

Sexuologie

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

Inhalt

Originalarbeiten

- 2 Sexualität und Brustkrebskrankung
Janina Neutze, Klaus M. Beier
- 23 Sexuelle Funktionsstörungen bei künstlicher Befruchtung
Mechthild Neises, Andreas Ploeger
- 31 Psychosexuelle Probleme bei Intersex-Syndromen
Hartmut A.G. Bosinski

Fortbildung

- 61 Sexualität und Beckenboden
Eckhard Petri
- 67 Sexualmedizin und Balintarbeit
Kurt Loewit

Historia

- 71 Das späte Menschenrecht (Teil 2) – Sexualität im schweizerischen Recht
Helmut Graupner

Diskussion

- 78 Von Sünde keine Rede. Die Paradiesgeschichte in Gen 2–3
Detlef Dieckmann von Büнау

Aktuelles

- 82 Buchbesprechungen, Tagungsankündigungen, Autorenhinweise

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: Cora Grotzke, Löbdergraben 14a, 07743 Jena. Tel: +49(0)3641/62 64 45, Fax: +49(0)3641/62 64 21; E-mail: c.grotzke@elsevier.com

Anzeigenpreise: Gültig ist die Preisliste vom 1. Januar 2005.

Lieferkonditionen (2005): Volume 11 (1 Band mit 2 Doppelheften)

Abopreise* (2005): 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. zur Diagnostik und Therapie bei sexuellen Funktionsstörungen, Geschlechtsidentitätsstörungen, sexuellen Verhaltensabweichungen (Paraphilien, Sexualdelinquenz) sowie bei Sexualstörungen aufgrund von Erkrankungen und deren Behandlung. Die Sichtweisen verschiedener Fächer gelangen dabei zur Darstellung.

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

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

Sexualität und Brustkrebserkrankung

Janina Neutze, Klaus M. Beier

Sexuality and Breast Cancer

Abstract:

Breast cancer mortality declined by large amounts over the last decades. Along this line the number of affected women given a choice between different surgical and systemic adjuvant treatments is rising. Therefore information about the effect of treatment on the physical, psychological and social outcome can provide important help for decision. Given these gains research focussed the impact of breastcancer and its treatment and there is a growing body of evidence that sexual problems are among other distressing psycho-social problems. In this context most research has focussed on the patient, yet the disease has an impact on patient s partners as well. Hence it is suggested that sexual problems are common in patient and partner too. Since partners are key supports for breastcancer patients, a lack of intimacy is supposed to threaten dyadic coping strategies. Unfortunately, neither patients nor partners receive assistance in dealing with the effects of illness on intimacy. By being aware of difficulties in partnership and sexual problems, primary care providers could contribute to a successful outcome, thus avoiding aggravation. For this purpose this article provides an overview of the bio-psycho-social consequences of breast cancer and its treatment. Against the background of the stress-appraisal-coping paradigm espoused by Lazarus and Folkman (1994) this review summarizes current knowledge about the nature of sexual problems in breast cancers highlighting publications on treatment effects and communication issues. Results are measured against each other with regard to their importance influencing coping and the course of the disease.

Keywords: impact of breast cancer; sexual functioning and intimacy; dyadic coping; stress-appraisal-coping paradigm

Zusammenfassung

Die Sterblichkeit infolge einer Brustkrebserkrankung ist innerhalb der letzten Jahrzehnte deutlich zurückgegan-

gen. Damit steigt die Zahl betroffener Frauen, die bei der Wahl einer adäquaten operativen bzw. adjuvanten Therapie mitentscheiden können. Informationen zu bio-psycho-sozialen Konsequenzen der verschiedenen Behandlungsoptionen können hier bedeutsame Entscheidungshilfen sein. So rückten die psychosozialen Konsequenzen der Erkrankung und ihrer Therapie zunehmend in den Mittelpunkt des Forschungsinteresses. Mittlerweile ist anerkannt, dass Brustkrebserkrankung und -therapie weitreichende Auswirkungen auf die partnerschaftliche Sexualität und Interaktion sowie das körperliche und psychische Wohlbefinden der Patientinnen haben. Bislang konzentrierte sich die Forschung vorrangig auf das Erleben der Patientinnen, obwohl unstrittig ist, dass sich die Erkrankung ebenfalls negativ auf die Partner der Betroffenen auswirkt. Daher liegt nahe, dass sexuelle Probleme Patientin wie Partner betreffen. Da Partnern eine zentrale Rolle bei der Unterstützung ihrer betroffenen Frauen zukommt, wird angenommen, dass ein Verlust an Intimität hilfreiche dyadische Bewältigungsstrategien gefährdet. Angesichts dieser Bedeutung ist zu beklagen, dass offenbar weder Patientinnen noch ihre Partner Unterstützung im Umgang mit den Konsequenzen der Erkrankungen für ihre Intimität erhalten. Dabei könnten behandelnde Ärzte und Psychologen bei ausreichendem Problembewusstsein und Fachkenntnis Partnerschaftsprobleme und Einschränkungen in der Sexualität günstig beeinflussen bzw. chronische Verläufe verhindern. Zu diesem Zweck bietet der vorliegende Artikel einen Überblick über die biopsychosozialen Konsequenzen der Brustkrebserkrankung und ihrer Therapie. Vor dem theoretischen Hintergrund des transaktionalen Stressmodells nach Lazarus und Folkman (1984) werden bisherige Studienergebnisse zusammengefasst und im Hinblick auf die Störungen der Sexualität zueinander in Bezug gesetzt. Die Bedeutung von Sexualität als Moderatorvariable im Verlauf einer Brustkrebserkrankung und ihrer Bewältigung wird herausgearbeitet. *Schlüsselwörter:* Auswirkungen der Brustkrebserkrankung, sexuelle Funktionen und Intimität, dyadische Krankheitsbewältigung, transaktionales Stressmodell

Einleitung

Brustkrebs ist mit jährlich bis zu 50.000 Neuerkrankungen nicht nur die häufigste Krebserkrankung von Frauen insgesamt, sondern steht auch bei den Todesursachen mit ca. 20% der Todesfälle an erster Stelle (Bremer Krebsgesellschaft 2001; Robert Koch-Institut 2002). Doch immer neue Forschungsergebnisse führen zu deutlich besseren Behandlungsoptionen, so dass eine wachsende Zahl betroffener Frauen ihre Erkrankung überlebt oder lange Zeit mit dem Krebs ihr Leben gestaltet (Baider & Kaplan De-Nour 1996). Entsprechend werden immer mehr Patientinnen in die Lage versetzt, bei der Auswahl einer adäquaten Therapie mitzuentcheiden. Eine solche Entscheidung birgt jedoch für viele Betroffene eine Vielzahl entmutigender Erfahrungen (Neill et al. 1998). Um zu einer erheblichen Verbesserung der Lebensqualität beizutragen, können daher Informationen zu psychosozialen Zusammenhängen bedeutsame Entscheidungshilfen sein (Yurek et al. 2000; Taylor et al. 2002).

Vor diesem Hintergrund wächst die Bedeutung einer Forschung, die über das Krankheitserleben zum Zeitpunkt der Diagnose hinausgeht und alle Phasen der Erkrankung mit einbezieht (Given et al. 1997; Zebrack 2000). Fragen nach den psychosozialen Konsequenzen der Erkrankung und ihrer Therapie rückten so speziell im angloamerikanischen Raum innerhalb der letzten 20 Jahre in den Mittelpunkt des Interesses. In diesem Rahmen fokussierten einige Arbeiten die speziellen Auswirkungen der Brustkrebskrankung auf die Sexualität der Patientinnen (u. a. Schover 1994; Lamb 1995; Surbone & Petrek 1997; Barni & Mondin 1997; Meyerowitz et al. 1999; Yurek et al. 2000).

Mittlerweile ist anerkannt, dass nahezu alle Krebsarten und deren Behandlung Konsequenzen für die Sexualität der Betroffenen haben (McKee & Schover 2001; Stead 2003). Auch ist unumstritten, dass Brustkrebskrankung und -therapie weitreichende Auswirkungen auf das körperliche und psychische Wohlbefinden der Patientinnen und ihrer Partner haben (Bard & Sutherland 1955; Shell & Smith 1994; Oliver 1996; Oktay 1998; Anllo 2000; Shapiro et al. 2001; Kornblith & Ligibel 2003; Ganz et al. 2004). Doch das Zusammenspiel der Teilfaktoren einer gesundheitsbezogenen Lebensqualität ist ebenso wenig ausreichend geklärt wie deren spezielle Bedeutung für Krankheitsverlauf und -bewältigung der Betroffenen. Was fehlt, ist ein integratives bio-psycho-soziales Modell, anhand dessen Studienergebnisse zu den Konsequenzen der Erkrankung zusammengeführt und in ihrer Bedeu-

tung als Moderatorvariablen des weiteren Krankheitsverlaufs gewichtet werden können. Für ein Verständnis sexueller Störungen im Rahmen einer Brustkrebskrankung und ihrer Therapie ist eine solche integrative Betrachtungsweise unerlässlich (Andersen 1985; Gotay & Muraoka 1998; Beier et al. 2001). Daher sollen im Folgenden vor dem theoretischen Hintergrund des transaktionalen Stressmodells (Lazarus 1981, 2000; Lazarus & Folkman 1987) die Ergebnisse ausgewählter Studien zu den Erkrankungs- und Behandlungskonsequenzen des Mammakarzinoms vorgestellt werden. Auf der Grundlage eines Sexualitätsverständnisses als einer biologisch, psychologisch und sozial determinierten Erlebnisdimension des Menschen sollen diese dann im Hinblick auf die Störungen der Sexualität zueinander in Bezug gesetzt werden, um die Bedeutung der Sexualität als Moderatorvariable im Krankheitsverlauf einer Brustkrebskrankung herausarbeiten zu können (Beier et al. 2001; Beier & Loe-wit 2004).

Biopsychosoziale Faktoren der Brustkrebskrankung

Der Verlauf der meisten Krankheiten wird nicht allein von biologischen Determinanten, sondern im Wesentlichen durch soziale und persönlichkeitspezifische Verhaltensgewohnheiten bestimmt. Diese multifaktorielle Betrachtungsweise wurde frühzeitig in Theorien zur Ätiologie und Behandlung in Form bio-psycho-sozialer Modelle formuliert, die von einer Interaktion bio-medizinischer, psychischer und sozialer Faktoren ausgehen (Engel 1977; Pomerleau & Brady 1979; Melamed & Siegel 1980). Unter den bio-medizinischen Faktoren interagieren Teilfaktoren wie Alter, Geschlecht und allgemeine Körperfunktionen: Systemische Schwankungen als Teil eines natürlichen Prozesses oder infolge akuter bzw. chronischer Erkrankungen und erforderlicher Interventionen führen entweder direkt zu Veränderungen psychischer und sozialer Faktoren (z. B. Stimmungstief bei endokriner Imbalance, Ansteckungsgefahr bei Infektion), oder indirekt über vermittelnde Prozesse der Regulation, Integration und Befriedigung faktorenrelevanter Bedürfnisse. Die Veränderung und die Anpassung an die veränderten Bedingungen stellen für Betroffene eine Anforderung dar und sind als fortwährender Prozess zu begreifen, in dem immer neue Veränderungen Anpassung erfordern, die ihrerseits Veränderungen induzieren etc.

Die Brustkrebserkrankung und ihre Therapie stellen für die betroffene Frau je nach Alter und Konstitution eine wahrnehmbar hohe Anforderung dar. Die Patientin steht daher vor der Aufgabe, zwischen dieser Anforderung, ihrer Fähigkeit zu deren Bewältigung und den damit verbundenen Kosten bzw. Konsequenzen ein Gleichgewicht herzustellen (Lazarus & Folkman 1984; Lazarus 2000). Vor dem Hintergrund ihrer persönlichen Sozialisation bewertet sie dazu Brustkrebsdiagnose, therapeutische Optionen und deren Nebenwirkungen als eine für sie „irrelevante“, „positive“ oder „stressreiche“ Anforderung. Eine Bewertung als „stressreiche Anforderung“ kann sie in einer weiter differenzierenden Einschätzung als „Verlust“, als „Bedrohung“ oder als „Herausforderung“ erleben (Lazarus 1981, 2000). So determiniert die primäre Bewertung einer Patientin Intensität und Qualität ihrer emotionalen Reaktion infolge der Krankheitsanforderung mit unmittelbaren Konsequenzen für ihr psychisches und physisches Wohlbefinden: Nach derzeitigem empirischen Forschungsstand verschlechtern sich unter der negativen Bewertung einer Anforderung als „Belastung“ oder „Bedrohung“ Gesundheit und Krankheitsverlauf der Betroffenen (DeLongis et al. 1982; Monroe et al. 1983; Andersen et al. 1989; Voegele & Steptoe 1993; Schaefer 1996). Ebenso eindeutig kann von einem negativen Zusammenhang von „Bedrohungsbewertung“ und Partnerschaft ausgegangen werden (Bodenmann 1995). Berücksichtigt man spillover-Effekte, so zeigt sich, dass eine Bewertung als „belastend“ sich negativ auf die Partnerschaftsqualität auswirkt und umgekehrt eine problematische Partnerschaft zu einer höheren Stressbewertung führt (Repetti 1994; Leiter & Durup 1996). Beides bringt letztlich ein höheres Symptomprofil mit sich (Paykel & Cooper 1992; Assh & Byers 1996; Orth-Gomér et al. 2000; Gale et al. 2001).

Damit scheint dem psychischen Teilfaktor „sozialisations- und persönlichkeitspezifische Bewertung“ unter den Interaktionen des bio-psycho-sozialen Modells hinsichtlich Krankheitsbewältigung und Ätiologie möglicher Sekundärerkrankungen eine besondere Stellung zuzukommen. Doch in die subjektive Einschätzung einer an Brustkrebs erkrankten Frau fließt in besonderem Maße die Evaluation geeigneter und verfügbarer Bewältigungsressourcen ein (Lazarus & Launier 1981). Neben internen Ressourcen (Selbstwert, Problemlösefertigkeit etc.) sind vor allem externe Ressourcen bedeutsam. Als eine zentrale externe Ressource konnte wiederholt die Partnerschaft einer Patientin und die von ihr zur Verfügung gestellte soziale Unterstützung identifiziert werden (de Ruiter et al. 1993; Manne et al. 1997; Manne et al. 1999). Allein

die Erwartung partnerschaftlicher Unterstützung kann sich positiv auf Krankheitsbewältigungsprozesse auswirken (Perkonig et al. 1992). Dem sozialen Teilfaktor „Unterstützung des Ehemanns bzw. Partners“ wird daher im Bewältigungsprozess von Patientinnen mit Brustkrebs eine zentrale Rolle zugewiesen (Bloom 1994; Holland & Rowland 1991; Northhouse et al. 1995; Roth et al. 1998; Wilmoth 2001). Vor dem Hintergrund des hier beschriebenen transaktionalen Stressmodells (Lazarus 2000; Lazarus & Folkman 1987) wird diese „Pufferfunktion“ sozialer Unterstützung verständlich: Wenn eine „Bedrohungsbewertung“ in höheres Belastungserleben mündet und sich dieses gemeinsam mit beeinträchtigtem psychischen und physischen Wohlbefinden negativ auf die Partnerschaftsqualität auswirkt, was wiederum Stresserleben und Symptomprofil erhöht (Burman & Margolin 1992; Repetti 1994; Bodenmann 1995; Leiter & Durup 1996; Bodenmann 1998), werden Partnerschaftsqualität und partnerschaftliche Bewältigung zur Schlüsselvariable: Je besser individuelle Bewältigungsstrategien und partnerschaftliche Bewältigung zur Lösung von Belastungen beitragen, desto mehr Bewältigungsstrategien scheinen den Betroffenen verfügbar, desto weniger bedrohlich werden Erkrankung und Therapie eingeschätzt und desto geringer sind gesundheitliche Beeinträchtigungen. Die Wahrscheinlichkeit für angemessene Kommunikation und Problemlösung wächst und der Verlauf der Partnerschaft angesichts der Erkrankung ist günstiger. Gerade im Rahmen chronischer Erkrankungen wie Krebs erweist sich diese Form partnerschaftlicher Bewältigung als bedeutsam (vgl. Baider et al. 1995; Manne et al. 1999).

Die Bedeutung einer partnerschaftlichen Bewältigung liegt dabei sowohl in der Nutzung gemeinsamer Synergien als auch in der Nutzung partnerschaftlicher Unterstützung. Der tatsächliche Bedeutungsschwerpunkt scheint aber – und das ist im hiesigen Betrachtungszusammenhang von Wichtigkeit – im beziehungsbezogenen Aspekt der dyadischen Bewältigung zu liegen: Jeder Schritt gemeinsamer Bewältigung trägt zur Ausbildung einer kognitiven Repräsentation des Partners als eines Menschen bei, der bei Problemen emotional verfügbar ist, und führt zu dem tiefgreifenden Effekt einer stärkeren interpersonellen Involviertheit (Schneewind 1999). Beides fördert und festigt partnerschaftliche Kohäsion und vermittelt die Partnerschaft als einen Ort der Geborgenheit, Sicherheit, Nähe und Akzeptanz. Auf intensivere, unmittelbare und sinnlich einzigartige Weise ermöglicht nur die auf Partnerschaft angelegte beziehungsorientierte Dimension von Sexualität eine Befriedigung psychosozialer menschlicher Grundbedürfnisse (Beier et al.

2001; Beier & Loewit 2004). Im Sinne einer unmittelbaren partnerschaftlichen Bewältigungsstrategie ist eine befriedigende Sexualität für eine Partnerschaftszufriedenheit daher zentral und geht einher mit unmittelbaren Konsequenzen für Belastungserleben, psychische und physische Gesundheit der Betroffenen (u. a. Fisher 1986; Antill & Cotton 1987; Regan 1998).

Vor dem hier dargestellten theoretischen Hintergrund sollen nun Anforderungen bei Veränderungen biologischer, psychischer und sozialer Faktoren im Kontext einer Brustkrebskrankung und ihrer Therapie vorgestellt werden, bevor diese den zentralen Ergebnissen der Studien zur Sexualität bei Mammakarzinom gegenübergestellt werden.

Biologische Faktoren

Körperliche Veränderungen bleiben von den Patientinnen zu Beginn ihrer Brustkrebskrankung unbemerkt. Der Tumor verursacht im Frühstadium weder Schmerzen noch andere Beschwerden. Erste Anzeichen sind Knoten oder Verhärtungen in der Brust, Einziehung der Brustwarze oder der Haut bzw. Hautveränderungen der Brustwarze oder des Warzenvorhofes, farbige Absonderungen aus der Brustwarze oder plötzlich auftretende Rötungen (Barth & Koubenec 2002). Zum hohen Anforderungserleben tragen im Wesentlichen erst zwei Teilfaktoren bei, die im Rahmen des bio-psycho-sozialen Modells wirken: Veränderungen infolge operativer Intervention (Mastektomie vs. brusterhaltendem Eingriff) und Veränderungen infolge adjuvanter Hormon-, Chemo- und/oder radiologischer Therapie.

Veränderungen infolge operativer Intervention (Mastektomie vs. brusterhaltender Eingriff)

Den wohl massivsten körperverändernden Eingriff im Rahmen der Behandlung einer Brustkrebskrankung stellt die radikale Mastektomie dar. Schon frühe Studien verweisen auf mögliche negative Konsequenzen der Mastektomie für die Betroffenen (Reneker & Cutler 1952; Bard & Sutherland 1955).

In einer aktuellen Untersuchung der Arbeitsgruppe um Ganz (Ganz et al. 2004) wurden 558 im Durchschnitt 56,9 Jahre alte Patientinnen nach Abschluss ihrer primären Brustkrebsbehandlung zur erlebten körperlichen Beeinträchtigung in Abhängigkeit vom Ausmaß des Eingriffs mittels des SF-36 befragt: Frauen nach einer Mastektomie ohne oder mit adjuvanter

Chemotherapie hatten insgesamt signifikant größere körperliche Probleme, Schmerzen und geringere körperliche Funktionswerte als Frauen nach brusterhaltendem Eingriff (Ganz et al. 2004). Das Ausmaß des invasiven Eingriffs korreliert damit mit dem Ausmaß wahrgenommener körperlicher funktioneller Beeinträchtigungen der Patientinnen. Insgesamt aber nahmen Frauen nach einer Mastektomie ohne adjuvante Chemotherapie im Vergleich zu Frauen nach einem brusterhaltenden Eingriff keine Verschlechterung ihres allgemeinen Gesundheitszustands wahr ($P=,45$). Für eine wahrgenommene negative Veränderung einer generellen körperlichen Gesundheit ist eher der Einfluss adjuvanter Therapien maßgeblich (Taylor et al. 2002; Ganz et al. 2004).

Veränderungen infolge adjuvanter Therapie

60 bis 80% der Brustkrebspatientinnen haben einen Hormon-Rezeptor-positiven Tumor, dessen Wachstum durch Östrogen angeregt wird (Barth & Koubenec 2002). Die daher therapeutisch induzierte Reduktion der Östrogenbildung führt je nach Menopausalstatus, Primär- oder Rezidivbehandlung zu Beschwerden, die denen der Wechseljahre ähnlich sind: Hitzewallungen, Übelkeit, wechselhafte Stimmungen, Lubrikationsstörungen und Appetenzmangel sowie Gewichtszunahme durch Wassereinlagerungen tragen zur Beeinträchtigung des körperlichen Wohlbefindens der Patientinnen bei und interagieren mit psychischen und sozialen Aspekten im Krankheitsgeschehen.

Für Hormon-Rezeptor-negative Patientinnen ist die Chemotherapie eine wichtige Alternative zur Hormontherapie. Stärkere Medikamente führen hier zu deutlichen Veränderungen biologischer Faktoren mit massiven Beeinträchtigungen des körperlichen Wohlbefindens: Dazu gehören Haarausfall, Übelkeit und Erbrechen, Blutungsrisiko und Risiko einer Anämie ebenso wie die immunsuppressive Wirkung, die die Wahrscheinlichkeit für Infektionen, speziell auch für Vaginalinfektionen und sexuell übertragbare Krankheiten erhöht (Schover 1994; Barth & Koubenec 2002). In Abhängigkeit vom Ausmaß der Follikelzerstörung oder der Fibrose der Ovarien¹ sind ein zeitweiser oder temporärer Verlust der Ovarfunktion zu befürchten (Lamb 1995; Surbone & Petrek 1997). Hitzewallungen, Libidoreduktion, vaginale und vulvale Trockenheit und Atrophie sind in stärkerer Ausprä-

¹ sowie in Abhängigkeit vom Zustand vor Behandlungsbeginn, von Typ und Dosierung der Chemotherapie bzw. deren Kombinationspräparaten, vom zeitlichen Abstand zur Behandlung und vom Alter bzw. Lebenszyklus der Patientin (Lamb 1995; Wellard & Joyce 1998).

gung als im Rahmen der natürlichen Menopause zu erwarten (Barth & Koubenec 2002). Darüber hinaus können betroffene Patientinnen unter den Folgen adjuvanter Bestrahlungstherapie leiden, die einen bedeutenden Stellenwert bei der Behandlung des Brustkrebses einnimmt: Toxische Mucosaschäden, Atrophien, Infektionen des Urinaltrakts und Dyspareunien verursachen Schmerzen und das äußere Erscheinungsbild der Patientinnen beeinträchtigen Hautirritationen und -infektionen (Shell & Smith 1994; Oliver 1996). Die massiven Irritationen biologischer Faktoren tragen dazu bei, dass Patientinnen eine chemotherapeutische Intervention als hohe Bewältigungsaufgabe erleben, die im Vergleich zu Patientinnen ohne Chemotherapie mit einer signifikant schlechteren Einschätzung ihrer generellen Gesundheit einhergeht und unabhängig von der Art der operativen Maßnahme auch zu signifikant größerem Beeinträchtigungserleben bei Arbeit und alltäglicher Aktivität führt (Ganz et al. 2004).

Da die adjuvante Therapie nach derzeitigem Wissensstand mehr Patientinnen ermöglicht, langfristig ohne Anzeichen eines Erkrankungsrückfalls zu leben, gehen die internationalen Empfehlungen dahin, alle Patientinnen (mit Ausnahme einer kleinen Gruppe mit sehr geringem Rückfallrisiko) adjuvant medikamentös zu behandeln, um das Rückfallrisiko zu senken. Damit werden aber auch Frauen behandelt, für die die Therapie keinen Nutzen hat. In Anbetracht der starken Nebenwirkungen und der Tatsache, dass die zum Einsatz kommenden Medikamente in ihrer Wirkung toxischer und langwieriger sind als 10 Jahre zuvor, sollte Patientinnen daher eine umfassende Aufklärung ermöglicht werden (Citron et al. 2003). Nach Abschluss der primären Therapie berichten jedoch viele Patientinnen, sie seien unvorbereitet auf die längerfristigen körperlichen Nebenwirkungen der Therapie gewesen: 16 von 18 Patientinnen zeigten sich überrascht, auch noch 6 Monate nach Ende der Chemotherapie unter deren Spätfolgen zu leiden, was ihnen das Gefühl vermittelte, keine Kontrolle über ihre Gesundheit zu haben (Beisecker et al. 1997). Es ist zu befürchten, dass die Aufklärung betroffener Patientinnen nicht nur hinsichtlich körperlicher Beeinträchtigungen infolge der Interventionen, sondern insbesondere auch bezüglich weiterer Wechselwirkungen im bio-psycho-sozialen Modell unzureichend ist (Walcher et al. 1988; Bloom 1994).

In Abhängigkeit von Brustkrebserkrankung und -therapie lassen sich zusammenfassend eine Vielzahl negativer Veränderungen biologischer Faktoren konstatieren. Das Ausmaß der negativ bewerteten Veränderungen der körperlichen Funktionsfähigkeit und Rollenfunktion korreliert hierbei mit dem Ausmaß des

operativen Eingriffs. Für eine wahrgenommene negative Veränderung einer generellen körperlichen Gesundheit ist aber eher der Einfluss adjuvanter Therapien maßgeblich (Taylor et al. 2002; Ganz et al. 2004).² In welchem Ausmaß die Anforderungen durch Veränderungen biologischer Faktoren von einer Brustkrebspatientin nicht nur als körperlich beeinträchtigend, sondern sogar als „Belastung“ bzw. „Bedrohung“ erlebt werden, ist jedoch von ihrer quantitativen wie qualitativen Einschätzung verfügbarer Bewältigungsressourcen abhängig (vgl. oben). Das Bedrohungerleben wird weiter wachsen, wenn auch die Evaluation externer Bewältigungsressourcen negativ ausfällt: In besonderem Maße spielt hier die Erwartung, vom Partner Unterstützung zu erfahren, eine salugenetische Rolle (Perkonigg et al. 1992). Rückzugsverhalten bei Depression, sexuelle Funktionsstörungen mit Vermeidungsverhalten und Infektionen der Geschlechtsorgane, Atrophien, Sensibilitätsstörungen oder Berührungen bei Schmerzen stören die partnerschaftliche Interaktion jedoch empfindlich. Sexuelle intime Kommunikation und verbale Kommunikation, beide im Dienst partnerschaftlicher Bewältigung, werden dann von der Patientin als „unverfügbar“ erwartet. Unter diesen Umständen sind weitere gesundheitliche, vor allem psychische Beeinträchtigungen zu befürchten (Antill & Cotton 1987; Regan 1998).

Psychische Faktoren

Die Literatur dokumentiert eine Vielzahl psychischer Beeinträchtigungen infolge einer Krebsdiagnose und -erkrankung. Dazu gehören Niedergestimmtheit, Angst, Ärger und Frustration ebenso wie schwerwiegende Sekundärerkrankungen einer Depression, Panik oder Suizidalität (Reneker & Cutler 1952; Bard & Sutherland 1955; Derogatis et al. 1983; Northhouse et al. 1995). Dabei halten Störungen noch lange nach der Diagnose an: Zwischen 20 und 30% der Patientinnen sind noch 6 Monate nach der Diagnose ängstlich und depressiv (Nordin et al. 2001). Auch ein Jahr nach der Diagnose sind ca. 30% der Frauen ängstlich, übermäßig gestresst und leiden an einer klinisch relevanten Depression (McGuire 1995; Herschbach et al. 2004). Nach Behandlungsende geben bis zu 50% der Betroffenen an, unter psychischen Stressoren zu leiden, die im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung ste-

² Da Vergleichsstudien, die die Auswirkungen der Hormontherapie und/oder der radiologischen Therapie gezielt mitberücksichtigen, nicht vorliegen, wird derzeit der Chemotherapie die größte Bedeutung hinsichtlich körperlicher Beeinträchtigungen zuerkannt.

hen: allen voran die Angst vor einem Rückfall, aber auch Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung und Probleme mit Körperbild und Sexualität (Kornblith & Ligibel 2003).

Da das Ausmaß der Beeinträchtigung körperlichen Wohlbefindens mit dem Ausmaß des operativen Eingriffs korreliert, war zunächst zu erwarten, dass Patientinnen nach einer Mastektomie und adjuvanter chemotherapeutischer Behandlung mehr psychische Probleme angeben als Patientinnen anderer Behandlungsstrategien. Ganz und Kolleginnen fanden zwar Tendenzen, jedoch keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen ihren Gruppen (Ganz et al. 2004): Patientinnen beurteilten das Ausmaß, in dem sie sich aufgrund psychischer Probleme in ihren Alltagsaktivitäten beeinträchtigt fühlten, ebenso unabhängig von der Behandlungsstrategie wie ihre allgemeine psychische Gesundheit oder Depressivität (vgl. Abb. 1).

Yeo und Kollegen (2004) verglichen 36 Patientinnen nach brusterhaltendem Eingriff mit 36 Patientinnen nach radikaler Mastektomie, paarweise gematched nach Krankheitsstadium, Alter und Zeitpunkt der Intervention, hinsichtlich Körperbild, sexuellem Selbstbild, emotionalem Stress, Aktivitäten und Angst vor Rückfall: Patientinnen nach brusterhaltender Operation hatten zwar ein signifikant besseres Körper- und Selbstbild als Patientinnen nach einer totalen Mastektomie, zeigten aber ebenfalls keine analog erhöhten Werte für emotionalen Stress und Angst oder eine Reduktion ihrer Aktivitäten.

Die statistische Unabhängigkeit von psychischem und körperlichem Wohlbefinden in Abhängigkeit vom Ausmaß der Brustoperation wirkt vor dem hier dargelegten theoretischen Hintergrund wenig irritierend: Erst Wahrnehmung und Bewertung körperlicher Faktoren münden in eine Bedeutungszuweisung mit emotionalen und verhaltensbezogenen Konsequenzen (Lazarus & Folkman 1987; Foster & McLellan 2000). Bei sinkender Lebensqualität sind Sorgen und Stresserleben der Patientinnen erhöht und die Bewältigung der Brustkrebskrankung ist erschwert, wenn eine Bedeutungszuschreibung als „belastend“ erfolgt (Munkres et al. 1992; Northhouse et al. 1999; Northhouse et al. 2000). Die Art der Bedeutungszuschreibung verändert sich dabei einerseits über die Zeit, d.h. auch mit dem Alter (Pelusi 1997; Zebrack 2000), sie wird andererseits im bio-psycho-sozialen Modell über Personenfaktoren, eine Bewertung der Partnerschaft oder andere konkurrierende bio-medizinische wie soziale Stressoren vermittelt (Munkres et al. 1992; Northhouse et al. 1999; Northhouse et al. 2000). Welche Personenfaktoren und Krebscharakteristika zu einer Bewertung als „belastend“ führen, untersuchte die Ar-

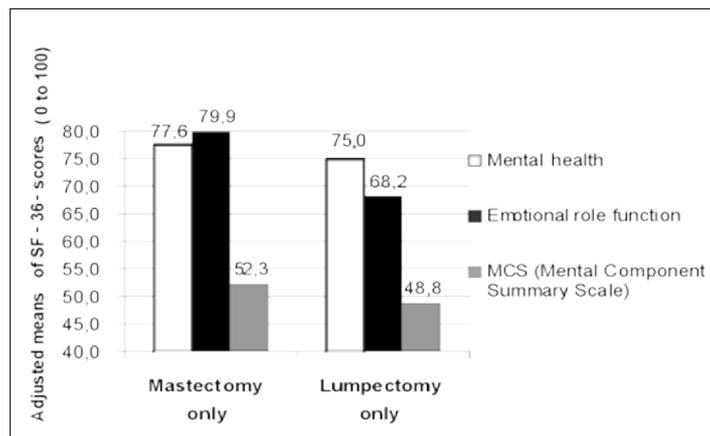


Abb. 1 Psychische Beeinträchtigung nach OP nach Ganz et al. 2004: 382

beitsgruppe um Bowman (Bowman et al. 2003): Eine „stressvollere“ Bewertung war vor allem mit jüngeren Alter und dem Glauben assoziiert, die Erkrankung führe zu größeren Belastungen für die Familie. Dieses Ergebnis verweist erneut auf enge Wechselwirkungen biologischer, psychischer und sozialer Faktoren.

Zusammenfassend haben Patientinnen infolge einer Brustkrebskrankung massive Beeinträchtigungen ihres psychischen Wohlbefindens zu erwarten. Die genauen Wechselwirkungen psychischer und biologischer Faktoren bedürfen hierbei weiterer Forschungsarbeiten. Derzeit scheinen das Ausmaß der Intervention, insbesondere die radikale Mastektomie im Vergleich zur brusterhaltenden Operation und Kombinationen adjuvanter Therapien nicht direkt das Ausmaß psychischer Beeinträchtigungen zu moderieren. Ein indirekter Einfluss über Therapienebenwirkungen, die die sexuelle Kommunikation und partnerschaftliche Bewältigung beeinflussen, ist aber möglich. Der Vergleich von Paaren mit einer Sexualstörung mit denen ohne Sexualstörung in einer Gesamtstichprobe von 196 Paaren (Bollinger nach Bodenmann 2000) ergab z. B., dass sich beide Gruppen signifikant bezüglich ihrer Belastungseinschätzung im Zusammenhang mit psychischem Wohlbefinden voneinander unterscheiden. Die Wahrnehmung bzw. Bewertung externer Ressourcen wie der sozialen Unterstützung kann von einer größeren partnerschaftlichen sexuellen Unzufriedenheit moderiert sein und gemeinsam mit psychischen Teilfaktoren wie Selbstwertgefühl, Kontrollüberzeugung, Problemlösekompetenzen, Flexibilität etc. als internen Bewältigungsressourcen die Bewertung der Krankheits- und Therapieanforderungen im Sinne des kognitiv-transaktionalen Stress-Bewältigungsmodells (Lazarus 2000; Lazarus & Folkman 1987) beeinflussen und darüber die psychische Gesundheit variieren (Roth et al. 1998).

Soziale Faktoren

Bodenmann konnte zeigen, dass sich im Verlauf von drei Jahren beeinträchtigt psychisches und physisches Wohlbefinden negativ auf die Partnerschaftszufriedenheit auswirkt. Nach drei Jahren zeigten sich stärkere Effekte als zu Untersuchungsbeginn. Die Partnerschaftszufriedenheit der Frauen war stärker vom Befinden der Männer beeinflusst als umgekehrt (Bodenmann 1998).

Ergebnisse wie diese stimmen umso nachdenklicher, als die wahrgenommene Verfügbarkeit sozialer Unterstützung wiederholt als gesundheitsmodifizierender Faktor identifiziert werden konnte (Dunkel-Schetter & Bennett 1990). Der Quelle der Unterstützung kommt dabei eine besondere Bedeutung zu: Studienergebnisse bestätigten, dass ausbleibende partnerschaftliche Unterstützung mit abnehmendem Wohlbefinden einhergeht, eine wahrgenommene hohe partnerschaftliche Unterstützung dagegen zu einer deutlich positiveren Stimmung führt (Holland & Rowland 1991; de Ruiter et al. 1993; Northhouse et al. 1995; Manne et al. 1997; Manne et al. 1999; Wilmoth 2001). Die Erwartung der Unterstützung, die unmittelbar in die Evaluation der Ressourcen zur Krankheitsbewältigung einfließt, ist vom Partner, einer gemeinsamen Erfahrungswelt und den Merkmalen der Betroffenen mitbestimmt, die je nach Selbstkonzept die Verfügbarkeit von Unterstützung über- oder unterschätzen können. Hierin ist eine wesentliche Quelle potentieller Enttäuschungen im Hinblick auf eine wahrgenommene Partnerschaftsqualität zu sehen. Zwar hat epidemiologische Forschung gezeigt, dass allein der Ehestatus mit mentaler und physischer Gesundheit verbunden ist (Kravdal 2001; Lai et al. 1999; Burman & Margolin 1992)³, doch gilt die Qualität einer Partnerschaft mittlerweile als eigentliche Kriteriumsvariable für gesundheitliches Wohlbefinden (Flor et al. 1989). Soziale Unterstützung, Partnerschaft und Partnerschaftsqualität unterliegen wie körperliche Veränderungen in Wechselwirkung mit wahrgenommener emotionaler Belastung einer eigenen Bedeutungszuweisung. Die Ergebnisse dieses Bewertungsprozesses führen wie die direkten Auswirkungen körperlicher Beeinträchtigungen zu Veränderungen sozialer Faktoren, die als eigene Stressoren im bio-psycho-sozialen System rückwirken: Partnerschaftsbezogenes Belastungserleben und geringe Zufriedenheit mit der Partnerschaft

zeigen sich, so wie bereits dargestellt, als signifikante Prädiktoren für Depression und erhöhen die Vulnerabilität für schwere Erkrankungen (Kiecolt-Glaser et al. 1987; Orth-Gomér et al. 2000; Gale et al. 2001). Je stärker die Brustkrebserkrankung als Bedrohung oder Belastung bewertet wird, desto mehr Beeinträchtigungen für die Partnerschaft sind zu befürchten (Bodenmann 1995).

Obwohl die Bedeutung der partnerschaftlichen Unterstützung für das Wohlbefinden und die Krankheitsbewältigung der Patientin hinlänglich bekannt ist (de Ruiter et al. 1993; Kravdal 2001; Lai et al. 1999; Manne et al. 1999; Northhouse et al. 1995), liegen über die tatsächlichen Auswirkungen der Brustkrebserkrankung auf Partner und Partnerschaft bislang wenige Befunde vor. Petrie, Logan und DeGrasse (2001) beziehen in einem Überblick zum bisherigen Forschungsstand 16 Studien ein und schlussfolgern, dass weder die Auswirkungen der Brustkrebserkrankungen auf die unterstützenden Partner ausreichend Gegenstand der Forschung waren, noch suffiziente Hilfe des gesundheitlichen Versorgungssystems betroffenen Partnern zur Verfügung gestellt wird. Eine Vielzahl von Studien konzentriert sich mehr auf die explorative Erfassung der Belastungsdimensionen für Partner und Partnerschaft (Wellisch et al. 1978; Gotay 1984; Oberst & James 1985; Sabo et al. 1986; Zahlis & Shands 1991). Mittlerweile stehen die wahrgenommene emotionale Belastung und die Krankheitsbewältigung des Paares (Baider & Kaplan De-Nour 1984; Baider et al. 1998; Bloom & Kessler 1994; Fang 2001; Northhouse et al. 1995; Northhouse et al. 2001) sowie die partnerschaftliche Interaktion bzw. der Einfluss der wahrgenommenen Interaktionsqualität und Partnerschaftsqualität im Mittelpunkt des Interesses (Kawasinger & Wellisch 2003; Lichtman et al. 1987; Zegwaard et al. 2000; Orth-Gomér et al. 2000; Gale et al. 2001).

Emotionale Belastung der Partner

Nach Gates (1980) spielen Ehemänner im Umgang mit emotionalem Stress und allgemeinem Krankheitsmanagement nicht nur eine bedeutende Rolle in der Unterstützung ihrer an Brustkrebs erkrankten Frauen, sondern erfahren selbst emotionale Belastung, die quantitativ wie qualitativ mit der der Patientin vergleichbar ist und sich mit Fortschreiten der Erkrankung als signifikanter Prädiktor für Angst und Depression der betroffenen Partner erweist.

Um den Zeitpunkt der Diagnose ist der Grad emotionaler Belastung für Patientin und Partner erstmalig

³ Nicht die Heirat, sondern das gemeinsame Leben mit einer emotional nahestehenden Person im Gegensatz zum Alleinsein stellt dabei den kritischen Faktor dar (Anson 1989).

besonders hoch (Baider & Kaplan De-Nour 1984; Bloom & Kessler 1994).

Kurz vor der Biopsie untersuchten Northhouse und Kollegen (1995) die emotionale Belastung von 300 Frauen und 265 Ehemännern und zugehörige Einflussfaktoren wie andere Anforderungen, Bildungs- und Informationsstand, Hoffnungslosigkeit, Unsicherheit und Funktion der Familie. Die Ergebnisse zeigten, dass die betroffenen Frauen signifikant größere emotionale Belastung erlebten als ihre Ehemänner. Das Belastungserleben der Ehemänner war zusätzlich von Ängsten um die Familie und deren Funktion geprägt.

Nach der Diagnose, im frühen Stadium der Brustkrebskrankung, identifizierte Gotay (1984) in qualitativen Interviews weitere belastende Dimensionen der Partner: Angst vor dem Krebs selbst inklusive der Angst vor einem Rezidiv, Sorge im Umgang mit den emotionalen Schwankungen der Partnerin, Angst vor dem Sterben und Tod der Partnerin und Angst vor einer drohenden Unfruchtbarkeit bzw. Kinderlosigkeit.

Durchschnittlich ein Jahr nach einer Mastektomie filterten Zahlis und Shands (1991) in ihrer qualitativen Studie mit 76 Partnern folgende thematische Dimensionen heraus: Nahezu alle Männer (N=61) thematisierten im Gespräch Reaktionen auf Erkrankung und Diagnose: Dazu gehörten eigene physische und emotionale Reaktionen (n=33 Männer) ebenso wie die Auseinandersetzung mit den emotionalen und physischen Reaktionen der Partnerin. Die Mehrzahl der Befragten (n=35) thematisierte ihre Probleme im Umgang mit den erfahrbaren Anteilen der Erkrankung wie das Warten während der Operation, Therapieentscheidungen treffen, sich sachkundig machen etc. Schwierigkeiten mit der Anpassung des Lebensstils an die neuen Erfordernisse der Erkrankung (z. B. das Berufs- und Familienleben neu gestalten) sprachen 41 Männer an. 35-38 Partner sorgten sich um eine ausreichende Sensitivität für die Bedürfnisse der Partnerin und die gemeinsame Zukunft. Nur 23 Männer machten Angaben zu Strategien, die Krankheitsauswirkungen zu minimieren bzw. zu balancieren.

Mit Beginn der palliativen Periode der Erkrankung gleichen sich die Depressionswerte von Patientin und Partner daher weiter an (Grunfeld et al. 2004). Die Partner leiden unter körperlichen Symptomen, Depression oder Wut und erleben Schuldgefühle, wenn sie nicht ausreichend emotionale Unterstützung geben können (Sabo et al. 1986). Der Umgang mit Angst und Depression fällt besonders Männern schwer, die eigene Hilflosigkeit bei hoher Verantwortung erleben (Northhouse & Peters-Golden 1993; Northhouse 1994; Schover 1994). Insgesamt verweisen einige Studienergebnisse sogar darauf, dass die Belastung von

unterstützenden Partnern letztlich nicht nur vergleichbar, sondern größer ist als die der betroffenen Patientinnen (Schulz & Beach 1999; Coristine et al. 2003).

Um weitere Erkenntnisse darüber zu gewinnen, von welchen weiteren Faktoren neben Hoffnungslosigkeit, Unsicherheit und Sorge um die Familie das Belastungserleben der Partner geprägt ist, erhoben Baider und ihre Kollegen (1998) bei 75 männlichen und 58 weiblichen Krebspatienten mit ihren Partnern neben soziodemographischen Informationen, Erleben und Krankheitsbewältigungsstrategien auch familiäre Kohäsion und Anpassungsfähigkeit. Wie das Belastungserleben der Patientinnen war auch das der Partner auf die Belastungseinschätzung der Partner zurückzuführen (Baider et al. 1998). Ähnlich fand auch Fang (2001), dass das Belastungs- bzw. Bedrohungserleben beider Partner assoziiert ist: Sie untersuchte mit 197 Partnern von Krebspatienten darüber hinaus genauer, inwieweit die Einschätzung der wahrgenommenen funktionellen Beeinträchtigung ihrer erkrankten Partner als „bedrohlich“ auch zu größerer Belastung bei ihnen führen würde. Sie konnte zeigen, dass die funktionelle Beeinträchtigung für die Patientinnen als belastend eingeschätzt wurde und mit einer Abnahme der wahrgenommenen Partnerschaftsqualität einherging. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass Ganz und Kollegen (2004) bei Patientinnen nach einer Mastektomie trotz größerer funktionaler Beeinträchtigung weniger partnerschaftliche Probleme erlebten als jene nach einem brusterhaltenden Eingriff (Ganz et al. 2004).

Die Ergebnisse zeigen insgesamt, dass sich das Ausmaß von Kummer und Sorge der Ehemänner kaum von dem der Patientinnen unterscheidet. Die Anpassung der Partner an die neue Lebenssituation führt zu psychischer und physischer Symptomatik und ist eng assoziiert mit der Anpassung und dem Beeinträchtigungserleben der Patientinnen. Psychische Beschwerden scheinen insbesondere für eine negative Paardynamik von größerer Bedeutung zu sein als somatische (Flor et al. 1987; Gottman 1994; Bodenmann & Langenick 1996). Neben der Angst vor dem Verlust der Partnerin kommen u. a. Sorgen im Umgang mit den körperlichen Veränderungen der Partnerin, Sorgen im Umgang mit den eigenen emotionalen Reaktionen sowie denen der Partnerin hinzu. Damit sind Veränderungen in der familiären und partnerschaftlichen Rollenverteilung und Interaktion impliziert, denen eine besondere belastende Bedeutung zukommt.

Interaktionsqualität

Die Hälfte aller Krebskranken gibt Veränderungen in ihrer Ehe oder einer vergleichbar bedeutsamen zwischenmenschlichen Beziehung an (Barni & Mondin 1997). In Anbetracht der massiven psychischen und körperlichen Belastungen sowohl der Patientin als auch ihres Partners sind diese Veränderungen zu erwarten. Das Miteinander zweier belasteter Individuen führt über eine „Neubewertung“ zu Irritationen gefestigter Rollen und verändert die Interaktion in Partnerschaft und Familie (Hobler 1993; McGuire 1995; Hordern 2000). Je schwerwiegender die Erkrankung, desto größere Rollenprobleme berichten die Paare, desto weniger Bewältigungsressourcen scheinen verfügbar und desto größer ist die erlebte emotionale Belastung (Northhouse et al. 2001). Besonders Frauen unter 50 J. berichten Partnerschaftsprobleme (Ganz et al. 1998). Neben Veränderungen partnerschaftlicher Rollen wie Kompetenzverschiebungen, die mit einem Funktionswechsel des „Umsorgten“ zum „Umsorgenden“ verknüpft sind, betreffen typische Probleme Kommunikationsprobleme, sexuelle Dysfunktionen und Unsicherheit im Sexualverhalten (Oberst & James 1985; Oktay 1998; Shapiro et al. 2001).

Im gemeinsamen Bemühen um eine Krankheitsbewältigung ist offene Kommunikation von großer Bedeutung. Tatsächlich geht ein offenes Kommunikationsverhalten mit einer besseren partnerschaftlichen Anpassung an die neuen krankheitsbedingten Eheerfordernisse einher (Lichtman et al. 1987; Zegwaard et al. 2000). Der verbalen Kommunikation wird dabei im anglo-amerikanischen Kulturraum eine größere Bedeutung beigemessen als der nonverbalen Kommunikation (Kawa-Singer & Wellisch 2003): Die meisten von Brustkrebs betroffenen Frauen wünschen sich, über ihre Erfahrungen sprechen zu können und ihre Gefühle zu teilen (Krizek et al. 1999; Klemm et al. 1999, Volkers 1999). Dem entsprechen die Ergebnisse einer Studie von Bodenmann: An einer aggregierten Stichprobe von 600 Paaren wurde untersucht, welche dyadischen Bewältigungsstrategien mit einem besseren psychischen und physischen Befinden beider Partner einhergehen. Bei beiden Geschlechtern ließen sich signifikante Zusammenhänge zwischen dyadischer Bewältigung und Befinden nachweisen. Das psychische Befinden der Partnerin war von der Häufigkeit beeinflusst, mit der sie sach- und emotionsbezogenen Stress ihrem Partner mitteilen konnte und mit der ihr Partner sach- und emotionsbezogene supportive Bewältigung einsetzte (nach Bodenmann 2000: 214): Je mehr sach- und emotionsbezogene supportive und gemeinsame dyadische Bewältigungsstrategien einge-

setzt wurden, desto weniger körperliche Symptome berichten die Frauen (Bodenmann 1997).

Um den wiederholt betonten Puffereffekt partnerschaftlicher Unterstützung für die von Brustkrebs betroffene Frau aktivieren zu können, ist also eine an Emotion und Gemeinsamkeit orientierte Paarkommunikation hilfreich. Doch die Kommunikation unter Belastungserleben ist durch Wortkargheit, Verslossenheit und Rückzug gekennzeichnet (Gottmann 1993). Impulsivität, Gereiztheit und verbale wie paraverbale Negativität sind weitere Verhaltenskategorien, die für die Partnerschaftsqualität als dysfunktional beobachtet wurden (Newton & Kiecolt-Glaser 1995; Gottmann et al. 1998). Insgesamt sinkt die Kommunikationsqualität um 40% (Bodenmann & Langenick 1996). Vom Brustkrebs betroffene Paare diskutieren ihre Sorgen nicht, drücken ihre Gefühle nicht aus und vermeiden offene Gespräche über die Krebserkrankung und ihre Konsequenzen: Einige Frauen erleben ihre Partner z. B. in Unterhaltungen über die Gefahren eines Rezidivs als angespannt und zurückweisend (Anllo 2000).⁴ Veränderungen im gemeinsamen Sexualleben werden von den Partnern ebenfalls nicht thematisiert. Paare bestätigten, dass sie keine Gespräche über Sexualität, Partnerschaft oder Veränderungen führen. Stattdessen „entwickle sich“ die Beziehung mehr, als dass sie aktiv gestaltet werde (Zegwaard et al. 2000).

Bei massiven Kommunikationsproblemen bzw. geringerer wahrgenommener Interaktionsqualität ist ein eher ungünstiger Verlauf einer Partnerschaft angesichts der Anforderungen einer Brustkrebserkrankung zu erwarten.⁵ Zugleich verwundert nicht, dass auch von bio-medizinischen und psychischen Faktoren mitbestimmte sexuelle Dysfunktionen weiter zunehmen: Schätzungen zufolge leiden 1/4-1/3 aller verheirateten Paare nach der Brustkrebsdiagnose unter sexuellen Problemen (Northhouse 1994). So wie auf Emotion und Gemeinsamkeit angelegte partnerschaftliche Bewältigungsstrategien und partnerschaftliche Sexualität über die Befriedigung menschlicher Grundbedürfnisse psychische und physische Gesundheit der Paare regulieren, ist bei Sexualstörungen die Qualität dyadischer Bewältigung reduziert. Nach Bodenmann (2000: 245) teilen von Sexualstörungen betroffene Frauen ihr Belastungserleben ihren Männern mit, umgekehrt allerdings die Männer mit Sexualstörungen ihres den Partnerinnen nicht. Das dyadische Bewältigungsverhalten ließ sich bei beiden Partnern vor allem

⁴ Die Autorin vermutet, dass Partner sich vor negativem Denken schützen wollen (Anllo 2000).

⁵ Die Brustkrebserkrankung verursacht Ehestress, erhöht aber nicht die Scheidungsrate (Northhouse et al. 1991).

durch die sexuelle Kommunikation und die sexuelle Zufriedenheit des Mannes vorhersagen. Da die sexuelle Störung keinen signifikanten Prädiktor darstellte, folgerte Bodenmann, dass die sexuelle Kommunikation, die Art, wie das Paar über sexuelle Wünsche, Bedürfnisse, sexuelle Abgrenzung etc. kommunizieren kann, substantiell mit sexueller Zufriedenheit und dyadischer Bewältigung zusammenhängt: Beide nutzen gemeinsame Synergien und verstärken interpersonale Involviertheit (Schneewind 1999). Diese Stärkung der partnerschaftlichen Kohäsion vermittelt Geborgenheit, Sicherheit, Nähe und Akzeptanz zur Befriedigung psychosozialer menschlicher Grundbedürfnisse mit entlastender Wirkung für Stresserleben und Gesundheit.

Tatsächlich betonen an Brustkrebs erkrankte Frauen in der frühen Phase der Rekonvaleszenz die beziehungsorientierte Dimension von Sexualität, wenn sie die Bedeutung von Zärtlichkeit als Intimität stiftend hervorheben (Zegwaard et al. 2000; Kawa-Singer & Wellisch 2003). Ehepartner an Brustkrebs erkrankter Frauen führen einen Teil ihres erlebten emotionalen Stresses wie auch Probleme mit neuen Rollendefinitionen innerhalb der Partnerschaft auf eine Unterbrechung ihrer sexuell intimen Beziehung zurück, die als Indikator dafür zu dienen scheint, inwieweit die Krebserkrankung ihrer Frau ihr Leben und ihre Partnerschaft beeinträchtigt (Zegwaard et al. 2000). Damit ist die Wiederherstellung einer körperlich intimen Beziehung für Krankheitsbewertung und -bewältigung der Partner betroffener Frauen insofern von großer Bedeutung, als der Verlust einer befriedigenden intimen Beziehung direkt in die Krankheitsbewertung eingeht und die Wahrnehmung der Partnerschaftsqualität insgesamt bestimmt. Diese wiederum beeinflusst die Bewertung der Erkrankung und somit die Stärke der erlebten emotionalen Belastung (Zegwaard et al. 2000; Northhouse et al. 2001). Für beide Partner ist körperliche Intimität so Ausdruck eines vertrauensvollen Miteinander zweier unbelasteter Individuen und erleichtert die Bewältigung der Krankheitsanforderungen und partnerschaftlichen Neubewertung. Ein offenes Kommunikationsverhalten geht daher mit einer besseren partnerschaftlichen Anpassung an die neuen krankheitsbedingten Partnerschaftserfordernisse einher (Lichtman et al. 1987; Zegwaard et al. 2000).

