x3) beinhaltet folgende Komponenten:

1. Drei Grundlagen

Sexualität kann nur als **bio-psycho-soziales Phänomen** verstanden und beschrieben werden: Das heißt, sexuelles Erleben und Verhalten basiert auf:

- a) biologischen** (Körperlichkeit),
 - b) psychologischen** (Persönlichkeit) und
 - c) soziologischen** (Sozial- und Partnerbezogenheit)
- Grundlagen, die ineinander greifen und alle erfragt werden sollten.

Beispiele für Fragen zu allen drei Grundlagen:

- a) biologische Grundlagen:** z.B. Erkrankungen, Missbildungen, Verletzungen, Behinderungen, Operationen, Medikation etc.;
- b) psychologische Grundlagen:** z.B. Vor- u. Einstellungen, Körperkonzepte, Weltanschauungen, Selbstwertschätzung, Sexualmoral, Geschlechtsrollen-Stereotypen etc.;
- c) soziologische Grundlagen:** z.B. Familienstruktur und -beziehungen, Einzelgänger oder Gruppentyp, soziale Integration oder Isolation, Partnerschaft oder Single etc..

2. Drei Dimensionen

Sexualität ist gekennzeichnet durch **drei zentrale Dimensionen:**

- a) Lust,**
- b) Fortpflanzung**
- c) Beziehung.**

Das heißt, sexuelles Erleben und Verhalten setzt sich zusammen aus **lustorientierten, fortpflanzungsorientierten und beziehungsorientierten** Motiven, die ineinander greifen und alle erfragt werden sollten.

Beispiele für Fragen zu allen drei Dimensionen:

- a) Lust-Dimension:** z.B. Bedeutung von Erotik, Leidenschaft, sexueller Erregung und Befriedigung, Orgasmus etc.;
- b) Fortpflanzungs-Dimension:** z.B. Bedeutung von Schwangerschaft, Kinderkriegen, Eltern werden / sein etc.;
- c) Beziehungs-Dimension:** z.B. Bedeutung von Beachtung, Angenommenheit, Geborgenheit, Vertrauen, Schutz, Nähe, Wärme, Intimität, Sicherheit etc..

3. Drei Achsen

Die **sexuelle Präferenz-Struktur** des Menschen konfiguriert sich auf **drei wesentlichen Achsen:**

- a) dem präferierten Geschlecht (eines gewünschten Partners)** (gegen-, beid- oder gleich-geschlechtlich)
- b) dem präferierten Alter (eines gewünschten Partners)** (Kinder, Jugendliche, Erwachsene)
- c) der präferierten Art und Weise (eines gewünschten Partners bzw. Objektes oder einer Interaktion)** (Typ, Objekt, Modus, Praktik etc., die ineinander greifen und alle – von normkonform bis paraphil-erfragt werden sollten)

Beispiele für Fragen zu allen drei Komponenten:

- a) Geschlecht (eines gewünschten Partners):** auf das männliche, weibliche oder auf beide Geschlechter;
- b) Alter (eines gewünschten Partners):** z.B. prä-, peri- oder postpubertär, altersanalog, jünger, älter;
- c) Art und Weise (eines gewünschten Partners bzw. Objektes oder einer Interaktion):** Modus, Praktik, Typ, Objekt / Partner etc.: z.B. blond oder brünett, klein oder groß, dick oder dünn, großer oder kleiner Busen / Penis / Po, „im Stehen von hinten“, Lack oder Leder, Wäsche, Fesseln, Fäkalien, Exhibition, Leichen, Tiere, Babys etc..

4. Drei Ebenen

Sexuelles Erleben und Verhalten sollte auf **drei verschiedenen Ebenen** exploriert werden, nämlich: der Ebene des

- a) sexuellen Selbstkonzepts**, der Ebene der
- b) sexuellen Phantasien** und der Ebene des konkreten
- c) sexuellen Verhaltens**,
- die ineinander greifen und alle erfragt werden sollten.

Beispiele für Fragen zu allen drei Ebenen:

- a) sexuelles Selbstkonzept:** z.B. „normal“ oder „außergewöhnlich“, „zurückhaltend“ oder „fordernd“, „Macho“ oder „Schlappschwanz“, „Luder“ oder „Hausmütterchen“, „schwul“ etc.;
- b) sexuelle Phantasien:** z.B. „im Kaufhaus in einer Umkleidekabine“, „ich werde gequält“, „wir liegen im Gras und lieben uns“, „der Junge nimmt meinen Penis in den Mund“, „sie schreit: Fick mich, Du Sau“ etc.;

- c) sexuelles Verhalten:** z.B. „ich streichele sie gerne“, „2 x im Monat GV“, „meistens bin ich abends müde“, Pornographie?, Prostitution?, Sex-Lines? Selbstbefriedigung? etc..

5. Drei Formen

Das konkrete sexuelle Verhalten (vgl. 4.c) wiederum sollte in den **drei Formen** exploriert werden, die alle erfragt werden sollten:

- a) Masturbation:** Selbststimulation und -befriedigung;
- b) extragenitale sexuelle Interaktion:** z.B. Streicheln, Schmusen, Kuschneln und
- c) genitale Stimulation:** manuelle, orale oder andere Stimulation, z.B. Petting, inklusive **Geschlechtsverkehr** (Einführen von Penis oder Penissurrogat in Scheide oder After).

Beispiele für Fragen zu allen drei Formen:

- a) Selbstbefriedigung:** z.B. wie oft, wie gern, wie gut klappt's, besondere Stimulationspraktiken, Begleitphantasien, Selbstbewertungen etc.;
- b) extragenitale sexuelle Interaktion:** z.B. „Händchenhalten“, „sich drücken“, „gegenseitig massieren“, „Löffelchen“, „Knutschen“, „nackt im Bett umarmen“, „Arm-in-Arm einschlafen“ etc.;
- c) genitale Stimulation:** z.B. wie oft, wie gern, mit der Hand befriedigen, Oralsex, Sexspielzeuge, Sex-Stellungen / GV-Positionen etc..

Damit wird deutlich, dass die beiden Instrumente SSA und SEXMED-5x3 sich nicht wechselseitig ersetzen, sondern komplementär ergänzen: Die SSA gewährleistet eine detaillierte und differenzierte Informationsgewinnung bezüglich aller sexualbiographischer und störungsbezogener Sachverhalte in Form eines klinischen Interviews nach ICD-10 bzw. DSM-IV, während SEXMED-5x3 als Dokumentations-Leitfaden die wesentlichen Komponenten der menschlichen Sexualstruktur ohne klinischen Fokus auflistet, durch welche ein rationeller Überblick über alle wichtigen (auch nicht störungsspezifischen) Aspekte des sexuellen Erlebens und Verhaltens ex post, d.h., nach der Anamneseerhebung vergegenwärtigt und dokumentiert werden können.

3. „Fragebogen zum sexuellen Erleben und Verhalten“ FSEV

Ein früherer Versuch, auch für die SSA selbst ein eigenes, detailliertes Dokumentationssystem zu erstellen, mit dem konkrete Einzelinformationen festgehalten

bzw. kodiert werden können, führte nicht zu einem weiteren eigenen Dokumentationssystem zur Sexualanamnese, sondern direkt zur Entwicklung des „Fragebogens zur sexuellen Erleben und Verhalten“ FSEV (Ahlers et al. 2002), der alle wesentlichen Informationen der SSA in standardisierter Form durch geschlossene Fragen zur Selbstbearbeitung (Ankreuzen) erfasst und damit (im Gegensatz zur SSA) einen interindividuellen Vergleich, eine elektronische Verarbeitung und vor allem auch eine statistische Auswertbarkeit der Ergebnisse ermöglicht. Auch hier sei nochmals darauf hingewiesen, dass der Einsatz eines Fragebogens (bei all seinen Vorteilen) eine gesprächsorientierte Exploration in Form einer Sexualanamnese optimal ergänzen, niemals aber ersetzen kann und soll.

Der FSEV ist ein standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung und Auswertung sämtlicher sexualwissenschaftlich relevanter Informationen zu allen wesentlichen Bereichen des menschlichen sexuellen Erlebens und Verhaltens.

Erhoben werden (mit gleichnamigen, modularen Skalen) sämtliche sexualwissenschaftlich relevanten Daten zu den Bereichen: Familiärer Hintergrund, kindliche und präpubertäre Sexualität / sexuelle Sozialisation, Pubertät, soziosexuelle Entwicklung, sexuelle Aktivität, Koitalbeziehungen, partnerschaftliche Entwicklung, sexuelle Praktiken, Sexualphantasien, Selbstbefriedigung (mit Begleitphantasien), präferierte Koituspositionen, exzitative Erlebnisqualität, sexuelle Funktionsstörungen, emotional-kognitives Bedeutungserleben, aktuelle Partnerschaft, exosexuelle Kontakte, Pornographie, Prostitution, Geschlechtsrollen-Identifikation, Geschlechtsidentität, sexuelle Identität, sexuelle Neigungen (Paraphilien), sexuelle Übergriffe (erlitten und verübt) u.a.w.. Die erhobenen Ergebnisdaten liefern einen differenzierten, weil quantifizierten Überblick über die sexuelle Zufriedenheit, sexuelle Aktivität, sexuelle Funktionalität, sexuelle Identität, Geschlechtsidentität sowie die paraphile Bedürfnisstruktur von Patienten / Probanden und ihren Partnern. Die modularen Skalen lauten:

- ◆ Soziodemographische Angaben
- ◆ Sexuelle Sozialisation
- ◆ Sexuelle und Partnerschaftliche Entwicklung
- ◆ Sexuelle und Partnerschaftliche Einstellung
- ◆ Sexuelle Aktivität und sexuelles Verhalten
- ◆ Sexuelle Funktionen
- ◆ Sexuelle Fortpflanzung
- ◆ Sexuelle und Geschlechts-Identität
- ◆ Sexuelle Praktiken
- ◆ Sexuelle Neigungen
- ◆ Sexuelle Übergriffe

Der FSEV liegt vor als: (1) „Gesamtform“ (FSEV-G) und „Klinische Kurzform“ (FSEV-K), (2) als Frauen- und Männer-Fassung, (3) als Single- und Paar-Version.

Die mit mehreren Skalen erfassten, klinisch relevanten Bereiche „Sexuelle Funktionen“ (F 52), „Sexuelle und Geschlechts-Identität“ (F 66 / F 64) und „Sexuelle Neigungen“ (F 65) wurden streng nach der Kriteriale des ICD-10 bzw. des DSM-IV operationalisiert.

Das bedeutet zum Beispiel, dass jede Sexualfunktion (in der Abfolge des sexuellen Reaktionszyklus) jeweils einzeln in den drei verschiedenen Formen des konkreten sexuellen Verhaltens (vgl. SEXMED-5x3, Punkt 5., s.o.) erhoben wird:

- a) bei Selbstbefriedigung,
- b) bei sexueller Stimulation ohne Geschlechtsverkehr („Petting“) und
- c) beim Geschlechtsverkehr.

Zusätzlich wird zu jeder einzelnen Sexualfunktion erfragt, ob (falls gegeben) das Problem schon von Anfang an bzw. seit den ersten sexuellen Kontakten bestanden hat (primär / veranlagt) oder sich erst später eingestellt hat (sekundär / erworben). Wenn das Problem (falls gegeben) erst mit der Zeit entstanden ist, wird erfragt, seit wie langer Zeit das Problem schon kontinuierlich besteht und ob die betreffende Person einen diesbezüglichen Leidensdruck verspürt oder nicht.

Mit den Items der Skala „Sexuelle und Geschlechts-Identität“ (F 66 / F 64) werden sämtliche, klinisch relevanten Aspekte der Geschlechtsidentität (bio-psycho-soziale Entwicklung, Ausprägung und ggf. Festigung des Bewusstseins der eigenen Geschlechtszugehörigkeit) sowie der sexuellen Identität (bio-, psycho- u. sozio-sexuelle Reifung und Entwicklung, sexuelle Orientierung und Ausbildung eines sexuellen Selbstkonzepts) erhoben.

Mit den Items der Skala „Sexuelle Neigungen“ werden sämtliche, klinisch relevanten Paraphilien einzeln auf den drei Ebenen abgefragt:

- a) in allgemeinen Sexualphantasien,
- b) in Begleitphantasien bei der Selbstbefriedigung und
- c) im realen (soziosexuellen) Verhalten.

Ebenfalls wird hier bei jedem Item die Dauer erfragt, seit der ein Problem (falls gegeben) bereits besteht bzw. wahrgenommen wurde und ob die betreffende Person bezüglich der erfragten Inhalte einen Leidensdruck verspürt oder nicht.

Weil es grundsätzlich nicht möglich ist, anhand eines Fragebogens (Differential-) Diagnosen zu vergeben, können Ergebnisse standardisierter Datenerhe-

bungen prinzipiell ausschließlich Hinweise („Verdachtsmomente“) für das eventuelle Vorliegen einer jeweiligen Störung in einem jeweiligen Bereich liefern. Darum ist es auch bezüglich der Ergebnisse des FSEV unzulässig, von tatsächlichen sexualmedizinischen Differential-Diagnosen zu sprechen.

Die Ergebnisse der Skalen „Sexuelle Funktionen“ (F 52), „Sexuelle und Geschlechts-Identität“ (F 66 / F 64) und „Sexuelle Neigungen“ (F 65) liefern sexualmedizinische Verdachts-Diagnosen bezüglich aller relevanten Störungsbereiche. Das bedeutet, die Ergebnisse der nach ICD-10 bzw. DSM-IV operationalisierten Items zu diesen Skalen lassen eine Einstufung als „V.a. krankheitswerte Störung“ mit differentialdiagnostischer Spezifikation zu, z.B.: „V.a.: sekundäre, situative erektile Dysfunktion“ bzw. „V.a.: Störung der Geschlechtsidentität, in der Kindheit beginnend“ bzw. „V.a.: homo-pädophile Hauptströmung / Pädophilie, auf Jungen orientiert, ausschließlicher Typus“.

Eine Beeinträchtigung von Sexualfunktionen bzw. der Verdacht auf das Vorliegen einer Geschlechtsidentitäts-Störung oder einer Paraphilie wird nach DSM-IV erst als „krankheitswerte Störung“ klassifiziert, wenn der Proband bzw. Patient angibt, dass ihm das Problem seit mindestens 6 Monaten kontinuierlich Leidensdruck bereitet! Deswegen wird im FSEV zu sämtlichen klinisch relevanten Items der Zeitraum erhoben, seit dem ein Problem besteht und ebenso, ob bezüglich eines möglichen Problems ein Leidensdruck besteht oder nicht.

Die Funktion des FSEV besteht vornehmlich darin, sexualmedizinisch relevante Daten (operationalisiert nach ICD-10 bzw. DSM-IV) auf standardisierte Weise erfassen, dokumentieren und auswerten zu können, ohne eine zeitaufwendige, interviewbasierte Sexualanamnese durch entsprechend qualifiziertes Fachpersonal erheben zu müssen. Ergeben sich aus den Ergebnissen des FSEV Hinweise auf das Vorliegen von Störungsbereichen bzw. Verdachtsdiagnosen, so entsteht daraus die Indikation, diese Bereiche im Rahmen einer „Strukturierten Sexualanamnese“ SSA (s.o.) differentialdiagnostisch zu explorieren und abzuklären.

Bei dem FSEV handelt es sich nicht um ein normiertes, statistisches Testverfahren, sondern um einen voll standardisierten Fragebogen zur „assistierten Datenerhebung“ per Selbstbearbeitung von Probanden (s.u.). Resultierend daraus existiert kein mathematisch-statistischer Auswertungs-Algorithmus, sondern ein Auswertungs-Schlüssel. Die Ergebnisse werden als Rohdaten in eine Datenbank eingegeben und stehen anschließend zur Auswertung zur Verfügung; sie liefern dann mit Hilfe des Auswertungsschlüssels sexualmedizinische Verdachts-Diagnosen nach ICD-10

bzw. DSM-IV bezüglich der Störungsbereiche „Sexuelle Funktionen“ (F 52), „Sexuelle und Geschlechts-Identität“ (F 66 / F 64) und „Sexuelle Neigungen“ (F 65).

Der Fragebogen ist – nicht zuletzt aufgrund der erfragten Inhalte – als „assistiertes“ Erhebungsinstrument konzipiert. Das bedeutet, dass während der Bearbeitung durch den Probanden immer ein Untersucher (im Raum) anwesend sein sollte, um Rückfragen zu beantworten und (thematisch) erwartbare Widerstände (Reaktanz) aufzufangen. „Assistierte Datenerhebung“ bedeutet nicht, dass sich der Untersucher aktiv an der Beantwortung des Fragebogens beteiligen (Interview) oder mit dem Probanden gemeinsam die Fragen beantworten soll. Es handelt sich damit um ein standardisiertes Selbstbeurteilungsinstrument für Patienten bzw. Probanden, das nicht zur unkontrollierten Postversendung vorgesehen ist, sondern zur Bearbeitung unter „Aufsicht“ eines Untersuchungsleiters, wie dies bei psychologischer Testdiagnostik allgemein *lege artis* ist.

Die Funktion der Untersucher besteht bei der assistierten Datenerhebung darin:

- ◆ den Probanden in einem kurzen, einleitenden Gespräch mit dem Gegenstand des Fragebogens vertraut zu machen,
- ◆ die (stereotype) Struktur der Fragen und der Antwortmöglichkeiten zu verdeutlichen bzw. erklären,
- ◆ während der gesamten Bearbeitungszeit als Ansprechpartner für Rückfragen zur Verfügung zu stehen,
- ◆ Widerstände gegen Fragen oder Inhalte des Fragebogens zu verringern bzw. zu entkräften (siehe Abschnitt: Untersucher-Training!),
- ◆ auf die vollständige Beantwortung des Fragebogens zu achten bzw. Probanden auf unbeantwortete bzw. ausgelassene Fragen oder Fragenteile aufmerksam zu machen und zur nachträglichen Beantwortung zu ermutigen,
- ◆ nach Bearbeitung durch die Probanden die fertigen Fragebögen auf Vollständigkeit der Antworten zu überprüfen und bei unbeantworteten Fragen oder Frageteilen erneut vorzulegen (Missing-Control).

Untersucher-Training

Zur assistierten Erhebung des FSEV bedarf es keines hochqualifizierten Fachpersonals (was unter anderem Sinn und Zweck der Fragebogen-Entwicklung war). Die Assistenz kann ohne Weiteres z.B. von entsprechend eingewiesenen bzw. geschulten Studien-Betreuern (z.B. wissenschaftliche Hilfskräfte, „study-nurses“) gewährleistet werden. Zur Einarbeitung der Un-

tersucher genügt eine einmalige, ca. zweistündige Unterweisung durch einen Mitarbeiter des Instituts für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité Berlin.

Einstellung

Wesentliche Voraussetzung für einen erfolgreichen Einsatz des FSEV ist (wie bei allen sexualwissenschaftlichen Untersuchungen) die Überzeugung der Untersuchungsleiter (z.B. Wissenschaftler, Projektleiter, Prüfärzte o.ä.), dass eine Erhebung sexualmedizinischer Daten relevant, sinnvoll und wünschenswert ist und dass diese Überzeugung in klare Anweisungen an das Untersuchungs-Team umgesetzt wird. Ambivalente Grundhaltungen seitens der Studienleitung übertragen sich auf Mitarbeiter und führen zu Befangenheits-Blockaden, die sich mit den natürlichen, erwartbaren Befangenheiten mancher Probanden bzw. Patienten addieren und so den Einsatz des FSEV behindern bzw. die Erfassung valider sexualmedizinischer Daten gefährden.

Betrachtungszeitraum

Der FSEV bezieht sich in sämtlichen Fragen auf den Betrachtungszeitraum der vergangenen 12 Monate. Bei allen klinisch relevanten Items werden die Probanden aufgefordert, die bisherige Bestehenddauer eines möglichen Problems numerisch einzutragen (z.B. „ca. seit 6 Monaten“).

Bearbeitungsdauer

Die Bearbeitungsdauer der „Gesamtform“ FSEV-G beträgt bei 120 Items + / - 60 Minuten, bei der „Klinischen Kurzform“ FSEV-K (nur klinisch relevante Skalen) mit 60 Items + / - ca. 30 Minuten, bei 40 Items (ohne Paraphilien) + / - ca. 20 Minuten. Sämtliche Antwortoptionen sind in (5-stufiger) Likert-Skalierung konstruiert.

Einsetzbarkeit

Der Fragebogen kann sowohl in der (klinischen) Individualdiagnostik als auch als standardisiertes Forschungsinstrument verwendet werden. Er ist bei nicht-klinischen wie klinischen Stichproben gleichermaßen einsetzbar, d.h., es braucht z.B. keine krankheitsbezogenen Adaptation zu erfolgen. Eine forschungs- bzw. projektbezogene Einkürzung bzw. Reduktion des FSEV auf bestimmte Skalen ist problemlos möglich.

Der FSEV befindet sich im Prozess der statistischen Validierung, wobei (im Ggs. zum 3-D, s.u.) nicht intendiert ist, das methodische Niveau eines normierten Testverfahrens zu erreichen, sondern lediglich eine grundlegende Überprüfung von Validität und Reliabi-

lität auf dem Niveau eines standardisierten Erhebungsinstrumentes angestrebt wird.

4. „Sexualmedizinischer Fragebogen bei chronischen Erkrankungen“ SFCE

Einen weiteren wesentlichen Arbeitsbereich der klinischen Sexualwissenschaft stellt die Erforschung von chronischen Erkrankungen in ihren Auswirkungen auf Sexualität und Partnerschaft von Betroffenen und ihren Partner dar. Im Laufe von Untersuchungen zu verschiedenen chronischen Erkrankungen (vgl. Beier & Ahlers, 2003 a u.b, 2004 a u.b) ist hierbei der „Sexualmedizinische Fragebogen bei chronischen Erkrankungen“ SFCE (Ahlers et al. 2001a) entstanden, der den besonderen Bedingungen von Betroffenen und ihren Partnerinnen und Partnern Rechnung trägt, die sich dieser Wechselwirkung, aus Erkrankung, Behandlung und ihrer Sexualität und Partnerschaft ausgesetzt sehen. Hierbei werden sowohl sexuelle Funktionsstörungen bei chronisch Erkrankten und ihren Partnern, als auch die von den Betroffenen erlebten Auswirkungen der krankheitsbezogenen Behandlungen (z.B. Medikation) standardisiert erfasst.

Der Fragebogen wurde als Betroffenen-Version und Partner-Version konzipiert und ist dazu geeignet, via Postversendung von Probanden selbstständig zu Hause ausgefüllt zu werden. Er erfasst allgemeine Angaben zur Person, zum sozialen Umfeld (soziodemographische Faktoren), Angaben zur Partnerschaft (z.B. Kommunikation, Zärtlichkeit) sowie krankheitsspezifische Verhaltensweisen (z.B. Rückzugsverhalten; Geiztheit durch eventuell eingeschränkte Selbstständigkeit, Antriebslosigkeit durch Depressivität etc.).

Die Angaben zu den jeweiligen Erkrankungen können in Anlehnung an international gebräuchliche Instrumente zur Klassifizierung der Hauptsymptome verschiedener Krankheitsbilder (z.B. „Unified Parkinson's Rating Scale“ UPDRS für Morbus Parkinson, „Kurtzke-Skala“ für Multiple Sklerose, der „PASI“ (psoriasis area and severity index für Psoriasis) jeweils angepasst werden. Gleiches gilt für die Erfassung krankheitsbezogen unterschiedlicher Therapieoptionen (einschließlich Medikamente). Bei der Erhebung der Medikamente wird erfragt, ob die Probanden/innen medikamentös therapiert wurden sowie (wenn dies der Fall war), mit welchen Präparaten und Dosierungen und ob die Probanden einen Zusammenhang zwischen den eingenommenen Medikamenten und Veränderungen ihrer Sexualität und Partnerschaft sehen. Sofern dies bejaht wird, wird entsprechend der verschiedenen Phasen des sexuellen Reaktionszyklus

nach den beobachteten Veränderungen der Sexualität und Partnerschaft im Hinblick auf mögliche sexuelle Dysfunktionen sowie nach Häufigkeiten sexueller Aktivitäten und dem Auftreten sexueller Phantasien gefragt. Außerdem werden die Betroffenen und ihre Partner im SFCE gefragt, in wieweit sie von beruflichen Helfern auf mögliche Auswirkungen der Erkrankung auf die Sexualität bzw. erwartbare Veränderungen der Sexualität und resultierend der Partnerschaft aufmerksam gemacht wurden, die mit der Erkrankung und ihrer Behandlung einhergehen können.

Die Fragen zu sexuellen Funktionsstörungen sind am DSM-IV orientiert, folgen aber nicht so streng der Kriteriologie des DSM-IV, wie die Operationalisierung bei den entsprechenden Items im FSEV (s.o.) und führen folglich auch nicht stringent zu Verdachtsdiagnosen nach DSM-IV, sondern lediglich zu Beschwerdebekundungen in verschiedenen Störungsreichen. Weil die Fragen dadurch weniger komplex bleiben und die Ergebnisse methodischen nicht für sich in Anspruch nehmen, Verdachtsdiagnosen abzubilden, eignet sich der SFCE im Gegensatz zum FSEV zur Postversendung.

Neben der resultierenden Vergleichbarkeit von Betroffenen- und Partner-Aussagen besteht eine methodische Besonderheit des SFCE darin, dass sämtliche Angaben, insbesondere zu sexuellen Funktionsstörungen, jeweils in den beiden Zeitebenen: „vor der Diagnose“ und „seit der Diagnose“ erfasst werden, so dass eine (quasi-längsschnittliche) Verlaufsbeschreibung der sexuellen Symptomatik über die Zeit vor und seit der Erkrankung im Rahmen einer (Ein-Punkt) Querschnittsuntersuchung möglich wird.

Der Fragebogen befindet sich im Prozess der statistischen Validierung. Angestrebt wird das testkonstruktive Niveau eines standardisierten Erhebungsinstrumentes mit Testgütekriterien zur Reliabilität. Die Bearbeitungsdauer liegt bei 56 Einzelfragen stichproben- und indikationsabhängig bei 30 bis 45 Minuten. Die Antwortoptionen sind in (5-stufiger) Likert-Skalierung konstruiert.

5. „Inventar zu Dimensionen von Sexualität“ 3-D

Bei diesem Instrument handelt es sich um ein standardisiertes, noch nicht normiertes Testverfahren zur Messung der proportionalen Bedeutung der drei fundamentalen Dimensionen von Sexualität: Lust, Fortpflanzung, Beziehung. Mit dem Testverfahren ist es möglich, Aufschluss darüber zu gewinnen, welche proportionale Bedeutung die fundamentalen Dimen-

sionen von Sexualität im individuellen Erleben der Probanden haben.

Nach Beier & Loewit (2004) lassen sich drei fundamentale Dimensionen der Sexualität unterscheiden: die Fortpflanzungsdimension, die Lustdimension und die Beziehungs- bzw. syndyastische Dimension, innerhalb derer sich psychosoziale Grundbedürfnisse nach Sicherheit, Vertrauen, Nähe, Geborgenheit und Angenommenheit durch sexuelle Kommunikation erfüllen lassen. Die proportionale Bedeutung der einzelnen Dimensionen können interindividuelle Unterschiede aufweisen, und durch eine Überbewertung oder Vernachlässigung einzelner Aspekte an der Entstehung u./o. Aufrechterhaltung sexueller Funktionsstörungen beteiligt sein. Die Kenntnis der Ausprägung der individuellen Bedeutungserteilung der Dimensionen von Sexualität ist somit für den therapeutischen Prozess von Bedeutung und eine quantifizierte Erfassung der Bedeutungszuweisung ist Voraussetzung für eine empirische Einordnung der Dimensionen von Sexualität in einen breiteren wissenschaftlichem Kontext.

Mit dem „Inventar zu Dimensionen von Sexualität“ (3-D) wird die individuelle proportionale Bedeutung der drei Dimensionen von Sexualität quantifiziert erfasst. Das Inventar besteht aus 43 Items, die den Skalen „Bindung“, „Lust“ und „Fortpflanzung“ zugeordnet werden. Die Antwortoptionen sind in (5-stufiger) Likert-Skalierung konstruiert. Die Bearbeitungsdauer beträgt 10 bis 15 Minuten, wodurch das Testverfahren dem Kriterium der Effizienz genügt.

Zur Überprüfung der Testgütekriterien wurde das Inventar 465 Probanden im Rahmen der „Berliner Männer-Studie II“ zur Bearbeitung vorgelegt. Die Reliabilität wurde sowohl durch die interne Konsistenz als auch durch die Test-Retestmethode bestimmt. Der Retest-Reliabilitäts-Koeffizienten liegt zwischen $r = .54$ bis $r = .88$.

Zur Überprüfung der Validität wurde in einem ersten Schritt eine gemeinsame Faktorenanalyse der Items mit zuvor definierten Markiertvariablen, welche die Bedeutung der einzelnen Skalen eindeutig charakterisieren sollten, durchgeführt. Die faktorielle Validität konnte dabei nicht nachgewiesen werden, allerdings spiegelte die bei einer weiteren Faktorenanalyse empirisch ermittelte faktorielle Struktur die intendierten Dimensionen der Sexualität weitgehend wieder. Es wurden fünf Faktoren ermittelt, die wie folgt bezeichnet werden: Fortpflanzung, Lust, Bindung-Partnerschaft, Bindung-Sexualität und Zärtlichkeit vs. Geschlechtsverkehr. Diese Faktoren bilden entsprechend fünf Skalen. Die ursprüngliche Skala „Bindung“ wird somit durch drei Faktoren abgebildet, wodurch eine stärkere Differenzierung der individuellen Bedeutung

der Bindungsdimension ermöglicht wird. Vor allem die Skala „Zärtlichkeit vs. Geschlechtsverkehr“ ist hierbei von Interesse, da sie die Bedeutung von extragenitaler sexueller Interaktion relativ zur Bedeutung genitaler Sexualität ermittelt.

Die genannten Faktoren bzw. Skalen wurden weiterhin zur Überprüfung der konvergenten und divergenten Validität zu verschiedenen anderen Skalen, welche sexuelle und partnerschaftliche Qualität und Zufriedenheit erfassen, in Beziehung gesetzt. Es konnte gezeigt werden, dass die Bindungsdimension nicht nur mit partnerschaftlicher Qualität und Zufriedenheit in Zusammenhang steht, sondern auch mit sexueller Zufriedenheit. Die sexuelle Lustdimension und die Fortpflanzungsdimension zeigten sich demgegenüber zu sexueller und partnerschaftlicher Qualität und Zufriedenheit negativ assoziiert oder waren von ihnen unabhängig. Es konnte somit gezeigt werden, dass vor allem die syndyastische Dimension der Sexualität mit der erlebten sexuellen und partnerschaftlichen Qualität sowie Zufriedenheit zusammenhängt. Allerdings können die bisherigen Ergebnisse nur als erste Hinweise zur Validität des 3-D gewertet werden, weshalb sich das Inventar in der Revision befindet und perspektivisch zu einem normierten Testverfahren ausgebaut werden soll.

6. „Evaluationsbogen zur sexualmedizinischen Gesprächsführung“ ESG

Die sexualmedizinische Ausbildung orientiert sich an einer möglichst praxisnahen und realitätsbezogenen Wissens- und Fertigkeitenvermittlung. Aus diesem Grund finden die Abschlussprüfungen (neben der Darstellung und Diskussion eines sexualmedizinischen Behandlungsfalles) sowohl in Form von Wissensüberprüfungen zur Diagnostik und Behandlung sexueller Störungen statt (u.a. „Fragebogen zu sexualmedizinischen Kenntnissen“ Brähler et al. 1988, s.o.), als auch in Form von Fertigkeitenüberprüfungen, die in simulierten Arzt-Patient-Gesprächen erfolgen. Hierbei werden die Patienten von Laiendarstellern (sog. Simulationspatienten) gespielt, die vorher von den jeweiligen Prüfern in der Darstellung ihrer Beschwerden instruiert werden. Die Ausbildungskandidaten führen als Prüfungssituation ein Explorations- und Beratungsgespräch mit den Simulationspatienten und werden dabei von den Prüfern hinsichtlich fachspezifischer Lernziele beurteilt.

Um eine strukturierte und möglichst objektive Bewertung der Gesprächsgestaltung zu gewährleisten und später auch die Bewertungen verschiedener Prüfer vergleichen zu können, wurde am Institut für Sexual-

wissenschaft und Sexualmedizin der Charité in Berlin der „Evaluationsbogen zur sexualmedizinischen Gesprächsführung“ ESG entwickelt (Ahlers et al. 2003), der sowohl als Beurteilungsgrundlage für den Lernfortschritt in der sexualmedizinischen Ausbildung allgemein dient, als auch zur Beurteilung der Explorations- und Beratungsgespräche im Rahmen der Abschlussprüfungen im Curriculum Sexualmedizin an der Charité genutzt wird. Der Evaluationsbogen fokussiert auf alle wesentlichen Bereiche der sexualmedizinischen Gesprächsführung und orientiert sich auch an den Komponenten des SEXMED-5x3 (Ahlers et al. 2001, s.o.).

Um die Konstruktion dieses Fremdbeurteilungsinstruments zu verdeutlichen sei hier lediglich das erste Item aufgeführt:

Gesprächsgestaltung

Wie gut ist der Therapeut in der Lage, ein offenes Gespräch mit den Patienten aufzubauen und eine konstruktive, wertschätzende und gleichberechtigte Gesprächsatmosphäre zu entwickeln? Überengagierte, direktive und symptomzentrierte Interviews, Monologe, moralische Wertungen und Belehrungen etwa sollten entsprechend der fünfstufigen Bewertungsskala (*sehr gut gut befriedigend ausreichend nicht ausreichend*) als *nicht ausreichend* angesehen werden.

Der „Evaluationsbogen zur sexualmedizinischen Gesprächsführung“ ESG kann in der sexualmedizinischen Ausbildung fortlaufend im Rahmen von Kleingruppenübungen eingesetzt werden, in denen jeweils drei bis vier Ausbildungsteilnehmer eine Arbeitsgruppe bilden und aneinander sexualmedizinische Gesprächsführung trainieren. In diesem Kleingruppenübungen übernimmt jeweils ein Teilnehmer die Rolle des Therapeuten, ein bzw. zwei Teilnehmer übernehmen die Rolle des Patienten bzw. des Paares und ein Teilnehmer übernimmt die Rolle eines Supervisors, der mit Hilfe des ESG die Gesprächsführung des jeweiligen Therapeuten beurteilt. Die Rollenverteilung rotiert solange, bis jeder Teilnehmer jede Rolle gespielt hat. Nach jedem Durchgang können die im ESG erreichten Punkte summiert werden. Weil die Beurteilungsskalen des ESG im Schulnotensystem gegliedert sind (1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = befriedigend, 4 = ausreichend, 5 = nicht ausreichend), fällt die erreichte Gesamtpunktzahl um so niedriger aus, je besser der Rollen-Supervisor die jeweiligen Kriterien des ESG als erfüllt angesehen hat. Außerdem ermöglicht der ESG den Teilnehmern über den Verlauf der Ausbildung systematisch eigene Schwächen erkennen und verbessern zu können, wenn über verschiedene Supervisoren hinweg immer wieder bestimmte Aspekte als

nicht ausreichend angesehen wurden. Für die Zulassung zur bzw. zum Bestehen der Abschlussprüfung kann eine Höchstpunktzahl als Mindestkriterium festgelegt werden und damit als objektiverer Maßstab fungieren.

7. „Evaluationsbogen zu forensisch-sexualmedizinischen Kenntnissen“ EFSK

Die Diagnostik und Behandlung sexueller Störungen ist nicht Bestandteil der regulären klinischen Fort- und Weiterbildungen (Facharzt- und Fachpsychologen-Ausbildungen). Dies gilt im besonderen Maße auch und vor allem für die Diagnostik und Behandlung von „Störungen der sexuellen Präferenz“ (Paraphilien) sowie „Störungen des sexuellen Verhaltens“ (Dissexualität). Gleichzeitig erfordert die klinische Arbeit mit Patienten in diesem Bereich eine ganz besonders profunde Ausbildung, nicht zuletzt, weil es um den schwierigen Bereich potentieller Fremdgefährdung geht. Um die Kompetenzfortschritte von Fort- und Weiterbildungs-Teilnehmern bei diesen Indikationen in der selben Weise evaluieren zu können, wie im allgemeinen sexualmedizinischen Bereich (vgl. ESG, s.o.) wurde der „Evaluationsbogen zu forensisch-sexualmedizinischen Kenntnissen“ EFSK (Ahlers et al. 2004) entwickelt. Er entspricht in seiner Konzeption vollständig dem ESG, berücksichtigt dabei jedoch alle relevanten Inhalte und Besonderheiten der forensischen Sexualmedizin, die sowohl im diagnostischen Prozess (u.a. bei gerichtlichen Begutachtungen), als auch in der therapeutischen Arbeit mit Betroffenen (Dissexualitäts-Therapie) von elementarer Bedeutung sind und die somit den Ausbildungsstand eines jeweiligen Teilnehmers vergleichbar und standardisiert erfassbar machen. Die Anwendungs- bzw. Einsatzmöglichkeiten im Rahmen der Ausbildung entspricht ebenfalls ganz der Nutzung der ESG (s.o.).

8. „Dokumentationsbogen zur Dissexualitäts-Therapie“ DDT

Weil es bei der Diagnostik und Behandlung von Störungen der sexuellen Präferenz (Paraphilien) und Störungen des sexuellen Verhaltens (Dissexualität) potentiell auch um fremdgefährdendes Verhalten von Patienten geht, muss eine entsprechende Therapie besonders klar und eindeutig strukturiert und besonders gründlich und differenziert dokumentiert werden. Eine solche Dokumentation kann zum einen in Form von obligatorischen Stundenprotokollen erfolgen,

sollte aber idealiter auch unter Nutzung von standardisierten Dokumentationsverfahren vorgenommen werden. Der „Dokumentationsbogen zur Dissexualitäts-Therapie“ DDT (Ahlers et al. 2004a) dient dazu, die wesentlichsten bzw. wichtigsten Aspekte bei der Behandlung von Paraphilien und Dissexualität systematisch zu erfassen und mit einem rationellen Zeitaufwand dokumentieren zu können. Die Bearbeitung des DDT erfordert + / - 10 Minuten und umfasst inhaltliche beispielsweise folgende Bereiche: Identifikation und Integration der eigenen sexuellen Präferenz-Struktur, Perspektivenübernahme, Empathie, Verantwortungsübernahme, Impulsidentifikation und -kontrolle, Bedürfnisregulation und Befriedigungsaufschub u.s.w.. Weil der DDT dafür vorgesehen ist, nach jeder Behandlungsstunde ausgefüllt zu werden, ermöglicht er eine differenzierte und quantifizierte Verlaufsbeobachtung einer Behandlung auf Grundlage standardisierter Dokumentation und so auch den Vergleich zwischen verschiedenen Behandlern und Behandlungsformen (z.B. Einzel- versus Gruppentherapie, TP versus VT) und eignet sich damit ebenfalls zur Therapieevaluation.

9. „Forensisches Dokumentationssystem: Modul: Sexualdelinquenz“ FDS-S

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“ (Ahlers et al. 2000) sieht die Datenerhebung in verschiedenen Themenbereiche vor, in denen die minimal zu fordernde Informationsmenge bei forensischen Begutachtungen von Sexualstraftätern dokumentiert werden: Primärfamiliäre 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 Bewusstseins- und Identitätsbildung (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 1996) und ist ein Teil des „Forensisch-psychiatrischen Dokumentations-Systems“ FPDS, welches bereits in einigen Universitätskliniken in Deutschland erprobt wurde (vgl. Ahlers et al. 2004).