Zusammenfassend wirkt der Einfluss der Brustkrebskrankung als Belastung auf die Partnerschaft in direkter und indirekter Weise: Psychische Faktoren wie Selbstwert, Schemata und psychische Beeinträchtigung tragen zur Einschätzung der Veränderungen im Kontext der Brustkrebskrankung und ihrer Therapie als „belastend/bedrohlich“ bei, finden ihren Ausdruck

im sozialen Verhalten des Individuums und beeinflussen dessen verbale und nonverbale Kommunikation, Interaktionsquantität und -qualität. So neigen nach Repetti und Wood (1997) belastete Partner zu Egozentrismus und Rückzug, haben weniger gemeinsame Zeit und sind einseitig mit Anforderungen und Belastungen beschäftigt: Die Partnerinteraktion nimmt quantitativ wie qualitativ ab. Weil nun gemeinsame Aktivitäten, Erlebnisse und dyadische Erfahrungen einschließlich einer befriedigenden Sexualität eingeschränkt bzw. reduziert sind, wird das Wir-Gefühl geschwächt (Buehlmann et al. 1992). Bio-medizinische Faktoren wie z. B. Körperkontakt verhindernde Infektionen, Cytostatikabehandlung, Berührungsschmerzen oder Symptome der Menopause reduzieren zusätzlich die Häufigkeit emotionaler Selbstöffnung in Form von Nähe, Intimität und Sexualität.⁶ Die persönliche verbale wie nonverbale und körperliche Kommunikation ist beiden Partnern erschwert. Insgesamt nehmen also Interaktionsqualität, -quantität, Partnerschaftszufriedenheit und dyadische Bewältigung ab. Damit ist eine zentrale Bewältigungsressource nicht mehr verfügbar (Gottman 1994; Bodenmann 2000). Die Belastungen infolge der Brustkrebskrankung wachsen weiter und beeinträchtigen als zusätzlicher Stressor Patientin, Familie, Adaption und Genesung (Burman & Margolin 1992; Orth-Gomér et al. 2000; Gale et al. 2001).

Beeinträchtigungen des Sexuellen durch die Brustkrebskrankung

Die speziellen Auswirkungen der Brustkrebskrankung auf Aspekte der Sexualität und deren psychosoziale Folgen für die Betroffenen waren zunächst kein Gegenstand wissenschaftlichen Interesses. Erstmalig heben zwei Untersuchungen der frühen 50er Jahre die Brustkrebsdiagnose als problematisch hervor und stellen sie in einen unmittelbaren Zusammenhang zur Sexualität (Reneker & Cutler 1952; Bard & Sutherland 1955). Das zögerliche Forschungsinteresse lässt sich dabei auf drei Aspekte zurückführen: Die Bewertung der Erkrankung als Lebensbedrohung, das hohe durchschnittliche Alter der betroffenen Frauen und die Reduktion von Sexualität auf Funktionen der Lust und Reproduktion.

⁶ Innerhalb der ersten 48h nach Beendigung der Chemotherapie werden Cytotoxika über Blut und Körperflüssigkeiten abgesondert, was wie die Immunsuppression safer-sex-Praktiken erfordert (Schover 1994; Hordern 2000).

Angesichts einer möglichen Lebensbedrohung werden Veränderungen der Sexualität leicht als nebensächlich erachtet: Es wird angenommen, die Bedrohung zwingt vorrangig, sich mit Angst, Unsicherheit und der Realisation eigener Sterblichkeit auseinanderzusetzen. Dies fördere mehr den Wunsch nach Heilung als den nach einer Befriedigung sexueller Bedürfnisse (Curdt & Kamm 1999; Spencer et al. 1999). Tatsächlich wirken sich Angst, Depression, Verlustgefühle und Verunsicherung lustmindernd auf Betroffene aus, aber nach Abklingen der ersten Krise wünschen sich Patientinnen, zu ihrem bisherigen Lebensstil zurückkehren zu können (Hordern 2000). Besonders junge Betroffene belastet diese prospektive Auseinandersetzung mit den Therapiekonsequenzen bzw. -nebenwirkungen (Wilmoth & Ross 1997; Oktay 1998; Spencer et al. 1999). Auf der anderen Seite äußern auch oder gerade ältere Patientinnen und Betroffene im Bereich der palliativen Versorgung das Bedürfnis, über ihr Sexualleben, die Auswirkungen ihrer Erkrankungen auf ihre Sexualität und die Sexualfunktionen reden zu können (Ananth et al. 2003): Die Auseinandersetzung mit der Endlichkeit kann hier zu einer neuen Bewertung von Sexualität führen. Hordern (2000) zitiert eine ihrer Patientinnen: „We make love every night, for who knows when it will be the last time we can share this moment together“ (Hordern 2000: 232).

Die Gefahr, dass sexuelle Bedürfnisse und eine mögliche Wiederherstellung von Sexualität während oder nach einer Brustkrebserkrankung aus dem Blick von Forschung und Versorgung geraten, wächst mit einer gesellschaftlichen Haltung, die Sexualität mit Gesundheit und Jugend assoziiert (Murkies 1996). Da 70% an Brustkrebs erkrankter Frauen zum Diagnosezeitpunkt älter als 40 Jahre sind (Robert Koch-Institut 2002), scheint die Auseinandersetzung mit Sexualität in zweierlei Hinsicht überflüssig: Nicht nur die Lebensbedrohung drängt sexuelle Bedürfnisse in den Hintergrund, auch das Alter bzw. der angenommene Zustand vor der Diagnose beeinflusst Bemühungen um Rehabilitation (Murkies 1996). Die biologischen Veränderungen des Alters inkl. derer der Menopause wie Schrumpfen der labiae, Dünnerwerden der Vaginalhaut, Störungen der Lubrikation, Veränderungen in Länge und Weite der Vagina, Infertilität etc. tragen zu diesem Mythos bei (Shell & Smith 1994). So verwundert nicht, dass die Qualität physischer und psychischer Unterstützung in der Kommunikation mit dem Arzt mit dem Alter abnimmt und Forderungen der Patientinnen nach Hormonsubstitution oder Brustrekonstruktion von den Behandelnden als befremdlich erlebt werden (Silliman et al. 1997).

Vor dem Hintergrund, dass Veränderungen im biopsychosozialen Modell mit dem Alter variieren, muss bei älteren Frauen mit Mamma-CA in Therapie aber von stärkeren Beeinträchtigungen des Wohlbefindens insgesamt ausgegangen werden: So wie die Altersprozesse selbst mit Isolation, Depression, Erkrankungen, physischen und sensorischen Veränderungen, sexuellen Dysfunktionen und Selbstwertverlust einhergehen können, so müssen diese durch die Krebserkrankung weiter verstärkt werden. Sexualität bietet hier eine intime Form der Kommunikation, die Leid hinsichtlich der Krebserkrankung und hinsichtlich des Alters lindert, solange man Sexualität nicht auf die Befriedigung von Lust oder die Erfüllung von Reproduktionswünschen reduziert (Shell & Smith 1994). Erst eine Einbeziehung der Beziehungsdimension von Sexualität, die die Befriedigung menschlicher Grundbedürfnisse nach Nähe, Geborgenheit, Sicherheit und Akzeptanz ermöglicht, macht verständlich, warum Sexualität auch oder gerade in Anbetracht der Bedrohung des eigenen Lebens und mit zunehmendem Alter bedeutsam ist (Hordern 2000; Ananth et al. 2003).

Vergleichende Studien zum Einfluss der Mastektomie

Die radikale Mastektomie als zunächst einziger Therapieoption bei Brustkrebserkrankungen wurde früh als „Einbruch“ für die Patientin erkannt. Implizit wurde angenommen, dass die Betroffene sich nach der „Beschädigung des sekundären Geschlechtsorgans Brust“ als veränderte sexuelle Person erlebt (Bard & Sutherland 1955, Curdt & Kamm 1999). Bis heute konnte eine Vielzahl von Studien Zusammenhänge von radikaler Mastektomie mit Körperbild, sexuellem Selbstbild und Sexualverhalten der Patientinnen nachweisen (u.a. Herschbach, 1985; Kemeny et al. 1988; Wellisch et al. 1989; Schover et al. 1995; Yurek et al. 2000; Thors et al. 2001; Yeo et al. 2004). Die Lumpektomie scheint hierbei einen geringeren Einfluss auf das Erleben der Patientinnen zu haben als die Mastektomie oder systemische Therapie: Patientinnen berichten noch ein Jahr nach brusterhaltenden Eingriffen über bessere Körperbilder und eine größere sexuelle Attraktivität als jene, die sich einer Mastektomie unterzogen (Ganz et al. 1992; Moyer 1997). Ganz und Kollegen (Ganz et al. 1998) bestätigten diese Ergebnisse auch für Patientinnen, die drei Jahre nach den Eingriffen befragt wurden. Herschbach (1985) befragte 385 Brustamputierte Frauen nach Abschluss der Primärbehandlung: 42% vermieden es, sich dem Partner nackt zu zeigen. In einer der wenigen deutschen Untersuchungen von Lotze (1982) berichteten die betrof-

fenen Frauen sechs Monate nach der Operation über Angst vor der Berührung der operierten Brust (85%) und Angst vor der Berührung der gesunden Brust (75%). Die Patientinnen schilderten vorübergehende Vermeidung von Sexualkontakten, betonten ein schlechtes Körpergefühl, beschrieben eine Umorientierung der erogenen Zone weg von den Brüsten und beklagten verminderte Feminität. Als Hauptproblem galten Verlust von Feminität und Selbstbewusstsein sowie Angst vor Zurückweisung (Bloom 1994). Patientinnen nach einem brusterhaltendem Eingriff haben dagegen ein signifikant besseres sexuelles Selbst- und Körperbild als Patientinnen nach einer radikalen Mastektomie (Yeo et al. 2004).

Zegwaard, Gamel, Dugris und Logmans (2000) betonten aber, dass der Umgang mit verändertem Körperbild, Feminität und Selbstbewusstsein auch von den Partnerreaktionen und deren Interpretationen beeinflusst wird. So beobachteten 32% der von Herschbach befragten Patientinnen eine Zurückhaltung ihres Partners im Umgang mit der operierten Brust (Herschbach 1985). In ihrer Befragung konnten Yeo und Kollegen tatsächlich zeigen, dass Partner betroffener Frauen deutlich erhöhte Stresswerte und Wahrnehmungsveränderungen hinsichtlich Körperbild und Sexualität ihrer Frauen hatten (Yeo et al. 2004). Im Gegensatz dazu zeigen Untersuchungen von Northhouse (1989) eine größere Akzeptanz der operierten Brust als angenommen. Auch Kaplan (1992) beschrieb, dass Männer beim Geschlechtsverkehr die fehlende Brust der Partnerin ausblenden und sich auf die lustvolle Erfahrung konzentrieren. Für Änderungen des sexuellen Umgangs miteinander können im Übrigen auch Schmerzen bzw. Missempfindungen bei Liebkosung der Brust verantwortlich sein. Überdies tragen im Rahmen bio-psycho-sozialer Interaktionen allgemeine Krankheitsbewältigung, Rollenirritationen und Kommunikationsprobleme zusätzlich zu Unsicherheit im Sexualverhalten bei (Oktay 1998; Shapiro et al. 2001; Wilmoth 2001).

Ketzerisch könnte man fragen, ob der Annahme, Mastektomie habe einen direkten negativen Einfluss auf die Sexualität der Patientinnen, ein Mythos zugrunde liegt. Ein signifikanter Einfluss des Ausmaßes der operativen Intervention auf die Sexualfunktionen der Betroffenen ließ sich in aller Deutlichkeit nicht zeigen (Kemeny et al. 1988; Wellisch 1989; Thors et al. 2001). Tait (1996) verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass einer Vielzahl von Frauen die Anpassung an ihren veränderten Körper mit der Zeit gut gelingt, sie erfüllende intime Partnerschaften erleben und eine hohe Lebenszufriedenheit erzielen, wenn sie speziell hinsichtlich Sexualität und Intimität infor-

miert werden. Spezifische Informationen bezüglich des praktischen Umgangs mit verschiedenen Aspekten der Sexualität fehlen nämlich laut einer Befragung betroffener Frauen in den Ausführungen behandelnder Ärzte: u. a. Umgang mit Nacktheit, Ratschläge für das Liebesspiel nach Behandlung, körperliche Nebenwirkungen, Sicherheitsfragen nach Applikation von Implantaten (Bloom 1994). So ist zu befürchten, dass infolge Informationsmangels Frauen die fehlende Brust nach dem Eingriff durch Brustimplantate aus einer mit Silikongel oder Salzlösung gefüllten Kunststoffhülle ersetzen wollen oder auf einen belastenden Wiederaufbau der Brust mit Eigengewebe bestehen, obwohl sie den Eingriff später bereuen (Barth & Koubenec 2002). Wider Erwarten stellt eine Brustrekonstruktion nämlich keine Verbesserung für die Patientinnen dar (Mock 1993; Noguchi et al. 1993; Yurek et al. 2000). Die Arbeitsgruppe um Yurek (2000) untersuchte in einer vergleichenden Studie 190 Frauen nach operativem Eingriff bei Brustkrebs: Im Widerspruch zu ihrer Untersuchungshypothese hatte eine Brustrekonstruktion im Anschluss an eine Mastektomie im Vergleich zu Mastektomie und brusterhaltendem Eingriff keinen positiven Einfluss auf das Körperbild der Patientinnen und führte vielmehr zu signifikant geringerem sexuellen Interesse und zu geringerer sexueller Aktivität. Dieses Ergebnis verweist auf die Möglichkeit einer Überschätzung der Bedeutung der Brust für das Körperbild der Patientinnen und eine wahrscheinliche Abhängigkeit der Bedeutungszuweisung sowohl vom Ausmaß körperlicher Beeinträchtigung z. B. bei Komplikationen nach der Rekonstruktion als auch oder in besonderem Maße von der partnerschaftlich kommunizierten Akzeptanz der Veränderung (Northhouse 1989; Kaplan 1992; Tait 1996).

Vergleichende Studien zum Einfluss adjuvanter Therapie

Eine ganze Reihe von Studien belegt den negativen Einfluss der Chemotherapie auf das Körperbild, die wahrgenommene sexuelle Attraktivität und die Sexualfunktionen der Patientinnen unabhängig von deren Alter (Harris et al. 1993; Schover 1991; Schover et al. 1995; Young-McCaughan 1996; Arora et al. 2001). Tatsächlich muss bei der Chemotherapie von einer erheblichen Gefährdung der sexuellen Homöostase ausgegangen werden, weil sich der kombinierte Östrogen-Testosteronmangel negativ auf Appetenz, Erregung und Orgasmus auswirkt (Kaplan 1992). Das weibliche Androgen-Mangel-Syndrom mit einer Abnahme von Lust und Orgasmusfähigkeit kann ebenfalls nach einer Chemotherapie auftreten (Kaplan &

Owen 1993). Von 63 befragten Frauen mit Mamma-Ca nach Chemotherapie gaben so auch 62 eine Abnahme der Freude bei sexuellen Handlungen an, 52 waren überzeugt, dass dies auf Langzeitnebenwirkungen der Chemotherapie zurückzuführen war (Ganz et al. 1998). Speziell Langzeitüberlebende klagen über späte Auswirkungen adjuvanter Therapien auf ihre Sexualität. Die Patientinnen der Studie von Ganz (Ganz et al. 2002) litten nach chemotherapeutischer Intervention auch 5-10 Jahre nach der Diagnose unter sexuellen Problemen wie reduzierter Lubrikation, sexueller Aktivität und Brustsensitivität (vs. Tamoxifenbehandlung bzw. fehlender adjuvanter Therapie). 50% der von Ganz und Kollegen befragten Patientinnen, die eine adjuvante Chemotherapie bekommen hatten, berichteten über sexuelle Probleme, signifikant mehr als die 18-25% der Patientinnen ohne chemotherapeutische Behandlung. Abb. 2 und 3 veranschaulichen den signifikanten Zuwachs sexueller Dysfunktionen je nach

Ausmaß der operativen Intervention. Insgesamt gaben 23,4% aller Frauen einen mittleren bis schweren Appetenzverlust, 21,1% Lubrikationsstörungen, 20,5% Erregungsstörungen und 17,8% Störungen ihres Orgasmus an (nach Ganz et al. 2004: 383).

Auf ein insgesamt schlechteres Körperbild und eine größere Besorgnis hinsichtlich sexueller Attraktivität nach einer Chemotherapie verweisen einige Forschungsergebnisse (Schover et al. 1995; Young-McCaughan 1996). Dagegen konnten Ganz et al. (1998) keine signifikanten Unterschiede zu Patientinnen ohne chemotherapeutische Behandlung nachweisen. Taylor und Kollegen (2002) untersuchten 91 afrikanisch-amerikanische Frauen mit Brustkrebs (stage I oder II) jeweils 3 und 4 Monate nach der Behandlung: 48% bekamen eine chemotherapeutische Behandlung, 47% hatten einen brusterhaltenden Eingriff (Lumpektomie) und 53% eine Mastektomie.

Eine regressionsanalytische Auswertung ergab, dass Patientinnen mit chemotherapeutischer Behandlung signifikant stärker um ihre sexuelle Attraktivität besorgt waren als Patientinnen nach einem brusterhaltenden Eingriff, hingegen nicht signifikant anders als Patientinnen nach einer Mastektomie. Die Interaktion verdeutlichte einen ausgleichenden Effekt der Chemotherapie zwischen den beiden operativen Therapieoptionen: Frauen, die chemotherapeutisch und brusterhaltend behandelt wurden, unterschieden sich in ihrer Besorgtheit um ihre sexuelle Attraktivität nicht von denen, die sowohl mastektomiert als auch chemotherapeutisch behandelt wurden (Taylor et al. 2002). Auf einen ähnlich ausgleichenden Effekt der Chemotherapie für sexuelle Dysfunktionen verweisen die Ergebnisse der Arbeitsgruppe um Ganz für sexuelle Funktionsstörungen (Ganz et al. 2004).

Den Einfluss von Präparaten wie Tamoxifen[®], zoladex[®] und deren Kombination auf die sexuelle Aktivität untersuchten Berglund et al. (2001) in einer prospektiven Studie prämenopausaler Frauen mit Brustkrebs. Sie konnten zeigen, dass Frauen mit chemotherapeutischer Behandlung keine weitere Verschlechterung ihrer sexuellen Funktionen beklagten, wenn sie zusätzlich endokrine Therapie erhielten. Dagegen hatte zoladex[®] allein und in Kombination mit tamoxifen[®] für Frauen ohne Chemotherapie eine reversible Verschlechterung der Sexualfunktionen zur Folge. In ihrer Übersichtsarbeit bestätigten Thors, Broekel und Jacobsen (Thors et al. 2001), dass Frauen insgesamt nach einer Chemotherapie ein größeres Risiko für sexuelle Dysfunktionen haben, während die Therapie mit tamoxifen[®] keine negativen Folgen für die Sexualität der Betroffenen zu haben scheint.

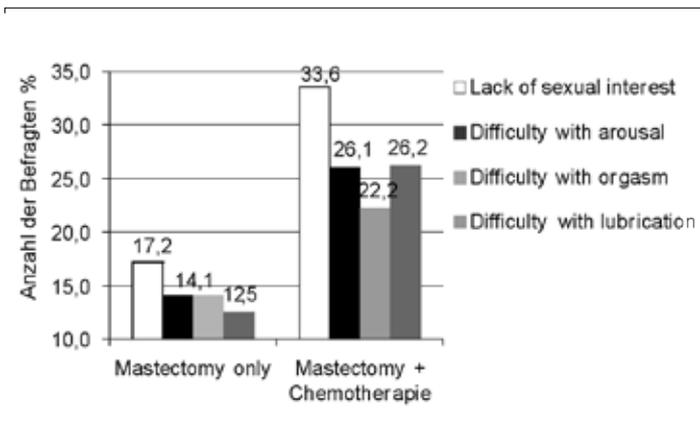


Abb. 2 Störungen der Sexualität bei Mastektomie und Chemotherapie nach Ganz et al. 2004: 383

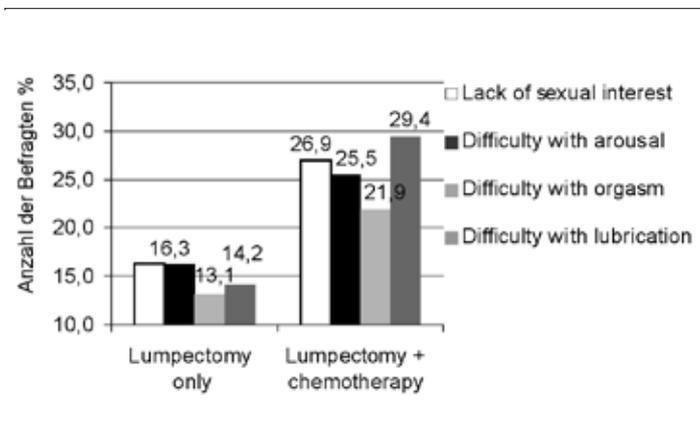


Abb. 3 Störungen der Sexualität bei brusterhaltendem Eingriff und Chemotherapie nach Ganz et al. 2004: 383

Allgemeine Studien zu Sexualfunktionen, -verhalten und Fertilität

Nach Andersen lässt sich bei 50% aller krebserkrankten Frauen mindestens eine sexuelle Dysfunktion innerhalb des ersten Jahres nach Behandlungsbeginn diagnostizieren (Andersen et al. 1989). Barni und Mondin (1997) ließen 50 beschwerdefreie und sexuell aktive Frauen ein Jahr nach Mamma-OP und vollendeter Chemo- bzw. Radiotherapie anonym einen Fragebogen ausfüllen: 46% der Befragten berichteten über ein Ausbleiben sexuellen Verlangens und 48% über reduzierte Appetenz. 38% beklagten Dyspareunie, 44% mangelnde sexuelle Befriedigung und 42% Probleme mit der Lubrikation. Vaginismus, nur kurz anhaltenden Geschlechtsverkehr und Orgasmusstörungen beklagten 30% der Frauen. Von insgesamt 63% der Befragten, die schon vor der Behandlung eine sexuelle Funktionsstörungen angaben, litten 27% unter den Beschwerden. Bei 49% der Frauen traten die Probleme erst nach der Chemotherapie (26%) oder nach der Operation (12%) auf. Betrachtet man die Veränderungen der Sexualfunktionen vom Zeitpunkt der Diagnose bis zu einem Jahr danach, lässt sich folgende zeitliche Entwicklung erkennen: Unmittelbar nach der Diagnose reduzieren sich die Sexualfunktionen und die Betroffenen klagen über einen geringeren Selbstwert als sexuelle Person und Partnerin (Lamb & Sheldon 1994). Sechs Monate nach der Behandlung geht ein Zuwachs an sexueller Dysfunktion mit geringerer Wertschätzung der Intimität, des intimen Verhaltens und Kommunikationsproblemen in der Partnerschaft einher (Weijmar Schultz et al. 1990). 12 Monate nach der Behandlung zeichnet sich ein Rückgang der Beschwerden ab (Lamb & Sheldon 1994; van de Wiel et al. 1990)

In der bislang größten Studie zum Zusammenhang von Brustkrebserkrankung und Sexualität befragte Meyerowitz 863 sexuell aktive und inaktive Frauen mit Brustkrebs retrospektiv zu ihren sexuellen Aktivitäten und Sorgen: Mehr als die Hälfte der sexuell aktiven Frauen (57%) berichteten, dass ihr Partner sexuelle Aktivitäten initiiere, obwohl 69% von ihnen gleichverteilte Rollen bei der Initiativübernahme vorzögen. 47% der Frauen befriedigten sich selbst, davon 25% einmal im Monat. Tabelle 1 stellt die Ergebnisse sexuell aktiver Frauen zum aktuellen Sexualverhalten denen zum Verhalten vor Diagnoseeröffnung gegenüber (Meyerowitz et al. 1999: 244):

Signifikant weniger kommt es demnach seit der Brustkrebstherapie zu Berührungen der Brüste, zu Geschlechtsverkehr mit Penetration und zu Orgasmuserleben. Weitere Veränderungen sexuell aktiver Frauen

vor und nach der Brustkrebserkrankung stellt Tabelle 2 zusammen (Meyerowitz et al. 1999: 245).

Tab. 1 Sexualverhalten bei Brustkrebs-Betroffenen vor und nach der Diagnoseeröffnung (N = 482, n. Meyerowitz et al. 1999)

	Vor der Diagnose	Untersuchungszeitpunkt
Küssen	89 %	87 %
Berührung der Brüste	92 %	80 %
Berührung der Genitalien durch den Partner	89 %	88 %
Berührung der Genitalien des Partners	86 %	84 %
Orale Befriedigung durch den Partner	56 %	55 %
Orale Befriedigung des Partners	58 %	55 %
Koitus	89 %	86 %
Orgasmuserleben	84 %	77 %

Tab. 2 Veränderungen der Sexualität infolge des Brustkrebs (N = 482, n. Meyerowitz et al. 1999)

	% schlechter	% gleich	% besser
Häufigkeit sexueller Aktivität	43	51	6
Anzahl sexueller Aktivitäten inkl. Verkehr	24	72	4
Lubrikation bei wahrnehmbarer sexueller Erregung	37	58	6
Schmerzen während sexueller Aktivität	32	66	2
Lust beeinträchtigende Schmerzen im Genitalbereich	28	70	2
Wohlbefinden bei Berührung operierter Brust	45	38	18
Ansprechbarkeit auf sexuelle Annäherung des Partners	20	78	2
Zufriedenheit mit der Vielfalt sexueller Aktivitäten	20	74	6
Zufriedenheit mit sexueller Beziehung	27	68	5
Wohlbefinden beim Entkleiden vor dem Partner	28	70	2
Wohlbefinden bei Nacktheit während Sex	22	77	1

Zusammenfassend geben 1/3 der Frauen negative Auswirkungen ihrer Brustkrebserkrankung auf ihr Sexualleben an. Die überwiegende Mehrheit erlebt zumindest in einigen Bereichen ihrer Sexualität eine Veränderung zum Negativen (Meyerowitz et al. 1999). Dabei lassen sich statistisch bedeutsame Zusammenhänge zu therapeutischen Interventionen nachweisen:

Die radikale Mastektomie beeinflusst vorrangig Körperbild, sexuelles Selbstbild und Sexualverhalten der Patientinnen, weniger deren Sexualfunktionen (Kemeny et al. 1988; Wellisch et al. 1989; Thors et al. 2001; Yeo et al. 2004). Eine Brustrekonstruktion stellt wider Erwarten keine Verbesserung für die Patientinnen dar (Mock 1993; Noguchi et al. 1993; Yurek et al. 2000). Dagegen belegt eine Vielzahl von Studien den negativen Einfluss der Chemotherapie (Schover et al. 1995; Young-McCaughan 1996; Arora et al. 2001). Im Hinblick auf bio-psycho-soziale Interaktionen spielen vor allem Partnerreaktionen und deren Interpretationen eine größere Bedeutung (Zegwaard et al. 2000). Die Frauen, die insgesamt über eine Verschlechterung ihrer Sexualität berichten, beklagen neben hormonellen Veränderungen vor allem Probleme in ihrer Partnerschaft (Meyerowitz et al. 1999). Von denen, die in der aktuellen Veröffentlichung dieser Arbeitsgruppe negative Veränderungen ihrer Sexualität konstatierten, assoziierten einige sexuelle Probleme ihrer Partner: 4,7% gaben an, ihr Partner sei zu müde, 7,2% berichteten, ihr Partner habe kein Interesse, 8,8% verwiesen auf physische Probleme ihres Partners, die sexuelle Aktivitäten verhinderten (nach Ganz et al. 2004: 383). Vor diesem Hintergrund kann die Partnerschaft einer Brustkrebspatientin als Prädiktor einer späteren Sexualität verstanden werden (ebd. 1999; Schover et al. 1995; Ganz et al. 1998).

Sexualität bei Brustkrebserkrankungen – Synthese

Brustkrebs und dessen Behandlung haben Konsequenzen für die Sexualität und Partnerschaft der Betroffenen (Barni & Mondin 1997; Meyerowitz et al. 1999). Der Erhalt der Sexualfunktionen ist dabei für Patientinnen hinsichtlich ihrer Lebensqualität von großer Bedeutung und bereitet Schwierigkeiten, die denen der Auseinandersetzung mit Diagnose oder Behandlung vergleichbar sind (Andersen 1985; Gotay & Muraoka 1998; McKee & Schover 2001; Stead 2003). Insbesondere die vielen älteren Betroffenen leiden unter Beeinträchtigungen, weil altersbedingte Morbidität sowie physische und sensorische Veränderungen im Klimakterium durch die Krebserkrankung und -behandlung weiter verstärkt werden. Unter den sexuellen Funktionsstörungen imponieren in ihrer Häufigkeit Appetenzstörungen, gefolgt von Lubrikations- und Erregungsstörungen, die in engem Zusammen-

hang mit den Angaben zur Dyspareunie gesehen werden können. Eher selten angegeben, aber vertreten sind Orgasmusstörung und Vaginismus (u. a. Barni & Mondin 1997; Meyerowitz et al. 1999; Ganz et al. 2004). Insgesamt ist die Sexualität der Brustkrebspatientinnen beobachtbar von einem ausgeprägten Vermeidungsverhalten gekennzeichnet: Schlechtere Körperbilder und ein schlechtes Körpergefühl tragen zu einer geringer wahrgenommenen sexuellen Attraktivität bei, in deren Folge die Patientinnen es vermeiden, sich nackt zu zeigen. Angst vor der Berührung beider Brüste und Angst vor Zurückweisung stellen weitere Gründe dar, körperlicher Intimität auszuweichen (Herschbach 1985; Bloom 1994; Wilmoth 2001; Yeo et al. 2004)

Bislang werden Störungen der Sexualität und negative Veränderungen im sexuellen Verhalten vorrangig mit dem Ausmaß des Eingriffs bzw. der systemischen Intervention in Zusammenhang gebracht. Das scheint naheliegend, solange die radikale Mastektomie mit einem Eingriff in die Weiblichkeit assoziiert wird, beim dem der Verlust des „Symbol Brust“ als primär schädigend für ein sexuelles Erleben der Frau angenommen wird (Bard & Sutherland 1955; Wilmoth 2001; Beier et al. 2001). Dann aber könnte man annehmen, dass Schädigungen anderer Weiblichkeitsattribute (Haare oder Haut) unter dem Einfluss adjuvanter Therapien eine ähnliche Bedeutung für die Sexualität haben. Tatsächlich ist der negative Einfluss der Mastektomie im Gegensatz zum Einfluss der adjuvanter Therapie auf das Körperbild der Patientinnen unstrittig (Schover et al. 1995; Young-McCaughan 1996; Ganz et al. 1998; Yurek et al. 2000), doch die Bedeutung hinsichtlich der Sexualität der Patientin bleibt eher unklar (Ganz et al. 1992; Moyer 1997; Yeo et al. 2004). Eine Rekonstruktion der Brust scheint nahezu widersinnig, da sie kein verbessertes Körperbild vermittelt, sondern sogar mit sexueller Appetenzminderung einher gehen kann (Yurek et al. 2000). Zwar kann eine Vielzahl von Studien den negativen Einfluss der Chemotherapie auf die Sexualfunktionen der Brustkrebspatientinnen infolge der Störungen der sexuellen Regulation nachweisen, eine eindeutige Beeinflussung der Sexualfunktionen der Patientinnen nach einer Mastektomie ließ sich aber nicht eindeutig zeigen (Schover et al. 1995; Young-McCaughan 1996; Arora et al. 2001; Ganz et al. 2004). Einzig Appetenzstörungen stehen in einem engeren Zusammenhang zum Ausmaß der Operation (Ganz et al. 2004). Bei einem schlechteren Körperbild und verändertem Sexualverhalten der Patientinnen ließen diese sich jedoch als Vermeidungsverhalten interpretieren (Kemeny et al. 1988; Wellisch 1989; Thors et al. 2001;

Yeo et al. 2004). Schließlich ist eine indirekte Einflussnahme des Ausmaßes der Intervention auf die Sexualfunktionen über das psychische Wohlbefinden ebenfalls nicht eindeutig nachweisbar: Entgegen bisheriger Annahmen lässt sich kein statistischer Zusammenhang zwischen Mastektomie oder brusterhaltendem Eingriff und psychischer Gesundheit finden (Ganz et al. 2004). Das erklärt Befunde nach denen Patientinnen nach einer Mastektomie trotz größerer funktionaler Beeinträchtigung weniger partnerschaftliche Probleme erlebten als jene nach einem brusterhaltenden Eingriff (Ganz et al. 2004). Zusammenfassend legt der hier dargestellte Überblick über den empirischen Forschungsstand die Schlussfolgerung nahe, dass die Bedeutung der Mastektomie für das Erleben der Patientinnen im Gegensatz zur adjuvanten Therapie überschätzt wird, weil sie keinen direkten negativen Einfluss auf die Sexualität und das psychische Wohlbefinden der Patientinnen ausübt (Kemeny et al. 1988; Wellisch et al. 1989; Thors et al. 2001). Nur wenn psycho-soziale Prozesse der Bewertung und partnerschaftlichen Bewältigung die Anpassung an einen veränderten Körper nicht fördern und intrapersonell mit einem labilen Selbstwert korrespondieren, sind sexuelle Störungen und psychische Beeinträchtigungen zu befürchten (Tait 1996). Es bliebe zu klären, inwieweit eine Brustrekonstruktion hier Linderung verschaffen könnte. So erklären Zusammenhänge zwischen bio-medizinischen Krankheitsfaktoren und Sexualstörungen nur einen Teil der Probleme im Kontext einer Brustkrebskrankung und ihrer Therapie. Unklar scheint bisher auch, warum einige Patientinnen von Veränderungen der Sexualität unbetroffen sind, keine sexuellen Funktionsstörungen entwickeln oder sogar positive Veränderungen ihrer Sexualität erleben (Holmberg et al. 2001). Ebenso ungeklärt ist, warum nur knapp die Hälfte aller Patientinnen mit Veränderungen ihrer Sexualität diese tatsächlich als „belastend“ erleben. Noch viel bedeutender aber scheint die Frage, welchen Nutzen Erkenntnisse über die Sexualität betroffener Frauen haben, wenn nicht Hypothesen darüber formulierbar sind, welche Bedeutung der Sexualität als Moderatorvariable im Krankheitsverlauf einer Brustkrebskrankung zukommt.

Zur Klärung der offenen Fragen kann hier eine integrative Betrachtungsweise beitragen, die einerseits Sexualität als eine biologisch, psychologisch und sozial determinierte Erlebnisdimension des Menschen begreift (Beier et al. 2001), andererseits ein bio-psycho-soziales Krankheitsverständnis zugrundelegt, dessen kognitive Bewertungsprozesse individuell Krankheitserleben und -verlauf mitbestimmen, und in dem darüber hinaus unterstützende partnerschaftliche

Krankheitsbewältigung Ausdruck einer syndyastischen Dimension ist (Andersen 1985; Gotay & Muraoka 1998). So betrachtet können sexuelle Störungen Ausdruck einer therapie- bzw. krankheitsbedingten Störung des Organ- oder Funktionssystems sein, zugleich aber Irritationen der Patientin, des Partners und der gemeinsamen Partnerschaft widerspiegeln (Beier et al. 2001). Diese Irritationen sind ihrerseits eng mit Veränderungen bio-medizinischer, psychischer und sozialer Faktoren im Kontext der Erkrankung und deren Bewertung verknüpft. Die Betonung der Bedeutung individueller Bewältigungsstrategien kann für die Entwicklung komplexerer Theorien zur Ätiologie und Behandlung der Brustkrebskrankung und assoziierter Sexualstörungen hilfreich sein (Lazarus 1981, 2000; Lazarus & Folkman 1987). Die Betonung der Bedeutung partnerschaftlicher Bewältigungsstrategien ermöglicht, Sexualität und Partnerschaft einen außerordentlichen Stellenwert im Kontext dyadischer Krankheitsbewältigung zuzugestehen und macht verständlich, warum Sexualität auch oder gerade in Anbetracht der Bedrohung des eigenen Lebens und mit zunehmendem Alter bedeutsam ist (Shell & Smith 1994; Hordern 2000; Anath et al. 2003).

Nun setzt die Betonung der Bedeutung von Sexualität als Bewältigungsstrategie allerdings voraus, dass von einem mehrdimensionalen Sexualitätskonstrukt ausgegangen wird, in dem Lust-, Reproduktions- und Beziehungs- bzw. syndyastische Dimension interagieren. In ihrer syndyastischen Dimension ist Sexualität auf Partnerschaft angelegt und ermöglicht dem Menschen als Beziehungswesen eine Befriedigung menschlicher Grundbedürfnisse nach Akzeptanz, Nähe und Geborgenheit als einem wesentlichen integralen Bestandteil menschlicher Sexualität (Beier & Loewit 2004). Verunsichernde körperliche, psychische und soziale Veränderungen infolge einer Brustkrebskrankung erhöhen nun bei Patientin und Partner den Wunsch nach Angenommensein, Sicherheit und Schutz zur Wiederherstellung der Lebensbalance. Sexuelle Kommunikation kann diese Bedürfnisse erfüllen und ist zugleich Ausdruck und Voraussetzung einer Partnerschaftsqualität insgesamt (Beier et al. 2001; Beier & Loewit 2004).

Die Ergebnisse der hier referierten Studien, die Störungen der Sexualität im Kontext einer Partnerschaft und ihrer Qualität untersucht haben, stützen die Annahme einer moderierenden Funktion von Sexualität im Dienste der Krankheitsbewältigung: An Brustkrebs erkrankte Frauen betonen die Bedeutung einer beziehungsorientierten Dimension von Sexualität für ihr Wohlbefinden. Der Verlust einer körperlich inti-

men Beziehung geht bei beiden Partnern in deren Krankheitsbewertung und Wahrnehmung der Partnerschaftsqualität ein und erhöht darüber Belastungserleben (Zegwaard et al. 2000; Kawa-Singer & Wellisch 2003). Zugleich beklagen Frauen, die über eine Verschlechterung ihrer Sexualität berichten, vor allem Probleme in ihrer Partnerschaft (Meyerowitz et al. 1999). Diese Probleme können in Verbindung mit Rollenirritationen ihren Ausdruck in einem massiven Verlust der partnerschaftlichen Kommunikationsqualität finden und sich ihrerseits auf der Ebene der sexuellen Kommunikation als Sexualstörungen manifestieren, so dass negative Veränderungen der Patientinnensexualität auch mit sexuellen Problemen ihrer Partner assoziiert sein können (Ganz et al. 2004).

Wenn nun sexuelle Kommunikation und Partnerschaftsqualität im Kontext einer Brustkrebserkrankung und ihrer Therapie einander wechselseitig beeinflussen, kann die Partnerschaft einer Brustkrebspatientin als Prädiktor einer späteren Sexualität verstanden werden und umgekehrt (Meyerowitz et al. 1999; Schover et al. 1995; Ganz et al. 1998). Bei einer starken Partnerschaft vor der Entwicklung eines Brusttumors stellt die Erkrankung dann vermutlich keinen nennenswerten Einbruch in der partnerschaftlichen Beziehung und Sexualität dar. Prämorbid Partnerkonflikte, Sexualprobleme und Probleme mit der sexuellen Attraktivität erschweren dagegen einen Umgang mit der Erkrankung und bestimmen die Entstehung und das Ausmaß von Sexualstörungen (Schover 1991; Schover et al. 1995; Oktay 1998). Das kann erklären, warum einige Patientinnen von Partnerschaftskonflikten und sexuellen Funktionsstörungen weniger betroffen sind. Denn der prämorbid Partnerschaftsstatus stellt die Bewertungs- und Bewältigungsgrundlage für die massiven Anforderungen an beide Partner in Folge der Brustkrebserkrankung und ihrer Therapie zur Verfügung. Erst die Bedeutungszuweisung im Rahmen kognitiver Prozesse bestimmt, in welchem Ausmaß Anforderungen von einer Brustkrebspatientin und ihrem Partner nicht nur als körperlich beeinträchtigend, sondern sogar als „Bedrohung“ erlebt werden und variiert Intensität und Qualität der emotionalen Reaktionen beider Partner (Lazarus 1981). Unter der negativen Bewertung einer Anforderung als „Bedrohung“ verschlechtert sich dann die psychische wie physische Gesundheit beider Partner vergleichbar (DeLongis et al. 1983; Monroe et al. 1983; Andersen et al. 1989; Voegele & Steptoe 1993; Schaefer 1996). Psychische Beschwerden wie Depression, Angst und Sorge wirken sich dabei im Gegensatz zu somatischen Beschwerden besonders negativ auf die Paardynamik und partnerschaftliche Sexualität aus, weil sie ihren

Ausdruck im sozialen Verhalten beider finden und Interaktionsquantität wie -qualität reduzieren (Flor et al. 1987; Gottman 1994; Bodenmann & Langenick 1996; Repetti & Wood 1997). So erklärt sich der empirisch nachweisbare negative Zusammenhang von „Bedrohungsbewertung“ und Partnerschaft (Bodenmann 1995). Eine problematische Partnerschaft wiederum führt zu einem höheren Stresserleben im Alltag mit höherem psychischen und physischen Symptomprofil, weil sie als „nicht verfügbare Bewältigungsressource“ in die Bewertung der Anforderungen einer Brustkrebserkrankung einfließt (Lazarus & Launier 1981; Burman & Margolin 1992; Paykel & Cooper 1992; Repetti 1994; Leiter & Durup 1996; Bodenmann 1998; Orth-Gomér et al. 2000; Gale et al. 2001). Menschen, die sich dagegen in einer Partnerschaft geborgen fühlen, schätzen Anforderungen weniger bedrohlich ein (de Ruiter et al. 1993; Manne et al. 1997; Manne et al. 1999).

Aus diesem Verständnis lässt sich zusammenfassend auch oder gerade für Brustkrebspatientinnen ein Patientenbegriff ableiten, der sexuelle Störungen vor allem vor dem Hintergrund der speziellen Paar-Situation versteht. Sexuelle Störungen werden nicht als Störung innerhalb eines Individuums bzw. Organ- oder Funktionssystems, sondern als Störung innerhalb einer Beziehung aufgefasst, zu deren erfolgreicher Behandlung sich Arzt und Therapeut dem Paar zuwenden müssen. Jede Form partnerschaftlicher Bewältigung, die gemeinsame Aktivitäten, Erlebnisse und dyadische Erfahrungen ermöglicht und das Wir-Gefühl stärkt, ist im Kontext der Brustkrebserkrankung hinsichtlich Stressentlastung und Puffereffekten für Gesundheit und Zufriedenheit von großer Bedeutung. Dazu gehört sowohl der tiefgreifende Effekt einer stärkeren interpersonalen Involviertheit bei jedem Teilschritt gemeinsamer Bewältigung als auch auf intensive, unmittelbare und sinnlich einzigartige Weise die partnerschaftliche Sexualität. Beide vermitteln die Erfahrung eines Partners als emotional verfügbar und die Partnerschaft als einen Ort der Geborgenheit, Sicherheit, Nähe und Akzeptanz, der eine Befriedigung dieser menschlichen Grundbedürfnisse ermöglicht (Schneewind 1999; Beier et al. 2001; Beier & Loewit 2004). Im Sinne einer unmittelbaren partnerschaftlichen Bewältigungsstrategie ist eine befriedigende Sexualität damit als Moderatorvariable für den Krankheitsverlauf und das Wohlbefinden bedeutsam. Sexuelle Störungen und/oder eine hohe Unzufriedenheit mit der partnerschaftlichen Sexualität dagegen stellen eine eigenständige Belastungsquelle für Paare dar, die die Anforderungen einer Brustkrebserkrankung weiter erhöht und die Krankheitsbewältigung erheblich erschwert.

Literatur

- Ananth, H.; Jones, L.; King, M.; Tookman, A. (2003): The impact of cancer on sexual function: a controlled study. *Palliat Med* 17 (2): 202-205.
- Andersen, B. L. (1985): Sexual functioning morbidity among cancer survivors: Current status and future research directions. *Cancer* 55: 1835-1842.
- Andersen, B. L.; Anderson, B.; deProse, C. (1989): Controlled prospective longitudinal study of women with cancer: II. Psychological outcomes. *J Consult Clin Psychol* 57(6): 692-697.
- Anllo, L. M. (2000): Sexual life after breast cancer. *J Sex Marital Ther* 26 (3): 241-248.
- Anson, O. (1989): Marital status and women's health revisited: the importance of a proximate adult. *J Marriage Fam* 51: 185-194.
- Antill, J. K.; Cotton, S. (1987): Self disclosure between husbands and wives: Its relationship to sex roles and marital happiness. *Aust J Psychol* 39: 11-24.
- Arora, N. K.; Gustafson, D. H.; Hawkins, R. P., McTavish, F.; Cella, D. F.; Pingree, S.; Mendenhall, J. H.; Mahvi, D. M. (2001): Impact of surgery and chemotherapy on the quality of life of younger women with breast carcinoma. *Cancer* 92: 1288-1298.
- Assh, S. D.; Byers, E. S. (1996): Understanding the co-occurrence of marital distress and depression in women. *J Soc Pers Relatsh* 13: 537-552.
- Baider, L.; Kaplan De-Nour, A. (1984): Couples' reactions and adjustment to mastectomy: a preliminary report. *Int J Psychiat Med* 14: 265-276.
- Baider, L.; Perry, S.; Holland, J.; Sison, A.; Kaplan De-Nour, A. (1995): Couples and gender relationship: a sample of melanoma patients and their spouses. *Fam Systems Med* 13: 69-77.
- Baider, L.; Kaplan De-Nour, A. (1996): *Cancer and the family*. West Sussex: Wiley.
- Baider, L.; Koch, U.; Escacson, R.; Kaplan De-Nour, A. (1998): Prospective study of cancer patients and their spouses: The weakness of marital strength. *Psycho-Oncology* 7 (1): 49-56.
- Bard, M.; Sutherland, A. M. (1955): Psychological impact of cancer and its treatment: IV. Adaption to radical mastectomy. *Cancer* 4: 656-672.
- Barni, S.; Mondin R. (1997): Sexual dysfunction in treated breast cancer patients. *Ann Oncol* 8 (1): 149-153.
- Barth & Koubenec, H.-J. (2002): *Brustkrebs Info*. <http://home.t-online.de/home/koubenec/>. 11.10.2002.
- Beier, K. M.; Bosinski, H. A.; Hartmann, U.; Loewit, K. (2001): *Lehrbuch der Sexualmedizin. Grundlagen und Praxis*. München: Urban und Fischer.
- Beier, K. M.; Loewit, U. (2004): *Lust in Beziehungen. Eine Einführung in die Syndyastische Sexualtherapie*. Berlin: Springer.
- Beisecker, A.; Cook, M. R.; Ashworth, J.; Hayes, J.; Brecheisen, M.; Helmig, L.; Hyland, S.; Selenke, D. (1997): Side effects of adjuvant chemotherapy: perceptions of node-negative breast cancer patients. *Psycho-Oncology* 6: 85-93.
- Berglund, G.; Nysted, M.; Bolund, C.; Sjoden, P. O.; Rutquist, L. E. (2001): Effect of endocrine treatment on sexuality in premenopausal breast cancer patients: a prospective randomized study. *J Clin Oncol* 19: 2788-2796.
- Bloom, J. R.; Kessler, L. (1994): Risk and timing of counselling and support interventions for younger women with breast cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 16: 199-206.
- Bloom, L. (1994): Meeting sexuality needs of women with breast cancer. *Innov Oncol Nurs* 10 (2): 46-51.
- Bodenmann, G. (1995): Dyadisches Coping und Partnerschaftszufriedenheit. *Psychologische Beiträge* 37: 7-89.
- Bodenmann, G. (1997): The influence of stress and coping on close relationships: A two-year longitudinal study. *Swiss J Psychol* 56: 156-164.
- Bodenmann, G. (1998): Der Einfluss der Gesundheit auf die Partnerschaft: Eine 3-Jahres-Längsschnittuntersuchung. *Zs Klin Psychol* 27: 189-201.
- Bodenmann, G. (2000): *Stress und Coping bei Paaren*. Bern: Hogrefe.
- Bodenmann, G.; Langenick, D. (1996): The influence of stress and coping on marital quality and stability: A three year longitudinal study (Scientific report No. 123). Fribourg: University of Fribourg, Institute for Family Research and Counseling.
- Bowman, K. F.; Deimling, G. T.; Smerglia, V.; Sage, P.; Kahana, B. (2003): Appraisal of the cancer experience by older long-term survivors. *Psycho-Oncology* 12: 226-238.
- Bremer Krebsgesellschaft e.V. (2001): *Tumorerkrankungen – Entstehung, Diagnose, Therapie*. http://www.bremerkrebssgesellschaft.de/schuelerforum/Tumorerkrankungen/I_N_H_A_L_T/Bedeutung_maligner_Tumoren/Frauen/frauen.html.
- Buehlmann, K.; Gottman, J. M.; Katz, L. (1992): How a couple views their past predicts their future: Predicting divorce from an oral history interview. *J Fam Psychol* 5: 295-318.
- Burman, B.; Margolin, G. (1992): Analysis of the association between marital relationships and health problems: an interactional perspective. *Psychol Bull* 112 (1): 39-63.
- Citron, M. L.; Berry, D. A.; Cirrincione, C.; Hudis, C.; Winer, E. P.; Gradishar, W. J. et al. (2003): Randomized trial of dose-dense versus conventionally scheduled and sequential versus concurrent combination chemotherapy as postoperative adjuvant treatment of node-positive primary breast cancer: first report of Intergroup Trial C9741/Cancer an Leukemia Group B Trial 9741. *J Clin Oncol* 21: 1431-1439.
- Coristine, M.; Crooks, D.; Grunfeld, E.; Stonebridge, C.; Christie, A. (2003): Caregivers of women with advanced breast cancer. *Psycho-Oncology* 12: 709-710.
- Curdt, S.; Kamm, M. (1999): *Gynäkologische Praxis* 23: 311-318.
- DeLongis, A.; Coyne, J. C.; Dakof, G. Folkman, S.; Lazarus, R. S. (1982): Relationship of daily hassles, uplifts, and major life events to health status. *Health Psychol* 1: 119-136.
- Derogatis, L. R.; Morrow, G. R.; Fetting, J.; Penman, D.; Piatetsky, S.; Schmale, A. M.; Henrichs, M.; Carnicke, C. L. M. (1983): The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 249: 751-751.
- De Ruiter, J.; de Haes, J.; Tempelaar, R. (1993): Cancer patients and their network: The meaning of the social network and social interactions for quality of life. *Supportive Care Cancer* 1: 152-155.
- Dunkel-Schetter, C.; Benett, T. L. (1990): Differentiating the cognitive and behavioral aspects of social support. In B. R. Sarason; I. G. Sarason; G. R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view*. New York: Wiley: 267-296.
- Engel, G. L. (1977): The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 196: 129-136.
- Fang, C. Y. (2001): Functional impairment, marital quality and patient psychological distress as predictors of psychological distress among cancer patient's spouses. *Health Psychol* 20 (6): 452-457.
- Fisher, D. V. (1986): Decision-making and self disclosure. *J Soc Pers Relatsh* 3: 323-336.

- Flor, H.; Turk, D. C.; Rudy, T. E. (1989): Relationship of pain impact and significant other reinforcement of pain behavior: the mediating role of gender, marital status and marital satisfaction. *Pain* 38: 45-50.
- Foster, L.; McLellan, L. (2000): Cognition and the cancer experience: Clinical implications. *Cancer Pract*: 25-31.
- Gale, L.; Bennett, P. D.; Tallon, D.; Brooks, E.; Munnoch, K.; Schreiber-Kounine, C.; Fowler, C.; Sammon, A.; Rayter, Z.; Farndon, J.; Vedhara, K. (2001): Quality of partner relationship and emotional responses to a health threat. *Psychology, Health and Medicine* 6 (4): 373-386.
- Ganz, P. A.; Desmond, K. A.; Leedham, B.; Rowland, J. H.; Meyerowitz, B. E.; Belin, T. R. (2002): Quality of Life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *J Natl Cancer Inst* 94: 39-49.
- Ganz, P. A.; Rowland, J. H.; Desmond, K. A.; Belin, T. R.; Meyerowitz, B. E.; Wyatt, G. E. (1998): Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *J Clin Oncol* 16: 501-514.
- Ganz, P. A.; Schag, C. A. C.; Lee, J. J.; Polinsky, M. L.; Tan, S. (1992): Breast conservation versus mastectomy. *Cancer* 69: 1729-1738.
- Ganz, P. A.; Kwan, L.; Stanton, A. L.; Krupnick, J. L.; Rowland, J. H.; Meyerowitz, B. E.; Bower, J. E.; Belin, T. R. (2004): Quality of Life at the end of primary treatment of breast cancer: First results from the moving beyond cancer randomized trial. *J Natl Cancer Inst* 96 (5): 376-387.
- Gates, C. (1980): Husbands of mastectomy patients. *Patient Counselling and Health Education*. First Quarter: 38-41.
- Given, B.; Given, C.; Helms, E.; Stommel, M.; DeVoss, D. (1997): Determinants of family care giver reaction: new and recurrent cancer. *Cancer Pract* 5 (1): 17-24.
- Gotay, C. (1984): The experience of cancer during early and advanced stages: The views of patients and their mates. *Social Sci and Med* 18: 605-613.
- Gotay, C. C.; Muraoka, M. Y. (1998): Quality of life in long-term survivors of adult-onset cancers. *J Natl Cancer Inst* 90: 656-667.
- Gottmann, J. M. (1993): The roles of conflict engagement, escalation, and avoidance in marital interaction: A longitudinal view of five types of couples. *J Consult Clin Psychol* 61: 6-15.
- Gottmann, J. M.; Coan, J.; Carrère, S.; Swanson, C. (1998): Predicting marital happiness and stability from newlywed interactions. *J Marriage Fam* 60: 5-22.
- Grunfeld, E.; Coyle, D.; Whelan, T.; Clinch, J.; Reyno, L.; Earle, C. C.; Willan, A.; Viola, R.; Coristine, M.; Janz, T.; Glossop, T. R. (2004): Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *CMAJ* 170 (12): 1795-1801.
- Harris, J. R.; Morrow, M.; Bonnadonna, G. (1993): Cancer of the breast. In: V. T. DeVita; S. Hellman; S. A. Rosenberg (Eds.), *Cancer: Principles and practice of oncology*. Philadelphia: Lippincott: 1264-1332.
- Herschbach, P. (1985): *Psychosoziale Probleme und Bewältigungsmöglichkeiten von Brust- und Genitalkrebskrankungen*. München: Röttger.
- Herschbach, P.; Keller, M.; Knight, L.; Brandl, T.; Huber, B.; Henrich, G.; Marten-Mittag, B. (2004): Psychological problems of cancer patients: a cancer distress screening with a cancer-specific questionnaire. *Br J Cancer* 91 (3): 504-511.
- Hobler, K. D. (1993): The management of the psychosocial impact of breast cancer. *Nurse Pract Forum* 4 (2): 105-109.
- Holland, J. C.; Rowland, J. H. (1991): Psychological reactions to breast cancer and its treatment. In: J. R. Haris; S. Hellman; I. C. Henderson; D. W. Kinne (Eds.), *Breast disease*. Philadelphia, PA: Lippincott: 632-647.
- Holmberg, S. K.; Scott, L. L.; Alexy, W.; Fife, B. L. (2001): Relationship issues of women with breast cancer. *Cancer Nurs* 24 (1): 53-60.
- Hordern, A. (2000): Intimacy and sexuality for the woman with breast cancer. *Cancer Nurs* 23 (3): 230-236.
- Kaplan, H. S. (1992): A neglected issue: the sexual side effects of current treatments for breast cancer. *J Sex Marital Ther* 18: 3-19.
- Kaplan, H. S.; Owett, T. (1993): The female androgen deficiency syndrome. *J Sex Marital Ther* 19: 3-24.
- Kawa-Singer, M.; Wellisch, D. K. (2003): Breast cancer patients' perceptions of their husbands' support in an cross-cultural context. *Psycho-Oncology* 12: 24-37.
- Kemeny, M. M.; Wellisch, D. K.; Schain, W. S. (1988): Psychosocial outcome in a randomized surgical trial for treatment of primary breast cancer. *Cancer* 62: 1231-1237.
- Kiecolt-Glaser, J. K.; Fisher, L. D.; Ogrocki, P.; Stout, J. C.; Speicher, M. D.; Glaser, R. (1987): Marital quality, marital disruption and immune function. *Psychosom Med* 49 (1): 13-34.
- Kiecolt-Glaser, J. K. (1999): Stress, personal relationships and immune function: health implications. *Brain Behav Immun* 13 (1): 61-72.
- Klemm, P.; Hurst, M.; Dearholt, S. L.; Trone, S. R. (1999): Gender differences on internet cancer support groups. *Comput Nurs* 17: 65-72.
- Kornblith, A. B.; Ligibel, J. (2003): Psychosocial and sexual functioning of survivors of breast cancer. *Semin Oncol* 30 (6): 799-813.
- Kravdal, Ø. (2001): The impact of marital status on cancer survival. *Social Sci Med* 52: 357-368.
- Krizek, C.; Roberts, C.; Ragan, R.; Ferrara, J. J.; Lord, B. (1999): Gender and cancer support group participation. *Cancer Pract* 7: 86-92.
- Lai, H.; Lai, S.; Krongrad, A. (1999): The effect of marital status on survival of the late stage cancer patients: An analysis based on survival on surveillance, epidemiology and end results (SEER) data in the United States. *Int J Behav Med* 6: 150-177.
- Lamb, M. A. (1995): Effects of cancer on the sexuality and fertility of women. *Semin Oncol Nurs* 11: 120-127.
- Lamb, M. A.; Sheldon, T. A. (1994): The sexual adaptation of women treated for endometrial cancer. *Cancer Pract* 2 (2): 103-113.
- Lazarus, R. S. (1981): Stress und Stressbewältigung- ein Paradigma. In S. H. Filipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse*. München: Urban & Schwarzenberg: 198-232.
- Lazarus, R. S. (2000): Toward a better research on stress and coping. *Am Psychol* 55 (6): 665-673.
- Lazarus, R. S.; Folkman, S. (1984): *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S.; Folkman, S. (1987): Transactional theory and research on emotions and coping. *Eur J Pers* 1 (3, Spec Issue): 141-169.
- Lazarus, R. S.; Launier, R. (1981): Stressbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In J. R. Nitsch (Hrsg.), *Stress: Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen*. Bern: Huber: 213-260.
- Leiter, M.; Durup, M. (1996): Work, home, and in-between: A longitudinal study of spillover. *J Appl Behav Sci* 32: 29-47.
- Lichtman, R. R.; Taylor, S. E.; Wood, J. V. (1987): Social support and marital adjustment after breast cancer. *J Psychosoc Oncol* 5: 47-74.

- Lotze, W. (1982): Der Zusammenhang von Erkrankungshäufigkeit, Sozial- und Sexualstatus bei Patientinnen mit Zervixkarzinom. *Zentralblatt Gynäkologie* 104: 182-188.
- Manne, S. L.; Taylor, K. L.; Dougherty, J.; Kemeny, N. (1997): Supportive and negative responses in the partner relationship: Their association with psychological adjustment among individuals with cancer. *J Behav Med* 20 (2): 101-125.
- Manne, S. L.; Pape, S. J.; Taylor, K. L.; Dougherty, J. (1999): Spouse support, coping and mood among individuals with cancer. *Ann Behav Med* 21: 111-121.
- McGuire, P. (1995): Psychological aspects. In: J. M. Dixon (Ed.), London BMJ Publishing Group: 57-60.
- McKee, A. L.; Schover, L. R. (2001): Sexuality Rehabilitation. *Cancer* 92: 1008-1012.
- Melamed, B.; Siegel, L. (1980): Behavioral Medicine, Practical Applications in Health Care. New York: Springer.
- Meyerowitz B. E.; Desmond K. A., Rowland J. H.; Wyatt G. E.; Ganz P. A. (1999): Sexuality following breast cancer. *J Sex Marital Ther* 25 (3): 237-250.
- Mock, V. (1993): Body image in women treated for breast cancer. *Nurs Res* 42: 153-157.
- Monroe, S. M.; Bromet, E. J.; Connell, M. M.; Steiner, S. C. (1983): Social support, life events, and depressive symptoms: A 1-year prospective study. *J Consult Clin Psychol* 54: 424-431.
- Moyer, A. (1997): Psychosocial outcomes of breast-conserving surgery versus mastectomy: A meta-analytic review. *Health Psychol* 16: 284-298.
- Munkres, A.; Oberst, M. T.; Hughes, S. H. (1992): Appraisal of illness, symptom distress, self-care burden, and mood states in patients receiving chemotherapy for initial and recurrent cancer. *Oncol Nurs Forum* 19: 1201-1209.
- Murkies, A. (1996): Sex and the postmenopausal women. *Aust Fam Physician* 25: 509-517.
- Neill, K.; Armstrong, N.; Burnett, C. (1998): Choosing reconstruction after mastectomy: a qualitative analysis. *Oncol Nurs Forum* 25 (4): 743-750.
- Newton, T. L.; Kiecolt-Glaser, J. K. (1995): Hostility and erosion of marital quality during early marriage. *J Behav Med* 18: 601-619.
- Noguchi, M.; Saito, Y.; Nishijima, H.; Koyanagi, M.; Nonomura, A.; Mizukami, Y.; Nakamura, S.; Michigishi, T.; Kitagawa, H.; Earashi, M.; Thomas, M.; Miyasaki, J. (1993): The psychological and cosmetic aspects of breast conserving therapy compared with radical mastectomy. *Surgery Today* 23: 598-602.
- Nordin, K.; Berglund, G.; Glimelius, B.; Sjoden, P. O. (2001): Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model. *Eur J Cancer* 37: 376-384.
- Northhouse, L. L. (1989): The impact of breast cancer on patients and husbands. *Cancer Nurs* 12: 276-284.
- Northhouse, L. L. (1994): Breast cancer in younger women: effects on interpersonal and family relations. *J Natl Cancer Inst Monogr* 16: 183-190.
- Northhouse, L. L.; Peters-Golden, H. (1993): Cancer and the family: strategies to assist spouses. *Semin Oncol* 9 (2): 74-82.
- Northhouse, L. L.; Cracchiolo-Caraway, A.; Appel, C. P. (1991): Psychologic consequences of breast cancer on partner and family. *Semin Oncol Nurs* 7: 216-223.
- Northhouse, L. L.; Caffey, M.; Deichelbohrer, L. (1999): The quality of life of African American women with breast cancer. *Res Nurs Health* 22: 449-460.
- Northhouse, L. L.; Jeffs, M.; Cracchiolo-Caraway, A.; Lampman, L.; Dorris, G. (1995): Emotional distress reported by women and husbands prior to a breast biopsy. *Nurs Res* 44 (4): 196-201.
- Northhouse, L. L.; Mood, D.; Templin, T.; Mellon, S.; George, T. (2000): Couples' patterns of adjustment to colon cancer. *Social Sci Med* 50: 271-284.
- Northhouse, L. L.; Templin, T.; Mood, D. (2001): Couples adjustment to breast disease during the first year following diagnosis. *J Behav Med* 24 (2): 115-136.
- Oberst, T.; James, R. (1985): Going home: Patient and spouse adjustment following cancer surgery. *Top Clin Nurs* 7 (1): 46-57.
- Oktaç, J. S. (1998): Psychosocial aspects of breast cancer. *Lippincott's primary care practice* 2 (2): 149-159.
- Oliver, G. (1996): Radiotherapy for breast cancer. In: S. Denton (Ed.), *Breast cancer nursing*. London: Chapman & Hall: 77-95.
- Orth-Gomér, K.; Wamala, S. P.; Horsten, M.; Schenck-Gustavson, K.; Schneiderman, N.; Mittelman, M. A. (2000): Marital stress worsens prognosis in women with coronary heart disease. *JAMA* 284 (23): 3008-3014.
- Pomerleau, O.F.; Brady, J.P. (1979): Behavioral Medicine: Theory and Practice. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Paykel, E. S.; Cooper, Z. (1992): Life events and social stress. In E. S. Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders*. Edinburgh: Churchill Livingstone: 131-148.
- Pelusi, J. (1997): The lived experience of surviving breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 24: 1343-1353.
- Perkonigg, A.; Baumann, U.; Perrez, M.; Reicherts, M. (1992): Soziale Unterstützung und Belastungsverarbeitung: Eine Untersuchung mit computergestützter Selbstbeobachtung. In A. Laireiter (Hrsg.), *Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung*. Bern: Huber: 128-140.
- Petrie, W.; Logan, J.; DeGrasse, C. (2001): Research review of the supportive care needs of spouses of women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 28 (10): 1601-1607.
- Regan, P. C. (1998): Of lust and love: Beliefs about the role of sexual desire in romantic relationships. *Pers Relatsh* 5: 139-157.
- Reneker & Cutler, (1952): Psychological problems of adjustment to cancer of the breast. *JAMA* 148: 833-838.
- Repetti, R. L. (1994): Short-term effects and long-term processes linking job stressors of father-child interaction. *Soc Dev* 3: 1-15.
- Repetti, R. L.; Wood, J. (1997): Effects of daily stress at work on mother's interactions with preschoolers. *J Fam Psychol* 11: 90-108.
- Robert Koch Institut (2002). Geschätzte Zahl jährlich an Krebs Erkrankender 1998. [Online]. Verfügbar unter: <http://www.rki.de/GBE/KREBS/KREBS.HTM> [11.05.2002].
- Roth, A. J.; Kornblith, A. B.; Batel-Copel, L.; Peabody, E.; Scher, H. I.; Holland, J. C. (1998): Rapid screening for psychologic distress in men with prostata carcinoma: a pilot study. *Cancer* 82: 1904-1908.
- Sabo, D.; Brown, J.; Smith, C. (1986): The male role and mastectomy: Support groups and mens's adjustment. *J Psychosoc Oncol* 4 (1/2): 19-31.
- Schaefer, H. (1996): Beruf und Krankheit. *Das Gesundheitswesen* 58: 442-446.
- Schneewind, K. A. (1999): Familienpsychologie. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schover, L. R.; Yetman, R. J.; Tuason L. J.; Meisler, E.; Esselstyn, C. B.; Herman, R. E.; Grundfest-Broniatowski, S.; Dowden, R. E. (1995): Partial mastectomy and breast reconstruction. A comparison of their effect on psychosocial adjustment, body image, and sexuality. *Cancer* 75 (1): 54-64.
- Schover, L.R. (1994): Sexuality and body image in younger women with breast cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 16: 177-182.

- Schulz, R.; Beach, S. R. (1999): Caregiving as a risk factor for mortality: the caregiver health effects study. *JAMA* 282: 2215ff.
- Shapiro, D. E.; Boggs, S. R.; Rodrigue, J. R.; Urry, H.; Algina, J. J.; Hellman, R.; Ewen, F. (1997): Stage II breast cancer: Differences between four coping patterns in side effects during adjuvant chemotherapy. *J Psychosom Res* 43 (2): 143-157.
- Shapiro, S. L.; Lopez, A. M.; Schwartz, G. E.; Bootzin, R.; Figueroa, A. J.; Braden, C. J.; Kurker, S. F. (2001): Quality of life and breast cancer: Relationship to psychosocial variables. *J Clin Psychol* 57 (4): 501-519.
- Shell, J. A.; Smith, C. K. (1994): Sexuality and the older person with cancer. *Oncol Nurs Forum* 21 (3): 553-558.
- Silliman, R.; Troyan, S.; Guadagnoli, E.; Kaplan, S.; Greenfield, S. (1997): The impact of age, marital status, and physician-patient interactions on the care of older women with breast carcinoma. *Cancer* 80 (7): 1326-1334.
- Spencer, S. M.; Lehman, J. M.; Wynings, C.; Arena, P.; Csarver, C. S.; Antoni, M. H.; Derhagopian, R. P.; Ironson, G.; Love, N. (1999): Concerns about breast cancer and relations to psychosocial well-being in a multiethnic sample of early-stage patients. *Health Psychol* 18 (2): 159-168.
- Stead, M. L. (2003): Sexual dysfunction after treatment for gynaecologic and breast malignancies. *Curr Opin Obstet Gynecol* 15: 57-61.
- Surbone, A.; Petrek, J. (1997): Childbearing issues in breast carcinoma survivors. *Cancer* 79 (7): 1271-1278.
- Tait, A. (1996). Psychosocial aspects of breast cancer. In: S. Denton (Ed.), *Breast cancer nursing*. London: BMJ Publishing Group: 57-60.
- Taylor, K. L.; Lamdan, R. M.; Siegel, J. E.; Shelby, R.; Hrywna, M.; Moran-Klimi, K. (2002): Treatment regimen, sexual attractiveness concerns and psychological adjustment among african american breast cancer patients. *Psycho-Oncology* 11: 505-517.
- Thors, C. L.; Broekel, J. A.; Jacobsen, P. B. (2001): Sexual functioning in breast cancer survivors. *Cancer Control* 8: 442-448.
- van de Wiel, H. B. M.; Weijmar Schultz, W. C. M.; Hallensleben, A.; Therkow, F. G.; Bouma, J.; Verhoeven, A. C. (1990): Sexual functioning of women treated for cancer of the vulva. *Sexual Marital Ther* 5: 73-82.
- Voegele, C.; Steptoe, A. (1993): Ärgerunterdrückung und Hypertoniedisposition als Determinanten kardiovaskulärer Reaktivität. In M. M. Müller (Hrsg.), *Psychophysiologische Risikofaktoren bei Herz-Kreislaufkrankungen*. Grundlagen und Therapie. Göttingen: Hogrefe: 109-131.
- Volkers, N. (1999): In coping with cancer, gender matters. *J Natl Cancer Inst* 91: 1712-1714.
- Walcher, W.; Ralph, G.; Lahousen, M.; Scheer, I.; Tamussino, K.; Rollett, H. (1988): Sexualität nach Radikaloperation. *Zentralbl Gynäkol* 110: 1109-1116.
- Weijmar Schultz, W. C. M.; van de Wiel, H. B. M.; Bouma, J.; Janssens, J.; Littlewood, J. (1990): Psychosexual functioning after the treatment for cancer of the vulva. A longitudinal study. *Cancer* 66: 402-407.
- Wellard, S.; Joyce, T. (1998): Cancer and sexuality: a neglected issue? In: G. Poulton (Ed.), *Nursing the person with cancer: a book for all nurses*. Australia: Ausmed Publications: 64-88.
- Wellisch, D. K.; Jamison, K. R.; Pasnau, R. (1978): Psychosocial aspects of mastectomy II: The man's perspective. *Am J Psychiat* 135: 543-545.
- Wellisch, D. K.; DiMatteo, R.; Silverstein, M. (1989): Psychosocial outcomes of breast cancer therapies: lumpectomie versus mastectomie. *Psychosomatics* 30(4): 365-373.
- Wilmoth, M. C. (2001): The aftermath of breast cancer: an altered sexual self. *Cancer Nurs* 24 (4): 278-286.
- Wilmoth, M. C. & Ross, J. A. (1997). Women's perception. *Breast cancer treatment and sexuality*. *Cancer Pract* 5 (6): 353-359.
- Yeo, W.; Kwan, W. H.; Theo, P. M.; Nip, S.; Wong, E.; Hin, L. Y.; Johnson, P. J. (2004): Psychosocial impact of breast cancer surgeries in Chinese patients and their spouses. *Psycho-Oncology* 13 (2): 132-139.
- Young-McCaughan, S. (1996): Sexual functioning in women with breast cancer after treatment with adjuvant therapy. *Cancer Nurs* 19: 308-319.
- Yurek, D.; Farrar, W.; Andersen, B. (2000): Breast Cancer Surgery: Comparing surgical groups and determining individual differences in postoperative sexuality and body change stress. *J Consult Clin Psychol* 68 (4): 697-709.
- Zahlis, E. H.; Shands, M.E. (1991): Breast cancer: Demands of the illness of the patient's partner. *J Psychosoc Oncol* 9: 75-93.
- Zebrack, B. (2000): Quality of life of long-term survivors of leukemia and lymphoma. *J Psychosoc Oncol* 18 (4): 39-59.
- Zegwaard, M. I., Gamel, C. J.; Dugris, D. J.; Logmans, A. (2000): The experience of sexuality and information received in women with cervical cancer and their partners. *Verpleegkunde* 15 (1): 18-27.

Adresse der Autoren

Dipl.-Psych. Janina Neutze, 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, mail: janina.neutze@charite.de

Sexuelle Funktionsstörungen bei künstlicher Befruchtung

Mechthild Neises, Andreas Ploeger

Sexual dysfunction undergoing in vitro fertilization

Abstract:

Since the birth of Louise Brown in 1978 in vitro fertilization has captured the public's imagination as a solution to the anguish suffered by individuals who cannot conceive children. In vitro fertilization has issues that require careful consideration. Coping with involuntary childlessness and the stressors associated with treatment may contribute to difficulties in a couple's relationship and consequently lead to sexual dissatisfaction. The purpose of this article is to examine several issues to help practitioners to be more aware of them and be more responsive to patients.

Keywords: In vitro fertilization, couples relationship, sexual dissatisfaction

Zusammenfassung:

Seit der Geburt von Louise Browne im Jahre 1978 hat die In vitro Fertilisation zu einem großen öffentlichen Interesse geführt mit der Vorstellung, dass darin die Lösung der Not bei ungewollter Kinderlosigkeit liegt. Die In vitro Fertilisation beinhaltet Folgen, die einen sorgfältigen Umgang und Überlegungen erfordern. Sowohl die Bewältigung der ungewollten Kinderlosigkeit als auch die Belastungen, die mit den Behandlungssequenzen verbunden sind, tragen sowohl zu Schwierigkeiten in der Partnerschaft und in der Folge auch zu sexuellen Störungen in der Partnerschaft bei. Das Ziel dieses Artikels ist, einige dieser Folgen zu untersuchen und bei Behandlern zu mehr Aufmerksamkeit und Verantwortlichkeit gegenüber der Patientin, dem Patienten beizutragen.

Schlüsselwörter: In vitro Fertilisation, Partnerschaft, sexuelle Dysfunktion

Einleitung

Vor der Geburt von Louise Brown im Jahr 1978 – dem ersten durch künstliche Befruchtung erzeugten Menschen – kommt der in vitro Fertilisation ein großes öffentliches Interesse zu. Seitdem wird dem unerfüllten Kinderwunsch Krankheitswert zugeschrieben. Etwa 15 % der Paare im reproduktionsfähigen Alter sind von diesem Problem betroffen. In Deutschland wird die Zahl der ungewollt kinderlosen Paare auf 1,5 Millionen geschätzt (Stauber 1999, Kowalcek 2001). Tausende von Kindern verdanken seitdem der Reproduktionsmedizin ihre Entstehung. Im gleichen Maße wurde deren Eltern die Erfüllung ihres Wunsches ermöglicht.

Trotz dieser Bedeutung der Reproduktionsmedizin bleibt deren Inanspruchnahme durch die Betroffenen oft geheim, weil Unfruchtbarkeit sowohl auf Seiten der Frau als auch auf Seiten des Mannes als ein Makel empfunden wird. Andererseits werden gegenüber den Betroffenen die gesundheitlichen Risiken von den in der Reproduktionsmedizin tätigen Ärzten oft bagatellisiert (Telus 2001). Inzwischen hat der unerfüllte Kinderwunsch in der psychosomatischen Medizin sowohl bezüglich der Entstehung dieses Problems als auch bezüglich seiner Behandlung und deren Folgen, sei die Behandlung erfolgreich oder nicht erfolgreich, weites Interesse gefunden (Stauber 1993, Kentenich 1999). Eine besondere Problematik wirft dabei die künstliche Befruchtung durch heterologe Samenspende auf (Schaible 1992). In der Literatur hierzu werden das Problem der sexuellen Funktionsstörung sowohl als Ursache von Infertilität als auch sexuelle Funktionsstörungen infolge der reproduktionsmedizinischen Behandlung kaum beachtet. Der nachfolgende Beitrag

soll die Aufmerksamkeit und das Verständnis der Behandler für dieses Problem schärfen und eine Grundlage für die Beratung der Paare geben.

Sexualmedizin versus Reproduktionsmedizin

Die sexuelle Verbindung zwischen Mann und Frau ist die Kommunikation höchster Intimität, grösster kommunikativer Bedeutung, mit extremen Gefühlen sowohl auf das eigene Selbst als auch auf den Partner bezogen. Sexuelle Kommunikation ist zugleich – wenn auch bei den meisten Paaren unreflektiert und je nach Situation auch befürchtet – auf ein Kind bezogen. Doch gerade der Bezug zu eventuellem Nachwuchs kann aber muss bei weitem nicht immer den Partnern als Ziel der sexuellen Kommunikation bewusst sein. Viel häufiger findet sexuelle Verbindung statt mit dem Kind sozusagen als „Casus eventualis“, also es wird hingenommen, wenn es entsteht. Noch häufiger aber findet sexuelle Kommunikation ohne Kinderwunsch, also unter Verhütung statt.

Verhütung ist, so banal es klingt, etwas spezifisch „menschliches“. Tiere vollziehen Koitus ohne jedes Wissen um seine späteren Folgen, den Nachwuchs. Dieses Wissen ist allein dem Menschen vorbehalten. Ihm ist aber noch viel mehr und Wichtigeres vorbehalten: Für ihn ist sexuelle Kommunikation gewöhnlich nicht das Mittel zur Fortpflanzung (Reproduktion), sondern ein zwischenmenschlicher Ausdruck höchster Nähe, gegenseitiger Akzeptanz, Erfüllung und Befriedigung, eben all dessen was mit dem Begriff „Liebe“ umschlossen wird.

Ein Tier folgt bei sexueller Kommunikation seinem Instinkt, der auf Arterhaltung zielt. Für einen Menschen aber hat sexuelle Kommunikation also einen umfangreichen Bedeutungshof, zielt in erster Linie auf die Person des Partners und die Innigkeit der Verbindung mit ihm.

Im weiteren Sinne ist Sexualität im Begriff der „Libido“ nach Sigmund Freud der Lebenstrieb allgemein, welcher nicht nur auf einen Partner, sondern auch auf apersonale Ersatzobjekte, etwa die Verwirklichung von Werten, beruflichen Zielen, die Gestaltung eines sinnvollen Lebens und die Fähigkeit, dieses zu geniessen, hinstrebt. In diesem Sinne ist Sexualität der Motor des Lebens schlechthin, welcher individuelle Lebensgestaltungen, kulturelle Werte, künstlerische oder wissenschaftliche Leistungen produziert, aber auch das alltägliche, sei es in Familie oder am Arbeitsplatz, gestaltet.

In diesem umfassenden anthropologischen Sinne ist Sexualität hier nicht gemeint. Der Titel beschränkt unsere Betrachtung auf das Gelingen oder Misslingen der sexuellen Beziehung eines Paares und zwar unter einem ganz besonderen Aspekt, nämlich dem der Kinderlosigkeit trotz Kinderwunsches.

Wie erwähnt ist das gegenteilige Problem, Sexualität ohne Kinderwunsch, das wesentlich umfangreichere, im Liebesleben vordergründige Problem. Auch dies führt zu Störungen im sexuellen Vollzug, was jedoch mit der „Antibabypille“ seit den 60-er Jahren wesentlich leichter zu handhaben ist. Der Titel unseres Aufsatzes stellt aber das genau gegenteilige Problem in den Mittelpunkt: Störungen der sexuellen Funktion infolge Ausbleibens einer Geburt bei gleichzeitigem Kinderwunsch und dessen Behandlung.

Sexualität zwischen Soma und Psyche

„Sexualität dient der Fortpflanzung“. Diese Feststellung ist banal, denn sie besagt nichts weiter als ein Gesetz der Natur, „Sexualität dient dem seelischen Wohlbefinden“ – diese Feststellung ist so pauschal gesagt unzutreffend. Denn sexuelle Kommunikation bewegt sich in mehreren Dimensionen zwischen Gegensätzen: Sie kann in gelungener und erfüllender Form eine wesentliche Ebene der Begegnung in der Gesamtheit der Begegnungsebenen zwischen Liebenden sein, wobei die emotionale Bindung in der Form von Einfühlung und Verstandenwerden, die Ebene gleichartiger und komplementärer Interessen mit der gemeinsamen Hinwendung auf Lebenssinn und Lebensziele, die Ebene der Gestaltung des gemeinsamen Lebens durch Wahl des Wohnortes, die Einrichtung eines „Zuhause“, die Gestaltung des Tagesgeschehens und der Perspektive auf die gemeinsame Zukunft, aber auch durch die Ebene des gemeinsamen Genusses von Erfolgen und des Tragens an Misserfolgen ergänzt wird. Im Gegensatz dazu steht die „käufliche“ Sexualität, die Prostitution, bei welcher Sexualität auf die pure genitale Kommunikation reduziert ist.

In anderer Perspektive erscheint eine weitere Dimension: In einer Paarbeziehung kann die sexuelle Befriedigung im gemeinsamen körperlichen Vollzug das zentrale Element der gegenseitigen Anziehung und des Zugehörigkeitsgefühls sein, es wird auch bezeichnet mit dem Begriff „Liebe“ im engsten Sinne. Im Gegensatz dazu kann sexuelle Kommunikation – wie etwa bei schwärmerischer Fernliebe Pubertierender oder im Alter beider Partner, in seiner Bedeutung

ganz an den Rand der Beziehung treten oder für diese sogar gar keine Bedeutung mehr haben. Die Attraktivität zwischen beiden Partnern ist dennoch sexueller Natur, eben weil der Unterschied im Geschlecht die Beziehung begründet.

In der globalen Dimension des zwischenmenschlichen Zusammenlebens kann Sexualität einerseits losgelöst von zwischenmenschlicher Suche nach Bindung und Nähe reine Handelsware sein, wie der sogenannte „Mädchenhandel“ zeigt. Im Gegensatz dazu sind im weitesten Sinne (hier im Sinne der Libido von Freud) geschlechtsspezifische Motive, Grundhaltungen und Vorgehensweisen, aber auch geschlechtsspezifische Neigungen, Meidungen und Gefühlslagen in der institutionellen Organisation bis hin zum staatlichen Zusammenleben und zur grossen Weltpolitik wirksam. Das zeigt sich zum Beispiel im Ruf „Frauen an die Macht“.

Sexualität und Reproduktion

Unser Thema befasst sich mit der gestörten Sexualität bei Unfruchtbarkeit im vorgenannten Rahmen der spezifisch menschlichen Sexualität. Dabei scheint es sich um ein untergeordnetes Problem zu handeln. Ausserdem erscheint es, jedenfalls in Anbetracht der bislang vorliegenden Literatur zur Reproduktionsmedizin, losgelöst von der kommunikativen Bedeutung der Sexualität. Beschäftigen sich reproduktionsmedizinische Abhandlungen doch im wesentlichen mit der „Herstellung von Kindern“, etwa mit der *in vitro* Fertilisation und weiteren Methoden. Unbeachtet bleibt dabei meist, dass die Bedeutung der Sexualität für die partnerschaftliche Kommunikation erhebliche Einbußen erleiden kann, wenn im Bewusstsein der Partner durch ihren Wunsch nach dem Kind und verstärkt durch die danach einsetzenden reproduktionsmedizinischen Massnahmen die kommunikative, beziehungsorientierte Bedeutung von Sexualität ganz dem Kinderwunsch untergeordnet wird. Diese Beeinträchtigung der Sexualität durch die Reproduktionsmedizin wird nachfolgend untersucht an:

- ◆ dem Erleben und Verhalten in der sexuellen Kommunikation bei unerfülltem Kinderwunsch
- ◆ den sexuellen Funktionsstörungen bei Behandlung des unerfüllten Kinderwunsches
- ◆ der Bedeutung für die zwischenmenschliche Beziehung der Partner
- ◆ der Motivation des Kinderwunsches
- ◆ der Beziehung zwischen Kind und Eltern

Erleben und Verhalten in der sexuellen Kommunikation bei unerfülltem Kinderwunsch

Wenn Paare sich ein Kind wünschen und dieses nicht kommt, dann tritt die zuvor beschriebene Bedeutung der Sexualität für die Beziehung zwischen den Partnern, also als Basis für ihre emotionale Haltung zueinander für ihre Interessen, ihre Lebensgestaltung und Zukunftsperspektive, eben als Band ihrer Beziehung mit dem zugleich zutiefst und intensivst verbindenden Element, nämlich der geschlechtlichen Vereinigung in den Hintergrund zugunsten der Bedeutung, welche die Sexualität zwischen beiden für Konzeption und Entwicklung des Kindes hat. Diese Veränderung entspricht einer allgemeinen psychologischen Regel, dass nämlich die Aufmerksamkeit für nur ein Detail einer gesamten Wahrnehmung die Bedeutung der anderen Teile hintandrängt. Psychologisch gesprochen richtet sich nun die ganze Aufmerksamkeit des Paares auf die biologische Funktion des Geschlechtsaktes, nämlich dem Effekt der Zeugung. Gelassenheit und Zuversicht, die umschliessende Wahrnehmung des anderen Partners als Teil des Selbsterlebens, die ausgeglichene Glückseligkeit und die entspannte Zweisamkeit nach dem Geschlechtsakt weichen der mit Spannung gestellten Frage „Hat es diesmal geklappt“ (mit der Konzeption). Hinzu kommt, dass bei reproduktionsmedizinischen Massnahmen Vorschriften über Frequenz bzw. Enthaltsamkeit den Sexualakt auch von aussen nämlich von einer ärztlichen Vorschrift her, „regeln“. Die Spontaneität in der Zuwendung, das Liebes- Vorspiel, das gemeinsame Schwingen im Aufbau von Lust und Wollust gehen verloren. An ihre Stelle tritt der Sexualakt bzw. sein Verbot als eine „Verordnung“ wie die Einnahme oder das Absetzen eines Medikaments. An die Stelle des freien Spiels der Liebe in all ihren oben genannten Facetten und der beiderseitigen Hingabe an die sich aufbauende Verbindungslust und an das erfüllende Überwältigtsein vom orgastischen Erleben tritt die sexuelle Vereinigung als „Maßnahme“ einer Zielrichtung, nämlich des Kinderwunsches. Sie wird diesem untergeordnet und ist nicht mehr ein Erlebensinhalt ganz für sich. Mit anderen Worten: Die reproduktive Funktion von Sexualität stülpt sich total über ihre Funktion für die Beziehung beider Partner.

Sexuelle Funktionsstörungen bei Behandlung des unerfüllten Kinderwunsches

Der zuvor beschriebene Wechsel von der beziehungsorientierten (kommunikativen) zur reproduktiven Bedeutung von Sexualität geht einher mit sexuellen

Funktionsstörungen verschiedenster Form. So kann der Aufbau sexueller Libido im Vorspiel auf den sexuellen Akt hin reduziert sein oder ganz fehlen, weil dieser als eine „Notwendigkeit“ und nicht mehr als ein Bedürfnis erlebt wird. Die Bedeutung der gewöhnlich auf den aktuellen Partner gerichteten sexuellen Phantasien für den Aufbau und den Vollzug der intimen Begegnung wird gestört durch die Aufmerksamkeit und die Ungewissheit bezüglich Gelingen oder Misslingen der angezielten Schwangerschaft. Sexuelle Funktionen, insbesondere die Erektion beim Mann und die Lubrifikation der Frau sind aber dem Willen und erst recht einer „Verordnung“ vollkommen entzogene Vorgänge, denn sie entwickeln sich durch die Vorstellung und die Sehnsucht nach einer genitalen Vereinigung mit dem Partner. Neben Defekten der Libido kann es so auch zu rein körperlichen Defizienzen wie Impotenz und Vaginismus oder Dyspareunie kommen. Berichtet wird ausserdem, dass unter einer reproduktionsmedizinischen Behandlung die Spontaneität in der sexuellen Begegnung und die Frequenz der Begegnungen zurück geht. Psychosomatische und psychopathologische Konsequenzen können entstehen wie Pelvipathia spastica oder hypochondrische Syndrome bei beiden Partnern. Das Fehlen einer Konzeption beeinträchtigt das Selbstgefühl massiv bei der Frau, besonders nach zahlreichen vergeblichen Implantationsversuchen, beim Mann besonders dann, wenn sich herausstellt, dass letztlich er den Defekt in der Form einer Oligozoospermie oder Azoospermie trägt.

Bedeutung für die zwischenmenschliche Beziehung der Partner

Es liegt auf der Hand, dass unter einer derartigen Veränderung der Sexualität auch andere Bereiche der Beziehung zwischen den Partnern der Störung anheim fallen. Bei einem Ausbleiben des Erfolges der reproduktionsmedizinischen Bemühungen ist von eminenter Bedeutung, ob diese Versagung von den Partnern als gemeinsames Schicksal getragen oder zum Gegenstand gegenseitiger Vorwürfe wird. Ob das eine oder das andere eintritt, hängt ganz entscheidend von der Tragfähigkeit der partnerschaftlichen Beziehung im ganzen ab, das heisst wie die Partner ihre Beziehung schon vor Bekanntwerden der Infertilität gestalten konnten: War die Partnerschaft auf eine Gewissheit eines jeden der beiden über die Bedeutung des anderen Partners für die eigene emotionale Erfüllung, die Gestaltung der eigenen Lebensziele nunmehr im Zusammenwirken, die Bindung an Lebenswerte, nunmehr in gemeinsamer Zuwendung und die Perspektive in der Zukunft, nunmehr als eine gemeinsame getra-

gen oder war die Partnerschaft eventuell das Ergebnis eines rationalen Kalküls etwa materiell- finanzieller, oder sonst wie opportunistischer Überlegung? War die gegenseitige Liebe mit Respekt vor der Individualität des anderen verbunden oder nutzt einer der Partner den anderen in Anklammerung an sich, um das eigene Wertgefühl zu erhöhen? War es also mehr symbiotische Bindung oder eine paritätische Beziehung?

Das endgültige Versagen des Kinderwunsches dürfte von beiden als gemeinsames Schicksal dann am besten zu tragen sein, wenn die Partner die Liebe zwischen sich als eine paritätische, also in gleicher Verantwortung und gegenseitiger Fürsorge getätigt haben.

Voraussetzung zu dieser idealen Verarbeitung des Traumas „Kinderlosigkeit“ dürfte eine bei beiden Partnern weitgehend gesunde seelische Entwicklung während der eigenen Lebensvorgeschichte sein, wobei allerdings Komplementaritäten zwischen den Partnern durchaus tragend sein können. So kann ein mehr extravertiert akzentuierter mit einem mehr

introvertiert besinnlichen, ein mehr übergewissenhaft- zwanghafter mit einem eher propulsiv- agilen Partner durchaus eine harmonische und Schicksalsschläge, auch die ungewollte Kinderlosigkeit gut verarbeitende Beziehung aufbauen. Auch kann die Versagung des Kinderwunsches als ein gemeinsames Schicksal erlebt werden, welches sogar frühere Dissonanzen in der Partnerbeziehung überwältigt und an welchem die Beziehung der Partner untereinander reift und wächst, wie überhaupt Schicksalsschläge zwischenmenschliche Dissonanzen überdecken und unwichtig machen können. So muss die Versagung des Kinderwunsches nicht nur defizient, sie kann auch effizient wirken.

An dieser Stelle muss erwähnt werden, dass auch bei einer emotional intakten und harmonischen Partnerschaft die Infertilität auf eine Störung im Vollzug der sexuellen Beziehung zurück gehen kann: Diese Überlegung ist deswegen von Bedeutung, weil die Gründe der Infertilität dann nicht unklar bleiben müssen, sondern durchaus plausibel geklärt werden können. Bei diesen Paaren kann man die Infertilität trotz intensiver personaler und emotionaler Bindung darauf zurückführen, dass aus psychosexuellen oder gar psychopathologischen Gründen ein regulärer Geschlechtsverkehr überhaupt nicht stattfindet. Dennoch kommen diese Paare, wie die Erfahrung zeigt, durchaus auch in die reproduktionsmedizinische Beratung ohne zugleich zu offenbaren, dass ein regulärer Sexualverkehr zwischen ihnen überhaupt nicht erfolgt. Dies kann mehrere Gründe haben: Beim Mann kann es ein vorzeitiger Samenerguss sein, welcher so regelmässig auftritt, dass eine Penetration überhaupt nicht

stattfinden kann. Bei der Frau ist es möglicherweise ein bei sexueller Annäherung regelmässig auftretender Vaginismus, so dass deswegen eine Penetration unmöglich wird. Ein Fall ganz besonderer Art sei aber hier referiert.

Fallbeispiel:

Eine 34-jährige Kauffrau ist mit einem gleichaltrigen Kaufmann in Leitungsfunktion seit 12 Jahren verheiratet. Die Ehefrau kam zunächst allein als Patientin in die Psychotherapie. Hier äusserte sie nachdrücklichen Kinderwunsch. Erst allmählich gab sie aber zu erkennen, dass eine Penetration beim sexuellen Verkehr überhaupt nicht stattfindet. Grund hierzu war offensichtlich eine Zwangsstörung der Patientin mit möglicherweise entsprechenden Zwangsbefürchtungen im Zusammenhang mit einer Penetration. Der Zusammenhang der Infertilität mit diesem Nicht-Vollzug der sexuellen Penetration wurde erst in der vierten psychotherapeutischen Behandlungsstunde evident. Weil diese Patientin ihre Zwangsstörung nicht bearbeitet haben wollte, sondern ihr Kinderwunsch ganz im Vordergrund ihres Erlebens stand, wurde das Paar an eine sexualtherapeutische Behandlung vermittelt.

Motivation des Kinderwunsches

Der Wunsch zu einem Kind kann durchaus seinerseits bereits Ausdruck einer Pathologie der Partner oder eines der Partner sein. Horst Eberhard Richter (1963) hat nachgewiesen, dass Eltern auf dem Wege der „Delegation“ eigene und nicht erreichte Lebensziele oder Ideale auf die Kinder „delegieren“, also Kinder mit dem Wunsch haben wollen, dass diese die eigenen Lebensziele der Eltern erfüllen. Die symbiotische, in der Kindheit ganz normale Abhängigkeit des Kindes führt sehr leicht dazu, dass ein Kind diese Wünsche als scheinbar eigene übernimmt und dann zumeist ebenso an diesen Zielen scheitert, wie die Eltern oder der delegierende Elternteil. Denn für den Kinderwunsch war dann nicht die Entwicklung eines eigenständigen Menschen, sondern die Ergänzung der eigenen Existenz der Eltern bzw. eines Elternteils massgebend. Das Kind kann so die Identifikation mit den Eltern auch in seinem erwachsenen Leben nicht nur bezüglich der gewünschten Ziele, sondern auch bezüglich der Versagung dieses Ziels realisieren. Dann stellt sich auch im Leben des Kindes ein Scheitern ein.

Bei alleinstehenden Menschen, insbesondere Frauen, kann sich ein Kinderwunsch aus der eigenen Dynamik entwickeln, etwa in der Vorstellung ein Kind als einen Freund oder Lebenspartner zu haben. Frick-Bruder (1995) unterscheidet hier ichbezogene und

partnerbezogene Kinderwünsche. Ich-bezogene Kinderwünsche liegen – auch bei Paaren – dann vor, wenn der Wunsch nach dem Kind bewusst oder unbewusst allein aus der eigenen Lebensdynamik eines der Partner erwächst. Ein partnerbezogener Kinderwunsch ist der gemeinsame Wunsch eines Paares nach einem selbständigen, doch zugehörigen Wesen, in welchem sich zwar die eigene Wesenart fortsetzen kann, welches jedoch nicht eigene Defizite der Eltern erfüllen muss. Ergänzend beschreibt Groß (1999), dass sich die Motive für ein eigenes Kind im Vergleich zwischen Frauen, deren Kinderwunsch sich spontan erfüllt, zu Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch nicht unterscheiden. Die Motivation engt sich dann jedoch auf egozentrische Motive wie Erleben von weiblicher Potenz und mütterlicher Vollwertigkeit, dem Wunsch nach der Präsentation eines Kindes, und gleichzeitige Idealisierung des Kindes ein, wenn der Kinderwunsch (nach Stauber 1988) „überwertig“ ist.

Wie Frick-Bruder (1995) feststellt ist jeder Kinderwunsch, auch bei fertilen Paaren, ambivalent. Es ist der Zwiespalt zwischen dem Wunsch nach dem Kind einerseits und der Befürchtung den Ansprüchen eines Kindes nicht gerecht werden zu können. Es sei jedoch unterschiedlich, inwieweit diese Ambivalenz bewusst erlebt wird oder nicht. Sie könne auch unbewusst dazu führen, dass trotz bewusstem Wunsch nach einem Kind dieses unbewusst abgelehnt werde und so eine Sterilität auf psychogener Basis entstehe.

Fallbeispiel:

Hierzu sei ein eindrucksvoller Fall referiert: Eine 29-jährige Verwaltungsbeamtin hatte bei völlig normaler und zufrieden stellender sexueller Beziehung in ihrer Ehe bereits zwei spontane Fehlgeburten unter in vitro Fertilisation hinter sich, als sie in psychotherapeutische Behandlung kam, um eine Stützung für die Fortführung der in vitro Fertilisation zu erfahren. Nach Abschluss der Psychotherapie mit 25 Sitzungsstunden war die Behandlung durch in vitro Fertilisation noch nicht abgeschlossen, die Patientin fühlte sich doch nun in der Lage das weitere Procedere dabei selbst ohne psychotherapeutische Stützung tragen zu können. Die in vitro Fertilisationsbehandlung wurde ohne Erfolg abgeschlossen.

Zwei Jahre später erschien die Patientin zu erneuter psychotherapeutischer Behandlung, weil sich nach der erfolglosen in vitro Fertilisation bei ihr ein Kauf- und Verschwendungszwang eingestellt hatte. Sie selbst führte dies auf den unerfüllten Kinderwunsch zurück und wollte dies tiefenpsychotherapeutisch bearbeiten.

Nach etwa 10 psychotherapeutischen Sitzungen stellte sich überraschend spontan eine Schwangerschaft ein. Die grösste Überraschung dabei war aber, dass die Patientin nunmehr diese

Berliner Samenbank GMBH

- **Spendersamenproben für die künstliche Befruchtung**
- **Lagerung befruchteter Eizellen aus der Reagenzglasbefruchtung (IVF)**
- **Lagerung von Hodengewebeproben zur Spermengewinnung für ICSI**

Für Paare mit unerfülltem Kinderwunsch

- **durch absolut männliche Zeugungsfähigkeit**
- **nach Versagen anderer moderner Methoden wie IVF (Reagenzglasbefruchtung) oder ICSI (sog. Mikroinsemination)**
- **bei Ablehnung von IVF oder ICSI**



Weitere Informationen
erhalten Sie unter:

www.Berliner-Samenbank.de

Kronenstr. 55-58
10117 Berlin-Mitte
Tel. 030-3018883

FAMILIENGLÜCK

Der Weg zum Wunschkind

Jedes 7. Paar in Deutschland ist ungewollt kinderlos. Die Ursachen hierfür lassen sich zu je einem Viertel auf rein „weibliche“, rein „männliche“, auf „gemischte“ und „unbekannte“ Faktoren verteilen. Dank medizinischer Fortschritte kann heute vielen ungewollt kinderlosen Paaren geholfen werden. Bei erheblichen Fruchtbarkeitseinschränkungen hilft oft die IVF-Behandlung („Retortenbefruchtung“). Ist die Samenqualität aber sehr schlecht, lässt sich nur noch mittels ICSI (Mikroinsemination), eine Schwangerschaft erreichen.

Seit der Gesundheitsreform 2004 müssen pro Behandlungszyklus der Reagenzglasbefruchtung ca. 1.500 bis 2.000 Euro vom Ehepaar selbst getragen werden, und bei einer durchschnittlichen Schwangerschaftsrate von 30% können mehrere Versuche erforderlich werden. Was aber, wenn keine Samen produziert werden, die o. g. Verfahren versagt haben oder diese Methoden wegen bestehender Risiken abgelehnt werden?

Die Adoption ist in Deutschland ein schwieriges Unterfangen, warten doch pro Kind sieben bis acht adoptionswillige Ehepaare. Die Verwendung von Samenzellen (erwiesener fruchtbarer und gesunder Samenspende) ist eine einfache und sehr erfolgreiche Methode. Immerhin ist innerhalb von 6-8 Behandlungen die „Trefferquote“ mit 80 % sehr hoch. Die Behandlung ist für die Frau körperlich wenig belastend. Die Sicherheit vor Ansteckung mit Infektionskrankheiten wird durch engmaschige und penible Untersuchungen der Spender und des Samens erreicht.

Da Paare, die sich einer solchen Behandlung unterziehen, meist anonym bleiben möchten und eine weitgehende Ähnlichkeit des Kindes zu seinen Eltern erhoffen, können sie sich den „Wunschspender“ anonym nach Katalog (ohne Foto) aussuchen. Eine entsprechende Dokumentation garantiert das im Grundgesetz verankerte Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung.

Natürlich sollte aus verständlichen Gründen der Kinderwunsch des zu behandelnden Paares besonders stark sein. Eine äußerst harmonische Paarbeziehung ist unabdingbare Voraussetzung. Die Entscheidung



für diese Methode muss nach gründlicher Diskussion miteinander, mit dem behandelnden Arzt und einem Rechtsanwalt gefällt werden. Nur so kann sichergestellt werden, dass sich dieses Wunschkind später auch als solches fühlt. International durchgeführte Studien belegen, dass Kinder aus dieser Behandlung eher überversorgt werden und sich durch ein hohes Maß an persönlichem Lebensglück und Elternglück auszeichnen. Auch die Ehemänner oder Partner gehen aus dieser Behandlung als „Gewinner“ hervor. Nachdem sie unter dem eigenen „Versagen“ meist lange gelitten haben, erleben sie befriedigt eine lang ersehnte Schwangerschaft.

Rechtliche Regelungen

In Deutschland werden jährlich 1.000 – 1.500 Kinder nach einer solchen Behandlung geboren. Leider fehlt es hier noch an einer verbindlichen rechtlichen Regelung, die zum Abbau der Vorbehalte gegen diese Art der Kinderwunschbehandlung führen würde. Das so genannte „Kinderrechteverbesserungsgesetz“ vom April 2004, wonach eine Anfechtung der Vaterschaft durch Mutter und Vater nicht mehr möglich ist, hat aber immerhin die Problematik der Unterhaltsfrage geklärt.

**Praxisklinik für Fertilität
Informationen erhalten Sie unter:**

www.IVF-Praxisklinik.de

Kronenstr. 55-58
10117 Berlin-Mitte
Tel. 030-3018883

Schwangerschaft gegenüber äusserst zwiespältig reagierte und befürchtete dem nun werdenden Kind nicht gewachsen zu sein. Diese Befürchtung ging sogar so weit, dass sie eine Interruptio in Betracht zog. Ebenso überraschend waren die Motive hierzu: Sie befürchtete trotz gleicher wirtschaftlicher und beruflicher Position die finanziellen Einbussen durch ein Kind nicht tragen zu können, den von ihr geliebten Sport (Joggen und Radfahren) nicht mehr treiben und dem gewohnten Tagesrhythmus nicht mehr nachgehen zu können. Die Banalität dieser Befürchtungen war offenbar eine Rationalisierung für die unbewusst tiefer liegende Ambivalenz dem Kind gegenüber, die sie offenbar schon seit jeher hatte.

Diese Ambivalenz mag mitgespielt haben, als die von der Patientin ersehnte Schwangerschaft in der zehnten Schwangerschaftswoche zu einem Spontanabortus führte. Hierfür mag auch sprechen, dass die Patientin im weiteren Verlauf der Psychotherapie ihren Kinderwunsch nicht mehr zur Bearbeitung anbot und sich mehr in der Dimension eher beiläufiger alltäglicher Lebensgeschehnisse bewegte. Die gesamte Problematik dürfte sehr auf die individuelle Dynamik der Patientin bezogen sein, weil der Partner tolerant und einfühlsam alle Situationen mitrug und auch die sexuelle Beziehung zwischen beiden nicht gestört ist.

Aus all dem hier Gesagten ist zu schliessen, dass vor Beginn der reproduktionsmedizinischen Massnahmen auf jeden Fall der Kinderwunsch der Partner möglichst in Paarsitzungen ergründet und bewusst gemacht werden sollte. Eine psychotherapeutische Klärung dürfte aber auch nach erfolgloser Kinderwunsch-Behandlung notwendig sein, wenn diese Enttäuschung zu einer Störung der Partnerbeziehung führt.

Beziehung zwischen Kind und Eltern

Diese Überlegungen führen unmittelbar zu der Frage, wie das gewünschte Kind nach gelungener reproduktionsmedizinischer Behandlung aufwächst, mit anderen Worten: Welche „emotionale Geburt“ hat das Kind nun nach seiner komplizierten vitalen Geburt zu erwarten? Dies ist ein Problem ganz ausserhalb der Reproduktionsmedizin und eine Sache der psychologischen Vorbereitung der Eltern auf das von ihnen gewünschte Kind. Hier ist die Frage zu klären nach egozentrischer Motivation des Kinderwunsches, ob diesem evtl. symbiotische Erwartungen unterliegen, ob das Kind eigenes Misslingen stellvertretend kurieren soll und besonders wie die Eltern sich die Gestaltung des sozialen Umfeldes für das erwünschte Kind vorstellen und planen. Es ist also ganz entscheidend die Frage zu stellen, in welches „soziale Nest“, in welche „emotionale Wiege“ wird das Kind, welches so sehnlichst erwünscht wird, nach seiner Geburt gelegt? Hier grenzt das Gebiet der Reproduktionsmedizin an das der frühkindlichen Entwicklung und deren Förde-

rung, an die Fragen der Familiendynamik und des Getragenseins in einem Umfeld emotional zugewandter Bezugspersonen, welche die Eigenständigkeit des jungen neuen Menschen von früh an respektieren, durch Verstehen, Liebe, Zuwendung und Nähe fördern.

Fazit für die Praxis

Der Bundesausschuss für Ärzte und Krankenkassen hat 1990 eine Pflichtberatung vor reproduktionsmedizinischer Behandlung beschlossen. Diese umfasst im Sinne des biopsychosozialen Modells die individuellen medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte vor künstlicher Befruchtung. Dabei soll auch über die zu erwartende reproduktionsmedizinische Behandlung im Detail informiert werden. Bemerkenswert ist jedoch, dass in dieser Vorschrift die Erhebung einer Sexualanamnese nicht verlangt wird. Eine solche sexualmedizinische Bearbeitung ist jedoch notwendig, weil, wie dargelegt, sexuelle Funktionsstörungen nicht nur als Ursache der Kinderlosigkeit in Frage kommen, sondern auch als Folge der reproduktionsmedizinischen Behandlung auftreten können. Die Forderung nach Pflichtberatung vor reproduktionsmedizinischer Behandlung wird in der Ärzteschaft bislang jedoch kaum realisiert. Dabei mag einerseits mitspielen, dass Sexualmedizin im Studium der Medizin, wenn sie überhaupt gelehrt wird, nur eine untergeordnete Rolle spielt. Zum anderen ist, wie dargestellt, Sexualität der intimste Bereich der Partnerschaft, und Ärzten dürfte vielfach nicht nur die Kompetenz zur sexualmedizinischen Anamnesenerhebung fehlen, sondern auch allgemein eine Hemmung bestehen, sich diesem höchst persönlichen und vielfach bei den Patienten mit Scham besetzten Thema zu nähern. Tatsache ist, dass die Befragung über sexuelle Funktionsstörungen eine besondere Fähigkeit zur vorsichtigen einfühlsamen Befragung beim Arzt voraussetzt. Die Einführung der „psychosomatischen Grundkompetenz“ als Pflicht im Rahmen der Weiterbildung zum Facharzt dürfte hier hilfreich sein. In der dabei vorgeschriebenen Balint-Gruppenarbeit können insbesondere eigene Hemmungen des Arztes / der Ärztin im Umgang mit dem Thema Sexualität verstanden und gelöst werden. Dies ist deswegen bedeutsam, weil die Patientin im Sich-Öffnen über ihren Intimbereich nur so weit gehen kann, als der Arzt sich in diesem Themenbereich wohl und sicher fühlt. Ganz besonders gilt dies bei der Einbeziehung des Partners; diese ist aber deswegen notwendig, weil sexualmedizinische Beratung nur mit beiden Partnern gleichzeitig und in Paarsitzungen sinnvoll ist.