Datenerhebungsinstrumente

- Ahlers Ch. J. & Beier K. M. (2000): „Strukturierte Sexual-Anamnese“ SSA.
- Ahlers Ch. J. & Bellardi A. M. (2000): „Sexualmedizinische Allgemein-Anamnese“ SAA.
- Ahlers Ch. J., Schaefer G. A., Wille R., Beier K. M. (2000): „Forensisches Dokumentationssystem, Modul: Sexualdelinquenz“ FDS-S.
- Ahlers Ch. J., Schaefer G. A., Beier K. M. (2001): „5 x 3 der Sexualmedizin“ SEXMED-5x3.
- Ahlers Ch. J., Goecker D., Beier K. M. (2001a): „Sexualmedizinischer Fragebogen bei chronischen Erkrankungen“ SFCE.
- Ahlers Ch. J., Schaefer G. A., Beier K. M. (2002): „Fragebogen zum sexuellen Erleben und Verhalten“ FSEV.
- Ahlers Ch. J., Schaefer G. A., Beier K. M. (2003): „Evaluationsbogen zur sexualmedizinischen Gesprächsführung“ ESG.
- Ahlers Ch. J., Schaefer G. A., Beier K. M. (2004): „Evaluationsbogen zur forensisch-sexualmedizinischen Kenntnissen“ EFSK.
- Ahlers Ch. J., Schaefer G. A., Beier K. M. (2004a): „Dokumentationsbogen zur Dissexualitäts-Therapie“ DDT.
- Beier K. M., Ahlers Ch. J., Mundt I. A., Loewit K. K. (2002): „Inventar zu Dimensionen von Sexualität“ 3-D.

Literatur

- Ahlers Ch. J., Schaefer G. A., Wille R., Beier K. M. (2004): Das Modul Sexualdelinquenz im Forensisch-psychiatrischen Dokumentationssystem (FPDS). *Sexuologie* 11 (1/2).
- Arentewicz G., Bulla R., Schoof-Tams K., Schorsch E. (1975): Verhaltenstherapie sexueller Funktionsstörungen. Erfahrungen mit 23 Paaren. Köln: Wissenschafts-Verlag.
- Bailes, S.; Creti, L.; Fitch, C. S.; Libman, E.; Brender, W.; Amsel, R. (1998): Sexual Self-Efficacy Scale for Female Functioning. In C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, S. L. Davis (Hrsg.): *Handbook of Sexuality – Related Measures* (251-255). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bancroft, J. (2000): Die Medikalisierung sexueller Probleme. *Zeitschrift für Sexualforschung* 13, 69-76.
- Basson, R. (2003): Biopsychosocial Models of Women's sexual Response: Applications to Management of „Desire Disorders“. *Sexual Relationship and Therapy* 18 (1) 107-115.
- Beier, K. M.; Ahlers, Ch. J. (2003a): Nähe, Bindung und Liebe sind schützende Faktoren – Sexualität und Partnerschaft bei neurologischen Erkrankungen. In: Delisle et al. (Hrsg.): *Schluss mit Lust und Liebe? München: Reinhardt Verlag.*
- Beier, K. M.; Ahlers, Ch. J. (2003b): Sexualität und Partnerschaft bei neurologischen Erkrankungen. In: Gaebel, W.; Hartung, H. P. (Hrsg.): *Psyche, Schmerz, sexuelle Dysfunktion. Berlin: Springer.*
- Beier, K. M.; Loewit, K. K. (2004): *Lust und Beziehung. Einführung in die Syndyastische Sexualtherapie. Berlin: Springer.*
- Beier, K. M.; Ahlers Ch. J. (2004 a): Auswirkungen von Morbus Parkinson auf Sexualität und Partnerschaft. *Psycho-neuro* 30 (8) 449-452.
- Beier, K. M.; Ahlers Ch. J. (2004 b): Auswirkungen von Multipler Sklerose auf Sexualität und Partnerschaft. *Psycho-neuro* 30 (10) 463-567.
- Brähler; E.; Böhm A. (1988): *Einstellungen zur Sexualität und sexualmedizinische Kenntnisse. Berlin: Springer.*
- Brähler, E.; Holling, H.; Leutner, D.; Petermann, F. (Hrsg.) (2002): *Brickenkamp – Handbuch psychologischer Tests* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Brähler, E.; Schumacher, J.; Strauß B. (Hrsg.) (2003): *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.*
- Brener, M. M.; Rhode A. (2002): The German Version of the Female Sexual Function Index (FSFI-d). *Systematic Validation and Concept of Evaluation. Int J Impotence Res* 2002, 14 (Supplement 4) 79-90.
- Brener M. M.; Kriston L.; Zahradnik H.-P.; Härtner M.; Rhode A. (2004): Überprüfung der Gültigkeit und Zuverlässigkeit des deutschen Female Sexual Function Index (FSFI-d). *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 64, 293-303.
- Buddeberg C. (1994): Sexualanamnese, Sexualberatung, Sexualtherapie. *Therapeutische Umschau* 51 (2) 104-109.
- Büsing, S.; Hoppe, C.; Liedtke; R. (2001): Sexuelle Zufriedenheit von Frauen – Entwicklung und Ergebnisse eines Fragebogens. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 51, 68-75.

- Christmann, F.; Hoyndorf, S. (1988): Psychotherapie funktioneller Sexualstörungen. In F. Christmann (Hrsg.): *Heterosexualität. Ein Leitfaden für Therapeuten* (o.A.). Berlin: Springer.
- Clayton, A. H.; Mc Garvey, E. L.; Clavet, G. J. (1997): The Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ). Development, Reliability and Validity. *Psychopharmacology Bulletin* 33 (4) 731-745.
- Crombach-Seeber, B.; Crombach, G. (1986): Fragebogen zur sexuellen Interaktion - Neugestaltung. Tübingen: dgvt.
- Davis C. M.; Yarber W. L.; Bauserman, R.; Schreer, G.; Davis, S. L. (Hrsg.) (1998): *Handbook of Sexuality – Related Measures*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Deegner, G. (1984): *Anamnestischer Elternfragebogen*. Göttingen: Hogrefe.
- Derogatis, L. R.; Melisaratos, N. (1979): The Derogatis Sexual Functioning Inventory. A multidimensional Measure of Sexual Functioning. *Journal of Sex and Marital Therapy* 5 (3), 244-281.
- Derogatis, L. R. (1997): The Derogatis Interview for Sexual Functioning (DISF / DISF – SR). An Introductory Report. *Journal of Sex and Marital Therapy* 23 (4), 291-304.
- Deutsche Gesellschaft für Urologie e. V. (2001): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Libido- und Erektionsstörungen. *Urologe (A)* 40, 331-339.
- Dittmar, F.; Kockott, G.; Nusselt, L. (1977): Ein einfaches Instrument zur Messung von Gefühlen, angewendet als Kriterium des Therapieerfolges bei Erektionsstörungen. In G. Kockott (Hrsg.): *Sexuelle Störungen: Verhaltensanalyse und -modifikation* (o.A.). München: Urban & Schwarzenberg.
- Engfer, A. (1978): PASE. Erstellung eines Fragebogens zur „Sexualität in Paarbeziehungen“. München: Psychologisches Institut der Universität München.
- Fahrner, E. M. (1984): FUSS. Selbstunsicherheit bei Patienten mit funktionellen Sexualstörungen: Ein Fragebogen zur Diagnostik. *Mitteilungen/ Gesellschaft für Praktische Sexualmedizin* 4, 15-16.
- Fahrner, E.-A.; Kockott, G. (2002): *Sexualtherapie. Ein Manual zur Behandlung von Funktionsstörungen bei Männern*. Göttingen: Hogrefe.
- Giommi, R. (2003): Psychological Diagnosis in Sexology. *Journal of endocrinological Investigation* 26 (3) 106-108.
- Glick H. A.; Mc Carron, T. J.; Althof, S. E.; Corty, E. W.; Willke, R. J. (1997): Construction of Scales for the Center for Marital and Sexual Health (CMASH). *Sexual Functioning Questionnaire*. *Journal of Sex and Marital Therapy* 23 (2) 103-117.
- Gnirss-Bormet, R.; Sieber, M.; Buddeberg, C. (1995): Sexualmedizinische Diagnostik und Therapie von Erektionsstörungen in einer Spezialsprechstunde. *Zeitschrift für Sexualforschung* 8, 12-23.
- Green, R.; Wiener, J. (Hrsg.) (1980): *Methodology in Sex Research. Proceedings of the Conference held in Chevy Chase, Maryland November 18 and 19, 1977*. Fishers Lane: Rockville, Md..
- Hahlweg, K. (1996): Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik (FPD). Göttingen: Hogrefe.
- Hartmann, U. (1989): *Inhalte und Funktionen sexueller Phantasien*. Stuttgart: Enke.
- Hartmann, U. (1996): *Spritze und Gespräch. Integrative Therapie sexueller Funktionsstörungen beim Mann*. *Sexualmedizin* 18 (11) 302-305.
- Heim, D.; Strauss, B. (2001): Klinisch-Psychologische Aspekte der erektilen Dysfunktion: Die Bedeutung psychosozialer Faktoren. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie* 30 (2) 97-103.
- Heim, D.; Strauss, B. (2003): Differentialdiagnostik der erektilen Dysfunktion mit Selbstbeurteilungsverfahren: Ein Überblick. *Zeitschrift für medizinische Psychologie* 12, 5-13.
- Heinemann L. A. J.; Potthoff P.; Heinemann K.; Pauls A.; Ahlers Ch. J.; Saad F. (2004) „Scale for Quality of Sexual Function (QSF) as an outcome measure for both genders?“ *Journal of Sexual Medicine* (in press).
- Hirschfeld, M. (1908): Zur Methodik der Sexualwissenschaft: Der Psychobiologische Fragebogen. *Zeitschrift für Sexualwissenschaft* 1, 681-705; 684-695.
- Hirschfeld, M. (Hrsg.) (1921): *Der Psychobiologischer Fragebogen* (5. Aufl.). Berlin: Institut für Sexualwissenschaft.
- Hoyndorf, S.; Reinhold, F.; Christmann, F. (1995): *Behandlung sexueller Störungen*. Weinheim: Beltz.
- Jones, L. (2002): The Use of validated Questionnaires to assess Female Sexual Dysfunction. *World Journal of Urology* 20 (2) 89-92.
- Kirby, D. (1998): Mathtech Questionnaires: Sexuality Questionnaires for Adolescents. In: C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, S. L. Davis (Hrsg.), *Handbook of Sexuality – Related Measures* (35-46). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Klinger, 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.
- Kröger, C.; Hahlweg, K.; Braukhaus, C.; Fehm-Wolfsdorf, G.; Groth, T. (2000): Fragebogen zur Erfassung partnerschaftlicher Kommunikationsmuster (FPK). Reliabilität und Validität. *Diagnostica* 46, 189-198.
- Langer, D.; Hartmann, U. (1992): *Psychosomatik der Impotenz*. Stuttgart: Enke.
- Libman, E.; Rothenberg, I.; Fichten, C. S.; Amsel, R. (1985): The SSES-E: A Measure of Sexual Self- Efficacy in Erectile Functioning. *Journal of Sex and Marital Therapy* 11 (4), 233-247.
- LoPiccolo, J.; Steger, J. C (1974): The Sexual Interaction Inventory: A new Instrument for Assessment of sexual Dysfunction. *Archives of Sexual Behavior* 3 (6) 585-595.
- Madersbacher, S. (2004): *Sexuelle Störungen der Frau – eine Querschnittsuntersuchung*. 19 th Congress of the European Association of Urology (EAU). Wien, Österreich.
- Masters, W. H.; Johnson, V. E. (1970): *Human Sexual Inadequacy*. Boston: Little, Brown and Company.
- Masters, W. H.; Johnson, V. E. (1993): *Liebe & Sexualität*. Berlin: Ullstein.
- Mazer, N. A.; Leiblum, S. R.; Rosen, R. C. (2000): The Brief Index of Sexual Functioning for Women (BISF-W): A new Scoring Algorithm and Comparison of Normative and Surgically Menopausal Populations. *Menopause. The Journal of the North American Menopause Society* 7 (5) 350-363.
- Meston, C. M.; Derogatis, L. R. (2002): Validated Instruments for Assessing Female Sexual Function. *Journal of Sex and Marital Therapy* 28 (Supplement 1) 155-164.

- Meston, C. M. (2003): Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in Women with Female Orgasmic Disorder and in Women with Hypoactive Sexual Desire Disorder. *Journal of Sex and Marital Therapy* 29, 39-46.
- Nobre, P. J.; Pinto-Gouveia, J. (2003): Sexual Modes Questionnaire: Measure to assess the Interaction among Cognitions, Emotions, and sexual Response. *The Journal of Sex Research* 40 (4) 368-382.
- Rosen, R. C.; Riley, A.; Wagner, G.; Osterloh, I. H.; Kirkpatrick, J.; Mishra, A. (1997): The International Index of Erectile Function (IIEF). A multidimensional Scale for Assessment of erectile Dysfunction. *Urology* 49 (6) 822-830.
- Rosen, R. C.; Cappellari, J. C.; Smith, M. D.; Lipsky, J.; Pena, B. M. (1999): Development and Evaluation of an abridged, 5-item Version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic Tool for Erectile Dysfunction. *International Journal of Impotence Research* 11, 319-326.
- Rosen, R. C.; Brown, C.; Heiman, J.; Leiblum, S.; Meston, C.; Shabsigh, R.; Ferguson, D.; D'agostino, R. (2000): The Female Sexual Function Index (FSFI). A multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of female sexual Function. *Journal of Sex and Marital Therapy* 26, 191-208.
- Rosen, R. C.; Cappelleri, J. C.; Gendrano, I. N. (2002): The International Index of Erectile Dysfunction (IIEF): A State of the science Review. *International Journal of Impotence Research* 14, 226-244.
- Rust, J.; Golombok, S. (1985): The Golombok-Rust Inventory of sexual Satisfaction (GRISS). *British Journal of Clinical Psychology* 24, 63-64.
- Rust, J.; Golombok, S. (1986): The GRISS: A psychometric Instrument for the Assessment of Sexual Dysfunction. *Archives of Sexual Behavior* 15 (2), 157-165.
- Schaefer, G. A.; Englert, H. S.; Ahlers, Ch. J.; Roll, S.; Willich, S. N.; Beier, K. M. (2003): Erektionsstörungen und Lebensqualität – Erste Ergebnisse der Berliner Männer-Studie. *Sexuologie* 10 (2/3) 50-60.
- Schneider-Düker, M.; Kohler, A. (1988): Die Erfassung von Geschlechtsrollen – Ergebnisse zur Deutschen Neukonstruktion der Bem-Sex-Role-Inventory BSRI. *Diagnostica* 34 (3) 256-270.
- Simons, J. S.; Carey, M. P. (2001): Prevalence of sexual dysfunctions: Results from a decade of research. *Archives of Sexual Behavior* Vol. 30 (2): 177-219.
- Snell Jr., W. E.; Papini, D. R. (1989): The Sexuality Scale: An Instrument to Measure Sexual-Esteem, Sexual-Depression, and Sexual-Preoccupation. *Journal of Sex Research* 26, 256-263.
- Snell Jr., W. E. (1998): The multidimensional sexual Approach Questionnaire. In C. M. Davis., W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, S. L. Davis (Hrsg.): *Handbook of Sexuality – Related Measures (507-508)*: Thousand Oaks, CA: Sage.
- Snell Jr., W. E.; Fisher, T. D.; Walters, A. S. (1993): The Multidimensional Sexuality Questionnaire: An objective self-report Measure of psychological Tendencies associated with human Sexuality. *Annual Review of Sex Research* 6, 27-55.
- Spector, I. P.; Carvey, M. P. (1990): Incidence and Prevalence of the Sexual Dysfunctions: A Critical Review of the empirical Literature. *Archives of Sexual Behavior* 19 (4) 389ff.
- Spector, I. P.; Carey, M. P.; Steinberg, L. (1996): The Sexual Desire Inventory: Development, Factor Structure and Evidence of Reliability. *Journal of Sex and Marital Therapy* 22 (3) 175-190.
- Strauß, B.; Heim, D. (1999): Standardisierte Verfahren in der empirischen Sexualforschung. Eine tabellarische Übersicht. *Zeitschrift für Sexualforschung* 12 (3) 187-236.
- Strauß, B.; Schumacher, J. (Hrsg.) (2005): *Klinische Interviews und Ratingskalen. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 3)* Göttingen: Hogrefe.
- Taylor, J. F.; Rosen, R. C.; Leiblum, S. R. (1994): Self – Report Assessment of Female Sexual Function: Psychometric Evaluation of the Brief Index of Sexual Functioning for Women. *Archives of Sexual Behavior* 23 (6) 627-643.
- Ter Kuile, M. M.; Van Lankveld, J. J. D. M.; Kalkhoven, P.; Van Egmond, M. (1999): The Glombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS): Psychometric Properties within a Dutch Population. *Journal of Sex and Marital Therapy* 25, 59-71.
- Thorne, F. C. (1966): The Sex Inventory. *Journal of Clinical Psychology* 22, 367-374.
- Wendt, H. (1979): *Integrative Sexualtherapie*. München: Pfeiffer.
- Westhoff, G. (1993): *Handbuch psychosozialer Messinstrumente*. Göttingen: Hogrefe.
- Whitley, M. P. (1975): Sexual Satisfaction Inventory. In C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, S. L. Davis (Hrsg.): *Handbook of Sexuality – Related Measures (519-520)*: Thousand Oaks, CA: Sage.
- Wilson, G. D. (1988): Measurement of Sex Fantasy. *Journal of Sex and Marital Therapy* 3 (1) 45-55.
- Zimmer, D. (1989): Fragebogen zu Sexualität und Partnerschaft (ASP, TSST, NSP) (2. Aufl.). Tübingen: dgvt.

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

Sexualität und Partnerschaft bei Psoriasis – Erste Ergebnisse einer empirischen Untersuchung von Psoriasis-Betroffenen und ihren Partnern

Eva Rothermund, Doreen Schwarzer, Peter Schulze, Markus Friedrich, Wolfram Sterry, Klaus M. Beier

Effects of Psoriasis upon Sexuality and Partnership – First Line Findings of an Empiric Study with People affected by Psoriasis and their Partners

Keywords: psoriasis, partnership, sexuality, sexual dysfunction, demand for consultation

Zusammenfassung

In dieser retrospektiven, nicht randomisierten Querschnittsstudie wurden die Einflüsse der chronischen Erkrankung Psoriasis auf Partnerschaft und Sexualität der Betroffenen und ihrer Partner untersucht. In Zusammenarbeit mit dem Deutschen Psoriasis Bund e.V. wurden in einer bundesweiten Aktion Fragebögen versandt. Bei freiwilliger und anonymer Teilnahme ergab sich bei einem Rücklauf von 13,4% eine Stichprobe von $n = 1076$ Betroffenen und $n = 758$ Partnern. Das Durchschnittsalter der Betroffenen lag bei 51 Jahren, 80% lebten in einer Partnerschaft. Psoriatiker mit sexuellen Funktionsstörungen berichteten im Schnitt über eine stärkere Ausprägung der Hauterkrankung als diejenigen ohne. Je stärker die Psoriasis ausgeprägt war, desto stärker fühlten die Betroffenen sich subjektiv durch die Erkrankung in ihrem sexuellen Erleben beeinträchtigt. Je positiver die partnerschaftliche Qualität erlebt wurde, desto geringer fiel die subjektive Beeinträchtigung der Sexualität aus. Ein Zusammenhang zwischen Qualität der Partnerschaft und der Ausprägung der Psoriasis bestand nicht. Die Partner erlebten den störenden Einfluss der Psoriasis auf die Sexualität weniger stark als die Betroffenen selbst. 80% der Beratungswilligen hatten bis zum Zeitpunkt der Untersuchung keine Informationen zu den Themenbereichen Sexualität und Partnerschaft erhalten. *Schlüsselwörter:* Psoriasis, Partnerschaft, Sexualität, sexuelle Funktionsstörung, Beratungsbedarf

Abstract

This retrospective nonrandomized cross-sectional study investigated the impact of psoriasis on sexuality and partnership asking both the patients and their partners. Cooperating with the Deutscher Psoriasis Bund e. V. questionnaires were sent to the members all over Germany. Anticipating volunteer and anonymous participation we received a response rate of 13.4% i.e. a sample size of $n = 1076$ Psoriasis patients/affected and $n = 758$ partners. Patients had an average age of 51 years, 80% were living in a partnership. Those who reported sexual dysfunction also described more severe psoriasis outcome than those without dysfunction. Higher psoriasis severity was related to stronger disturbing impact on sexual life. Greater satisfaction in partnership is related to a less prominent negative impact of psoriasis on sexual life. No relation was found between partnership quality and psoriasis severity. Partners estimated the negative impact of psoriasis on sexuality less severe than the patients did. 80% of those who demanded more and better counselling did not yet get any information on partnership and sexuality in context with psoriasis.

Einleitung

Psoriasis ist eine chronisch entzündliche Erkrankung der Haut und teilweise des Skelettsystems, die in Deutschland mit einer Prävalenz von 2-3% auftritt (Traupe & Robra 2003). Schätzungsweise sind in Deutschland demnach 2 Millionen Menschen erkrankt. Die Erkrankung betrifft Frauen und Männer etwa gleich häufig. Aufgrund einer genetischen Disposition kommt es zu rezidivierenden Schüben. Chronisch stationäre Verlaufsformen sind ebenso bekannt. Aufgrund immunologisch vermittelter Prozesse und epidermaler Hyperproliferation kommt es zur Ausbildung von typischen Hautbefunden – den Psoriasisherden. Es handelt sich dabei um scharf begrenzte, ziegelrote, homogene Erytheme. Sie sind bedeckt von groblamellären, nicht fest anhaftenden silbrig-weißen Schuppen. Die Größe der Herde schwankt zwischen punktförmiger Ausbreitung und im Extremfall dem Befall der gesamten Haut. Größere Herde können durch die Konfluenz mehrerer kleiner Herde entstehen. Prädilektionsstellen sind der behaarte Kopf, Ellenbogen, Knie sowie die Sakralregion. Grundsätzlich können die Herde aber an allen Körperstellen auftreten. Rund 90% der Psoriatiker sind an einer Psoriasis vulgaris mit oben beschriebenen Hautbefunden erkrankt. Klinisch unterscheidet man Sonderformen, wie die Psoriasis pustulosa und die psoriatische Erythrodermie.

Die Haut gehört zu den größten Organen des menschlichen Körpers und bildet gleichzeitig die Grenzfläche zwischen dem Individuum und seiner Umwelt. Der Mensch fühlt sich durch Veränderungen des Hautorgans in seinem Wohlbefinden und Selbstwertgefühl erheblich beeinträchtigt (Vogt & Köhn 2003).

Der Einfluss der Psoriasis auf Partnerschaft und Sexualität ist in sehr heterogenen Studien bereits Gegenstand der Forschung. Dass Psoriasis die Sexualität beeinflusst, belegen verschiedene Studien (Gupta & Gupta 1997; Niemeier et al. 1997; Polenghi et al. 1994; Ramsey & O'Reagan 1988). Der Anteil der Patienten, die eine Störung ihrer sexuellen Beziehung durch die Psoriasis bemängelten, liegt zum Teil bei 40-50% (Ramsey & O'Reagan 1988; Gupta & Gupta 1997).

Niemeier und Mitarbeiter (1997) beobachteten an 31 männlichen und 22 weiblichen Psoriasispatienten im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe signifikant weniger Zärtlichkeiten und stärkere Gehemmtheit bei sexuellen Kontakten. Zudem berichteten diese Patienten, dass ihre Partnerinnen sexuellen Kontakten signifikant häufiger auswichen. Frauen gaben außerdem an, wesentlich seltener einen Orgasmus zu erleben. Gupta und Gupta (1997) beschrieben, dass die Grup-

pe, die sich durch die Psoriasis in ihrer Sexualität beeinträchtigt fühlte, sich in folgenden Merkmalen deutlich von der Gruppe, die sich nicht beeinträchtigt fühlte, unterschied: Unter anderem wurden von dieser Gruppe häufiger Gelenkbeschwerden beschrieben, eine etwas stärkere Beteiligung der Genitalregion, stärkere Schuppung und stärkerer Juckreiz. Darüber hinaus bestand bei dieser Gruppe eine stärkere Tendenz zu depressiven Verstimmungen. Keine Unterschiede zwischen den Gruppen bestand bezüglich Krankheitsdauer, Alter, Geschlecht und Familienstand.

Bei chronischen Erkrankungen tritt neben der Therapie der Krankheitserscheinungen immer mehr die Verbesserung der Lebensqualität in den Mittelpunkt des Interesses der Patienten und der Therapeuten. Bei vielen Krankheiten ist man sich der Wichtigkeit und des Einflusses der Lebensqualität bewusst, jedoch mangelt es an klinischen Studien, die über den Einzelfall hinausgehende Berichte liefern. Groß angelegte Studien zur Lebensqualität ohne spezielle Berücksichtigung der Sexualität gibt es jedoch nur aus den USA (Krüger et al. 2001).

Material und Methoden

In Form einer bundesweiten, retrospektiven Querschnittstudie erfolgte eine Fragebogenerhebung an Betroffenen und – sofern eine Partnerschaft bestand – ihren Partnern und Partnerinnen. Untersucht wurden die Auswirkungen der Erkrankung auf Partnerschaft und Sexualität der Betroffenen (Singles und Paare). Die Beantwortung erfolgte freiwillig und anonym. Verteilt wurde der Fragebogen über die bundesweit organisierte Selbsthilfeorganisation der Psoriatiker, den Deutschen Psoriasis Bund e.V. Mit über 8000 Mitgliedern ist er die größte Selbsthilfeorganisation für Psoriasis in Deutschland. Bei einem Rücklauf von 13,4% ergab sich eine Stichprobe von insgesamt $n = 1076$ Betroffenen und $n = 758$ Partnern.

Die Erhebung erfolgte mittels Fragebogen zur Selbsteinschätzung (vgl. Ahlers et al. 2004, im Heft S. 91). Bis auf den Teil mit krankheitsspezifischen Fragen waren die Bögen für Partner und Betroffene identisch. Der Bogen gliederte sich in folgende Fragenkomplexe: soziodemographische Daten, Daten zur Partnerschaft und Fragen zu sexuellem Verhalten. Darüber hinaus enthielt der Bogen 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 (Beier 1996; Boxdorfer 1999; Babinsky 2000; Goecker 2000; Lüders 2000). Es folgte eine Bedarfsanalyse der medizinischen und psychologischen Betreuung.

Ausprägung der Psoriasis herde

Die Fragen zur Erkrankung wurden entwickelt in Zusammenarbeit mit den Psoriasis-Spezialisten der Dermatologischen Klinik der Charité, Universitätsmedizin Berlin. Die Erfassung der Schwere und Ausbreitung der Psoriasis erfolgt mit einer modifizierten Form des „psoriasis area and severity Index“ (PASI) als Selbstbeurteilung. Der PASI ist ein in der Dermatologie etabliertes Verfahren, das eine breite Anwendung in klinischen Studien, aber auch in der dermatologischen Praxis findet. Er wird häufig von Ärzten dokumentiert, ist aber auch in der Selbstbeurteilung valide. Er wird zur Festlegung der Therapiemodalitäten oder zur Messung von Therapieeffekten eingesetzt. Dabei wird die Ausdehnung der Effloreszenzen in% der Körperoberfläche (KOF) angegeben. Zusätzlich werden die Ausprägung des Erythems, der Schuppung und der Infiltration der Hautläsionen erhoben. Die Vergabe der Punkte erfolgt von 0-4, gar keine bis sehr starke Ausprägung. Die Ausdehnung der Herde bezogen auf die gesamte KOF werden von 0-100% mit den Zahlen von 0 bis 6 codiert: Das bedeutet: 0 = keine Ausbreitung, 1 = unter 10%, 2 = 10-30%, 3 = 30-50%, 4 = 50-70%, 5 = 70-90%, 6 = 90-100%. Der Gesamtscore des PASI bildet Werte zwischen 0 und 72 ab. Man erhält den Wert, indem man den Wert von 0-6 für die in Prozent befallene KOF mit der Summe der Werte für die Ausprägung des Erythems, der Infiltration und der Schuppung multipliziert.

Qualität der Partnerschaft

Zur Einschätzung der Qualität der Partnerschaft wurde die Skala Gemeinsamkeit und Kommunikation aus dem Partnerschaftsfragebogen von Hahlweg (1996) genutzt. Es handelt sich dabei um ein standardisiertes und validiertes Instrument zur Erfassung der partnerschaftlichen Qualität. Die 10 Items der genannten Skala erfassen gemeinsame Aktivitäten, wie zum Beispiel, gemeinsam das Wochenende planen und Zukunftspläne schmieden, die Verbundenheit der Partner, wie zum Beispiel Dinge aus dem Berufsleben besprechen und die Meinung des anderen dazu hören wollen, sich die Wünsche des Partners merken, sich

entschuldigen, wenn man den Partner falsch behandelt hat, ihm sagen, dass man ihn gern hat. Und schließlich den kommunikativen Aspekt, der Verhaltensweisen beinhaltet wie: abends fragen, was man den Tag über gemacht hat, sich mindestens eine halbe Stunde abends unterhalten und dem anderen seine Gefühle offen mitteilen.

Die Beantwortung erfolgte durch Ankreuzen auf vierstufigen, ordinalskalierten Likert-Skalen mit den Kategorien „nie“, „selten“, „oft“ und „immer“. Jede Frage wurde in der Zeitebene „vor der Erkrankung“ und „seit der Erkrankung“ erfasst. Zur Interpretation wurden Mittelwert und Median herangezogen. Der Vergleich erfolgte vorwiegend innerhalb der eigenen Stichprobe, da die Normierungsstichprobe von Hahlweg und Mitarbeitern bezüglich der soziodemographischen Daten nicht mit der vorliegenden Stichprobe übereinstimmt.

Subjektive Beeinträchtigung der Sexualität

„Fühlten bzw. fühlen Sie sich durch die Psoriasis in der Ausübung Ihrer Sexualität beeinträchtigt?“ Diese Frage wurde beiden Partnern und Singles gestellt. Die geschlossene Frage konnte mit den vier Kategorien „nie“, „selten“, „oft“ und „immer“ beantwortet werden.

Ergebnisse

Soziodemographische Daten

Das durchschnittliche Alter der Betroffenen lag bei 51 Jahren. Unter chronischen Gelenkbeschwerden litten 55% der befragten Psoriatischer. Das Verhältnis von weiblichen zu männlichen Teilnehmern betrug 1:1,2. Rund 80% der Befragten lebten in einer Partnerschaft, wobei 64% verheiratet waren und knapp 70% waren Eltern.

Die durchschnittliche Partnerschaftsdauer betrug 17 Jahre, wobei die kürzesten Partnerschaften weniger als ein Jahr dauerten, die längste seit 64 Jahren bestand.

In 26% der Fälle lebten Kinder im Haushalt. Die durchschnittliche Anzahl der Kinder betrug 1,3. Der Großteil (80%) empfand seine wirtschaftliche Situation als gut oder sehr gut und hatte eine abgeschlossene Berufsausbildung (44,2%) oder eine höhere Schulbildung (51%). 56% der Befragten waren berufstätig, 27% bezogen eine Altersrente und 4,6% waren berufs- oder erwerbsunfähig. In 26% der Fälle lebten Kinder im Haushalt.

Ausprägung der Erkrankung

Die Ausprägung der Erkrankung gemessen mittels modifiziertem PASI in Selbstbeurteilung ergab Werte zwischen der minimalen Ausprägung von 0 – das bedeutet, dass aktuell keine psoriatischen Hautveränderungen bestehen – und 72, das bedeutet eine schwere Psoriasis der gesamten Haut. Die erfragten Werte waren deutlich nicht-normalverteilt. Am häufigsten war eine Ausprägung mit 12 Punkten, der Median betrug 16. Der Mittelwert lag bei 18,9 Punkten (SD 12,95) in der untersuchten Stichprobe. Die Krankheitsdauer betrug im Mittel 28,9 Jahre (SD 13,95, Median 28). Die kürzeste Erkrankung bestand seit einem Jahr, die längste seit 78 Jahren. Die häufigsten initialen Hautveränderungen traten bei jeweils ca. 40% der Befragten an Kopf und Ellenbogen auf. Bei 48% folgte eine Beteiligung der Knie und bei 41% eine Beteiligung der Leiste. Kreuzbein, Brust und Nabel waren jeweils bei ca. 30% der Befragten psoriatisch verändert. 10% der Betroffenen waren 4 oder mehr Monate im Jahr frei von Hauterscheinungen. 74% der Befragten waren nie frei von Hauterscheinungen. Rückfälle oder Exazerbationen der Schuppenflechte traten hauptsächlich (60%) unabhängig von der Jahreszeit auf. 40% gaben einen Zusammenhang mit den Übergangsjahreszeiten an. 55% der Betroffenen berichteten Gelenksbeschwerden. Eine Nagelbeteiligung trat bei 27% stark und sehr stark ausgeprägt auf. 18% hatten keine Nagelveränderungen. Ein knappes Viertel (23,5%) litt unter starkem und sehr starkem Juckreiz. Nur bei 10% trat dieses Symptom nicht auf. Lediglich 4% der Partner waren ebenfalls Psoriatiker.

Prävalenz sexueller Funktionsstörungen

Die Prävalenz sexueller Funktionsstörungen wurde getrennt für Frauen und Männer entsprechend den Kriterien nach DSM-IV ermittelt: Störungen der Appetenz, des Orgasmus und der Erregung, sowie das Vorliegen eines vorzeitigen Orgasmus, eines Vaginismus, von Schmerzen beim GV (Dyspareunie) oder der Vermeidung sexueller Aktivität (sexuelle Aversion) wurden folglich nur gezählt, wenn von den Betroffenen auch damit verbundener Leidensdruck angegeben worden war (vgl. Abb. 1).

In der Frauengruppe waren die häufigsten Funktionsstörungen sexuelle Aversion und Erregungsstörungen mit über 20%. Die Angaben der Funktionsstörungen vor und nach Erkrankung zeigen, dass bei den Frauen alle sexuellen Funktionsstörungen seit Diagnosestellung signifikant zugenommen haben (vgl. Abb. 2).

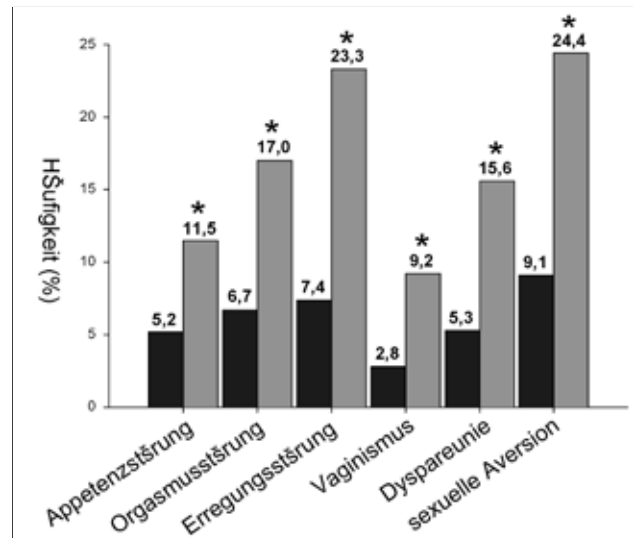


Abb. 1 Prävalenz sexueller Funktionsstörungen vor und nach Diagnose bei den Frauen (n = 228-287)

Auf der Abszisse sind die einzelnen Funktionsstörungen aufgetragen. Der dunkle Balken steht für die Häufigkeit der jeweiligen Störung vor der Erkrankung, der helle Balken bildet ab, wie häufig die Störung seit Erkrankung vor kommt. Die Fragen zu den Störungen beantworteten zwischen 228 und 287 Frauen; die Angabe der Häufigkeit erfolgte in Prozent. Störungen, die signifikant ($p < 0,05$) zunahmen, sind mit einem Stern über dem hellen Balken gekennzeichnet.

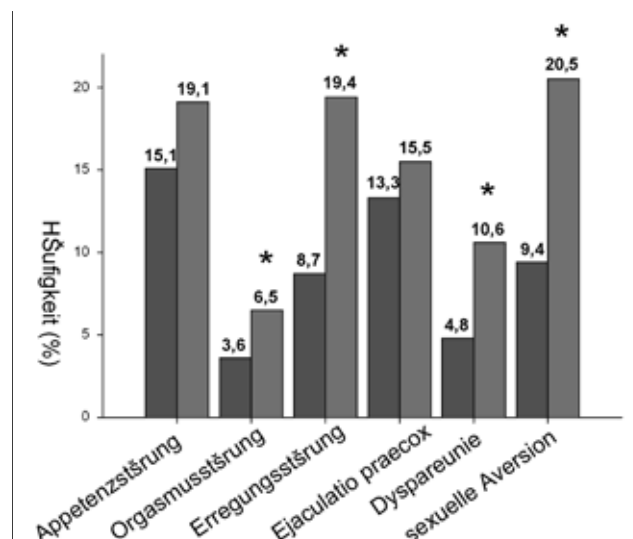


Abb. 2 Prävalenz sexueller Funktionsstörungen vor und nach Diagnose bei den Männern (n = 446-459)

Auf der Abszisse sind die einzelnen Funktionsstörungen aufgetragen. Der dunkle Balken steht für die Häufigkeit der jeweiligen Störung vor der Erkrankung, der helle Balken bildet ab, wie häufig die Störung seit Erkrankung vor kommt. Die Fragen zu den Störungen beantworteten zwischen 446 und 459 Männer; die Angabe der Häufigkeit erfolgte in Prozent. Störungen, die signifikant ($p < 0,05$) zunahmen, sind mit einem Stern über dem hellen Balken gekennzeichnet.

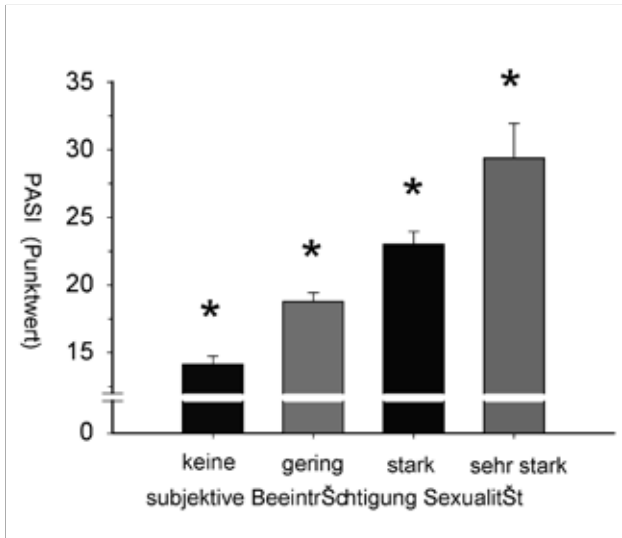


Abb. 3 Schwere der Hautbeteiligung und Beeinträchtigung der Sexualität. (n = 854)

Diese Abbildung zeigt die Ausprägung der Hautbeteiligung über dem subjektiven Gefühl der Beeinträchtigung der Sexualität durch die Erkrankung. Die Ordinate zeigt das Ausmaß der Hautbeteiligung in Punkten, die Abszisse bildet ab, wie stark die Psoriasis nach Meinung der Betroffenen ihre Sexualität beeinträchtigt.

Je stärker die Erkrankung ausgeprägt ist, desto stärker fühlen sich die Betroffenen in ihrer Sexualität durch die Psoriasis beeinträchtigt.