Anhang

Richtlinien über ärztliche Massnahmen zur künstlichen Befruchtung

Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen 1999 (vollständig nachzulesen im Frauenarzt 1990: 8, 31 zit. in Stauber 1993 und Ditz 2000)

I. Leistungsvoraussetzungen

1. Ärztliche Maßnahmen sind durchzuführen, wenn Maßnahmen zur Herstellung der Empfängnisfähigkeit, die nicht Gegenstand dieser Richtlinien sind, wie z. B. Fertilisationsoperation oder alleinige hormonelle Stimulation keine hinreichende Aussicht auf Erfolg bieten, nicht durchführbar oder nicht zumutbar sind.
2. Die Leistungen zur künstlichen Befruchtung werden nur gewährt, wenn sie im homologen System durchgeführt werden, das heißt, wenn die Personen, die diese Maßnahmen in Anspruch nehmen, miteinander verheiratet sind.
3. Die Krankenkasse ist nur für diejenige Leistung zuständig, die bei ihrem Versicherten durchgeführt wird.
4. Die Maßnahmen nach diesen Richtlinien umfassen solche Leistungen nicht, die über die künstliche Befruchtung hinausgehen, wie etwa die Cryokonservierung von Samenzellen, imprägnierten Eizellen oder noch nicht transferierten Embryonen.
5. Die Richtlinien gelten ausschließlich für ambulant durchgeführte ärztliche Maßnahmen durch zugelassene Ärzte, ermächtigte Ärzte oder ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen.
6. Voraussetzung für die Durchführung der Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung ist, dass beide Ehegatten zum Zeitpunkt der Durchführung der Maßnahmen HIV-negativ sind, und dass bei der Frau ein ausreichender Schutz gegen die Rötelninfektion besteht.
7. Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung dürfen nur durchgeführt werden, wenn die Ehegatten zuvor von einem Arzt, der die Maßnahme nicht selbst durchführt, über die medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung beraten worden sind.
8. Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung dürfen nur durchgeführt werden, wenn hinreichende Aussicht besteht, dass durch die gewählte Behandlungsmethode eine Schwangerschaft herbeigeführt wird

II. Methoden

1. Intrazervicale, intrauterine oder intratubare Insemination

im Spontanzyklus ggf. nach Ovulationstimung – ohne Polyovulation (3 und mehr Follikel)

2. Intracervicale, intrauterine oder intratubare Insemination nach hormoneller Stimulation zur Polyovulation (3 und mehr Follikel)
3. In vitro Fertilisation (IVF) mit Embryo- Transfer (ET) ggf. als Zygoten- Transfer (ZIFT) oder als intratubarer Embryo- Transfer (EIFT = Embryo- Intrafallopian – Transfer)
4. Intratubare Gameten-Transfer (GIFT), intratubarer Transfer von Eizellen im Pronucleusstadium (PROST)
5. Methoden bei andrologischen Ursachenfaktoren:
 - Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)
 - Gewinnung von testiculären Spermien aus den Hoden (TESE)
 - Mikrochirurgische Spermaaspiration (MESA)

Literatur

- Ditz, S. (2000): Sterilität. In: M. Neises, S. Ditz (Hrsg.) (2000): Psychosomatische Grundversorgung in der Frauenheilkunde. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Frick-Bruder, V. (1995): Betreuung des infertilen Paares unter Einbeziehung psychodynamischer und Psychosomatischer Aspekte in: Schirren et al. (1995): 233-255.
- Grosz, J. (1999): Kinderwunsch und Sterilität. Zur Motivation des Kinderwunsches bei Sterilitätspatientinnen. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Kentenich, H. (1999): Angewandte psychosomatische Sterilitätstherapie. In: M. Stauber, H. Kentenich, D. Richter (Hrsg.) (1999): Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie. Berlin: Springer: 431-461.
- Kowalcek, I. (2001): Psychische Ursachen und Folgen einer ungewollten Kinderlosigkeit. Gynäkologie 34: 291-298.
- Richter, H.-E. (1963): Eltern, Kind und Neurose. Stuttgart: Klett.
- Schaible, A., Landrich, F. (1992): Zeugungsunfähigkeit und Kinderwunsch. Frankfurt/M.: Verlag für Akademische Schriften.
- Stauber, M. (1988): Psychosomatik der sterilen Ehe. Berlin: Grosser Verlag.
- Stauber, M. (1993): Psychosomatik der ungewollten Kinderlosigkeit. Ansteig: Berliner Medizinischer Verlag.
- Stauber, M. (1999): Kinderwunsch, Fertilität und Sterilität. In: M. Stauber, H. Kentenich, D. Richter (Hrsg.) (1999): Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie. Berlin: Springer: 406-430.
- Telus, M. (2001): Reproduktionsmedizin – Zwischen Trauma und Tabu. Deutsches Ärzteblatt 98: B 2889-B2893.

Adresse der Autorin

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Mechthild Neises, Funktionsbereich Psychosomatische Frauenheilkunde an der Medizinischen Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover. mail: Neises.Mechthild@mh-hannover.de,
Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Andreas Ploeger, Lemierser Berg 119, 52074 Aachen

Psychosexuelle Probleme bei Intersex-Syndromen*

Hartmut A.G. Bosinski

Psychosexual Problems in Persons with Intersex-Syndromes

Abstract:

Disorders of somatosexual development that lead to ambiguous genitalia occur in one of two- to five thousand newborns. Parents and health care professionals are confronted with an amount of crucial questions: To what sex should the child be assigned? What is the appropriate treatment in terms of hormonal and surgical interventions, when and how should they take place, what impact do they have on the development of gender identity (GI), psychosexual well-being and fertility? This paper shortly delineates the changeful history of handling intersexed persons. It reviews etiology, treatment practice and outcome in terms of GI and sexual health in the following syndromes: Congenital adrenal hyperplasia (CAH), complete and partial androgen insensitivity (cAIS, pAIS), pure and mixed gonadal dysgenesis (pGD, mGD), 5 α -reductase-2-deficiency (5ARD2), 17 β -hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency (17 β HSD3), micropenis, penile agenesis and cloacal exstrophy. Special emphasis is placed on timing, quantity and quality of clitoral surgery and vaginoplasty. This is the first comprehensive review about available cases of 5ARD2 in genotypical males reared female. Out of 90 female assigned patients with 5ARD2 from 23 countries 64 (i.e. 71,1 %) changed to the male sex.

Keywords: Congenital adrenal hyperplasia, androgen insensitivity, gonadal dysgenesis, 5 α -reductase-2-deficiency, Gender Identity, Genital Surgery

Zusammenfassung

Störungen der somatosexuellen Differenzierung mit ambivalentem, intersexuellem äußerem Genitale treten bei ca. 1: 3.000 bis 1: 5.000 Neugeborenen auf und konfrontieren Eltern und Behandler mit einer Fülle von weitreichenden Fragen: In welchem Geschlecht soll das Kind aufgezogen werden, welche Geschlechtszuweisung hat die größte Aussicht auf Erfolg in dem Sinne, dass im weiteren Verlauf Kongruenz zwischen Geschlechtszuweisung und individueller Geschlechtsidentität besteht? Sind dafür hormonelle und /oder chirurgische Behandlungsmaßnahmen erforderlich, wie sind diese technisch machbar, wann sind sie optimalerweise durchzuführen, wie werden sie vom Kind toleriert und wie wirken sie sich auf die spätere psychosexuelle Erlebnisfähigkeit und auf die Fertilität aus? Der Artikel beleuchtet kurz die historische Entwicklung im Umgang mit Intersex-Syndromen und gibt dann eine Übersicht über Art, Umfang und Verlauf (sowohl bezüglich der Entwicklung der Geschlechtsidentität [GI] als auch der psychosexuellen Erlebnisfähigkeit) der gängigsten bzw. meistdiskutierten Störungsbilder, nämlich Adrenogenitales Syndrom (AGS), komplettes und partielles Androgen-Insuffizienzsyndrom (cAIS und pAIS), reine und gemischte Gonadendysgenese (pGD und mGD), 5 α -Reduktase-2-Mangel (5ARD2), 17 β -Hydroxysteroid-Dehydrogenase-3-Mangel (17 β HSD3), Mikropenis, Penisagenese und Kloakenexstrophie. Erstmals wird dabei eine umfassende Auswertung der verfügbaren Daten zur GI-Entwicklung bei 5ARD2 vorgelegt. Sie zeigt, dass von 90 als Mädchen erzogenen genotypisch männlichen Patienten mit diesem Störungsbild (aus 23 Ländern) 64 (=71,1 %) in die männliche Geschlechterrolle wechselten. Die aktuellen Diskussionen zu Umfang und Timing genitalkorrigierender Operationen werden referiert und eigene Überlegungen zum Umgang mit dem in jedem Falle für Kind, Eltern und Behandler hochproblematischen Störungsbildern vorgestellt.

Schlüsselwörter: Adrenogenitales Syndrom, Androgen-Insuffizienzsyndrom, Gonadendysgenese, 5 α -Reduktase-2-Mangel, Geschlechtsidentität, Genitaloperationen

* Leicht überarbeitete Fassung des Kap. 9 aus: Beier, K. M.; Bosinski, H. A.; Loewit, K., *Lehrbuch der Sexualmedizin. Grundlagen und Praxis*. München, Urban & Fischer Verlag (2005). Mit freundlicher Genehmigung des Verlags

Epidemiologie und Nosologie

Gemeinhin gilt die erste Frage nach der Geburt eines Kindes seinem Geschlecht: „Ist es ein Mädchen oder ein Junge?“ Schon dies zeigt die fundamentale Bedeutung der Kategorie Geschlecht in unserer Kultur an. Auch wenn andere Kulturen *soziale* bzw. *rituelle* Geschlechtswechsel kennen, so ist die *biologische* Geschlechtszugehörigkeit doch das einzige Merkmal, das über alle Ethnien, Alters- und Sozialschichten hinweg die Menschheit in zwei Gruppen teilt, das schon dem Kind als wichtiges Ordnungsprinzip zur Aneignung seiner Welt dient und das auch beim Erwachsenen in jeder Kommunikation unbewusst strukturierend – als geschlechtstypische Einstellungsstereotype – mitschwingt. Zwar ist die biologische Geschlechtszugehörigkeit eine hochkomplexe, auf mehreren Ebenen (chromosomal, gonadal, gonoduktal, genital usw.) verortete und durchaus nicht immer klar abgrenzbare Variable (i. Überbl. Bosinski 2000a); für die geschlechtliche Einordnung eines Kindes nach seiner Geburt (und Dank pränataler Ultraschalldiagnostik zunehmend auch schon vorher) wird jedoch nach wie vor das genitale Geschlecht – das sog. Hebammengeschlecht – herangezogen.

Vor diesem Hintergrund ist es verständlich, dass die Geburt eines Kindes mit ambivalentem (intersexuellem) Genitalbefund, bei dem also die Zuordnung als Junge oder Mädchen nicht sicher möglich ist, bei Eltern und Verwandten, aber auch bei Ärzten und pflegerischen Hilfskräften zu tiefer Verunsicherung führt – gelegentlich wird sogar von einem sozialmedizinischen Notfall gesprochen.

Die Angaben zur Häufigkeit von Intersex-Syndromen variieren je nach definitorischer Begrenzung und untersuchter Population und sind ein steter Quell der Diskussion: Zählt man etwa gonosomale Aberrationen wie das Klinefelter- oder das Turner-Syndrom, den Maleszensus testis oder die Hypospadie dazu (die ja tatsächlich eine Störung der somatosexuellen Differenzierung darstellen, allerdings nur in seltenen Fällen wirklich ein Intersex-Syndrom sind; Kaefel et al. 1999), wird man recht hohe Zahlen bekommen, wie

etwa Blackless et al. (2000) mit 2 : 100 oder Fausto-Sterling (2000), die dann auch die wirklichkeitsfremde Einführung von fünf Geschlechtern fordert. Andererseits wird man niedrige Zahlen finden, wenn man nur die klinisch vorstellig werdenden Patienten mit wirklich indifferentem Genitale berücksichtigt. Insgesamt scheint eine Zahl von 1:3.000 (Sax 2002) bis 1: 5.000 Lebendgeborenen (Warne 1998; Melton 2001) der Realität am nächsten zu kommen.

Eine recht gute, wenn auch nicht selektionsfreie Angabe verdankt sich dem seit 1968 bei den Olympischen Spielen durchgeführten „Sex-Test“ zur Feststellung des biologischen Geschlechts von Frauen, der sich seit 1992 der DNA-Analyse zum Nachweis von SRY bzw. Y-Fragmenten bediente (Genel 2000, Elsas et al. 2000, Simpson et al. 2000). Bei den Spielen von Atlanta wurde bei 8 von 3.387 untersuchten weiblichen Athleten (entsprechend 0,24% oder 1 : 423) ein SRY-positives Resultat gefunden. Dies entspricht den Inzidenzzahlen der Olympischen Spiele seit 1972, die von 1 : 401 (1992) bis 1 : 450 (1976) reichten. Vier Sportlerinnen der in Atlanta SRY-positiv getesteten Athletinnen wiesen ein partielles Androgenresistenzsyndrom (pAIS), drei ein komplettes (cAIS) auf, bei der achten bestand mutmaßlich ein 5 α -Reductase-2-Mangel. Bei sechs Athletinnen (Ausnahme: eine Frau mit cAIS und eine mit pAIS) waren bereits in der Vorzeit (ohne Altersangabe) die Gonaden entfernt worden.

Im Übrigen wird dieser generelle „Sex-Test“ für weibliche Athleten seit den Olympischen Spielen 2000 nicht mehr durchgeführt, weil er faktisch (z.B. beim cAIS) die unzweifelhafte „Weiblichkeit“ dieser lediglich genetisch, gonadal und gonoduktal „männlichen“ Individuen nicht abbildet, zumal die mit diesen Tests auszuschließenden Männer, die sich als Frauen ausgeben wollen, bereits bei den Dopingkontrollen auffliegen würden.

Zur klassifizierenden Beschreibung eines ambivalenten (intersexuellen) äußeren Genitales bei Mädchen mit Adrenogenitalen Syndrom werden üblicherweise die von Prader (1954) beschriebenen Stadien des Übergangs vom phänotypisch weiblichen Genitale mit Klitorisvergrößerung (PRADER I) bis zum phänotypisch männlichen aussehenden Genitale (PRADER V) verwendet (s. Abb. 1). Eine ähnliche Klassifizierung liegt für das Androgeninsuffizienzsyndrom bei genotypischen Jungen vor (Quigley et al.

1995: Grad 1 = phänotypisch männlich, puberal ausbleibende Virilisierung und verminderte Spermienmobilität, bis Grad 7 = phänotypisch weiblich).

Intersexuelle Genitalkonfigurationen können bei folgenden Störungsbildern auftreten:

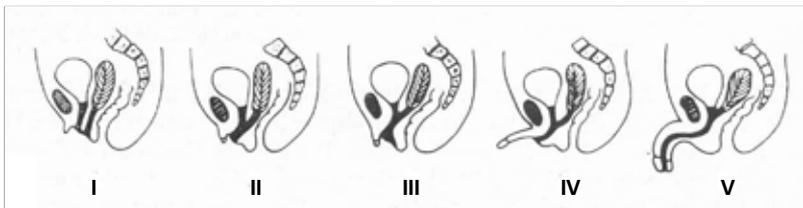


Abb. 1 Prader Stadien

1. Adrenogenitales Syndrom (AGS): Bei genotypisch (46 XX), gonadal und gonoduktal unauffälligen Mädchen führt ein hereditärer Enzymdefekt in der adrenalen Steroidbiosynthese (zumeist Mutationen verschiedenen Ausmaßes auf dem die 21-Hydroxylase [21 OHD] codierenden CYP21 auf Chromosom 6, deutlich seltener sind ein 11 β -Hydroxylase-Mangel [11 β -OHD] oder ein 3 β -Hydroxysteroid-Dehydrogenase-Mangel [3 β -HSD]) pränatal zu einem konsekutiven Androgenanstieg mit Virilisierung des äußeren Genitales, die von der Klitorishypertrophie (PRADER I) bis hin zur Labienfusion und Bildung eines Pseudo-Penis (Prader-Stadium V) reichen kann. (s. Abb. 2a und 2b im Farbtafelteil Seite 49)

Das AGS ist mit ca. 1:11.000 (Baumgartner-Parzer et al. 2005) mit Abstand die häufigste Ursache für intersexuelle Genitalanomalien bei genotypischen Mädchen bzw. Frauen. Dabei ist unbekannt, wie häufig extreme Virilisierungen i.S. PRADER IV / V sind. Ist die Mineralokortikoidsynthese in Mitleidenschaft gezogen (was in der Regel bei größeren Gendefekten der Fall ist, die dann auch zur stärkeren Virilisierung führen), so kommt es zur Ausbildung eines lebensbedrohlichen Salzverlustsyndroms (i. Überbl. White & Speiser 2000; Forest 2004).

2. Androgeninsuffizienzsyndrom (AIS): Während bei dem durch einen Gendefekt auf dem X Chromosom (Xq11-12) verursachten **kompletten Androgen-Rezeptor-Defekt (cAIS)** die genotypisch männlichen (46, XY) Kinder aufgrund der ausbleibenden Maskulinisierung des äußeren Genitales (bei gonadal und gonoduktal männlich differenzierten Strukturen und pränatal normalen oder erhöhten männlichen, allerdings wegen des Rezeptordefektes unwirksamen Androgenspiegeln sowie erhöhten Gonadotropinspiegeln – hypergonadotroper Hypergonadismus) als Mädchen zugeordnet und so auch erzogen werden (sog. Testikuläre Feminisierung, Reifenstein-Syndrom), kommt es beim **inkompletten (partiellen) Androgen-Insuffizienzsyndrom (pAIS)**, bei dem nicht alle Rezeptoren in gleicher Weise beeinträchtigt sind, zu verschiedenen Ausprägungsgraden des Störungsbildes. Mittlerweile sind 605 Mutationen des Androgenrezeptorgens bekannt (Gottlieb et al. 2004). Die somatischen Wirkungen der Störung reichen vom phänotypisch unauffälligen, aber aufgrund des minimalen Rezeptordefektes infertilen Mann (Giwerzman et al. 2001) über verschiedene Schweregrade einer Hypospadie bis zum tatsächlich intersexuellen Genitale. Boehmer und Mitarbeiter (2001 a) schätzen die Inzidenz für die Niederlande auf 1:99.000 Neugeborene. Es sind endemische Häufungen bestimmter Mutationen (z.B. unter Deutschstämmigen in Brasilien – Hooper et al. 2004)

beschrieben, in ca. 30 % der Fälle liegen *de novo* Mutationen vor (Kohler et al. 2005).

3. Gonadendysgenese (GD): Während Patienten mit **reiner Gonadendysgenese (pGD, Swyer-Syndrom)** aufgrund einer SRY-Mutation auf dem Y-Chromosom (Chromosomensatz 46, XY) atrophe Gonaden (mit hohem Entartungsrisiko), erhaltene Müllersche Strukturen und ein phänotypisch weibliches äußeres Genitale aufweisen und als Mädchen erzogen werden, zeigen Patienten mit **gemischter Gonadendysgenese (mGD)**, bei denen entweder Mosaikformen (45 X0/46 XY u.ä.) vorliegen oder Punktmutationen auf anderen Chromosomen als ursächlich diskutiert werden (Alvarez-Nava et al. 1999; McDonald et al. 1997; Scherer et al. 1998; Ropke et al. 2004) mehr oder weniger starke Reste von Androgenwirkungen und demzufolge verschiedene Ausmaße von Genitalvirilisierung. Die Gonaden sind meist einseitig rudimentäre und wenig differenzierte *Streaks* mit hoher (t.w. bereits pränataler) Entartungstendenz, die kontralaterale dysgenetische Gonade kann als Ovar oder Hoden hormonaktiv sein.

4. 5 α -Reduktase-2-Mangel (5ARD2): Ein autosomal-rezessiv vererbtes Intersex-Syndrom, dessen genetische Grundlage in einer Störung des auf dem Chromosom 2 gelegenen Genortes besteht, welcher die 5- α -Reduktase (Typ 2) codiert (Labrie et al. 1992; Wilson et al. 1993; Forti et al. 1996; Hiort et al. 1996; Vilchis et al. 2000). Somit ist die Umwandlung von Testosteron zu Dihydrotestosteron (DHT), welches für die Maskulinisierung der externen Genitalanlage erforderlich ist, gestört, was bei genotypischen Jungen zu verschiedenen genitalen Fehlbildungen führt. Diese reichen von Mikropenis (Ng et al. 1990) über Hypospadie (Silver & Russell 1999; Boehmer et al. 2001b) bis (im Extremfall) zur pseudo-femininen Entwicklung des äußeren Genitales (i. Überblick Imperato-McGinley & Zhu 2002): Der Geschlechtshöcker bleibt klein und bildet lediglich einen Mikropenis, die Ausstülpung der Geschlechtswulst zum Skrotum unterbleibt, es entsteht ein Skrotum bifidum, die Harnröhre mündet aufgrund der ausbleibenden Differenzierung der Geschlechtsfalte zum Corpus spongiosum am Fußpunkt des Mikropenis. Wegen des DHT-Mangels ist die Körperbehaarung spärlich, Glatzenbildung bleibt – trotz hoher Testosteronwerte – aus. Bei weitgehend (pseudo-)femininer Genitalkonfiguration und Aufzucht der genotypisch männlichen Individuen als Mädchen wird die Diagnose meist entweder anlässlich einer „Herniotomie“ (i.e., maldeszendierter Hoden) oder aufgrund der durch die testikuläre Androgenproduktion zur Pubertät hin einsetzenden Virilisierung (mit Peniswachstum), ausbleibender Mensis und oft

nur geringer (bis gar keiner) Brustentwicklung gestellt, selten – bei eindeutig ambivalentem (intersexuellem) Genitale – schon in der frühen Kindheit. Die Häufigkeit der Störung ist unbekannt, das Krankheitsbild wird durch Konsanguinität befördert und ist in einigen Regionen endemisch gefunden worden: In der Dominikanischen Republik (Imperato-McGinley et al. 1974; Cai et al. 1996), der Türkei (Akgun et al. 1986; Ocal et al. 2002) und auf Papua-Neuguinea (Herdt & Davidson 1988; Imperato-McGinley et al. 1991).

5. 17 β -Hydroxysteroid-Dehydrogenase-3-Mangel (17 β HSD3): Durch Mutationen des auf dem Chromosom 9q22 gelegenen Gens für das Isoenzym 17 β -Hydroxysteroid-Dehydrogenase-3 unterbleibt die Umwandlung von Androstendion (A4) zu Testosteron (T) in den Hoden, weshalb es zur mangelhaften bis gänzlich ausbleibenden Maskulinisierung der externen Genitalanlage (bei genotypisch männlichen Individuen mit ansonsten normaler männlicher Differenzierung der Gonaden und der Gonodukte) bis hin zur pseudofemininen Genitalstruktur kommt, die dem Befund beim AIS bzw. beim 5ARD2 ähnelt (Andersson et al. 1996; Moghrabi et al. 1998; Boehmer et al. 1999). Mittlerweile sind über 20 verschiedene Mutationen des Gens bekannt (Lindqvist et al. 2001). In der Pubertät kommt es – mutmaßlich durch extratestikuläre Konversion von T zu A4 – zu Virilisierungserscheinungen (allerdings berichten Duncan et al. 1997 über einen Fall von ausbleibender Virilisierung mit äußerst schwer lokalisierbaren Hoden).

Bei vollständigem Gendefekt mit (pseudo-)femininer Formierung des äußeren Genitales führt dies, zusammen mit ausbleibender Menstruation und gelegentlich ungenügender Brustentwicklung zur ärztlichen Vorstellung. Bei unvollständigem Defekt kann es schon zur Geburt wegen der intersexuellen Genitalanlage zu Problemen bei der Geschlechtszuweisung kommen. Die Störung ist im Gaza-Streifen endemisch, aber auch in Australien, Europa, USA und Brasilien beschrieben worden (i. Überblick Boehmer et al. 1999). Für die Niederlande schätzen Boehmer und Mitarbeiter (1999) die Inzidenz auf mindestens 1: 147.000 Neugeborene.

6. Durch exogene Noxen, durch endogene (tumoreröse) Androgenproduktion oder durch unbekannte Ursachen verursachte sexuelle Differenzierungsstörungen sind in ihrer Häufigkeit unbekannt. Sie betreffen vor allem genotypisch männliche Individuen und reichen dann von der Hypospadie bis zur ausgeprägten Untervirilisierung im Sinne eines **Mikropenis** oder eines tatsächlich intersexuellen Genitales. Als exogene Noxen kommen vor allem **Hydantoine** (Phornphutkul et al. 2000), **Diäthylstilbestrol** (Toppari

2002) und in zunehmendem Maße als **Xenoöstrogene** wirkende Umweltgifte (sog. endokrine Disruptoren wie Herbizide, Pestizide, PCB, Phtalate, Phytoöstrogene etc.; s. Santti et al. 1998; Sultan et al. 2001; Fisher 2004) in Frage. Die Fülle derartiger Noxen, aber auch die noch in Teilen unverstandenen genetischen Faktoren, welche die Testesdifferenzierung und –funktion determinieren, dürfte dafür verantwortlich sein, dass viele somatosexuelle Differenzierungsstörungen noch ungeklärt sind: So konnte eine französische Multicenterstudie (Morel et al. 2002) bei immerhin 52 % der einbezogenen 67 Patienten mit intersexuellem Genitalbefund und männlichem Genotyp (bzw. testikulärem Gewebe) trotz umfassender Diagnostik keine Ursache für die somatosexuelle Differenzierungsstörung finden.

7. Eine in ihrer Häufigkeit noch unbekannt Ursache für sexuelle Differenzierungsstörungen bei genotypischen Jungen ist die Leydigzell-Hypoplasie: Dabei ist der testikuläre LH-Rezeptor aufgrund eines Defekts des entsprechenden Gens auf Chromosom 2p21 vollständig inaktiviert, deshalb unterbleibt die hCG vermittelte LH-Aktivierung der fetalen Testosteronproduktion in den Leydig-Zellen der Hoden. Es resultiert bei genotypisch männlichen Individuen ein hypogonadotroper Hypogonadismus, die Wolffschen Gänge bleiben rudimentär, das Müllersche Gangsystem wird jedoch nicht weiblich differenziert, da die Funktion der testikulären Sertoli-Zellen, die das Anti-Müller-Hormon (AMH) bilden, unbeeinträchtigt bleibt. Beim äußeren Genitale kommt es – in Abhängigkeit vom Gendefekt und der testikulären Testosteronproduktion – zu verschiedenen Formen der Untervirilisierung (Hypospadie, Mikropenis oder intersexuelles Genitale) (i. Überbl. Richter-Unruh 2005; Richter-Unruh et al. 2005).

8. Penisagenesie: Es handelt sich um außerordentlich seltene Malformationen, die bei genotypisch und gonadal unauffälligen Jungen auftreten, durch Genmutationen, Teratogene oder idiopathisch bedingt und zum Teil mit analen und/oder renalen Fehlbildungen vergesellschaftet sind, wodurch es zu letalen Komplikationen kommen kann. Bisher sind ca. 80 Fälle international dokumentiert, Inzidenzschätzungen gehen von ca. 1: 10 Mill. bis 1: 30 Mill. aus (Evans et al. 1999).

9. Kloakenexstrophie: Es handelt es sich im strengen Sinne nicht um ein Intersex-Syndrom (die betroffenen Kinder sind chromosomal, gonadal und gondoktual eindeutig entwickelt) sondern um eine seltene (1: 200.000 bis 1:400.000; Mitchell & Plaire 2002) und schwere Verschlussfehlbildung der gesamten Beckenregion, die auch das äußere Genitale

mit einbezieht: Bei genotypischen Jungen finden sich intakte Hoden, die Penismissbildung reicht vom epididymischen Mikropenis bis zu stummelartigen Rudimenten zweier Schwellkörperanlagen, das Skrotum ist gespalten. Bei genotypischen Mädchen findet sich eine Uterus- und Vaginalduplikatur. Die Prognose war bis Anfang der 60er Jahre aufgrund der Sekundärkomplikationen zumeist infaust. Durch sukzessive Verbesserung der operativen und medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten sind inzwischen Überlebensraten von bis zu 90 % zu verzeichnen (s. Hurwitz et al. 1987; Mitchell & Plaire 2002).

Bei Geburt eines Kindes mit ambivalentem (intersexuellem) Genitale sind Eltern und Ärzte vor allem mit folgenden Fragen konfrontiert:

1. In welchem Geschlecht soll das Kind aufgezogen werden, welche Geschlechtszuweisung hat die größte Aussicht auf Erfolg in dem Sinne, dass im weiteren Verlauf Kongruenz zwischen Geschlechtszuweisung und individueller Geschlechtsidentität besteht?

2. Sind dafür hormonelle und /oder chirurgische Behandlungsmaßnahmen erforderlich, wie sind diese technisch machbar, wann sind sie optimalerweise durchzuführen, wie werden sie vom Kind toleriert und wie wirken sie sich auf die spätere psychosexuelle Erlebnisfähigkeit und auf die Fertilität aus?

Fallbeispiel

Aus der Kieler Praxis ist der Fall eines 34jährigen Patienten bekannt, der als jüngstes von drei Kindern (zwei ältere Brüder) geboren wurde. Bei der Geburt wurde er dem Genitalbefund entsprechend als weiblich zugeordnet und auch so erzogen, wie nicht nur Kindheitsphotos, sondern auch Berichte der begleitenden Mutter und der überweisenden Ärztin, die mit ihm die Schulzeit verbracht hatte, dokumentierten. Diese Erziehung als Mädchen wurde auch nicht dadurch tangiert, dass im Alter von sechs Jahren die Operation einer Leistenhernie zur Entfernung einer „Keimdrüse“ (ohne nähere Erläuterungen durch die Ärzte; OP-Berichte sind nicht mehr vorhanden) führte. Im Alter von 15 Jahren erfolgte wegen Ausbleiben der Menses die gynäkologische Vorstellung. Der Frauenarzt teilte Mutter und Tochter (ebenfalls ohne weitere Erklärungen) mit, dass das Mädchen „keine Regel und keine Kinder bekommen könne“. Die recht einfach strukturierte Mutter (die im Übrigen meinte, sich „nichts vorwerfen zu müssen“, da sie das Mädchen immer wie ein Mädchen behandelt hätte) gibt an, dass ihr die Tochter daraufhin sehr leid getan habe und diese sehr bedrückt gewirkt hätte. Der Patient selbst erinnert, dass ihn diese Mitteilung sehr erleichtert habe: „Wenigstens das blieb mir erspart!“

In der Kindheit hätten weder er noch andere sich Gedanken über seine Geschlechtszugehörigkeit gemacht. Zwar habe er ein eher jungentypisches „Tomboy-Verhalten“ gezeigt und nur zu

besonderen Anlässen Mädchenkleidung getragen, dies sei aber allseits als unproblematisch betrachtet und nie weiter thematisiert worden, wie Mutter und Ärztin bestätigten. Der Patient konnte schon im Grundschulalter in Schulhofstreitereien seinen beiden älteren Brüdern (auch körperlich) beistehen. Für das Alter des Pubertätsbeginns (ca. 13. Lbj.) gibt der Patient allerdings eine stärkere Beschäftigung mit dem Thema „Geschlechtszugehörigkeit“ an: Ihm sei zum einen aufgefallen, dass ihn die Interessen der gleichaltrigen Mädchen an Mode, Tanz, Verabredungen mit Jungen usw. merkwürdig kalt ließen („Ich wusste damit gar nichts anzufangen“), und zum zweiten, dass Mädchen der Gegenwart seiner nun einsetzenden erotischen Phantasien waren. Besonders verwirrte ihn dabei, dass er sich in den Masturbationsphantasien als Junge bzw. Mann erlebte: „Ich wusste, du bist ein Mädchen, aber ich habe mich überhaupt nicht so gefühlt.“ In diesem Alter kam es auch zu einer deutlichen Maskulinisierung der Körpersilhouette, was – ebenso wie das Ausbleiben des Brustwachstums und der Menarche – dem Gefühl des Patienten, „nicht zu den Mädchen zu gehören“, entsprach. Gleichwohl wurde dieser Konflikt zwischen Erziehungsgeschlecht und unsicherer Geschlechtsidentität von ihm nie offen thematisiert („Ich wusste nicht, wo ich hingehöre, ich fühlte mich als ‚Es‘“). Die Wahl eines eher männertypischen Berufs war an sich noch nichts Ungewöhnliches, eher schon, dass der Fahrlehrer den Patienten für einen Mann hielt und auch so ansprach (wobei er die – weibliche – Vornamenswahl für eine ausgefallene Variante hielt). Dem Patienten kam diese Ansprache als Mann sehr gelegen, ebenso wie eine derartige (männliche) Geschlechtseinordnung durch ihm fremde Personen. Er selbst benutzte allerdings nie einen männlichen Namen und zog sich sozial immer stärker zurück: „Ich gehörte nirgendwo dazu, ich fühlte mich wie ein Außenseiter“. Auch vermied er Auslandsreisen („Ich wollte nicht mit dem Namen im Pass verreisen“). Nachdem er – Mitte Zwanzig – durch die Medien vom Phänomen des Transsexualismus gehört hatte, begann er, Geld für eine „Geschlechtsumwandlung“ zu sparen, da er sich für transsexuell hielt.

Die erste Vorstellung mit diesem Ersuchen im Alter von 34 Jahren führte bei der körperlichen Untersuchung zu folgendem **Befund**: 34jähriger Pat. von athleticem, muskulösem Körperbau mit andromorphen Körperproportionen (Gew. 93,5 kg, Länge 172,5 cm, Breitenmaße Schulter 37,6 cm, Becken 28,5 cm; Taille 30,5 cm; Radioulnarbreite 5,8 cm; Unterarmlänge 26,5 cm). Wenig, diffuses und rasiertes Barthaar, spärliche Körperbehaarung. Mäßige (höchstens mandarinengroße) Gynäkomastie. Genitalstatus (s. Abb. 3a und 3b im Farbtafelteil Seite 49): Nach oben waagrecht begrenztes Schamhaar. Ca. 4 cm großer Penis mit freiliegender Glans, aber ohne Meatus urethrae, der im Ruhezustand von zwei Pseudolabien (i.e. Scrotum bifidum) verdeckt wird, in deren linker sich ein ca. pflaumenkerngroßes Gebilde (i.e. atropher Hoden) befindet; die rechte Pseudolabie ist palpatorisch leer. Die Urethra mündet ca. 1,5 cm dorsal vom Fußpunkt in einer am ehesten als Frenulum präputii anzusprechenden Hautfalte in einer schlitzförmigen, max. 4 mm großen

Öffnung (i.e. perineoskrotale Hypospadie). Es besteht leichte Harninkontinenz. Sonographie/MRT: hypoplastische Prostata, symmetrisch angelegte, hypoplastische Samenblasen, intern gelegene rudimentäre Corpora cavernosa. Bei der Masturbation entleerte sich Ejakulat, das allerdings keine Spermien enthielt.

Endokrinologie (Endokrinologisches Forschungslabor der Kinderklinik Kiel, Ltr. Prof. Dr. W.G. Sippell, sowie Endokrinologisches Labor der I. Medizinischen Klinik, Ltr. Prof. Dr. H. Mönig, Universitätsklinikum SH, Campus Kiel): **Basal:** T 2,5 ng/ml (↓); freies T 7,3 pg/ml (↓); A4 1,8 ng/ml; DHEAS 302 µg/dl; SHBG 32 nmol/l; PROG 0,8 ng/ml; E2 21,4 pg/ml; PROL 9,5 ng/ml; ALDO 221 ng/ml; Renin 4,2 ng/ml/Std.; FSH 42,5 mU/ml (↑↑); LH 18,1 mU/ml (↑); T3 0,9 ng/ml; T4 65 ng/ml; fT4 1,5 ng/dl; TSH 0,3 µU/ml (u. 50 µg L-Thyroxin).

Funktionstests: *GnRH-Test:* FSH (mU/ml) 42,5 / 58,5 / 63,7 / 65,6 / 62,4; LH (mU/ml) 18,1 / 79,4 / 77,2 / 70,9 / 65,4

ACTH-Test: Cortisol (µg/dl) 18,9 → 37,7 (↓); A4 (ng/ml) 1,8 → 3,1 (↑); DHEAS (µg/dl) 302 → 336;

Leydigzell-Stimulation (5000 IE hCG) (über 5 Tage): T (ng/dl) 215 / 333 / – / 449 / 391; DHT (ng/dl) 26 / 27 / – / 40 / 32; T/DHT-Quotient: 8,3 / 12,3 / – / 11,3 / 12,2.

Karyogramm: 46,XY (männl.), **Molekulargenetik** (Prof. Dr. O. Hiort, Universitätskinderklinik Lübeck): Androgenrezeptor-Gen: Exon 1 +; Exogen 2-8 +; 5α-Reduktase-Gen: +

Einordnung: Da der Patient nach ärztlicher Feststellung und standesamtlich Korrektur seiner männlichen Geschlechtszugehörigkeit (Änderung des Personenstandes gem. § 47 Personenstandsgesetz) keine weitere Diagnostik wünschte, konnte diese letztlich nicht abgeschlossen werden. Die klinischen Befunde legen den Verdacht auf einen 17βHSD3- oder einen 5ARD2 - Mangel nahe. Allerdings sprechen dagegen sowohl der normale Anstieg von T und der normale T/DHT-Quotient nach hCG-Stimulation sowie der molekulargenetische Befund. Während aufgrund der – letztlich unbekannt gebliebenen – Störung in der Androgensynthese die pränatale männliche Differenzierung des äußeren Genitals (bei unbeeinträchtigten inneren Strukturen) ausgeblieben war, war die maskulinisierende Wirkung des Testosterons auf die Hirndifferenzierung offenbar unbeeinträchtigt. Zum Zeitpunkt der Pubertät kam es unter dem Einfluss des (testikulär gebildeten ?) Testosterons zur Maskulinisierung nicht nur des gesamten Körperbaus, sondern auch des Genitales, d.h. der als Klitoris fehlgedeutete Mikropenis vergrößerte sich. Die Androgenrezeptoren waren – wie auch der molekulargenetische Befund nahelegt – erkennbar unbeeinträchtigt. Wir haben erfahren, dass sich der Patient in einer auswärtigen Klinik einer maskulinisierenden (Aufrichtungs-)Operation unterzogen hat, bei der die Crura des Mikropenis soweit mobilisiert worden sein sollen, dass ein penetrationsfähiger Penis entstanden ist. Über das weitere Schicksal des Patienten, insbesondere darüber, ob ihm (wie von uns dringend angeraten) weitere psychotherapeutische Hilfe zuteil geworden ist – immerhin lebte er aufgrund fehlerhafter Zuordnung und ethisch fragwürdiger ärztlicher Verschweigens-Haltung 34 Jahre „im falschen Geschlecht“ – ist uns leider nichts bekannt.

Historische Aspekte

In Abhängigkeit vom kulturellen und medizintechnischen Entwicklungsstand kam es zu verschiedenen Zeiten und in verschiedenen Kulturen zu sehr verschiedenen Regelungen für den Umgang mit dem Phänomen der intersexuellen Genitalkonfiguration und der Geschlechtszuweisung.

Im antiken **Griechenland** gab es zwar eine ästhetische Verklärung des Hermaphroditen als eines beide Geschlechter in sich vereinigenden Fabelwesens. Bei Geburt tatsächlicher Hermaphroditen wurden diese jedoch als Monstra und böses Omen gedeutet und getötet (s. i. Überbl. Wacke 1989). So verfuhr zunächst auch das **Römische Recht**. An die Stelle dieser Regelung trat unter Justinian im *Corpus Iuris Civilis* (529 n.Chr.) ein Entscheidungsprozess, in dem die überwiegenden Geschlechtsmerkmale den Ausschlag für eine – in jedem Falle für erforderlich gehaltene (*tertium non datur*) – Geschlechtszuordnung gaben. Eine solche Entscheidung stützte sich auch auf In-Augenscheinnahme durch Nachbarn oder andere Familienfremde, und fiel öfter „*in dubio pro masculo*“ aus, da sie praktische Konsequenzen hatte: Frauen und Kastraten waren vom Erbschafts- und Zeugnisrecht ausgeschlossen.

Diese Regelung wurde auch in das sich über Jahrhunderte entwickelnde deutsche Rechtssystem aufgenommen. So hieß es im **Bayerischen Codex Maximilianus Civilis** von 1756: „*Hermaphroditen werden dem Geschlecht beygezehlt, welches nach Rath und Meinung deren Verständigen vordringt; falls sich aber die Gleichheit hierin bezeigt, sollen sie selbst eins erwählen, und von dem Erwählten sub Poena Falsi nicht abweichen.*“ Interessanterweise wiesen Ärzte schon um 1800 darauf hin, ein Zwitter „*gehöre eigentlich zu dem weiblichen Geschlechte, und das männliche sey bey ihm nur scheinbar*“ (zit. n. Wacke 1989: 887) – eine Feststellung, die erstaunlich nahe an unser heutiges Wissen über die Geschlechtsdifferenzierung heranreicht.

Im **Allgemeinen Preußischen Landrecht von 1794** wurde die Regelung des Bayerischen Codex spezifiziert: Zunächst legten die Eltern nach der Geburt und zur Taufe das Geschlecht ihres genital ambivalenten Kindes fest. Dies hatte jedoch die Möglichkeit, sich mit 18 Jahren (d.h. vor der damaligen Mündigkeitsgrenze von 24 Jahren, aber nach Abschluß der Pubertät) tatsächlich selbst zu entscheiden. Auf eine körperliche Untersuchung durch Sachverständige wurde nur dann Wert gelegt, wenn dadurch Rechtsgüter Dritter (etwa in Erbschaftsfragen) berührt wurden.

Das **Sächsische BGB von 1863/65** verlangte in § 46: „Die Verschiedenheit des Geschlechts begründet in der Regel keine Verschiedenheit der bürgerlichen Rechte. Eine Person, deren Geschlecht zweifelhaft ist, wird dem bei ihr vorherrschenden Geschlechte beigezählt.“

Im **BGB von 1900** gibt es keine explizite Regelung für Fälle unklarer Geschlechtszugehörigkeit; in solchen Fällen wird seitdem nach § 47 des **Personenstandgesetzes** verfahren, der eine Berichtigung des eingetragenen Geschlechts im Geburtsregister auf Anordnung des Gerichts vorsieht, wenn spätere Erkenntnisse die Annahme rechtfertigen, dass zum Zeitpunkt der Geburt (!) ein falscher Eintrag vorgenommen wurde.

Bis in die **fünfziger Jahre** war die geschlechtliche Zuordnung (und nachfolgende Erziehung) von Kindern mit intersexuellem Genitale einzig der Zuordnung durch In-Augenscheinnahme, damit aber auch in gewisser Weise dem Zufall überlassen. Operative Korrekturen waren technisch nicht möglich. Es ist nur unzureichend bekannt, wie sich die betroffenen Individuen mit dieser genitalen Ambivalenz arrangierten: Einzelberichte schildern sowohl eine geglückte psychosoziale Adaptation (Dreger 1998 a) als auch ein zumal soziosexuell marginalisiertes „Schattendasein“ (Money 1991).

Letzteres wird besonders deutlich am Schicksal der Herculine Barbin (1838-1868), deren Tagebücher Michel Foucault im Rahmen seiner Arbeiten zur Geschichte der Sexualität entdeckte und editierte (Barbin & Foucault 1998). Sie wurde als Mädchen aufgezogen, unterrichtete in einer französischen Klosterschule, wo es wegen ihres männlichen Auftretens zu Problemen und zur Umwidmung ins männliche Geschlecht kam, womit der Proband letztlich nicht fertig wurde und sich suizidierte. Nach den Autopsiebefunden wird heute bei dieser Person das Vorliegen eines 5ARD2 vermutet (Wilson 1999).

Money und Mitarbeiter untersuchten 1955 erstmals die Langzeitentwicklung von Patienten mit intersexuellem Genitale und kamen zu dem Ergebnis, dass Neugeborene bezüglich ihrer Geschlechtsidentität „neutral“ seien und somit eine nach dem überwiegenden Genitalbefund ausgerichtete Geschlechtszuweisung (bis spätestens zum 18. Lebensmonat) und die darauf fußende Geschlechtersozialisation letztlich die Entwicklung der Geschlechtsidentität als Junge oder Mädchen, Mann oder Frau, bestimme (Money et al. 1955; Money & Ehrhardt 1975). Für die Konsistenz der Erziehung und die geschlechtliche Selbstakzeptanz des Kindes sei deshalb der Befund des äußeren Genitales wesentlich. Aufgrund dieser Befunde wurde ein „**Prozedere der optimalen Geschlechtszu-**

schreibung“ für die Behandlung von Neugeborenen mit ambivalentem/intersexuellem Genitalbefund etabliert (s. Money 1987), das auch in Deutschland zur Anwendung kam (z.B. Sinnecker 1999). Dies Protokoll sieht im wesentlichen vor:

- ◆ Möglichst umfassend und schnell durchgeführt Diagnostik der zugrundeliegenden Störung.
- ◆ Möglichst frühzeitig (spätestens bis zum 18. Lebensmonat) Festlegung der Geschlechtszugehörigkeit, die konsequent durchgehalten werden sollte.
- ◆ Möglichst frühzeitige operative Korrektur des ambivalenten Genitals entsprechend der getroffenen Geschlechts-Zuordnung, um so Kind, Eltern und sozialer Umwelt Eindeutigkeit zu vermitteln und die Geschlechtsidentitätsentwicklung nicht zu gefährden.
- ◆ Frühzeitige operative Entfernung der männlichen Gonaden, sofern sie der gewählten Geschlechtszuschreibung widersprechen, um eine etwaige Maskulinisierung in der Pubertät bei einem als Mädchen aufgezogenen Individuum zu verhindern.
- ◆ Zum Zeitpunkt der üblicherweise einsetzenden Pubertät Applikation derjenigen Sexualhormone, die der gewählten Geschlechtszuschreibung entsprechen.

Dieses Protokoll hat im Laufe der Jahre Modifikationen erfahren (Meyer-Bahlburg 2002) und Money hat in der Folgezeit (z.B. 1988) seine zunächst recht behavioristisch anmutende Position mehrfach revidiert und einer biopsychosozialen Sichtweise angenähert. Tatsächlich wurde aber bei diesem Vorgehen aus Gründen der technischen Machbarkeit tendenziell öfter „*in dubio pro femina*“ entschieden. Das Prozedere der optimalen Geschlechtszuschreibung ist seit ca. 10 Jahren Gegenstand massiver **Kritik** durch einige Patienten geworden, die im Wesentlichen auf folgende Aspekte hinweist:

- ◆ Zum einen ließ das desaströse Schicksal jenes zum Mädchen gemachten Zwillingssknaben, der – ohne um sein Geburtsgeschlecht zu wissen – sein Geschlecht erneut wechselte und dann als Mann lebte, Zweifel an der alles determinierenden Rolle der Erziehung aufkommen. Dieser als „**John/Joan-Case**“ in die Literatur eingegangene Fall ist mehrfach ausführlich dargestellt worden (Diamond 1982; Colapinto 2000, Hausman 2000). Es wird aber oft übersehen, dass es sich bei diesem tragischen Verlauf **nicht um ein Intersex-Syndrom**, sondern um die genitale Verstümmelung eines somatosexuell bis dato normal entwickelten

Jungen handelte, bei dem also prä-/perinatale Sexualhormonimbilanzen nicht vorgelegen haben dürften! Auch bleibt die unklare Datenlage in anderen Fällen von Penisamputation und nachfolgender Aufzucht als Mädchen oft unberücksichtigt (i. Überbl. Bosinski 2000a).

- ◆ Zum zweiten kamen Zweifel an der Richtigkeit dieses Protokolls auf durch die – nicht zuletzt dank der Eigeninitiative der Betroffenen (s. z.B. www.ISNA.org) – bekannt gewordenen Fälle von intersexuellen Patienten, bei denen die postpuberale Entwicklung dem Aufzuchtgeschlecht widersprach, die also in der Pubertät eine Geschlechtsdysphorie mit Wunsch nach Geschlechtswechsel äußerten (s. Dreger 1998 b; Chase 1999a; Reiner 1997a,b, 1999). Diese Patienten warfen ihren Behandlern vor, in der frühen Kindheit und somit ohne ihr Einverständnis grundlegende Entscheidungen getroffen und weitreichende und irreversible operative Eingriffe durchgeführt zu haben.
- ◆ Schließlich beklagten früh und mehrfach genitalkorrigierenden Eingriffen unterzogene Patienten mit Intersex-Syndrom (unabhängig von ihrer Geschlechtsidentität), dass sie – zumal bei klitorisreduzierenden Eingriffen – ganz erhebliche und nachhaltige Beeinträchtigungen ihrer psychosexuellen Erlebnisfähigkeit erlitten hätten. Diamond und Sigmundson (1997; s.a. Kipnis & Diamond 1998; Beh & Diamond, 2000) legten deshalb ein neues Konzept für den Umgang mit Kindern mit intersexuellem Genitalbefund vor. Sie empfahlen u.a. einen Verzicht auf genitalkorrigierende Operationen und auf Hormonmedikationen in der Kindheit (außer bei vitaler Indikation) und eine stärkere Berücksichtigung pränataler Hormoneinflüsse, insbesondere der Androgenspiegel, bei der – auch von diesen Autoren klar geforderten – Geschlechtszuweisung: Unter anderem empfahlen sie die Aufzucht von genotypischen Mädchen mit einem extrem virilisierenden AGS (PRADER IV/V) als Junge. Funktionell-kosmetische Aspekte etwaiger OP-Möglichkeiten sollten in den Hintergrund treten, keinesfalls dürfe die Penis- oder Klitorisgröße allein Grundlage für Aufzucht oder OP-Indikation sein. Feminisierende oder maskulinisierende Behandlungen sollten erst dann durchgeführt werden, wenn das Kind ein Alter erreicht hat, in dem es bewusst die verschiedenen Optionen abwägen und mitentscheiden kann (zumeist in der Pubertät bzw. ab 14 Jahren). Deshalb solle zunächst auch soweit wie möglich auf eine Gonadenentfernung verzichtet werden, wenn deren Kontrolle auf etwaige Entartung (bei

AIS geringer als bei GD; s. Verp & Simpson 1987; Ramani et al. 1993; Ahmed et al. 2000) möglich ist. Aufgrund dieser Diskussionen kam es nicht nur bei Patienten, sondern auch bei Behandlern (zumal bei Operateuren) zu teilweise erheblichen Verunsicherungen. Dies führte gelegentlich sogar zu Operationsmoratorien (die in Kolumbien inzwischen sogar höchstrichterlich festgeschrieben wurden, s. www.ISNA.org). Mehrere Autoren (z.B. Zucker 1996; Schober 1999; Meyer-Bahlburg 2002) haben darauf hingewiesen, dass die teilweise unsichere und unübersichtliche Befundlage eine derartige Pauschalforderung keinesfalls rechtfertigt (s.a. Bosinski 2001).

Aktuelle Befunde

Das hauptsächliche Problem bei der Wahl eines adäquaten Vorgehens besteht darin, dass **Nachuntersuchungen** von im Kindesalter nach verschiedenen Protokollen behandelten Patienten mit Intersex-Syndromen im Erwachsenenalter nach wie vor spärlich sind. Das Thema Intersex-Syndrome und ihre – auch psychosozial – adäquate Behandlung ist deshalb inzwischen Gegenstand einer Vielzahl von Übersichtsarbeiten, Textbüchern und Workshops geworden (British Association of Pediatric Surgeons ([BAPS] 2001; Zderic et al. 2002; Diamond & Yates, 2004; Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society (LWPES) & European Society for Pediatric Endocrinology (ESPE)-Meeting 2002; Meyer-Bahlburg & Blizzard 2004; Creighton et al. 2004; European Society of Pediatric Urology-Meeting 2004).

Sexualmedizinisch relevante Angaben liegen (in verschiedener Quantität und Qualität) zu folgenden Störungsbildern vor:

Adrenogenitales Syndrom (AGS)

Zu dieser Patientengruppe liegen – wohl in Anbetracht der relativen Häufigkeit des Syndroms – die meisten Studien, insbesondere zum **Rollenverhalten**, vor: Seit den siebziger Jahren (in jüngster Zeit: Hines 2003; Berenbaum & Bailey 2003; Berenbaum et al. 2000; Meyer-Bahlburg et al. 2004) haben viele Studien überzeugend demonstriert, dass die betroffenen Mädchen (bei ansonsten psychischer Unauffälligkeit: Berenbaum et al. 2004) in Kindheit und Jugend deutlich erhöhte Raten geschlechtsatypischen („Tomboy-“) Verhaltens zeigen. Dies scheint vom Maß der pränatalen Virilisie-

rung abzuhängen, die wiederum vom Ausmaß des Gendefekts bestimmt wird (Hall et al. 2004, Nordenström et al. 2002, s. aber Berenbaum & Bailey 2003, die diesen Zusammenhang nicht fanden). Aus mehreren Studien (i. Überbl. Zucker et al. 1996; Meyer-Bahlburg 2001) ist darüber hinaus bekannt, dass die Häufigkeit einer bi- oder homosexuellen Orientierung in Phantasie und/oder Verhalten bei Frauen mit AGS größer als bei nicht betroffenen Frauen ist, wofür ursächlich sowohl die prä-/perinatale Hyperandrogenisierung als auch die Beeinträchtigungen der psychosexuellen Erlebnisfähigkeit aufgrund der Genitalvirilisierung und der konsekutiven Genitaloperationen diskutiert werden.

Für die Entscheidung zur Geschlechtszuweisung sind insbesondere jene Studien wichtig, die belegen, dass **Rollenverhalten nicht gleich Geschlechtsidentität** ist: Die ganz überwiegende Mehrzahl der betroffenen weiblichen Patienten wird (auch bei gravierender Virilisierung, i.e. PRADER IV-V) als Mädchen erzogen und zeigt sich in entsprechenden Nachuntersuchungen damit zufrieden. Zwar sind Unsicherheiten in der eigenen Geschlechtseinordnung und Geschlechtsdysphorien häufiger als bei gesunden Mädchen (Berenbaum & Bailey 2003; Wisniewski et al. 2004). Selbstinitiierte, erziehungskonträre Geschlechtswechsel (in die Jungenrolle) sind aber bei als Mädchen erzogenen AGS-Patienten trotz ausgeprägtem Tomboy-Verhaltens selten. Es kann zwar vermutet werden, dass derartige Geschlechtswechsel häufiger als in der Normalbevölkerung sind, genauere Angaben zur Häufigkeit fehlen allerdings, da bislang keine repräsentativen Längsschnittstudien vorliegen.

Diese Wechsel werden durch die (biopsychosoziale) **Interaktion mehrerer Faktoren** beeinflusst (Zucker et al. 1996; Meyer-Bahlburg et al. 1996; Berenbaum 2003): Sie scheinen um so häufiger zu sein, je später die richtige Diagnose gestellt wurde, evtl. sogar zunächst eine männliche Geschlechtszuschreibung erfolgte – was wiederum mit anhaltend überhöhten Androgenwerten einhergeht –, je später und kosmetisch sowie funktionell schlechter eine feminisierende Operation durchgeführt wurde und je schlechter die Behandlungcompliance ist (die wiederum mit der sozialen Schichtzugehörigkeit in Beziehung zu stehen scheint). Geschlechtswechsel sind somit aber nicht unilinear vom Ausmaß der pränatalen Androgenisierung abhängig.

Bereits 1976 hatten Money und Daléry über den Verlauf der Entwicklung von sieben Personen mit erheblich virilisierendem AGS berichtet, von denen vier als Mädchen (mit Feminisierungsoperation) und drei als Jungen aufgezogen worden: Beide Gruppen waren

mit dem ihnen zugewiesenen Geschlecht zufrieden, hatten also eine dementsprechende Geschlechtsidentität. Andererseits ergeben Berichte über zunächst irrtümlich als Jungen zugeordnete Mädchen mit extrem virilisierendem AGS (PRADER IV-V) folgendes Bild: Hochberg und Mitarbeiter (1987) berichteten über vier als Mädchen und drei als Jungen aufgezogene genotypisch weibliche AGS-Patienten im Alter von 16 bis 26 Jahren. Während die als Mädchen Aufgezogenen bei ungestörter weiblicher Geschlechtsidentität in der Kindheit zwar Tomboy-Verhalten und zum Untersuchungszeitraum ein „teilweise gestörtes Körperbild“ aufwiesen, hätten die als Jungen aufgezogenen durch die zu geringe Penisgröße keinerlei Sexualkontakte und zeigten schwer gestörte Persönlichkeitszüge, so dass diese Autoren auch bei gravierender Virilisierung die Aufzucht als Mädchen empfahlen. Slijper und Mitarbeiter (1998) berichteten aus den Niederlanden über acht von 18 AGS Mädchen, bei denen ursprünglich ein männliches Geschlecht festgelegt wurde, das jedoch bei Bekanntwerden der AGS-Diagnose und des Karyogramms (vor allem wegen der größeren Fertilitätschancen) innerhalb des erstens Lebenshalbjahres in das weibliche Geschlecht geändert wurde. Die Eltern, zumal die Väter, hätten damit teilweise große Probleme gehabt, es wurde ihnen psychologische Beratung zuteil. Über die weitere Entwicklung dieser Kinder werden allerdings (noch) keine Angaben gemacht. Woelfle und Mitarbeiter (2002) untersuchten in Deutschland 16 solcher Fälle (im Alter von acht bis 46 Jahren), von denen sechs im ersten Lebensmonat richtig diagnostiziert und dann als Mädchen umgewidmet wurden, die sich dann (nach Eindruck des jeweils behandelnden Arztes) auch als Mädchen fühlten. Bei dreien wurde zwischen dem siebten und dem neunten Lebensjahr die Geschlechtszuweisung von männlich zu weiblich geändert. In einem dieser Fälle sei dies sowohl durch den Patienten als auch durch seine soziale Umwelt, beim zweiten nur durch den Patienten, nicht aber die Umwelt, im dritten Fall (bei dem nun ein erneuter Wechsel zum männlichen Geschlecht erwogen würde) weder durch den Patienten noch durch die Umwelt gut akzeptiert worden sein. In den restlichen sieben Fällen wurde (bei richtiger Diagnosestellung bzw. Karyogramm zwischen dem dritten und dem siebten Lebensjahr) die ursprünglich getroffene männliche Geschlechtszuweisung beibehalten. Nur einer dieser Patienten habe jetzt (nicht näher beschriebene) Geschlechtsidentitätskonflikte, alle anderen fühlen sich als Jungen/Männer. Sripathi und Mitarbeiter (1997) berichteten über sechs AGS-Patienten (von insgesamt 51) in Saudi-Arabien, bei denen bei weiblichem Genotyp die Aufzucht als Jungen gewählt wur-

de. Die Patienten (im Alter von drei bis 16,5 Jahren) würden sich problemlos als Junge fühlen. Ozbey und Mitarbeiter (2004) sahen in der Türkei zwischen 1983 und 2002 insgesamt 70 genotypische Mädchen mit AGS, von denen (wegen des Maßes der Virilisierung, dem Vorstellungsalter und/oder der Präferenz der Herkunftsfamilie) 21 zunächst als Jungen zugeordnet wurden. Bei neun von ihnen wurde diese Zuordnung noch im ersten Lebensjahr rückgängig gemacht, die restlichen 12 wurden weiter als Jungen aufgezogen und entsprechend operativ versorgt. Beide Studien, ebenso wie der Bericht von Kuhnle und Krahl (2002) aus Malaysia, Gupta und Menon (1997) aus Indien und Dessouky und Mitarbeitern (2003) aus Ägypten sowie ein Fallbericht von Dasgupta und Mitarbeitern (2003) aus Pakistan legen die Annahme nahe, dass das Beibehalten einer zunächst irrtümlichen männlichen Geschlechtszuweisung oder ein Wechsel von (spät behandelten/diagnostizierten) Mädchen mit AGS zum männlichen Geschlecht in Kulturen mit einem höheren Sozialprestige des Mannes häufiger vorzukommen scheint.

Dass jedoch auch eine langjährige und offenbar ungebremste Androgenisierung mit entsprechender somatischer Virilisierung (Bartwuchs, Körperbehaarung, fehlende Vaginalöffnung und penisähnlich vergrößerte Klitoris bei fehlender Brustentwicklung) eine weiblichen Geschlechtsidentität nicht entgegensteht, illustriert der anedoktische Bericht von Mouriquand (2004) über eine bis zum 29. Lebensjahr unbehandelte Afrikanerin mit AGS, die in ihrer Gemeinschaft auf starke Ablehnung stieß und bei ihm um eine feminisierende Behandlung nachsuchte, da sie sich als Frau fühlte und auch so aussehen wollte. Dessouky (2003) teilt aus Ägypten (ohne differenzierte Angaben) mit, dass von 314 Intersex-Patienten 76 ein AGS hatte, 12 Patienten seien zunächst als Junge aufgezogen worden und wechselten dann ins weibliche Geschlecht. Weitere Angaben zum Verlauf liegen leider nicht vor.

Feminisierende Operationen beziehen sich (a) auf Veränderungen der Klitorisgröße und oft auch (b) auf die Erweiterung des Introitus vaginae (bei Labienfusion oder erheblicher Einengung des Introitus (PRADER III/IV-V)).

(a) In der Vergangenheit reichten die **Klitoriskorrekturen** bis zur Klitorisresektion, inzwischen ist man zur nervschonenden Klitorisreduktionsplastik übergegangen. In neueren Statements wird darauf hingewiesen, dass die aktuelle Kritik am chirurgischen Vorgehen sich an längst überholten Verfahren orientiert (Nihoul-Fékété 2003; LWPES/ESPE 2002). Gleichwohl sind die Ergebnisse nach wie vor unbefriedigend (s.u.).

(b) Umfang und Timing der **vaginoplastischen Eingriffe** wird sowohl unter Patienten als auch unter Fachleuten kontrovers diskutiert. Patienten berichten, dass sie die oft nach frühen Eingriffen geforderten Bougierungen (um eine Schrumpfung zu verhindern) als schmerzhaft, entwürdigend und unnötig empfunden hätten, dass Nachoperationen nötig wurden, die Harnkontinenz wie auch die Miktion (Strahldeviation) beeinträchtigt ist. Eine Verschiebung der Vaginoplastik wird vor allem von denjenigen (erwachsenen) Patientinnen gefordert, die keinen penovaginalen Geschlechtsverkehr anstreben. Tatsächlich wird – problemlosen Abfluss des Menstrualblutes vorausgesetzt – eine Vaginoplastik eigentlich nur für die Penetration benötigt, könnte also in die Adoleszenz verschoben werden.

Darüber hinaus kritisieren Patienten die mangelhafte Aufklärung, die ungenügende psychosoziale Begleitung oder die häufig unnötigen Untersuchungen (z.B. zu Demonstrationszwecken).

Innerhalb der medizinischen Community ist die Haltung zum **Zeitpunkt** und **Umfang** feminisierender Operationen bei AGS-Mädchen nach wie vor geteilt. Zwar betonen die verschiedenen Arbeitsgruppen übereinstimmend die Notwendigkeit der weitestgehenden Information und Beteiligung der Eltern am Entscheidungsprozess, einer Berücksichtigung der psychosexuellen Erlebnisfähigkeit im Erwachsenenalter und deshalb einer vorsichtigen Indikationsstellung (d.h. Verzicht auf Klitorisreduktion bei geringer Virilisierung, absoluter Verzicht auf Klitorisamputation) und einer nervschonenden Operationstechnik, die spezialisierten Zentren vorbehalten bleiben sollte. Im Detail ergeben sich dann aber Unterschiede: Die gemeinsame Kommission der ESPE und der LWPES hat in ihrem Konsensus-Papier zur Behandlung des AGS (2002) drei Ziele der chirurgischen Versorgung benannt: (1) Das Aussehen des Genitals sollte mit dem zugewiesenen Geschlecht übereinstimmen, (2) die Miktion sollte nicht durch Harwegsobstruktionen, Inkontinenz oder Infektionsrisiken belastet sein, (3) im Erwachsenenalter sollte die sexuelle und reproduktive Funktion möglichst unbeeinträchtigt („good“) sein. Bezüglich Indikation und Umfang für einen feminisierenden Eingriff bleibt die Stellungnahme etwas kryptisch: Als Indikation zur OP wird – bei weiblicher Geschlechtszuweisung, die in jedem Fall empfohlen wird – die hohe proximale Fusion von Vagina und Urethra benannt (mutmaßlich ist damit PRADER IV/V gemeint). Die Operation sollte bereits in der Zeit vom zweiten bis sechsten Lebensmonat durchgeführt werden, da sie dann technisch einfacher wäre. Es bleibt aber unklar, ob damit eine *einzeitige* OP (Klitorisreduktion und Va-

ginoplastik) gemeint ist. Die BAPS (2001) weist hingegen darauf hin, dass eine Vaginoplastik nur bei Behinderung des Harnflusses schon in der Kindheit erforderlich ist und ansonsten bis zur Pubertät abgewartet werden kann.

Für ein einzeitiges Vorgehen plädieren z.B. Nihoul-Fékété (2003) und Westenfelder (2004) unter Hinweis auf die im Kindesalter besseren operativen Voraussetzungen sowie auf die – empirisch keinesfalls belegte – Annahme, Kinder würden derart frühe Eingriffe „vergessen“. Auch wird darauf hingewiesen, dass die Akzeptanz eines Mädchens mit einem entsprechend PRADER-IV/V-Stadium virilisierten äußeren Genitale (also mit Pseudopenis und Pseudoskrotum aus den fusionierten Labien) sowohl durch Eltern und kindliche Umwelt, aber auch durch das Kind selbst erheblich erschwert sein dürfte.

Die Kritiker einer frühen und einzeitigen Vaginoplastik monieren – zu Recht – das Fehlen empirischer Studien, die die Bedeutung der kindlichen Genitalwahrnehmung für die Ausbildung der Geschlechtsidentität belegen. Sie fordern spätere (peripubertale) Operationen, die von der dann einsetzenden Östrogenproduktion profitieren würden, was eine Verminderung von Vaginalstenosen bewirken und die Berücksichtigung der Wünsche der Patient ermöglichen würde (Alizai et al. 1999; Krege et al. 2000; Creighton & Minto 2001; Crouch et al. 2004; Schober 2004; Thomas 2004). Graziano und Mitarbeiter (2002) berichten aus ihrer langjährigen Praxis, dass sie die Vaginoplastik bei AGS-Mädchen regelhaft einzeitig und im ersten Lebenshalbjahr durchführen, weisen aber zugleich darauf hin, dass die puberalen Vaginoplastiken bei (erst in diesem Alter diagnostizierten) cAIS-Patienten (s.u.) ein deutlich geringeres Stenoserisiko aufweisen.

In der Vergangenheit wurden vor allem „kosmetisch gute Ergebnisse“ angestrebt, d.h. die Herstellung einer Genitalkonfiguration, die in ihrem Aussehen dem Aufzuchtgeschlecht entsprach, funktionelle bzw. erlebnisrelevante Aspekte blieben weitgehend ausgeblendet (s. etwa Al-Bassam & Gado, 2004; Eroglu et al., 2004). Lee und Witchel (2002) berichten, dass Chirurgen zunehmend zurückhaltender operieren würden und führen dies auf die gelasseneren und flexiblere Haltung der Eltern in dieser Frage zurück. Ob dies ein tatsächlicher Trend ist, bleibt abzuwarten (s. Schober 2004).

Die bislang üblichen, teilweise massiven und zu meist auch wiederholten Eingriffe blieben nicht ohne Auswirkungen auf die **psychosexuelle Erlebnisfähigkeit**: Alle Untersuchungen hierzu berichten durchgehend über eine verspätete Aufnahme soziosexueller Beziehungen, geringere sexuelle Aktivität und gerin-

gere sexuelle Erlebnisfähigkeit bei AGS-Patientinnen, wobei dies vor allem mit dem Umfang und dem funktionellen sowie kosmetischen Ergebnis der (Vielzahl) genitalkorrigierender Eingriffe, aber auch mit dem Vorhandensein eines Salzverlustsyndroms (i.e. der schwereren Störungsform) zusammenzuhängen scheint.

Mulaikal und Mitarbeiter (1987) untersuchten 80 Patientinnen mit AGS im Erwachsenenalter. 69 % waren Single, 37,5 % hatten keine GV-Erfahrung, 35 % hatten eine Introitusstenose. Beinahe identische Zahlen fand Treppoz (1993, zit. bei Forest et al. 2004) bei 25 französischen Patientinnen. Dittmann und Mitarbeiter (1992) verglichen das Sexualverhalten von 34 AGS-Patientinnen mit dem ihrer gesunden Schwestern und fanden, dass Letzgenannte wesentlich häufiger sexuell aktiv waren als ihre von AGS betroffenen Schwestern, welche darüber hinaus weitaus häufiger (in 1/3 der Fälle) über Orgasmusprobleme berichteten. May und Mitarbeiter (1996) fanden bei 19 AGS-Frauen im Vergleich zu Diabetikerinnen gravierende sexuelle Funktionsstörungen: Nur 58 % von ihnen (verglichen mit 88% bei den Diabetikerinnen) erreichten einen Orgasmus, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr traten deutlich häufiger auf. Creighton und Mitarbeiter (2001) berichten über eine Nachuntersuchung zum Ergebnis genitalkorrigierender Eingriffe bei 44 weiblichen Jugendlichen (Durchschnittsalter 15 Jahre) mit intersexuellem Genitale (darunter 21 mit AGS), bei denen in 38 Fällen noch im ersten Lebensjahr eine Klitorisreduktionsplastik bis hin zur völligen Klitorisexzision (in zwei Fällen) sowie in 39 Fällen ein gleichzeitiger vaginoplastischer Eingriff durchgeführt worden war. Die kosmetischen und anatomischen Ergebnisse sei in 41 % dürftig („poor“) gewesen, 43 der insgesamt 44 Frauen benötigten weitere operative Eingriffe (aus kosmetischen Gründen, um Geschlechtsverkehr durchführen oder einen Tampon einführen zu können). Immerhin 14 Patientinnen hatten bis zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits zwei oder mehr vaginoplastische Eingriffe, 11 bereits mehrere Klitorisreduktionsoperationen hinter sich. Von der gleichen Arbeitsgruppe stammen zwei weitere Untersuchungen zum Thema: Minto und Mitarbeiter (2003) befragten 39 Frauen im Alter von 18 bis 70 Jahren (darunter 22 mit AGS mit einem Altersmedian von 30 Jahren), bei denen bei der Geburt ein intersexuelles Genitale festgestellt wurde. Achtundzwanzig der Respondentinnen (darunter 18 mit AGS) wurden (zumeist vor dem 5. Lebensjahr) einer Klitorisoperation (verschiedenen Ausmaßes) unterworfen, die in 64 % der Fälle mit einer Vaginoplastik kombiniert war. Zehn der 28 klitorisoperierten Frauen (aber nur eine der elf nicht operierten) waren niemals sexuell aktiv gewesen, von den verbleibenden 18 gaben alle für ihr sexuelles Erleben gravierende Probleme an, was jedoch auch für alle nicht-operierten Frauen zutraf. Sieben (= 39 %) der operierten Frauen (und keine der nicht-operierten) erreichten niemals einen Orgasmus. Alizai und Mitarbeiter (1999) fanden bei 13 AGS-Mädchen in der Pubertät, die in der Kindheit einer einzeitigen Operation unterzogen worden waren, dass alle wegen

Schrumpfung, Stenosen oder Narbenbildung einer vaginoplastischen Korrektur bedurften und dass die Ergebnisse der Klitorisplastik in sechs Fällen aufgrund von Atrophien inakzeptabel waren.

Nachoperationen wegen Vaginalstenosen beschrieben auch Bailez und Mitarbeiter (1992) bei 22 von 28 AGS-Frauen mit Salzverlustsyndrom (Durchschnittsalter 16,3 Jahre), die bis zum Alter von fünf Jahren erstmals einem vaginoplastischen Eingriff unterzogen worden waren. Krege und Mitarbeiter (2000) untersuchten 27 AGS Patientinnen, bei denen in der Kindheit in drei Fällen eine Klitorisamputation, in 24 Fällen eine Klitorisplastik und in 20 Fällen eine gleichzeitige Vaginoplastik (vor dem dritten Lebensjahr) durchgeführt worden war, von denen neun durch postoperative Vaginalstenosen belastet waren. Trotz (oder wegen?) der frühzeitigen Operation klagten 14 (von 16 diesbezüglich befragten) Patientinnen über ihr körperliches Erscheinungsbild. Die von Gearhart und Mitarbeitern (1995) empfohlene EMG-Messung des N. pudendus während der Klitorisresektion, um so nervschonend operieren zu können, hat sich als unzureichend für den Erhalt der Sensibilität erwiesen (s.BAPS, 2001, Appendix). Crouch und Mitarbeiter (2004) untersuchten die elektrophysiologische Klitorisensibilität von sechs Frauen mit AGS, die in der Kindheit einer Klitorisoperation unterzogen waren (zur Vaginoplastik findet sich keine Angabe, lediglich der Hinweis, dass bei keiner der Frauen die vaginale Einführung einer Untersuchungs-sonde von Tampongröße möglich war). Die Sensibilität der Klitoris erwies sich bei allen Frauen als erheblich gestört. Vier Frauen gaben an, Probleme mit dem Orgasmus zu haben und Geschlechtsverkehr tendenziell zu vermeiden, aber nur zwei berichteten, dass sie mit ihrem Sexualleben unzufrieden seien.

Wisniewski und Mitarbeiter (2004) berichteten über 41 AGS-Patientinnen (davon 22 mit Salzverlustsyndrom) im Alter von 21 bis 71 Jahren, von denen 37 im Alter von 0,1 bis 14 Jahren (genauere Daten werden nicht mitgeteilt) einer Klitorisoperation (verschiedenen Ausmaßes) und 27 (zum Teil im gleichen, zum Teil im höheren Alter) einer vaginoplastischen Operation unterzogen worden waren. Drei Frauen (alle mit Salzverlustsyndrom) gaben an, noch nie sexuell aktiv gewesen zu sein, 23 (davon 16 mit Salzverlustsyndrom) berichteten über (nicht näher beschriebene) sexuelle Probleme. Acht Frauen (= 20 %) gaben auf entsprechende Frage an, dass sie eine feminisierende Operation erst in der Adoleszenz oder im Erwachsenenalter befürworten würden, 15 (= 37%) hielten die frühe Kindheit für den geeigneten Zeitraum, vier gaben das Vorschulalter an, zehn (24%) machten hierzu keine Angabe.

Vorläufiges Fazit: Da die Virilisierung beim AGS sich auf das äußere Genitale, nicht aber auf Gonaden und Gonodukte bezieht, können Frauen mit AGS – auch jene mit einem operativ korrigierten PRADER-V – prinzipiell Kinder bekommen. Die Fertilitätsrate von Frauen mit AGS ist zwar mit ca. 70% reduziert, was

auf die prä-/perinatale Hyperandrogenisierung des Ovars bzw. der Hypothalamus-Hypophysen-Ovar-Achse mit nachfolgendem PCOS, auf ungenügende Operationsergebnisse und auf die beschriebenen psychosexuellen Beeinträchtigungen zurückgeführt wird (s. Mulaikal et al. 1987, i. Überblick Meyer-Bahlburg 1999). Als Jungen aufgezogene genotypisch weibliche AGS-Patienten werden hingegen mit Sicherheit infertil sein. Gemeinsam mit der Tatsache, dass die überwiegende Mehrheit der als Frauen aufgezogenen AGS-Patiententinnen (auch bei ausgeprägter und so dann operativ korrigierter Genital-Virilisierung) mit ihrem Zuweisungsgeschlecht zufrieden sind (auch wenn sie nachdrückliche Kritik an Timing und Umfang der früher üblichen feminisierenden Eingriffe üben) und dass als Jungen Aufgezogene, genotypisch männliche AGS-Patienten aufgrund des zumeist insuffizienten Penis' ebenfalls mehrfach operiert werden müssen bzw. psychosexuell unzufrieden sind, lässt dies die Forderung nach der „routinemäßigen“ Aufzucht eines genotypischen Mädchens mit AGS ab einem PRADER Stadium von IV oder V als Jungen wenig nachvollziehbar erscheinen.

Klitorisresektionen, aber auch Reduktionsplastiken nur aus kosmetischen Gründen (oder weil etwa die Mutter darauf besteht, dass es bei ihrem Kind „so glatt aussieht“ wie bei ihr selbst aussieht – wörtliches Zitat einer Patientinmutter) sollten der Vergangenheit angehören. Bedenkt man die hochkomplexe nervale Versorgung und die Kompliziertheit des erektilen Gewebes der Klitoris (Baskin 2002, 2004), so bleibt jeder operativer Eingriff dort mit einem Risiko für die spätere sexuelle Erlebnisfähigkeit behaftet, das noch größer ist als jenes bei operativen „Korrektur“-Eingriffen am (wesentlich größeren) Schwellkörper des Penis. Hinzu kommt, dass eine bei Neugeborenen und Kleinkindern relativ prominent wirkende Klitoris sich im Zuge der entwicklungsabhängigen Proportionsverschiebungen relativ „verkleinern“ kann, so dass sie im späteren Alter unauffällig erscheint. Weiterhin ist neben dem individuellen der ethnische Variantenreichtum der Klitorisgröße (Phillip et al. 1996) zu berücksichtigen.

Die Vaginoplastik trägt wohl nicht entscheidend zur Geschlechtsidentitätsbildung bei, kann also im Regelfalle bis zur Pubertät verschoben werden, in der sie nicht nur die besseren Ergebnisse zu zeitigen scheint, sondern in der dann auch die Interessen und Wünsche des Mädchens berücksichtigt werden können.

Androgenrezeptor-Defekt (AIS) und Gonadendysgenese (GD)

Kinder mit **komplettem** Androgen-Rezeptor-Defekt (**cAIS**) werden regelhaft als Mädchen zugeordnet und wachsen auch so auf (Money et al. 1984; Gooren & Cohen-Kettenis 1991; Wisniewski et al. 2000; Wisniewski & Migeon 2002; Hines et al. 2003; Minto et al. 2003; Hooper et al. 2004). Psychosexuelle Probleme ergeben sich u.U. wegen der zu engen (Pseudo-) Vagina, die neben der in der Pubertät ausbleibenden Menstruation oder der im Kindesalter auffallenden „Leistenhernie“ (die dann als in den Canalis inguinal maldeszendierter atropher Hoden decouvriert wird) auch Hauptgründe für die ärztliche Vorstellung sind. Chirurgische Interventionen ergeben sich zum einen wegen der Gonadektomie, wobei kontrovers diskutiert wird, ob diese in jedem Falle nötig ist – die Entartungstendenz der belassenen Gonaden steigt beim cAIS erst ab dem 25. Lebensjahr (Verp & Simpson 1987) und die Gonaden können einen wesentlichen Beitrag zu puberalem Wachstum und Knochenmineralisierung leisten (Soule et al. 1995). Zum zweiten wird u.U. und natürlich nur auf Wunsch des aufgeklärten Patienten eine Vaginoplastik zum Ermöglichen des Koitus erforderlich sein. Das früher empfohlene **Verschweigen der Diagnose** (um die Patienten nicht zu verunsichern) wird heute mehrheitlich abgelehnt und erscheint – auch aus Sicht der nachuntersuchten Patienten – ethisch fragwürdig. Allerdings sollte die Aufklärung einführend, angemessen und schrittweise erfolgen – die entsprechend aufgeklärten Patienten beschrieben teilweise bedrückende mentale „rites du passage“ (vom Gefühl, ein ganz normales Mädchen zu sein, über das Erschrecken über die ausbleibende Mensis, bis zum Entsetzen und Trauer bei der Information, genetisch „eigentlich ein Junge zu sein“, dem dann gelegentlich ein krampfhaftes Bemühen folgte, nun eine „besonders perfekte Frau“ sein zu müssen – s. Slijper et al. 2000; Alderson et al. 2004; Diamond & Watson 2005).

Dies gilt auch für die **reine Gonadendysgenese (pGD)**, auch hier führt zumeist die ausbleibende Pubertät zur ärztlichen Vorstellung, Geschlechtsidentitätskonflikte werden in der Regel nicht beschrieben, wohl aber Konflikte bei der Verarbeitung der Diagnose. Raboch und Mitarbeiter (1987) berichten über erhebliche Orgasmusprobleme bei verminderter Libido und sexueller Aktivität von 18 Frauen mit pGD und führen diese Probleme sowohl auf die hormonelle als auch auf die genitale Ausgangssituation und dem Coping dieser Patientinnen mit ihrem Störungsbild zurück. Im Gegensatz zum cAIS wird aber hier die

Gonadenentfernung wegen des hohen Entartungsrisikos regelhaft empfohlen.

Weitaus problematischer stellen sich die Verläufe bei Patienten mit **partiellen AIS (pAIS)** oder **gemischter Gonadendysgenese (mGD)** dar: Sie wurden in der Vergangenheit je nach Grad der Virilisierung, verfügbarer OP-Technik, Anschauung der Ärzte und / oder Eltern häufiger als Mädchen (mit feminisierender Behandlung, da diese technisch einfacher erschien), gelegentlich aber auch als Jungen (mit maskulinisierender Behandlung) aufgezogen. Migeon und Mitarbeiter (2002a,b) haben sowohl die Zufriedenheit mit dem zugewiesenen Geschlecht als auch den Grad der Informiertheit über das Krankheitsbild bei 39 Patienten mit pAIS und mGD untersucht und fanden (s. Tabelle 1), dass die Zahl derjenigen, die mit ihrer Geschlechtszuweisung unzufrieden waren, in beiden Geschlechtern – d.h. unabhängig vom Aufzuchtgeschlecht und bei gleicher Diagnose ! – mit ca. ein Fünftel etwa gleichgroß war.

Es zeigte sich auch, dass die als Jungen/Männer aufgezogenen Patienten einer beinahe doppelt so großen Zahl von (maskulinisierenden) operativen Eingriffen unterworfen waren. Die psychosexuelle Ein-

Tab. 1 Zusammenfassung der Befunde von Migeon et al. (2002) zur Entwicklung der Geschlechtsidentität, der sexuellen Orientierung und der Zufriedenheit mit Geschlechtsrolle und psychosexueller Erlebnisfähigkeit bei differentiellen Geschlechtszuweisungen bei 39 Patienten mit Karyotyp XY und intersexuellem Genitale (davon 14 mit partiellem Androgeninsuffizienz-Syndrom [pAIS] und 11 mit gemischter Gonadendysgenese [mGD])

	Geschlechtszuweisung: Geschlechtszuweisung:	
	Weiblich , (n= 18) (davon: pAIS n = 9; mGD n = 4)	Männlich , (n= 21) (davon: pAIS n = 5; mGD n = 7)
Geschlechtswechsel (%)	5,6	4,8
Zufrieden mit dem Erziehungsgeschlecht (%)	78	76
Exklusive Androphilie (%)	40 (= heterosex)	5 (= homosex)
Exklusive Gynäphilie (%)	10 (= homosex)	82 (= heterosex)
Soziosexuelle Erfahrungen (%)	83	90
Partnerschaften (%)	39	52
Zufriedenheiten mit genitosexueller Funktion *	2,5	2,7
Durchschnittl. Anzahl genitalchirurgischer Eingriffe	2,1	5,8

* Skala von 1 (insgesamt zufrieden) bis 5 (insgesamt unzufrieden)

findung war in der Mehrzahl zwar partnerschaftlich-heterosexuell (für das Aufzuchtgeschlecht), jedoch erheblich durch Unkenntnis der Diagnosen sowie durch unverstandene, schmerzhaft und kosmetisch wie funktionell unbefriedigende Ergebnisse der – feminisierenden oder maskulinisierenden – Eingriffe belastet, was zu teilweise gravierenden Einbußen an Lebensqualität führte.

Als wesentlich für die Frage der Geschlechtszuweisung erweist sich beim **pAIS**, dass Genotyp und Phänotyp nicht deckungsgleich sind, bei identischer Mutation des Androgenrezeptorgens also verschiedene Androgenansprechbarkeiten resultieren können (Hiort et al. 1999; Brinkmann 2001; Chavez et al. 2001; Giwercman et al. 2004; Boehmer et al. 2001a). Weiterhin, dass keine eindeutige Relation zwischen Genotyp, Bindungsaktivität und Virilisierungsgrad besteht (Weidemann et al. 1996) und dass die pränatale Aktivierung des Androgenrezeptor offenbar ein überdauerndes Muster für die intrazelluläre Genexpression bedingt (Holterhus et al. 2003). Das bedeutet, dass eine Geschlechtszuweisung nur nach dem Genotyp der Störung falsch sein kann. Auch scheint die Rezeptorverteilung bzw. -ansprechbarkeit verschieden zu sein, so dass beispielsweise eine starke Genitalvirilisierung nicht automatisch auf eine ebenso starke Maskulinisierung postulierter Hirnareale rückschließen lässt. So fanden Hannema und Mitarbeiter (2004) bei immerhin 23 von 33 Patienten, die als cAIS (!) diagnostiziert waren (und entsprechend auch als Frau lebten) Reste eines pränatal differenzierten Wolffschen Gangsystems (das ja die Wirkung von Testosteron auf reagierende Rezeptoren voraussetzt). Dies mag auch erklären, warum Melo und Mitarbeiter (2003) bei 14 pAIS-Patienten mit gleichem puberalem Virilisierungsgrad des Genitals und Brustentwicklung, aber unterschiedlicher Geschlechtszuweisung (sechs als Mädchen, acht als Junge) in allen Fällen eine Kongruenz zwischen Erziehungsgeschlecht und Geschlechtsidentität fand, auch wenn die Mikropenis/Megaloklitoris keine Differenz zeigte – nur dass entsprechende operative Maßnahmen erforderlich wurden bei jenen Patienten, bei denen die Zuweisung der körperlichen puberalen Entwicklung widersprach. Auch Ahmed und Mitarbeiter (2000) fanden bei 173 Fällen von pAIS, die sämtlich im ersten Lebensmonat diagnostiziert worden waren, eine erhebliche Überschneidung der Megaloklitoris-/Mikropenislängen bei denjenigen Kindern, die als Mädchen und denen die als Jungen zugewiesen wurden.

Für das **Grundverständnis der sexuellen Differenzierung** ist das AIS insofern bedeutsam, als es Spekulationen über die in jüngster Zeit postulierte

direkte hirndifferenzierende Wirkung des Y-Chromosoms bzw. des SRY oder anderer Gene zulässt: So fanden verschiedene Autorengruppen (Dewing et al. 2003; Arnold et al. 2003; Agate et al. 2003) tierexperimentelle Befunde dafür, dass die pränatale geschlechtsdimorphe Gehirnentwicklung partiell schon vor der Gonadendifferenzierung, also unabhängig von der Wirkung gonadaler Hormone durch die zelluläre Wirkung diverser geschlechtsdeterminierender Gene vonstatten zu gehen scheint. Da sowohl beim cAIS als auch beim pAIS das Y-Chromosom und das SRY-Gen unbeeinträchtigt sind, gleichwohl sowohl weibliche als auch männliche Identitäts- und Rollenentwicklung möglich sind, scheidet ein direkter Einfluss dieser Faktoren auf eine „Gehirnmaskulinisierung“ (im Sinne etwa einer „Determinierung der Geschlechtsidentität“) für sich genommen aus. Dass pränatal hohes Testosteron alleine ebenfalls kein Garant für eine männliche Geschlechtsidentität ist, zeigt der Verlauf bei AGS-Frauen. Abgesehen davon, dass die Geschlechtsidentität eine evolutionär äußerst junge (nämlich ausschließlich auf den Menschen beschränkte) Erwerbung ist, die schon deshalb stark durch biosoziale und psychosoziale Faktoren abgesichert werden muss, wäre es aber denkbar, dass sie entweder in Interaktion mit partiell wirksamen Testosteronspiegeln oder aber mit dem physiologischen frühkindlichen Testosteron-Peak (der beim cAIS ausbleibt, bei pAIS aber nachgewiesen werden konnte; s. Bouvattier et al. 2002 und die Einordnung seiner wichtigen Befunde durch Quigley 2002) und natürlich den in ihrer Wirkmächtigkeit gar nicht zu überschätzenden sozialisierenden Faktoren erklären könnten, warum in der Regel als Jungen erzogene Patienten mit pAIS Jungen, als Mädchen erzogenen Patienten Mädchen bleiben.

Noch komplizierter liegen die Verhältnisse bei der **mGD**: Aufgrund verschiedenartiger Gendefekte (mit und ohne partiellem SRY und AMH-Erhalt) können auch die gonoduktalen Strukturen variieren, die dysgenetischen Gonaden haben ein hohes Entartungsrisiko und müssen entfernt werden, ihre Hormonaktivität kann äußerst variabel sein und die variable Gensituation steht oft in keinem Verhältnis zur Virilisierung. (s. Telvi et al. 1999; Nicolino et al. 2004). Die Angaben in der Literatur zur gewählten Geschlechtszuschreibung sind widersprüchlich, es deutet sich aber in den letzten Jahren eine differenziertere Herangehensweise an:

Lalau Keraly und Mitarbeiter empfahlen 1985 bei mGD noch die generelle Aufzucht als Mädchen, da die Gonaden sowieso entfernt würden und die Operationsmöglichkeiten einfacher seien. Alvarez-Nava und Mitarbeiter (1999) beschrieben, dass von 16 Patienten mit mGD nur fünf als Junge aufgezogen wurden (ohne

Angaben über den weiteren Verlauf). Borer und Mitarbeiter (1995) empfahlen bei insgesamt zehn Patienten mit mGD in drei Fällen die Aufzucht als Junge, in vier Fällen die Aufzucht als Mädchen, eine Wahl, die in drei Fällen schon zuvor getroffen worden war. Rohatgi und Mitarbeiter (1992) berichten über die in Indien soziokulturell bedingt häufigere Wahl des männlichen Geschlechts für mGD-Patienten (in 12 von 20 Fällen). Thomas (2004) zitiert (mit leider nicht verifizierbarer Literaturangabe) eine Studie von Baka-Ostrowska und Mitarbeitern, wonach diese zwischen 1981 und 2001 77 Kinder mit mGD operativ versorgten: 31 wurden als Mädchen, 44 wurden als Jungen zugeordnet, entsprechend einer feminisierenden bzw. maskulinisierenden OP unterzogen und hormonell substituiert. Von den als Mädchen aufgezogenen hätten drei Viertel in Kindheit und Jugend „male behaviour pattern“ gezeigt (ohne nähere Ausführungen), während viele der als Jungen Aufgezogenen unzufrieden mit Größe und Funktion des oft mehrfach operativ versorgten Penis gewesen seien. Es ist dann auch nicht verwunderlich, dass es mehrere Einzelberichte über Geschlechtswechsel bei pAIS und mGD gibt, und zwar sowohl von Mädchen zu Junge als auch von Junge zu Mädchen (Birnbacher et al. 1999; Mazon et al. 2004; Diamond & Watson 2004; Dessouky 2003).

Vorläufiges Fazit: Da Genotyp der Störung und Grad der Virilisierung zur Geburt unzureichende Parameter zu sein scheinen, werden als Entscheidungshilfe zur **Geschlechtszuweisung** bei pAIS mGD in der Literatur zusätzlich empfohlen: Nachweis der postnatalen Testosteronpeaks, endokrine und somatische Reaktion auf Kurzzeitgabe von Testosteron (Tincello et al. 1997; Kohler et al. 2005), hCG-Tests mit Beurteilung des Testosteronanstiegs und seiner Präkursoren (Leydigzellfunktion), deren Verhältnis zur Gonadotropinantwort und zum AMH-Verlauf (Sertolizellfunktion), Einstellung der Eltern und der sie prägenden soziokulturellen Umgebungsbedingungen. Während die Gonadektomie bei mGD wegen des hohen Entartungsrisikos zwingend ist (Verp & Simpson geben Zahlen bis 55% an, s. a. Nanni et al. 2003), bleibt die Frage der **Gonadektomie** bei Entscheidung zur weiblichen Aufzucht bei pAIS nach wie vor ungeklärt, da hier das Entartungsrisiko geringer beurteilt wird. Es wird argumentiert, dass ein möglichst langer Erhalt der Gonaden für Wachstum und Knochenentwicklung zuträglich sei (Soule et al. 1995). Auch berichten Mazur und Mitarbeiter (2004) über zwei Patienten (einer mit Kallmann-Syndrom, der zweite mit unklarer Diagnose), bei denen wegen eines intersexuellen Genitales trotz männlichen Genotyps (46, XY) die weibliche Aufzucht (mit Feminisierungsoperation) durchgeführt wurde, die Testes aber bis ins Erwachsenenalter (!) nicht entdeckt und deshalb nicht entfernt wurden, ohne dass dies der weiblichen Geschlechts-

identitätsentwicklung Abbruch getan hätte. Bedenkt man allerdings die auch beim pAIS erheblichen Einflüsse des körperlichen Selbst- und Fremdbildes für die Lebensqualität wird man bei weiblicher Geschlechtswahl das Risiko der puberalen Virilisierung durch die erhaltene Gonade nicht in Kauf nehmen wollen. Spätestens in der Vorpubertät wird deshalb auch beim pAIS über das weitere Vorgehen bezüglich der (bis dahin ja ruhenden) Gonaden zu entscheiden sein. Dabei wird zunehmend über den Einsatz schonender laparoskopischer Methoden schon im frühen Kindesalter berichtet (Nanni et al. 2003; Jensen et al. 2003; Trobs et al. 2004). Hinsichtlich der **Genitalfeminisierung** (Reduktionsplastik des Mikropenis, Vaginoplastik) gilt bezüglich deren Einflusses auf die Geschlechtsidentitätsformation das oben zum AGS Gesagte. Anders als dort kann aber angenommen werden, dass, wenn die Genitalvirilisierung bereits zur Geburt so ausgeprägt sein sollte, dass eine Feminisierungsoperation diskutiert wird, zunächst die Verleihung eines geschlechtsneutralen Namens oder die Zuweisung als Junge besser erscheint, mit der Verpflichtung der engmaschigen, psychologisch-sexualmedizinischen Verlaufsbeobachtung und der Option zur etwaigen Revision der Entscheidung. Denn im Unterschied zum AGS haben Personen mit pAIS und mGD nicht nur erhöhte (partiell wirksame) prä-/perinatale Androgenspiegel, sondern weiterhin ein intaktes Y-Chromosom mit SRY. Zwar ist unsicher, welche Rolle dies bei der Gehirndifferenzierung wirklich spielt, es bleibt dies gleichwohl der bedeutendste Unterschied zum (auch stark virilisierenden) AGS. Allerdings ist bei der männlichen Geschlechtszuweisung die hohe Komplikationsrate penisaufbauender Operationen mit bislang oft noch unbefriedigenden Erfolgen zwingend zu berücksichtigen.

5 α -Reduktase-2-Mangel (5ARD2)

Bei genotypisch männlichen Personen erfolgt wegen der ausbleibenden genitalen Maskulinisierung zu allermeist bei der Geburt die Zuordnung als Mädchen. Schon der Erstbeschreiberin des 5ARD2 (Imperato-McGinley et al. 1974) war aufgefallen, dass das Krankheitsbild mit in der Pubertät einsetzender Virilisierung (bei erhaltener „männlicher“ Testosteronproduktion in den spät deszendierten Hoden) und überdurchschnittlich häufig mit spontanem Geschlechtswechsel der Betroffenen in die Männerrolle (mit gynäphiler sexueller Orientierung) einhergeht. Dies galt vor allem für die erste betroffene Generation, solange das Krankheitsbild also noch unbekannt war. Individuen der zweiten Generation (die Bewohner

kannten inzwischen den Verlauf) wurden entweder als Jungen aufgezogen oder als „Mädchen, die Jungen werden“ (*Guevedoches* oder *Machihembra*; Sobel & Imperato-McGinley 2004) eingeordnet. Auch bei den Sambia auf Papua-Neuguinea wurde – nachdem zunächst die Aufzucht als Mädchen gewählt wurde und der puberale Geschlechtswechsel in der streng nach Geschlechtern geteilten Gesellschaft zu dramatischen Reaktionen führte –, ein Begriff für diese „Geschlechtswechsler“ geprägt: *Turnim Man* oder *kwolutwol* (Herdt & Davidson 1988).

Inzwischen liegt eine Vielzahl von Berichten über spontane Wechsel aus der bei Geburt zugewiesenen und in der Erziehung befolgten weiblichen in die männliche Geschlechterrolle bei Personen mit 5ARD2 vor. Tabelle 2 gibt einen Überblick (ohne Anspruch auf Vollständigkeit – in weiteren Arbeiten fehlen leider entsprechenden Angaben oder sind nur vage). Von insgesamt 90 Personen mit 5ARD2, die zur Geburt als Mädchen eingeordnet und so auch aufgezogen wurden, wechselten 64 (71,1 %) in der Pubertät oder später in die Jungen-/Männerrolle, 4 (4,4%) nahmen eine männliche Sexualrolle ein, blieben aber „offiziell“ Frauen, 22 (24,4 %) verblieben im weiblichen Aufzuchtgeschlecht. Wechsel von einer ursprünglich zugeordneten männlichen in eine spätere weibliche Geschlechtsrolle sind bei diesem Störungsbild nicht beschrieben worden.

Es ist von verschiedener Seite argumentiert worden, dass dieser Wechsel mit dem höheren Sozialprestige des männlichen Geschlechts vor allem in archaisch-patriarchalen Gesellschaften zusammenhängt. Abgesehen davon, dass diese Berichte aus den verschiedensten Kulturkreisen und nunmehr insgesamt 23 Ländern aller Kontinente stammen, berichten die Autoren sowohl aus der Dominikanischen Republik als auch aus Papua-Neuguinea darüber, dass ein etwaiger Gewinn an Sozialprestige in der Männerrolle durch die Dramatik der Umstände des Wechsels (mit Beschimpfungen, Verhöhnungen und Ausgrenzungen) klar zunichte gemacht wurden, so dass einige Probanden diesen Wechsel lange hinauszögerten (s. Imperato-McGinley et al. 1980; Herdt & Davidson 1988). Ähnliche Reaktionen schildert auch Al-Attia (1996) aus den Vereinigten Arabischen Emiraten, so dass sich zwei seiner insgesamt sechs Probanden, obwohl sie sich als Männer fühlten und Frauen beehrten, nicht wagten, den Wechsel öffentlich zu vollziehen (wobei einer von ihnen überdies angab, in seiner streng nach Geschlechtern getrennten Kultur so leichter Zugang zu weiblichen Sexualpartnerinnen zu haben).

Vorläufiges Fazit: Die Arbeitsgruppe um Imperato-McGinley (2002) befürwortet unter Hinweis auf

diese Daten und darauf, dass das für die Gehirnandrogenisierung wahrscheinlich wesentliche Testosteron bei diesen Patienten auch pränatal ungestört ist (hinzu kommt die unbeeinträchtigte Wirkung des intakten Y-Chromosoms und anderer, mutmaßlich an der Hirndifferenzierung beteiligter Gene), frühzeitige Diagnose vorausgesetzt, die männliche Geschlechtszuschreibung, Fixierung der kryptorchen (und dann oft noch intakten) Hoden, lokale Applikation von DHT zum Peniswachstum bzw. penile Aufrichtungsoperationen. Bei solchem Vorgehen sind in Einzelfällen sogar Vaterschaften dieser Männer möglich (s. z.B. Nordenskjöld et al. 1998). Demgegenüber befürworten Sultan und Mitarbeiter (2002) bei früher Diagnosestellung (in der Kindheit) wegen der genitalen Differenzierungsstörung und der darausfolgenden operativen Hindernisse die Aufzucht als Mädchen (mit Gonadektomie, Feminisierungsoperation und entsprechender Östrogensubstitution zum Pubertätsbeginn). Auf die möglichen Effekte einer pränatalen Hirnandrogenisierung gehen diese Autoren allerdings ebensowenig ein wie auf die inzwischen verbesserten Möglichkeiten maskulinisierender Operationen, insofern haben diese Vorschläge wenig Plausibilität.

Bei später (peripuberaler) Diagnose ist der Stand der Geschlechtsidentitätsentwicklung des Probanden maßgeblich, die dann aber auch einer professionellen Beurteilung und entsprechender (ggf. psychotherapeutischer) Begleitung bedarf: Es klingt viel Tragik an, wenn Mendez und Mitarbeiter (1995) aus Mexiko berichten, dass zwei betroffene Patienten Geschlechtsidentitätskonflikte äußerten und 1,5 Jahre an einer Psychotherapie teilnahmen, „*but due to familial and social factors a female gender has prevailed*“.

17 β -Hydroxysteroid-Dehydrogenase-3-Mangel

Der 17 β -Hydroxysteroid-Dehydrogenase-3-Mangel (**17 β HSD3**) ist noch seltener, so dass nicht derart umfangreiche Nachuntersuchungen wie beim 5ARD2 vorliegen. Bei komplexem Gendefekt mit scheinbar unauffälliger (pseudo-)femininer Genitalkonfiguration zur Geburt stellen sich die Verhältnisse wie beim cAIS dar: Die Kinder werden (bei zunächst ja unbekannter genotypischer männlicher Chromosomenkonstellation) regelhaft dem weiblichen Geschlecht zugeordnet und bis zur Pubertät auch problemlos so aufgezogen. Allerdings wird die bei einer „Herniotomie“ entdeckte Gonade oft von den Behandlern zum Anlass genommen, die (Fehl-)Diagnose cAIS zu stellen. Abweichend von diesem bleibt jedoch die Brustentwicklung aus und die durch extratestikuläre A4-Konversion zu T (oder Nachreifung der Enzymfunktion?) bedingte

Tab. 2 Übersicht über Studien mit Angaben zur Geschlechtsidentität bei Patienten mit 5ARD2. Studien, die ausschließlich über Patienten mit primär männlicher Geschlechtszuweisung berichten (die stets beibehalten wurde), wurden aus Gründen d. Übersichtlichkeit nicht aufgenommen.¹⁾

Autor	Land	Gesamt-N	als Mädchen erzogen			als Junge erzogen und geblieben	Ohne Angabe
			ins männl. Geschlecht gewechselt	nur männl. Sexualrolle	Mädchen/ Frau geblieben		
Imperato-McGinley et al. (1979), Sobel & Imperato-McGinley (2004)	Dominikanische Republik	33	16	1	1	-	15
Herdt & Davidson (1988)	Papua-Neuguinea	14	5	-	-	9	-
Mendonca et al (1996)	Brasilien	16 [▲]	12	-	2	1	-
Ferraz et al. (1999)	Brasilien	1	1	-	-	-	-
Chavez et al. (2000)	Mexiko	2	-	-	1 ⁺	1	-
Mendez et al. (1995)	Mexiko	7	4	-	3 [?]	-	-
Canto et al. (1997)	Mexiko	3	1	-	1	1	-
Akgun et al. (1986)	Türkei	7 (6)*	2	-	(1*)	4**	-
Can et al. (1998)	Türkei	1 ²⁾	1	-	-	-	-
Ocal et al. (2002)	Tunesien	1	1	-	-	-	-
Hedia et al. (2001)	Tunesien	1	1	-	-	-	-
Al-Attia (1996)	Vereinigte Arabische Emirate	6	1	2	1	1	1
Mulaisho et al. (1990)	Saudi-Arabien	1	1	-	-	-	-
Mazen et al. (2003a)	Ägypten	1 ³⁾	-	-	1	-	-
Mazen et al. (2003b)	Ägypten	2 ⁴⁾	-	-	1	1	-
Hochberg et al. (1996)	Libanon	8	8	-	-	-	-
Kuttenn et al. (1979)	Algerien	1	-	1***	-	-	-
Price et al. (1984)	Zypern (2), Malta (1), Pakistan (1)	4	4	-	-	-	-
Savage et al. (1980)	Griechenland	2	2	-	-	-	-
Kuttenn et al. (1979)	Frankreich	1	1	-	-	-	-
Boudon et al. (1995)	Frankreich (2) Polen (2)	4	-	-	4 ⁺⁺	-	-
Cantu et al. (1980)	Spanien	1	-	-	1	-	-
Aartsen et al. (1994)	Spanien	1	1	-	-	-	-
Aguilar-Diosdado et al. (1995)	Spanien	2	2	-	-	-	-
Forti et al. (1996)	Italien	1	-	-	-	1 [§]	-
Fisher et al. (1978)	USA	2	-	-	2 ^{§§}	-	-
Corrall et al. (1984)	UK	1	-	-	1	-	-
Nordenskjöld et al.(1998)	Schweden	1	1	-	-	-	-
Wieacker et al. (1992)	Deutschland	1	-	-	1	-	-
Hiort et al. (2002)	Deutschland	1	-	-	1 ^{??}	-	-

1) Dessouky et al. (2003) berichten aus Ägypten über 16 Fälle von FzM-Geschlechtswechsel, geben aber keine Gesamtzahl der 5ARD2-Fälle an.
 2) Ocal et al. (2002) untersuchten auch 5 Kinder (4 Säuglinge, 1 VS-Kind), von denen 4 als Mädchen, 1 als Junge zugeordnet wurde; hier wird nur der jugendl. Pat. (17 J.) berichtet
 3) Der hier aufgenommene Fall ist im jugendlichen Alter (14 J.), bei einem 2. Patienten (weibl. Zuordnung) handelt es sich um einen Säugling
 4) Mazen et al. (2003b) berichten auch über sechs Pat. im Kindesalter (< 6.Lbj.), von denen 4 als Mädchen, 2 als Junge zugeordnet wurden; hier werden nur d. jugendl. Pat. (> 14 J.) berichtet
 + Gonadektomie i. 13. Lbj.
 ++ Gonadektomie in 3 Fällen anlässlich puberaler Maskulinisierung, in 1 Fall präpuberal
 * Der Proband hatte heterozygoten 5ARD2 und homozygoten 17βHSD3
 ** Der Proband hatte homozygoten 5ARD2 und heterozygoten 17βHSD3
 *** Pat. als Mädchen aufgezogen „his psychosexual orientation became definitely male at puberty.“
 § Geschlechtswechsel aufgrund der Diagnose im 3. Lebensjahr
 §§ 13,3 Jahre altes Mädchen („gender orientation definitely female“) u. 12jährige Schwester (o.A. zur GI) – beide wurden im Pubertätsalter operativ feminisiert.
 ? 2 Probanden äußerten Geschlechtsidentitätskonflikte und nahmen an einer Psychotherapie teil, „but due to familial and social factors a female gender has prevailed“
 ?? Gonadektomie in früher Kindheit u. Aufzucht als Mädchen, Vorstellung im 16. Lbj. wg. Virilisierungserscheinungen; keine Angaben zu Geschlechtsidentität
 ▲ Darunter ein Kleinkind (4 J.) mit weiblicher Zuordnung

Virilisierung besorgt dann sowohl das heranwachsende Mädchen als auch seine Eltern. Deshalb, und wegen der Entartungsgefahr, wird in solchen Fällen mehrheitlich eine frühzeitige Gonadektomie befürwortet (i. Überblick Boehmer et al. 1999).