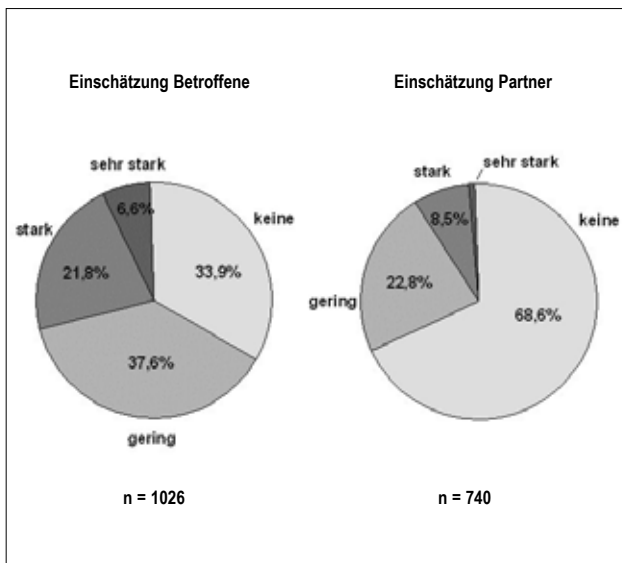


Abb. 4 Subjektive Beeinträchtigung der Sexualität durch die Erkrankung – Einschätzung der Betroffenen und der Partner

Die subjektive Einschätzung: „Wie stark beeinträchtigt die Psoriasis Ihre Sexualität?“ nahmen n = 1026 Betroffene und n = 740 Partner vor. Das linke Kreisdiagramm gibt die Antworten der Betroffenen in den Kategorien „keine Beeinträchtigung“, „geringe Beeinträchtigung“, „starke Beeinträchtigung“ und „sehr starke Beeinträchtigung“ in Prozent wieder. Das rechte Kreisdiagramm bildet die Einschätzung der Partner analog dazu ab.

Die Männer berichteten am häufigsten über sexuelle Aversion (20,5%), dicht gefolgt von Erregungsstörungen (19,4%) und weiter von Appetenzstörungen (19,1%). Eine signifikante Zunahme seit Erkrankungsbeginn ließ sich feststellen für die Störungen Orgasmusstörung (ausbleibender Orgasmus), Erektionsstörung, Dyspareunie und sexuelle Aversion.

Das Vorliegen einer sexuellen Funktionsstörung ging mit stärkerer Hautbeteiligung einher. Das bedeutete, die Betroffenen mit einer oder mehreren sexuellen Funktionsstörungen (n = 242) zeigen einen PASI Wert von 21,0, SD 14,0 im Mittel und haben somit eine stärkere Ausprägung der Hauterkrankung als diejenigen ohne sexuelle Funktionsstörungen (n = 655) mit einem PASI von 18,1, SD 12,5 im Mittel (p < 0,05).

Eine Ausnahme bildete hier die Störung Vaginismus: ob ein Vaginismus vorlag oder nicht hing nicht mit der Hautbeteiligung zusammen.

Beeinträchtigung der Sexualität durch die Erkrankung – Einschätzung der Betroffenen und der Partner

In Abbildung 3 ist der Zusammenhang zwischen der Schwere der Hauterkrankung und dem Gefühl der Beeinträchtigung dargestellt. Die Daten bestätigen die Annahme, dass das Gefühl der Beeinträchtigung umso stärker ist, je stärker die Erkrankung ausgeprägt ist.

Auf die Frage nach der Beeinträchtigung der gemeinsamen Sexualität durch die Psoriasis fühlte sich ein Drittel (27,4%) der Psoriatischer stark und sehr stark eingeschränkt und 34% fühlten sich nicht beeinträchtigt. Bei den Partnern schien die Psoriasis nur einen geringen Einfluss auf die gemeinsame Sexualität auszuüben: 91% fühlten sich nicht oder nur gering durch die Hauterkrankung des Partners beeinflusst. Die Abbildung 4 stellt diesen Zusammenhang dar.

Einfluss der Partnerschaft

Abbildung 5 zeigt, wie das Gefühl der Beeinträchtigung und die Qualität der Partnerschaft zusammenhängen. Je positiver die Partnerschaft erlebt wird, desto geringer ist das Gefühl, durch die Erkrankung in der Sexualität beeinträchtigt zu sein. Kein Zusammenhang bestand hingegen zwischen der Qualität der Partnerschaft und Ausprägung der Psoriasis.

Beratungsbedarf

In etwa 45% der Betroffenen wünschten sich eine verbesserte Beratung auf sexualmedizinischem Gebiet.

Von dieser Gruppe der Beratungswilligen hatten bislang rund 80% keine Informationen zum Bereich Partnerschaft und Sexualität bei Psoriasis erhalten.

Diskussion

Der Kenntnisstand zur Prävalenz und Inzidenz sexueller Funktionsstörungen ist in den letzten Jahren besser geworden. Er ist im Vergleich zu anderen Bereichen der Medizin aber nach wie vor unbefriedigend. Solide Erhebungen zur Sexualität sind aufwendig, kostenintensiv und methodisch anspruchsvoll. Sie haben sich zudem mit den Besonderheiten einer Thematik auseinanderzusetzen, welche die meisten Menschen als besonders privat und intim empfinden. In schriftlichen oder mündlichen Befragungen sind die Verweigerungsquoten daher relativ hoch, und es ist von einem schlecht abzuschätzenden „volunteer bias“ auszugehen, der dazu führt, dass die Befragungsteilnehmer eher offener und liberaler eingestellt sind und wahrscheinlich auch weniger sexuelle Probleme aufweisen als die Verweigerer.

Nach den berühmten *Kinsey-Reports* (1948; 1953) sind erst in den 90er Jahren wieder Studien entstanden, die einen vergleichbaren Standard aufweisen und als reliabel anzusehen sind. Sowohl die viel zitierte US-amerikanische Befragung (Laumann et al. 1994) als auch die britische Studie (Johnson et al. 1994) ist allerdings in erster Linie soziologisch ausgerichtet; beide schenken klinischen Fragen sehr wenig Beachtung. Die Ergebnisse lassen insgesamt eine *hohe Prävalenz* sexueller Probleme mit deutlichen *Geschlechtsunterschieden* erkennen. Das häufigste Problem bei den Frauen ist ein Mangel an sexuellem Interesse (bei ca. einem Drittel), doch auch Orgasmuschwierigkeiten, Probleme mit der Genussfähigkeit, Lubrikationsstörungen und Schmerzen wurden jeweils von 15 bis 25% der Befragten genannt. Bei den Männern ist der vorzeitige Orgasmus mit einigem Abstand das häufigste Problem (bei knapp 30%), gefolgt von Versagensängsten und mangelndem sexuellem Interesse, über das immerhin 15% der Männer klagen. 10% der Männer berichten in dieser Studie über Erektionsprobleme. Insgesamt ergab sich eine hohe Prävalenz sexueller Störungen im untersuchten Altersbereich von 18-59 Jahren. 43% der Frauen und 31% der Männer gaben Probleme mit der sexuellen Appetenz, der Erregung oder dem Orgasmus an, wobei weniger als 20% der Männer und 30% der Frauen für ihre sexuellen Funktionsstörungen professionelle Hilfe suchen.

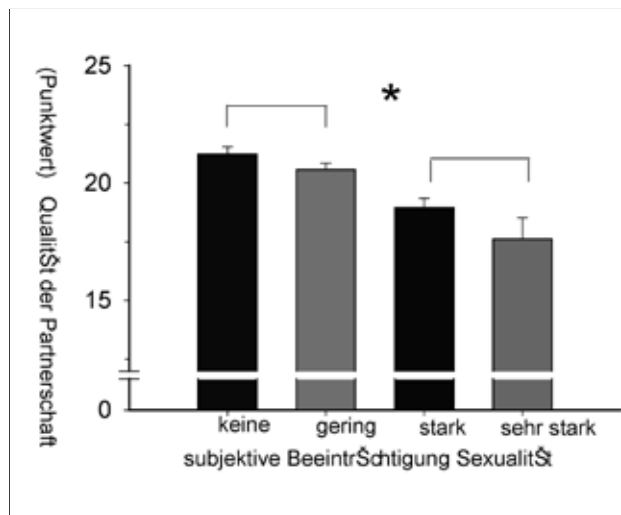


Abb. 5 Qualität der Partnerschaft und Beeinträchtigung der Sexualität (n = 679)

Diese Abbildung stellt den Zusammenhang zwischen der Qualität der Partnerschaft und dem Gefühl der Beeinträchtigung im sexuellen Erleben der Betroffenen dar.

Auf der Ordinate ist die Qualität der Partnerschaft in Punkten angegeben.

Die Abszisse zeigt die subjektive Einschätzung der Betroffenen, inwieweit die Psoriasis ihre Sexualität beeinträchtigt.

Je besser die eigene Partnerschaft eingeschätzt wird, desto geringer ist das subjektive Gefühl der Beeinträchtigung.

1986 reanalytierte Nathan 22 Untersuchungen an nicht-klinischen Stichproben bezüglich der Prävalenz sexueller Funktionsstörungen entsprechend den damals gültigen DSM-III-Kriterien. Bei allen methodischen Problemen der einzelnen Studien kam sie auf folgende Schätzungen der Prävalenz der einzelnen Störungsbilder, die ebenfalls die hohe Verbreitung sexueller Störungen bei beiden Geschlechtern belegen: Weibliche Orgasmusstörungen 5-30%; männliche Orgasmushemmungen 5%; vorzeitiger Orgasmus des Mannes 35%; Erektionsstörungen 10-20% (keine Schätzung für weibliche Erregungsstörungen möglich); männliche Appetenzstörungen 1-15%; weibliche Appetenzstörungen 1-35%.

In ihrer Synopsis verschiedener Prävalenzstudien kamen Spector und Carey (1990) zu dem Ergebnis, dass in Studien an der Allgemeinbevölkerung 5-10% der Frauen Orgasmusprobleme angeben, 4-9% der Männer Erektionsstörungen, 4-10% der Männer einen verzögerten und 36-38% einen vorzeitigen Orgasmus.

Simons und Carey (2001) schließlich analysierten 52 Studien über den Zeitraum 1990 bis 2000 und kamen zu deutlich niedrigeren Prävalenzraten in der Allgemeinbevölkerung: 0-3% der Männer gaben eine Orgasmusstörung, 0-5% eine Erektionsstörung und 0-3% eine Appetenzstörung an; der Anteil von Frauen mit

Orgasmusstörungen betrug zwischen 7-10%. Zudem macht ihre Metaanalyse deutlich, dass *nur sehr wenige Studien tatsächlich sexuelle Funktionsstörungen* messen und hierbei anerkannte Kriterien zugrundelegen (insbesondere diejenigen der international gültigen Klassifikationssysteme wie DSM) und insofern mutmaßlich viel häufiger über sexuelle Funktionsbeeinträchtigungen berichtet wird, welche ja nicht notwendig mit Leidensdruck verbunden sein müssen (vgl. Simons & Carey 2001).

Dies zeigte sich auch an den Ergebnissen der Berliner Männer Studie, bei der eine repräsentative Auswahl von 6000 Männern im Alter zwischen 40 und 79 Jahren hinsichtlich des Vorliegens einer Erektionsstörung und den damit verbundenen Auswirkungen auf die Lebensqualität, die Gesundheit und die Partnerschaft untersucht wurden (Schäfer et al. 2003). Die Ergebnisse zeigen, dass zwar die Häufigkeit von Funktionsbeeinträchtigungen mit steigendem Alter zunimmt (bei den 70- bis 79-Jährigen sind 81,9% betroffen), dies aber nicht mit der Häufigkeit von Erektionsstörungen gleichzusetzen ist: Diese wurden in der Berliner Männer Studie nach den DSM-IV-Kriterien festgestellt und nur dann gewertet, wenn eine Erektionsbeeinträchtigung mit Leidensdruck angegeben verbunden war (was nur bei 27,2% der 70- bis 79-jährigen der Fall war). Tatsächlich konnte in der Studie allerdings auch nachgewiesen werden, dass beim Vorliegen einer Erektionsstörung signifikante Zusammenhänge mit der psychischen und körperlichen Lebensqualität sowie mit dem Status der Partnerschaft bestehen.

Daten aus dem *klinischen Bereich* sind durch die Besonderheiten der jeweiligen Institution und die schwer einzuschätzenden Selektionsvariablen nur eingeschränkt interpretierbar und am ehesten geeignet, Veränderungen in der Verteilung der Störungsbilder zu erfassen. Gleichwohl zeigen verschiedene Berichte aus europäischen und amerikanischen Spezialeinrichtungen eine *Dominanz der Erektionsstörungen bei den Männern und der Appetenzstörungen bei den Frauen*, die bei jeweils mehr als 50% die Hauptbeschwerde und den Konsultationsanlass ausmachen.

Aber auch die neueren Studien aus klinischen Einrichtungen (vgl. den Überblick von Simons & Carey 2001) weisen insofern methodische Mängel auf, als die mitgeteilten Prävalenzraten auf unterschiedlichen Einschlusskriterien basieren und in den meisten Studien die diagnostischen Kriterien für eine Funktionsstörung nach dem DSM nicht zugrunde gelegt wurden. Dies hat logischerweise zur Folge, dass sehr viel höhere Prävalenzraten resultieren können, wenn bereits das Vorliegen einer Funktionsbeeinträchtigung

berücksichtigt wird (welche jedoch keineswegs dem Ausmaß einer krankheitswertigen Störung entsprechen muss).

In jedem Fall lässt sich aus den bisherigen Studienergebnissen zur Prävalenz sexueller Funktionsstörungen der Schluss ziehen, dass die in der vorgelegten Untersuchung gefundenen Prävalenzraten bei Psoriasis-Betroffenen deutlich über den Erwartungswerten für die Allgemeinbevölkerung liegen: Bei den Frauen berichteten mehr als 20% über sexuelle Aversion und Erregungsstörungen und bei den Männern fanden sich ähnliche Häufigkeiten für die sexuelle Aversion (20,5%), für Appetenzstörungen (19,1%) und für Erregungsstörungen (19,4%). Allerdings liegt die Häufigkeit der Störungen vor Erkrankungsbeginn meist deutlich in der Nähe eher niedriger Prävalenzraten, wie Simons und Carey sie ermittelten. Bei den Männern vor Erkrankungsbeginn zum Beispiel die Orgasmusstörung mit 3,6% und Erektionsstörungen mit 8,7%. Bei den Frauen liegen die Zahlen für Orgasmusstörungen mit von 6,7% vor Erkrankungsbeginn ebenfalls deutlich bei den niedrigen Prävalenzraten.

Mit einer Häufigkeit von Appetenzstörungen vor Erkrankungsbeginn liegen die befragten Männer mit rund 15% über den Werten, die Simons und Carey ermittelten, und in dem Bereich, den Laumann und Mitarbeiter (1994) und auch Nathan (1986) in seiner Reanalyse angeben.

Betrachtet man die Zusammenhänge zwischen dem Auftreten sexueller Funktionsstörungen und der Erkrankung innerhalb der Stichprobe, so ist festzustellen, dass die Betroffenen, bei denen eine oder mehrere sexuelle Funktionsstörungen vorlagen, im Schnitt eine stärkere Ausprägung der Erkrankung angaben. Ebenso nimmt offenbar die subjektiv empfundene Beeinträchtigung der Sexualität mit steigender Ausprägung der Psoriasis zu. Damit belegen die vorliegenden Daten einen Zusammenhang zwischen Psoriasis und sexuellen Funktionsstörungen. Die Befunde lassen ein somatopsychisches wie auch ein psychosomatisches Erklärungsmodell zu: Je stärker die Erkrankung ausgeprägt ist, desto wahrscheinlicher wirkt sie sich störend auf die Sexualität aus. Oder: ist der Bereich der intimen Kommunikation, also die Sexualität gestört, wird das Krankheitserleben weniger positiv verarbeitet und die Schwere der Erkrankung nimmt im Erleben des Betroffenen zu.

Das Besondere an der hier vorgestellten Untersuchung ist schließlich die Einbeziehung der Partner. Von den in Partnerschaft Lebenden haben rund 95% der Partner ebenfalls an der Studie teilgenommen und ihre Einschätzung mitgeteilt. So wurde erkennbar, dass die Partner den Einfluss der Erkrankung weniger

störend auf die gemeinsame Sexualität empfinden als die Betroffenen dies tun. Das Ergebnis, dass die Hautkranken die ablehnende Haltung ihrer Partner meist überschätzen, steht im Einklang mit einer Untersuchung von Bosse und Mitarbeitern aus dem Jahr 1976, welche nahe legt, dass Hautkranke gedanklich die ablehnende Haltung hautgesunder Mitmenschen gegenüber Hautkranken überschätzen.

Im Übrigen zeigen die Ergebnisse der hier vorgestellten Studie, dass partnerschaftliche Zufriedenheit den störenden Einfluss der Psoriasis auf die Sexualität des Paares vermindert. Diese Schlussfolgerung ergibt sich aus dem Befund, dass die subjektiv empfundene Beeinträchtigung mit steigender Qualität der Partnerschaft sinkt, es jedoch keinen Zusammenhang zwischen der Erkrankungsschwere und der Qualität der Partnerschaft gibt.

Zusammenfassend wird anhand der vorgelegten Studienergebnisse zweierlei deutlich: (1) Sexuelle Probleme sind bei Psoriatikern häufig und keineswegs ein Randthema; (2) Es besteht eine deutliche Diskrepanz zwischen der (durchweg hohen) Rate sexueller Probleme und der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen (über 80% Beratungswillige, die bislang keine Informationen erhalten haben), die sich wohl auch durch die Tatsache erklären lässt, dass nur ein geringer Teil der Patienten (selbst beim Vorliegen einschlägiger Risikofaktoren) seinen Arzt auf sexuelle Probleme anspricht und umgekehrt auch nur wenige Ärzte dies von sich aus tun.

Dies ist insofern misslich, als positives Erleben in der Partnerschaft und eine erfüllend erlebte Sexualität eine wichtige Ressource im Prozess der Salutogenese darstellen kann – mit entsprechenden Auswirkungen auf die Lebensqualität.

Die Beziehung von sexueller Gesundheit und sexuellen Störungen zur Lebensqualität ist schon seit längerem bekannt (Loewit 1980), aber erst in den letzten Jahren breiter thematisiert worden. Bestärkt wurde diese Tendenz dadurch, dass in den klinischen Studien zur Überprüfung neuer Medikamente für erektile Dysfunktionen die Lebensqualität zunehmend Beachtung gefunden hat. Damit scheint sich die Erkenntnis durchzusetzen, dass therapeutisches Handeln nicht nur auf eine reine Symptombeseitigung und Wiederherstellung der sexuellen Funktion beschränkt sein darf, sondern sexuelle Gesundheit in ihrer Bedeutung für die allgemeine und sexualbezogene Lebensqualität als Zielgröße miteinbeziehen muss.

Explizit haben Studien wie die von Fugl-Meyer und Mitarbeiter (1997); McCabe (1997); Litwin und Mitarbeiter (1998) und Ventegodt (1998) sowie auch die Berliner Männer Studie (Schäfer et al. 2003) den

Zusammenhang zwischen sexueller Gesundheit und allgemeinen *Lebenszufriedenheit* gezeigt. Einige wichtige Resultate lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- ◆ Personen, die nicht sexuell aktiv sind, haben eine deutlich niedrigere Lebensqualität, wobei dieser Zusammenhang von dem Fehlen eines geeigneten Sexualpartners mitbestimmt wird.
- ◆ Männer mit Sexualstörungen haben im Vergleich zu *nicht funktionsgestörten* Männern erhebliche Einbußen in den emotionalen, sozialen und sexuellen Qualitäten von Intimität und Paarverbundenheit, und die sexuelle Funktionsstörung ist bei ihnen assoziiert mit einem Zusammenbruch der emotionalen und sexuellen Nähe in der Partnerschaft, einer Verminderung des gegenseitigen Austauschs sowie einem Rückgang der Teilnahme an sozialen und Freizeitaktivitäten.
- ◆ Auch bei den Frauen verbinden sich sexuelle Probleme mit verminderter Leistungsfähigkeit und Befriedigung im interpersonalen, beruflichen und emotionalen Bereich. Dabei scheint es den Frauen weniger als den Männern zu gelingen, die sexuellen Probleme z.B. durch eine „Flucht in die Arbeit“ zu kompensieren bzw. zu verdrängen.
- ◆ In den klinischen Studien führte eine Reduktion der gestörten sexuellen Symptomatik zu signifikanten Verbesserungen der Lebenszufriedenheit sowie der seelischen Gesundheit, speziell zur Verminderung von Ängsten oder Depressionen und zur Verbesserung der interpersonalen Sensibilität und Selbstachtung (vgl. hierzu Beier et al. 2001).

Vor dem Hintergrund des Modells, dass Krankheit und Gesundheit voneinander unabhängige Dimensionen sind, dass es im Falle chronischer Erkrankung wichtig ist, so gesund wie möglich zu sein, um die Krankheit besser zu ertragen, scheint Partnerschaft diesbezüglich ein unabhängig von der Erkrankung wirkender (positiver) Einflussfaktor zu sein – möglicherweise sogar hinsichtlich einer (positiven) Beeinflussung des Krankheitszustandes Psoriasis an sich. Diese Zusammenhänge werden sich aber erst durch weitere Studien – zum Beispiel durch Analyse der Effekte von sexualtherapeutischen Optionen zur Verbesserung der sexuellen und partnerschaftlichen Beziehungszufriedenheit (Beier & Loewit 2004) bei Psoriatikern – weiter aufschlüsseln lassen.

Literatur

- Ahlers, Ch. J.; Schaefer, G. A.; Beier, K. M. (2004): Erhebungsinstrumente in der klinischen Sexualforschung und der sexualmedizinischen Praxis. Ein Überblick über die Fragebogenentwicklung in Sexualwissenschaft und Sexualmedizin. *Sexuologie* 11 (3/4) 74-97.
- American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and Statistical Manual for mental disorders. Fourth Edition; Washington: APA press.
- Babinsky, S. (2000): Partnerschaft und Sexualität bei Multipler Sklerose: Ergebnisse einer empirischen Studie bei betroffenen Frauen und ihren Partnern. Med. Diss. Humboldt Universität Berlin.
- Beier, K.M. (1996): Sexuelle Funktionsstörungen nach DSM-IV. *Sexuologie* 1 (3) 35-46.
- Beier, K.M. (1999): Sexualmedizin – Berufsbegleitende Fortbildung mit Zertifikat. *Dt. Ärzteblatt* 33: A 2075-2077.
- Beier, K.M.; Bosinski, H.A.G.; Hartmann, U.; Loewit, K. (2001): Sexualmedizin. Urban und Fischer Verlag: München, Jena.
- Beier, K.M.; Loewit, K. (2004): Lust in Beziehung. Einführung in die Syndyastische Sexualtherapie. Springer: Berlin und Heidelberg.
- Bosse, K.A.; Fassheber, P.; Hünecke, P.; Teichmann, A.; Zauner, J. (1976): Zur sozialen Situation des Hautkranken als Phänomen interpersoneller Wahrnehmung. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 21:3-61.
- Boxdorfer, S.A. (1999): Partnerschaft und Sexualität bei Morbus Parkinson: Ergebnisse einer empirischen Studie bei betroffenen Männern und ihren Partnerinnen. Med. Diss. Humboldt Universität Berlin.
- Fugl-Meyer, A.R.; Lodnert, G.; Bränholm, I.B.; Fugl-Meyer, K.S. (1997): On life satisfaction in male erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 9: 141-148.
- Goecker, D. (2000): Partnerschaft und Sexualität bei Multipler Sklerose: Ergebnisse einer empirischen Studie bei betroffenen Männern und ihren Partnerinnen. Med. Diss. Humboldt Universität Berlin.
- Gupta, M.A.; Gupta, A.K. (1997): Psoriasis and sex: a study of moderately to severely affected patients. *Int J Dermatol* 36 (4): 259-62.
- Hahlweg, K. (1996): Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik. Hogrefe Göttingen.
- Johnson, A.M.; Wadsworth, J.; Wellings, K.; Field, J. (1994): Sexual attitudes and lifestyles. Oxford: Blackwell.
- Kinsey, A.C.; Pomeroy, W.; Martin, C. (1948): Sexual Behavior in the Human Male. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Kinsey, A.C.; Pomeroy, W.B.; Martin, C.E.; Gebhard, P.H. (1953): Sexual behavior in the human female. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Krueger, G.; Koo, J.; Lebwohl, M.; Menter, A.; Stern, R.S.; Rolstad, T. (2001): The impact of psoriasis on quality of Life: results of a 1998 National Psoriasis Foundation patient-membership survey. *Arch Dermatol* 137 (3): 280-4.
- Laumann, E.O.; Gagnon, J.H.; Michael, R.T.; Michaels, S. (1994): The Social Organization of Sexuality. Sexual practices in the United States-Sex, Health, Happiness. Chicago and London: Chicago Press: 353-375.
- Litwin, M.S.; Nied, R.J.; Dhanani, N.; (1998): Health-Related Quality of Life in Men with Erectile Dysfunction. *J Gen Int Med* 13: 159-166.
- Loewit, K. (1980): The communicative function of human sexuality: A neglected dimension. In: Forleo, R.; Pasini, W. (Eds): *Medical Sexology*. Littleton, Ma: PSG Publ: 234-237.
- Lüders, M. (2000): Partnerschaft und Sexualität bei Morbus Parkinson: Ergebnisse einer empirischen Studie bei betroffenen Frauen und ihren Partnern. Med. Diss. Humboldt Universität Berlin.
- McCabe, M.P. (1997): Intimacy and Quality of Life Among Sexually Dysfunctional Men and Women. *J Sex Marit Therap* 23 (4).
- Nathan, S.G. (1986): The Epidemiology of the DSM-III Psychosexual Dysfunctions. *J Sex Marit Therap* 12 (4).
- Niemeier, V.; Winkelessen, T.; Gieler, T. (1997): Hautkrankheit und Sexualität. *Hautarzt* 48: 629-633.
- Polenghi, M.M.; Molinari, E.; Gala, C.; Guzzi, R.; Garutti, C.; Finzi, A.F. (1994): Experience with Psoriasis in a Psychosomatic Dermatology Clinic. *Acta Dermatol Suppl.* 186: 65-66.
- Ramsay, B.; O'Reagan, M. (1988): A survey of the social and psychological effects of psoriasis. *Br J Dermatol* 118: 195-201.
- Schäfer, G.A.; Englert, H.S.; Ahlers, C.J.; Roll, S.; Willich, S.N.; Beier, K.M. (2003): Erektionsstörung und Lebensqualität – Erste Ergebnisse der Berliner Männer Studie. *Sexuologie* 10: 50-60.
- Simons, J.S.; Carey, M.P. (2001): Prevalence of Sexual Dysfunctions: Results from a Decade of Research. *Arch Sex Behav* 30: 177-219.
- Spector, I.P.; Carey, M.P. (1990): Incidence and Prevalence of the Sexual Dysfunctions: A Critical Review of the Empirical Literature. *Arch Sex Behav* 19 (4).
- Traupe, H.; Robra, B. (2003): Schuppenflechte, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 11, Robert-Koch-Institut (Hrsg.).
- Ventegodt, S. (1998): Sex and the Quality of Life in Denmark. *Arch Sex Behav* 27(3).
- Vogt, H.J.; Köhn, F.M. (2003): Der Mensch muss sich in seiner Haut wohl fühlen. In: Delisle B, Haselbacher G, Weissenrieder N (Hrsg.): *Schluss mit Lust und Liebe? Sexualität bei chronischen Krankheiten und Körperbehinderungen*, München Basel, 127-132.

Adresse der Autoren

Eva Rothermund, Doreen Schwarzer, Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus Michael Beier, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Universitätsklinikum Charité, Freie- und Humboldt-Universität zu Berlin, Luisenstr. 57, 10117 Berlin, mail: Eva.Rothermund@t-online.de, www.sexualwissenschaft-berlin.de
 PD Dr. med. Peter Schulze, Dr. med. Markus Friedrich, Prof. Dr. med. Wolfram Sterry, Klinik für Dermatologie, Allergologie und Venerologie, Charité Universitätsmedizin Berlin, Campus Charité Mitte, Schumannstrasse 20-21, 10117 Berlin

Sexualmedizin als Bestandteil der Lehre im Medizinstudium

Klaus M. Beier, Christoph J. Ahlers, Alfred Pauls

Sexual Medicine as Component Part of the Study of Medicine

Nur wenige Universitäten in Deutschland bieten sexualmedizinische Lehrveranstaltungen an. Ein nennenswertes Angebot findet sich nur an den Hochschulen, an denen Sexualmedizin als eigenständiges Fach vertreten ist (Berlin, Frankfurt, Hamburg, Kiel). Diese Lehrangebote sind fakultativ und Sexualmedizin ist bisher in keiner Studienordnung als Pflichtfach verankert. In der medizinischen Approbationsordnung sind sexualmedizinische Lehrinhalte über verschiedene Fächer verstreut (Urologie, Gynäkologie, Dermatologie, Psychiatrie, Rechtsmedizin etc. [s. nachfolgende Übersicht]). In den psychologischen Studienordnungen spielen sexualmedizinische Lehrinhalte lediglich als Bestandteil des Hauptfaches „Klinische Psychologie“ eine Rolle, kommen dementsprechend in Lehrveranstaltungen und Diplomprüfungen im Fach „Klinische Psychologie“ vor und sind folglich auch fester Bestandteil sämtlicher Lehrbücher zur „Klinischen Psychologie“ (vgl. Baumann & Perrez 1998, Comer 2001, Davison & Neale 2002, Reinecker 2003).

Sexualmedizinische Lehrinhalte in der ärztlichen Approbationsordnung

(§ 1) „Die Ausbildung soll grundlegende Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in allen Fächern vermitteln, die für eine umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erforderlich sind.“

Gegenstandskatalog für die ärztliche Vorprüfung sowie den 1. und 2. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

Ärztliche Vorprüfung

- ▶ Medizinische Psychologie: „Psycho-biologischer Ansatz“:

Sexuelle Motive als primäre, nicht homöostatische Motive

- ▶ „Sexualität“: Psychophysiologie und Psychoendokrinologie der Sexualität (sexuelle Reaktion)
- ▶ Emotionalität und sexuelles Verhalten
- ▶ Sexuelle Verhaltensstörungen (Defizite, abweichendes Verhalten)
- ▶ „Scham“: Interkulturelle Unterschiede der körperlichen und seelischen Schamgrenzen, ärztliche Untersuchung und Scham

1. Abschnitt

- ▶ Pathophysiologie/-biochemie, Humangenetik: Innere Sekretion, insbes. „Störungen der sexuellen Differenzierung“; „Kriterien für die Geschlechtszuordnung u. die standesamtliche Eintragung des Geschlechts“
- ▶ Medizinische Mikrobiologie: „Treponema pallidum, Gonokokken: Krankheitsbilder, Pathogenese“
- ▶ Anamneseerhebung u. allg. Krankenuntersuchung: „Grundlagen der Beurteilung der Pubertätsentwicklung“, „Genitalstatus-Erhebung“

2. Abschnitt

- ▶ Dermato-Venerologie: STD, Erkrankungen des äußeren Genitales (Balanitis, Vulvovaginitis, Condyloma accuminata, Kraurosis etc.), Andrologie (Impotentia generandi et coeundi, testikuläre Störungen etc.)
- ▶ Urologie: Urologische Andrologie (Fertilitätsstörungen, Erektionsstörungen); Intersexualität, Entzündungen, Neu- und Fehlbildungen des äußeren Genitales
- ▶ Gynäkologie: „Sexuelle Differenzierung u. ihre Störungen“; „Sexualleben der Frau“ (Sexualverhalten und Sexualakt, psychosexuelle Störungen), „Zusammenhänge zwischen Änderungen in der gesellschaftlichen Rolle der Frau und gynäkologischen-geburtshilflichen Aspekten“ (Lebensgestaltung und spez. Probleme der Lebensphasen), Familienplanung; psychische Störungen in Folge von Abortio, irreversibler Kontrazeption oder Geburt
- ▶ Nervenheilkundliches Stoffgebiet: sexuelle Funktionsstörungen („s.a. GK Gynäkologie, GK Urologie, GK Dermatologie und GK Innere Medizin“); abweichendes sexuelles Verhalten, Perversionen; homosexuelles Verhalten; Transsexualismus; Forensische Psychiatrie u. Begutachtung
- ▶ Innere Medizin: Störungen der inneren Sekretion (inkl. Diabetes mellitus), STD, psychosomatische Krankheitsbilder
- ▶ Pädiatrie: „Der Pubertät parallel laufende psychische Veränderungen“, Intersexualität
- ▶ Allgemeinmedizin: Gesundheitsbildung u. -beratung; allgemeinärztliche Betreuung v. Patienten mit Sexualproblemen;
- ▶ Rechtsmedizin: Forensische Psychopathologie; Forensische Sexualmedizin.

Angebote im bisherigen Regelstudiengang Medizin

Nur teilweise kommt es an den genannten Universitäten zum Angebot von sexualmedizinischen Seminaren, die zugleich als (Pflicht-) Praktika für ein approbationsrelevantes Fach anerkannt werden (in Berlin an der Charité z.B. als Äquivalent für den Kurs Medizinische Psychologie). In der engen Zeitstruktur des bisherigen (Regel-) Medizinstudiums sind in der Regel für ein (Pflicht-) Fach 14 Doppelstunden vorgesehen, von denen zwei versäumt werden dürfen, sodass eine realistische Stundenzahl im Rahmen des Medizinstudiums für ein Fach bei 25 Stunden (à 45 Min.) liegen dürfte. In diesem Zeitrahmen lassen sich nach den Erfahrungen in Berlin (seit 1996 werden pro Semester durchschnittlich 2 Kurse a 20 Studierende durchgeführt) die nachfolgend aufgeführten sexualmedizinischen Lehrinhalte sinnvoll vermitteln:

A) die fachspezifischen Merkmale der Sexualmedizin

1. biopsychosoziales Verständnis menschlicher Sexualität
2. Paar-Beziehungsdimension bei sexuellen Störungen
3. Berücksichtigung sozial-kommunikativer Aspekte von Sexualität als Körpersprache.

B) Die theoretischen Grundlagen der Sexualmedizin

1. Stammesgeschichtliche Entwicklung der menschlichen Sexualität
2. Kulturgeschichtliche Entwicklung der Einstellung zur Sexualität im Abendland und damit verbunden des Fachverständnisses
3. Psychosexuelle Entwicklung über die Lebensspanne
 - a) Kenntnisse über das Zusammenwirken körperlicher, psychischer und sozialer Faktoren, z.B.
 - ▶ Bedeutung entwicklungspsychologischer Phasen für die kindliche und Erwachsenensexualität, Geschlechtsunterschiede, Geschlechtsidentifikation und (im Wandel begriffene) Geschlechtsrollen
 - ▶ Bedeutung des sexuellen Reaktionszyklus für das sexuelle Erleben und Verhalten sowie für die Entstehung und/oder Aufrechterhaltung von sexuellen Störungen
 - b) Kenntnisse über die verschiedenen Dimensionen menschlicher Sexualität und ihr Zusammenspiel:
 - ▶ beziehungsorientierte Dimension, d.h. ihre Bedeutung für die Befriedigung basaler psychosozialer Grundbedürfnisse nach Akzeptanz, Nähe, Sicherheit und Geborgenheit durch sexuelle Kommunikation in Beziehungen
 - ▶ reproduktive Dimension, d.h. ihre Bedeutung für die Fortpflanzung
 - ▶ Sexuelle Lustdimension, d.h. ihre Bedeutung für alle Möglichkeiten des Lustgewinns aus dem Erleben von Sexualität.
 4. Symptomatologie und Krankheitslehre der sexuellen Funktionsstörungen, der Geschlechtsidentitätsstörungen und sexuellen Verhaltensabweichungen sowie der sexuellen Störungen aufgrund von Erkrankungen und/oder deren Behandlung.
 5. Prinzipien sexualmedizinischer Diagnostik und Behandlung:
 - ▶ Fokussierung auf das Paar (Beziehungsentwicklung, Paardynamik und Kommunikationsweisen), Besonderheiten des Paargesprächs und der Anamneseerhebung
 - ▶ Hinweise auf themenzentrierte Selbsterfahrung, Balintgruppe und Supervision als Voraussetzung für sexualmedizinische Behandlungstätigkeit.

Als Leistungsnachweis dient ein (maximal 10-minütiges) Referat zu einem curricular vorgesehenen Thema sowie das Bestehen einer Abschlussklausur (20 MC-Fragen, von denen mindestens 10 Fragen richtig beantwortet sein müssen).

Angebote im Reformstudiengang Medizin der Charité

Der Reformstudiengang

Seit Jahrzehnten gab es immer wieder Überlegungen zur Reformierung des Medizinstudiengangs. Dabei sollte insbesondere die Praxisbezogenheit des Studiums verbessert werden, indem die Studierenden theoretische und praktische Inhalte fächerübergreifend erarbeiten. Auch das selbstbestimmte Lernen und die Eigeninitiative zur Informationsgewinnung sollten besonders gefördert werden. Nach Änderung der Approbationsordnung für Ärzte konnten im Wintersemester 1999 die ersten 63 Studierenden an der Berliner Charité ihr Studium im Reformstudiengang beginnen und auf diese Weise genauso zur ärztlichen Approbation gelangen wie im Regelstudiengang. Das Ziel war eine enge Vernetzung grundlagenmedizinischer, klinischer und psychosozialer Aspekte beim Verständnis von Gesundheit und Krankheit, eine solide Vermittlung von Kommunikationskompetenz und praktischen Fertigkeiten sowie die Förderung des selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lernens.

Das Studium im Reformstudiengang ist in Themenblöcke gegliedert. Anhand konkreter Fallbeispiele werden von den Studierenden vorklinische und klinische Fragestellungen fächerübergreifend bearbeitet. Die Trennung zwischen Vorklinik und Klinik ist somit aufgehoben. Ab dem ersten Semester besteht Kontakt zu Patientinnen und Patienten.

Im ersten Studienabschnitt (1.–5. Semester) befassen sich die Themenblöcke mit einzelnen Organsystemen, während im 2. Studienabschnitt (6.–10. Semester) Aspekte einzelner Lebensabschnitte behandelt werden. Zusätzlich haben die Studierenden die Möglichkeit, während vierwöchiger Blockpraktika auf Station praktische Fertigkeiten und theoretische Kenntnisse zu vertiefen. Der 3. Studienabschnitt beinhaltet – wie auch das Regelstudium – das praktische Jahr.

Zentrale Lehr- und Lernmethode im Reformstudiengang ist das „POL“ – das problemorientierte Lernen. Hier erarbeiten sich 7 Studierende mit Unterstützung einer Dozentin / eines Dozenten die medizinischen Inhalte anhand einer konkreten Fragestellung.

Dafür werden sie zu Beginn der Woche mit einem Patientenfallbeispiel konfrontiert (z.B. einem Patienten mit Unterschenkelfraktur). Bei der Bearbeitung ergeben sich in der Diskussion Fragen, beispielsweise aus dem Gebiet der Anatomie, der Physiologie, aus der Chirurgie oder Pharmakologie.