Anders sind die Verläufe in den Fällen mit unvollständigem Ausfall der A4/T-Konversion und daraus folgender Genitaluntervirilisierung verschiedenen Ausmaßes, die sich lediglich als Hypospadie (Sapunar et al. 2003; Codner et al. 2004), aber auch als Mikropenis oder als tatsächlich intersexuelles Genitale (wie beim 5ARD2) darstellen können. Es ist umstritten, wie häufig derartige Fälle in der Gesamtheit des 17 β HSD3 sind (Sobel & Imperato-McGinley [2004: 614] halten sie für „häufig“, Boehmer et al. [1999: 4714], die die weltweiten Fälle einer Analyse unterziehen, für „weniger häufig“). Hier werden dann somatische Verläufe berichtet, die jenen beim 5ARD2 ähneln: Zur Geburt erfolgt bei intersexuellem, eher weiblichem Genitale die Zuweisung als Mädchen, mit der Pubertät kommt es zu Virilisierung (mit Herausbildung einer eher maskulinen Körpersilhouette, Behaarung, Bartwuchs, Stimmbruch und Wachstum des als Megaloklitoris fehlgedeuteten Mikropenis).

Hinsichtlich der Geschlechtsidentitätsentwicklung sind die Verläufe jedoch wesentlich uneindeutiger als beim 5ARD2: Es werden sowohl Fälle des Verbleibens in der weiblichen Rolle (und dann Gonadektomie und feminisierende Behandlung mit Östrogenen und Operation) als auch des mehr oder weniger spontanen Wechsels in das männliche Geschlecht beschrieben: Gregory und Mitarbeiter (1993): zwei Fälle ohne Geschlechtswechsel. Mendonca und Mitarbeiter (2000): 16 Fälle, davon drei Fälle ohne, 10 Fälle mit Wechsel vom weiblichen ins männliche Geschlecht, ein Kind wurde als Junge aufgezogen, zu zwei Probanden fehlen Angaben. In dieser Studie wird auch der divergente Verlauf der GI-Entwicklung bei zwei Geschwistern mit dem gleichen Gendefekt beschrieben. Andersson und Mitarbeiter (1996): 13 Fälle, davon 11 als Mädchen aufgezogene und im peri-/postpuberalen Alter vorstellig werdende, darunter nur ein Geschlechtswechsel in die Jungenrolle. Rösler und Mitarbeiter (1996): 21 Fälle, davon drei als Jungen aufgezogen (und geblieben), acht in der Kindheit (< 2 Lbj.) zum Jungen umgewidmet, sieben (peri-)puberal spontan ins Jungengeschlecht gewechselt, drei blieben in der Mädchenrolle.

Vorläufiges Fazit: Die Arbeitsgruppe um Rösler, die über die größten Erfahrungen mit dieser Patientengruppe im Gaza-Streifen verfügt (Rösler & Kohn 1983; Eckstein et al. 1989; Rösler et al. 1992, 1996), schlägt die regelhafte Geschlechtszuweisung als Jun-

ge und die frühzeitige Maskulinisierungsoperation sowie die peripubereale Testosteronsubstitution vor (Farkas & Rösler 1993). Sie blenden dabei aber nicht nur die im Vergleich zum 5ARD2 doch deutlich geringere Zahl von „Geschlechtswechslern“ aus, sondern (a) dass gerade in der von ihnen untersuchten, streng patriarchalen Kultur ein stärkerer Druck zur männlichen Rolleneinnahme bestehen könnte als andernorts, (b) dass beim 17 β HSD3 (vielleicht in Abhängigkeit von Mutationsart und -umfang?) das für die (hypothetisch angenommene) Gehirnandrogenisierung notwendige Testosteron oft auch im Gehirn nicht aus A4 gebildet werden kann. Insofern scheint es angemessen, hier – ähnlich wie beim pAIS – bei zunächst klarer Geschlechtszuweisung die Entscheidung über Operationszeitpunkt und -richtung (maskulinisierend oder femininisierend) nicht nur von Genotyp und vom Virilisierungsgrad, sondern auch von einer (oben besprochenen) endokrinen Funktionsdiagnostik und insbesondere von einer engmaschigen Verlaufsbeobachtung abhängig zu machen. Den Eltern sollte zur Wahl eines geschlechtsneutralen Namens geraten werden.

Für das Verständnis der biologischen Prädispositionen der Geschlechtsidentitätsentwicklung ist sowohl beim 5ARD2 als auch beim 17 β HSD3 bedeutsam, dass die Geschlechtsidentitätsentwicklung zumindest bei diesen Personen nicht mit der Kindheit abgeschlossen ist, sondern sich in der Interaktion von pränataler (hormoneller und u.U. auch genetischer) Gehirnandrogenisierung, Tomboy-Verhalten, morphologischer Virilisierung und dazu kongruenter Fremd- und Eigenwahrnehmung sowie erwachender (gynäphiler) sexueller Orientierung bis zur Pubertät sukzessive etabliert. Insofern ähneln die Berichte über Geschlechtswechsel bei diesen Patienten jenen der Frau-zu-Mann Transsexuellen (s. Bosinski 2000 b): Obwohl im weiblichen Geschlecht aufgezogen, wählten sie sich eher den Jungen zugehörig – auch wenn sie dies nicht bewusst reflektiert haben mögen. Ein von dem US-amerikanischen Analytiker und Sexuologen Stoller (1964) beschriebener Fall einer Intersex-Patienten mit Wechsel von der Mädchen- in die Jungenrolle, der diesem Autor als einer der Belege für die Annahme einer „core gender identity“ und einer „biological force“ auch bei der Transsexualität diene, hat sich im Nachhinein als 17 β HSD3 erwiesen (s. Imperato-McGinley et al. 1979). Stoller schrieb über diesen Patienten: „*He always felt (though not consciously) that he was male. He did not shift from female to male, but only had the rights of maleness confirmed by society.*“



Abb. 2a Prämatüre Pubarche und Klitoromegalie (PRADER Typ I) bei 7 Jahre altem Mädchen mit late-onset AGS (= nichtklassischer 21-Hydroxylase-Defekt) (Quelle: Prof. Dr. med. Sippell, Kinderklinik des Universitätsklinikums der Universität Kiel)

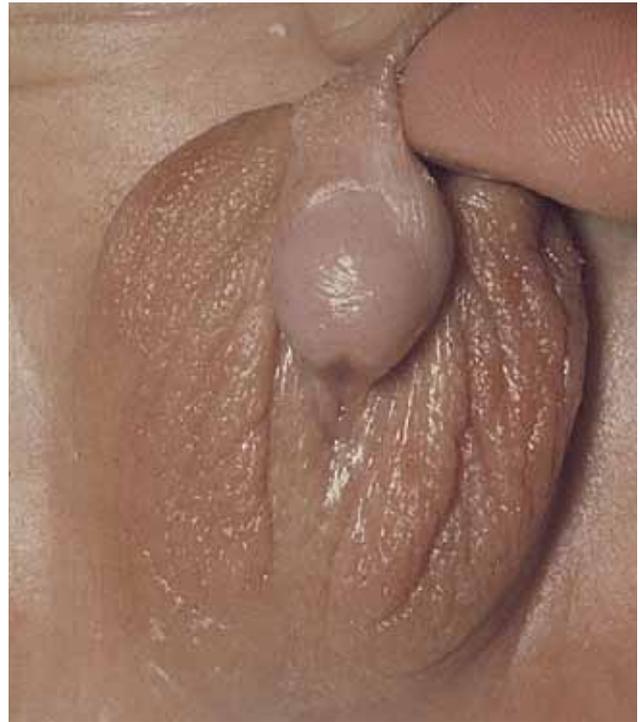


Abb. 2b Genitalbefund bei AGS. Intersexuelles Genitale (PRADER Typ IV) bei neugeborenem Mädchen (46,XX) mit klassischem 21-Hydroxylase-Defekt (mit Salzverlust) infolge homozygoter 30 kB-Deletion des gesamten CYP 21 B-Gens (Quelle: Prof. Dr. med. Sippell, Kinderklinik des Universitätsklinikums der Universität Kiel)



Abb. 3a und 3b Genitalbefund bei Verdacht auf 5- α -Reduktase-2-Mangelsyndrom oder 17- β -Hydroxysteroid-Dehydrogenase-3-Mangel (Quelle: Prof. Dr. med. Mönig, I. Med. Klinik des Universitätsklinikums der Universität Kiel)

Mikropenis

Bei Knaben mit einem **Mikropenis**, d.h. 2,5 Standardabweichungen unter der Durchschnittslänge oder kürzer als 1,9 cm, wurde in der Vergangenheit – unabhängig von der zugrundeliegenden Ursache und vorwiegend, weil dies technisch einfacher erschien, da eine solche Größe ein befriedigendes Sexualleben angeblich unwahrscheinlich mache und weil die betreffenden Jungen steten Hänseleien ausgesetzt seien – von einigen Autoren die weibliche Geschlechtszuschreibung mit Penisamputation, Orchidektomie, Anlage einer Neo-Vagina und feminisierende Östrogengaben ab dem Pubertätsalter empfohlen (s. z.B. Jones et al. 1978).

Dagegen haben Reilly und Woodhouse (1989) bei 12 postpuberalen Patienten mit Mikropenis (unter der 10. Perzentile der Normalverteilung) und männlicher Aufzucht gezeigt, dass alle Erektionen und Orgasmus erreichten, neun von ihnen waren heterosexuell aktiv (sieben im Rahmen einer Ehe) und hatten erfolgreich penovaginalen Geschlechtsverkehr. Wisniewski und Mitarbeiter (2001) haben das Schicksal von 18 (von insgesamt 45) genotypisch männlichen Patienten mit Mikropenis nachuntersucht, von denen 13 als Junge und fünf (zumeist ab dem 1. Lebensjahr) als Mädchen aufgezogen wurden (die entspr. Zahlen in der Gesamtpopulation lauteten 33 und 12). Sie fanden, dass zwar alle bis auf einen Mann mit ihrem Aufzuchtgeschlecht zufrieden waren (wenngleich immerhin vier von fünf Frauen in der Vergangenheit schon Zweifel an ihrer Geschlechtszugehörigkeit hatten), dass bei den als Männern Lebenden, von denen sich 10 (sechs von ihnen verheiratet) als heterosexuell, zwei als bisexuell und einer als homosexuell bezeichneten, zwar ausreichende Erektionen auftraten, gleichwohl die Hälfte von ihnen mit der genitosexuellen Funktion unzufrieden waren. Unter den den sechs als Mädchen Aufgezogenen, die oft mehreren feminisierenden Eingriffen unterzogen wurden, waren vier mit dem Aussehen ihres Genitales unzufrieden, keine hatte eine Partnerschaft, zwei (bei denen die Megaloklitoris/Mikropenis vollständig amputiert worden war) gaben an, dass sie keinerlei sexuelle Interessen hätten, die verbleibenden drei bezeichneten sich als heterosexuell.

Inzwischen sind nicht nur die Operationstechniken (s. Byun et al. 1994; De Fontaine et al. 2001), sondern auch die (lokalen und systemischen) hormonellen Behandlungsmöglichkeiten verbessert. So berichten Bin-Abbas und Mitarbeiter (1999) über den Erfolg der 4wöchentlichen intramuskulären Gabe von 25 bzw. 50 mg Testosteron in zwei Zyklen im Alter

von 0-14 Jahren: Alle Knaben hatten in der Jugend ausreichende Penislängen, Erektionen und eine ungestörte männliche Geschlechtsidentität. Bei idiopathischem oder teratogen bedingtem Mikropenis mit ausreichender Androgenreagibilität sollte somit heute die Aufzucht als Junge präferiert werden.

Wie stark indes derartige Entscheidungen durch die Eltern und deren soziokulturell geprägten Geschlechtererwartungen beeinflusst werden, zeigt eine Untersuchung von Gad und Mitarbeitern (1997) aus Ägypten: Die Autoren untersuchten 29 Probanden mit isoliertem Mikropenis (Gr. A; n = 9), Mikrophallus bei eher ambivalentem Genitale (Gr. B, n = 11) und ambivalentem Genitalbefund bei normal großem, aber nicht ausreichend differenziertem (?) Phallus (Gr. C, n = 9), wobei sie als Mikropenis einen normal geformten, aber unterhalb 2,5 SD der Durchschnittsgröße gelegenen Penis, als Mikrophallus einen kleinen, hypospadischen Penis einordneten. Alle Probanden der Gruppe A, neun der Gruppe B und fünf der Gruppe C wurden als Jungen, zwei der Gruppe B und vier der Gruppe C als Mädchen aufgezogen. Einer der Patienten der Gruppe B und zwei der Gruppe C waren jenseits der Pubertät. Obwohl mehr Kinder dem männlichen als dem weiblichen Geschlecht zugeordnet wurden, was die Autoren auf die kulturelle Höherbewertung der männlichen Sozialrolle in Ägypten zurückführen, erwies sich die Wahl des Erziehungsgeschlechts – das offenbar in allen Fällen beibehalten wurde – weniger vom Genitalbefund (Penisgröße) als vielmehr von der Familiensituation abhängig: So wurde in einer Familie der Erstgeborene als Junge erzogen, sein jüngerer genotypischer „Bruder“ mit dem gleichen Defekt indes als Mädchen.

Penisagenesien

Bei **Penisagenesien** erfolgte in der Vergangenheit fast ausschließlich so früh als möglich die feminisierende Operation und die Aufzucht als Mädchen (Pohlandt et al. 1974; Oesch et al. 1987; Shah & Shah 2003), ohne dass bislang ausreichend geprüft wurde, wie sich die pränatal ja normal hohen Testosteronspiegel auf späteres Verhalten und Geschlechtsidentitätsentwicklung auswirken. Ciftci und Mitarbeiter (1995) referierten allerdings 18 Patienten mit isolierter Penisagenesie, bei denen mehrheitlich keinerlei (in einigen Fällen nur vage und insuffiziente) operative (maskulinisierende) Maßnahmen getroffen wurden. Sie wuchsen als Jungen ohne Geschlechtsidentitätsstörungen heran und wurden teilweise erst als erwachsene Männer vorstellig, litten jedoch aufgrund ihrer „Penislosigkeit“ ganz erheblich unter Selbstbildstörungen. Die

Diskussion (z.B. um den von Stein, 2003, vorgestellten Fall) über das adäquate Procedere ist nach wie vor offen und durch eine Fülle von Faktoren (z.B. den Ursachen, dem Vorhandensein von Resten erektilen Gewebes, dessen Ansprechbarkeit auf lokale und systemische Testosterongaben usw.) in jedem einzelnen Fall bestimmt.

Kloakenexstrophie

Wegen der widersprüchlichen Befunde bei der Geschlechtsidentitätsentwicklung hat dies an sich seltene Störungsbild eine besondere Aufmerksamkeit gefunden (s. Schober et al. 2002). Bei genetisch männlichen Neugeborenen wurde bislang aus Gründen der Operabilität (weil ein sexuell funktionaler Penis Aufbau technisch kaum realisierbar war) die Aufzucht als Mädchen mit Gonadektomie, nachfolgender Vaginalplastik und Östrogensubstitution in der Pubertät gewählt. Lund und Hendren (2001), die den Verlauf von 50 Fällen übersehen, berichten über 28 genotypische Jungen, von denen 22 als Mädchen zugewiesen und entsprechend operiert wurden und halten diese Vorgehensweise auch heute noch für adäquat. Man war froh, die Überlebenschance dieser Kinder überhaupt erhöhen zu können und dabei insgesamt eine zufriedenstellende Lebensqualität zu erreichen (Baker Towell & Towell 2003). Hinzu kamen die dürftigen Operationsergebnisse und schlechten psychosexuellen Entwicklungsverläufe einer kleinen Serie von acht genotypischen Jungen, die im männlichen Geschlecht aufgezogen wurden (mit mikrochirurgischem Aufbau eines Penis), die den Operateur (Husmann et al. 1989) selbst dazu veranlassten, von diesem Vorgehen abzugehen und besser die weibliche Geschlechtszuschreibung zu wählen.

Reiner und Gearhart (2004) berichten nun über die Entwicklung von 14 auf diese Weise feminisierten „Jungen“ im Alter von fünf bis 16 Jahren, von denen sich alle bezüglich ihres Spiel- und Sozialverhaltens eher maskulin verhielten und acht im Verlauf trotz Aufzucht als Mädchen selbst als Jungen deklariert hätten. In einem neueren Bericht (Reiner 2004) zeigt er, dass von 24 als Mädchen zugewiesenen und entsprechend operierten Patienten sich im Verlauf eine zunehmende Anzahl (insgesamt bis zum Berichtszeitpunkt 13) als Junge deklariert hatten, während alle fünf als Junge aufgezogene Patienten in dieser Rolle blieben.

Inzwischen sind die technischen Möglichkeiten zum Penis Aufbau verbessert, so dass sich sukzessive eine dem Genotyp entsprechende Aufzucht durchsetzen kann. Mitchell und Plaire (2002) berichtigen über ermutigende (wenn auch keinesfalls problemlose)

Verläufe bei 16 Jungen, die entsprechend aufgezogen wurden, während 14 genotypisch männliche Individuen als Mädchen heranwachsen – eine Entscheidung, die den Autoren zufolge in ihrer Arbeitsgruppe in den letzten 10 Jahren nur noch einmal getroffen wurde. Die Berichte über männliches Rollenverhalten auch der als Mädchen Aufgezogenen sind insofern nachvollziehbar, als es sich bei diesen Patienten – ähnlich wie bei jenen nach traumatischer Penisamputation in der frühen Kindheit – um chromosomal und genetisch, gonadal und hormonell/rezeptormäßig gesunde männliche Individuen handelt, deren Gehirn prä-/peri- und postnatal (bis zur Gonadektomie) genetisch und hormonell normalen männlichen, i.e. maskulinisierenden und defeminisierenden Einflüssen ausgesetzt war.

Fazit und Ausblick

Die Daten der mittlerweile vorliegenden Untersuchungen sind zwar keinesfalls umfassend oder gar widerspruchsfrei, zeigen aber:

(a) Der Protest gegen die bislang übliche Praxis der Geschlechtszuweisung, insbesondere beim AGS, ist im Einzelfall zwar verständlich, insgesamt aber keinesfalls repräsentativ für die Mehrheit der betroffenen Patienten. Die gelegentlich (z.B. aus kulturwissenschaftlichen Kreisen; s. etwa www.101intersex.de) lautwerdenden Forderungen nach „Aufgabe der Geschlechterdichotomie“, „Einführung eines 3. Geschlechts“, „Verzicht auf geschlechtliche Zwangsverortungen“ usw. entbehren nicht nur einer ausreichenden empirisch-klinischen Grundlage, sondern gehen an der Lebenswirklichkeit der betroffenen Kinder und ihrer Eltern vorbei. Es sollte nicht der Eindruck entstehen, dass Betroffene zur Speerspitze im Kampf gegen eine als „patriarchal“/„repressiv“ betrachtete Gesellschaft missbraucht werden. Bei allem Verständnis für die Vielzahl der ungeklärten Fragen erscheint ein undifferenziertes Konzept der Nicht-Intervention fragwürdig. So muss festgestellt werden, dass zumal Eltern in europäisch geprägten Kulturen es in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nicht akzeptieren werden, ihr Kind solange „im Zwischenraum der Geschlechter“ aufwachsen zu lassen, bis diese sich selbst für oder gegen eine Zuordnung (und entsprechende medizinische Maßnahmen) entscheiden könnten.

(b) Ebenso wenig akzeptabel erscheint aber die Haltung einer – hoffentlich kleiner werdenden – Zahl von Ärzten, die meinen, qua Profession über die einzig richtigen Entscheidungsgrundlagen zu verfügen. Ein „Standardkonzept“ für die Geschlechtszuweisung

bei Intersex-Patienten gibt es nicht. Nicht nur bei jedem einzelnen Störungsbild, sondern in jedem einzelnen Fall sind die genetischen Ausgangsbedingungen (XY oder XX, SRY/ SOX 9 vollständig etc. pp.), die prä-/peri- und postnatale Hormon- und Rezeptorsituation, die anatomischen und insbesondere neurophysiologischen Gegebenheiten, die daraus resultierenden technisch-operativen Möglichkeiten, aber auch Alter und Entwicklungsstand des Kindes, die jeweils soziokulturell und innerfamiliär geprägten Einstellungen zum Thema Geschlechtlichkeit, die geschlechtstypischen Einstellungsstereotype der jeweiligen Kultur und die dadurch mitgeprägten Rollenerwartungen und –flexibilität der Eltern, deren Behandlungscompliance usw. bei Entscheidungen zur Geschlechtszuordnung einzubeziehen. Diese beeinflussen dann auch – bei gleicher Diagnose und verschiedenen Entscheidungen ! – Verlauf und Ergebnis der weiteren Entwicklung nachhaltig.

(c) Ganz unabhängig von der gewählten Geschlechtszuordnung und deren Konstanz leidet eine Vielzahl der Betroffenen ganz erheblich nicht nur unter Beeinträchtigungen des psychosexuellen Erlebens durch die Fehlbildungen bzw. den (in Timing und Qualität erkennbar verschiedenen) operativen Eingriffen, sondern auch unter mangelnder Aufklärung über die Störung, unter unzureichender sexualmedizinisch-psychologischer Betreuung und Begleitung und zumal unter einer Tabuierung ihres „Defektes“ bei gleichzeitiger häufiger (und zumeist unverstandener) ärztlicher Exposition und Intervention.

Aus sexualmedizinischer Sicht wäre für den adäquaten Umgang mit Patienten mit Intersex-Syndromen und ihren Familien zu fordern:

1. Schnellstmögliche und umfangreiche Diagnostik in einem **spezialisierten Zentrum** zur Einordnung des Störungsbildes. Bei der Zuordnung des Störungsbildes und der daraus abzuleitenden Prognose für die Entwicklung der Geschlechterrolle, der Geschlechtsidentität und der sexuellen Erlebnis- und Funktionsfähigkeit geht **Sicherheit vor Schnelligkeit** der Entscheidungen!

2. In Anbetracht der Multidimensionalität von Geschlechtlichkeit und Sexualität ist die **interdisziplinäre Zusammenarbeit** von pädiatrischen Endokrinologen, Operateuren und sexualmedizinisch adäquat ausgebildeten Behandlern in der Betreuung von Kindern mit Intersex-Syndromen und ihrer Eltern unerlässlich!

3. Es bleibt nach wie vor unklar, wer, wenn nicht sexualmedizinisch qualifizierte Therapeuten und Berater, die allseits geforderte kontinuierliche Begleitung von Kind und Eltern (auch im Sinne eines „**Case-Managers**“) übernehmen soll. Dies erfordert nachdrück-

lich eine entsprechende Qualifizierung von Ärzten und approbierten Psychologen!

4. Eine Fülle von Problemen sowohl der Kinder als auch ihrer Eltern resultiert aus der nach wie vor vorherrschenden **Tabuierung des Themas Geschlechtlichkeit** und ihrer Probleme: Die in den letzten 20 Jahren erreichten Erfolge bei der weitestgehenden Integration von Kindern mit anderen angeborenen Fehlbildungen (z.B. Vitium cordis oder Trisomie 21) in normale, kindgemäße Entwicklungsverläufe (Kindergärten, Schulen etc.) waren nur möglich durch eine **„Entmystifizierung“** dieser Fehlbildungen sowie durch das Engagement von Betroffenen und Wissenschaftlern in Selbsthilfegruppen und Aufklärungskampagnen. Im Interesse der Patienten muss offensiver als bisher vermittelt werden, dass es sich bei einer somatosexuellen Differenzierungsstörung eben nicht um „etwas sexuell Abartiges“, sondern um eine „ganz normale Fehlbildung“ handelt, über die dann – im Interesse der Entwicklung der Kinder – auch offen gesprochen werden kann und muss. Dies setzt allerdings eine – noch zu leistende – **Aufklärungsarbeit** voraus, deren Aufgabe eben nicht die wirklichkeitsfremde Einführung eines „3. Geschlechts“ ist, sondern die Entwicklung des Verständnisses für differenzierte somatosexuelle Entwicklungsverläufe.

5. Die Geschlechtszugehörigkeit ihres Kindes ist nachweislich für die Eltern und auch für Verwandte, Freunde usw. von fundamentaler Bedeutung und bestimmt von Anfang an die Erziehungspraktiken. Den Eltern sind daher bei Geburt eines Kindes mit intersexuellem Genitale von Anfang an **alle vorhandenen Informationen in verständlicher Form und wiederholt (!) zu vermitteln**. Alle zu treffenden Entscheidungen – auch und gerade dann, wenn noch keine Geschlechtsfestlegung möglich ist – sind mit ihnen abzustimmen.

6. Alle Informationen sollten jederzeit für alle in verständlicher Form zugänglich sein. Den Eltern muss verständlich und wiederholt vermittelt werden:

- ◆ Dass ihr Kind zwar eine **seltene, aber nicht ungewöhnliche Störung der Genitaldifferenzierung** aufweist und dass dies **keine Monstrosität** ist. Jegliche pejorative Begrifflichkeit („Zwitter“ o.ä.) ist ebenso zu vermeiden wie eine vorschnelle Geschlechtsfestlegung!
- ◆ Dass die **Geschlechtszugehörigkeit kein eindimensionales Ereignis** ist, sondern auf mehreren Ebenen (chromosomal, gonadal, gonoduktal, genital, zerebral, sozial usw.) unterschieden werden kann und dass die komplexe Interaktion dieser Faktoren vorschnelle oder einseitige Entschei-

dungen im Interesse ihres Kindes verbietet.

- ◆ Dass eine einmal getroffene Entscheidung in der Erziehung konsistent durchgehalten werden sollte, dass man allerdings bei unsicheren Entscheidungen (z.B. bei mGD) möglichst geschlechtsneutrale Namen (Michell/e; Réne/e; Kersten o.ä.) wählen sollte, dass sie **auf Verhaltensäußerungen des Kindes achten** sollten, die von der gewählten Zuschreibung abweichen, und dass diese eines flexiblen Umgangs und professioneller Hilfe, nicht aber unkritischer Unterdrückung bedürfen!

7. Sowohl den Eltern als auch dem Kind sollte **kontinuierliche sexualmedizinische Beratung und Begleitung bis ins Erwachsenenalter** angeboten werden. Ziel ist es, dass sich Kind und Eltern – gemeinsam oder allein – mit allen Fragen und Problemen an die professionellen Berater wenden und zu gegebener Zeit verantwortliche Entscheidungen bewusst getroffen werden können. Optimal ist bei dieser hochspezialisierten Betreuung ein auch in sexualmedizinischen Fragen geschultes Team. Nicht nur somatische, sondern eben auch psychosexuelle Parameter bedürfen der Verlaufskontrolle, um auf etwaige Änderungen rechtzeitig reagieren zu können!

8. Die strikte Beachtung der Individualität und Integrität des Kindes/Jugendlichen ist oberstes Gebot:

- ◆ Dies beginnt bereits bei der körperlichen Untersuchung, insbesondere im Genitalbereich, die nur wenn erforderlich (d.h. nicht zu „Demonstrationszwecken“) und mit Erklärung für den Patienten durchgeführt werden sollte.
- ◆ Die Erörterung sexueller Fragen bedarf gleichzeitig professioneller Offenheit und Zurückhaltung:

Dem Kind sollten diese Themen nicht aufgezwängt werden, wohl aber sollte ihm beständig signalisiert werden, dass es auch hierüber mit seinem Therapeuten reden kann. Dies wird umso wichtiger in der Pubertät, wenn es nicht nur um Fragen der sexuellen Orientierung, sondern im Zusammenhang mit der Wahl etwaiger medikamentöser und chirurgischer Optionen auch um deren Auswirkungen auf die Identitätsentwicklung, die sexuelle Erlebnisfähigkeit oder reproduktive Aspekte geht.

9. Rollenunsicherheiten oder Anzeichen einer Geschlechtsdysphorie sollen **rechtzeitig erkannt werden** und dann Gegenstand sexualmedizinisch-kinderpsychologischer Diagnostik und Therapie sein, die sich bezüglich ihrer Ziele jeweils am Einzelfall orientieren muss. Wenn der Patient (z.B. in der Pubertät) den **Wunsch nach einem Geschlechtswechsel** äußert, sollte in jedem Fall ein **psychotherapeutisch begleiteter Alltagstest** durchgeführt werden (vgl. Bosinski 2003), damit der Betreffende sicher ist, die richtige Entscheidung zu treffen.

10. Es sollte eine **Verpflichtung zur Nachuntersuchung** von Patienten mit Intersex-Syndrom bis ins Erwachsenenalter bestehen. Dabei sollte auch auf sexualmedizinische Fragen der Geschlechtsidentität, der sexuellen Orientierung und der psychosexuellen Erlebnisfähigkeit methodisch qualifiziert eingegangen werden.

11. Es geht immer um den je konkreten Menschen in seiner individuellen Einmaligkeit, nicht um die dogmatische Befolgung von starren Richtlinien. Grundsätzlich, zumal bei der Frage etwaiger genitalkorrigierender Operationen, gilt: **Nihil nocere!**

Literatur

- Aartsen, E.J.; Snelthage, R.A.; Van Geel, A.N.; Gallee, M.P. (1994): Squamous cell carcinoma of the vagina in a male pseudohermaphrodite with 5alpha-reductase deficiency. *INT J GYNECOL CANCER* 4: 283-287.
- Agate, R.A.; Grisham, W.; Wade, J.; Mann, S.; Wingfield, J.; Schanen, C.; Palotie, A.; Arnold, A.P. (2003): Neural, not gonadal, origin of brain sex differences in a gynandromorphic finch. *PNAS* 100: 4873-4878.
- Aguilar-Diosdado, M.; Gavilan-Villarejo, I.; Escobar-Jimenez, L.; Beltran, J.; Giron, J.A. (1995): Male pseudohermaphroditism with 5-alpha-reductase deficiency: report of two new familial cases. The importance of early diagnosis. *J PEDIATR ENDOCRINOL METAB* 8:67-71.
- Ahmed, S.F.; Cheng, A.; Dovey, L.; Hawkins, J.R.; Martin, H.; Rowland, J.; Shimura, N.; Tait, A.D.; Hughes, I.A. (2000): Phenotypic features, androgen receptor binding, and mutational analysis in 278 clinical cases reported as androgen insensitivity syndrome. *J CLIN ENDOCRINOL METAB* 85:658-65.
- Akgun, S.; Ertel, N.H.; Imperato-McGinley, J.; Sayli, B.S.; Shackleton, C. (1986): Familial male pseudohermaphroditism due to 5-alpha-reductase deficiency in a Turkish village. *AM J MED* 81: 267-74.
- Al-Attia, H.M. (1996): Gender identity and role in a pedigree of Arabs with intersex due to 5 alpha reductase-2 deficiency. *PSYCHONEUROENDOCRINOLOGY* 21:651-7.
- Al-Bassam, A.; Gado, A. (2004): Feminizing genital reconstruction: experience with 52 cases of ambiguous genitalia. *EUR J PEDIATR SURG* 14:172-8.
- Alderson, J.; Madill, A.; Balen, A. (2004): Fear of devaluation: understanding the experience of intersexed women with androgen insensitivity syndrome. *BR J HEALTH PSYCHOL* 9:81-100.
- Alizai, N.K.; Thomas, D.F.; Lilford, R.J.; Batchelor, A.G.; Johnson, N. (1999): Feminizing genitoplasty for congenital adrenal hyperplasia: what happens at puberty? *J UROL* 161:1588-91.
- Alvarez-Nava, F.; Gonzalez, S.; Soto, S.; Pineda, L.; Morales-Machin, A. (1999): Mixed gonadal dysgenesis: a syndrome of broad clinical, cytogenetic and histopathologic spectrum. *GENET COUNS* 10:233-43.

- Andersson, S.; Geissler, W.M.; Wu, L.; Davis, D.L.; Grumbach, M.M.; New, M.I.; Schwarz, H.P.; Blethen, S.L.; Mendonca, B.B.; Bloise, W.; Witchel, S.F.; Cutler, G.B.; Griffin, J.E.; Wilson, J.D.; Russell, D.W. (1996): Molecular genetics and pathophysiology of 17 β -hydroxysteroid dehydrogenase 3 deficiency. *J CLIN ENDOCRINOL METABOL* 81: 139-136.
- Arnold, A.P.; Xu, J.; Grisham, W.; Chen, X.; Kim, Y.H.; Itoh, Y. (2003): Sex chromosomes and brain sexual differentiation. *ENDOCRINOLOGY* 145: 1057-1062
- Bailez, M.M.; Gearhart, J.P.; Migeon, C.; Rock, J. (1992): Vaginal reconstruction after initial construction of the external genitalia in girls with salt-wasting adrenal hyperplasia. *J UROL* 148: 680-2.
- Baker Towell, D.M.; Towell, A.D. (2003): A preliminary investigation into quality of life, psychological distress and social competence in children with cloacal exstrophy. *J UROL* 169: 1850-3.
- Barbin, H.; Foucault, M. (1998): Über Hermaphroditismus. Frankfurt; M.: Edition Suhrkamp.
- Baskin, L.S. (2002): Anatomical studies of the fetal genitalia: surgical reconstructive implications. *ADV EXP MED BIOL* 511: 239-49.
- Baskin, L.S. (2004): Anatomical studies of the female genitalia: surgical reconstructive implications. *J PEDIATR ENDOCRINOL METAB* 17: 581-7.
- Baumgartner-Parzer, S.M.; Nowotny, P.; Heinze, G.; Waldhäusl, W.; Vierhapper, H. (2005): Carrier frequency of congenital adrenal hyperplasia (21-hydroxylase deficiency) in a middle european population. *J CLIN ENDOCRINOL METABOL* 90: 775-778.
- Beh, H.G.; Diamond, M. (2000): Surgical Treatment of Infants with Ambiguous Genitalia: Deficiencies in the Standard of Care and Informed Consent. *Michigan J Gender & Law* 7: 1-63.
- Berenbaum, S.A. (2003): Management of children with intersex conditions: Psychological and methodological perspectives. *GROWTH GENTECIS & HORMONES* 19: 1-6.
- Berenbaum, S.A.; Bailey, J.M. (2003): Effects on gender identity of prenatal androgens and genital appearance: evidence from girls with congenital adrenal hyperplasia. *J CLIN ENDOCRINOL METAB* 88: 1102-6.
- Berenbaum, S.A.; Duck, S.C.; Bryk, K. (2000): Behavioral effects of prenatal versus postnatal androgen excess in children with 21-hydroxylase-deficient congenital adrenal hyperplasia. *J CLIN ENDOCRINOL METABOL* 85: 727-733.
- Berenbaum, S.A.; Korman Bryk, K.; Duck, S.C.; Resnick, S.M. (2004): Psychological adjustment in children and adults with congenital adrenal hyperplasia. *J PEDIATR* 144:741-6.
- Bin-Abbas, B.; Conte, F.A.; Grumbach, M.M.; Kaplan, S.L. (1999): Congenital hypogonadotropic hypogonadism and micropenis: Effect of testosterone treatment on adult penile size why sex reversal is not indicated. *J PEDIATR* 134: 579-83.
- Birnbacher, R.; Marberger, M.; Weissenbacher, G.; Schober, E.; Frisch, H. (1999): Gender identity reversal in an adolescent with mixed gonadal dysgenesis. *J PEDIATR ENDOCRINOL METAB* 12: 687-90.
- Blackless, M.; Charuvastra, A.; Derryck, A.; Fausto-Sterling, A.; Lauzanne, K.; Lee, E. (2000): How sexually dimorphic are we? Review and synthesis. *AM J HUMAN BIOLOGY* 12: 151-166.
- Boehmer, A.L.; Brinkmann, A.O.; Sandkuijl, L.A.; Halley, D.J.; Niermeijer, M.F.; Andersson, S.; de Jong, F.H.; Kayserili, H.; de Vroede, M.A.; Otten, B.J.; Rouwe, C.W.; Mendonca, B.B.; Rodrigues, C.; Bode, H.H.; de Ruiten, P.E.; Delemarre-van de Waal, H.A.; Drop, S.L. (1999): 17 β -hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency: diagnosis, phenotypic variability, population genetics, and worldwide distribution of ancient and de novo mutations. *J CLIN ENDOCRINOL METAB* 84: 4713-21.
- Boehmer, A.L.; Brinkmann, O.; Bruggenwirth, H.; van Assendelft, C.; Otten, B.J.; Verleun-Mooijman, M.C.; Niermeijer, M.F.; Brunner, H.G.; Rouwe, C.W.; Waelkens, J.J.; Oostdijk, W.; Kleijer, W.J.; van der Kwast, T.H.; de Vroede, M.A.; Drop, S.L. (2001 a): Genotype versus phenotype in families with androgen insensitivity syndrome. *J CLIN ENDOCRINOL METAB* 86: 4151-60.
- Boehmer, A.L.; Nijman, R.J.; Lammers, B.A.; de, Coninck, S.J.; Van Hemel, J.O.; Themmen, A.P.; Mureau, M.A.; de Jong, F.H.; Brinkmann, A.O.; Niermeijer, M.F.; Drop, S.L. (2001 b): Etiological studies of severe or familial hypospadias. *J UROL* 165: 1246-54.
- Borer, J.G.; Nitti, V.W.; Glassberg, K.I. (1995): Mixed gonadal dysgenesis and dysgenetic male pseudohermaphroditism. *J UROL* 153: 1267-73.
- Bosinski, H.A.G. (2000 a): Determinanten der Geschlechtsidentität – Neue Befunde zu einem alten Streit. *SEXUOLOGIE* 7: 96-140.
- Bosinski, H.A.G. (2000 b): Frau-zu-Mann-Transsexualismus: Ein biopsychosozialer Erklärungsansatz. *HUMANONTOGENETIK* 2: 69-86 .
- Bosinski, H.A.G. (2001): Psychosexuelle Probleme bei Störungen der somatosexuellen Entwicklung. *MED GEN* 13: 42-45.
- Bosinski, H.A.G. (2003): Diagnostische und arztrechtliche Probleme bei transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörungen. *Urologe [A]* 42: 709–721.
- Boudon, C.; Lumbroso, S.; Lobaccaro, J.M.; Szarras-Czapnik, M.; Romer, T.E.; Garandeau, P.; Montoya, P.; Sultan, C. (1995): Molecular study of the 5 α -reductase type 2 gene in three european families with 5 α -reductase deficiency. *J CLIN ENDOCRINOL METABOL* 80: 2149-2153.
- Bouvattier, C.; Carel, J.C.; Lecointre, C.; David, A.; Sultan, C.; Bertrand, A.M.; Morel, Y.; Chaussain, J.L. (2002): Postnatal changes of T, LH, and FSH in 46,XY infants with mutations in the AR gene. *J CLIN ENDOCRINOL METAB* 87:29-32.
- Brinkmann, A.O. (2001): Molecular basis of androgen insensitivity. *MOL CELL ENDOCRINOL* 179:105-9.
- British Association of Paediatric Surgeons (BAPS) (2001): Statement of the Working Party (Rangecroft, L.; Brain, C.; Creighton, S.; Di Ceglie, D.; Ogilvy-Stuart, A.; Malone, P.; Turnock, R.) on the Surgical Management of Children Born with Ambiguous Genitalia. <http://www.baps.org.uk/documents/Intersex%20statement.htm>
- Byun, J.S.; Cho, B.C.; Baik, B.S. (1994): Results of one-stage penile reconstruction using an innervated radial osteocutaneous flap. *J RECONSTR MICROSURG* 10: 321-31.
- Cai, L.Q.; Zhu, Y.S.; Katz, M.D.; Herrera, C.; Baez, J.; DeFillo-Ricart, M.; Shackleton, C.H.; Imperato-McGinley, J. (1996): 5 α -reductase-2 gene mutations in the Dominican Republic. *J CLIN ENDOCRINOL METAB* 81:1730-5.
- Can, S.; Zhu, Y.S.; Cai, L.Q.; Ling, Q.; Katz, M.D.; Akgun, S.; Shackleton, C.H.L.; Imperato-McGinley, J. (1998): The Identification of 5 α -reductase-2 and 17 β -hydroxysteroid dehydrogenase-3 gene defects in male pseudohermaphrodites from a Turkish kindred. *CLIN ENDOCRINOL METABOL* 83: 560-569.
- Canto, P.; Vilchis, F.; Chavez, B.; Mutchinick, O.; Imperato-McGinley, J.; Perez-Palacios, G.; Ulloa-Aguirre, A.; Mendez, J.P. (1997): Mutations of the 5 α -reductase type 2 gene in eight Mexican patients from six different pedigrees with 5 α -reductase-2 deficiency. *CLIN ENDOCRINOL (Oxf)* 46:155-60.
- Cantu, J.M.; Corona-Rivera, E.; Diaz, M.; Medina, C.; Esquinca, E.; Cortes-Gallegos, V.; Vaca, G.; Hernandez, A. (1980): Post-pubertal female psychosexual orientation in incomplete male pseudohermaphroditism type 2 (5 α -reductase deficiency). *ACTA ENDOCRINOL (Copenh)* 94:273-9.
- Chase, C. (1999): Rethinking treatment for ambiguous genitalia. *PEDIATRIC NURSING* 25: 451-455.
- Chavez, B.; Mendez, J.P.; Ulloa-Aguirre, A.; Larrea, F.; Vilchis, F. (2001): Eight novel mutations of the androgen receptor gene in patients with androgen insensitivity syndrome. *J HUM GENET* 46: 560-5.
- Chávez, B.; Valdez, E.; Vilchis, F. (2000): Uniparental disomy in steroid 5 α -reductase-2-deficiency. *J CLIN ENDOCRINOL METABOL* 85: 3147-3150.

- Ciftci, A.O.; Senocak, M.E.; Buyukpamukcu, N. (1995): Male gender assignment in penile agenesis: a case report and review of the literature. *J PEDIATR SURG* 30: 1358-60.
- Codner, E.; Okuma, C.; Iniguez, G.; Boric, M.A.; Avila, A.; Johnson, M.C.; Cassorla, F.G. (2004): Molecular study of the 3 beta-hydroxysteroid dehydrogenase gene type II in patients with hypospadias. *J CLIN ENDOCRINOL METAB* 89: 957-64.
- Colapinto, J. (2000): *As Nature Made Him : The Boy Who Was Raised As a Girl*. New York: HarperCollins.
- Corrall, R.J.; Wakelin, K.; O'Hare, J.P.; O'Brien, I.A.; Ishmail, A.A.; Honour, J. (1984): 5 alpha-reductase deficiency: diagnosis via abnormal plasma levels of reduced testosterone derivatives. *ACTA ENDOCRINOL (Copenh)* 107: 538-43.
- Creighton, S.M.; Minto, C.L. (2001): Managing intersex. *BR MED J* 323: 1264-1265.
- Creighton, S.M.; Minto, C.L.; Liao, L.M.; Alderson, J.; Simmonds, M. (2004): Meeting between experts: evaluation of the first UK forum for lay and professional experts in intersex. *PATIENT EDUC COUNS* 54: 153-7.
- Creighton, S.M.; Minto, C.L.; Steele, S.J. (2001): Objective cosmetic and anatomical outcomes at adolescence of feminising surgery for ambiguous genitalia done in childhood. *LANCET* 358: 124-5.
- Crouch, N.S.; Creighton, S.M. (2004): Minimal surgical intervention in the management of intersex conditions. *J PEDIATR ENDOCRINOL METAB* 17: 1591-6.
- Crouch, N.S.; Minto, C.L.; Laio, L.M.; Woodhouse, C.R.; Creighton, S.M. (2004): Genital sensation after feminizing genitoplasty for congenital adrenal hyperplasia: A pilot study. *BJU INT* 93: 135-8.
- Dasgupta, R.; Schnitzer, J.J.; Hendren, W.H.; Donahoe, P.K. (2003): Congenital adrenal hyperplasia: surgical considerations required to repair a 46,XX patient raised as a boy. *J PEDIATR SURG* 38: 1269-73.
- De Fontaine, S.; Lorea, P.; Wespes, E.; Schulman, C.; Goldschmidt, D. (2001): Complete phalloplasty using the free radial forearm flap for correcting micropenis associated with vesical exstrophy. *J UROL* 166:597-9.
- Dessouky, N.M. (2003) Gender assignment for children with intersex problems: An Egyptian perspective. *SAUDI MED J* 24(5 Suppl): 51-2.
- Dewing, P.; Shi, T.; Horvath, S.; Vilain, E. (2003): Sexually dimorphic gene expression in mouse brain precedes gonadal differentiation. *BRAIN RES MOL BRAIN RES* 21:82-90.
- Diamond, M. (1982): Sexual identity, monozygotic twins reared in discordant sex roles and a BBC follow-up. Brief communication. *ARCH SEX BEHAV* 11: 181-186.
- Diamond, M.; Yates, A. (Eds.) (2004): Sex and gender. *CHILD ADOLESC PSYCHIATR CLIN N AM* Vol. 13, Number 3.
- Diamond, M.; Sigmundson, K. (1997): Management of intersexuality. Guidelines for dealing with persons with ambiguous genitalia. *ARCH PEDIATR ADOLESC MED* 151: 1046-1050.
- Diamond, M.; Watson, L.A. (2004): Androgen insensitivity syndrome and Klinefelter's syndrome: sex and gender considerations. *CHILD ADOLESC PSYCHIATR CLIN N AM* 13: 623-40.
- Dittmann, R.W.; Kappes, M.H.; Kappes, M.E. (1992): Sexual behavior in adolescent and adult females with congenital adrenal hyperplasia. *PSYCHONEUROENDOCRINOLOGY* 17: 1-18.
- Dreger, A.D. (1998 a): Hermaphroditism and the medical invention of sex. Cambridge, London: Harvard Univ Press.
- Dreger, A.D. (1998 b): „Ambiguous sex“ – or ambivalent medicine? Ethical issues in the treatment of intersexuality. *HASTINGS CENTER REPORT* 28: 24-36.
- Duncan, S.L.; Page, K.B.; Rodgers, D.A. (1997): 17 beta-hydroxysteroid dehydrogenase deficiency with minimal virilization and spontaneous reduction of serum androgens to normal female levels. *CLIN ENDOCRINOL (Oxf)* 46: 369-72.
- Eckstein, B.; Cohen, S.; Farkas, A.; Rösler, A (1989): The nature of the defect in familial male pseudohermaphroditism in Arabs of Gaza. *J CLIN ENDOCRINOL METAB* 68: 477-485.
- Elsas, L.J.; Ljungqvist, A.; Ferguson-Smith, M.A.; Simpson, J.L.; Genel, M.; Carlson, A.S.; Ferris, E.; de la Chappelle, A.; Ehrhardt, A.A. (2000): Gender verification of female athletes. *GENET MED* 2: 249-254.
- Eroglu, E.; Tekant, G.; Gundogdu, G.; Emir, H.; Ercan, O.; Soylet, Y.; Danismend, N. (2004): Feminizing surgical management of intersex patients. *PEDIATR SURG INT* 20: 543-7.
- Evans, J.A.; Erdile, L.B.; Greenberg, C.R.; Chudley, A.E. (1999): Agenesis of the penis: Patterns of associated malformations. *AM J MED GENET* 84: 47-55.
- Farkas, A.; Rösler, A. (1993): Ten years experience with masculinizing genitoplasty in male pseudohermaphroditism due to 17 beta-hydroxysteroid dehydrogenase deficiency. *EUR J PEDIATR* 152: S88-90.
- Fausto-Sterling, A. (2000): The five sexes, revisited. *Sciences (New York)* 40: 18-23.
- Ferraz, L.F.; Mathias, Baptista, M.T.; Maciel-Guerra, A.T.; Junior, G.G.; Hackel, C. (1999): New frameshift mutation in the 5alpha-reductase type 2 gene in a Brazilian patient with 5alpha-reductase deficiency. *AM J MED GENET* 87: 221-5.
- Fisher, J.S. (2004): Environmental anti-androgens and male reproductive health: focus on phthalates and testicular dysgenesis syndrome. *REPRODUCTION* 127:305-15.
- Forest, M.G. (2004): Recent advances in the diagnosis and management of congenital adrenal hyperplasia (CAH) due to 21-hydroxylase deficiency. *HUM REPROD* 10: 469-485.
- Forest, M.G.; Nicolino, M.; David, M.; Morel, Y. (2004): The virilized female: endocrine background. *BJU INT* 93 (Suppl. 3): 35-43.
- Forti, G.; Falchetti, A.; Santoro, S.; Davis, D.L.; Wilson, J.D.; Russell, D.W. (1996): Steroid 5 alpha-reductase 2 deficiency: virilization in early infancy may be due to partial function of mutant enzyme. *CLIN ENDOCRINOL* 44: 477-482.
- Gearhart, J.P.; Burnett, A.; Owens, J.H. (1995): Measurement of pudendal evoked potentials during feminising genitoplasty: Technique and applications. *J UROL* 153: 486-7.
- Genel, M. (2000): Gender Verification No More? *Medscape Women's Health* 5(3): <http://womenshealth.medscape.com>; *Medscape*; *womenshealth*; *journal*; *public*; *archive*; 2000; *toc-0503.html*.
- Giwercman, Y.L.; Ivarsson, S.A.; Richthoff, J.; Lundin, K.B.; Giwercman, A. (2004): A novel mutation in the D-box of the androgen receptor gene (S597R) in two unrelated individuals Is associated with both normal phenotype and severe PAIS. *HORM RES* 61: 58-62.
- Giwercman, Y.L.; Nikoshkov, A.; Bystrom, B.; Pousette, A.; Arver, S.; Wedell, A. (2001): A novel mutation (N233K) in the transactivating domain and the N756S mutation in the ligand binding domain of the androgen receptor gene are associated with male infertility. *CLIN ENDOCRINOL (Oxf)* 54: 827-34.
- Gooren, L.J.G.; Cohen-Kettenis, P.T. (1991): Development of male gender identity; role and a sexual orientation towards women in a 46,XY subject with incomplete form of the androgen insensitivity syndrome. *ARCH SEX BEHAV* 20: 459-470.
- Gottlieb, B.; Beitel, L.K.; Wu, J.H.; Trifiro, M. (2004): The androgen receptor gene mutations database (ARDB): 2004 update. *HUM MUTAT* 23: 527-33.
- Graziano, K.; Teitelbaum, D.H.; Hirschl, R.B.; Coran, A.G. (2002): Vaginal reconstruction for ambiguous genitalia and congenital absence of the vagina: a 27-year experience. *J PEDIATR SURG* 37: 955-60.
- Gregory, J.W.; Aynsley-Green, A.; Evans, B.A.; Hughes, I.A.; Werder, E.A.; Zachmann, M. (1993): Deficiency of 17-ketoreductase presenting before puberty. *HORM RES* 40: 145-8.
- Gupta, D.K.; Menon, P.S. (1997): Ambiguous genitalia—an Indian

- perspective. *INDIAN J PEDIATR* 64: 189-94.
- Hall, C.M.; Jones, J.A.; Meyer-Bahlburg, H.F.L.; Dolezal, C.; Coleman, M.; Foster, P.; Price, D.A.; Clayton, P.E. (2004): Behavioral and physical masculinization are related to genotype in girls with congenital adrenal hyperplasia (CAH). *J CLIN ENDOCRINOL METABOLISM* 89: 419-424.
- Hannema, S.E.; Scott, I.S.; Hodapp, J.; Martin, H.; Coleman, N.; Schwabe, J.W.; Hughes, I.A. (2004): Residual activity of mutant androgen receptors explains wolffian duct development in the complete androgen insensitivity syndrome. *J CLIN ENDOCRINOL METAB* 89: 5815-22.
- Hausman, B.L. (2000): Do Boys have to be boys? Gender, narrativity, and the John; Joan case. *NWSA J* 12: 114-138.
- Hedia, S.; Mohamed, S.; Insaif, H.A.; Houda, G.; Yamina, F.; Myrvat, K.; Maria, H.; Ali, H. (2001): [Male pseudo-hermaphroditism due to partial 5 alpha-reductase deficiency, a case report] *TUNIS MED* 79: 261-5.
- Herd, G.H.; Davidson, J. (1988): The „Sambia Turnim Man“: Sociocultural and clinical aspects of gender formation in male pseudohermaphrodites with 5alpha-reductase deficiency in Papua New Guinea. *ARCH SEX BEHAV* 17: 33-56.
- Hines, M. (2003): Sex steroids and human behavior: Prenatal androgen exposure and sex-typical play behavior in children. *ANN NY ACAD SCI* 1007: 272-82.
- Hines, M.; Ahmed, S.F.; Hughes, I.A. (2003): Psychological outcomes and gender-related development in complete androgen insensitivity syndrome. *ARCH SEX BEHAV* 32: 93-101.
- Hiort, O.; Holterhus, P.M.; Sinnecker, G.H.G.; Krus, K. (1999): Androgenresistenzsyndrome – klinische und molekulare Grundlagen. *DT ARZTEBLATT* 96, H 11: A-686-692.
- Hiort, O.; Schutt, S.M.; Bals-Pratsch, M.; Holterhus, P.M.; Marschke, C.; Struve, D. (2002): A novel homozygous disruptive mutation in the SRD5A2-gene in a partially virilized patient with 5alpha-reductase deficiency. *INT J ANDROL* 25: 55-8.
- Hiort, O.; Willenbring, H.; Albers, N.; Hecker, W.; Engert, J.; Dibbelt, L.; Sinnecker, G.H. (1996): Molecular genetic analysis and human chorionic gonadotropin stimulation tests in the diagnosis of prepubertal patients with partial 5 alpha-reductase deficiency. *EUR J PEDIATR* 155: 445-51.
- Hochberg, Z.; Chayen, R.; Reiss, N.; Falik, Z.; Makler, A.; Munichor, M.; Farkas, A.; Goldfarb, H.; Ohana, N.; Hiort, O. (1996): Clinical, biochemical, and genetic findings in a large pedigree of male and female patients with 5 alpha-reductase 2 deficiency. *J CLIN ENDOCRINOL METAB* 81: 2821-7.
- Holterhus, P.M.; Hiort, O.; Demeter, J.; Brown, P.O.; Brooks, J.D. (2003): Differential gene-expression patterns in genital fibroblasts of normal males and 46,XY females with androgen insensitivity syndrome: evidence for early programming involving the androgen receptor. *GENOME BIOL* 4: R37.
- Hooper, H.T.; Figueiredo, B.C.; Pavan-Senn, C.C.; De Lacerda, L.; Sandrini, R.; Mengarelli, J.K.; Japp, K.; Karaviti, L.P. (2004): Concordance of phenotypic expression and gender identity in a large kindred with a mutation in the androgen receptor. *CLIN GENET* 65: 183-90.
- Hurwitz, R.S.; Manzoni, G.A.; Ransley, P.G.; Stephens, F.D. (1987): Cloacal exstrophy: A report of 34 cases. *J UROL* 138: 1060-4.
- Husmann, D.A.; McLorie, G.A.; Churchill, B.M. (1989): Phallic reconstruction in cloacal exstrophy. *J UROL* 142: 563-4.
- Imperato-McGinley, J. (2002): 5alpha-reductase-2 deficiency and complete androgen insensitivity: lessons from nature. *ADV EXP MED BIOL* 511: 121-31; discussion 131-4.
- Imperato-McGinley, J.; Miller, M.; Wilson, J.D.; Peterson, R.E.; Shackleton, C.; Gajdusek, D.C. (1991): A cluster of male pseudohermaphrodites with 5-alpha-reductase deficiency in Papua New Guinea. *CLIN ENDOCRINOL (Oxf)* 34(4): 293-8.
- Imperato-McGinley, J.; Peterson, R.E.; Gautier, T.; Sturla, E. (1974): Steroid 5alpha-reductase deficiency in man: An inherited form of male pseudohermaphroditism. *SCIENCE* 186: 1213-1243.
- Imperato-McGinley, J.; Peterson, R.E.; Leshin, M.; Griffin, J.E.; Cooper, G.; Draghi, S.; Berenyi, M.; Wilson, J.D. (1980): Steroid 5alpha-reductase deficiency in a 65-year old male pseudohermaphrodite: The natural history, ultrastructure of the testis and evidence for inherited enzyme heterogeneity. *J CLIN ENDOCRINOL METABOL* 50: 15-22.
- Imperato-McGinley, J.; Peterson, R.E.; Stoller, R.; Goodwin, W.E. (1979): Male pseudohermaphroditism secondary to 17 beta-hydroxysteroid dehydrogenase deficiency: gender role change with puberty. *J CLIN ENDOCRINOL METAB* 49: 391-5.
- Imperato-McGinley, J.; Zhu, Y.S. (2002): Androgens and male physiology the syndrome of 5alpha-reductase-2 deficiency. *MOL CELL ENDOCRINOL* 198: 51-9.
- Jensen, A.; Grewal, H.; Dean, G.; Rezvani, I. (2003): Pediatric surgical images: mixed gonadal dysgenesis. *J PEDIATR SURG* 38: 988-9.
- Jones, H.W. Jr.; Park, I.J.; Rock, J.A. (1978): Technique of surgical sex reassignment for micropenis and allied conditions. *AM J OBSTET GYNECOL* 132: 870-7.
- Kaefer, M.; Diamond, D.; Hendren, W.H.; Vemulapalli, S.; Bauer, S.B.; Peters, C.A.; Atala, A.; Retik, A.B. (1999): The incidence of intersexuality in children with cryptorchidism and hypospadias: stratification based on gonadal palpability and meatal position. *J UROL* 162: 1003-1006.
- Kipnis, K.; Diamond, M. (1998): Pediatric ethics and the surgical assignment of sex. *J CLIN ETHICS* 9: 398-410.
- Kohler, B.; Lumbroso, S.; Leger, J.; Audran, F.; Grau, E.S.; Kurtz, F.; Pinto, G.; Salerno, M.; Semitcheva, T.; Czernichow, P.; Sultan, C. (2005): Androgen insensitivity syndrome: Somatic mosaicism of the androgen receptor in seven families and consequences for sex assignment and genetic counseling. *J CLIN ENDOCRINOL METAB* 90: 106-11.
- Krege, S.; Walz, K.H.; Hauffa, B.P.; Korner, I.; Rubben, H. (2000): Long-term follow-up of female patients with congenital adrenal hyperplasia from 21-hydroxylase deficiency, with special emphasis on the results of vaginoplasty. *BJU INT* 86: 253-8.
- Kuhnle, U.; Krahl, W. (2002): The impact of culture on sex assignment and gender development in intersex patients. *PERSPECTIVES IN BIOLOGY & MEDICINE* 45: 85-103.
- Kuttann, F.; Mowszowicz, I.; Wright, F.; Baudot, N.; Jaffiol, C.; Robin, M.; Mauvais-Jarvis, P. (1979): Male pseudohermaphroditism: a comparative study of one patient with 5 alpha-reductase deficiency and three patients with the complete form of testicular feminization. *J CLIN ENDOCRINOL METAB* 49: 861-5.
- Labrie, F.; Sugimoto, Y.; Luu-The, V.; Simard, J.; Lachance, Y.; Bachvarov, D.; Leblanc, G.; Durocher, F.; Paquet, N. (1992): Structure of human type II 5 alpha-reductase gene. *ENDOCRINOLOGY* 131: 1571-1573.
- Lalau Keraly, J.; Chaussain, J.L.; Job, J.C. (1985): Mixed gonadal dysgenesis. Apropos of a series of 21 cases. *ARCH FR PEDIATR* 42: 169-73.
- Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society (LWPES); European Society for Paediatric Endocrinology (ESPE) (2002): Joint CAH working group (Clayton, P.E.; Miller, W.L.; Oberfield, S.E.; Ritzen, E.M.; Sippell, W.G.; Speiser, P.W.) (2002): Consensus statement on 21-hydroxylase deficiency from the European Society for Paediatric Endocrinology and the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society. *HORM RES* 58: 188-95.
- Lee, P.A.; Witchel, S.F. (2002): Genital surgery among females with congenital adrenal hyperplasia: changes over the past five decades. *J PEDIATR ENDOCRINOL METAB* 15: 1473-7.
- Lindqvist, A.; Hughes, I.A.; Andersson, S. (2001): Substitution mutation C268Y causes 17 beta-hydroxysteroid dehydrogenase 3 deficiency. *J CLIN ENDOCRINOL METAB* 86:921-3.

- Lund, D.P.; Hendren, W.H. (2001): Cloacal exstrophy: a 25-year experience with 50 cases. *J PEDIATR SURG* 36: 68-75.
- May, B.; Boyle, M.; Grant, D. (1996): A comparative study of sexual experiences: women with diabetes and women with congenital adrenal hyperplasia. *J HEALTH PSYCHOL* 1: 153-170.
- Mazen, I.; Hafez, M.; Mamdouh, M.; Sultan, C.; Lumbroso, S. (2003): A novel mutation of the 5alpha-reductase type 2 gene in two unrelated Egyptian children with ambiguous genitalia. *J PEDIATR ENDOCRINOL METAB* 16:219-24.
- Mazen, I.; Gad, YZ.; Hafez, M.; Sultan, C.; Lumbroso, S. (2003): Molecular analysis of 5alpha-reductase type 2 gene in eight unrelated Egyptian children with suspected 5alpha-reductase deficiency: prevalence of the G34R mutation. *CLIN ENDOCRINOL (Oxf)* 58:627-31.
- Mazen, I.; Lumbroso, S.; Abdel Ghaffar, S.; Salah, N.; Sultan, C. (2004): Mutation of the androgen receptor (R840S) in an Egyptian patient with partial androgen insensitivity syndrome: review of the literature on the clinical expression of different R840 substitutions. *J ENDOCRINOL INVEST* 27:57-60.
- Mazur, T.; Sandberg, D.E.; Perrin, M.A.; Gallagher, J.A.; MacGillivray, M.H. (2004): Male pseudohermaphroditism: Long-term quality of life outcome in five 46,XY individuals reared female. *J PEDIATR ENDOCRINOL METAB* 17: 809-23.
- McDonald, M.T.; Flejter, W.; Sheldon, S.; Putzi, M.J.; Gorski, J.L. (1997): XY sex reversal and gonadal dysgenesis due to 9p24 monosomy. *AM J MED GENET* 73: 321-326.
- Melo, K.F.; Mendonca, B.B.; Billerbeck, A.E.; Costa, E.M.; Inacio, M.; Silva, F.A.; Leal, A.M.; Latronico, A.C.; Arnhold, I.J. (2003): Clinical, hormonal, behavioral, and genetic characteristics of androgen insensitivity syndrome in a Brazilian cohort: five novel mutations in the androgen receptor gene. *J CLIN ENDOCRINOL METAB* 88: 3241-50.
- Melton, L. (2001): New perspectives on the management of intersex. *LANCET* 357: 2110.
- Mendez, J.P.; Ulloa-Aguirre, A.; Imperato-McGinley, J.; Brugmann, A.; Delfin, M.; Chavez, B.; Shackleton, C.; Kofman-Alfaro, S.; Perez-Palacios, G. (1995): Male pseudohermaphroditism due to primary 5 alpha-reductase deficiency: variation in gender identity reversal in seven Mexican patients from five different pedigrees. *J ENDOCRINOL INVEST* 18: 205-13.
- Mendonca, B.B.; Inacio, M.; Arnhold, I.J.; Costa, E.M.; Bloise, W.; Martin, R.M.; Denes, F.T.; Silva, F.A.; Andersson, S.; Lindqvist, A.; Wilson, J.D. (2000): Male pseudohermaphroditism due to 17 beta-hydroxysteroid dehydrogenase 3 deficiency. Diagnosis, psychological evaluation, and management. *MEDICINE (Baltimore)* 79: 299-309.
- Mendonca, B.B.; Inacio, M.; Costa, E.M.; Arnhold, I.J.; Silva, F.A.; Nicolau, W.; Bloise, W.; Russel, D.W.; Wilson, J.D. (1996): Male pseudohermaphroditism due to steroid 5alpha-reductase 2 deficiency. Diagnosis, psychological evaluation, and management. *MEDICINE (Baltimore)* 75: 64-76.
- Meyer-Bahlburg, H.F.L. (1999): What causes low rates of child-bearing in congenital adrenal hyperplasia (CAH)? *J CLIN ENDOCRINOL METABOL* 84: 1844-1847.
- Meyer-Bahlburg, H.F.L. (2001): Gender and sexuality in classic congenital adrenal hyperplasia (CAH). *ENDOCRINOL METABOLISM CLINICS NORTH AMERICA* 30: 155-171.
- Meyer-Bahlburg, H.F.L. (2002): Gender assignment and reassignment in intersexuality: controversies, data, and guidelines for research. *ADV EXP MED BIOL* 511: 199-223.
- Meyer-Bahlburg, H.F.L.; Blizzard, R.M. (2004): Conference proceedings: Research on intersex. *ENDOCRINOLOGIST* 14: 59-69.
- Meyer-Bahlburg, H.F.L.; Dolezal, C.; Baker, S.W.; Carlson, A.D.; Obeid, J.S.; New, M.I. (2004): Prenatal androgenization affects gender-related behavior but not gender identity in 5-12-year-old girls with congenital adrenal hyperplasia. *ARCH SEX BEHAV* 33: 97-104.
- Meyer-Bahlburg, H.F.L.; Gruen, R.S.; New, M.I.; Bell, J.J.; Morishima, A.; Shimshi, M.; Bueno, Y.; Vargas, I.; Baker, S.W. (1996): Gender change from female to male in classical congenital adrenal hyperplasia (CAH). *HORMONES & BEHAVIOR* 30: 319-332.
- Migeon, C.J.; Wisniewski, A.B.; Brown, T.R.; Rock, J.A.; Meyer-Bahlburg, H.F.; Money, J.; Berkovitz, G.D. (2002b): 46,XY intersex individuals: phenotypic and etiologic classification, knowledge of condition, and satisfaction with knowledge in adulthood. *PEDIATRICS* 110(3): e32.
- Migeon, C.J.; Wisniewski, A.B.; Gearhart, J.P.; Meyer-Bahlburg, H.F.; Rock, J.A.; Brown, T.R.; Casella, S.J.; Maret, A.; Ngai, K.M.; Money, J.; Berkovitz, G.D. (2002a): Ambiguous genitalia with perineoscrotal hypospadias in 46,XY individuals: Long-term medical, surgical, and psychosexual outcome. *PEDIATRICS* 110(3): e31
- Minto, C.L.; Liao, K.L.; Conway, G.S.; Creighton, S.M. (2003): Sexual function in women with complete androgen insensitivity syndrome. *FERTIL STERIL* 80: 157-64.
- Minto, C.L.; Liao, L.-M.; Woodhouse, C.R.J.; Ransley, P.G.; Creighton, S.M. (2003): The effect of clitoral surgery on sexual outcome in individuals who have intersex conditions with ambiguous genitalia: A cross-sectional study. *LANCET* 361: 1252-1257.
- Mitchell, M.E.; Plaire, C. (2002): Management of cloacal exstrophy. *ADV EXP MED BIOL* 511: 267-270; discussion 270-273.
- Moghrabi, N.; Hughes, I.A.; Dunaif, A.; Andersson, S. (1998): Deleterious missense mutations and silent polymorphism in the human 17beta-hydroxysteroid dehydrogenase 3 gene (HSD17B3). *J CLIN ENDOCRINOL METAB* 83: 2855-60.
- Money, J. (1987): Psychological considerations in patients with ambisexual development. *SEMINARS REPRODUCT ENDOCRINOL* 5: 307-313.
- Money, J. (1988): Gay, straight, and In-between. The sexology of erotic orientation. New York: Oxford University Press.
- Money, J. (1991): Biographies of gender and hermaphroditism in paired comparison. Clinical supplement to the Handbook of Sexology. Amsterdam: Elsevier.
- Money, J.; Daléry, J. (1976): Iatrogenic homosexuality: gender identity in seven 46,XX chromosomal females with hyperadrenocortical hermaphroditism born with a penis, three reared as boys, four reared as girls. *J HOMOSEX* 1: 357-71.
- Money, J.; Ehrhardt, A.A. (1975): Männlich – Weiblich: Die Entstehung der Geschlechtsunterschiede. Reinbeck: Rowohlt-Taschenbuch.
- Money, J.; Hampson, J.G.; Hampson, J.L. (1955): An examination of some basic sexual concepts: The evidence of human hermaphroditism. *BULL JOHNS HOPKINS HOSP* 97: 301-319.
- Money, J.; Schwartz, M.; Lewis, V.G. (1984): Adult erotosexual status and fetal hormonal masculinization and demasculinization: 46,XX congenital virilizing adrenal hyperplasia and 46,XY androgen-insensitivity syndrome compared. *PSYCHONEUROENDOCRINOLOGY* 9: 405-414.
- Morel, Y.; Rey, R.; Teinturier, C.; Nicolino, M.; Michel-Calemard, L.; Mowszowicz, I.; Jaubert, F.; Fellous, M.; Chaussain, J.L.; Chatelain, P.; David, M.; Nihoul-Fekete, C.; Forest, M.G.; Josso, N. (2002): Aetiological diagnosis of male sex ambiguity: A collaborative study. *EUR J PEDIATR* 161: 49-59.
- Mouriquand, P.D.E. (2004): Possible determinants of sexual identity: How to make the least bad choice in children with ambiguous genitalia. *BJU INT* 93 (Suppl. 3): 1-2.
- Mulaikal, R.M.; Migeon, C.J.; Rock, J.A. (1987): Fertility rates in female patients with congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. *N ENGL J MED* 316: 178-182.
- Mulaisho, C.; Taha, S.A.; Imperato-McGinley, J. (1990): Male pseudohermaphroditism due to deficiency of steroid 5a reductase

- enzyme. SAUDI MED J 11: 71-73.
- Nanni, L.; D'Urzo, C.; Pintus, C.; Riccipetitoni, G.; Perrelli, L. (2003): Laparoscopic approach to mullerian derivatives in a male with mixed gonadal dysgenesis. SURG LAPAROSC ENDOSC PERCUTAN TECH 13: 128-32.
- Ng, W.K.; Taylor, N.F.; Hughes, I.A.; Taylor, J.; Ransley, P.G.; Grant, D.B. (1990): 5 alpha-reductase deficiency without hypospadias. ARCH DIS CHILD 65: 1166-7.
- Nicolino, M.; Bendelac, N.; Jay, N.; Forest, M.G.; David, M. (2004): Clinical and biological assessments of the undervirilized male. BJU INT 93 (Suppl. 3): 20-25.
- Nihoul-Fékété, C. (2003): Surgical management of the intersex patient: an overview in 2003 (The Isabel Forshall lecture). J PEDIATR SURG 39: 144-5.
- Nordenskjöld, A.; Magnus, O.; Aagenaes, O.; Knudtson, J. (1998): Homozygous mutation (A228T) in the 5alpha-reductase type 2 gene in a boy with 5alpha-reductase deficiency: genotype-phenotype correlations. AM J MED GENET 80: 269-72.
- Nordenström, A.; Servin, A.; Bohlin, G.; Larsson, A.; Wedell, A. (2002): Sex-typed toy play behavior correlates with the degree of prenatal androgen exposure assessed by CYP21 genotype in girls with congenital adrenal hyperplasia [CAH]. J CLIN ENDOCRINOL METAB 87: 5119-24.
- Ocal, G.; Adiyaman, P.; Berberoglu, M.; Cetinkaya, E.; Akar, N.; Uysal, A.; Duman, T.; Evliyaoglu, O.; Aycan, Z.; Lumbroso, S.; Sultan, C. (2002): Mutations of the 5alpha-steroid reductase type 2 gene in six Turkish patients from unrelated families and a large pedigree of an isolated Turkish village. J PEDIATR ENDOCRINOL METAB 15: 411-21.
- Oesch, I.L.; Pinter, A.; Ransley, P.G. (1987): Penile agenesis: A report of six cases. J PEDIATR SURG 22: 172-4.
- Ozbey, H.; Darendeliler, F.; Kayserili, H.; Korkmazlar, U.; Salman, T. (2004): Gender assignment in female congenital adrenal hyperplasia: A difficult experience. BJU INT 94: 388-91.
- Phillip, M.; De Boer, C.; Pilpel, D.; Karplus, M.; Sofer, S. (1996): Clitoral and penile sizes of full term newborns in two different ethnic groups. J PEDIATR ENDOCRINOL METAB 9: 175-9.
- Phornphutkul, C.; Fausto-Sterling, A.; Gruppuso, P.A. (2000): Gender self-reassignment in an XY adolescent female born with ambiguous genitalia. PEDIATRICS 106: 135-137.
- Pohlandt, F.; Kühn, H.; Teller, W.; Thomä, H. (1974): Penisagenesie. Weibliche Geschlechtszuweisung unter psychotherapeutischer Betreuung der Eltern. DTSCH MED WOCHENSCHR 99: 2166-2172.
- Prader, A. (1954): Der Genitalbefund beim Pseudohermaphroditismus femininus des kongenitalen adrenogenitalen Syndroms. HELV PAED ACTA 9: 231-247.
- Price, P.; Wass, J.A.; Griffin, J.E.; Leshin, M.; Savage, M.O.; Large, D.M.; Bu'Lock, D.E.; Anderson, D.C.; Wilson, J.D.; Besser, G.M. (1984): High dose androgen therapy in male pseudohermaphroditism due to 5 alpha-reductase deficiency and disorders of the androgen receptor. J CLIN INVEST 74: 1496-508.
- Quigley, C.A. (2002): Editorial: The postnatal gonadotropin and sex steroid surge-insights from the androgen insensitivity syndrome. Comment on Bouvattier et al., 2002. J CLIN ENDOCRINOL METAB 87: 24-8.
- Quigley, C.A.; De Bellis, A.; Marschke, K.B.; el-Awady, M.K.; Wilson, E.M.; French, F.S. (1995): Androgen receptor defects: historical, clinical, and molecular perspectives. ENDOCR REV 16: 271-321.
- Raboch, J.; Kobilkova, J.; Horejsi, J.; Starka, L.; Raboch, J. (1987): Sexual development and life of women with gonadal dysgenesis. J SEX MARITAL THER 13: 117-27.
- Ramani, P.; Yeung, C.K.; Habeebu, S.S. (1993): Testicular intratubular germ cell neoplasia in children and adolescents with intersex. AM J SURG PATHOL 17: 1124-1133.
- Reilly, J.M.; Woodhouse, C.R. (1989): Small penis and the male sexual role. J UROL 142:569-71; discussion 572.
- Reiner W.G. (1999): Assignment of sex in neonates with ambiguous genitalia. CURR OPIN PEDIATR 11: 363-5.
- Reiner, W.G. (1997a): Sex assignment in the neonate with intersex or inadequate genitalia. ARCH PEDIATR ADOLESC MED 151: 1044-1045.
- Reiner, W.G. (1997b): To be male or female – that is the question. ARCH PEDIATR ADOLESC MED 151: 224-225.
- Reiner, W.G. (2004): Mixed-method research for child outcomes in intersex conditions. BJU INT 93 (Suppl. 3): 51-53.
- Reiner, W.G.; Gearhart, J.P. (2004) Discordant sexual identity in some genetic males with cloacal exstrophy assigned to female sex at birth. NEW ENGL J MED 350: 333-341.
- Richter-Unruh, A. (2005): Leydigzell-Hypoplasie und Testotoxikose – wenig bekannte Krankheitsbilder. DTSCH ARZTEBL 102: A 673-678.
- Richter-Unruh, A.; Korsch, E.; Hiort, O.; Holterhus, P.M.; Themmen, A.P.; Wudy, S.A. (2005): Novel insertion frameshift mutation of the LH receptor gene: problematic clinical distinction of Leydig cell hypoplasia from enzyme defects primarily affecting testosterone biosynthesis. EUR J ENDOCRINOL 152: 255-9.
- Rohatgi, M.; Gupta, D.K.; Menon, P.S.; Verma, I.C.; Mathur, M. (1992): Mixed gonadal dysgenesis and dysgenetic male pseudohermaphroditism – a critical analysis. INDIAN J PEDIATR 59: 487-500.
- Ropke, A.; Pelz, A.F.; Volleth, M.; Schlosser, H.W.; Morlot, S.; Wieacker, P.F. (2004): Sex chromosomal mosaicism in the gonads of patients with gonadal dysgenesis, but normal female or male karyotypes in lymphocytes. AM J OBSTET GYNECOL 190: 1059-62.
- Rösler, A.; Belanger, A.; Labrie, F. (1992): Mechanisms of androgen production in male pseudohermaphroditism due to 17 beta-hydroxysteroid dehydrogenase deficiency. J CLIN ENDOCRINOL METAB 75: 773-8.
- Rösler, A.; Kohn, G. (1983): Male pseudohermaphroditism due to 17 beta-hydroxysteroid dehydrogenase deficiency: studies on the natural history of the defect and effect of androgens on gender role. J STEROID BIOCHEM 19: 663-74.
- Rösler, A.; Silverstein, S.; Abeliovich, D. (1996): A (R80Q) mutation in 17 beta-hydroxysteroid dehydrogenase type 3 gene among Arabs of Israel is associated with pseudohermaphroditism in males and normal asymptomatic females. J CLIN ENDOCRINOL METAB 81: 1827-31.
- Santti, R.; Makela, S.; Strauss, L.; Korkman, J.; Kostian, M.L. (1998): Phytoestrogens: potential endocrine disruptors in males. TOXICOL IND HEALTH 14: 223-37.
- Sapunar, J.; Vidal, T.; Bauer, K. (2003): Abnormalities of adrenal steroidogenesis in Chilean boys with micropenis. REV MED CHIL 131: 46-54.
- Savage, M.O.; Preece, M.A.; Jeffcoate, S.L.; Ransley, P.G.; Rumsby, G.; Mansfield, M.D.; Williams, D.I. (1980): Familial male pseudohermaphroditism due to deficiency of 5 alpha-reductase. CLIN ENDOCRINOL (Oxf) 12: 397-406.
- Sax, L. (2002) How common is intersex? A reply to Anne Fausto-Sterling. J SEX RES 39: 174-178.
- Scherer, G.; Held, M.; Erdel, M.; Meschede, D.; Horst, J.; Lesniewicz, R.; Midro, A.T. (1998): Three novel SRY mutations in XY gonadal dysgenesis and the enigma of XY gonadal dysgenesis cases without SRY mutations. CYTOGENET CELL GENET 80: 188-192.
- Schober, J.M. (1999): A surgeon's response to the intersex controversy. In: Dreger, A. (ed.) Intersex in the Age of Ethics. Hagerstown Maryland: University Publishing Group. (161-168).
- Schober, J.M. (2004): Feminizing genitoplasty: A synopsis of issues relating to genital surgery in intersex individuals. J PEDIATR

- ENDOCRINOL METAB 17: 697-703.
- Schober, J.M.; Carmichael, P.A.; Hines, M.; Ransley, P.G. (2002): The ultimate challenge of cloacal exstrophy. *J UROLOGY* 167: 300-304.
- Shah, A.A.; Shah, A.V. (2003): Neonatal genital reconstruction in penile agenesis by anterior sagittal anorectovaginourethroplasty. *PEDIATR SURG INT* 19: 689-692.
- Silver, R.I.; Russell, D.W. (1999): 5alpha-reductase type 2 mutations are present in some boys with isolated hypospadias. *J UROL* 162: 1142-5.
- Simpson, J.L.; Ljungqvist, A.; Ferguson-Smith, M.A.; de la Chappelle, A.; Elsas, L.J.; Ehrhardt, A.A.; Genel, M.; Ferris, E.; Carlson, A.S. (2000): Gender verification in the Olympics. *JAMA* 284: 1568-1569.
- Sinnecker, G.H.G. (1999): Störungen der Keimdrüsen und der sexuellen Entwicklung. In: Kruse, K. (Hrsg.): *Pädiatrische Endokrinologie*. Stuttgart: Thieme, 2. Aufl.: 167-226.
- Slijper, F.M.; Frets, P.G.; Boehmer, A.L.; Drop, S.L.; Niermeijer, M.F. (2000): Androgen insensitivity syndrome: Emotional reactions of parents and adult patients to the clinical diagnosis of AIS and its confirmation by androgen receptor gene mutation analysis. *HORM RES* 53: 9-15.
- Slijper, F.M.E.; Drop, S.L.S.; Molenaar, J.C.; de Muinck Keizer-Schrama, S.M.P.F. (1998): Long-term psychological evaluation of intersex children. *ARCH SEX BEHAV* 27: 125-144.
- Sobel, V.; Imperato-McGinley, J. (2004): Gender identity in XY intersexuality. *CHILD ADOLESC PSYCHIATR CLIN N AM* 13: 609-22.
- Soule, S.G.; Conway, G.; Prelevic, G.M.; Prentice, M.; Ginsburg, J.; Jacobs, H.S. (1995): Osteopenia as a feature of the androgen insensitivity syndrome. *CLIN ENDOCRINOL (Oxf)* 43(6): 671-5.
- Sripathi, V.; Ahmed, S.; Sakati, N.; al-Ashwal, A. (1997): Gender reversal in 46XX congenital virilizing adrenal hyperplasia (CAH). *BR J UROL* 79: 785-9.
- Stein, M.T. (2003): A newborn infant with a disorder of sexual differentiation. *J DEV BEHAV PEDIATR* 24: 115-119.
- Sultan, C.; Balaguer, P.; Terouanne, B.; Georget, V.; Paris, F.; Jeandel, C.; Lumbroso, S.; Nicolas, J. (2001): Environmental xenoestrogens, antiandrogens and disorders of male sexual differentiation. *MOL CELL ENDOCRINOL* 178: 99-105.
- Sultan, C.; Lumbroso, S.; Paris, F.; Jeandel, C.; Terouanne, B.; Belon, C.; Audran, F.; Poujol, N.; Georget, V.; Gobinet, J.; Jala-guier, S.; Auzou, G.; Nicolas, J.C. (2002): Disorders of androgen action. *SEMIN REPROD MED* 20: 217-28.
- Telvi, L.; Lebbar, A.; Del Pino, O.; Barbet, J.P.; Chaussain, J.L. (1999): 45,X;46,XY mosaicism: report of 27 cases. *PEDIATRICS* 104: 304-8.
- Thomas, D.F.M. (2004): Gender assignment: background and current controversies. *BJU INT* 93 (Suppl. 3): 47-50.
- Tincello, D.G.; Saunders, P.T.; Hodgins, M.B.; Simpson, N.B.; Edwards, C.R.; Hargreaves, T.B.; Wu, F.C. (1997): Correlation of clinical, endocrine and molecular abnormalities with in vivo responses to high-dose testosterone in patients with partial androgen insensitivity syndrome. *CLIN ENDOCRINOL (Oxf)* 46: 497-506.
- Toppari, J. (2002): Environmental endocrine disrupters and disorders of sexual differentiation. *SEMIN REPROD MED* 20: 305-12.
- Trobs, R.B.; Hoepffner, W.; Buhligen, U.; Limbach, A.; Keller, E.; Schutz, A.; Horn, L.C.; Kiess, W.; Bennek, J. (2004): Video-assisted gonadectomy in children with Ullrich Turner syndrome or 46,XY gonadal dysgenesis. *EUR J PEDIATR SURG* 14: 179-84.
- Verp, M.S.; Simpson, J.L. (1987): Abnormal sexual differentiation and neoplasia. *CANC GENET CYTOGENET* 25: 191-218.
- Vilchis, F.; Mendez, J.P.; Canto, P.; Lieberman, E.; Chavez, B. (2000): Identification of missense mutations in the SRD5A2 gene from patients with steroid 5alpha-reductase 2 deficiency. *CLIN ENDOCRINOL (Oxf)* 52: 383-7.
- Wacke, A. (1989): Vom Hermaphroditismus zum Transsexuellen. In: Eyrich, H.; Odersky, W.; Säcker, F. (Hrsg.) *Festschrift für Kurt Rebmann zum 65. Geburtstag*. München: Beck: 861-903.
- Warne, G.L. (1998): Advances and challenges with intersex disorders. *REPROD FERTIL DEV* 10: 79-85.
- Weidemann, W.; Linck, B.; Haupt, H.; Mentrup, B.; Romalo, G.; Stockklauser, K.; Brinkmann, A.O.; Schweikert, H.U.; Spindler, K.D. (1996): Clinical and biochemical investigations and molecular analysis of subjects with mutations in the androgen receptor gene. *CLIN ENDOCRINOL (Oxf)* 45: 733-9.
- Westenfelder, M. (2004): Zum aktuellen Stand der Intersextherapie. *UROLOGE [A]* 43: 379-393.
- White, P.C.; Speiser, P.W. (2000): Congenital Adrenal Hyperplasia due to 21-Hydroxylase Deficiency. *ENDOCRINE REVIEWS* 21: 245-291.
- Wieacker, P.; Flecken, U.; Breckwoldt, M. (1992): Ein Fall von pseudovaginaler, perineoskrotaler Hypospadie mit 5alpha-Reduktase Defizienz. *GEBURTSH & FRAUENHEILKDE* 52: 126-128.
- Wilson, J.D. (1999): The role of androgens in male gender role behavior. *ENDOCRINE REV* 20: 726-737.
- Wilson, J.D.; Griffin, J.E.; Russell, D.W. (1993): Steroid 5 alpha-reductase 2 deficiency. *ENDOCR REV* 14: 577-93.
- Wisniewski, A.B.; Migeon, C.J. (2002): Long-term perspectives for 46, XY patients affected by complete androgen insensitivity syndrome or congenital micropenis. *SEMIN REPROD MED* 20: 297-304.
- Wisniewski, A.B.; Migeon, C.J.; Gearhart, J.P.; Rock, J.A.; Berkovitz, G.D.; Plotnick, L.P.; Meyer-Bahlburg, H.F.L.; Money, J. (2001): Congenital micropenis: Long-term medical, surgical, and psychosexual follow-up of individuals raised male or female. *HORM RES* 56: 3-11.
- Wisniewski, A.B.; Migeon, C.J.; Malouf, M.A.; Gearhart, J.P. (2004): Psychosexual outcome in women affected by congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. *J UROL* 171: 2497-501.
- Wisniewski, A.B.; Migeon, C.J.; Meyer-Bahlburg, H.F.L.; Gearhart, J.P.; Berkovitz, G.D.; Brown, T.R.; Money, J. (2000): Complete androgen insensitivity syndrome (cAIS): Long-term medical, surgical, and psychosexual outcome. *J CLIN ENDOCRINOL METABOL* 85: 2664-2669.
- Woelfle, J.; Hoepffner, W.; Sippell, W.G.; Bramswig, J.H.; Heidemann, P.; Deiss, D.; Bokenkamp, A.; Roth, C.; Irle, U.; Wollmann, H.A.; Zachmann, M.; Kubini, K.; Albers, N. (2002): Complete virilization in congenital adrenal hyperplasia: clinical course, medical management and disease-related complications. *CLIN ENDOCRINOL (Oxf)* 56: 231-8.
- Zderic, S.A.; Canning, D.A.; Carr, M.C.; Snyder, H.M. (Eds.) (2002): *Pediatric gender reassignment. A critical reappraisal*. *ADV EXP MED BIOL*, Vol. 511.
- Zucker, K.J. (1996): Commentary to M. Diamond: Prenatal predispositions and the clinical management of some pediatric conditions. *J SEX MARITAL THER* 22: 148-160.
- Zucker, K.J.; Bradley, S.J.; Oliver, G.; Blake, J.; Fleming, S.; Hood, J. (1996): Psychosexual development of women with congenital adrenal hyperplasia [CAH]. *HORMONES & BEHAVIOR* 30: 300-318.

Adresse des Autors

Prof. Dr. med. Hartmut A.G. Bosinski, Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle, Universitätsklinikum der CAU, Arnold-Heller-Str. 12, 24105 Kiel, mail: hagbosi@sexmed.uni-kiel.de

Lokale Beschwerden des Estrogenabfalls

Das Beschwerdedreieck:

Dyspareunie

Pruritus

Trockenheit

Lokale Behandlung mit Estriol



OeKolp®

Alles im grünen Bereich

OeKolp®-Creme

Wirkstoff: Estriol, Verschreibungspflichtig. **Zusammensetzung:** 1 g Creme enthält 1,0 mg Estriol als arzneilich wirksamen Bestandteil. Sonstige Bestandteile: Cetomacrogol, Dequasiumchlorid, Dimeticon, Docusat-Natrium, Geruchsstoffe, Glycerolmonostearat, Hartfett, mittelkettige Triglycide, Propylenglycol, selbstemulgierendes Glycerolmonostearat, gereinigtes Wasser. **Anwendungsgebiete:** Durch Oestrogenmangel bedingte Beschwerden wie Atrophie an Scheide und Vulva mit Juckreiz, Brennen und trockener Scheide, Dyspareunie, Kapitis, Vulvitis oder Zervicitis, Fluor, Scheidengerbung, Druck- und Dehnungszustand der Vagina und Perio, Begleittherapie zur Behandlung vaginaler Infektionen. Vor- und Nachbehandlung bei vaginalen Operationen bei Frauen mit Oestrogenmangel. **Gegenanzeigen:** Keine Anwendung bei: ungeklärten Genitalblutungen; oestrogenabhängigen malignen Tumoren bzw. Verdacht darauf; Überempfindlichkeit gegen Estriol oder einen anderen Bestandteil des Arzneimittels. **Vorsichtsgründe für das sofortige Absetzen:** erstmaliges Auftreten migräneartiger oder gehäuftes Auftreten ungewöhnlich starker Kopfschmerzen; erste Anzeichen von Phlebitis oder thromboembolischen Erscheinungen; Auftreten von cholestatischem Ikterus; stärkerer Blutdruckanstieg; akute Sehstörungen, Schwangerschaft und Stillzeit; Während der Stillzeit sollte eine Anwendung lokal und in möglichst niedriger Dosierung erfolgen. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich: lokale Reizungen im Scheidenbereich mit Jucken, Brennen und Rötungen, Brustspannen und Mastalgie; gastrointestinale Beschwerden (z.B. Übelkeit); Ödeme mit vorübergehender Gewichtszunahme; zervikale Hypersekretion und Fluor; Schmierblutungen; selten: Kopfschmerzen; sehr selten: Beinkrämpfe; "schwere Beine".

Darreichungsformen und Packungsgrößen: OeKolp-Creme: 25 g Creme (N1), 50 g Creme (N2)
Stand: 02/2005



DR. KADE PHARMAZEUTISCHE FABRIK GMBH
Rigistraße 2 • D-12277 Berlin
Tel.: 0 30 / 7 20 82-0 • www.kade.de



Sexualität und Beckenboden

Eckhard Petri

Sexuality and pelvic floor

Abstract

Multiple anatomical and functional stress situations as well as physiological changes during urogenital ageing explain the wide spectrum of possible disorders of the pelvic floor. Most important are the sequelae of pregnancy and childbirth which, together with physiologic changes during ageing, might lead to descent and prolapse and failure of continence mechanisms of urethra and anus. Increasing atrophy during urogenital ageing might result in recurrent urogenital infection. The symptoms of the urogenital tract still belonging to a tabu-area, it is the aim of this contribution to focus on a frequent symptomatology, in order to encourage physicians to ask more for these symptoms, being aware that women rarely report on problems spontaneously.

Keywords: sexuality, pelvic floor, pregnancy, delivery, urogenital ageing

Zusammenfassung

Die vielfältigen anatomischen und funktionellen Belastungen sowie die physiologischen Veränderungen des Alterns machen das weite Spektrum an Funktionsstörungen des Beckenbodens der Frau verständlich. Dazu gehören vor allem die Folgen von Schwangerschaft und Geburt, welche zusammen mit dem physiologischen Altern zu Deszensus und Prolaps und Versagen der Verschlussmechanismen von Anus und Harnblase führen können. Die zunehmende Atrophie im Rahmen des urogenitalen Alterns kann zusätzlich durch die Austrocknung der Gewebe, wiederholten Infekten, nicht nur des Genital-, sondern auch des Harntraktes Vorschub leisten. Dieser Beitrag soll den Blick für eine sehr häufige Symptomatik schärfen, nach der, überwiegend in die Tabuzone gehörend, von Ärzten nicht gefragt, von Patienten keine spontanen Angaben erfolgen.

Schlüsselwörter: Sexualität, Beckenboden, Schwangerschaft, Geburt, urogenitales Altern

Einführung

Anatomische und funktionelle Integrität des komplex strukturierten Beckenbodens sind Voraussetzung einer erfüllten Sexualität. Entwicklungsgeschichtlich sind die Strukturen für den Vierbeiner angelegt, stellen somit für den Homo sapiens einen locus minoris resistentiae dar. Mangelhafte körperliche Ertüchtigung und Training der Beckenbodenmuskulatur zusammen mit täglichen Belastungen im Rahmen von Miktion und Defäkation, spätestens dann Schwangerschaft und Geburt, schaffen gemeinsam mit der Disposition zu lockeren Bindegewebsstrukturen die Voraussetzungen für Senkungszustände des Urogenitale, gemeinsam oder getrennt davon Störungen des Verschlussapparates von Harnblase und Rektum. In der Postmenopause kommen neben allgemeinen Alterungsprozessen, die vor allem hormonmangelbedingten Symptome der Atrophie hinzu, welche nicht nur im Alltag subjektive Beschwerden bereiten, sondern durch die allein anatomischen Veränderungen die sexuelle Apetenz erliegen lassen.

Die Datenlage zu Zusammenhängen zwischen Sexualität und Störungen der Beckenbodenfunktion ist spärlich. In der „Cochrane Collaboration“ findet man keinerlei Literaturübersicht zu diesem Thema. In einer kürzlichen Umfrage von Frankel u. et al (2004) wurden amerikanische Patientinnen nach den Gründen des Besuchs beim Frauenarzt befragt, wobei Probleme der Sexualität weit hinter Fragen zur Allgemeingesundheit, der Menopause und Kontrazeption sowie der Vorsorgeuntersuchung erst an 6. Stelle rangierten (Abb. 1).

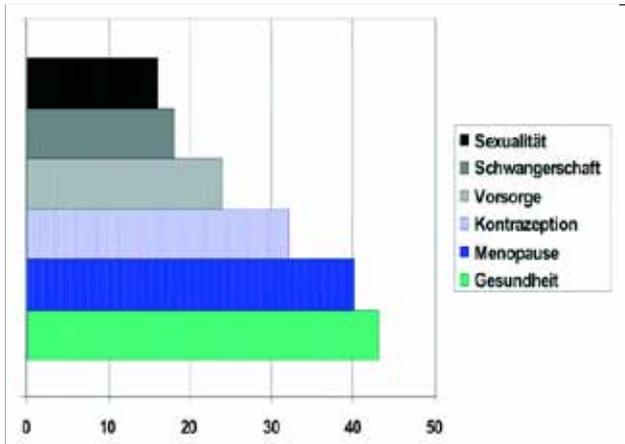


Abb. 1 Gründe für den Besuch beim Frauenärzt/in (nach N.Frankel 2004)

Urogynäkologische Ursachen der weiblichen Dyspareunie

Kongenitale Fehlbildungen, ein persistierender derber Hymenring, eine hypospade Mündung der Urethra sowie alle hormonellen Imbalancen, welche zu einer Veränderung der physiologischen Vaginalflora führen, verursachen mechanisch oder funktionell Kohabitationsbeschwerden. Die psychosexuellen Ursachen sollen nicht Inhalt dieses Beitrages sein. Schwangerschaft und Geburt können eine Vielzahl von anatomischen und funktionellen Veränderungen verursachen, wobei im Vordergrund sicher die physiologischen Veränderungen während der Schwangerschaft unter dem Einfluss der hohen Progesteronausschüttungen, der damit verbundenen Relaxation der bindegewebigen Strukturen zu sehen ist. Die Mehrzahl der angeblich nach Spontangeburt beklagten Symptome sind schon im 2. und 3. Schwangerschaftstrimenon zu beobachten und somit nicht geburtsmechanisch verursacht, sondern durch die Schwangerschaft per se (Abb. 2). Einer der Väter der Urogynäkologie, Ulf Ulmsten aus Schweden, hat die Geburt eine Olympiade des Beckenbodens genannt. Zweifellos gibt es eine Reihe von geburtshilflichen Risikofaktoren, welche zu einer partiellen Denervierung des Beckenbodens und einer trophischen Störung der anatomischen Strukturen führen können. Dieses gilt vor allem für hohe Geburtsgewichte über 3500 g, geburtshilflichen Komplikationen, wie z. B. der Schulterdystokie und vor allem vaginal operativen Entbindungen mit dem Forceps, welche signifikant häufiger zu Beckenbodenfunktionsstörungen führen, als z. B. eine Vakuumextraktion. Es muss allerdings nochmals betont werden, dass die wesentlichen Veränderungen während der Schwan-

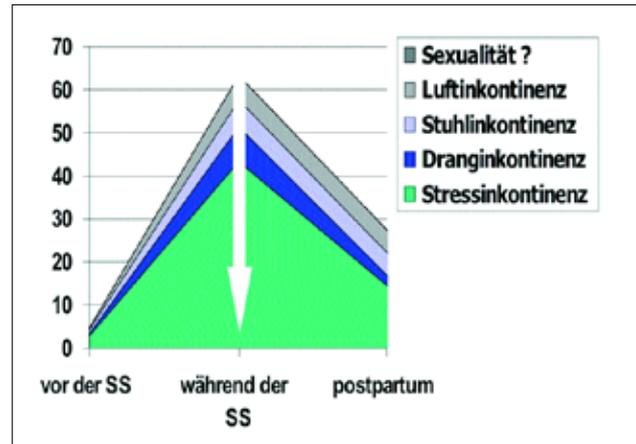


Abb. 2 Auftreten von Inkontinenz-Symptomen in Schwangerschaft und nach Geburt

gerschaft und nicht im Rahmen der Geburt stattfinden. In Nord- und vor allem Südamerika hat die sehr oberflächliche Betrachtung der sehr schwachen Datenlage zu den Risikofaktoren von Schwangerschaft und Geburt dazu geführt, dass die Rate an Wunschkaiserschnitten in die Höhe geschossen ist, in Brasilien liegt sie bei Wahlleistungspatienten jenseits der 80%, wobei im Vordergrund der Erhalt des „Liebestunnels“ steht. Es gibt interessante Untersuchungen von Wilson et al. aus Neuseeland, welche zeigen konnten, dass nach dem 3. Kaiserschnitt die Inzidenz der urogenitalen Probleme identisch ist mit jenen nach Spontangeburt. Bei oberflächlicher Betrachtung werden sehr gerne die Ergebnisse einer Untersuchung von Al-Mufti et al (1996) zitiert, welcher feststellte, dass 31% der Frauenärztinnen in England auch ohne medizinische Indikation eine primäre Sectio wünschten. Große Untersuchungen, z. B. in Baden-Württemberg, konnten diese Ergebnisse in Deutschland nicht bestätigen.

Urogenitales Altern

Die demographische Entwicklung lässt die Zahl der über 75- und 80-Jährigen ständig ansteigen. Aus der Geriatrie sind die „I“s bekannt:

- ◆ Intellektueller Katabolismus
- ◆ Immobilität
- ◆ Instabilität
- ◆ Inkontinenz
- ◆ Inkonsistenz (u.a. sozialer Kontakte)

Werbung und Industrie suggerieren ewige Jugend und Gesundheit, zu denen eine quälende Harninkontinenz,

Nykturie, urogenitale Infekte und eine Dyspareunie nicht passen. Die sinkende sexuelle Aktivität im Alter vor allem bei Frauen ist mangelhaft erfasst, wobei unklar bleibt, ob die fehlende Voluntas physiologisch, oder durch Sekundärkomplikationen des urogenitalen Alterns verursacht ist. Das Erfragen von Kohabitationsproblemen oder Wünschen der Patientinnen ist mit Sicherheit in gynäkologischen Kliniken keine Routine.

Die zunehmende Atrophie des gesamten Urogenitalbereiches verursacht neben einer Sprödigkeit und Trockenheit der Gewebe eine Verschiebung der physiologischen sauren Flora (normaler pH-Wert 3,8 – 4,2) und leistet so Kolpituden und Vulvitiden ebenso Vorschub, wie der Aszension von pathogenen Keimen in die Urethra und Harnblase (Abb. 3, Farbtafelteil S. 64). Entwicklungsgeschichtlich ist die Urethra als Geschlechtsorgan zu betrachten und hat einen ähnlichen Besatz an Estrogen-, Gestagen- und Androgenrezeptoren, wie Scheide und Vulva, aber auch Anoderm. Die zunehmende Atrophie und Schrumpfung der Bindegewebe durch Verlust an elastischem Bindegewebe führt zu dysurischen Beschwerden und mangelhaftem Spüleffekt, welcher zusätzlich urogenitalen Infekten Vorschub leistet. Rezidivierende Harnwegsinfekte, Dysurie, Pollakisurie und Dranginkontinenz sind neben der häufig internistisch verursachten Nykturie durch eine latente Herzinsuffizienz und nächtliche Mobilisation der Ödeme Symptome, welche einem befriedigenden Sexualleben im Wege stehen. Im Rahmen der schweren Atrophie der Epithelien kann es zu Labien-synechien (Abb. 4, Farbtafelteil S. 64) und der Atrophie vor allem des Überganges des mittleren zum oberen Scheidendrittel kommen, welche naturgemäß durch die mechanische Irritation und mangelnde Elastizität erhebliche Beschwerden bei der Kohabitation provozieren.

Diagnostisch lassen sich auch ohne große serologische Hormonspiegel oder zytologische Spezialfärbungen durch einfache Messung des pH-Wertes die Atrophie und lokale Irritation nachweisen. Die Zytologie erlaubt neben der Karzinomdiagnostik auch Aussagen über den Hormonstatus, d.h. den Proliferationsgrad des Epithels (Abb. 5, Farbtafelteil S. 64). Die einzig kausale und effektive Behandlung der urogenitalen Atrophie besteht in der zumindest lokalen Estrogenisierung. Estrogene haben vielfältige Effekte im Bereich des Urogenitalsystems:

- ◆ Sie führen zu einer Proliferationssteigerung nicht nur in der Vagina, sondern auch im Urothel von Urethra und Blase.
- ◆ Die Durchblutung der periurethralen Venenplexus

wird gesteigert, führt damit zu einer besseren Verschlusskraft der Harnröhre.

- ◆ Die Optimierung der Elastizität des Kollagens führt zu einer Steigerung der Elastizität der Gewebe.
- ◆ Estrogene haben einen alpha-stimulatorischen Effekt an der Muskulatur der Beckenbindegewebe.
- ◆ Von größter Bedeutung ist die Normalisierung der lokalen Flora durch Optimierung des pH-Wertes von Scheide und Urethra .

Gerade die lokale Atrophie führt im Vordergrund zu Beschwerden der Dranginkontinenz im Sinne der früher so beschriebenen „neurohormonellen Reizblase“ (von Ruetter 1970), wobei eine Umkehrung nur durch eine konsequente lokale Estrogenisierung möglich ist (Abb 6). Auf die therapeutischen Optionen wurde an anderer Stelle hingewiesen (Petri & Kölbl 2000).

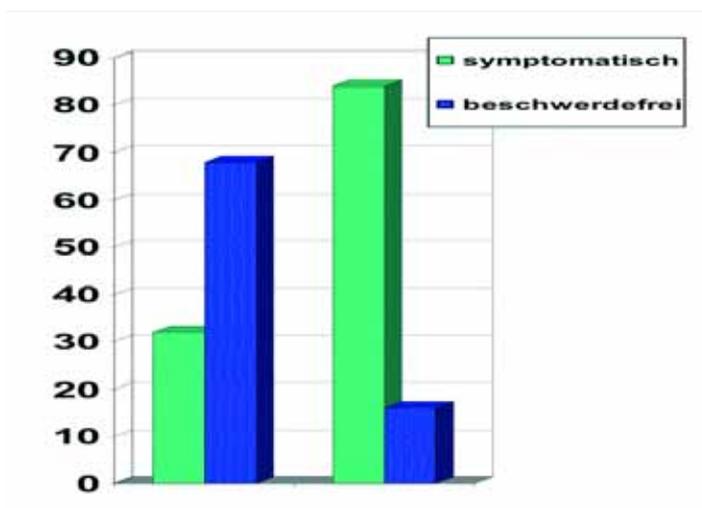


Abb. 6 Beeinflussung einer atrophiebedingten Dyspareunie durch eine lokale Estrogenisierung (Casper und Petri 1999)

Gynäkologische Operationen

Leider werden häufig noch immer rekonstruktive Eingriffe des Genitales durchgeführt, welche das Ziel haben, das ästhetische Empfinden des Therapeuten, wie er glaubt, dass ein weibliches Genitale auszusehen hat, zu befriedigen. Plastische Rekonstruktionen der Beckenbindegewebe resultieren „nach Schule“ noch immer häufig in großzügiger Resektion von Scheidengewebe, erfolgen ohne ausreichende Besprechung der Möglichkeiten und Grenzen der Rekonstruktion mit der Patientin. Komplikationen solcher extensiver re-



Abb. 3 Urogenitale Atrophie – Lichenifizierung des Epithels, Desensus vaginae, Urethral Schleimhautprolaps



Abb. 8 Verschiedene Formen eines urogenitalen und analen Prolaps, welche nicht nur mechanisch, sondern auch ästhetisch ein Kohabitationshindernis darstellen können

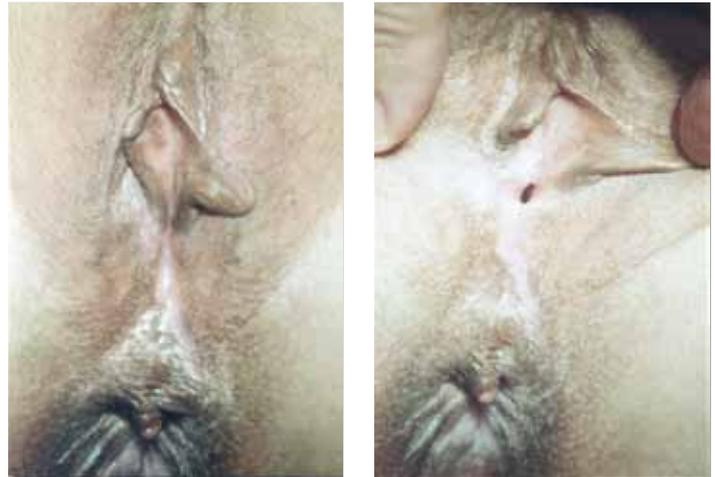


Abb. 4a und b Labiärsynechie bei schwerer Atrophie und chronischer Kolpitis/Vulvitis – Einweisungsdiagnose: Harninkontinenz (Miktion in die fast verschlossene Scheide, nach Abschluß der Miktion und Aufrichten trüpfelt der Urin aus der Scheide)

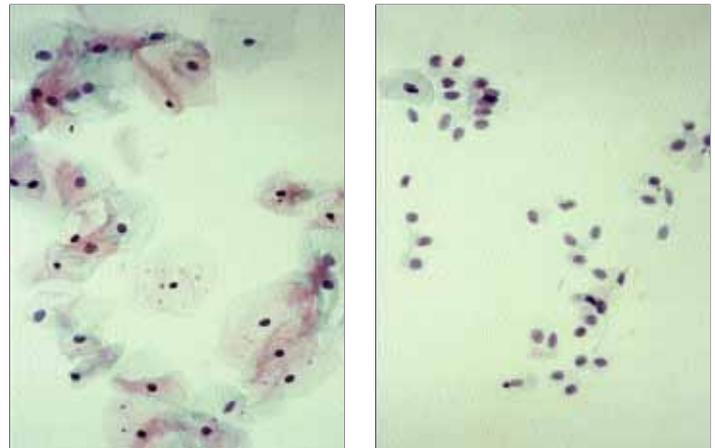


Abb. 5a und b Urethralabstrich zur Prüfung der Proliferation des Gewebes: li. Gute Proliferation unter Estrogeneinfluss – reichlich Superfizialzellen; re. Atrophie mit reichlich Basalzellen als Zeichen eines Estrogenmangels

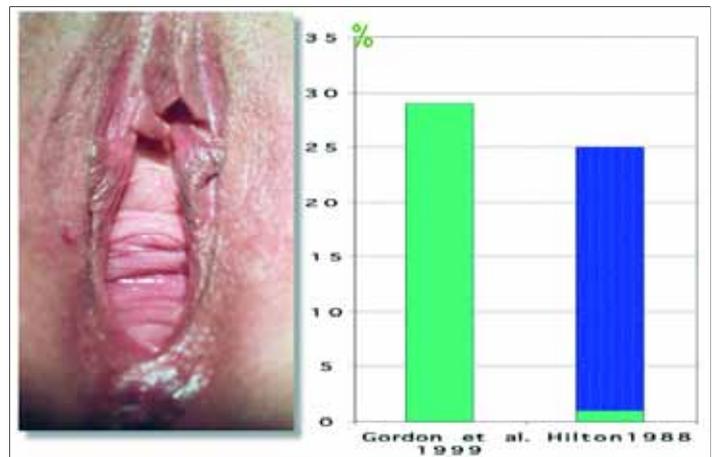


Abb. 9 Ausgeprägter paravaginaler Scheidenabriss – Harninkontinenz bei der Kohabitation durch bruske Elevation von Urethra und Harnblase bei inkompetentem Verschlussmechanismus

konstruktiver Eingriffe wurden nur in wenigen Untersuchungen erfasst, wobei subjektive und objektive Ängste der Patientinnen zu einem zunehmenden Rückzug aus einem aktiven sexuellen Leben führen können (Abb.7). Übermäßige Resektion von Vaginal-epithel mit objektiven mechanischen Obstruktionen, andererseits aber natürlich schwerere Prolapszustände und das völlig fehlende Kontaktgefühl bei Erschlaffung der Beckenbindegewebe und weiter Scheide lassen die sexuelle Appetenz leiden oder eine Kohabitation unmöglich werden. Auch Liebkosungen ohne Kohabitation werden wegen der eigenen Inakzeptanz des Körperbildes abgelehnt oder vom Partner als abstoßend empfunden (Abb. 8, Farbtafelteil S. 64). Andererseits gibt es anatomische Defekte, welche einen Harnverlust bei der Kohabitation verursachen, welche nur operativ beeinflusst werden können; eine breiter paravaginaler Abriss der Scheidenwand führt schon bei der Immissio zu einer brüskten Anhebung des Blasenbodens und der Urethra und provoziert so einen Urinverlust (Abb. 9 Farbtafelteil S. 64).