Aus diesen offenen Fragen werden dann von der Gruppe Lernziele entwickelt, die bis zum Ende der Woche eigenständig zu bearbeiten sind. Das dafür notwendige Selbststudium wird durch eine Reihe von zusätzlichen Lehr- und Lernveranstaltungen unterstützt. Diese sind:

- ◆ Seminare zu klinisch-theoretischen Grundlagen (für eine Gruppe von 21 Studierenden), die von Lehrenden eines Grundlagenfaches und eines klinischen Faches interdisziplinär gestaltet werden. Das Thema richtet sich nach dem aktuellen Themenblock bzw. dem POL-Fall. Die Diskussion mit den Lehrenden ist dabei ein wichtiger Bestandteil.
- ◆ Praktika, in denen z.B. anatomische Präparationen, Experimente in Physiologie / Biochemie durchgeführt werden.
- ◆ Übungen zur Diagnostik / Therapie (in Kleingruppen), welche dem Erwerb praktischer Fertigkeiten des ärztlichen Berufs (z.B. Blutabnahme, körperliche Untersuchung) und diagnostischer Methoden (z.B. Sonographie, EKG, Mikroskopieren) dienen sollen.
- ◆ Interaktionstraining (in Kleingruppen), welches Fertigkeiten zur professionellen Kommunikation und Interaktion im ärztlichen Handlungskontext, z.T. unter Einsatz von Simulationspatientinnen und Patienten vermitteln sollen. Alle Übungen werden in Kleingruppen durchgeführt.
- ◆ Berufsfelderkundung, die vor allem Einblick in verschiedene ärztliche Tätigkeitsgebiete (z.B. Pharmafirmen, Gesundheitsämter, Forschungseinrichtungen) geben soll.
- ◆ Praxistag, an dem die Studierenden einmal wöchentlich in einer ärztlichen Praxis hospitieren. Dadurch werden früher Patientenkontakt und Einblick in die ambulante Gesundheitsversorgung gewährleistet.
- ◆ Studium Generale, bei dem sich die Studierenden Inhalte auch nichtmedizinischer Fächer erarbeiten sollen.

Im Reformstudiengang gibt es schließlich an die Lehrmethoden angepasste studienbegleitende Prüfungen, die dann durch die Staatsprüfungen nach dem praktischen Jahr ergänzt werden:

- ◆ OSCE (Objective structured clinical examinations): Überprüfung praktischer Fertigkeiten (z.B. Blutabnehmen, Untersuchungsmethoden)
- ◆ MEQ (Modified essay questions): Prüft anhand eines Fallbeispiels schriftlich ärztliches Vorgehen und die sinnvolle Anwendung anhand der Inhalte
- ◆ Multiple-Choice-Tests: Überprüfung von Faktenwissen.

Der Block „Sexualität – Geschlechtsorgane – Hormone“

Ein Block im 3. Semester des Reformstudiengangs Medizin an der Charité ist der vom Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin organisierte fünfwöchige Block zum Thema „Sexualität – Geschlechtsorgane – Hormone“, der sämtliche der beschriebenen Lehr- und Lernmethoden enthält: POL-Fälle, Seminare, Übungen zu Diagnostik und Therapie sowie Praktika. Darüber hinaus gibt es eine OSCE-Prüfung zur Sexualanamnese und eine Überprüfung des erlernten Wissens mittels Multiple-Choice-Fragen.

Die einzelnen Seminare im Block „Sexualität“

Der Seminarstoff wird in einer logisch gestuften Form angeboten:

- Seminar 1:** Chromosomales und hormonales Geschlecht
- Seminar 2:** Anatomie / Embryologie und Pathologie der Geschlechtsorgane (männliches und weibliches Geschlecht)
- Seminar 3:** Anatomie und (Patho-)Physiologie sexueller Funktionen
- Seminar 4:** Psychosexuelle Entwicklung: Ausbildung von Liebesfähigkeit und Geschlechtsidentität
- Seminar 5:** Männliche Sexualfunktionen und ihre Störungen
- Seminar 6:** Weibliche Sexualfunktionen und ihre Störungen
- Seminar 7:** Häufigkeit und Erscheinungsformen von Sexualstörungen/Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten
- Seminar 8:** Prinzipien der Kontrazeption
- Seminar 9:** Normvorstellungen
- Seminar 10:** Sexualanamnese

Die einzelnen Übungen im Block „Sexualität“:

Die Übungen sind relativ unabhängig voneinander gestaltet:

Übung 1: Histologie und Pathohistologie der weiblichen Sexualorgane (Anmerkung: identisch mit Ü3)

Übung 2: Urologische Untersuchungstechnik (am Modell)

Übung 3: Histologie und Pathohistologie der männlichen Sexualorgane

Übung 4: Gynäkologische Untersuchung (inkl. Brustuntersuchung am Modell)

Übung 5: Sexualanamnese

Die einzelnen Praktika im Block „Sexualität“

Praktikum 1: Grundlagen der Genetik

Praktikum 2: Anatomie 1 (Weibliche Geschlechtsorgane)

Praktikum 3: Anatomie 2 (Männliche Geschlechtsorgane)

Lernziele des Blocks

Es ist sinnvoll, Lernziele vorab zu formulieren, um Lernprozesse näher beschreiben und überprüfen zu können. Sie haben im Reformstudiengang die Funktion, das Studium inhaltlich sinnvoll und für alle Beteiligten nachvollziehbar zu gestalten. Sie sind die Grundlage für die Inhalte sowie die Methoden der jeweiligen Semesterabschlussprüfungen

Kognitive Lernziele (Reihenfolge ohne Gewichtung)

Die Studierenden sollen

1. die Grundbegriffe der Genetik anwenden und erklären können;
2. den makro- und mikroskopischen Aufbau des äußeren und inneren Genitales (männlich und weiblich) beschreiben können;
3. die Aussagekraft klinischer bildgebender Verfahren und Untersuchungen des äußeren und inneren Genitales darstellen können;
4. Funktionen und Steuerung der männlichen und weiblichen Sexualhormone beschreiben können;
5. Ablauf und Steuerung des weiblichen Menstruationszyklus beschreiben können;

6. die Oo- und Spermiogenese darstellen können;
7. Grundlagen der endokrinologischen Diagnostik der Sexualhormone (RIA, ELISA u.a.) benennen können;
8. die Entwicklung der primären und sekundären Geschlechtsmerkmale beschreiben können;
9. Häufigkeit und Erscheinungsbild von sexuellen und Geschlechtsidentitätsstörungen abschätzen können sowie die Prävalenz, Prävention und Anzeigepflicht bei den häufigsten sexuell übertragbaren Erkrankungen darlegen können (Chlamydien, Trichomonaden, Gonorrhoe, Syphilis und AIDS);
10. die Physiologie der sexuellen Reaktion bei Mann und Frau darstellen können;
11. die Prinzipien der Kontrazeption darstellen können;
12. ein biopsychosoziales Verständnis von Sexualität nachweisen und die Multifunktionalität von Sexualität erklären können;
13. die psychosexuelle Entwicklung des Menschen einschließlich ihres Zusammenhanges zu kulturellen Normenvorstellungen darlegen können;
14. wesentliche Inhalte einer Sexualanamnese aufzeigen können.

Anwendungsbezogene Lernziele (Reihenfolge ohne Gewichtung)

Die Studierenden sollen:

1. eine palpatorische Brustuntersuchung am Modell durchführen können;
2. eine Untersuchung des äußeren weiblichen und männlichen Genitales am Modell durchführen können;
3. eine Untersuchung des inneren weiblichen Genitales am Modell durchführen können;
4. eine Diaphanoskopie des Hodens durchführen können;
5. eine Sexualanamnese erheben können.

Selbsterfahrungsbezogene Lernziele (Reihenfolge ohne Gewichtung)

Die Studierenden sollen:

1. in der Lage sein, in der Gruppe kritisch über Sexualität zu sprechen und die Schwierigkeiten im Umgang mit Sexualität zu reflektieren;
2. in der Lage sein, sich kritisch mit gesellschaftlichen Normvorgaben zum Sexualverhalten auseinander zu setzen;
3. in der Lage sein, eigene Empfindungen bei der Erhebung einer Sexualanamnese kritisch zu reflektieren.

Überprüfung des Lernerfolgs

Bei der Überprüfung des Lernerfolgs des Reformstudiengangs stehen die OSCE-Prüfung und Multiple-Choice-Items im Vordergrund:

Die OSCE-Prüfung

Überprüfung der gelernten praktischen Fertigkeiten (z.B. körperliche Untersuchung am Modell).

Beispiele für Multiple-Choice-Items im Rahmen der Prüfung

1. Die Diagnose „Erektionsstörung“ kann gestellt werden, wenn
 - A. der Patient von Schwierigkeiten bei der Gliedversteifung berichtet.
 - B. der Patient unter der Tatsache leidet, dass sich trotz sexuellen Verlangens keine Erektion aufbaut, die zu einem befriedigendem sexuellen Erlebnis führt.
 - C. ein Diabetes mellitus bekannt ist und der Patient beim Geschlechtsverkehr unzufrieden ist.
 - D. bei sexuellem Verlangen des Patienten keine vollständige Gliedversteifung gegeben ist.
 - E. der Patient unter der Tatsache leidet, dass er nicht jederzeit eine Erektion haben kann.

Richtige Lösung: B

2. Welche Aussage über die Auswirkungen der radikalen Prostatektomie auf Sexualität und Partnerschaft der Betroffenen trifft *nicht* zu?
 - A. Die Mehrzahl der Patienten verliert nach dem Eingriff die Erektionsfähigkeit.
 - B. Bei den meisten kehrt die Erektionsfähigkeit durch die Regeneration von Nervenfasern der Nervus Cavernosus in einem Zeitraum zwischen 6 und 18 Monaten zurück.
 - C. Das Orgasmuserleben kann trotz eingeschränkter Erektionsfähigkeit erhalten geblieben sein.
 - D. Mehr als die Hälfte der Patienten geben postoperativ Einschränkungen im sexuellen Erleben und Verhalten und damit verknüpfte Probleme in der Partnerschaft an.
 - E. Eine Sexualberatung sollte möglichst unter Einbeziehung der Partnerin erfolgen.

Richtige Lösung: B

3. Die Häufigkeit von – mit Leidensdruck verbundenen – Erektionsstörungen bei Parkinson – betroffenen Männern

- A. ist nicht bekannt
- B. ist nicht bestimmbar
- C. beträgt circa 10 %
- D. beträgt circa 25 %
- E. beträgt circa 50 %

Richtige Lösung: E

4. Welche der folgenden Dimensionen menschlicher Sexualität sind bei Erhebung der Sexualanamnese von nachrangiger Bedeutung?
 - A. Beziehungsdimension
 - B. Lustdimension
 - C. Fortpflanzungsdimension
 - D. Keine – alle sollten angesprochen werden.
 - E. Das ist für Männer und Frauen ganz unterschiedlich.

Richtige Lösung: D

5. Die Beziehungsdimension menschlicher Sexualität (i.e. der Wunsch nach – auch körperlicher – Annahme durch einen Beziehungspartner)
 - A. verliert sich im Alter
 - B. beginnt in der Pubertät
 - C. spielt bei Säuglingen nur gelegentlich eine Rolle
 - D. rückt bei chronisch erkrankten Menschen weitgehend in den Hintergrund
 - E. ist biographisch überdauernd ein entscheidender Faktor für Lebensqualität und -zufriedenheit

Richtige Lösung: E

Integration sexualmedizinischer Lehrinhalte entsprechend der neuen Approbationsordnung

Nach der Änderung der ärztlichen Approbationsordnung vom 27. Juni 2002 (BGBl. I, S. 2405; vgl. Strauß & Köllner 2003) sind Umstrukturierungen der medizinischen Ausbildung an den medizinischen Fakultäten erforderlich geworden, die auch Auswirkungen auf die Vermittlung sexualmedizinischer Inhalte und Fertigkeiten haben. An denjenigen Universitätskliniken nämlich, an denen Lehrkräfte zur Verfügung stehen, die sexualmedizinische Inhalte vermitteln können, besteht nun die Möglichkeit einer stärkeren Integration der Sexualmedizin in die medizinische Ausbildung. So sind nach der neuen Studienordnung beispielsweise jetzt Wahlpflichtfächer vorgesehen, d.h. jeder Studierende ist verpflichtet Leistungsnachweise in einem der

angebotenen Wahlfächer zu erbringen und wenn an einer medizinischen Fakultät Sexualmedizin als Wahlfach vorgehalten wird, können Leistungsnachweise entsprechend auch dort erbracht werden. Darüber hinaus gibt es zukünftig „Querschnittsbereiche“ und „Integrationsseinheiten“ zu bestimmten Themen, in die sexualmedizinische Lehrinhalte prinzipiell integriert werden können. Nachfolgend ist die neue Situation für die Berliner Charité beschrieben (an anderen Universitätskliniken sind entsprechende Umstrukturierungen in Vorbereitung; so wird ab dem Sommersemester 2005 am Universitätsklinikum Greifswald Sexualmedizin als Wahlpflichtfach für Studierende belegbar).

Wahlpflichtfach

Im Wintersemester 2004 / 2005 wird Sexualmedizin an der Charité erstmalig als „Wahlpflichtfach“ angeboten. Es stehen hier verschiedene Fächer zur Auswahl (z.B. Anästhesie, Neurochirurgie, Transfusionsmedizin, Phoniatrie etc.) und die Studierenden müssen die Hauptvorlesung (28 Semesterwochenstunden) sowie ein Praktikum (7 Stunden) besuchen. Vorgeschrieben ist ferner die Abfassung einer (maximal 20-seitigen Seminararbeit). Die Teilnahme wird benotet und jedes Fachgebiet muss eine eigene Lehrveranstaltungsordnung festlegen. Dies ist für die Sexualmedizin an der Charité bereits geschehen und so sind die Durchführungsbestimmungen für die Studierenden genau festgelegt (s.u.). Die Benotung erfolgt nach einem definierten Schlüssel für die Prüfungsleistungen und setzt sich aus der Bewertung der Seminararbeit (zu einem frei gewählten sowie ggf. auch vorgegebenen Thema) und der mündlichen Prüfung (Erhebung der Sexualanamnese im Rahmen eines simulierten Explorationsgesprächs sowie zusätzliche Fragen zur Überprüfung des Kenntnisstandes) zusammen.

Querschnittsbereiche

Darüber hinaus sind in der neuen Approbationsordnung 12 „Querschnittsbereiche“ vorgesehen, die beispielsweise auch „Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, öffentliche Gesundheitspflege“ sowie „Prävention, Gesundheitsförderung“ oder „Medizin des Alterns und des alten Menschen“ umfassen. In all diesen Querschnittsbereichen besteht die Möglichkeit, sexualmedizinische Lehrinhalte zu integrieren (als Vorlesungsstunden oder Seminarangebote etc.). An der Charité in Berlin wurde zunächst eine Beteiligung an dem Querschnittsbereich „Medizin des Alterns und

des alten Menschen“ zugesagt, wobei es sich dann um Pflichtangebote für alle Studierenden handelt und entsprechend – anders als bei den Wahlpflichtfächern – wesentlich mehr Lehrpersonal erforderlich ist, um die teilweise parallel stattfindenden Lehrveranstaltungen abzudecken. Hier sind daher unzweifelhaft die großen Fächer (Innere Medizin, Chirurgie etc.) den „kleinen“ überlegen. Dieses Missverhältnis macht sich vor allem da geltend, wo die Studierenden sexualmedizinische Lehre abfordern, dies aber aus Kapazitätsgründen nicht umsetzbar ist.

Integrationsseinheiten

Dies betrifft insbesondere auch die nach der neuen Approbationsordnung erforderliche Organisation fächerübergreifender Lehrveranstaltungen in Form von Integrationsseinheiten, die an der Charité unter anderem zu den Themengebieten „Neurowissenschaften“ sowie „Entwicklung“ entstehen und hier zahlreiche Anknüpfungspunkte für die Sexualmedizin bieten, die von den Studierenden auch nachgefragt werden. Dies macht entsprechende Abstimmungen innerhalb der Fakultät erforderlich, die aufgrund der Vielzahl der beteiligten Fächer (zum Thema „Entwicklung“: u.a. Kinderheilkunde, Humangenetik, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Sexualmedizin etc.; zum Thema „Neurowissenschaften“ u.a. Neurologie sowie die Psychowissenschaften: Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Sexualmedizin) vor allem in der Entstehungsphase der „Integrationsseinheiten“ mit einem hohen organisatorischen Aufwand verbunden ist. Gleichwohl dient die neue Approbationsordnung damit erkennbar auch der Integration von Lehrinhalten bisher nicht oder unzureichend berücksichtigter Fachgebiete (wie beispielsweise der Sexualmedizin) in die medizinische Ausbildung.

Lehrveranstaltungsordnung

Für das im zweiten Abschnitt der ärztlichen Ausbildung angebotene Fach „Sexualmedizin“ (Wahlpflichtfach) des Regelstudiengangs Medizin ist nachfolgende Lehrveranstaltungsordnung verfasst worden:

Präambel

Die Lehrveranstaltung wird gemäß der Approbationsordnung für Ärzte vom 03.07.2002 sowie der Studien-

ordnung für den Studiengang Humanmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin vom 18.08.2003 durchgeführt.

Die nachstehende Ordnung gilt für die im klinischen Abschnitt des Wahlpflichtfaches Sexualmedizin angebotenen Lehrveranstaltungen ab dem Wintersemester 2004/2005.

§1 Zeitlicher Ablauf der Lehrveranstaltung

Die Lehrveranstaltung ist gem. §7 der Studienordnung und nach §2 Absatz 8 der ÄAppO eine Wahlpflichtveranstaltung im klinischen Abschnitt; sie umfasst 7 Stunden Seminar und wird begleitet von einer Vorlesung im Umfang von 28 Stunden. Die Lehrveranstaltung erstreckt sich über 1 Semester.

Ort und Zeit der Durchführung der Lehrveranstaltungen werden zu Beginn des Semesters, spätestens eine Woche vor Beginn der Lehrveranstaltung, auf der Homepage des Instituts für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin veröffentlicht.

§2 Zugang zur Lehrveranstaltung

Der Zugang zu dem in § 1 genannten 7stündigen Seminar ist gemäß § 15 der Satzung für Studienangelegenheiten beschränkt – auf eine Teilnehmerzahl von 18 Studierenden je Kurs, da die inhaltliche Eigenart und die ordnungsgemäße Durchführung der Lehrveranstaltung eine Festlegung der Platzzahl erforderlich macht, – auf Studierende, die der Charité – Universitätsmedizin Berlin angehören. Die für die Lehrveranstaltung verantwortlichen Lehrkräfte entscheiden über die zur Planung notwendigen Angaben (Termine, Gruppenanzahl, Gruppengröße, Veranstaltungsorte – soweit bekannt) und gibt diese dem für die zentrale Stundenplanung zuständigen Referat für Studienangelegenheiten in einem angemessenem Zeitraum bekannt. Im Konfliktfall entscheidet der/die Prodekan/in für Lehre (und Studium).

Die Anmeldung zu dieser Lehrveranstaltung erfolgt nach den Vorgaben, die auf der Homepage des Instituts für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin aufgeführt sind. Die Termine und Fristen für die Anmeldung zur Lehrveranstaltung werden jeweils zum Ende des vorhergehenden, spätestens zu Beginn des Semesters bekannt gegeben. Die Verteilung der Plätze erfolgt durch das Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin in der Reihenfolge der Anmeldung.

Auf Teilnahme an der Lehrveranstaltung besteht grundsätzlich kein Anspruch, da es sich um eine Wahlpflichtveranstaltung mit stark begrenzter Teilnehmerzahl handelt.

§3 Voraussetzungen für den Erwerb des Leistungsnachweises

Voraussetzung für den Erwerb des Leistungsnachweises ist die regelmäßige und erfolgreiche Teilnahme an der Vorlesung (28 Stunden) und dem Kurs (7 Stunden) sowie ggf. die Rückgabe des jeweiligen Fragebogens zur Beurteilung der Lehrveranstaltung. Studierende, die an der Fragebogenaktion nicht teilnehmen möchten, geben einen leeren Bogen ab.

§4 Regelmäßige Teilnahme

Eine regelmäßige Teilnahme liegt vor, wenn der Student oder die Studentin – auch entschuldigt – nicht mehr als 15% der Lehrveranstaltung versäumt hat. Eine Aufrundung auf volle Lehrveranstaltungstage ist in Ausnahmefällen zulässig. Eine regelmäßige Teilnahme setzt mindestens die vollständige Teilnahme an 6 Stunden Kurs voraus. Bei verspätetem Erscheinen kann die Teilnahme am Lehrveranstaltungstag ausgeschlossen werden. Vorzeitiges Verlassen kann als Fehltag gewertet werden. Wenn aus einem wichtigen Grund (z. B. Krankheit), der nachzuweisen ist, Lehrveranstaltungsteile versäumt werden, so können diese nach Maßgabe freier Plätze in der jeweils laufenden Lehrveranstaltungsreihe nach Rücksprache mit dem/der verantwortlichen Hochschullehrer/in der Lehrveranstaltung nachgeholt werden. Der/die verantwortliche Hochschullehrer/in kann Äquivalente oder Alternativleistungen anbieten. Die Teilnahme an den einzelnen Lehrveranstaltungsterminen muss sowohl studierendengebunden (Testatkarte) als auch kursgebunden (Anwesenheitslisten) dokumentiert werden.

Kann der Leistungsnachweis wegen Versäumnis von mehr als 15% der Gesamtzeit der Lehrveranstaltung nicht erteilt werden, so ist die gesamte Lehrveranstaltung zu wiederholen. Ein Anspruch auf einen Lehrveranstaltungsplatz besteht im folgenden Semester nicht.

§5 Nachweis der erfolgreichen Teilnahme

Eine erfolgreiche Teilnahme an der Lehrveranstaltung liegt vor und wird von der verantwortlichen Lehrkraft dokumentiert, wenn folgende Leistungen erbracht sind: 1. Hausarbeit (max. 20 Seiten einschl. Literatur) zu einem vereinbarten Thema (Themenangebote seitens des Institutes werden Anfang Januar auf der Homepage bekannt gegeben. Für von den Studierenden eigenständig formulierte und von den Dozenten akzeptierte Themen/Fragestellungen werden zusätzliche Punkte vergeben, die in die Benotung eingehen); 2. klinisch-praktische Prüfung in Form einer strukturierter Sexualanamnese gemäß Anlage, in der die zentra-

len Inhalte des Seminars (Sexualanamnese, Sexuelle Funktionsstörungen – auch aufgrund von Erkrankungen und/oder deren Behandlung, Sexuelle Präferenz- und Verhaltensstörungen sowie Geschlechtsidentitätsstörungen anhand von Praxisbeispielen) berücksichtigt werden.

Die Termine für die Leistungskontrollen werden in den ersten Lehrveranstaltungsstunden (Vorlesung) und auf der Homepage des Instituts bekannt gegeben. Das Versäumen der Leistungskontrollen gilt nur als entschuldigt, wenn ein wichtiger Grund unverzüglich nachgewiesen wird. Die/Der verantwortliche Hochschullehrer/in der Lehrveranstaltung entscheidet über die Anerkennung. Ein Anspruch auf sofortiges Nachholen der Leistungskontrolle besteht nicht.

Die schriftliche Ausarbeitung gilt als bestanden, wenn mindestens die formalen Kriterien einer typischen Gliederung einer Hausarbeit (1. Einleitung und Fragestellung, 2. Methodik, 3. Ergebnisse, 4. Diskussion, 5. Zusammenfassung, 6. Literaturverzeichnis) erfüllt, die korrekte Zitierweise der Literaturquellen angewandt sowie die wichtigsten Inhalte des Themas verständlich und korrekt dargelegt wurden. Die gesamte Lehrveranstaltung gilt nur dann als bestanden, wenn sowohl mündliche Prüfung als auch schriftliche Ausarbeitung bestanden sind. Für die Lehrveranstaltung wird eine Gesamtnote vergeben, die sich zu 30% aus der OSCE-Prüfung und zu 70% aus den Ergebnissen der schriftlichen Ausarbeitung errechnet (siehe Anlagen 1, 2 und 3). Die Noten für die einzelnen Prüfungsleistungen werden von den jeweiligen Prüfern bzw. Prüferinnen festgesetzt. Für die Bewertung der Leistungen sind folgende Noten zu verwenden:

- 1 = sehr gut eine hervorragende Leistung;
- 2 = gut eine Leistung, die erheblich über den durchschnittlichen Anforderungen liegt;
- 3 = befriedigend eine Leistung, die durchschnittlichen Anforderungen entspricht;
- 4 = ausreichend eine Leistung, die trotz ihrer Mängel noch den Anforderungen genügt;
- 5 = nicht ausreichend eine Leistung, die wegen erheblicher Mängel den Anforderungen nicht mehr genügt.

Die Leistungskontrollen umfassen nur die für die Lehrveranstaltung definierten Inhalte.

§6 Wiederholung der Leistungskontrolle

Nicht erfolgreich bestandene Leistungskontrollen können zweimal wiederholt werden. Zwischen den einzelnen Leistungskontrollen wird ein für die Aufarbeitung des Stoffes der Lehrveranstaltung angemessener Zeitraum gewährt.

Die Wiederholungstermine werden so gelegt, dass zumindest die erste Wiederholung vor Beginn des folgenden Semesters stattfindet; sie ist so einzurichten, dass den Studierenden die ungehinderte Fortsetzung des Studiums – auch bei Studienortwechsel – ermöglicht wird. Ist der Leistungsnachweis auch nach Erschöpfung der Wiederholungsmöglichkeiten noch nicht erbracht, kann die Lehrveranstaltung einschließlich der zugehörigen Leistungskontrolle/n einmal wiederholt werden.

§7 Anerkennung von anderweitig erbrachten Teilleistungen

Teilleistungen, die im gleichen Studiengang an anderen Hochschulen erbracht worden sind, werden in der Regel nicht anerkannt. Über Einzelfälle entscheidet der/die für die Lehrveranstaltung verantwortliche Hochschullehrer/in.

Sofern Teilleistungen im Einzelfall anerkannt werden, setzt dies voraus, dass der Verlauf und der Inhalt beider Lehrveranstaltungen/ Lehrveranstaltungsreihen übereinstimmen, die anzuerkennende Teilleistung sich auf einen abgeschlossenen Lehrveranstaltungsteil bezieht, für den sowohl die regelmäßige, wie auch die erfolgreiche Teilnahme bereits bescheinigt wurde und die Anerkennung nicht gegen andere Rechtsvorschriften verstößt.

§8 Ausgabe der Leistungsnachweise

Der Leistungsnachweis wird nach Abschluss der Lehrveranstaltung und Auswertung der Leistungskontrollen ausgegeben. Einzelheiten werden auf der Homepage des Instituts veröffentlicht.

Die Ausgabe der Leistungsnachweise erfolgt so, dass den Studierenden die ungehinderte Fortsetzung des Studiums – auch bei Studienortwechsel – ermöglicht wird.

§9 Organisation und Inhalte der Lehrveranstaltungen

Ablauf und Organisation

Die Lehrveranstaltung besteht aus einem Seminarteil mit 7 Stunden (incl. 1 Stunde Prüfung) und einer begleitenden Vorlesung im Umfang von 28 Doppelstunden Vorlesung.

Ärztliche Schweigepflicht

Die Studierenden haben die Vorschriften der ärztlichen Schweigepflicht zu beachten und dürfen keine Informationen oder andere personenbeziehbare Daten, die während der Lehrveranstaltung bekannt geworden sind, an Dritte weitergeben.

Inhalte

Vorlesung: Die Sexualwissenschaft ist interdisziplinär ausgerichtet und berücksichtigt biologische, psychologische und soziale Dimensionen menschlicher Geschlechtlichkeit. Dies wird in der Vorlesung systematisch dargestellt. Eingegangen wird auch auf Störungen und Erkrankungen des sexuellen Erlebens und Verhaltens; hier kommt der Sexualmedizin die Aufgabe der Erkennung, Behandlung, Prävention und Rehabilitation sexueller Störungen zu.

Allgemein: Geschichte und programmatisches Konzept der Sexualwissenschaft/Sexualmedizin; Stammesgeschichte der menschlichen Sexualität; körperliche Sexualentwicklung; psychosexuelle Entwicklung über die Lebensspanne; Entwicklung der Geschlechtsidentität und der sexuellen Orientierung; Physiologie der sexuellen Reaktion; Geschlechtsrolle und Geschlechtsrollenverhalten.

Speziell: Krankheitslehre und Behandlungsmöglichkeiten bei sexuellen Funktionsstörungen und Störungen des soziosexuellen Verhaltens (sexuelle Verhaltensabweichungen, Paraphilien).

Seminar: Sexuelle Funktionsstörungen (auch aufgrund von Erkrankungen und/oder deren Behandlung) Sexuelle Präferenz- und Verhaltensstörungen sowie Geschlechtsidentitätsstörungen anhand von Praxisbeispielen, Sexualanamnese.

§10 Qualitätssicherung

Der/die verantwortliche Hochschullehrer/in der Lehrveranstaltung verpflichtet sich, die Qualitätssicherungsmaßnahmen, die von der Gliedkörperschaft Charité – Universitätsmedizin Berlin beschlossen worden sind (insbesondere die Evaluation), durchzuführen.

Bewertungskriterien für die mündliche Prüfung und die Seminararbeit

Der Bewertung der Prüfungsleistungen liegen folgende in Abb. 1 aufgeführten Kriterien zugrunde.

Vermittlung und Überprüfung sexualmedizinischer Kenntnisse und Fertigkeiten

Das Sprechen über Sexualität ist für Ärzte und Patienten nach wie vor keine Selbstverständlichkeit. Es führt häufig zu Hemmungen oder Gefühlen von Scham oder Peinlichkeit und wird nicht selten ganz

I. Hausarbeit		
A	Qualität des Themas/der Fragestellung (gilt nur bei eigenständig formulierter Problemstellung)	0 – 30 Punkte
B	Adäquater Inhalt	0 – 50 Punkte
C	Darstellung	0 – 40 Punkte
D	Formale Qualität (Gliederung, Zitierform)	0 – 20 Punkte
i.e.		max. 140 Punkte

II. Klinisch-praktische Prüfung		
Die klinisch-praktische Prüfung besteht aus der Simulation von Teilen eines Explorationsgesprächs sowie aus (zusätzlichen) Fragen zur Überprüfung des Kenntnisstandes)		
A	Für 6 Kriterien für Evaluationsgespräche (s.u.) werden je 0 bis 10 Punkte vergeben	
i.e.		max. 60 Punkte
B	Für max. 6 zusätzliche Fragen zum Kenntnisstand werden Pluspunkte (bis + 10 bei sehr guter Beantwortung) und Minuspunkte (bis – 10 bei Unwissenheit) gegeben. Die Fragen beziehen sich auf die Inhalte der Lehrveranstaltungen.	
i.e.		+ 60 Punkte

Benotung des Leistungsnachweises

Form der Leistungskontrolle	Seminararbeit und mündliche Prüfung				
Bestehensgrenze	100 Punkte, davon mindestens 20 in der mündlichen Prüfung und mindestens 50 in der Seminararbeit				
Basis für Gesamtbewertung	s. Anlage 1				
Umrechnung in Noten	≥ 160 Punkte	140 – 159 Punkte	120 – 139 Punkte	100 – 119 Punkte	< 100 Punkte
Nach ÄappO	1 sehr gut	2 gut	3 befriedigend	4 ausreichend	5 nicht ausreichend

Abb. 1 Kriterien zur Bewertung der Prüfungsleistungen

vermieden bzw. „abgewürgt“. Andererseits ist in den vergangenen zwei Jahrzehnten unverkennbar eine Entwicklung eingetreten, die dazu geführt hat, dass auch und gerade ältere Patienten sich nicht mehr scheuen, ihre sexuellen Probleme anzusprechen und von ihrem Arzt entsprechende diagnostische und therapeutische Kompetenz erwarten. Da Ärzte vielfach Berührungängste gegenüber dem Thema Sexualität haben, werden die Möglichkeiten, die das Untersuchungsgespräch oder die Sexualanamnese bieten, nicht ausgeschöpft, sondern (vor allem pharmako-

) therapeutisch gehandelt, bevor die Störung in ihrer Entstehung und Bedeutung ausreichend verstanden wurde. Demgegenüber kann ein kompetent geführtes, „geglücktes“ Gespräch nicht nur die gewünschten diagnostisch relevanten Informationen liefern, sondern eine therapeutische Beziehung herstellen und den Weg in Beratung und Therapie öffnen (vgl. Strauß, 1995). Benötigt wird neben (1) einer positiven Grundeinstellung bezüglich der Bedeutung sexueller Gesundheit, (2) ein Kenntnis der Vielfalt der Phänomene nicht gestörter wie gestörter Sexualität, (3) ein reflektierter Bezug zur eigenen Sexualität, (4) ein möglichst ungezwungenes Sprechenkönnen über sexuelles Erleben und Verhalten sowie (5) die innere Bereitschaft, sich auch mit einem Paar und nicht nur mit einem einzelnen Patienten auseinander zu setzen. Das Seminar ermöglicht vor diesem Hintergrund einen Einstieg in die sexualmedizinische Befunderhebung.

Um Studierenden (genau wie Teilnehmern der Sexualmedizinischen Fortbildung) eine möglichst strukturierte sexualmedizinische Befunderhebung zu erleichtern und damit auch die anfängliche Unsicherheit im sexualmedizinischen Explorationsgespräch zu verringern, wurden am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Berliner Charité spezielle Erhebungsinstrumente entwickelt. Neben einer „Strukturierten Sexual-Anamnese“ SSA (Ahlers et al. 2004), in der sämtliche sexualmedizinisch relevanten Informationen in Form eines Interview-Leitfadens aufbereitet sind, ist im Rahmen der Ausbildungsoptimierung auch ein Dokumentations-Leitfaden entwickelt worden, mit Hilfe dessen die übergeordneten Komponenten der Sexualstruktur des Menschen im Anschluss an die Explorationsgespräche dokumentiert werden können: „Das 5 x 3 der Sexualmedizin“ SEXMED-5x3 (Ahlers et al. 2004). Anhand dieses Dokumentations-Leitfadens kann gewährleistet werden, dass neben den detaillierten Einzelinformationen, die im Rahmen der Sexualanamnese erhoben werden (vgl. SSA), auch die nicht störungsbezogenen, übergeordneten Zusammenhänge erfasst werden, welche die menschliche Sexualität fundieren und damit auch das fachliche Paradigma der Sexualmedizin begründen. Die einzelnen Komponenten dieser beiden Leitfaden (SSA, SEXMED-5x3) sind auf den Seiten 84ff dieser Ausgabe dargestellt.

Nachdem in den Kursen unter Zuhilfenahme der genannten sexualmedizinischen Erhebungsinstrumente die Durchführung einer Sexualanamnese theoretisch erarbeitet wurde, wird in anschließenden Übungen anhand von realen Fallbeispielen aus der sexualmedizinischen Praxis (zu sexuellen Funktionsstörungen –

auch aufgrund von Erkrankungen und / oder deren Behandlung, sexuellen Präferenz- und / oder Verhaltensstörungen sowie Geschlechtsidentitätsstörungen) die konkrete Gesprächsführung der sexualmedizinischen Anamnesetechnik eingeübt. Hierzu erhalten je drei Studierende Rollenbeschreibungen für die jeweilige Darstellung von Patient, Partner und Therapeut. In einem möglichst realistischen Rollenspiel üben die Studierenden dann die Gesprächssituation ein.

Weil sich die sexualmedizinische Ausbildung an einer möglichst praxisnahen und realitätsbezogenen Wissensvermittlung und Wissensüberprüfung orientiert, finden die Abschlussprüfungen (neben der Darstellung und Diskussion eines sexualmedizinischen Behandlungsfalls) sowohl in Form von Wissensüberprüfungen zur Diagnostik und Behandlung sexueller Störungen statt (u.a. „Fragebogen zu sexualmedizinischen Kenntnissen“ Brähler et al. 1988), als auch in Form von Arzt-Patient-Gesprächen, wobei hier die Patienten von Laiendarstellern (sog. Simulationspatienten) gespielt werden, die vorher von den jeweiligen Prüfern in der Darstellung ihrer Beschwerden instruiert werden. Die Studierenden oder die Ausbildungskandidaten führen als Prüfungssituation ein Explorations- und Beratungsgespräch mit den Simulationspatienten und werden dabei von den Prüfern hinsichtlich fachspezifischer Lernziele beurteilt.

Hierbei müssen die Bewertungskriterien definiert sein und in einem sinnvollen Zusammenhang zu den Lernzielen stehen. Geprüft wird zu diesem Zwecke die Erhebung einer Sexualanamnese bei einem „Simulationspatienten“ (der z.B. die Symptomatik einer sekundären, situativen Erektionstörung schildert), dabei geht es jedoch weniger um möglichst vollständige Informationsgewinnung in der Exploration, als vielmehr um den Nachweis der Fähigkeit, mit dem Patienten ein offenes und wertfreies Gespräch über dessen Sexualstörungen zu führen sowie ein klares Konzept, z.B. über die bio-psycho-soziale Fundierung der Sexualität oder die Bedeutung von Partnerschaft in der Sexualität, vermitteln zu können.

Um eine solche strukturierte und möglichst objektive Bewertung der Gesprächsgestaltung zu gewährleisten und später auch die Bewertungen verschiedener Prüfer vergleichen zu können (vgl. Berger et al. 2003), wurde am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité in Berlin ein „Evaluationsbogen zur sexualmedizinischen Gesprächsführung“ ESG (Ahlers et al. 2004) entwickelt, der sowohl als Beurteilungsgrundlage für den Lernfortschritt in der sexualmedizinischen Ausbildung allgemein dient, als auch zur Beurteilung der Explorations- und Beratungsgespräche im Rahmen der Abschlussprü-

fungen im Curriculum Sexualmedizin an der Charité genutzt wird. Der Evaluationsbogen fokussiert auf alle wesentlichen Bereiche der sexualmedizinischen Gesprächsführung und orientiert sich auch an den Komponenten des SEXMED-5x3 (Ahlers et al. 2004, s.o.). Um die Konstruktion des Evaluationsbogens zu verdeutlichen sind hier lediglich die ersten Items aufgeführt.

„Evaluationsbogen zur sexualmedizinischen Gesprächsführung“ ESG

1. Gesprächsgestaltung

Wie gut ist der Therapeut in der Lage, ein offenes Gespräch mit den Patienten aufzubauen und eine konstruktive, wertschätzende und gleichberechtigte Gesprächsatmosphäre zu entwickeln? (überengagierte, direkte und symptomzentrierte Interviews, Monologe, moralische Wertungen und Belehrungen sollten entsprechend der fünfstufigen Bewertungsskala (*sehr gut gut befriedigend ausreichend nicht ausreichend*) als *nicht ausreichend* angesehen werden.

2. Grundlagen der Sexualität

Wie gut ist der Therapeut im Gespräch mit den Patienten in der Lage, die verschiedenen Grundlagen des sexuellen Erlebens und Verhaltens anzusprechen und einzeln zu erfragen? Vgl. SEXMED-5x3 Punkt 1. a) biologische (Körperlichkeit), b) psychologische (Persönlichkeit) und c) soziologische (Sozial- und Partnerbezogenheit) [vgl. Heftseite 87]. Benotung entsprechend der fünfstufigen Bewertungsskala.

3. Dimensionen der Sexualität und Partnerschaftsaspekte

Wie gut ist der Therapeut im Gespräch in der Lage, die verschiedenen Dimensionen des sexuellen Erlebens und Verhaltens anzusprechen und deren subjektive Bedeutung für die Patienten einzeln zu erfragen? Vgl. SEXMED-5x3 Punkt 2. a) Lust, b) Fortpflanzung und c) Beziehung (insbesondere auch hinsichtlich der Kommunikation zwischen den Partnern [vgl. Heftseite 87]). Benotung entsprechend der fünfstufigen Bewertungsskala.

4. Achsen der sexuellen Präferenzstruktur

Wie gut ist der Therapeut im Gespräch mit den Patienten in der Lage, die verschiedenen Achsen der sexuellen Präferenzstruktur anzusprechen und – von normkonform bis paraphil – einzeln zu erfragen? Vgl. SEXMED-5x3 Punkt 3. a) Geschlecht (eines gewünschten Partners), b) Alter (eines gewünschten Partners) und c) Art und Weise (eines gewünschten Partners bzw. Objektes oder einer Interaktion [vgl.

Heftseite 87f]). Benotung entsprechend der fünfstufigen Bewertungsskala..

5. Ebenen des sexuellen Erlebens und Verhaltens

Wie gut ist der Therapeut im Gespräch mit den Patienten in der Lage, die verschiedenen Ebenen des sexuellen Erlebens und Verhaltens anzusprechen und einzeln zu erfragen? Vgl. SEXMED-5x3 Punkt 4. a) sexuelles Selbstkonzept, b) sexuelle Phantasien und c) sexuelles Verhalten. [vgl. Heftseite 87f]). Benotung entsprechend der fünfstufigen Bewertungsskala.

6. Formen und Veränderungen des konkreten Sexualverhaltens

Wie gut ist der Therapeut im Gespräch mit den Patienten in der Lage, die verschiedenen Formen des konkreten Sexualverhaltens (sowie diesbezügliche Veränderungen im Zeitverlauf) anzusprechen und einzeln zu erfragen? Vgl. SEXMED-5x3 Punkt 5. a) Selbststimulation und -befriedigung, b) extragenitale sexuelle Interaktion (z.B. Streicheln, Schmusen, Kuschneln) und manuelle, orale oder andere c) genitale Stimulation (z.B. Petting) inklusive Geschlechtsverkehr. [vgl. Heftseite 87f]). Benotung entsprechend der fünfstufigen Bewertungsskala.

Der „Evaluationsbogen zur sexualmedizinischen Gesprächsführung“ ESG (Ahlers et al. 2004) kann in der sexualmedizinischen Ausbildung im Rahmen von Kleingruppenübungen eingesetzt werden, in denen jeweils drei bis vier Studierende oder Ausbildungsteilnehmer eine Arbeitsgruppe bilden und miteinander sexualmedizinische Gesprächsführung trainieren. In diesem Kleingruppenübungen übernimmt jeweils ein Teilnehmer die Rolle des Therapeuten, ein bzw. zwei Teilnehmer übernehmen die Rolle des Patienten bzw. des Paares und ein Teilnehmer übernimmt die Rolle eines Supervisors, der mit Hilfe des ESG die Gesprächsführung des jeweiligen Therapeuten beurteilt. Die Rollenverteilung rotiert solange, bis jeder Teilnehmer jede Rolle gespielt hat. Nach jedem Durchgang können die im ESG erreichten Punkte summiert werden. Weil die Beurteilungsskalen des ESG im Schulnotensystem gegliedert sind (1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = befriedigend, 4 = ausreichend, 5 = nicht ausreichend), fällt die erreichte Gesamtpunktzahl um so niedriger aus, je besser der Rollen-Supervisor die jeweiligen Kriterien des ESG als erfüllt angesehen hat. Außerdem ermöglicht der ESG den Studierenden bzw. den Teilnehmern der Ausbildung über den Verlauf der Ausbildung systematisch eigene Schwächen erkennen und verbessern zu können, wenn über verschiedene Supervisoren hinweg immer wieder bestimmte

Aspekte als nicht ausreichend angesehen wurden. Für die Zulassung zur bzw. zum Bestehen der Abschlussprüfung kann eine Höchstpunktzahl als Mindestkriterium festgelegt werden und damit als objektiver Maßstab fungieren.

Mit Hilfe der hier vorgestellten Verfahren können die Lehrveranstaltungen zum Thema Sexualanamnese-Erhebung optimal strukturiert und außerdem der Lernfortschritt mit Hilfe des Fremdbeurteilungsverfahrens ESG quantifiziert werden.

Literatur

- Ahlers, Ch. J.; Schaefer, G. A.; Beier, K. M. (2004): Erhebungsinstrumente in der klinischen Sexualforschung und der sexualmedizinischen Praxis: Ein Überblick über die Fragebogenentwicklung am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité Berlin. *Sexuologie* 11 (3/4) 74-97.
- Baumann, U. ; Perrez, M. (Hrsg.) (1998). *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie*. 2. Aufl., Bern: Huber.
- Berger, U.; Schleußner, Ch.; Strauß, B. (2003): Umfassende Lehrveranstaltung in der Medizin – eine Aufgabe für die psychosozialen Fächer? *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 53, 71-78.
- Brähler, E.; Böhm, A. (1988): *Einstellungen zur Sexualität und sexualmedizinische Kenntnisse*. Berlin: Springer.
- Comer, R. J. (2001): *Klinische Psychologie*. Spektrum: Akademischer Verlag
- Davison, G. C.; Neale, J. M. (2002): *Klinische Psychologie*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Reinecker, H. (Hrsg.) (2003): *Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Strauß, B.; Köllner, V. (2003): Die neue Approbationsordnung: Eine Chance für die psychosozialen Fächer. *Psychotherapie, Psychosomatik, Med Psychologie* 53, 43-46.
- Strauß, B. (1995): Das wiederentdeckte ärztliche Gespräch. Konzepte – Evaluation – Qualitätssicherung in der Psychosomatischen Grundversorgung. *Psychotherapeut* 40, 39-42.

Adressen der Autoren

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

Das späte Menschenrecht (Teil 1) – Sexualität im europäischen und österreichischen Recht

Helmut Graupner

The Belated Human Right (Part 1) – Sexuality in European and Austrian Law

Abstract

The European Court of Human Rights (ECtHR) protects sexual autonomy comprehensively. Both the right to wanted sexuality and the right to be free from unwanted sexuality have to be safeguarded. Only then human sexual dignity is fully and comprehensively respected. This contribution not only presents the case-law of the ECtHR in sexual matters but it provides a detailed analysis of the historic and current legal treatment of sexuality in Austria. It turns out that both jurisdictions basically acknowledge and protect sexual autonomy, though pre-enlightened thinking can still be found in some regulations.

Keywords: Sexuality, sexual orientation, homosexuality, transsexuality, intersexuality, sexual violence, abuse, pornography, prostitution, pedophilia, ephebophilia, sadomasochism, exhibitionism, child sexuality, adolescent sexuality, sexual offences, human rights, sexual offenders, criminal justice

Zusammenfassung

Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) schützt die sexuelle Selbstbestimmung umfassend. Sowohl das Recht auf gewollte Sexualität als auch das Recht auf Freiheit von ungewollter Sexualität sind zu respektieren. Nur dann wird die menschliche Würde im Sexuellen voll und umfassend respektiert. Die vorliegende Untersuchung stellt nicht nur die aktuelle Rechtsprechung des EGMR im Bereich der Sexualität dar, sondern gibt auch

einen detaillierten Überblick über die Entwicklung und den Stand der rechtlichen Behandlung des Sexuellen im österreichischen Recht. Dabei zeigt sich, dass die sexuelle Autonomie in beiden Rechtsordnungen grundsätzlich anerkannt und geschützt wird, wenngleich voraufklärerisches Denken mancherorts nach wie vor erkennbar ist.

Schlüsselwörter: Sexualität, sexuelle Orientierung, Homosexualität, Transsexualität, Intersexualität, sexuelle Gewalt, Mißbrauch, Pornografie, Prostitution, Pädophilie, Ephebophilie, Sadomasochismus, Exhibitionismus, Kindersexualität, Jugendsexualität, Sexualstrafrecht, Menschenrechte, Sexualstraftäter, Strafvollzug

Sexualität – ein Menschenrecht

Die Aufklärung und die Französische Revolution waren die Geburtshelfer der Menschenrechtsidee. Und es war die Französische Revolution, die all den früheren kriminalstrafrechtlichen Verboten einverständlicher sexueller Beziehungen ein Ende bereitere. Die „Allgemeine Erklärung der Menschen- und Bürgerrechte“ von 1789 etablierte den Grundsatz, dass „Freiheit darin besteht, alles tun zu können, was anderen nicht schadet“ (Art. 4). Die französische Verfassung von 1795 hat dies in ihrer Präambel als „von Natur aus in alle Herzen gegrabenes Prinzip“ bezeichnet.

Dementsprechend wurden die – zum Teil mit der Todesstrafe belegten – Tatbestände der „mit sich allein begangenen widernatürlichen Unkeuschheit“ (Masturbation), der „Fornikation“ (außerehelicher Verkehr), der „Führung eines unzüchtigen Lebens“, des Verkehrs zwischen Christen und Nicht-Christen („Heiden“) (oft als „besondere Abscheulichkeit“ bezeichnet)

net), der „Unkeuschheit wider die Natur“ (Anal- und Oralverkehr, hetero- und homosexuell), der Prostitution, des Inzests und des Ehebruchs aufgehoben. Sexuelle Gewalt und Missbrauch geschlechtsunreifer Personen blieben selbstverständlich schwere Verbrechen (Graupner 1997a, Bd. 1, 126ff, Bd. 2, 361ff, Graupner 1997b, 198ff).

Es ist genau dieses Verständnis sexueller Autonomie, das sich heute in der Judikatur des *Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte* (in der Folge: *Gerichtshof*)¹ findet.

Sexuelle Autonomie und Selbstbestimmung besteht aus zwei Teilen. Richtig verstanden umfasst sie sowohl das Recht auf gewollte Sexualität als das Recht frei zu sein von ungewollter Sexualität, von sexuellem Missbrauch und sexueller Gewalt. Beide Seiten derselben Medaille „sexuelle Selbstbestimmung“ müssen angemessen berücksichtigt und keine darf zu Gunsten der anderen vernachlässigt werden. Nur dann wird die menschliche Würde im Sexuellen voll und umfassend respektiert.

Wie der Gerichtshof ausgesprochen hat, ist der zentrale Gedanke der Menschenrechte der Respekt vor der menschlichen Würde und Freiheit,² und die Anerkennung der persönlichen Autonomie ist ein bedeutendes Auslegungsprinzip in der Anwendung des Rechts auf Achtung des Privatlebens.³ Dieser Schutz des Privatlebens hat auf Grundlage der gegenwärtigen Verhältnisse zu erfolgen und die entsprechenden grundrechtlichen Verpflichtungen haben zu jeder Zeit erfüllt zu werden.⁴ Die Werthaltungen und Ansichten früherer Zeiten können einen heutigen Mangel an Respekt (des Privatlebens) nicht rechtfertigen; Staaten haben vielmehr sogar die Verpflichtung, aktiv jene negativen Effekte zu beseitigen, die heute als Folge solcher früherer Anschauungen eintreten.⁵

Hinsichtlich des Rechts auf Freiheit von ungewollter Sexualität, von sexuellem Mißbrauch und Gewalt versteht der Gerichtshof diese Rechte nicht bloß als negatives Recht auf Freiheit von staatlichen Eingriffen sondern auch als positive Rechte auf (aktiven) Schutz dieser Rechte, gegenüber dem Staat wie auch gegenüber anderen Individuen.⁶ Das Recht auf Achtung des Privatlebens kann nicht auf das klassische Recht, zu tun was man möchte, reduziert werden, sondern muß als umfassendes Persönlichkeitsrecht gesehen werden, welches das Recht auf physische und psychische Integrität und Sicherheit mit einschließt,⁷ das Recht auf angemessenen Schutz gegen sexuellen Missbrauch und sexuelle Gewalt, und in massiven Fällen auch auf den Einsatz des Strafrechts zum Zwecke der Abschreckung.⁸ Das Recht von Sexualstraftaten Beschuldigter auf ein faires Verfahren muß

in einen angemessenen Ausgleich gebracht werden mit dem Recht von Opfern auf effektiven Schutz; Verteidigungsrechte können (und manchmal: müssen) angemessen eingeschränkt werden, um den Interessen der (mutmaßlichen) Opfer gerecht zu werden.⁹

Hinsichtlich der anderen Seite der Medaille, der Freiheit zu gewollter Sexualität, betont der Gerichtshof, dass das Recht auf Achtung des Privatlebens das Recht auf persönliche Entwicklung beinhaltet,¹⁰ ebenso das Recht auf freie Entfaltung und Entwicklung der eigenen Persönlichkeit,¹¹ und auf Aufnahme und Führung zwischenmenschlicher Beziehungen, insb. im emotionellen Bereich zur Entwicklung und Erfüllung der eigenen Persönlichkeit.¹² Der Zweck des Schutzes des Privatlebens besteht in der Sicherstellung eines Bereichs, in dem der Einzelne seine Persönlichkeit entfalten und erfüllen kann,¹³ und in der Gewährleistung des Rechts, die eigene sexuelle Lebensweise selbst wählen zu können.¹⁴ Sexualität und Sexuellen gehören zum Kernbereich des Grundrechts auf Schutz des Privatlebens.¹⁵ Staatliche Regulierung sexuellen Verhaltens greift in dieses Recht ein; und solche Eingriffe sind nur dann gerechtfertigt, wenn sie nachweislich notwendig sind, um von anderen Schaden abzuwenden. Wobei die Frage der „Notwendigkeit“ in diesem Zusammenhang auf der Grundlage einer demokratischen Gesellschaft zu beurteilen ist, deren Kennzeichen Toleranz, Pluralismus und Weltoffenheit sind.¹⁶ Diese Kennzeichen erfordern, dass ein dringendes soziales Bedürfnis für die ergriffene Maßnahme besteht und dass die Maßnahme selbst in einem angemessenen Verhältnis zu dem verfolgten Ziel steht.¹⁷

Ansichten und Werthaltungen einer Mehrheit können Eingriffe in das Recht auf Privatleben (wie auch in andere Grundrechte) jedenfalls nicht rechtfertigen.¹⁸ Es ist das Grundanliegen der Menschenrechte, den Einzelnen und Minderheiten gegen ungerechtfertigte Eingriffe der Mehrheit zu schützen, ganz gleich – wie John Stuart Mill es formuliert hat¹⁹ – wie groß die Mehrheit und wie stark ihre moralische Verachtung und Abscheu der Handlungen und Werte der Minderheit oder des Einzelnen auch sein mag. Eingriffe, die ausschließlich auf die Ansichten der Mehrheit gegründet sind, hat Mill als „Verrat an den grundlegendsten Werten der politischen Demokratie“ bezeichnet.²⁰

In diesem Sinne hat der Gerichtshof in zwei am 9. Jänner 2003 veröffentlichten Urteilen in den Fällen *L. & V. gg. Österreich* und *S. L. gg. Österreich* Österreich wegen der jahrelangen strafrechtlichen Verfolgung homo- und bisexueller Männer verurteilt.²¹ Einstimmig erkannten die RichterInnen, dass das in § 209 Strafgesetzbuch festgelegte Mindestalter von 18 Jah-

ren für schwule Beziehungen fundamentale Menschenrechte verletzt.

Der Menschenrechtsgerichtshof hat damit den Beschwerden zweier nach dem antihomosexuellen Sonderstrafgesetz § 209 StGB zu Bewährungsfreiheitsstrafen verurteilter Männer (L. & V.) und der Beschwerde eines 17jährigen Jugendlichen (S. L.) stattgegeben, der sein Recht auf sexuelle Selbstbestimmung geltend gemacht hat. Für das Sonderminderalter von 18 Jahren für männlich-homosexuelle Beziehungen fand er keinerlei sachliche Rechtfertigung, weil die sexuelle Orientierung nach heutigen Erkenntnissen bereits vor der Pubertät festgelegt ist und die Mehrheit der europäischen Staaten keine solchen Gesetze mehr kennt. Besonders kritisiert hat der Gerichtshof die Verweigerung der Aufhebung des § 209 durch das österreichische Parlament im November 1996, obwohl die Abgeordneten damals, durch die Expertenanhörung im Jahre 1995, bereits wussten, dass es keinen Grund für das Sonderminderalter gibt.

Die Diskriminierung von Homo- und Bisexuellen qualifizierte der Gerichtshof als ebenso schwerwiegend wie Diskriminierungen auf Grund von Rasse, Herkunft, Hautfarbe oder des Geschlechts. Dabei stellten die Straßburger RichterInnen auch ausdrücklich fest, dass die Aufhebung des § 209 im Sommer 2002 an dieser Diskriminierung nichts geändert hat, weil Österreich nie anerkannt hat, dass § 209 und die darauf gegründete Verfolgung homo- und bisexueller Männer eine Menschenrechtsverletzung waren und die Opfer nicht entschädigt hat. Auch der österreichische Verfassungsgerichtshof habe die Verstöße gegen die Europäische Menschenrechtskonvention weder anerkannt noch bereinigt.²²

Die Republik Österreich mußte den drei Beschwerdeführern mehr als EUR 57.000,- Schadenersatz zahlen. Den beiden verurteilten Männern je EUR 15.000,- an Ersatz für die Belastungen durch die Strafverfahren, insb. durch das an die Öffentlichkeit Zerren intimster Details ihres Privatlebens. Diese Verfahren waren für die Männer schwer erschütternde Ereignisse in ihrem Leben mit nach wie vor erheblichen emotionalen und psychischen Folgen, betonten die RichterInnen. Dem 17jährigen Jugendlichen wiederum mußte die Republik EUR 5.000,- an Schadenersatz dafür leisten, dass er, der sich stets für ältere Partner interessierte, von seinem 14. bis zu seinem 18. Geburtstag von § 209 davon abgehalten worden ist, erfüllende intime Beziehungen einzugehen, die seiner Neigung (zu erwachsenen Partnern) entsprechen. Zusätzlich sprach der Gerichtshof allen Beschwerdeführern auch einen Beitrag zu ihren Anwaltskosten zu.

Zur Zeit der Drucklegung sind noch zahlreiche weitere, § 209 betreffende, Beschwerden vor dem Gerichtshof anhängig. Die Entschädigungszahlungen dürften in diesen Fällen noch bedeutend höher ausfallen, befinden sich doch darunter Beschwerdeführer, die – im Gegensatz zu L. & V. – tatsächlich inhaftiert waren. Auch die Beschwerde eines Freigesprochenen hat der Gerichtshof in Behandlung genommen, weil die Republik Österreich die in der Strafverfolgung gelegene Menschenrechtsverletzung nicht anerkannt und keine vollständige Entschädigung geleistet hat.²³

Der Gerichtshof beschränkt sich in seinem Schutz der sexuellen Autonomie und der Gleichberechtigung nicht auf den Bereich des Strafrechts,²⁴ sondern hat auch bereits richtungweisende Entscheidungen in anderen Bereichen gefällt.

Im September 1999 erklärte er den Ausschluß homosexueller Frauen und Männer von den Streitkräften als Verletzung deren Rechts auf Achtung des Privatlebens.²⁵ Und im Dezember 1999 entschied er, dass Obsorgeentscheidungen, die (teilweise) auf der Homosexualität eines Elternteiles beruhen, eine ungerechtfertigte Diskriminierung auf Grund sexueller Orientierung darstellen.²⁶ Und 2003 schließlich hat der Gerichtshof die zwangsweise Entfernung eines homosexuellen Mannes aus der Wohnung für unzulässig erklärt, die er jahrelang gemeinsam mit seinem Partner bis zu dessen Tod bewohnt hat, während verschiedengeschlechtlichen Lebensgefährten ein Eintrittsrecht in den Mietvertrag ihres verstorbenen Partners zukommt.²⁷

Der Gerichtshof erachtet heute Diskriminierung auf Grund sexueller Orientierung als inakzeptabel²⁸ und als ebenso schwerwiegend wie Diskriminierung auf Grund des Geschlechts, der Religion, der Rasse, Hautfarbe oder der ethnischen Herkunft,²⁹ und er verlangt für die Rechtfertigung von Differenzierungen auf Grund der sexuellen Orientierung dementsprechend besonders schwerwiegende Gründe.³⁰

Unterschiedliche Regelungen für gleichgeschlechtliche Lebenssachverhalte einerseits und verschiedengeschlechtliche andererseits müssen für die Erfüllung eines legitimen Zieles notwendig sein, bloße Plausibilität, Vernünftigkeit, Sachlichkeit oder die bloße Eignung, das Ziel zu erreichen, genügen nicht. Unterscheidungen sind, wie bei Geschlecht, der Religion, der Rasse, Hautfarbe und ethnischer Herkunft nur zulässig, wenn diese Unterscheidungen wirklich notwendig sind.³¹

Vorurteile einer heterosexuellen Mehrheit gegenüber einer homosexuellen Minderheit können, wie der Gerichtshof wiederholt festgestellt hat, ebenso wenig eine ausreichende Begründung für Eingriffe in die

Rechte homo- und bisexueller Menschen bieten, wie ähnlich negative Einstellungen gegenüber Menschen anderer Rasse, Herkunft oder Hautfarbe.³² Der Gerichtshof betont dabei, dass der Gesellschaft auch ein gewisses Maß an Unannehmlichkeiten zuzumuten ist, um dem Einzelnen ein Leben in Würde und im Einklang mit seiner sexuellen Identität zu ermöglichen.³³

Die Aufhebung sämtlicher diskriminierender Bestimmungen ist mittlerweile eine Voraussetzung für die Aufnahme neuer Mitglieder in den Europarat³⁴ und in die Europäische Union³⁵. Die Parlamentarische Versammlung des Europarates hat Diskriminierung auf Grund sexueller Orientierung wiederholt als „besonders abscheulich“ und als „eine der abscheulichsten Formen von Diskriminierung“ verurteilt.³⁶ Auch Art. 13 des EG-Vertrages (sowie die auf seiner Grundlage erlassene Richtlinie 2000/78/EG) und Art. 21 der EU-Grundrechtecharta verbieten Diskriminierung auf Grund sexueller Orientierung.

2002 hat der Gerichtshof ausgesprochen, dass postoperativen Transsexuellen ein Anspruch auf personenstandsrechtliche Änderung ihres Geschlechtes zukommt, und daß der Wesensgehalt (der Kernbereich) des Rechts auf Eheschließung verletzt wird, wenn einer post-operativen transsexuellen Person nicht die Eheschließung mit einem Angehörigen ihres früheren Geschlechtes ermöglicht wird.³⁷ Der Gerichtshof hat damit das Recht anerkannt, eine Person des gleichen biologischen Geschlechts zu ehelichen. Es ist nun kein allzu großer Schritt mehr, auch das Recht zu gewähren, eine Person zu heiraten, die nicht nur biologisch sondern auch genital und sozial vom gleichen Geschlecht ist, zumal die Begründung des Gerichtshof eins zu eins auch auf solche Ehen übertragbar ist.

So hat der Gerichtshof den bedeutenden sozialen Wandel der Institution Ehe seit der Unterzeichnung der Europäischen Menschenrechtskonvention ebenso betont wie die dramatischen Änderungen durch die Entwicklung von Medizin und Wissenschaft;³⁸ und er hat das Argument als künstlich zurückgewiesen, dass post-operative Transsexuelle nicht ihres Rechts auf eine Eheschließung beraubt worden seien, weil sie ja weiterhin eine Person ihres früheren Gegengeschlechts heiraten können. Der Gerichtshof verwies darauf, dass die Beschwerdeführerin als Frau lebe und nur einen Mann zu heiraten wünsche; da ihr diese Möglichkeit verwehrt wurde, sei der Wesensgehalt des Rechts auf Eheschließung verletzt worden.³⁹ Auch im Hinblick auf die (voll) gleichgeschlechtliche Ehe⁴⁰ trifft es zu, dass die Ehe bedeutende soziale Änderungen erfahren hat, und die medizinischen und wissenschaftlichen Erkenntnisse dramatische Änderungen erfahren haben.

Ebenso künstlich ist das (oft gehörte) Argument, Homosexuelle würden vom Recht auf Eheschließung ausgeschlossen, weil sie ja ohnehin eine Person des andern Geschlechts heiraten könnten. Entsprechend der Argumentationslinie des Gerichtshofs in den Transsexuellenfällen leben Homosexuelle mit Partnern des gleichen Geschlechts und wünschen, nur eine Person des gleichen Geschlechts zu heiraten, wenn sie diese Möglichkeit nicht haben, ist der Wesensgehalt des Rechts auf Eingehung einer Ehe verletzt.

Der Gerichtshof unterstrich, dass die Unfähigkeit eines Paares, Kinder zu zeugen oder Eltern von Kindern zu sein, nicht *per se* ihr Recht auf Eingehung einer Ehe beseitigen kann.⁴¹ Und er verwies darauf, dass Artikel 9 der EU-Grundrechtecharta, ohne Zweifel mit Absicht, insofern vom Wortlaut des Art. 12 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) abgegangen ist, als die Bezugnahme auf Frauen und Männer gestrichen wurde.⁴²

Sexual(straf)recht in Österreich

Maria Theresia hat in ihrem Strafgesetzbuch⁴³ alle möglichen Formen einverständlicher Sexualität verboten, so etwa die „mit sich allein begangene widernatürliche Unkeuschheit“ (Masturbation), die „Fornikation“ (die „fleischliche Vereinigung“ zwischen „ledigen Personen“), das einem „unzüchtigen Leben nachhängen und Jedermann zu Willen stehen“, den Verkehr zwischen Christen und Nicht-Christen („Heiden“) (als „besondere Abscheulichkeit“ bezeichnet), die „Unkeuschheit wider die Natur“ (Anal- und Oralverkehr, hetero- wie homosexuell) und die Prostitution. Mit Ausnahme des ehelichen heterosexuellen Vaginalverkehrs waren damit alle sexuellen Handlungen – gleich welcher Art und ohne Rücksicht auf das Alter der Beteiligten – kriminell.

Diese „schweren Unzuchtsfälle“ wurden mit schweren Körperstrafen geahndet. „Widernatürliche Unkeuschheiten“ (Anal- und Oralverkehr, hetero- wie homosexuell) sogar mit der Todesstrafe (Enthaupten mit anschließender Verbrennung)⁴⁴; nur für die „mit sich allein begangene widernatürliche Unkeuschheit“ (Masturbation) erfolgte „lediglich“ Verbannung.

Damit ihre drakonischen Vorschriften auch tatsächlich eingehalten wurden, richtete Maria Theresia überdies eine eigene Keuschheitskommission ein, die das Sexualleben der Untertanen penibel überwachte.

Josef II hat diese mittelalterlichen Zustände beendet und der Aufklärung auch im Sexualstrafrecht zum Durchbruch verholfen. Er entkriminalisierte die Mas-

turbation, den Verkehr zwischen Unverheirateten, die „widernatürliche Unzucht“ zwischen Mann und Frau, den Verkehr zwischen Christen und „Ungläubigen“, die Prostitution und sogar Inzest („Blutschande“). Sexuelle Gewalt und Missbrauch geschlechtsunreifer Personen blieben selbstverständlich schwere Verbrechen.⁴⁵

Nur in einem Punkt folgte auch er nicht der Aufklärung: in puncto Homosexualität. Zwar beseitigte er die Todesstrafe für gleichgeschlechtliche Kontakte und ersetzte sie durch ein Monat Arrest und Zwangsarbeit; zu einer vollständigen Entkriminalisierung, wie dies nur zwei Jahre später durch die französische Revolution und in deren Gefolge in großen Teilen Europas erfolgte, konnte sich der große österreichische Reformler jedoch nicht durchringen. Gleichgeschlechtliche bleiben strafbar, in derselben Strafbestimmung zusammengefasst mit der „Unzucht mit Tieren“. Und so blieb es bis 1971. Es blieb nicht nur so. Die Strafen wurden sogar wieder verschärft: 1803 auf ein Jahr und 1852 auf sechs Monate bis fünf Jahre schweren Kerker (Graupner 1997a).

Im heterosexuellen Bereich wurde 1803 das bisherige Verbot sexueller Kontakte mit Personen vor der (jeweils individuellen) Geschlechtsreife durch eine fixe Mindestaltersgrenze ersetzt und diese Grenze bei 14 Jahren angesetzt. Homosexuelle Kontakte hingegen waren generell, für alle Altersgruppen strafbar, und Jugendliche wurden (auch bei Kontakten mit Erwachsenen) als Mittäter ebenfalls bestraft (Graupner 1997a).

1971 wurden dann die jugendlichen Homosexuellen von zu verfolgenden Sexualstraftätern zu schützenswerten Opfern. Das Totalverbot homosexueller Kontakte (wie auch der Bestialität) wurde 1971 aufgehoben, der aufgehobene Paragraph jedoch durch vier neue ersetzt.⁴⁶ Eine dieser neuen Bestimmungen untersagte Kontakte zwischen 14- 18jährigen Männern einerseits und Männern über 18 Jahren (ab 1987: über 19 Jahren) andererseits (§ 209 Strafgesetzbuch, StGB⁴⁷).

Von vier prinzipiell gleichgelagerten Beziehungen (19jährige Frau/17jähriger Mann; 19jährige Frau/ 17jährige Frau; 19jähriger Mann/17jährige Frau; 19jähriger Mann/17jähriger Mann) war sohin nur mehr eine strafbar (die Mann-Mann Beziehung).

Männer über 18 Jahren (bzw. über 19), die intime Beziehungen mit Männern zwischen 14 und 18 Jahren unterhielten, wurden mit Freiheitsstrafe von 6 Monaten bis zu fünf Jahren bestraft (im Wiederholungsfall bis 7 1/2 Jahre); die gleiche Strafe wie für Menschen, die einen Jugendlichen auf dessen Verlangen töten (§ 77 StGB). Für das Quälen von Jugend-

lichen kennen die österreichischen Gesetze gar nur ein Höchstmaß von drei Jahren und keine Mindeststrafe (§ 92 StGB).

Die allgemeine Mindestaltersgrenze von 14 Jahren galt dabei auch für schwule Beziehungen, sodaß Männerpaare zwei Altersgrenzen unterlagen: der allgemeinen von 14 und der Sonderaltersgrenze von 18. Das führte zu Ergebnissen wie in dem folgenden Beispiel:

Zwei Jungen (13 und 10 Jahre alt) haben eine – in diesem Alter oft vorkommende – sexuelle Beziehung: beide begehen ein Sexualverbrechen (§§ 206, 207, StGB), sind aber noch strafunmündig.

Ein Jahr später (der Ältere ist nun 14 und der Jüngere 11): Dem 14jährigen drohen bis zu 5 Jahre Gefängnis (§§ 206, 207 StGB iVm § 5 Jugendgerichtsgesetz).

Drei Jahre später (der Ältere ist nun 17 und der Jüngere 14): Die beiden durften nun jede Art von Sexualverkehr legal vornehmen.

Zwei Jahre später (nun ist der Ältere 19 und der Jüngere 16): Die Beziehung wurde wieder zum Sexualverbrechen und dem 19jährigen drohte wieder Gefängnis von mindestens sechs Monaten bis zu fünf Jahren (§ 209 StGB).

Weitere zwei Jahre später (nun ist der Ältere 21 und der Jüngere 18): Erst jetzt durften die beiden „bis an ihr Lebensende“.

§ 209 stand nicht nur im Gesetzbuch. Er wurde rigoros vollzogen.

19jährige wurden wegen Beziehungen mit 16jährigen verurteilt; Anzeigen kamen von allen Ecken und Enden. Von Eltern, die Liebesbriefe ihrer Söhne fanden oder auf andere Weise von deren Homosexualität erfuhren, von missgünstigen Nachbarn oder rachsüchtigen verlassenen Liebhabern, von Polizeibeamten, die zufällig ein Pärchen beim Schäferstündchen (etwa im Auto) entdeckten, ja sogar von anonymen Hinweisgebern und Informanten. Bürgerliche Existenzen wurden ruiniert, schwule Männer reihenweise für einverständliche Beziehungen hinter Gitter gesperrt. Jugendliche mussten ihr Intimleben in der Gerichtsöffentlichkeit ausbreiten und gegen ihren Partner aussagen; wenn sie sich weigerten, wurden sie massiv unter Druck gesetzt, immer wieder auch geschlagen und misshandelt.⁴⁸ Es gab Richter, die nicht verurteilen wollten, wie jener, der 2001 eine Verurteilung mit der Begründung verweigert hatte, dass der Beschuldigte so rücksichtsvoll mit seinen jugendlichen Partnern umgegangen sei, wie man sich das von vielen Ehemännern gegenüber ihren Ehefrauen wünschen würde; das Berufungsgericht trug ihm auf, den Mann, gegen seine Überzeugung, zu verurteilen.⁴⁹

In den 21 Jahren seines Bestehens sind dem § 209

nahezu 2.000 homo- und bisexuelle Männer zum Opfer gefallen (Graupner 2002a). Der letzte § 209-Gefangene, dessen Entlassung trotz Aufhebung des § 209 abgelehnt wurde, mußte kurz vor Weihnachten 2002, sechs Monate nach Aufhebung des Sonderstrafgesetzes, in einer Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher sein Leben lassen.⁵⁰

1975 wurde das heute noch in Kraft stehende Strafgesetzbuch erlassen. Dieses stellte nicht nur die Abtreibung in den ersten drei Monaten straffrei (§ 97 StGB; bei Vornahme durch einen Arzt nach vorhergehender ärztlicher Beratung), sondern enthielt auch kein Generalverbot von „Unzucht“ mehr, wie es bis dahin der (1852 eingeführte) Tatbestand der „Gröbliches und öffentliches Ärgernis verursachenden Verletzung der Sittlichkeit und oder Schamhaftigkeit“ (§ 516 Strafgesetz 1852) statuierte (Graupner 1997a, 137f).

1977 hat der Oberste Gerichtshof in einer Grundsatzentscheidung das Pornografiegesetz aus dem Jahre 1950 einschränkend ausgelegt, das gewinnsüchtige Tätigkeiten im Zusammenhang mit „unzüchtigen“ Gegenständen unter Strafe stellt (§ 1). Seither ist nur mehr die Darstellung von an sich strafbaren Sexualhandlungen sowie die Darstellung von sexuellen Handlungen mit Tieren absolut „unzüchtig“ („harte Pornografie“).⁵¹ Andere Darstellungen sexueller Handlungen werden als relativ „unzüchtig“ („weiche Pornografie“) qualifiziert; sie sind dann nicht „unzüchtig“, wenn ungewollte Konfrontation Unbeteiligter sowie der Zugang Minderjähriger ausgeschlossen ist. Der nackte Körper ist nach österreichischem Recht nie unzüchtig, auch nicht wenn erotische Posen eingenommen oder ein erigiertes Glied gezeigt wird. Ungewöhnlich aufreizende Sexualposen können jedoch „anstößig“ im Sinne des § 2 PornG sein (dh geeignet sein, die sittliche oder gesundheitliche Entwicklung jugendlicher Personen durch Reizung der Lusternheit oder Irreleitung des Geschlechtstriebes zu gefährden); solche Darstellungen dürfen an unter 16jährige nicht verbreitet werden. Wiederholten Initiativen des Justizministeriums zur Reform der Pornografiegesetzgebung war kein Erfolg beschieden (ausführlich zur österreichischen Pornografiegesetzgebung Graupner 2002b).

1989 wurden die Bestimmungen zur sexuellen Gewalt reformiert. „Unzucht“ wurde durch „geschlechtliche Handlung“ ersetzt, die Unterscheidung zwischen Zwang zum Beischlaf (penil-vaginaler Penetration) („Notzucht“; konnte nur von Männern an Frauen begangen werden) und Zwang zu anderen sexuellen Handlungen wurde aufgegeben (und damit auch die geringere Bestrafung homosexueller Gewalt

beendet), und auch Taten gegenüber dem Ehepartner in die Strafbarkeit einbezogen (§§ 201, 202 StGB). Die Verfolgung von Delikten innerhalb einer Ehe oder Lebensgemeinschaft wurde dabei allerdings an einen Antrag des Opfers gebunden worden (§ 203 StGB). Schließlich wurde auch die Herbeiführung der Widerstandsunfähigkeit als Essentiale einer Vergewaltigung fallen gelassen (§ 201 StGB). Dieselbe Novelle entkriminalisierte die mann-männliche Prostitution (§ 210 StGB).

1993 wurden Opferschutzbestimmungen in die Strafprozessordnung eingefügt. Seither besteht die Möglichkeit, Zeugen bereits im gerichtlichen Vorverfahren kontradiktorisch zu vernehmen, wobei die Vernehmung von einem Nebenraum in den Gerichtssaal übertragen und aufgezeichnet wird (§§ 162a, 250 StPO). Zum Zeitpunkt der Vernehmung unter 14jährige („Unmündige“), nahe Angehörige des Beschuldigten und (seit 1998) Opfer von Sexualstraftaten können sich nach einer solchen Vernehmung der Aussage im weiteren Verfahren entschlagen (§ 152 StPO), weshalb auf ihren Antrag hin eine solche Vernehmung verpflichtend ist. Seit 1998 sind (zum Zeitpunkt der Vernehmung) unter 14jährige Opfer von Sexualstraftaten, auch ohne ihren diesbezüglichen Antrag, auf diese Weise zu vernehmen.

1994 wurde in das Strafgesetzbuch ein neuer Tatbestand der „pornografischen Darstellungen mit Unmündigen“ (unter 14jährigen) eingefügt, der die sog. „Kinderpornografie“ mit einem absoluten Verkehrsverbot belegte und somit – über das Pornografiegesetz hinaus – auch die nichtkommerzielle Weitergabe und den bloßen Besitz unter Strafe stellte (§ 207a StGB).

1997 wurden die Tatbestände des „Ehebruchs“ (§ 194 StGB), der „Werbung für Unzucht mit Personen des gleichen Geschlechts“ (§ 220 StGB) und der „Verbindungen zur Begünstigung gleichgeschlechtlicher Unzucht“ (§ 221 StGB) aufgehoben. Die „Werbung für Unzucht mit Tieren“ blieb strafbar (§ 220a StGB). Des weiteren ist für sexuelle Kontakte mit Unmündigen (unter 14jährigen) (§§ 206, 207 StGB) bei Österreichern mit gewöhnlichem Aufenthalt in Österreich das Weltrechtsprinzip eingeführt, diese also auch dann unter Strafe gestellt worden, wenn sie am Ort des Kontaktes (etwa auf Grund eines niedrigeren Mindestalters; wie zB in Spanien, Malta oder im Vatikan [12 Jahre]; vgl. Graupner 1997a, Bd. 2) legal sind (§ 64 Abs. 1 Z. 4a StGB). Die Verjährungsfristen für Sexualdelikte an Minderjährigen wurden verlängert; die Zeit bis zur Erreichung der Volljährigkeit wird seither in die Frist nicht mehr eingerechnet (§ 58 Abs. 3 Z. 3 StGB). Zivilrechtlich wurde 1996 ein Anspruch

der Opfer von Sexualstraftaten auf immateriellen Schadenersatz auch für jene Fälle statuiert, in denen die Tat keine physische oder psychische Verletzung oder Gesundheitsschädigung verursacht (§ 1328 ABGB). Diese zivilrechtlichen Ansprüche können Opfer 30 Jahre lang gerichtlich geltend machen, wenn die Tat mit mehr als einem Jahr Haft bedroht ist; ansonsten 3 Jahre ab Kenntnis von Tat und Täter (§ 1489 ABGB).

1998 wurden die Bestimmungen über die allgemeine Mindestaltersgrenze von 14 Jahren reformiert. Zum einen ist „Unzucht“ nun auch hier durch „geschlechtliche Handlung“ ersetzt worden, zum anderen wurden in § 206, der bis dahin nur den Beischlaf (also penilen vaginalen Verkehr) erfasst hatte, auch alle anderen (oralen und analen) Penetrationen einbezogen (auch wenn der Täter penetriert wird), sogar die (vaginalen, oralen und analen) Selbstpenetrationen (§ 206 Abs. 2 StGB). Für diese Handlungen wurde die Strafdrohung sohin verdoppelt. Andererseits ist die Toleranzaltersklausel für straffreie Kontakte nun auch auf § 206 erweitert worden und der straffreie Altersunterschied über die bisherigen zwei Jahre hinaus ausgedehnt worden; für Penetration mit Gegenständen wurde die Alterstoleranzklausel allerdings nun völlig ausgeschaltet (§ 206 Abs. 4 StGB) (siehe unten).

2001 wurden Beschneidungen (bei beiden Geschlechtern) auch bei Einwilligung unter Strafe gestellt, wenn sie geeignet sind, eine nachhaltige Beeinträchtigung des sexuellen Empfindens herbeizuführen (§ 90 Abs. 3 StGB). Das Kindschaftsrechtsänderungsgesetz 2001 senkte das Volljährigkeitsalter von 19 auf 18 Jahre (§ 21 ABGB; auch in § 74 StGB nachvollzogen).

2002 hat das Parlament nach Aufhebung des anti-homosexuellen § 209 StGB durch den Verfassungsgerichtshof (siehe oben) für diesen eine (geschlechtsneutrale) Ersatzbestimmung beschlossen, die für heterosexuelle und lesbische Kontakte eine deutliche Ausdehnung der Strafbarkeit mit sich brachte (§ 207b StGB). Die Einführung des § 207b erfolgte gegen massiven Protest breiter Teile der Öffentlichkeit, insb. auch der Bundesjugendvertretung, und gegen die Warnungen der Experten (Friedrich 2002, Graupner 2004a).

Das Strafrechtsänderungsgesetz 2004 schließlich änderte die Überschrift des X. Abschnitts des Strafgesetzbuches von „Strafbare Handlungen gegen die Sittlichkeit“ in „Strafbare Handlungen gegen die sexuelle Integrität und Selbstbestimmung“ und hat nun auch in den restlichen Sexualstraftatbeständen (mit Ausnahme des § 220a) den Begriff der „Unzucht“ durch den Begriff „geschlechtliche Handlung“ sowie jenen der „gewerbsmäßigen Unzucht“ durch „Prostitution“ ersetzt.

Die Novelle brachte zahlreiche Verschärfungen. So ist die Unterscheidung zwischen Vergewaltigung mit und ohne schwerer Gewalt (§ 201 Abs. 1 & 2 StGB alte Fassung) aufgehoben und beide Begehungsformen derselben höheren Strafdrohung von 10 Jahren unterstellt worden (§ 201 Abs. 1 StGB); für Vergewaltigung ohne schwere Gewalt bedeutete dies eine Verdoppelung des Strafrahmens (§ 201 Abs. 1 StGB). Die Strafdrohung für „geschlechtliche Nötigung“ wurde von drei auf fünf Jahre angehoben (§ 202 Abs. 1 StGB). Das Antragsersfordernis bei Begehung in Ehe oder Lebensgemeinschaft (§ 203 StGB) wurde gestrichen. Neu unter Strafe gestellt wurde der Missbrauch einer Stellung als Arzt (bisher nur in Krankenanstalten gegenüber in der Anstalt betreuten Personen erfaßt) oder als Angehöriger eines anderen Gesundheits- oder Krankenpflegeberufes gegenüber berufsmäßig betreuten Personen (§ 212 Abs. 2 Z. 1 StGB). Ebenso die „Förderung der Prostitution und pornografischer Darbietungen Minderjähriger“ (§ 215a StGB) sowie „sexuelle Belästigung“ (§ 218 Abs. 1 StGB). Besonders umstritten war die Neufassung des § 207a, mit der die Bestimmungen über die „Kinderpornografie“ (§ 207a alte Fassung) auf Jugendliche (also 14- bis unter 18jährige) ausgedehnt wurden (siehe unten) sowie die Verschärfung des § 207b durch seine Einbeziehung in das Weltrechtsprinzip und die Verlängerung der Verjährungsbestimmungen (§§ 58, 64 StGB). An Entkriminalisierung brachte die Novelle 2004 die Einführung der Alterstoleranzklausel auch für Handlungen vor unter 14jährigen (§ 208 Abs. 2 StGB) sowie die Einschränkung des Tatbestandes der „entgeltlichen Förderung fremder Unzucht“ auf die Vermittlung von Sexualkontakten mit Minderjährigen (§ 214 StGB; unter gleichzeitiger massiver Anhebung der Strafdrohung), wodurch etwa Callgirl- und Callboy-Agenturen legalisiert wurden.

Das Zivilrechtsänderungsgesetz 2004 führte einen zivilrechtlichen Schadenersatzanspruch für Verletzungen der Privatsphäre ein. Wessen sexuelle Orientierung oder Sexualleben offenbart oder ausgespäht wird, hat nun Anspruch auf Schadenersatz, einschließlich Ersatz des immateriellen Schadens (§ 1328a ABGB).

Das materielle Sexual(straf)recht

Das aktuelle Sexualstrafrecht (§§ 201-220a StGB) stellt eine Reihe unterschiedlicher Handlungsweisen im Bereich des Sexuellen unter Strafe.

Die §§ 201 und 202 StGB pönalisieren sexuelle

Gewalt, iSd Erlangung durch Gewalt oder gefährliche Drohung.

§ 205 StGB stellen sexuellen Missbrauch einer wehrlosen Person oder mit einer Person unter Strafe, die auf Grund eines bestimmten psychischen Defekts sexuell nicht diskretions- und dispositionsfähig ist. Die Vorschrift soll nicht zum *privilegium odiosum* iS eines Sexverbotes für wehrlose oder psychisch beeinträchtigte Personen werden, weshalb es sich um nicht einverständliche Handlungen, um ein Ausnutzen der Hilflosigkeit handeln muß (Schick 2000, § 205 Rz 13). Mangelnde Diskretionsfähigkeit liegt nur dann vor, wenn jemand nicht einmal, vom Standpunkt des einfachen Menschen aus gesehen, die Rolle zu erfassen vermag, die sexuellen Beziehungen physisch und psychisch zukommt; Einsicht auch in die soziale Rolle des Geschlechtsverkehrs ist nicht erforderlich (Mayerhofer 2000, § 205 Anm. 1; vgl. auch Schick 2000, § 205 Rz 10: hilflose Opfer).

Die §§ 206, 207 StGB legen das Mindestalter für sexuelle Handlungen bei 14 Jahren fest. Auf die Einwilligung des Kindes oder Jugendlichen kommt es ebenso wenig an wie auf dessen allfällig bereits vorhandene Reife oder auf den Umstand, dass der Kontakt von ihm initiiert wurde bzw. ob eine Schädigung eingetreten ist oder nicht (Schick 2000, § 206 Rz 2; Mayerhofer 2000). Strafbar ist dabei auch die Verleitung zur Masturbation (§§ 206 Abs. 2, 207 Abs. 2). Die Alterstoleranzklauseln sind für penetrierende Kontakte (§ 206 Abs. 4) einerseits und nicht-pentrierende (§ 207 Abs. 4) andererseits unterschiedlich geregelt; überdies ist die Alterstoleranz bei Penetration (auch Selbstpenetration) mit Gegenständen ausgeschlossen und genügt bereits ein Tag Altersunterschied zur Strafbarkeit (§ 206 Abs. 4). Dies führt zu Ergebnissen wie in dem folgenden Beispiel:

Zwei Personen (13 und 10 Jahre alt) haben eine – in diesem Alter oft vorkommende – sexuelle Beziehung: beide begehen ein Sexualverbrechen (§§ 206, 207, StGB: „(Schwerer) Sexueller Mißbrauch von Unmündigen“), sind aber noch noch strafunmündig.

Ein Jahr später (die ältere ist nun 14 und die jüngere 11): Der 14jährigen drohen bis zu 5 Jahre Gefängnis (§§ 206, 207 StGB iVm § 5 Jugendgerichtsgesetz).

Ein Jahr später (die ältere ist nun 15 und die jüngere 12): Für sexuelle Kontakte, die nicht mit einem Eindringen in den Körper verbunden sind, kann die ältere nun nicht mehr bestraft werden (§ 207 Abs. 4 StGB).⁵² Solche Taten sind aber dennoch nach wie vor ein Verbrechen, weshalb anderen Personen (wie etwa den Eltern, die das erlauben) wegen Anstiftung und Beihilfe bis zu 5 Jahre Gefängnis drohen (§§ 12, 207

StGB).

Wieder ein Jahr später (die ältere Person ist nun 16 und die jüngere 13): Nun kann der ältere Partner auch für sexuelle Kontakte, die mit einem Eindringen in den Körper verbunden sind, nicht mehr bestraft werden (§§ 206 Abs. 4, 207 Abs. 4 StGB),⁵³ außer das Eindringen erfolgt mit Gegenständen (§ 206 Abs. 4 StGB).⁵⁴ Alle diese Taten sind aber dennoch nach wie vor ein Verbrechen, weshalb anderen Personen (wie etwa den Eltern, die das erlauben) wegen Anstiftung und Beihilfe bis zu 10 Jahre Gefängnis drohen (§§ 12, 206f StGB).

Ein weiteres Jahr später (der ältere Partner ist nun 17 und der jüngere 14): alle genannten Beschränkungen entfallen. Die beiden durften nun jede Art von Sexualverkehr legal vornehmen.

§ 208 StGB ergänzt in seinem ersten Fall die §§ 206, 207 StGB in der Festlegung der Mindestaltersgrenze hinsichtlich Handlungen vor Unmündigen; mit deutlich geringerer Strafdrohung und einer Strafausschlussklausel (§ 208 aE).

Mit dem neuen § 207a StGB wurde in Österreich der EU-Rahmenbeschluß zur Bekämpfung sexueller Ausbeutung von Kindern und der Kinderpornografie⁵⁵, trotz der internationalen Expertenkritik an diesem Beschluß (siehe dazu ausführlich Graupner & Bullough 2004), bereits vor seinem Inkrafttreten umgesetzt. Die Bestimmungen für „Kinderpornografie“ wurden auf Bereiche ausgedehnt, die mit „Kinder“-pornografie nichts zu tun haben. Nunmehr droht bis zu ein Jahr Haft für den bloßen Besitz eines „pornografischen“ Bildes eines vollentwickelten 17 1/2jährigen jungen Mannes oder einer vollentwickelten 17 1/2jährigen jungen Frau (§ 207a StGB). „Pornografisch“ ist dabei nicht nur die Darstellung sexueller Handlungen von unter 18jährigen sondern bereits die Abbildung unter 18jähriger in „lasziver“ Pose, wenn die Genitalien oder auch nur die „Schamgegend“ zu sehen ist. Das gilt auch für den eigenen Ehepartner. Auch völlig künstliche (virtuelle) Bilder sind strafbar. Wer solche Bilder anderen zeigt oder sie weitergibt oder selbst herstellt, dem drohen bis zu drei Jahre Haft und mehr.

Für Jugendliche gibt es keine Ausnahmen. Dh, eine 16jährige, die ein erotisches Bild von sich selbst macht und es ihrem 17jährigen Freund zeigt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu 1 1/2 Jahren zu bestrafen sein; ebenso ein 15jähriger, wenn er (für sich) von seiner gleichaltrigen Freundin ein Foto im knappen Bikini, der die „Schamgegend“ (wenn auch nicht die Genitalien) erkennen lässt, und in „lasziver“ („pornografischer“) Pose, schießt. Das gleiche gilt für einen 14jährigen, der, im Privaten, eine nackte 17jährige

Schönheit in „pornografischer“ Pose auf seinem Computer generiert und dieses Bild nicht durch Passwort schützt oder es einem Freund zeigt. Ebenso für 17jährige, die intime Bilder von sich selbst austauschen, oder einander über Webcams betrachten und dabei ihre „Schamgegend“ (oder gar ihre Genitalien) „lasziv“ („pornografisch“) entblößen, ganz zu schweigen, wenn sie einander bei sexuellen Handlungen betrachten.

Nicht beachtet wurden die Warnungen der vom Parlament gehörten Experten, die sich einhellig gegen diese massive Kriminalisierung ausgesprochen haben.⁵⁶ Die Einwände hatten lediglich eine Folge. Im letzten Moment wurde noch in den Gesetzestext eingefügt, dass Bilder sexueller Handlungen (bei über 14jährigen) oder der Genitalien bzw. auch nur der Schamgegend (bei allen Altersgruppen), um als „pornografisch“ zu gelten, nicht nur „auf sich selbst reduziert“, „von anderen Lebenszusammenhängen gelöst“ und der „sexuellen Erregung des Betrachters dienen“, sondern dass sie auch „reisserisch verzerrt“ sein müssen (§ 207a Abs. 4 Z. 3).

Das schränkt den Anwendungsbereich bei Jugendlichen zwar ein. Allerdings ändert das nichts daran, dass in den oben angeführten Fällen staatlicherseits erörtert und geprüft wird, ob das Bild nun bereits „pornografisch“ oder doch nur „erotisch“ ist. Die Rechtsicherheit leidet, denn die doch notwendigerweise recht subjektive Bewertung dieser wieder völlig unbestimmten Begriffe von Polizei, Staatsanwaltschaft und Gerichten ist nicht wirklich vorhersehbar. Die Fragen, ob Bilder Sexualität oder den nackten Körper „reisserisch verzerrt“ oder aber als „natürlichen Lebensvorgang“ darstellen, werden noch Legionen von PolizeibeamtInnen, StaatsanwältInnen, RichterInnen und VerteidigerInnen sowie GerichtsgutachterInnen beschäftigen.

Um es mit allem Nachdruck deutlich zu machen. Der Kampf gegen sexuelle Ausbeutung, insb. von Kindern, ist von größter Bedeutung. Deshalb sind strenge Strafbestimmungen gegen sexuelle Gewalt und Ausbeutung, vor allem gegen Kinderpornografie, zu begrüßen, und das neue Sexualstrafrecht enthält viele gute Regelungen in diese Richtung. Mit den genannten Regelungen geht es jedoch weit über die Bekämpfung von sexueller Gewalt und Ausbeutung und der Kinderpornografie hinaus und greift tief, ja geradezu absurd, in das Sexuelleben der Menschen ein. Insoweit ist es zu kritisieren und abzulehnen; gerade im Interesse einer wirksamen Bekämpfung von Missbrauch und Gewalt.

Denn: entweder werden die absurden Regelungen nicht vollzogen. Dann wird die Autorität des Gesetzes untergraben; auch die der so wichtigen Bestimmungen

gegen die wirkliche Kinderpornografie. Oder sie werden konsequent angewendet. Dann bleibt den mit derlei Absurditäten überlasteten Polizeibehörden und Gerichten keine Kapazität mehr, die wirklichen Kinderpornografen zu verfolgen.

In beiden Fällen wird das gutgemeinte Gesetz geradezu zum Kinderpornobegünstigungsgesetz. Das kann niemand wollen. Und deshalb haben Österreichs Kinderschutzexperten in ihrem „Nationalen Aktionsplan (NAP) Kinder- und Jugendrechte“⁵⁷ einstimmig gefordert, diesen Entwurf nicht Gesetz werden zu lassen und vernünftige Schutzbestimmungen für Jugendliche zu erarbeiten.

Vernünftige Schutzbestimmungen setzen voraus, dass sie mit den Lebensrealitäten in Einklang stehen. Die geschilderten Strafbestimmungen stehen nicht nur im Widerspruch zur Lebenswirklichkeit Jugendlicher sondern auch im Widerspruch zur übrigen Rechtsordnung, die Jugendlichen in weiten Bereichen Selbständigkeit zugesteht.

Das Volljährigkeitsalter wurde sukzessive von ursprünglich 24 Jahren auf derzeit 18 Jahre gesenkt. Die Ehemündigkeit liegt (für beide Geschlechter) bei 16 Jahren.⁵⁸ Das passive Wahlrecht setzt mit 19 Jahren, das aktive mit 18 (in vier Bundesländern⁵⁹ mit 16) Jahren ein. Wehrpflicht: 17 Jahre. Möglichkeit, zu Arbeiten in Steinbrüchen und in Bergwerken unter tags herangezogen zuwerden: 17 Jahre. Führerschein: dzt. 17 Jahre für PKWs, 16 für Motorräder und 15 für Mopeds. Zugang zu Pornografie: 16 Jahre. Recht, in der Öffentlichkeit zu rauchen und Alkohol zu trinken: 16 Jahre. Zeitlich unbeschränkter Ausgang: 16 Jahre.⁶⁰ Recht auf Waffenbesitz: 16 Jahre.⁶¹ Recht, die Religion frei zu wählen: 14 Jahre. Recht, sein Vermögen frei zu vererben: 14 Jahre. Straf- und zivilrechtliche Verantwortlichkeit: 14 Jahre. Recht, in sexuelle Handlungen mit Partnern aller Altersgruppen einzuwilligen: 14 Jahre. Recht, medizinischen Behandlungen zuzustimmen oder sie abzulehnen: 14 Jahre. Recht, über die Vornahme einer Abtreibung eigenständig zu entscheiden: 14 Jahre. Recht, in Adoptions-, Besuchsrechts- und Obsorgeverfahren selbständig zu handeln: 14 Jahre; Handlungsfähigkeit in Abstammungsfragen (wie Vaterschaftsanerkennung oder -bestreitung): 14 Jahre; Recht, sich der zwangsweisen Durchsetzung von Obsorge- und Besuchsrechtsentscheidungen zu widersetzen: 14 Jahre. Recht, der Namens- sowie der Staatsbürgerschaftsänderung zu widersprechen: 14 Jahre. Recht, der Einweisung in eine psychiatrische Anstalt zu widersprechen: 14 Jahre. Demokratische Mitbestimmungsrechte in der Schule: 14 Jahre. Recht, selbständig einen Asylantrag zu stellen: 14 Jahre. Recht, sich eigenständig zu Dienst-

leistungen zu verpflichten: 14 Jahre. Recht, über Einkommen aus eigenem Erwerb sowie über Zuwendungen frei zu verfügen: 14 Jahre. Recht, der Religionsänderung zu widersprechen: 12 Jahre. Und vieles mehr.⁶²

Warum gerade im Sexuellen das Schutzbedürfnis so viel größer und die Jugendlichen derart unmündiger sein sollten als in anderen Bereichen, bleibt unbeantwortet. Der Schutz wird so zum *privilegium odiosum*.

Anlässlich der Aufhebung des Sonderminderalters für männlich-homosexuelle Beziehungen (§ 209 StGB) wurde das Mindestalter für sexuelle Handlungen selbst zwar bei 14 belassen, darüber hinaus aber – mit einem neuen § 207b – gewisse Missbrauchsfälle unter Strafe gestellt. Derer sind drei: a) „Ausnutzen“ sexueller Diskretions- bzw. Dispositionsfähigkeit infolge (ausnahmsweise vorliegender) „mangelnder Reife“ und einer „altersbedingten Überlegenheit“ (bis 16), b) „Ausnutzen“ einer „Zwangslage“ (bis 16), c) „unmittelbares“ „Verleiten“ (Verführen) gegen „Entgelt“ (bis 18).

Der Gesetzgeber ging dabei davon aus, dass die sexuelle Selbstbestimmungsfähigkeit mit Vollendung des 14. Lebensjahres grundsätzlich gegeben ist und die neue Bestimmung nur Fälle erfasst, in denen diese Fähigkeit aus besonderen Gründen ausnahmsweise fehlt bzw. deutlich eingeschränkt ist (Entschliebung des Nationalrates vom 10.07.2002, E 152-NR/XXI. GP, S. 3). Allen Fällen des § 207b ist gemeinsam, dass sie Situationen im Auge haben, in denen es dem Jugendlichen unmöglich gemacht oder erheblich erschwert wird, sein sexuelles Selbstbestimmungsrecht dahin auszuüben, dass er einen von ihm nicht gewünschten Sexualkontakt (mit Erfolg) ablehnt (Entschliebung, S. 4). § 207b soll Sachverhalte erfassen, in denen bestimmte Konstellationen zu sexuellen Kontakten ausgenutzt werden, zu denen sich der Jugendliche andernfalls nicht bereit finden würde (Entschliebung, S. 3); im Falle des Absatz 3 etwa muß der Täter durch das Entgelt (gem. § 74 StGB jede einer Bewertung in Geld zugängliche Gegenleistung) den Jugendlichen konkret zur sexuellen Handlung bestimmen (veranlassen) (Entschliebung, S. 7); bietet sich ein Jugendlicher von selbst an oder ist er auch ohne die Zuwendung zum sexuellen Kontakt bereit, ist Absatz 3 sohin nicht erfüllt. Von Jugendlichen (ebenfalls) gewollte Sexualkontakte sollen also nicht kriminalisiert werden. Strafbar sind nicht sexuelle Kontakte mit 14- bis unter 16/18jährigen Jugendlichen, sondern ganz bestimmte mißbräuchliche Handlungen. In der Vollzugspraxis besteht freilich die Gefahr, dass dies nicht ausreichend gewürdigt, die Intention des Gesetzgebers

in ihr Gegenteil verkehrt und Beziehungen mit Jugendlichen mit prinzipiellem Kriminalitätsverdacht belegt werden. Deshalb haben Österreichs Kinderschutzexperten in ihrem „Nationalen Aktionsplan (NAP) Kinder- und Jugendrechte“⁶³ einstimmig eine Evaluation des § 207b nach 5 Jahren seines Bestehens gefordert, um festzustellen, ob diese Bestimmung das Selbstbestimmungsrecht Jugendlicher schützt oder aber beschneidet.

Jedenfalls wird die Bestimmung unverhältnismäßig oft gegen gleichgeschlechtliche Kontakte angewendet. Zwischen 30 und 100% aller neu eingeleiteten Gerichtsverfahren nach dieser Bestimmung liegen homo- oder bisexuelle Sachverhalte zu Grunde.⁶⁴ Erst jüngst wieder hat die statistische Auswertung ergeben, dass die Hälfte der Freiheitsstrafen wegen homosexuellen Beziehungen verhängt wurden, während die Freisprüche ausschließlich heterosexuelle Kontakte betrafen; ein Mann wurde gar verurteilt, obwohl dem Gericht nichts über die Kontakte zu seinen Partnern bekannt war; das Gericht kannte nicht einmal deren Identität oder ihr Alter.⁶⁵ Das Europäische Parlament hat deshalb Österreich aufgefordert, diese Diskriminierung in der Vollziehung des § 207b zu beenden.⁶⁶

§ 211 StGB („Blutschande“) stellt penilen Vaginalverkehr zwischen Aszendenten und Deszendenten sowie zwischen (halb- und vollbürtigen) Geschwistern unter Strafe. Im Gegensatz zur nunmehrigen Überschrift des X. Abschnitts schützt diese Bestimmung nicht die sexuelle Integrität oder die sexuelle Selbstbestimmung und keine der für diesen Tatbestand gegebenen Begründungen vermag ihn zu tragen (Schick 2001). Insofern das Verbot der Verhinderung des Zusammentreffens rezessiver Erbleiden dient, ist es wissenschaftlich nicht gefestigt (Pallin 1980), und zudem überschüssend, weil es auch geschützten Verkehr unter Strafe stellt und ebenso auch Verkehr zwischen unfruchtbaren Verwandten. Andererseits ist das Verbot im Lichte dieser Begründung zu kurz greifend und überschüssend zugleich; denn während erblich belastete nicht (eng) verwandte Personen miteinander verkehren dürfen, wird dies (eng) Verwandten auch dann verboten, wenn sie nicht mit Erbkrankheiten belastet sind. Die Begründung des Schutzes des ungestörten Bestandes der Familie wiederum vermag den Tatbestand schon allein deshalb nicht zu tragen, weil nicht zu erkennen ist, warum gerade penile Vaginalverkehr, nicht aber oralen, analen oder anderen Formen sexueller Betätigung zwischen Familienmitgliedern, eine solche störende Wirkung zukommen soll. Hinzu kommt, dass auch nichtsexuelle Störungen des Familienlebens (vgl.

etwa Alkoholikerehen) nicht unter Strafe gestellt werden. Schließlich erscheint es mit den grundrechtlichen Anforderungen an eine Sexualstrafgesetzgebung (siehe oben) nicht vereinbar, einverständliche Kontakte zwischen erwachsenen Personen unter Hinweis auf so abstrakte Rechtsgüter wie die eugenische Reinheit oder den ungestörten Bestand der Familie (die Regierungsvorlage zum StGB 1975 sprach noch vom Schutz der „sittlichen Reinheit des Familienlebens“, S. 353) zu sanktionieren, zumal diese Rechtsgüter im Tatbestand keinen Niederschlag finden. Durch die Beschränkung auf penilen Vaginalverkehr kann der Tatbestand auch nur zwischen Mann und Frau erfüllt werden. § 211 ist somit der einzige Tatbestand, der gleichgeschlechtliche Beziehungen privilegiert. Insgesamt ist § 211 ein Musterbeispiel für eine voraufklärerische irrationale Strafgesetzgebung. Eine Vielzahl europäischer Staaten (insb. des romanischen Rechtskreises) kommt bereits seit dem 19. Jahrhundert ohne eine solche Strafbestimmung aus (Graupner & Bullough 2004, Graupner 1997a, Bd. 2). Die Bestimmung, die auch kaum angewandt wird (2000-2002: 0-4 Verurteilungen/Jahr), sollte entfallen (Schick 2001). Minderjährige Familienmitglieder werden durch die §§ 206, 207, 208, 212 StGB gegen sexuelle Übergriffe geschützt. Übergriffe gegen erwachsene Familienmitglieder werden neuerdings (und in viel weiterem Umfang als durch § 211) durch § 218 Abs. 1 StGB sanktioniert.

Die §§ 212 und 213 StGB pönalisieren sexuelle Kontakte innerhalb bestimmter Autoritätsverhältnisse. Sexuelle Beziehungen mit minderjährigen Deszendenten, Adoptiv- und Stiefkindern oder Mündeln sind dabei generell strafbar, Kontakte mit anderen der Erziehung, Ausbildung oder Aufsicht unterstehenden unter 18jährigen nur dann, wenn die Autoritätsstellung ausgenutzt wird (§ 212 Abs. 1). Auch in den erfassten Autoritätsverhältnissen Erwachsener (§ 212 Abs. 2) werden sexuelle Kontakte nicht generell verboten, sondern vielmehr die Ausnutzung der Autoritätsstellung sanktioniert. Strafbar ist in allen Varianten auch die Verleitung zur Masturbation. § 208 StGB ergänzt in seinem zweiten Fall die §§ 212, 213 StGB hinsichtlich Handlungen vor unter 16jährigen innerhalb von Autoritätsverhältnissen (Ausnutzung allerdings nicht erforderlich); mit deutlich geringerer Strafdrohung und einer Strafausschlussklausel (§ 208 aE).

Die §§ 214-217 stellen bestimmte Verhaltensweisen im Zusammenhang mit kommerzieller Sexualität unter Strafe: Entgeltliche Vermittlung von Sexualkontakten mit unter 18jährigen (§ 214), Zuführen zur Prostitution (§ 215), Förderung der Prostitution und pornographischer Darbietungen von unter 18jährigen

(§ 215a), Zuhälterei (§ 216) und Grenzüberschreiten der Prostitutionshandel (§ 217). Als Zuhälterei werden Ausnutzen, Ausbeutung, Dirigieren und Abhalten von der Aufgabe der Prostitution unter Strafe gestellt; wird eine adäquate Gegenleistung erbracht, so sind Vermittlungs- und Schutzdienste nicht strafbar. Die §§ 215 und 217 verlangen eine aktive und gezielte Einflussnahme zur Umwandlung der gesamten Lebensführung in jenen einer sich prostituierenden Person (§ 215) bzw. zur Verlagerung der gesamten Lebensführung als Prostituierte in einen fremden Staat (§ 217). Raten, Auffordern, Überreden reicht ebenso wenig wie Versprechungen, Verlockungen oder das bloße Eingliedern in einen Bordellbetrieb; der Wechsel der Lebensführung bzw. die in den fremden Staat muß maßgeblich vom Täter organisiert sein (Schick 2001). Eine Willensbeugung ist allerdings ebenso wenig erforderlich wie die Ausnutzung eines Abhängigkeitsverhältnisses (Schick 2001). Letzteres erscheint jedenfalls innerhalb des innerhalb des EWR-Raumes problematisch, hat doch der Europäische Gerichtshof ausgesprochen, dass Prostitution, wenn sie in einem Mitgliedstaat nicht (für In- und Ausländer) verboten ist, dem Recht auf Niederlassungsfreiheit unterfällt.⁶⁷ Es versteht sich von selbst, dass die (intensive) Förderung der Ausübung einer der Grundfreiheiten des Gemeinschaftsrechts nicht untersagt werden darf, schon gar nicht kriminalstrafrechtlich. Dies gilt umso mehr als der Oberste Gerichtshof in einer jüngeren Entscheidung wieder von der o.a herrschenden Rechtsprechung abgegangen ist und nicht einmal eine Willensbeeinflussung verlangte sondern bloße Vorschläge und Unterstützung der Prostituierten mit Rat und Tat genügen ließ.⁶⁸ Selbst eine (ohne Willensbeugung und Einsatz eines Abhängigkeitsverhältnisses vorgenommene) Willensbeeinflussung wäre von der Niederlassungsfreiheit gedeckt; oder kann man sich vorstellen, gemeinschaftsrechtskonform die „aktive und gezielte Einflussnahme“ auf einen Arbeitnehmer, ein Dienstverhältnis in einem anderen EU-Staat anzunehmen oder dort eine selbständige Erwerbstätigkeit auszuüben, kriminalstrafrechtlich zu verbieten? Schließlich erscheint auch vom Schutzgut des Sexualstrafrechts (sexuelle Integrität und Selbstbestimmung) her der Tatbestand der §§ 215, 217 zu weit. Strafbedürftig erscheinen Fälle der Täuschung, der Verbringung in einen Zustand der Hilflosigkeit, der Gewalt und der gefährlichen Drohung. In diesem Sinne ist vor allem der gegenwärtige Tatbestand des § 217 aber wieder zu eng, weil er solche ausbeuterischen Fälle nur bei grenzüberschreitenden Verhaltensweisen erfasst. Strafbedürftig erscheint die Ausbeutung aber auch bei reinen Inlandstaten. Not tut ein Tatbestand der

Zwangsprostitution, der sich nicht auf Fälle beschränkt, in denen das Opfer über eine Grenze verbracht werden soll, sondern auch jene erfasst, in denen es im Inland ausgebeutet werden soll; § 215 schützt ja nur Personen, die noch nicht der Prostitution nachgehen, nicht aber Prostituierte.

Die Regelung der Prostitution an sich ist Ländersache und in den neun österreichischen Bundesländern bestehen die unterschiedlichsten Regelungen, von der Beschränkung auf bewilligte Bordelle (Tirol und Vorarlberg) über das Verbot der Straßenprostitution (Oberösterreich) bis hin zur Erlaubnis (außerhalb von Bordellen) bloß der Straßenprostitution (Wien); von der Meldepflicht bei der Kriminalpolizei (Wien) bis hin zum Fehlen einer Meldepflicht der einzelnen Prostituierten (Niederösterreich) (Graupner 1990). Bundesgesetzlich geregelt sind die gesundheitsbehördlichen Aspekte. Prostituierte haben sich auf Grund des Geschlechtskrankengesetzes und des Aids-Gesetzes regelmäßigen Untersuchungen zu unterziehen. Die Vornahme dieser Untersuchungen werden auf einer Kontrollkarte vermerkt, die bei der Ausübung der Prostitution mit sich zu führen ist. Für die Dauer einer Infektion darf die Prostitution nicht ausgeübt werden (im Falle einer Hiv-Infektion bedeutet dies, mangels Heilungsmöglichkeit, ein dauerndes Berufsverbot). Flankierende Maßnahmen zur materiellen Absicherung der Prostituierten im Falle eines Berufsverbots bestehen nicht. Prostitution unterliegt, wie jede Erwerbstätigkeit, der gesetzlichen Kranken- und Pensionspflichtversicherung (§ 1 Abs. 4 GSVG). Einkünfte sind zu versteuern. Andererseits versagt der Oberste Gerichtshof den Entgeltforderungen der Prostituierten nach wie vor die Durchsetzbarkeit; der Vertrag über die geschlechtliche Hingabe sei deshalb wegen Sittenwidrigkeit nichtig, weil häufig im Zusammenhang mit Prostitution der Leichtsinn, die Unerfahrenheit, die Triebhaftigkeit und die Trunkenheit von Personen ausgenutzt werde; des weiteren beinhalte er eine zu missbilligende Kommerzialisierung, eine Beeinträchtigung des Persönlichkeitsschutzes und eine Gefährdung familienrechtlicher Institutionen.⁶⁹

§ 218 StGB pönalisiert sexuelle Belästigung (Abs. 1) und öffentliche sexuelle Handlungen (Abs. 2). Von Absatz 1 geschützt ist die Zielperson der Belästigung; die Belästigung unbeteiligter Dritter durch die Wahrnehmung sexueller Handlungen ist Gegenstand des Absatz 2, der allerdings verlangt, dass die Handlung von einem größeren Personenkreis (ca. 10 Personen, Philipp 2001) unmittelbar wahrgenommen werden kann (§ 69 StGB). Belästigende sexuelle Handlungen an öffentlichen Orten, die nicht dermaßen qualifiziert öffentlich begangen werden, sind gerichtlich nicht

strafbar und sind Angelegenheit der landesgesetzlichen Verwaltungsstraftatbestände der „Anstandsverletzung“. Zu beachten ist, dass sexuelle („geschlechtliche“) Handlungen nach österreichischem Recht nur solche sind, bei denen die Geschlechtsorgane, der Anus⁷⁰ oder die (zumindest in Ansätzen entwickelte) weibliche Brust (objektiv sexualbezogen und nicht bloß flüchtig) berührt werden (Schick 2001, § 202 Rz 10ff; § 207 Rz 7ff). Verbale Äußerungen, Berührungen anderer Körperregionen (wie etwa des Gesäßes oder der männlichen bzw. unentwickelten weiblichen Brust), Entblößen des Gliedes, oder Zungenküsse erfüllen die beiden Tatbestände des § 218 (wie auch der anderen Bestimmungen) daher nicht; insoweit kommt (bei Begehung in der Öffentlichkeit) verwaltungsrechtliche Ahndung wegen „Anstandsverletzung“ in Frage.

Die §§ 219 und 220a StGB („Ankündigung zur Herbeiführung unzüchtigen Verkehrs“ und „Werbung für Unzucht mit Tieren“) sind moralisierend, kriminalstatistisch bedeutungslos und entbehrlich (Philipp 2001). Die Regierungsvorlage zum Strafrechtsänderungsgesetz 2004 hatte die Streichung des § 219 mangels Bedarf beinhaltet (S. 29); der Justizausschuss des Parlaments hat dies mit der lapidaren Begründung abgelehnt, dass ein Entfall nicht geboten sei (JAB, S. 4). Die einzige Bedeutung des § 220a wiederum liegt darin, dass nach dem Pornografiegesetz (siehe oben) auch Darstellungen von Kontakten mit Tieren stets als harte Pornografie qualifiziert werden können, obwohl die Bestialität an sich (seit 1971) nicht mehr strafbar ist. Auch ohne § 220a wären Darstellungen tierquälerischer Sexualkontakte jedoch stets harte Pornografie, weil Tierquälerei unter Strafe steht (§ 222 StGB). Einverständigen Erwachsenen untereinander Verkehrsbeschränkungen für Darstellungen legaler Sexualhandlungen aufzuerlegen, erscheint aber nicht im Einklang mit den Grundrechten zu stehen.⁷¹

Masochistische und sadistische Sexualhandlungen, die zu Körperverletzungen führen, sind trotz Einwilligung strafbar; der Oberste Gerichtshof qualifizierte 1977 Verletzungen aus einem sexuellen Motiv heraus (ohne Rücksicht auf die Schwere der Verletzung) als sittenwidrig (§ 90 Abs. 1 StGB).⁷² Es ist ungeklärt, ob dieses 30 Jahre alte Verdikt heute noch Gültigkeit hat, oder – wie kürzlich der deutsche Bundesgerichtshof entschieden hat⁷³ – im Sinne heutiger gesellschaftlicher Wertanschauungen der sexuellen Motivation keine (strafbegründende) Bedeutung mehr beizumessen ist und einverständige Verletzungen im Zuge sado-masochistischer Sexualhandlungen nicht mehr generell (also ohne Rücksicht auf die Schwere der Verletzung) sittenwidrig und strafbar sind. 1989 ist

der Oberste Gerichtshof auf diese durch das Untergericht (für leichte Verletzungen) im letzteren Sinne entschiedene Frage nicht eingegangen.⁷⁴

Von Bedeutung für das Sexualleben sind auch die §§ 178, 179 StGB, die Handlungen unter Strafe stellen, die geeignet sind, die Gefahr der Verbreitung einer meldepflichtigen übertragbaren Krankheit unter Menschen herbeizuführen. Geschlechtskrankheiten und Aids gehören zu diesen Krankheiten. Es genügt die abstrakte Gefahr der Übertragung; der Nachweis, dass jemand angesteckt wurde oder auch nur bei jemandem eine konkrete Ansteckungsgefahr bestand, ist nicht erforderlich (Mayerhofer 2002). Hinsichtlich Aids gilt, dass wer im Sinne der staatlich propagierten Safer Sex Regeln mit Präservativ verkehrt oder Oralverkehr ohne Ejakulation in den Mund (des hiv-negativen Partners) vornimmt, den Tatbestand nicht erfüllt.⁷⁵ Auch Zungenküsse sind nicht strafbar, weil dabei nur unter besonderen Umständen eine Ansteckungsgefahr besteht.⁷⁶ Die Tat kann auch fahrlässig begangen werden, sodaß Strafbarkeit etwa auch bei fahrlässiger Unkenntnis der eigenen Hiv-Infektion gegeben sein kann.

Besondere Vorbereitungshandlungen zu Sexualdelikten pönalisieren schließlich die §§ 100 und 101 StGB („Entführung einer geisteskranken oder wehrlosen Person“, „Entführung einer unmündigen Person“).

Die Behandlung von Sexualstraftätern

Schuldfähigkeitsmindernde sexuelle Störungen können Straffreiheit wegen Unzurechnungsfähigkeit bewirken. Voraussetzung ist, dass die Dispositions- und Diskretionsfähigkeit infolge einer Geisteskrankheit, Schwachsinn, einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung oder einer anderen schweren, einem dieser Zustände gleichwertigen seelischen Störung entfällt (§ 11 StGB). Gem. der Rechtsprechung bedingt auch eine besondere Triebstärke, verbunden mit abnormem Sexualverhalten und verstärkter Aggressivität („Lustmord“), an sich noch nicht Zurechnungsunfähigkeit solange nicht die Dispositions- oder Diskretionsfähigkeit aufgehoben oder wenigstens entscheidend eingeschränkt ist (Foregger & Fabrizio 1999; Höpfel 2000, § 11 Rz 10ff).

Wirkt eine sexuelle Störung nicht in diesem Sinne schuldauflösend, jedoch schuld mindernd, so ist dies bei der Strafzumessung als Milderungsgrund zu berücksichtigen (§ 34 Z. 1, 11 StGB; Foregger & Fabrizio 1999, Rz 9); diese Milderungsgründe können aber durch eine erhöhte Persönlichkeitsadäquanz jedoch aufgehoben oder überwogen werden (vgl. § 32 Abs. 2 StGB; Höpfel 2000, § 11 Rz 22).

Ist die Schuld aufgehoben oder gemindert, so führt dies zwar (im ersten Fall) zur Strafflosigkeit bzw. (im zweiten) zu einer mildernden Strafe, bewirkt aber, dass, wenn die Anlasstat mit mehr als einem Jahr Freiheitsstrafe bedroht ist, eine Unterbringung in einer Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher zu prüfen ist (§ 21 StGB). Wird eine geistige oder seelische Abartigkeit von höherem Grad festgestellt, unter deren Einfluss die Tat begangen wurde bzw. auf welcher der die Zurechnungsfähigkeit ausschließende Zustand beruht, so ist der Täter in eine solche Anstalt einzuweisen, wenn zu befürchten ist, dass er unter dem Einfluss dieser Abartigkeit eine Tat mit schweren Folgen begehen werde. Im Falle der Zurechnungsunfähigkeit erfolgt dann nur die Anstaltseinweisung (§ 21 Abs. 1 StGB), im Falle der bloßen Schuld minderung erfolgt sie zusätzlich zur Strafe (§ 21 Abs. 2 StGB). Die Einweisung ist jährlich vom Gericht zu überprüfen und hat solange aufrecht zu bleiben bis die Gefährlichkeit, gegen die sich die Maßnahme richtet, nicht mehr besteht (§§ 25, 47 StGB). Entlassung aus der Anstalt erfolgt stets gegen eine Probezeit, die, je nach Anlassdelikt 5 oder 10 Jahre beträgt (§ 48 StGB).

2001 wurde die Möglichkeit geschaffen, die Einweisung auch bedingt auszusprechen (§ 45 StGB) sowie die Probezeit nach bedingter Entlassung unbeschränkt oft zu verlängern (je Verlängerung jedoch maximal 3 Jahre) (§ 54 Abs. 3 StGB). Auch wenn die Einweisung unbedingt ausgesprochen wird, kann gegebenenfalls gleich nach Vollzugsbeginn mit der Wiedereingliederung des Täters begonnen und das Potential der „offenen“ Psychiatrie genutzt werden (§ 166 Z. 2 lit. b, § 165 Abs. 2, § 167a Abs. 2 StVG) (Ratz 2000, § 21 Rz 2). Eine günstige spezialpräventive Prognose ist stets Voraussetzung (§ 45 Abs. 1 StGB, § 166 Z. 2 StVG).

Bei bedingter Strafnachsicht, bedingter Nachsicht der Anstaltseinweisung und bedingter Entlassung kann das Gericht Weisungen aussprechen (§§ 50, 51 StGB). Die Anordnung von Entwöhnungsbehandlungen, psychotherapeutischen oder medizinischen Behandlungen bedarf der Einwilligung des Betroffenen; die Anordnung operativer Eingriffe ist selbst mit dessen Zustimmung nicht zulässig (§ 51 StGB).

Seit Anfang 2002 werden österreichweit alle Sexualstraftäter (nach der Aufnahme in den Vollzug) in der (zur Justizanstalt Wien-Mittersteig gehörigen) zentralen Begutachtungsstelle für Sexualstraftäter in Wien individuell untersucht und ein prognostisches Gutachten erstellt (vgl. § 132 Abs. 5, § 158 Abs. 2, § 165 Abs. 1 Z. 1, § 166 Z. 1 StVG). Dieses Gutachten umfasst eine Einschätzung des Rückfallrisikos und mögliche Ansätze für eine Therapie und soll den

Justizanstalten als Hilfsmittel dienen. Nach der Haftentlassung stehen in Österreich vier Nachbetreuungstationen zur Verfügung.

Neben der strafgerichtlichen Anstaltseinweisung besteht – auch ohne Begehung einer Straftat – die Möglichkeit der zivilgerichtlichen Unterbringung in einer psychiatrischen Anstalt oder Abteilung, wenn dies notwendig ist, weil ein psychisch Kranker die Leben oder Gesundheit seiner selbst oder anderer erheblich gefährdet (§ 1 Unterbringungsgesetz). Die psychische Krankheit kann auch eine sexuelle Störung sein.

Für die medizinische Behandlung von Sexualstraftätern gilt folgendes.

Vorauszuschicken ist, dass – innerhalb der medizinischen Behandlungen – Heilbehandlungen von vornherein kein tatbestandsmäßiges Unrecht iS der Körperverletzungsdelikte verwirklichen. Bedingung dafür ist nur, dass sie medizinisch indiziert und dem medizinischen Standard gemäß durchgeführt werden. Für die Anwendung des § 90 StGB bleibt im Bereich der Heileingriffe sohin gar kein Anwendungsfeld. Das gilt auch, wenn keine (wirksame) Einwilligung des Betroffenen vorliegt. Für Heilbehandlungen ohne (oder gegen) den Willen des Patienten kommt nur Strafbarkeit wegen „eigenmächtiger Heilbehandlung“ (§ 110 StGB) oder Nötigung (§ 105 StGB) in Betracht, nicht aber ein Körperverletzungsdelikt. Heilbehandlung in diesem Sinne umfasst nicht nur therapeutische Tätigkeiten sondern auch diagnostische und prophylaktische Aktivitäten (Burgstaller & Schütz 2004, Rz 87ff).

Eingriffe zur Reduzierung eines abnormen Geschlechtstriebes werden regelmäßig nicht als Heilbehandlungen qualifiziert werden können, weil eine soziale Indikation in entscheidender Form mitwirkt, nämlich das Ziel, damit der (weiteren) Begehung von Sexualstraftaten entgegenzuwirken. Weil dadurch ein solcher Eingriff zwangsläufig auch als Mittel der sozialen Kontrolle fungiert, ist er keine Heilbehandlung (Burgstaller & Schütz 2004, Rz 168f).

Medizinische Eingriffe, die außerhalb des Bereichs der Heilbehandlungen liegen, müssen, um strafflos zu sein, nach § 90 StGB gerechtfertigt werden. Dabei ist zu bedenken, dass § 90 Abs. 3 StGB (außerhalb von Heilbehandlungen) jede Verstümmelung oder sonstige Verletzung der Genitalien pönalisiert, die geeignet ist, eine nachhaltige Beeinträchtigung des sexuellen Empfindens herbeizuführen. Kastration durch chirurgische Entfernung der Keimdrüsen oder ihre (irreversible) Zerstörung durch chirurgischen Eingriff ist daher (außerhalb von Heilbehandlungen) jedenfalls unzulässig (Burgstaller & Schütz 2004, Rz 164).

Kastration auf andere Weise als durch chirurgischen Eingriff (etwa durch Zerstörung der Funktion der Keimdrüsen mittels Bestrahlung)⁷⁷ hingegen ist ebenso wie neurochirurgische Eingriffe (zB „stereotaktische Hirnoperationen“) und die medikamentöse Reduzierung des Geschlechtstriebes nach § 90 Abs. 1 StGB zu beurteilen (wenn sich diese Eingriffe nicht als Heilbehandlung darstellen). Auch Häftlinge werden dabei als grundsätzlich fähig angesehen, eine wirksame Einwilligung zu erteilen. Die Anforderungen an die konkrete Einsichts- und Urteilsfähigkeit sowie die Aufklärung sind bei ihnen aber besonders streng, insb. die Aufklärung muß in jeder Weise umfassend und so intensiv wie möglich sein (Burgstaller & Schütz 2004, Rz 171f). Kastrationen (sofern sie nicht ohnehin gem. Abs. 3 unzulässig sind) oder stereotaktische Hirnoperationen werden aber nach derzeitigem Erkenntnis- und Erfahrungsstand wegen ihrer Schwere und Irreversibilität und der gegebenen Unsicherheit in Bezug auf den gewünschten kriminalpräventiven Erfolg in der Regel als sittenwidrig iSd § 90 Abs. 1 und damit als verboten und strafbar angesehen (Burgstaller & Schütz 2004, Rz 173). Auch in besonderen Ausnahmefällen, in denen anderes gelten könnte, wären besondere formale Barrieren vor nicht hinreichend überlegten Entscheidungen unverzichtbar, weshalb selbst in diesen Fällen die Vornahme solcher Eingriffe in der Praxis mit einem beträchtlichen strafrechtlichen Risiko verbunden wäre; tatsächlich sind Kastrationen und stereotaktische Hirnoperationen an Sexualstraftätern in Österreich nicht bekannt (Burgstaller & Schütz 2004, Rz 173). Die medikamentöse Reduzierung des Sexualtriebs hingegen wird nicht generell als unzulässig angesehen, allerdings dürfen auch hier die negativen Auswirkungen auf die Gesundheit nicht unterschätzt und die präventive Wirkung nicht überschätzt werden. Aus diesem Grund werden auch diese Behandlungen überwiegend nur dann als sittengemäß, und damit straffrei, angesehen, wenn (1) eine so schwere sexuelle Präokkupation vorliegt, dass der Betroffene kaum noch Interessen an anderen Aktivitäten entwickeln kann, und (2) begleitend Psycho- oder Soziotherapie durchgeführt wird (Burgstaller & Schütz 2004, Rz 174).

Auch psychiatrische, psychotherapeutische und ähnliche Behandlungen ohne körperliche Eingriffe, die in die psychische Integrität des Betroffenen eingreifen, müssen nach § 90 StGB gerechtfertigt werden, wenn sie nicht rein medizinisch indiziert sind, etwa auch kriminalpräventive Zwecke verfolgen. Sofern sie eine wesentliche Beeinträchtigung der psychischen Integrität darstellen, muß sohin zusätzlich zur wirksamen Einwilligung des Behandelten die Abwägung

der Nachteile und der Vorteile eine positive Bilanz aufweisen (Burgstaller & Schütz, Rz 76, 83).

Schließlich ist bei allen Behandlungen zu beachten, dass für die Einwilligung in Eingriffe, mit denen die ernst zu nehmende Gefahr einer dauernden Unfruchtbarmachung verbunden ist, die Mindestanforderungen für Sterilisationen ebenfalls zu berücksichtigen sind. Die nicht rein medizinisch indizierte Sterilisation von Personen unter 18 Jahren sowie von nicht Einsichts- und Urteilsfähigen ist danach jedenfalls unzulässig (§ 90 Abs. 2 StGB iVm § 146d, § 282 Abs. 3 ABGB), während bei über 25jährigen die Einwilligung samt Vornahme durch einen Arzt genügt (unabhängig vom Grund, aus dem sie durchgeführt wird). Bei 18- bis unter 25jährigen entscheidet das Sittenwidrigkeitskorrektiv, dh zusätzlich zur wirksamen Einwilligung des Behandelten muß die Abwägung der Nachteile und der Vorteile (des Zwecks) (inkl. des Werts der Ausübung des Selbstbestimmungsrechts) eine positive Bilanz aufweisen (Burgstaller & Schütz 2004, Rz 184-195).

Sexualität im Straf- und Maßnahmenvollzug

Die Besucher von Strafgefangenen und (in Maßnahme) Angehaltenen haben sich so zu verhalten, dass die Zwecke des Strafvollzuges nicht gefährdet werden und der Anstand nicht verletzt wird (§ 94 Abs. 3 StVG). Daraus wird (obwohl dies nicht im Gesetz steht) abgeleitet (Drexler 2003, § 20 Rz 8, § 93 Rz 1, § 94 Rz 2, § 100 Rz 2), dass sexuelle Kontakte mit Besuchern (auch mit dem eigenen Ehepartner) selbst dann unzulässig sind, wenn der Besuch in einem Einzelsprechraum und unüberwacht erfolgt (vgl. § 93 Abs. 2 StVG; Zuwiderhandlungen für die Insassen strafbar gem. § 107 Abs. 1 Z. 2 StVG; Strafbarkeit für die Besucher besteht hingegen nur dann, wenn der Sexualkontakt als „mündliches Verkehren“ oder als ein „Verständigen auf andere Weise“ verstanden werden könnte: Art. VII Abs. 1 Z. 1 EGStVG).

Obwohl Gefangene (bzw. Angehaltene) im Verkehr untereinander ebenso verpflichtet sind, alles zu unterlassen, was die Verwirklichung der Grundsätze des Strafvollzuges gefährden könnte, und sich so zu benehmen wie es der Anstand gebietet (§ 26 Abs. 2 StVG), wird daraus nicht auf die Unzulässigkeit sexueller Kontakte zwischen ihnen geschlossen (vgl. Drexler 2003, § 26 Rz 2, § 107 Rz 9f); ihnen werden bereits vielmehr bei der Aufnahme regelmäßig Kondome überlassen und auch späterhin zur Verfügung gestellt. Wegen der Trennung der Geschlechter (§ 8 Abs. 4

StVG) dürfen solche Kontakte nur gleichgeschlechtlich sein.

Inter- und Transsexualität

Geschlechtszuweisende Operationen bei Intersexualität, die auf dem selbstbestimmten Entschluss einer einwilligungsfähigen Person beruhen, bereiten, insb. wenn die psychische Erlebenssituation des Betroffenen einbezogen wird, hinsichtlich der medizinischen Indikation und damit der Einordnung als Heilbehandlung (siehe oben) in der Regel keine Probleme (Burgstaller & Schütz 2004, Rz 152). Anders bei Kindern, wo die medizinische Indikation nur auf Grund der ganz konkreten Umstände des jeweiligen Einzelfalles (Schwere des Eingriffs, Irreversibilität der Folgen, Möglichkeit des Aufschubs der Behandlung, Unsicherheit hinsichtlich der künftigen geschlechtlichen Identität) beurteilt werden kann. Sind nicht medizinische sondern soziale Gesichtspunkte, wie etwa die Vermeidung von Problemen bei der gesellschaftlichen Akzeptanz, maßgebend, so ist der Bereich der Heilbehandlung verlassen. Derartige Eingriffe bedürfen einer Rechtfertigung nach § 90 StGB, und ist dabei das Verbot der Sterilisation von unter 18jährigen und Einsichts- und Urteilsunfähigen sowie das Verbot der Gefährdung der sexuellen Empfindungsfähigkeit durch Genitalverletzungen (§ 90 Abs. 3 StGB) zu beachten (Burgstaller & Schütz 2004, Rz 152).

Genitalverändernde Operationen bei Transsexuellen (samt den entsprechenden Folgeeingriffen - wie bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen Adamsapfelverkleinerung, Brustvergrößerung, Haarentfernung – und der Hormonbehandlung) werden, so wie andere medizinische Eingriffe auch (siehe oben), dann als (von vornherein aus dem Bereich der Körperverletzungsdelikte herausfallende) Heilbehandlung angesehen, wenn sie medizinisch indiziert und gemäß dem anzuwendenden medizinischen Standard durchgeführt werden. Für die Beurteilung einer medizinischen Indikation wird zur Zeit auf das (im Auftrag des Gesundheitsministers erstattete) *Gutachten des Obersten Sanitätsrats vom 22.10.1983*⁷⁸ über operative Geschlechtsumwandlungen zurückgegriffen, das am 16.07.1997 vom Gesundheitsminister durch die *Empfehlungen für den Behandlungsprozess von Transsexuellen* (GZ 20.871/0-VIII/D13/97) inhaltlich ergänzt worden ist.

Dementsprechend setzt die medizinische Indikationsstellung zur Einleitung somatischer Behandlungskomponenten voraus:

- ◆ Psychiatrische Diagnose
- ◆ Urologisch-gynäkologische Diagnose (uU inkl. endokrinologischer bzw. zytogenetischer Untersuchungen)
- ◆ Psychologische Diagnostik
- ◆ Kontinuierliche Psychotherapie über zumindest ein Jahr bzw. 50 Stunden (zur Therapie und Diagnose).

Zur medizinischen Indikation für operative Eingriffe zur Geschlechtsanpassung werden des weiteren als erforderlich angesehen:

- ◆ Hormontherapie unter kontinuierlicher ärztlicher Kontrolle
- ◆ Fortsetzung der Psychotherapie
- ◆ „Alltagstest“, also Alltagsleben in der neuen Geschlechterrolle für einen Zeitraum von mindestens einem Jahr
- ◆ gesichertes Vorliegen eines transsexuellen Symptomenbilds
- ◆ der tief greifende, selbstbestimmte und unverrückbare Wunsch nach einer operativen Genitalveränderung.

Hinsichtlich der zuletzt genannten Voraussetzung wird die Ansicht vertreten, dass ein derartiger Befund erst nach Abschluss der psychosexuellen Reifung erhoben werden könne. Aus diesem Grund werden genitalverändernde Operationen bei Minderjährigen (also unter 18jährigen) nur ganz ausnahmsweise als zulässig erachtet. Voraussetzung ist jedenfalls eine entsprechende Einsichts- und Urteilsfähigkeit der minderjährigen Person; eine vertretungsweise Einwilligung wird (auch bei einsichts- und urteilsunfähigen Erwachsenen) ausgeschlossen (Burgstaller & Schütz 2004, Rz 159).

An die Einsichts- und Urteilsfähigkeit sowie an die Aufklärung der Betroffenen werden besonders hohe Anforderungen gestellt. Sie müssen insb. mit entsprechender Intensität die Irreversibilität des Eingriffs ebenso umfassen wie die Unvollkommenheit des Ergebnisses (also dass von einer wirklichen Umwandlung des biologischen Geschlechts keine Rede sein kann) und die lebenslang erforderliche medikamentöse Verabreichung von Hormonen (Burgstaller & Schütz 2004, Rz 160).

Neben diesen inhaltlichen Anforderungen an die medizinische Indikation stellen das *Gutachten* und die *Empfehlungen* eine Reihe von Verfahrensbedingungen auf. So müssen Ärzte mehrerer detailliert bezeichneter Fachrichtungen beigezogen werden, muß die Psychotherapie unter kontrollierten Bedingungen erfolgen

und werden alle mit der Begutachtung und Vorbehandlung befassten Ärzte von jedweder Beteiligung an der Operation selbst ausgeschlossen. Diese Verfahrensbedingungen werden, anders als die o.a. inhaltlichen Erfordernisse, nicht als zwingende Voraussetzungen für eine medizinische Indikation angesehen. Abweichungen davon zieht man aber als (freilich widerlegbare) Verdachtsgrundlage für das Fehlen der medizinischen Indikation heran (Burgstaller & Schütz 2004, Rz 161f).

Fehlt eine medizinische Indikation (weil etwa die o.a. inhaltlichen Erfordernisse dafür nicht eingehalten werden), so erfüllen die genannten medizinischen Eingriffe den Tatbestand der Körperverletzung, die allein durch Einwilligung gem. § 90 StGB gerechtfertigt werden können. Die Grenzen für eine solche Rechtfertigung sind jedoch sehr eng. Zum einen muß die Abwägung der Nachteile und der Vorteile (des Zwecks) (inkl. des Werts der Ausübung des Selbstbestimmungsrechts) eine positive Bilanz aufweisen (Sittenwidrigkeitskorrektiv). Zum anderen werden an die Einsichts- und Urteilsfähigkeit sowie die Aufklärung vor Einwilligung besonders hohe Anforderungen gestellt (Burgstaller & Schütz 2004, Rz 162). Schließlich ist das Verbot der Sterilisation von unter 18jährigen (§ 90 Abs. 2 StGB iVm § 146d ABGB) sowie das Verbot der Gefährdung der sexuellen Empfindungsfähigkeit durch Genitalverletzungen (§ 90 Abs. 3 StGB) zu beachten.

Für die operativen Eingriffe und die sonstigen erforderlichen ärztlichen Behandlungen, insb. die Hormonbehandlungen, sowie für die psychotherapeutischen Sitzungen muß die Sozialversicherung, wie für andere Heilbehandlungen, Kostenersatz leisten (OGH 12.09.1996, 10 ObS 2303/96s; OGH 23.06.1998, 10 ObS 195/98; <http://www.ris.bka.gv.at/auswahl/>). Selbst getragene Kosten des operativen Eingriffs bzw. der psychotherapeutischen Behandlungen wirken als Krankheitskosten auch mindernd auf (gesetzliche) Unterhaltspflichten des Transsexuellen (OGH 21.12.1995, 3 Ob 570/95).

Die österreichische Rechtsordnung geht von dem Prinzip aus, dass jeder Mensch entweder weiblichen oder männlichen Geschlechts ist (VwGH 30.09.1997, 95/01/0001). Welchem Geschlecht postoperative Transsexuelle zuzuordnen sind, hat bisher in Österreich keine ausdrückliche gesetzliche Regelung erfahren. Der Verwaltungsgerichtshof sieht sie als Angehörige des Geschlechts an, das ihrem äußeren Erscheinungsbild entspricht: das äußere Erscheinungsbild sei für die Geschlechtszugehörigkeit „jedenfalls“⁷⁹ bei Erfüllung der folgenden Kriterien entscheidend:

- ◆ Leben in zwanghafter Vorstellung, dem anderen Geschlecht anzugehören,
- ◆ deutliche Annäherung an das äußere Erscheinungsbild des anderen Geschlechts durch Vornahme geschlechtskorrigierender Maßnahmen
- ◆ hohe Wahrscheinlichkeit, dass sich am Zugehörigkeitsempfinden zum anderen Geschlecht nichts mehr ändern wird.

Staatliche Behörden haben das Geschlecht anhand dieser Kriterien, uU durch Einholung medizinischer Gutachten, festzustellen. Das gilt auch für die Beurteilung der Ehefähigkeit; die Behörde darf die Gleichgeschlechtlichkeit heiratswilliger Partner nicht allein aus ihrem Personenstand (ihrer Geburtsurkunde) schließen (VwGH 30.09.1997, 95/01/0001; <http://www.ris.bka.gv.at/auswahl/>). Dh also, dass postoperative Transsexuelle nur mehr Angehörige ihres früheren Geschlechts (und Angehörige ihres nunmehrigen Geschlechts nicht mehr) heiraten dürfen, auch wenn ihr Geschlecht in den Personenstandbüchern (noch) nicht geändert wurde.

Was die personenstandsrechtliche Stellung betrifft, so geht die Verwaltungspraxis auf Grundlage des Erlasses des Innenministers vom 18.07.1983 (GZ 10.582/24-IV/4/83)⁸⁰ vor, der durch den Erlass vom 27.11.1996 (GZ 36.250/66-IV/4/96)⁸¹ modifiziert wurde. Dieser Erlass stellt lediglich eine generelle Weisung des Innenministers an die ihm unterstellten Behörden dar und bindet nur diese; für andere Verwaltungsbehörden, für die Rechtsunterworfenen und für die Gerichte ist er nicht bindend (VwGH 30.09.1997, 95/01/0001). Nach diesem Erlass darf das Geschlecht im Geburtenbuch erst geändert werden, wenn ein Gutachten die Erfüllung der oben angeführten (auch vom Verwaltungsgerichtshof, jedoch unter der Einschränkung „jedenfalls“, herangezogenen) drei Kriterien zur Geschlechts(neu)zuordnung erweist.⁸² Insoweit entspricht der Erlass der Judikatur des Verwaltungsgerichtshofs (siehe oben).

Allerdings macht der Erlass die Änderung im Geburtenbuch auch noch davon abhängig, dass der Antragsteller nicht verheiratet ist. Dies widerspricht dem Gesetz und der Judikatur des Verwaltungsgerichtshofs. Der Verwaltungsgerichtshof hat ausgesprochen, dass sich („jedenfalls“) mit Erfüllung der o.a. drei Kriterien das Geschlecht ändert; einer behördlichen Entscheidung bedarf es hiefür nicht (siehe oben). § 16 Personenstandsgesetz bestimmt, dass die Personenstandsbehörde eine Beurkundung zu ändern hat, wenn sie nach der Eintragung unrichtig geworden ist. Hat sich das Geschlecht nun mit der Diagnose der Transsexualität und der Vornahme der geschlechtsanpassen-

den Operation (siehe die o.a. drei Kriterien) geändert, so hat die Personenstandsbehörde die Pflicht, im Geburtenbuch die unrichtig gewordene Eintragung über das Geschlecht zu ändern. Die Voraussetzung der Ehelosigkeit stellt weder der Verwaltungsgerichtshof (für die Geschlechtsneuzuordnung) noch das Gesetz (für die Ersichtlichmachung der Geschlechtsänderung im Geburtenbuch) auf. Die Änderung des Geschlechts im Geburtenbuch darf daher nicht davon abhängig gemacht werden, dass der Antragsteller unverheiratet ist.

Ein derartiger Zwang zur Eheauflösung (haben die Partner Kinder: auch zur Familienauflösung) ist dem Gesetz nicht zu entnehmen und ist auch unter dem Gesichtspunkt des Rechts auf Ehe und Familie (Art. 12 EMRK) bedenklich.

Hinzu kommt, dass nach geltender Rechtslage keine Auflösungsmöglichkeit besteht, wenn die Ehepartner ein harmonisches Eheleben führen. Eine Scheidung scheitert diesfalls daran, dass die Ehe nicht unheilbar zerrüttet (iS einer Aufhebung der geistigen, seelischen und körperlichen Gemeinschaft) ist (§§ 49, 50, 55, 55a EheG). Eine Ehenichtigkeitsgrund liegt nicht vor (§§ 20-25 EheG) und eine Aufhebung der Ehe wegen Irrtums scheidet nicht nur aus wenn der Partner bereits bei der Eheschließung um die Transsexualität des anderen wusste, sondern auch wenn er nach Entdeckung zu erkennen gibt, dass er die Ehe fortsetzen will (§ 37 EheG). Zudem ist, angesichts der obligatorischen jahrelangen Therapien vor der geschlechtsanpassenden Operation (siehe oben), zum Zeitpunkt der Operation die Frist für die Klageerhebung regelmäßig längst abgelaufen (§ 40 EheG). Selbst wenn die eheliche Gemeinschaft unheilbar zerrüttet wäre, hätte der transsexuelle Partner, wenn sein Ehegatte an der Ehe festhalten möchte, nur die Möglichkeit einer Scheidung nach § 55 EheG. Dann müsste er allerdings die häusliche Gemeinschaft aufgeben und könnte erst nach drei Jahren die Scheidungsklage einbringen. Unter Berücksichtigung der Verfahrensdauer bis zur Rechtskraft der Scheidung bedeutete dies eine mehrjährige Wartezeit auf die Personenstandsänderung, auf die er als postoperativer Transsexueller einen menschenrechtlichen Anspruch hat.⁸³ Selbst wenn also das Gesetz, was es nicht tut, die Änderung des Geschlechts im Geburtenbuch von der Auflösung der Ehe abhängig machte, so wäre dies grundrechtswidrig.

Der Grund für das Ansinnen des Erlasses (und darauf aufbauend der Verwaltungspraxis) ist es erkennbar, gleichgeschlechtliche Ehen zu verhindern. Doch das wird damit nicht erreicht. Denn (wie oben dargestellt) ändert sich das Geschlecht bereits mit der geschlechtsanpassenden Operation. Die Ehe ist daher ab diesem Zeitpunkt ohnehin gleichgeschlechtlich. Mit

der Verweigerung der Ersichtlichmachung des richtigen Geschlechts in den Personenstandsbüchern und -urkunden wird lediglich (zudem gesetzlos) Druck ausgeübt, die (nunmehr) gleichgeschlechtliche Ehe aufzulösen. Bis zur Auflösung besteht sie aber ohnehin. Und fügt sich der Transsexuelle dem Druck nicht und verzichtet er auf die Ersichtlichmachung des richtigen Geschlechts in den Personenstandsbüchern und -urkunden so besteht die gleichgeschlechtliche Ehe auf Dauer weiter.

Schließlich verlangt der Erlass (und darauf aufbauend die Verwaltungspraxis) die Auflösung der Ehe auch dann, wenn gar keine Gefahr einer gleichgeschlechtlichen Ehe besteht. Das ist etwa dann der Fall, wenn der Antragsteller nach der Operation (und damit der Geschlechtsänderung) eine Person seines früheren Geschlechts heiratet, auf welche Eheschließung er als postoperativer Transsexueller einen menschenrechtlichen Anspruch hat.⁸⁴ Auch diese verschiedengeschlechtliche Ehe müsste, da der Erlass nicht unterscheidet, vor einer Ersichtlichmachung des richtigen Geschlechts in den Personenstandsbüchern und -urkunden aufgelöst werden.⁸⁵ Die Erfüllung eines menschenrechtlichen Anspruchs (auf Änderung des Personenstands) wird damit von der Verletzung eines anderen (auf Eheschließung) abhängig gemacht. Auch eine Ehe zweier Transsexueller, die sich beide zur gleichen Zeit der Operation unterziehen, müsste, laut Erlass, aufgelöst werden, obwohl auch nach der Operation (und damit der Geschlechtsänderung) beider Ehepartner (nach wie vor) eine verschiedengeschlechtliche Ehe vorliegt.

Selbst dann wenn die transsexuelle Person und ihr Ehepartner beide aus einem Land kommen, das die gleichgeschlechtliche Ehe zulässt (wie etwa die Niederlande und Belgien)⁸⁶, verlangt der Erlass die Auflösung, obwohl in diesem Fall das österreichische Recht die Ehefähigkeit nach dem Heimatrecht der Partner beurteilt und die gleichgeschlechtliche Ehe zwischen den Ausländern anerkennt (§ 17 Abs. 1 IPRG).

Das Erfordernis des Unverheiratet-Seins wurde auch erst 1996 in den Erlass eingefügt. In seiner ursprünglichen Fassung aus 1983 ging er noch davon aus, dass die Ehe mit der Änderung des Geschlechts von selbst ende, welche Rechtsansicht im Gesetz (ebenfalls) keine Deckung findet (Hopf & Kathrein 1997, § 44 Rz 4; Stabentheiner 2000, § 44 Rz 2).

Das österreichische Namensrecht lässt es grundsätzlich zu, alle 10 Jahre seinen Namen (Vor- und Nachnamen) frei zu ändern (§ 2 Abs. 1 Z. 11, § 3 Abs. 1 Z. 8 NÄG). Ein Grund muß dafür nicht angegeben werden, allerdings spart der Nachweis der Transse-

xualität Gebühren (§ 2 Abs. 1 Z. 10, § 6 NÄG). Ein gewählter Vorname muß nicht geschlechtsspezifisch sein; der erste Vorname darf aber dem Geschlecht nicht widersprechen (§ 3 Abs. 1 Z. 7 NÄG). Es kann also der erste Vorname geschlechtsneutral (wie etwa Andrea, Robin, Nikita etc.), die weiteren Vornamen sogar dem anderen Geschlecht zugehörig sein. Das gilt nicht nur Transsexuelle sondern für jeden. Die 10-Jahres-Sperrfrist nach Namensänderung (mit bestimmten, hier nicht relevanten, Ausnahmen) kann für Transsexuelle eine Härte bedeuten. Wenn sie nämlich ihren Vornamen vor der Operation in einen geschlechtsneutralen (ersten) Vornamen geändert haben, so können sie nach der Operation nicht einen geschlechtsspezifischen (ersten) Vornamen annehmen, sondern müssen die 10-Jahres-Frist ab der ersten Namensänderung abwarten (§ 3 Abs. 1 Z. 8 NÄG). Der o.a. Erlass verlangt überdies, dass die Annahme eines geschlechtsspezifischen (ersten) Vornamens nur bewilligt werden darf, wenn die Geschlechtseintragung im Geburtenbuch geändert wird. Das ist gesetzwidrig, ist doch das Geschlecht bereits mit der Operation geändert (siehe oben) und dient die Änderung im Geburtenbuch lediglich der Korrektur einer unrichtig gewordenen Eintragung. Bis 1996 hat der Erlass die Vornamensänderung ausdrücklich auch ohne Änderung der Geschlechtseintragung im Geburtenbuch zugelassen.

Schutz vor Diskriminierung

Transsexuelle sind vor Diskriminierung durch die gesetzlichen Vorschriften zur Frauen-Männer-Gleichbehandlung geschützt (Übersicht in Smutny & Mayr 2001; Niederösterreich und die Steiermark haben neue Gesetze erlassen, die aber noch nicht In Kraft getreten sind, siehe unten).⁸⁷

Diskriminierung auf Grund sexueller Orientierung verbieten die Gesetze, die in Umsetzung der Richtlinie 2000/78/EG erlassen wurden. Es sind dies auf Bundesebene das Gleichbehandlungsgesetz und das Bundes-Gleichbehandlungsgesetz. Wien, die Steiermark und Niederösterreich erließen bereits Ausführungsgesetze. In Oberösterreich liegt eine Regierungsvorlage und in Kärnten ein Entwurf vor. In den anderen Bundesländern erfolgten noch keine Initiativen zur Umsetzung. Die Gesetze in Wien und der Steiermark sowie die Regierungsvorlage in Oberösterreich und der Entwurf beschränken das Diskriminierungsverbot nicht (wie die Richtlinie) auf die Arbeitswelt sondern schützen (im Kompetenzbereich der Länder) in allen Bereichen. Das steirische Gesetz verbietet ausdrücklich auch Diskriminierungen unter Bezugnahme auf

den Familienstand (ausführlich „Länder gegen den Bund“ in Ius Amandi 2/04, www.RKLambda.at [Ius Amandi]).

Gleichgeschlechtliche Paare sind in Österreich nach wie vor nur punktuell in wenigen Bereichen den verschiedengeschlechtlichen gleichgestellt (etwa im Strafrecht und Strafverfahrensrecht, im Finanzverfahrensrecht, bei der Wohnbauförderung in Wien und Salzburg). Eine umfassende Gleichstellung durch eine eingetragene Partnerschaft oder die Ermöglichung der Zivilehe, wie dies in zahlreichen europäischen und außereuropäischen Rechtsordnungen möglich ist, gibt es nicht (ausführlich zur nationalen und internationalen Rechtslage vgl. Graupner 2004b sowie die Übersicht auf www.RKLambda.at [Rechtsvergleich]).

Anmerkungen

- 1 Die Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte sind alle auf <http://www.echr.coe.int> abrufbar (<http://hudoc.echr.coe.int/>). Eine ausführliche Darstellung der Judikatur des Gerichtshofs findet sich in Graupner & Tahmindjis (2005).
- 2 European Court of Human Right (ECHR): *Christine Goodwin vs. UK* (28957/95), judg. 11.07.2002 [GC] (par. 90); *I. vs. UK* (25680/94), judg. 11.07.2002 [GC] (par. 70).
- 3 ECHR: *Christine Goodwin vs. UK* (28957/95), judg. 11.07.2002 [GC] (par. 90); *I. vs. UK* (25680/94), judg. 11.07.2002 [GC] (par. 70).
- 4 Vgl. ECHR: *L. & V. v. Austria* (39392/98, 39829/98), judg. 09.01.2003 (par. 47); *S.L. vs. Austria* (45330/99), judg. 09.01.2003 (par. 39); *Wessels-Bergervoet vs. NL* (34462/97), judg. 04.06.2002 (par. 52f); für eine Analyse der entsprechenden Judikatur des Gerichtshofs siehe Helmut Graupner, *Sexualität, Jugendschutz und Menschenrechte: Über das Recht von Kindern und Jugendlichen auf sexuelle Selbstbestimmung* (Frankfurt/M., Peter Lang, 1997), Vol. 1, 75ff.
- 5 ECHR: *Wessels-Bergervoet vs. NL* (34462/97), judg. 04.06.2002 (par. 52f).
- 6 ECHR: *Z. & Others vs. UK* (29392/95), judg. 10.05.2001 [GC] (par. 73); *E. & Others vs. UK* (33218/96), judg. 26.11.2002 (par. 88).
- 7 ECHR: *Christine Goodwin vs. UK* (28957/95), judg. 11.07.2002 [GC] (par. 90: „physical and moral security“); *I. vs. UK* (25680/94), judg. 11.07.2002 [GC] (par. 70 : „physical and moral security“); *D.P. & J.C. vs. UK* (38719/97), judg. 10.10.2001 [GC] (par. 118: „physical and moral integrity“); *X. & Y. vs. NL* (8978/80), 26.03.1985 (par. 22: „physical and moral integrity“); *Ilaria Salvetti vs. Italy* (42197/98), dec. 09.07.2002 („physical and psychological integrity“).
- 8 Wenn eine wirksame Abschreckung in einem Fall, in dem fundamentale Werte und essentielle Aspekte des Privatlebens auf dem Spiel stehen, nicht anders erreicht werden können: ECHR, *X. & Y. vs. NL* (8978/80), 26.03.1985 (par. 27).
- 9 ECHR: *S.N. vs. Sweden* (34209/96), judg. 02.07.2002 (par. 47); *Owen Oysten vs. UK* (42011/98), dec. 22.01.2002.
- 10 ECHR: *Christine Goodwin vs. UK* (28957/95), judg. 11.07.2002 [GC] (par. 90); *I. vs. UK* (25680/94), judg. 11.07.2002 [GC] (par. 70); *Zehnalová & Zehnal vs. CZ* (38621/97), dec. 14.05.2002.
- 11 ECHR: *Fretté vs. France* (36515/97), judg. 26.02.2002 (par. 32).
- 12 ECHR: *Zehnalová & Zehnal vs. CZ* (38621/97), dec. 14.05.2002; European Commission of Human Rights, *X. vs. Iceland* (6825/74), dec. 18.05.1976.
- 13 European Commission of Human Rights, *Brüggemann & Scheuten vs. Germany* (6959/75), report 12.07.1977.
- 14 ECHR: *Fretté vs. France* (36515/97), judg. 26.02.2002 (par. 32).
- 15 ECHR: *L. & V. v. Austria* (39392/98, 39829/98), judg. 09.01.2003, par. 36 („most intimate aspect of private life“); *S.L. v. Austria* (45330/99), judg. 09.01.2003, par. 29 („most intimate aspect of private life“); European Commission of Human Rights: *Sutherland vs. UK* 1997 (25185/94), dec. 01.07.1997 (par. 57: „most intimate aspect of effected individuals ‘private life’“, also par. 36: „private life (which includes his sexual life)“; so also the ECHR in: *Dudgeon vs. UK* (7525/76), judg. 22.10.1981, par. 41, 52; *Norris vs. Ireland* (10581/83), judg. 26.10.1988 (par. 35ff); *Modinos vs. Cyprus* (15070/89), judg. 22.04.1993 (par. 17ff); *Laskey, Brown & Jaggard vs. UK* (21627/93; 21826/93; 21974/93) 19.02.1997, par. 36; *Lustig-Prean & Beckett vs. UK* (31417/96; 32377/96) (par. 82), 27.09.1999; *Smith & Grady vs. UK* (33985/96; 33986/96), judg. 27.09.1999 (par. 90); *A.D.T. vs. UK* (35765/97), judg. 31.07.2000 (par. 21ff); *Fretté vs. France* (36515/97), judg. 26.02.2002 (par. 32); German Constitutional Court, BverfGE 47, 46 [73].
- 16 ECHR: *Dudgeon vs. UK* (7525/76), judg. 22.10.1981, par. 53; *Norris vs. Ireland* (10581/83), judg. 26.10.1988 (par. 44); *Modinos vs. Cyprus* (15070/89), judg. 22.04.1993 (par. 25); *Lustig-Prean & Beckett vs. UK* (31417/96; 32377/96) (par. 80), 27.09.1999; *Smith & Grady vs. UK* (33985/96; 33986/96), judg. 27.09.1999 (par. 87).
- 17 ECHR: *Dudgeon vs. UK* (7525/76), judg. 22.10.1981, par. 51; *Norris vs. Ireland* (10581/83), judg. 26.10.1988 (par. 41f); *Modinos vs. Cyprus* (15070/89), judg. 22.04.1993 (par. 25); *A.D.T. vs. UK* (35765/97), judg. 31.07.2000 (par. 32f); Für eine detaillierte Analyse der Voraussetzungen eines Eingriffs nach Art. 8 Abs. 2 siehe Graupner (1997), *supra*, Vol. 1, 86ff.
- 18 ECHR: *Dudgeon vs. UK* (7525/76), judg. 22.10.1981; *Norris vs. Ireland* (10581/83), judg. 26.10.1988; *Modinos vs. Cyprus* (15070/89), judg. 22.04.1993; *Lustig-Prean & Beckett vs. UK* (31417/96; 32377/96), 27.09.1999; *Smith & Grady vs. UK* (33985/96; 33986/96), judg. 27.09.1999; *L. & V. v. Austria* (39392/98, 39829/98), judg. 09.01.2003; *S.L. v. Austria* (45330/99), judg. 09.01.2003.
- 19 J. S. Mill, *On Liberty*.
- 20 J. S. Mill, *On Liberty*, in Anlehnung an de Tocqueville, *Democracy in America*.
- 21 *L. & V. v. Austria* (39392/98, 39829/98), judg. 09.01.2003; *S.L. v. Austria* (45330/99), judg. 09.01.2003.
- 22 VfGH 21.06.2002, G 6/02. Der Verfassungsgerichtshof hat § 209 deshalb als verfassungswidrig aufgehoben, weil sich bei Paaren mit weniger als fünf Jahren Altersunterschied ergeben konnte, dass eine bereits legale Beziehung (mit Erreichen des 19. Lebensjahres durch den älteren Partner) wieder kriminell wird. Das erkannte der Verfassungsgerichtshof als grob unsachlich. Zur Frage der Verletzung des Rechts auf Achtung des Privatlebens oder Ungleichbehandlung (männlich) homosexueller Kontakte äußerte er sich nicht.
- 23 *Thomas Wolfmeyer v. Österreich*, 5263/03.
- 24 Wo er im übrigen ausgesprochen hat, dass auch sexuelle Kontakte zwischen mehr als zwei Personen dem grundrechtlichen Schutz auf Achtung des Privatlebens unterfallen und nicht verboten werden dürfen (*A.D.T. vs. UK* (35765/97), judg. 31.07.2000).
- 25 *Lustig-Prean & Beckett vs. UK* (31417/96; 32377/96), judg. 27.09.1999, 25.07.2000; *Smith & Grady vs. UK* (33985/96; 33986/96), judg. 27.09.1999, 25.07.2000; See also *Perkins & R. vs. UK*, (43208/98, 44875/98), judg. 22.10.2002; *Beck, Copp & Bazzeley vs. UK* (48535/99, N° 48536/99 and N° 48537/99), judg. 22.10.2002.
- 26 *Salgueiro da Silva Mouta vs. Portugal* (33290/96), judg. 21.12.1999. Fälle, die den gesetzlichen Ausschluß homosexueller Menschen von der Möglichkeit, Blut zu spenden, zum Gegenstand hatten, wurden von der Liste gestrichen, nachdem das entsprechende Gesetz geändert worden ist (*Tosto vs. Italy* (49821/99), dec. 15.10.2002; *Crescimone vs. Italy*, 49824/99, dec. 15.10.2002; *Faranda vs. Italy*, 51467/99, dec. 15.10.2002).
- 27 *Karner vs. Austria* (40016/98), judg. 24.07.2003. Da der Beschwerdeführer selbst nach Einbringung seiner Beschwerde verstorben ist, hat-

- te der Gerichtshof zu entscheiden, ob er den Fall von der Liste streicht oder ob er die Prüfung des Falles fortsetzt; er hat die Prüfung fortgesetzt und dies damit begründet, dass die gegenständliche Frage eine „wichtige Frage von allgemeiner Bedeutung nicht nur für Österreich ist sondern auch für andere Mitgliedstaaten“ (par. 27). Der Fall *Karner* betrifft Ungleichbehandlungen von unverheirateten gleichgeschlechtlichen Paaren gegenüber unverheirateten verschiedengeschlechtlichen Paaren. In *Saucedo Gomez v. Spain* (Appl. 37784/97), dec. 26.01.1999, und in *Nylynd v. Finland* (Application No. 27110/95), dec. 29.06.1999, hat der Gerichtshof Ungleichbehandlung von verheirateten Paaren auf der einen Seite und unverheirateten (verschiedengeschlechtlichen) Paaren als innerhalb des Ermessensspielraums der Staaten gesehen. Noch im Jahre 2000 hat der Gerichtshof sogar Ungleichbehandlung von gleichgeschlechtlichen Paaren gegenüber jenen verschiedengeschlechtlichen Paaren für zulässig erklärt, die – ebenso wie gleichgeschlechtliche Paare – nicht heiraten können (*Mata Estevez vs. Spain*, Appl. 56501/00, dec. 10.05.2001).
- 28 *Salgueiro da Silva Mouta vs. Portugal* (33290/96), judg. 21.12.1999 (par. 36).
- 29 *Lustig-Prean & Beckett vs. UK* (31417/96; 32377/96), judg. 27.09.1999 (par. 90); *Smith & Grady vs. UK* (33985/96; 33986/96), judg. 27.09.1999 (par. 97); *Salgueiro da Silva Mouta vs. Portugal* (33290/96), judg. 21.12.1999 (par. 36); *L. & V. v. Austria* (39392/98, 39829/98), judg. 09.01.2003 (par. 45, 52); *S.L. v. Austria* (45330/99), judg. 09.01.2003 (par. 37, 44); *Karner vs. Austria*, appl. 40016/98 (par. 37);
- 30 *L. & V. v. Austria* (39392/98, 39829/98), judg. 09.01.2003 (par. 45); *S.L. v. Austria* (45330/99), judg. 09.01.2003 (par. 37).
- 31 *Karner vs. Austria*, appl. 40016/98 (par. 41).
- 32 *Lustig-Prean & Beckett vs. UK* (31417/96; 32377/96), judg. 27.09.1999 (par. 90); *Smith & Grady vs. UK* (33985/96; 33986/96), judg. 27.09.1999 (par. 97); *L. & V. v. Austria* (39392/98, 39829/98), judg. 09.01.2003 (par. 52); *S.L. v. Austria* (45330/99), judg. 09.01.2003 (par. 44)
- 33 *Christine Goodwin vs. UK* (28957/95), judg. 11.07.2002 [GC] (par. 91); *I. vs. UK* (25680/94), judg. 11.07.2002 [GC] (par. 71).
- 34 *Parliamentary Assembly of the Council of Europe*: Written Declaration No. 227, Febr. 1993; Halonen-Resolution (Order 488 [1993]); Opinion No. 176 (1993); Opinion 221 (2000); <http://assembly.coe.int>
- 35 Opinion 216 (2000); Rec. 1474 (2000) (par. 7) ; Im September 2001 hat das *Ministerkomitee des Europarates* der Versammlung versichert „that it will continue to follow the issue of discrimination based on sexual orientation with close attention“ (Doc 9217, 21.09.2001).
- 36 *European Parliament*: Urgency Resolution on the Rights of Lesbians and Gays in the European Union (B4-0824, 0852/98; par. J), 17.09.1998; Resolution on the Respect of Human Rights within the European Union in 1997 ((A4-0468/98; par. 10), 17.12.1998; Resolution on the Respect of Human Rights within the European Union in 1998/99 (A5-0050/00; par. 76, 77), 16.03.2000; http://www.europarl.eu.int/plenary/default_en.htm.
- 37 Opinion 216 (2000); Rec. 1474 (2000) (par. 7).
- 38 *Christine Goodwin vs. UK* (28957/95), judg. 11.07.2002 [GC]; *I. vs. UK* (25680/94), judg. 11.07.2002 [GC].
- 39 *Christine Goodwin vs. UK* (28957/95), judg. 11.07.2002 [GC] (par. 100); *I. vs. UK* (25680/94), judg. 11.07.2002 [GC] (par. 80).
- 40 *Christine Goodwin vs. UK* (28957/95), judg. 11.07.2002 [GC] (par. 101); *I. vs. UK* (25680/94), judg. 11.07.2002 [GC] (par. 81).
- 41 In Europa ermöglichen die Niederlande und Belgien die gleichgeschlechtliche Zivilehe; in Spanien und Schweden sind entsprechende Gesetzgebungsprozesse im Gang. Zahlreiche weitere europäische Staaten erkennen gleichgeschlechtliche Partnerschaften umfassend rechtlich an, meist in Form eingetragener Partnerschaften (für eine Übersicht siehe www.RKLambda.at [Rechtsvergleich]).
- 42 *Christine Goodwin vs. UK* (28957/95), judg. 11.07.2002 [GC] (par. 100); *I. vs. UK* (25680/94), judg. 11.07.2002 [GC] (par. 80).
- 43 *Christine Goodwin vs. UK* (28957/95), judg. 11.07.2002 [GC] (par. 98); *I. vs. UK* (25680/94), judg. 11.07.2002 [GC] (par. 78) ; vgl. auch Europäischer Gerichtshof: *K.B. gegen National Health Service Pensions Agency und Secretary of State for Health*, Case C-117/01 (07.01.2004) (http://europa.eu.int/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexapi!prod!CELEXnumdoc&lg=DE&numdoc=62001J0117&mod=el=guichett).
- 44 *Constitutio Criminalis Theresiana* (CCT) 1768 (§§ 74-82).
- 45 § 74. Die CCT brachte dabei sogar eine Humanisierung. Bis dahin wurden diese Taten mit Verbrennung bei lebendigem Leib bestraft (Graupner 1997a, 1, 128f); eine Strafe, die die Theresiana nur mehr für Verkehr mit Tieren vorgesehen hat.
- 46 *Constitutio Criminalis Josefina* (CCJ) 1787.
- 47 „Gleichgeschlechtliche Unzucht mit Jugendlichen“ (§ 129 Strafgesetz, StG, später: § 209 StGB) (aufgehoben 2002); „Gewerbsmäßige gleichgeschlechtliche Unzucht“ (§ 500a StG; später: § 210 StGB) (aufgehoben 1989); „Werbung für Unzucht mit Personen des gleichen Geschlechts oder mit Tieren“ (§ 517 StG; später: § 220 StGB) (aufgehoben 1997); „Verbindungen zur Begünstigung gleichgeschlechtlicher Unzucht“ (§ 518 StG; später: § 221 StGB) (aufgehoben: 1997).
- 48 Gesetzestexte sind unter <http://www.ris.bka.gv.at/auswahl/> verfügbar.
- 49 Ausführlich hiezu www.paragraph209.at und www.RKLambda.at (insb. unter „News“ und „Ius Amandi“).
- 50 EGMR: *F. L. v. Österreich*, 18297/03.
- 51 EGMR: *J. K. v. Österreich*, 24637/03.
- 52 Bis 1989 (in Tirol und Vorarlberg) bzw. 1997 (in den anderen Bundesländern) wurde auch gleichgeschlechtliche Pornografie – unter Berufung auf das Werbeverbot des § 220 StGB – stets als harte Pornografie qualifiziert (Graupner 2002b).
- 53 Weil bei solchen Kontakten ein Altersunterschied von bis zu 4 Jahren zulässig ist, sofern der jüngere Partner zumindest 12 Jahre alt ist (§ 207 Abs. 4 StGB).
- 54 Weil bei solchen Kontakten ein Altersunterschied von bis zu 3 Jahren zulässig ist, sofern der jüngere Partner zumindest 13 Jahre alt ist (§ 206 Abs. 4 StGB).
- 55 Diese Ausnahme von der Ausnahme gilt auch dann, wenn der Jüngere den Gegenstand selbst einführt, also etwa im Zuge des sexuellen Kontakts zB mit einem Vibrator bei sich selbst experimentiert; in solchen Fällen genügt bereits ein Tag Altersunterschied für die Strafbarkeit (§ 206 StGB), während für das Eindringen mit Körperteilen, also etwa auch der Faust, die Alterstoleranzklausel gilt.
- 56 Rahmenbeschluß 2004/68/JHA vom 22. Dezember 2003 zur Bekämpfung sexueller Ausbeutung von Kindern und der Kinderpornografie, ABI L 44-48, 20.01.2004, http://europa.eu.int/eur-lex/de/archive/2004/l_01320040120de.html.
- 57 Protokoll der Expertenanhörung unter http://www.parlament.gv.at/portal/page?_pageid=908,264711&_dad=portal&_schema=PORTAL.
- 58 www.yap.at; www.univie.ac.at/bim; www.euro.centre.org.
- 59 mit gerichtlicher Genehmigung. Sonst 18.
- 60 Burgenland, Kärnten, Steiermark, Wien.
- 61 Wien, Niederösterreich und Burgenland.
- 62 bei entsprechender Reife und Verlässlichkeit.
- 63 Siehe www.kja.at (Rechte und Pflichten); www.RKLambda.at (Publikationen).
- 64 www.yap.at; www.univie.ac.at/bim; www.euro.centre.org.
- 65 Justizministerin Mag. Karin Miklantsch, *Parlamentarische Anfragebeantwortung*, 01.07.2004, XXII. GP-NR 1696/AB; Justizminister Dr. Dieter Böhmendorfer, *Parlamentarische Anfragebeantwortung*, 02.09.2003, XXII. GP-NR 660/AB; Justizminister Dr. Dieter Böhmendorfer, *Parlamentarische Anfragebeantwortung*, 03.04.2003, XXII. GP-NR 21/AB; www.parlament.gv.at.
- 66 Justizministerin Mag. Karin Miklantsch, *Parlamentarische Anfragebeantwortung*, 01.07.2004, XXII. GP-NR 1696/AB.
- 67 Europäisches Parlament, Entschließung zur Lage der Grundrechte in der Europäischen Union (2002), 04.09.2003 (par. 79).
- 68 EuGH, Case *Aldona Malgorzata Jany u. a.*, C-268/99 (20.11.2001), <http://europa.eu.int/eur-lex/>.
- 69 Vgl. OGH 29.04.2003, 11 Os 18/03 (hier genügte bereits der Vorschlag, in einem österreichischen Bordell zu arbeiten in Gemeinschaft

mit lediglich der telefonischen Vereinbarung eines Termins mit dem Bordellbetreiber), <http://www.ris.bka.gv.at/auswahl/>.

⁷⁰ OGH 28.06.1989, 3 Ob 516/89, <http://www.ris.bka.gv.at/auswahl/>.

⁷¹ Der Anus wurde erst in den Neunziger Jahren einbezogen (vgl. OGH 12.09.1991, 12 Os 55/91; OGH 16.09.1992, 13 Os 84/92) obwohl dies der traditionellen Definition geschlechtlicher Handlungen als Berührungen geschlechtsspezifischer (also dem weiblichen oder männlichen Körper eigentümlicher) Körperpartien (wozu der Anus nicht gehört) widerspricht (Judikaturnachweise in Pallin 1980, § 203 Rz 7; Mayerhofer 2000, § 202 E 16, 17, § 207 E 2a). Begründet wurde diese Einbeziehung mit den üblichen hetero- und homosexuellen Praktiken (OGH 12.09.1991, 12 Os 55/91; OGH 16.09.1992, 13 Os 84/92); obwohl gleichzeitig Zungenküsse, die bei sexuellen Begegnungen wesentlich häufiger vorkommen als (nicht-penile) anale Praktiken, weiterhin nicht als sexuelle Handlung qualifiziert werden (OGH 16.09.1992, 13 Os 84/92; OGH 24.09.1997, 13 Os 125/97). Auch hält die Judikatur, trotz Einbeziehung der (nicht-penilen) analen Praktiken, nach wie vor an der grundsätzlichen Definition geschlechtlicher Handlungen als Berührungen geschlechtsspezifischer (also dem weiblichen oder männlichen Körper eigentümlicher Körperpartien) fest (OGH 16.09.1992, 13 Os 84/92; weitere Nachweise in Mayerhofer 2000, § 202 E 16, § 207 E 2a).

⁷² So die Europäische Kommission für Menschenrechte, *S. vs. Switzerland*, 14.01.1993 (insb. par. 65f).

⁷³ OGH 10.03.1977, 12 Os 180/76, <http://www.ris.bka.gv.at/auswahl/>.

⁷⁴ BGH 26.05.2004 (2 StR 505/03), <http://www.hrr-strafrecht.de/hrr/2/03/2-505-03.php3>; in diesem Sinne auch Burgstaller (2004, Rz 70, 76, 81, 83, 179f).

⁷⁵ OGH 29.06.1989, 12 Os 17/89, <http://www.ris.bka.gv.at/auswahl/>.

⁷⁶ OGH 25.11.1997, 11 Os 171/97; OLG Graz 27.03.2003, 11 Bs 105/03; <http://www.ris.bka.gv.at/auswahl/>.

⁷⁷ OGH 25.11.1997, 11 Os 171/97; <http://www.ris.bka.gv.at/auswahl/>.

⁷⁸ Zerstörung der Keimdrüsen durch Bestrahlung unterfällt nicht dem Verbot des § 90 Abs. 3, weil dieses Verbot eine Substanzbeeinträchtigung verlangt (arg. „Verstümmelung“, „Verletzung“) (Burgstaller & Schütz 2004, Rz 200).

⁷⁹ Veröffentlicht in den Mitteilungen der Österreichischen Sanitätsverwaltung 1985, H 2, 24.

⁸⁰ Der Verwaltungsgerichtshof lässt also offen, ob auch ohne Erfüllung dieser Kriterien eine Zuordnung zum anderen Geschlecht möglich sein kann.

⁸¹ Veröffentlicht in Österreichisches Standesamt 1983, 65.

⁸² Veröffentlicht in Österreichisches Standesamt 1997, 1f.

⁸³ Für die Erstellung der Gutachten ist laut Erlass zur Gewährleistung der Fachkenntnis und der einheitlichen Beurteilung ausschließlich das Institut für Gerichtsmedizin der Universität Wien heranzuziehen. Die Kosten des Gutachtens können dem Antragsteller als Barauslagen verrechnet werden, und der Antragsteller kann auch zum Erlag eines entsprechenden Vorschusses verhalten werden, bei dessen Nichterlag das Gutachten nicht eingeholt wird (§ 76 Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz, AVG).

⁸⁴ ECHR: *Christine Goodwin vs. UK* (28957/95), judg. 11.07.2002 [GC]; *I. vs. UK* (25680/94), judg. 11.07.2002 [GC].

⁸⁵ ECHR: *Christine Goodwin vs. UK* (28957/95), judg. 11.07.2002 [GC]; *I. vs. UK* (25680/94), judg. 11.07.2002 [GC].

⁸⁶ Laut Verwaltungsgerichtshof ist für die Beurteilung der Ehefähigkeit ja nicht das in der Geburtsurkunde (bzw. im Geburtenbuch) ausgewiesene Geschlecht maßgebend sondern (jedenfalls wenn die o.a. drei Kriterien erfüllt sind) das äußere Erscheinungsbild (siehe oben).

⁸⁷ vgl. die Darstellung auf www.RKLambda.at (Rechtsvergleich).

⁸⁸ Europäischer Gerichtshof: *P vs. S und Cornwall County Council*, Case C-13/94 (30.04.1996) (http://europa.eu.int/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexapi!prod!CELEXnumdoc&lg=DE&numdoc=61994J0013&model=guichett) sowie *K.B. gegen National Health Service Pensions Agency und Secretary of State for Health*, Case C-117/01 (07.01.2004) (http://europa.eu.int/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexapi!prod!CELEXnumdoc&lg=DE&numdoc=62001J0117&model=guichett).

Adresse des Autors

Dr. Helmut Graupner, Maxingstrasse 22-24/4/9, A-1130 Wien, mail: hg@graupner.at

Buchbesprechungen

Pastötter, Jakob: **Erotic Home Entertainment und Zivilisationsprozess. Analyse des postindustriellen Phänomens Hardcore-Pornographie.** Deutscher Universitäts-Verlag, 2003, 191 Seiten, ISBN : 3-8244-4534-4, Preis: 34.90 €

Nichts Menschliches sei den Sexualwissenschaftlern fremd, sollte man glauben. Ob Masturbation oder Oralverkehr, Transsexualismus oder Homophilie – vieles, was vor Jahrzehnten noch als pervers und unmoralisch galt, ist heute anerkannter Gegenstand der Forschung und somit weitgehend enttabuisiert. Eine Ausnahme freilich gibt es, und das ist die Pornographie. Sich damit zu beschäftigen, zumal wissenschaftlich, wird von vielen Sexologen nach wie vor als nutzlos und wenig erhellend angesehen.

Dabei hat der Konsum von pornographischen Filmen in den letzten Jahrzehnten dramatisch zugenommen. Wurden 1987 in der Bundesrepublik etwa 500.000 Pornovideos ausgeliehen, waren es 1999 knapp 80 Millionen. Mit einem Jahresumsatz von rund 1,5 Milliarden Euro ist Deutschland in Europa führend beim Vertrieb pornographischer Artikel und wird weltweit nur von den USA übertroffen, wo die jährlichen Umsätze bei etwa vier Milliarden Euro liegen.

Umso merkwürdiger sei es, meint der Regensburger Sexualwissenschaftler Jakob Pastötter, dass namentlich in Deutschland kaum jemand ernsthaft und wertneutral nach den Ursachen dieser Entwicklung forsche. Vielmehr habe es pauschale Verurteilungen, die nicht selten in der Forderung gipfelten, Pornographie zu verbieten. Selbst der bekannte Hamburger Sexologe Gunter Schmidt hält die Wirkung pornographischer Darstellungen auf den Betrachter zumindest für bedenklich: „Sie enteignet seine sexuelle Phantasie, stiehlt die Eigenart seines Erlebens, kränkt ihn durch die gleichförmige, platte Motorik ihrer Vollzüge, durch ihre gleichmachende Banalität, entblößt sein Intimes, kurzfristig – aber immerhin.“

Abgesehen davon, dass Verbote nur den Schwarzhändlern zugute kämen, sei Pornographie durchaus mehr als das sprichwörtliche „Immer dasselbe“, betont Pastötter, der für seine Doktorarbeit Dutzende von erotischen Filmen analysiert hat, um deren soziale Funktion zu enthüllen. Denn in Deutschland gilt noch immer, was Alice Schwarzer bereits 1988 unmissverständlich feststellte: „Pornographie ist die verharmlosende oder verherrlichende, deutlich erniedrigende sexuelle Darstellung von Frauen und Mädchen.“ Auch Pastötter bestreitet nicht, dass es sexuelle Erniedrigung und Gewalt in Pornofilmen gibt, hebt

aber zugleich hervor, dass solche Darstellungen nicht als typisch für den gesamten Industriezweig gelten könnten, zumal der deutsche Gesetzgeber für die Herstellung und den Vertrieb gewaltverherrlichender Pornos Freiheitsstrafen bis zu fünf Jahren vorgesehen habe. In vielen auf dem Erotikmarkt frei zugänglichen Videofilmen würden Frauen auch nicht als willenlose Objekte männlicher Lust dargestellt, sondern verlangten ähnlich wie die Männer provokativ nach sexueller Befriedigung. Zugegeben, romantische Liebesspiele kommen in Pornofilmen eher selten vor. Und das sei kein Zufall, sagt der Nestor der deutschen Sexualwissenschaft Erwin J. Haeberle: „Wie die offizielle Kultur der romantischen Liebe das Sexuelle ausspart, so spart die inoffizielle Pornographie die romantische Liebe aus. Erst beide zusammen machen ein Verständnis des menschlichen Sexuallebens aus.“

Das erklärt die lange Geschichte der Pornographie. Schon vor 30000 Jahren ritzen unsere Vorfahren Bilder von nackten Frauen in die Höhlenwände. Auch das indische „Kaama sutra“ oder die bebilderten Sonette des italienischen Dichters Pietro Aretino (1492-1556) sind streng genommen pornographisch. Zur einer Art Ersatzkultur und mithin zum Massenphänomen entwickelte sich die Pornographie im viktorianischen Zeitalter, als man sogar Klavierbeine verhüllte, um jede mögliche sexuelle Anspielung zu vermeiden. „Die Darstellung des Nackten wird erst durch ihr Verbot zur Pornographie“, konstatiert der deutsche Soziologe Norbert Elias, dem wir überdies die Erkenntnis verdanken, dass im Prozess der Zivilisation nicht nur die sinnlichen Triebe und Affekte des Menschen tabuisiert und hinter die Kulissen der Öffentlichkeit verbannt wurden, sondern ebenso die bloßen Anreize zum Ausleben dieser Triebe. Zwar hat die „sexuelle Revolution“ diese Entwicklung teilweise wieder rückgängig gemacht. Allein die Pornographie steht bis heute in dem Ruf, schmutzig, banal und somit überflüssig zu sein.

Das freilich hindert zwei Drittel der deutschen Männer nicht, sich mehrmals im Jahr pornographische Filme oder Zeitschriften anzusehen. Bei den Frauen tun dies laut Umfrage nur etwa zehn Prozent, die übergroße Mehrheit lehnt Pornographie als „pervers“ ab. Gibt es womöglich eine geschlechtstypische Aneignung des Pornographischen? Pastötter bestreitet das: „Die vermeintlich sanftere Sexualität der Frau ist ein Mythos, der erst im bürgerlichen Zeitalter konstruiert wurde, während bis dahin den Frauen – Stichwort Hexenverfolgung – sexuelle Aggressivität, ja Unerstättlichkeit unterstellt worden war.“ Zwar berichten Frauen weitaus häufiger als Männer über Scham- und Schuldgefühle beim Betrachten pornographischer Fil-

me. Doch das liegt vermutlich auch daran, dass sie den Klischees über die Verderbtheit solcher Streifen mehr verhaftet sind als Männer.

Vor allem jüngere Frauen gewinnen der Pornographie zunehmend positive Seiten ab, wie eine US-Studie belegt. Man könne dabei etwas lernen, geheime Phantasien ausleben, offener mit Sexualität umgehen und außerdem seine intimen Beziehungen verbessern. So lauteten die häufigsten Antworten von Frauen auf die Frage, was Pornographie ihnen persönlich gebe. Viele Filme würden deshalb nicht für Singles, sondern für Paare gemacht, sagt Pastötter, der den pornographischen Film als Medium versteht, welches begehrlie Geschichten über Sexualität erzählt.

Man mag diese Art von Begehrlichkeit vielleicht kritisieren, ignorieren sollte man sie nicht. Dass viele Menschen gern in eine sexuelle Traumwelt eintauchen, bedeutet keineswegs, dass sie das dort Gesehene selbst praktizieren möchten. Im Gegenteil, erotische Phantasien befriedigen zumeist andere Bedürfnisse als die reale Beziehung. Nicht wenige Männer wünschen sich bekanntlich eine sexuell aktive, gar dominante Frau. Doch nur die wenigsten dürften in der Lage sein, mit einer solchen Rollenverteilung in der Realität zwanglos umzugehen. Und noch eine wichtige Funktion erfüllt die Pornographie: Sie führt Männern und auch Frauen vor Augen, dass sie mit ihren sexuellen Wünschen und Begierden nicht allein und diese weder krank noch abartig sind, wie zuweilen behauptet wird.

Gleichwohl besteht kein Anlass, die Pornographie zu idealisieren. Sie ist und bleibt ein Geschäft, an dem vorrangig die Produzenten, aber auch die Darsteller gut verdienen. Frauen bekommen im Schnitt 300 bis 1000 Dollar pro Szene, Männer müssen sich mit maximal 500 Dollar begnügen. Die meisten Filme werden in zwei bis drei Tagen abgedreht, wobei sich die Kosten für einen Drehtag bei einer „anspruchsvollen“ Produktion auf rund 10000 Dollar belaufen. Die Gewinne sind zum Teil immens, wie das Beispiel des Pornoklassikers „Deep Throat“ zeigt. 1972 für rund 25000 Dollar produziert, wurden damit seither über 100 Millionen Dollar eingespielt. Dass die Pornographie trotz aller sexuellen Liberalisierung nach wie vor als Provokation empfunden wird, hat noch einen weiteren Grund: Sie verletzt die Regeln unserer Gesellschaft, denen zufolge Menschen in erster Linie „funktionieren“ und daher alles vermeiden sollen, was mit spontaner Lust und Ekstase einhergeht. Nicht umsonst besagt ein gängiges Vorurteil, dass Sexualität ohne Liebe, gleichsam als reine Aktivität, eine verirrte Sexualität sei. Zahllose erotische Filme beweisen nicht nur das Gegenteil, sie präsentieren auch Spielarten der Sexualität, die in einer zivilisierten Gesellschaft offi-

ziell nicht geduldet sind, was viele Menschen sichtlich bedauern. Das erklärt den anhaltenden Erfolg der Pornographie und zeigt, so Pastötter, dass die oft lustfeindliche Balance zwischen Sexualität und Romantik in modernen Partnerbeziehungen neu austariert werden sollte. Zwar kann die Pornographie diese Aufgabe nicht lösen, aber sie kann zumindest ein Gespräch darüber anregen, was Sexualität ist und welche Bedürfnisse sie bei verschiedenen Menschen erzeugt

Martin Koch (Berlin)

Kornelius Roth: **Wenn Sex süchtig macht. Einem Phänomen auf der Spur.** Berlin: Christoph Links Verlag, 2004, 207 Seiten, ISBN : 3-86153-321-9, Preis: 14,90 €

„Ich habe früher in Tagträumen gelebt und mir immer einen Mann vorgestellt, der zu mir passt“, erzählt Marianne. „Ich habe mir ausgemalt, wie wir uns kennen lernen, ins Bett gehen und miteinander Sex haben. Zum Schluss waren meine Gedanken voller Lusternheit. Das hat mich erregt und dann habe ich onaniert.“ Ist Marianne sexsüchtig? Sie scheint zumindest gefährdet, sofern es ihr nicht gelingt, ihre Begierde zu kontrollieren, meint der Psychiater und Psychotherapeut Kornelius Roth, der in einem Sachbuch detailliert beschreibt, wie Sexsüchtigkeit entsteht und wie man sie behandeln kann.

Roth sei damit der erste deutschsprachige Autor, betont der renommierte Schweizer Suchtforscher Walther H. Lechler in seinem Vorwort, der sich mit diesem weithin unterschätzten Phänomen auseinandersetze. Einem Phänomen, von dem in Deutschland schätzungsweise eine halbe Million Menschen betroffen und die meisten davon therapiebedürftig seien. Dem steht allerdings die Tatsache entgegen, dass die Sexsucht als eigenständiges Krankheitsbild im Diagnostikhandbuch der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bisher gar nicht vorkommt.

Ein Grund könnte sein, dass selbst unter Experten die Erscheinungsformen dieser sexuellen Störung verschieden gedeutet werden. Während die einen von „sexueller Süchtigkeit“ sprechen, reden andere von „zwanghaftem Sexualverhalten“ oder „sexueller Perversion“. Es war bekanntlich Sigmund Freud, der den Begriff der Perversion vielfach kolportiert hat, um damit jedes von der „Norm“ abweichende und von der Gesellschaft als störend empfundene Sexualverhalten Betätigung sei das Grundmerkmal der Sexsucht, meint Roth, sondern das süchtige Erleben schlechthin und der damit verbundene Kontrollverlust. Das heißt: Bei einem Sexsüchtigen wird die schönste Nebensache der

Welt zur alles prägenden Hauptsache des Lebens. Familie, Partner, Geld, Arbeit – all dies opfert er notfalls für den sexuellen Kick, der ihm jedoch keine wirkliche Befriedigung beschert, sondern ihn eher antreibt, nach weiterer sexueller Betätigung zu suchen. Ein Vater berichtet: „Meine Sucht hat immer sehr viel Zeit in Anspruch genommen, und ich hatte keine Kraft und Energie mehr in unserer Ehe, und auch nicht für unsere Kinder. Wenn ich mit dem sexuellen Ausleben beschäftigt war, habe ich meine Familie komplett vergessen.“ Viele Sexsüchtige werden überdies von starken Schuld- und Schamgefühlen geplagt. „Wenn ich nachts auf einem Waldparkplatz einen anonymen sexuellen Kontakt gehabt habe“, erzählt eine Frau, „sah ich mein Gegenüber oft gar nicht richtig. Wenn wir anschließend auf die Parkplatzlichter zgingen, dachte ich häufig: Oh Gott, was war denn das für ein Typ, mit dem ich da Sex hatte. Mensch, bist du tief gesunken.“

Worin liegen die Ursachen eines solchen Verhaltens, das die Betroffenen selbst als entwürdigend empfinden, aber offenkundig nicht abstellen können? Bei der Beantwortung dieser Frage richtet Roth seinen Blick nicht nur auf das Individuum und dessen Lebensgeschichte, sondern auch auf die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen: „Die Sexualität selbst ist ein Konsumartikel geworden. Sie ist eine Ware, die überall zur Verfügung steht.“ Je mehr Sex, desto besser lautet das Motto unserer Gesellschaft, die von erotischen und sexuellen Reizen geradezu überflutet wird.

Doch nur, wer für diese Reize in spezieller Weise empfänglich ist, läuft Gefahr, zum „Sexaholiker“ zu werden. Manche Frauen und Männer sind vermutlich schon von ihrer biologischen Konstitution her für ein solches Schicksal prädisponiert. Bei ihnen werden die körpereigenen Opiate (Endorphine), die das Gehirn bei der sexuellen Betätigung ausschüttet, rascher abgebaut als bei nicht süchtigen Menschen. Sie brauchen daher auch rascher den nächsten Kick, denn Endorphine dämpfen nicht nur die Angst und erzeugen intensive Glücksgefühle, sie machen in gewisser Weise auch abhängig.

Viel öfter jedoch sind kindliche Traumata, hervorgerufen durch sexuellen oder emotionalen Missbrauch, die Auslöser der Sucht. Die Betroffenen entwickeln im Erwachsenenalter starke Schamgefühle und leiden unter Selbstwertproblemen. Sexsüchtiges Verhalten kann in diesem Fall als Versuch gedeutet werden, die in der Kindheit schmerzlich vermisste Zuneigung im nachhinein zu erlangen und auf diese Weise die quälenden Probleme abzuwehren. Das Resultat jedoch ist häufig ein ganz anderes, wie Roth be-

tont: „Leider verändert süchtiges Verhalten schlechte Gefühle und Defizite nur kurzzeitig, langfristig werden sie verstärkt.“

Als letzter Ausweg aus diesem Teufelskreis bleibt oft nur eine Therapie, die normalerweise mit einem dreimonatigen „Zölibat“ beginnt. Dabei sollen die Patienten ein neues Verhältnis zu ihrer sexuellen Lust gewinnen und lernen, Intimität ohne Sexualität zu erleben. Das mag für viele eine durchaus heilsame Erfahrung sein. Darüber hinaus jedoch fordert Roth zur Bewältigung der Sucht eine grundlegende Veränderung der Lebensführung, die Betroffene wohl als Zumutung empfinden dürften. Denn diese sollen bei Bedarf nicht nur ihren Computer abschaffen und Disko oder Sauna meiden. Nein, sie sollen auch morgens rechtzeitig aufstehen, sich ordentlich waschen, saubere Kleidung anziehen, einer geregelten Tätigkeit nachgehen und abends rechtzeitig zu Bett gehen. Leider enthält das Buch eine ganze Reihe solcher „erzieherischen“ Vorschläge, auf die der Autor im Interesse seines Anliegens am besten verzichtet hätte.

Denn dass zahlreiche Menschen unter den Folgen eines gleichsam süchtigen Sexualverhaltens leiden und therapeutische Hilfe benötigen, ist kaum zu bestreiten und wird auch durch die zahlreichen Interviews bestätigt, die Roth in seinem Buch dokumentiert hat. Ob es sich dabei allerdings um ein typisches Massenphänomen handelt, wie der Autor glaubt, bleibt zu bezweifeln. Denn gerade die Sexualität ist so vielgestaltig, die sexuellen Fantasien, Wünsche und Neigungen der Menschen sind so unterschiedlich, dass Wissenschaftler statt von „der Sexualität“ heute sogar von „den Sexualitäten“ des Menschen sprechen. Und auch die Ekstase gilt dabei als legitimes Mittel der Lustbefriedigung und nicht als deren krankhafte Entartung.

Obwohl Roth in seinem Buch des öfteren eine „gesunde Sexualität“ anmahnt, wird an keiner Stelle ersichtlich, was er damit eigentlich meint. Was ist der Maßstab für „gesund“? Und wer legt diesen fest? Es gehört überhaupt zu den Merkwürdigkeiten unserer Gesellschaft, dass jede Abweichung von einer vermeintlichen Norm des Verhaltens heute gleich als therapiebedürftig eingestuft wird. Die Therapeuten mag's freuen. Doch die Vielfalt menschlicher Bedürfnisse, Neigungen und Verhaltensweisen ist keineswegs ein Makel, sondern ein Vorzug unserer Gesellschaft. Das gilt auch für die Sexualität, zu der viele Frauen und Männer noch immer kein offenes und unverkrampftes Verhältnis gefunden haben. Wenn überhaupt, dann liegt hier der Nährboden für jenes bizarre Phänomen, das Roth Sexsucht nennt.

Martin Koch (Berlin)

Originalarbeiten

Ahlers, Ch. J.; Schaefer, G. A.; Wille, R.; Beier, K. M.
 Das Modul Sexualdelinquenz im Forensisch-
 psychiatrischen Dokumentations-System (FPDS) 2

Ahlers, Ch. J.; Schaefer, G. A.; R.; Beier, K. M.
 Erhebungsinstrumente in der klinischen Sexualfor-
 schung und der sexualmedizinischen Praxis –
 Ein Überblick über die Fragebogenentwicklung in
 Sexualwissenschaft und Sexualmedizin 74

Lübcke-Westermann, D.; Gillner, M.
 Transsexualität in Mecklenburg-Vorpommern:
 Ergebnisse einer Gutachtenanalyse 1993 – 2003 31

*Rothermund, E.; Schwarzer, D.; Schulze, P.; Friedrich,
 M.; Sterry, W.; Beier, K. M.*
 Sexualität und Partnerschaft bei Psoriasis –
 Erste Ergebnisse einer empirischen Untersuchung
 von Psoriasis-Betroffenen und ihren Partnern 98

Weig, W.; Wietzke, M.
 Geschlechtstypische Unterschiede in der Sexualität –
 eine Pilotstudie 24

Fortbildung

Beier, K. M.; Ahlers, Ch. J. ; Pauls, P.
 Sexualmedizin als Bestandteil der Lehre im
 Medizinstudium 107

Dabelstein, A.
 „Nicht in mir zu Hause“ – zwei (a-)typische
 Fallberichte 37

Schneider, T.; Sperling, H.; Roberto R.; Rübben, H.
 Vardenafil (Levitra®) in der Therapie der erektilen
 Dysfunktion 43

Diskussion

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

Historia

Graupner, H.
 Das späte Menschenrecht (Teil 1) – Sexualität im
 europäischen und österreichischen Recht 119

Plačkov, S.
 Eros und Kalliope im goldenen Zeitalter
 der Gesangskastraten 51

Orginalia

Ahlers, Ch. J.; Schaefer, G. A.; Wille, R.; Beier, K. M.
 The Module Sexual Delinquency in the Forensisch-
 psychiatrischen Dokumentations-System (FPDS) 2

Ahlers, Ch. J.; Schaefer, G. A.; R.; Beier, K. M.
 Assessment instruments in clinical sexology and
 sexological research –
 An overview of questionnaires in sexology
 and sexual medicine 74

Lübcke-Westermann, D.; Gillner, M.
 Transsexualism in Mecklenburg-Vorpommern
 (Germany): Analysis of Expertise 1993 – 2003 31

*Rothermund, E.; Schwarzer, D.; Schulze, P.; Friedrich,
 M.; Sterry, W.; Beier, K. M.*
 Effects of Psoriasis upon Sexuality and Partnership –
 First Line Findings of an Empiric Study with
 People affected by Psoriasis and their Partners 98

Weig, W.; Wietzke, M.
 Gender-Typical Differences in Sexuality –
 a Pilot Study 24

Case Studies

Beier, K. M.; Ahlers, Ch. J. ; Pauls, P.
 Sexual Medicine as Component Part of the Study
 of Medicine 107

Dabelstein, A.
 „Not at Home in Myself“ – Two (a-)typical
 Case Reports 37

Schneider, T.; Sperling, H.; Roberto R.; Rübben, H.
 Vardenafil (Levitra®) in the Therapy of Erectile
 Dysfunction 43

Discussion

Schorn, H.
 www.andrologie.de: Patient Information and
 Consultation via Internet 47

Historia

Graupner, H.
 The Belated Human Right (Part 1) – Sexuality
 in European and Austrian Law 119

Plačkov, S.
 Eros and Kalliope in the Golden
 Age of Castrati 51