Bei der Befragung der sexuellen Aktivität nach gyäkologischen Operationen muss ähnlich der urologischen Untersuchungen nach radikaler Prostatektomie registriert werden, ob überhaupt ein Sexualpartner vorhanden oder aber eine Impotenz des Partners besteht. Bei sorgfältiger Analyse der Untersuchungen der sexuellen Aktivität nach Prolapsoperationen und anderen gynäkologischen Eingriffen muss vermerkt werden, dass der häufigste Grund für die postoperative Inaktivität der Tod des Partners oder die sexuelle Impotenz des Partners waren. Dennoch muss konstatiert werden, dass noch immer in vielen Frauenkliniken die großzügige Resektion von Scheidenhaut und die unphysiologische Rekonstruktion der Beckenbindegewebe Ursache einer Dyspareunie oder völligen sexuellen Inappetenz sein können.

Schlussfolgerungen

Bei demographisch zunehmender Alterung unserer Patientinnen ist es unsere ärztliche Aufgabe, Sexualprobleme zu erfragen und nicht totzuschweigen. Die Sexualität ist bei der operativen Strategie ein wichtiger Teil der Planung, es bedarf einer guten Synthese zwischen den sexuellen Bedürfnissen von Patientin und Partner und den Versuchen, eine defekte Anatomie zu rekonstruieren.

Unabhängig von Budgetproblemen und den Verunsicherungen durch die mangelhafte Darstellung der Daten internationaler Studien zur postmenopausalen

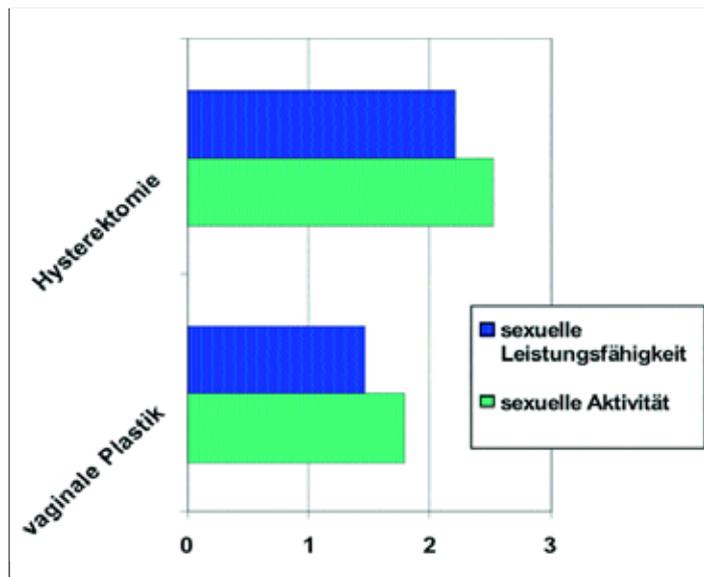


Abb. 7 Beeinflussung einer atrophiebedingten Dyspareunie durch eine lokale Estrogenisierung (Casper und Petri 1999)

Hormonsubstitution muss ein Hauptaugenmerk auf die Symptome des urogenitalen Alterns und die Möglichkeiten ihrer Beeinflussung gerichtet sein. Die zumindest lokale Therapie mit Estriol und Estradiol ist mit den bei uns verfügbaren Präparaten ohne jegliche systemische Nebenwirkung zwanglos möglich und erlaubt sehr gute Behandlungserfolge.

Die Datenlage zu allen Problemen der Sexualität im Zusammenhang mit Störungen des Beckenbodens ist schlecht und wir bewegen uns auf extrem dünnem Eis. Es muss zu guten prospektiven Studien aufgerufen werden, welche nicht nur das Problem von Schwangerschaft und Geburt und Beckenboden besser evaluieren, sondern auch die Symptome des urogenitalen Alterns, von Deszensus und Harninkontinenz in ihren verschiedenen therapeutischen Implikationen weiter untersuchen. Hier sind wir leider weit von einer evidenzbasierten Medizin entfernt.

Literatur

- Al-Mufti, R.A.; McCarthy, N.; Fisk, M. (1996): Obstetricians personal choice and mode of delivery. *Lancet* 347: 544-547.
- Barber, M.D.; Visco A.G.; Wyman, J.F. et al. (2002): Sexual function in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Obstet.Gynecol.* 99: 281-289.
- Beji, N.K.; Yalcin, O.; Erkan, H.A. (2003): The effect of pelvic floor training on sexual function of treated patients. *Int.Urogynecol.J.*14: 234-238.
- Bo, K.; Talseth, T.; Vinsnes, A. (2000): Randomized control-

- led trial on the effect of pelvic floor muscle training on quality of life and sexual problems in genuine stress incontinent women. *Acta Obstet.Gynecol.Scand.*79: 598-603.
- Casper, F.; Petri, E. (1999): Local treatment of urogenital atrophy with an estradiol-releasing vaginal ring: a comparative and a placebo-controlled multicenter study. *Int. Urogynecol.J.* 10: 171-176.
- Castelo-Branco, C.; Blumel, J.E.; Araya, H. et al. (2003): Prevalence of sexual dysfunction in a cohort of middle-aged women: influences of menopause and hormone replacement therapy. *J.Obstet.Gynaecol.* 23: 426-430
- Davis, K.; Kumar, D. (2003): Pelvic floor dysfunction: a conceptual framework for collaborative patient-centred care. *J.Adv.Nurs.* 43: 555-568.
- Dessole, S.; Rubattu, G.; Ambrosini, G. et al. (2004): Efficacy of low-dose intravaginal estriol on urogenital aging in postmenopausal women. *Menopause* 11: 49-56.
- Eicher, W. (1993): Zur Frage der sexuellen Funktion und sexueller Störungen nach Hysterektomie. *Geburtsh. Frauenheilk.* 53: 519-524.
- Frankel, N.R. (2004): Ask your gynecologist. *Sex.Reprod. Menop.* 2: 131-132.
- Gonzales, M.; Viafara, G.; Caba, F.; Molina E (2004): Sexual function, menopause and hormone replacement therapy (HRT). *Maturitas* 48: 411-420.
- Gordon, D.; Groutz, A.; Sinai, T. et al. (1999): Sexual function in women attending a urogynecology clinic. *Int. Urogynecol. J.* 10: 325-328.
- Halaska, M.; Voigt, R.; Havel, R.; Danes L. (1990): Sexologische und urodynamische Nachuntersuchungen nach vaginaler Inkontinenzoperation. *gynäkol.prax.* 14: 343-347.
- Hansen, B.L. (2004): Lower urinary tract symptoms (LUTS) and sexual function in both sexes. *Eur.Urol.* 46: 229-234.
- Holley, R.L.; Varner, R.E.; Gleason, B.P et al. (1996): Sexual function after sacrospinous ligament fixation for vaginal vault prolapse. *J.Reprod.Med.* 41: 355-358.
- Meston, C.M. (2004): The effects of hysterectomy on sexual arousal in women with a history of benign uterine fibroids. *Arch.Sex Behav.*33: 31-42.
- Paraiso, M.F.; Ballard, L.A.; Walters, M.D. et al. (1996): Pelvic support defects and visceral and sexual function in women treated with sacrospinous ligament suspension and pelvic reconstruction. *Am.J.Obstet.Gynecol.* 175: 1423-1430.
- Pauls, R.; Berman, J.R. (2002): Impact of pelvic floor disorders and prolapse on female sexual function and response. *Urol.Clin.N.Am.* 29: 677-683.
- Petri, E.; Koelbl, H. (2000): Effekte der Hormonsubstitution im Urogenitaltrakt. In Fischl, F.H.; Huber, J.C. (Hrsg.) *Menopause-Andropause.* Wien: Krause & Pachernegg, 153-158.
- Raboch, J.; Boudnik, V.; Raboch J. (1985): Das Geschlechtsleben nach der Hysterektomie. *Geburtsh.Frauenheilk.* 45: 48-50.
- Rogers, G.R.; Villarreal, A.; Kammerer-Doak, D. et al. (2001): Sexual function in women with and without urinary incontinence and/or pelvic organ prolapse. *Int. Urogynecol. J.* 12: 361-365.
- Rogers, G.R.; Kammerer-Doak, D.; Villarreal, A. et al. (2001): A new instrument to measure sexual function in women with urinary incontinence or pelvic organ prolapse. *Am.J.Obstet.Gynecol.* 184: 552-558.
- Ruette von, B. (1970): *Die Reizblase der Frau.* Stuttgart: Enke.
- Salonia, A.,G.; Zanni, R.; Nappi, E. et al.(2004): Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence: results of a cross-sectional study. *Eur.Urol.* 45: 642-648.
- Sobeslavsky, I. (2000): Sexualität im Alter. *gynäkol.prax.* 24: 713-725.
- DeUrgarte, C.M.; Berman, L.; Berman, J. (2004): Female sexual dysfunction – from diagnosis to treatment. *Sex. Reprod. Menop.*2: 139-145.

Adresse des Autors

Prof. Dr. med. habil. Eckhard Petri, Frauenklinik der Helios-Kliniken Schwerin, Akad.Lehrkrankenhaus der Universität Rostock, Tumorzentrum West-Mecklenburg, Wismarsche Str.397, 19049 Schwerin, mail: epetri@schwerin.helios-kliniken.de

Sexualmedizin und Balintarbeit

Kurt Loewit

Sexual medicine and Balint groups

Balintarbeit

Balintgruppen gehören heute zum Standardinventar ärztlicher Weiter- und Fortbildung. Dementsprechend sind sie auch unverzichtbarer Bestandteil sexualmedizinischer Aus-, Weiter- und Fortbildung, z. B. der von der Akademie für Sexualmedizin angebotenen Curricula (vgl. Vogt et al. 1995). Als „themenzentrierte Balintgruppen“ fokussieren sie dabei auf die besonderen Gegebenheiten, welche die explizite Befassung mit der menschlichen Sexualität, sowie die sexualtherapeutische Arbeit – in der Regel mit dem Paar – mit sich bringen. Dabei scheinen ihre theoretischen Grundlagen, ihre Zielsetzung und Arbeitsweise weit weniger bekannt zu sein als der (fallweise inflationär missbrauchte) Begriff an sich:

Michael Balint (geb. 1896 in Budapest, gest. 1970 in London), Arzt, Biochemiker und Psychoanalytiker, hat um 1950 an der Tavistock-Klinik in London mit einer Gruppe von praktischen Ärzten¹ begonnen in regelmäßigen Gruppengesprächen ihren Praxis-Alltag zu diskutieren. Als Analytiker und Allgemeinarzt war es ihm ein Anliegen, den üblichen, vorwiegend naturwissenschaftlich-organmedizinischen Zugang zum Patienten zu erweitern, indem die Ärzte lernen sollten auch die emotionalen Seiten der Patienten und vor allem die aktuelle Qualität der Arzt-Patient-Beziehung wahrzunehmen und diagnostisch-therapeutisch zu nutzen. In diesem Sinne unterschied er zwischen (herkömmlicher) klinischer und (ganzheitlicher) umfassender Diagnose. Es ging und geht immer noch um den Weg (oder das „weg“) von einer Krankheits-zentrierten hin zu einer Patienten-zentrierten Medizin, also um die Integration auch psychotherapeutischer Methoden in die Allgemeinpraxis als einer Art Sprechstunden-Kurz-Psychotherapie. Dabei wurde rasch klar, dass zeitaufwendige therapeutische Gespräche hierfür nicht in Frage kamen, wohl aber ein einführendes Zuhören und Beobachten

(Szenische Information, Beziehungswahrnehmung) und daraus resultierende Interventionen (Beziehungsgestaltung), die günstigenfalls die Gesamtsituation des Patienten für diesen und/oder den Arzt blitzartig erhellen konnten, was Balint als „Flash“ bezeichnet hat (M. Balint 1957, 1975; E. Balint 1975).

Aus den Erfahrungen dieser ersten „Balint-Gruppen“ entstand 1957 das grundlegende *Werk Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*, welches der damals noch jungen „Psychosomatischen Medizin“ wesentliche Impulse gab (vgl. z.B. Wesiack 1974, 1980) und vor allem die (grundsätzlich seit jeher gewusste) gesund- oder krank-machende Wirkung der ‚Droge Arzt‘ neu bewusst machte (vgl. z.B. „Der Arzt als Arznei“, B. Luban-Plozza, L. Knaak 1979/1995). Dementsprechend steht die Arzt-Patient-Beziehung im Zentrum der Balintarbeit, die u. a. wie folgt definiert wurde: „Unter Balintgruppen versteht man Fallbesprechungsseminare, in denen unter sachkundiger Leitung eines psychoanalytisch [oder inzwischen: eines speziell zum Balintgruppen-Leiter] ausgebildeten Arztes die Sensibilität der Seminarteilnehmer für die Arzt-Patient-Interaktion und insbesondere ihre unbewussten Komponenten gesteigert wird“ (Wesiack 1979). Dabei wird die Balintgruppe zum Medium, „auf das sich die problematische Beziehung zwischen Arzt und Patient...abbildet. Denn an den durch die Fallschilderung entstehenden Beziehungsmustern zwischen dem Problembereicher und den anderen Gruppenteilnehmern lassen sich problematische Übertragungs- und Gegenübertragungs-Muster der Beziehungswahrnehmung und Kommunikationsgestaltung des Fallberichtes erkennen und bearbeiten“ (Sedlak 2000). Zudem können „Balintgruppen in geradezu idealer Weise Supervision, Selbsterfahrung und Kenntniserweiterung verbinden“ (Wesiack 1980: 322), sie dienen damit auch der Psychohygiene des Arztes und der Freude an seinem Beruf, können ‚Burn-out‘-Syndromen entgegenwirken.

Balint ging es um das ‚Ganze‘, um den (erkrankten) Menschen in seiner psychophysischen Einheit und sozialen Eingebundenheit, also um eine psychosomatische, heute besser als biopsychosozial bezeichnete, Medizin. Damit stand er bereits in einer über zweitausend Jahre alten Tradition², die sich mit wechselndem Erfolg immer noch bemühen muss den spätantiken Körper-Geist-Dualismus zu überwinden. Immer noch wird weithin so gedacht und gehandelt, als ob es eine Organpa-

¹ Sammelbegriffe wie Ärzte, Patienten, Therapeuten etc. werden der leichteren Lesbarkeit wegen geschlechtsneutral verwendet, beziehen sich also selbstverständlich auf beide Geschlechter.

thologie und eine Psychopathologie jeweils für sich allein gäbe, wird ‚organisch‘ vs. ‚psychisch‘ im Sinne eines Entweder-Oder gesetzt (vgl. ICD10!). Mittlerweile haben auch die Patienten diese in der menschlichen Realität gegenstandslose Unterscheidung übernommen und damit auch deren verbreitete emotionale Bewertung: „organisch“ als wissenschaftlich begründbar, seriös, glaubwürdig und ernst zu nehmen – „psychisch“ als unscharf, fraglich, anzweifelbar und nicht klar von psychiatrisch unterschieden, jedenfalls mit eher negativen Konnotationen verbunden. So unerlässlich die begriffliche Differenzierung zwischen „Körper“ und „Seele“ (s. Plato) aus der Sicht methodenabhängigen Erkenntnisgewinnes auch ist, so müsste ebenso bewusst sein, dass dadurch aus einer einzigen Wirklichkeit künstlich zwei getrennte Welten konstruiert werden, weshalb diese Begriffe in der praktisch-therapeutischen Arbeit besser nicht verwendet werden sollten.

Dies alles ist im Fachgebiet der Sexualmedizin (vgl. Beier et al. 2001/2005; Loewit 2004) von besonderer Bedeutung: „Sexualität betrifft immer den ganzen, unteilbaren Menschen in seiner Körperlichkeit, psychischen Verfassung und sozialen Einbindung“ (Beier & Loewit 2004). Das mag banal klingen, ist aber in der Sprechstundenwirklichkeit häufig noch nicht selbstverständlich, z.B. wenn der Patient nur eine Tabletten-Verschreibung ‚ohne weitere Umstände‘ (wie etwa ein Paargespräch) verlangt und der Arzt ihm ohne nähere Kenntnis der weiteren Umstände diesen Wunsch erfüllt oder das Rezept von sich aus anbietet. Als weitere Konsequenz eines biopsychosozialen und patientenzentrierten Grundverständnisses müssen Ärzte oder Therapeuten sowohl mit den organischen, als auch mit den psychosozialen Aspekten gelebter Sexualität vertraut sein. Das impliziert auch einen erweiterten Patientenbegriff bzw. eine neue Art von Arzt-Patient-Beziehung: So sind z.B. unter sexuellen Funktionsstörungen Leidende (homines patientes) zumeist nicht im herkömmlichen Sinn (organisch oder psychisch) „krank“, d. h. es geht nicht primär um ein erkranktes Individuum und dessen (Zweier-) Beziehung zum Arzt, sondern um eine Störung innerhalb des Paar-Systems, da sexuelle Störungen immer auch Beziehungsstörungen sind. „Der Patient“ ist somit das Paar in seiner jeweiligen Dynamik, der Arzt ist sein „Gehilfe“ (s. u.). Balintarbeit als Sensibilisierung für und Einübung in Beziehungs-Diagnostik und –Therapie ist deswegen besonders relevant. Daher wurden mit der Etablierung der Sexualmedizin als Wahlfach an der

Universität Innsbruck zu Beginn der 1980er-Jahre auch Balintgruppen für Studenten als Begleitseminar zur Vorlesung eingeführt³.

Im speziellen bedeuten „themenzentrierte Balintgruppen“ in der Sexualtherapie, besonderes Augenmerk auf Übertragung und Gegenübertragung im Hinblick auf Übertragungsliebe, erotische Spannung, sexualisierte Atmosphäre bzw. Scham, Peinlichkeit, Sprachlosigkeit, Abgestoßen-Sein etc. zu richten, was in herkömmlichen Balintgruppen in der Regel so nicht erfolgt. Wieweit beeinflussen eigene Ansichten des Therapeuten und die eigene partnerschaftlich-sexuelle Situation die Arzt-Patient/Paar-Beziehung, z.B. das emotionale Erfassen der Paarsituation und seine diagnostisch-therapeutische Umsetzung? Dabei kommt dem Sprechenden über Sexualität (Wünsche, Phantasien, Erlebensweisen) bzw. der diesbezüglichen Modell-Rolle des Arztes große Bedeutung zu. Zudem ermöglicht die themenzentrierte Balintgruppe durch die Konzentration auf sexualmedizinische Problemfälle vertiefte Einblicke in Paarbeziehungen und -Schicksale bzw. in die Vielfalt möglicher Aitiologien sexueller Störungen. Da generell die Qualität relevanter mitmenschlicher Beziehungen als Orte der Erfüllung und/oder Frustrierung psychosozialer Grundbedürfnisse wesentlich über Lebensqualität und biopsychosoziale Gesundheit (mit-) entscheidet, kann die Sensibilisierung für die Bedeutung von Beziehungen über die Sexualmedizin hinaus auch für die anderen medizinischen Fächer einen Beitrag zu einer insgesamt stärker anthropologisch ausgerichteten, menschengerechteren Medizin leisten (Loewit 2003). Diese Sensibilisierung beinhaltet eine Schärfung der Selbst- und Fremdwahrnehmung zur möglichst ganzheitlichen Erfassung der jeweiligen Gesamtsituation, also zur Wahrnehmung von „Gestalten“, wie sie dem „Flash“-Begriff von Balint zugrunde liegt.

Gestaltwahrnehmung in der Balintarbeit

Vielleicht sollte einleitend doch an das eigentlich Selbstverständliche erinnert werden: Schon die normale menschliche Entwicklung, das Aufnehmen der überlebenswichtigen frühkindlichen (und aller späteren) Beziehungen zu wichtigen Bezugspersonen und die dazu notwendige non-verbale Kommunikation, deren Mitteilungen durch „Gestaltssignale von Körperhaltung und Verhalten“ (R. A. Spitz 1985) übermittelt werden, wä-

² „Denn das ist der größte Fehler bei der Behandlung von Krankheiten, dass es Ärzte für den Körper und Ärzte für die Seele gibt, wo beides doch nicht getrennt werden kann,...aber gerade das übersehen die griechischen Ärzte und nur darum entgehen ihnen so viele Krankheiten, sie sehen nämlich niemals das Ganze“ Plato (427-347), Charmides (vgl. Loewit 1989).

³ Dabei erwiesen sich die von Prof. Dr. Boris Luban-Plozza durchgeführten jährlichen Internationalen Balint-Treffen in Ascona (CH) als äußerst hilfreich (vgl. Kröger & Luban-Plozza 1982, Luban-Plozza et al. 1995b: 27f).

ren ohne die Fähigkeit zur Wahrnehmung von Gestaltsignalen gar nicht möglich. Dennoch ist es notwendig, diese Fähigkeit bewusst wieder zu entdecken, zu vervollkommen und zu üben.

Verbindungen zwischen dem Gestaltbegriff, der sich auf die Wahrnehmung von Ganzheiten bezieht und Balintarbeit ergeben sich zwanglos, indem es bei beiden, der Balintarbeit und der Gestaltpsychologie um ‚das Ganze‘, im Bereich der Psychotherapie (unter anderem) um eine ganzheitliche Sicht des Menschen, um einen psychophysischen, ganzheitlich-dynamischen Ansatz und um das ‚Hier und Jetzt‘ geht. Ähnlich der Psychosomatik (biopsychosozialen Medizin) definiert auch die Gestalttherapie Gesundheit „als die Fähigkeit eines Menschen...seine psychischen, physischen und sozialen Bedürfnisse ohne Schaden für sich und sein Umweltfeld zu befriedigen“ (Zabransky 2000, Fuhr 2000). Allerdings geht es nicht um eine Gleichsetzung von Balintarbeit und Gestaltpsychologie bzw. -therapie, sondern eher um Analogien in einigen Punkten. So kann das „Sich-Einstimmen“ (Balint 1957) auf die Wellenlänge des Patienten durchaus mit dem Wahrnehmen (s)einer „Gestalt“, der „Flash“ mit dem plötzlichen, blitzartigen Erkennen einer Gestalt aus bisher unverbundenen Elementen verglichen werden (im Gegensatz zum Erkennen als Frucht mühevoller, detektivischer Kleinarbeit) und ähnliches ereignet sich wiederum bei den Fallberichten in der Balintgruppe, der Luban-Plozza (1995b: 27) als „gesundheitsfördernde Strategien: Wahrnehmungstraining und Beziehungstherapie“ zu schreibt.

Die Fähigkeit zur ‚Gestalt-Wahrnehmung‘ im ärztlichen Gespräch konkretisiert sich vom spontanen Ersteindruck an in vielfältiger Weise bei der Erfassung dessen, was der Patient anbietet, wie er es tut und was er dabei aus dem Arzt macht (Übertragung) bzw. wie dieser auf den Patienten reagiert, also was der Arzt aus dem Patienten macht (Gegenübertragung). Solche Fragen sind jeweils mit ihren biologisch-organischen, psychisch-emotionalen und sozialen Anteilen auf der Ebene der objektiven Fakten (zuhören), der subjektiven Bedeutung (sich einfühlen) und der szenischen Information (beobachten) zu klären und zu einem Gesamtbild, eben zu einer Gestalt zu integrieren. Das erfordert eine neue, konzentriert-wache Art des „Zuhörens“. Aus all diesen Informationen kann dann im Sinne der umfassenden Diagnose eine diagnostische Hypothese formuliert werden (vgl. Wesiack 1980: 191ff). Dabei ist besonders wichtig, dass der Arzt, (bzw. der Teilnehmer an einer Balintgruppe) seine eigenen Gefühle und körperlichen Begleitreaktionen - Emotionen stellen ein psychophysisches Simultangeschehen dar – wahrnimmt und reflektiert, denn sie gestalten zum

einen seine Beziehung zum Patienten mit, zum andern können sie diagnostische Hinweise auf die Befindlichkeit des Patienten geben. Es gilt also herauszufinden, wieweit diese Gefühle aus der momentanen Situation des Arztes selbst stammen (Selbsterfahrung) und/oder wieweit sie durch den Patienten induziert sind?

Bei diesem Reflexionsprozess spielt neben der empathischen Einfühlung das aufmerksame Beobachten der Gesamtsituation, die erwähnte szenische Information eine wichtige Rolle: Wie setzt der Patient – in der Sexualtherapie in der Regel das Paar – sich bzw. die Arzt-Patient-Begegnung „in Szene“? Darüber geben z.B. Körperhaltung und Verhalten, Kleidung, Sitzwahl, Mimik, Gestik, Sprache (Wortwahl, Niveau, Grammatik usw.) und Parasprache (Tonfall, Lautstärke, Sprechgeschwindigkeit, Pausen etc.) Aufschluss. In der sexualmedizinischen Sprechstunde bietet die Art, wie das Paar miteinander umgeht und kommuniziert vom ersten Moment an eine solche Fülle szenischer Information, wie sie in Einzelgesprächen nicht zu erhalten ist: Wer lässt dem anderen den Vortritt, welche Sitzordnung wird gewählt, wer eröffnet das Gespräch, lassen sich die Partner ausreden, können sie sich zuhören oder fallen sie sich ins Wort, wie ist die Atmosphäre, sind gegenseitige Zuwendung und Wertschätzung erkennbar, gibt es eine „Streitkultur“ und so fort. Hieraus lassen sich bereits wichtige Informationen gewinnen über beziehungsrelevante Spannungsfelder, wie z.B. Dominanz-Unterwerfung, Autonomie-Abhängigkeit, Selbstbewusstsein-Minderwertigkeitsgefühle, Annahme-Abkehrung, Nähe-Distanz, Verschmelzung-Fremdheit usw. Dabei stellt das Paar eine eigene Ganzheit, eine über die Charakteristika von zwei Individuen hinausgehende Gestalt dar: Das Paar ist der Patient. Gestaltwahrnehmung in der geschilderten Weise ist aber für jeden Arzt und in jeder Disziplin unverzichtbar, muss (wieder bewusst) erlernt und trainiert werden, damit im Sinne Balints aus guten Ärzten bessere werden können, denn „in der täglichen ärztlichen Praxis ist ... oft unglaublich rasch die psychosomatische Kompetenz des Arztes gefordert, der damit erst zum regelrechten Arzt wird“ (Luban-Plozza 1995b: 15) – in der sexualtherapeutischen Praxis ist diese Kompetenz die Voraussetzung erfolgreicher Behandlung schlechthin.

Biopsychosoziale Medizin und die zwei Identitäten des Arzt-Seins

Durch die immer noch überwiegend einseitig naturwissenschaftlich ausgerichtete Sozialisierung des angehenden Arztes in Studium und klinischer Praxis erwirbt er

Kenntnisse, Fertigkeiten, Sicherheit und seine ärztliche Identität vorwiegend im Rahmen der (somato- oder psycho-pathologisch) krankheitszentrierten Medizin (wobei Sexualmedizin im Studium meist gar nicht eigenständig vorkommt). Verlässt er das damit verbundene herkömmliche Rollenverständnis, also seine Identität als *Experte, Macher und Problemlöser*, um sich als *zuhörender und einführender Begleiter und Gehilfe zur Problemlösung* für den Patienten zu verstehen, was er meist nicht in gleicher Weise gelernt hat, kommt Unsicherheit auf bis zu Zweifeln ob das überhaupt noch eine „ärztliche Tätigkeit“ sei? An dieser Problematik scheint sich seit fast einem halben Jahrhundert nicht viel verändert zu haben: Schon Michael Balint sprach von den Schwierigkeiten, „die einige unserer jetzigen Seminarteilnehmer bei der Forderung empfanden, ihre altgewohnte Funktionsweise zu revidieren. Diese traditionelle Praxisführung gibt dem Arzt das sichere Gefühl der Überlegenheit; er hat das größere Wissen, an ihn wendet der Patient sich mit Hoffnung und Vertrauen und er muss durch den Erfolg seiner diagnostischen Kunst beweisen, dass das Vertrauen in sein überlegenes Wissen und Können gerechtfertigt war Auf alle solchen befriedigenden Erlebnisse sollten wir nun bei unserer neuen Technik verzichten. Jetzt wurde vom Arzt nicht mehr die Lösung spannender Rätsel und Probleme erwartet, sondern ein so genaues „Sich-Einstimmen“ auf die Wellenlänge der Mitteilungen des Patienten, dass er so fehlerfrei wie möglich darauf antworten konnte“ (M. Balint 1975: 43).

Gerade in der Sexualtherapie (aber keineswegs nur dort) wird diese Spannung zwischen der herkömmlichen, gewohnten und Sicherheit gebenden Identität und der (neuen und ungewohnten?) Rolle als Begleiter, Dolmetscher, Spiegel, Katalysator, auch ‚Hebamme‘ und – zwar allparteilicher, aber doch – aussenstehender Dritter besonders dann deutlich, wenn der Arzt einem Paar oder Patienten gegenüber sitzt – und prompt in die gewohnte Identität und Rolle (zurück-)fällt. Anstatt (nach Abklärung der organisch-somatischen Seite!) „bloß“ zuzuhören, zu beobachten, auf seine Gefühle zu achten, eine „Gestalt“ wahrzunehmen, sie zu benennen und die Frage nach den Lösungsmöglichkeiten des Problems an das dafür zuständige Paar weiterzugeben, zerbricht er sich den Kopf, was er als nächstes sagen oder tun und wie er das Problem lösen müsste, setzt sich unter lähmenden Leistungsdruck, fühlt sich als inkompetenter Versager und sieht nicht mehr, was sich vor seinen Augen abspielt. Dabei könnte gerade das Ansprechen, Hinterfragen oder Deuten der szenischen

Information einen wichtigen Schritt zur Problemlösung, vielleicht sogar ein Schlüsselerlebnis für den Patienten/das Paar darstellen.

Die Schwierigkeit oder die Kunst liegt also darin, beide ärztlichen Identitäten (die „herkömmliche“, vorwiegend organ- und krankheitszentrierte und die „psychosoziale“, patientenzentrierte) zu integrieren, über beide zu verfügen und sie differenziert einsetzen zu können. Anders ist kompetente Sexualtherapie nicht leistbar. In dieser Integrationsfähigkeit liegt aber auch die Zukunft einer sich generell als biopsychosozial und patientenzentriert verstehenden Medizin – und nur als solche kann sie dem Menschen gerecht werden. Balintarbeit ist eine ideale Methode, um diesem Ziel näher zu kommen.

Literatur

- Balint, E. (1975): Die „Flash“-Technik. In: Balint E., Norell J. S. (Hrsg): Fünf Minuten pro Patient. Suhrkamp: Frankfurt, 58-66.
- Balint, M. (1957): Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Klett: Stuttgart.
- Balint, M. (1975): Forschung in der Psychotherapie. In: Balint E., Norell J. S. (Hrsg) Fünf Minuten pro Patient. Suhrkamp: Frankfurt.
- Beier, K.M.; Bosinski, H.A.G.; Hartmann, U.; Loewit, K. (2001, 2.Aufl. 2005) Sexualmedizin. Grundlagen und Praxis. Urban & Fischer München/Jena.
- Beier, K. M.; Loewit K. (2004): Lust in Beziehung. Springer: Berlin/Heidelberg.
- Fuhr, R.; Amendt-Lyon, N. (2000): Gestalttherapie. In: Stumm, G.; Pritz A. (Hrsg): Wörterbuch der Psychotherapie. Springer: Wien/New York.
- Kröger, F.; Luban-Plozza, B. (Hrsg) (1982): Studenten-Balintgruppen, eine Erweiterung der medizinischen Ausbildung. Fischer: Stuttgart/New York.
- Loewit, K. (1989): Psychosomatik. In: Funktionelle Pathologie, G. Wick et al. (Hrsg): Gustav Fischer: Stuttgart/New York, 409-417.
- Loewit, K. (2003): Zur Stellung der Sexualmedizin innerhalb der medizinischen Fächer. Wien Med Wochenschr 153: 171-173.
- Loewit, K. (2004): Sexualität – Psychosomatik der Beziehung. Wien Med Wochenschr 154: 366-371.
- Luban-Plozza, B.; Knaak, L. (1979, 6.Aufl. 1995): Der Arzt als Arznei. Das therapeutische Bündnis mit dem Patienten. Dtsch. Ärzteverlag: Köln.
- Luban-Plozza, B.; Pöldinger, W.; Kröger, F.; Läderach-Hofmann, K. (Hrsg) (1995b): Der psychosomatisch Kranke in der Praxis (6.Aufl.). Schwabe: Basel
- Sedlak, F. (2000): Balintarbeit. In: Stumm, G.; Pritz, A. (Hrsg): Wörterbuch der Psychotherapie. Springer: Wien/New York.
- Spitz, R. A. (1985): Vom Säugling zum Kleinkind, 8.Aufl., Klett-Cotta: Stuttgart.
- Vogt, H.-J.; Loewit, K.; Wille, R.; Beier, K.M.; Bosinski, H.A.G. (1995): Zusatzbezeichnung Sexualmedizin – Bedarfsanalyse und Vorschläge für einen Gegenstandskatalog. Sexuologie 2 (2): 65-69.
- Wesiack, W. (1974): Grundzüge der psychosomatischen Medizin. Beck: München, Springer: Wien/New York.
- Wesiack, W. (1979): Psychoanalyse und psychotherapeutisch orientierte Therapieverfahren. In: Th.v.Uexküll (Hrsg): Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin. Urban & Schwarzenberg: München/Wien/Baltimore, 349-360.
- Wesiack, W. (1980): Psychoanalyse und praktische Medizin, Grundzüge der Neurosenlehre, Psychotherapie und psychosomatischen Medizin. Klett-Cotta: Stuttgart.
- Zabransky, D. (2000): Gestaltpsychologie, Gestalttheorie. In: Stumm, G.; Pritz A. (Hrsg): Wörterbuch der Psychotherapie. Springer: Wien/New York.

Adresse des Autors

Univ. Prof. i. R. Dr. med. K. Loewit, Lehrtherapeut (ÖÄK) für Balintarbeit und Sexualmedizin, Univ. Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Schöpfstr. 23a, A-6020 Innsbruck, mail: kurt.loewit@uibk.ac.at

Das späte Menschenrecht (Teil 2) – Sexualität im schweizerischen Recht

Helmut Graupner

The Belated Human Right (Part 2) – Sexuality in Swiss Law

Abstract

The European Court of Human Rights (ECtHR) comprehensively protects sexual autonomy. Both the right to desired sexuality and the right to freedom from undesired sexuality must be safeguarded. Only then is human dignity in regard to sexuality fully and completely respected.

This article is the continuation of a study, the first part of which (Nos. 3/4, 2004) dealt with the European and Austrian legal situation. This second part contains a detailed survey of the past and current legal standing of sexuality in Swiss law. In Switzerland sexual autonomy is in principle acknowledged and protected; nevertheless, 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 bildet die Fortsetzung zum bereits im Heft 3/4 (2004) erschienenen ersten Teil, der die europäische und österreichische Rechtslage behandelte. Nachfolgend wird ein detaillierter Überblick über die Entwicklung und den Stand des Sexuellen im schweizerischen Recht gegeben. Dabei zeigt sich auch

hier, dass die sexuelle Autonomie 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

Sexual(straf)recht in der Schweiz

Die Verfassung

Seit 1999 verbietet die Schweizerische Bundesverfassung Diskriminierung auf Grund „**der Lebensform**“ (Art. 8 Abs. 2). Die Schweiz war damit das erste Land Europas,¹ das das Sexualleben ausdrücklich in seiner Verfassung geschützt hat.²

Bereits 1975 stellte das Schweizerische Bundesgericht fest, daß die **Prostitution**, soweit sie nicht strafbar ist, den Schutz des Grundrechts der Handels- und Gewerbefreiheit genießt (BGE 101 Ia 473; EuGRZ 1976, 202). Das Bundesgericht führte aus, daß sich der Bundesgesetzgeber darauf beschränkt habe, die Strafbarkeit gewisser Vorbereitungshandlungen, Auswüchse und Begleiterscheinungen der Prostitution vorzusehen. So bezwecke (der damalige) Art. 206 StGB, der das Anlocken zur Unzucht betraf, die Wahrung der öffentlichen Sittlichkeit und die Verhinderung von Reaktionen, die Prostituierte auslösten,

¹ Für den Schutz des Sexuallebens in außereuropäischen Ländern siehe Graupner (2004b).

² Mittlerweile hat Portugal in seine Verfassung ein ausdrückliches Diskriminierungsverbot auf Grund „sexueller Orientierung“ aufgenommen (Art. 13 idF „Diário da República“ [official gazette], no. 173, of July 24, 2004).

wenn sie ihren Leib in einer für jedermann erkennbaren Weise feilhielten. Doch diene diese Vorschrift nicht dazu, jeden Gang einer Prostituierten auf öffentlichen Straßen zum Zwecke der Kundensuche unter Strafe zu stellen. Weil die angefochtene kantonale Strafbestimmung gerade ein solches Verbot, jedenfalls tagsüber, enthielt, erklärte sie das Bundesgericht für verfassungswidrig. 1992 sprach das Bundesgericht unter Berufung auf die Europäische Menschenrechtskonvention, insb. des Rechts auf Achtung des Privatlebens (Art. 8), aus, dass einem **gleichgeschlechtlichen Partner** eines Schweizers ein grundrechtlicher Anspruch auf Erteilung einer Aufenthaltsbewilligung zukommt, wenn die Partnerschaft nicht zumutbar im Ausland gelebt werden kann (BGE 22.05.1992 A.91/1991/re u.a., EuGRZ 1993, 562; ebenso BGE 25.08.2000 2A.493/1999, EuGRZ 2001, 54).

Die Entwicklung des Sexualstrafrechts³

Im 19. Jahrhundert begannen die Schweizer Kantone (mit Ausnahme von Uri und Nidwalden), ihr Strafrecht zu **kodifizieren**. Unmittelbar vor der Erlassung des Bundes-Strafgesetzbuches 1942 gestaltete sich die Rechtslage im Sexualstrafrecht grob so:

Die **Mindestaltersgrenze für sexuelle Kontakte** war sehr unterschiedlich geregelt und richtete sich entweder nach der individuellen Geschlechtsreife oder nach einer fixen Altersgrenze, die zwischen 12 und 16 Jahren lag. Interessante **Unterschiede** zeigten sich zwischen den **deutschen und den romanischen Kantonen**. Während nur zwei der romanischen Kantone ein höheres Mindestalter als 14 Jahre kannte (Freiburg und Waadt [beide 16]), reichte die Altersgrenze in 7 deutschen Kantonen bis zu 16 Jahren (in Luzern sogar bis 18 Jahre, wenn der ältere Partner großjährig war). Andererseits kannte eine ganze Reihe deutscher (nicht aber romanischer) Kantone keine fixe Altersgrenze und stellte stattdessen – ganz in der Tradition des gemeinen Rechts – auf die individuelle Geschlechtsreife ab und beschränkte den Tatbestand auf Vaginalverkehr mit Mädchen, während alle romanischen Kantone auch andere sexuelle Handlungen und auch sexuelle Beziehungen mit Jungen erfaßten. Unterschiede ergeben sich auch bei der Einleitung eines Strafverfahrens. Von den 5 französischen Kantonen kannte nur Genf die Verfolgung von amts wegen (ebenso das räto-romanische Tessin). Alle anderen französischen Kantone verlangten zur Strafverfolgung einen Antrag der Eltern oder des Kindes bzw. des Jugendlichen (Waadt,

Valois, Freiburg, Neuenburg [Neuenburg: außer bei Vaginalverkehr mit Mädchen unter 14]). Hingegen war die Strafverfolgung nur in drei der deutschen Kantone an einen Strafantrag der Verletzten gebunden (Solothurn, Basel-Land und Basel-Stadt [in beiden letzteren jedoch Offizialdelikt bei Vaginalverkehr mit Mädchen unter 14]). Ansonsten erfolgte die Verfolgung von amts wegen.

„**Verführungs**“-**Bestimmungen** über die jeweiligen Mindestaltersgrenzen hinaus kannten nur 7 Kantone, 5 deutsche und 2 romanische. Nur einer dieser Kantone (Zürich) pönalisierte auch die Verführung von Jungen, alle anderen bezogen sich ausschließlich auf Mädchen. Zumeist waren die Bestimmungen auf Verführung unbescholtener Mädchen zum Vaginalverkehr beschränkt.

Auch bei der Behandlung **homosexueller Beziehungen** zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den romanischen und den deutschen Kantonen. Von den 6 romanischen Kantonen beließen 4 (Genf, Waadt, Valois und Tessin) homosexuelle Beziehungen unter Männern und 5 (Genf, Waadt, Valois, Tessin und Neuenburg) homosexuelle Beziehungen unter Frauen straffrei. Auch die beiden Kantone, die ein Verbot kannten (Freiburg für Männer und Frauen; Neuenburg nur für Männer), banden ein Strafverfahren an den Strafantrag des „verletzten“ Partners.

Von den deutschen Kantonen bestraften hingegen alle bis auf einen (Basel-Stadt), homosexuelle Beziehungen unter Männern, und alle bis auf 4 (Basel-Stadt, Basel-Land, Glarus und Solothurn) homosexuelle Beziehungen unter Frauen. Die Strafverfolgung war nur in Graubünden an einen Strafantrag gebunden, in allen anderen Kantonen erfolgte die Verfolgung von amts wegen. In den Kantonen, die homosexuelle Beziehungen nicht generell bestraften, galten für gleichgeschlechtliche Beziehungen die allgemeinen Altersgrenzen (Valois und Tessin [beide Mindestalter 12], Genf, Neuenburg, Basel-Stadt, Basel-Land, Glarus und Solothurn [alle Mindestalter 14], Waadt [Mindestalter 16]).

Im Jahre 1898 erhielt der Bund die Kompetenz zur Strafgesetzgebung, doch erst im Jahre 1942 trat das erste **einheitliche schweizerische Strafgesetzbuch** in Kraft. Es legte die Mindestaltersgrenze für sexuelle Beziehungen bei 16 Jahren fest (Art. 191 StGB) und übernahm somit das höchste in den einzelnen Kantonen geltende Alter (siehe oben). Der Vorentwurf 1894 sah hingegen die Geschlechtsreife und der Vorentwurf 1896 eine Grenze von 15 Jahren vor. Die schließlich zur Geltung gelangten 16 Jahre stellten einen Kompromiß dar zwischen den Forderungen der Sittlichkeits- und Frauenvereine, die für ein Mindest-

³ eingehend Graupner 1997a, 2. Band: 638ff.

alter von bis zu 21 Jahren plädierten, und den Forderungen der Rechtsexperten und Vertreter juristischer Berufe, die für die individuelle Geschlechtsreife als Grenze eintraten.

Das StGB pönalisierte weiters die Verführung von 16 bis unter 18jährigen Mädchen zum Vaginalverkehr (Art. 196 StGB) und sexuelle Beziehungen mit 16 bis unter 20jährigen in bestimmten Autoritätsverhältnissen (Art. 192 StGB).

Homosexuelle Beziehungen waren nicht generell strafbar, was in den meisten Kantonen Entkriminalisierung bedeutete. Es blieben jedoch drei **Sonderstrafbestimmungen**: die „Verführung“ einer 16 bis unter 20jährigen Person zur „widernatürlichen Unzucht“ (Art. 194 StGB), die homosexuelle Prostitution (Art. 194 StGB) und homosexuelle Beziehungen von Angehörigen des Militärs (Art. 157 Militär-Strafgesetz [MilSt]G). Der Versuch der Kantone Schwyz und Uri, die Straflosigkeit homosexueller Beziehungen dadurch zu unterlaufen, daß sie gleichgeschlechtliche Kontakte im Zuge ihrer Einföhrungsgesetze zum StGB 1942 als Übertretungen bestrafte, scheiterte 1955 an einer Entscheidung des Bundesgerichts, das die entsprechenden Bestimmungen für nichtig erklärte.

Inzest war generell strafbar, womit die Strafbarkeit in den französischen Kantonen (wieder) eingeföhrt worden ist. Das StGB enthielt eine Reihe moralisierender Strafbestimmungen, die im Zuge der Novelle 1992 aufgehoben wurden (siehe sogleich unten).

Die **Strafrechtsnovelle 1992** regelte das schweizerische Sexualstrafrecht völlig neu. Es trat am 1. Oktober 1992 in Kraft, nachdem die Vorlage mit großer Mehrheit in einer Volksabstimmung angenommen worden war. Leitgedanke war, das strafbare Verhalten konsequent am Rechtsgüterschutz auszurichten. Bloß moralwidrige Handlungen sollten straflos bleiben. Die Überschrift des Fünftens Titels des StGB wurde von „Strafbare Handlungen gegen die Sittlichkeit“ geändert in „**Strafbare Handlungen gegen die sexuelle Integrität**“.

Die **Mindestaltersgrenze** wurde – entgegen den Empfehlungen der Expertenkommission für ein Alter von 14 Jahren und der Empfehlung der Ständeratskommission von 15 Jahren und trotz der ungewöhnlichen Strenge der Regelung im europäischen Vergleich (siehe unten) – bei **16 Jahren** belassen. Die Regierung begründete dies mit dem „sittlichen Empfinden“ der Bevölkerung, die in weiten Kreisen eine Liberalisierung in diesem Punkte ablehne (Schweizerischer Bundesrat 1985, 58). Straffrei gestellt wurden jedoch Beziehungen mit nicht mehr als drei Jahren Altersunterschied (Art. 187 StGB), und die Maximalstrafe von 20 auf 5 Jahre Zuchthaus reduziert. Darüber-

hinaus wurde bestimmt, daß bei Tätern unter 20 Jahren von einem Strafverfahren abgesehen werden kann, wenn besondere Umstände vorliegen. Übernommen wurde die Forderung der Expertenkommission bei Delikten gegen Kinder- und Jugendliche verkürzte Verjährungsfristen vorzusehen. Sie wurde bei sexuellen Handlungen mit unter 16jährigen mit 5 Jahren angesetzt und bei Inzest mit 2 Jahren. Gem. Art. 70 StGB betrage die Verjährungsfrist ansonsten 10 Jahre.

Gestrichen wurden die (oben genannten) „**Verführungs**“-**Bestimmungen** (Art. 194 und 196 StGB) sowie die Strafbestimmungen gegen homosexuelle Prostitution und gegen homosexuelle Beziehungen im Militär (Art. 157 MilStG). **Homosexuelle Beziehungen** werden seither nicht mehr anders behandelt als heterosexuelle.

Bei sexuellen Beziehungen innerhalb von **Autoritätsverhältnissen** wurde das Erfordernis der „Ausnutzung der Abhängigkeit“ eingeföhrt (Art. 188 StGB). Sexuelle Gewalt zwischen Ehepartnern wurde in die Gewalttatbestände einbezogen (Art. 189f).

In Übereinstimmung mit dem Grundanliegen der Reform wurden zahlreiche **moralisierende Tatbestände** aufgehoben, wie etwa die Strafbestimmungen gegen „Vorschubleisten“ für „Unzucht mit Personen unter 18 Jahren“ (Art. 200 StGB), gegen „Dulden gewerbsmäßiger Kuppelei in Mieterräumen“ (Art. 209), „Veröffentlichen von Gelegenheiten zur Unzucht“ (Art. 210), „Anpreisung von Gegenständen zur Verhütung der Schwangerschaft“ und „Gefährdung Jugendlicher durch unsittliche Schriften und Bilder“ (Art. 212). Das Verbot von Pornografie wurde bei weicher Pornografie auf einen Jugend- und Konfrontationsschutz beschränkt (Art. 197). Inzest blieb strafbar. Der Begriff „Unzucht“ wurde durch sexuelle Handlung ersetzt (siehe aber Art. 196 Menschenhandel).

Neu eingeföhrt wurde die Strafbarkeit von **exhibitionistischen Handlungen** und **sexuellen Belästigungen** im Privaten (Art. 194, Art. 198 StGB).

1997 wurde die **kurze Verjährungsfrist** von 5 Jahren bei Verletzungen der Mindestaltersgrenze von 16 Jahren **aufgehoben** (BG 21.03.1997). Seither galt die allgemeine Frist von 10 Jahren.

In den Neunziger Jahren wurde auch die **Mündigkeitsgrenze**, und damit die Altersgrenze für Autoritätsverhältnisse, von 20 auf 18 Jahre gesenkt (Trechsel 1997, Art. 188 Rz 2).

Mit 01.04.2002 trat eine Strafgesetznovelle in Kraft, mit der Besitz und Erwerb von **Pornografie mit Kindern, Gewalttätigkeiten und Tieren** unter Strafe gestellt wurden (Art. 197 Z. 3bis; die Regierung hatte in ihrem Entwurf Tierpornografie nicht inkludiert; Botschaft 2000) (AS 2002 408, <http://www>.

admin.ch/ch/d/as/2002/408.pdf). Bemerkenswert ist, dass zugleich auch für Darstellungen nichtsexueller Gewalttätigkeiten ein Besitz und Erwerbsverbot erlassen wurde (Art. 135), womit klargestellt wird, dass Strafgrund nicht die Sexualität sondern die Gewalt ist, und eine Diskriminierung sexueller Darstellungen vermieden wird.

Mit 01.10.2002 wurden die **Verjährungsbestimmungen** geändert (Art. 70). Die Verjährungsfrist für schwere Sexualdelikte an Kindern wurden von 10 auf 15 Jahre verlängert, und die verkürzte Verjährungsfrist von zwei Jahren bei Inzest (Art. 213) aufgehoben (AS 2002 2993, <http://www.admin.ch/ch/d/as/2002/2993.pdf>). Ergänzend wurde festgelegt, dass die Verjährung bei den schweren Sexualdelikten an Kindern von grundsätzlich weniger als 16 Jahren sowie den schwersten Delikten gegen Leib und Leben an Kindern unter 16 Jahren frühestens mit der Vollendung des 25. Lebensjahres des Opfers eintritt. Vor Ablauf der Verjährungsfrist muss nicht bloss Anzeige erstattet, sondern ein erstinstanzliches Urteil ergehen, da nach der neuen Regelung die Verjährung nach dem erstinstanzlichen Urteil nicht mehr eintreten kann. Die eingeräumte „Bedenkzeit“ soll es den Opfern ermöglichen, rechtzeitig Anzeige zu erstatten. Als schwere Sexualdelikte an Kindern werden erfasst: Sexuelle Handlungen mit Kindern (Art. 187 StGB), Sexuelle Handlungen mit Abhängigen, das heisst mit 16 bis 18-jährigen Unmündigen (Art. 188 StGB), Sexuelle Nötigung (Art. 189 StGB), Vergewaltigung (Art. 190 StGB), Schändung (Art. 191 StGB), Förderung der Prostitution (Art. 195 StGB) und Menschenhandel (Art. 196 StGB). Die hier erfassten schwersten Delikte gegen Leib und Leben an Kindern unter 16 Jahren sind: Vorsätzliche Tötung (Art. 111 StGB), Totschlag (Art. 113 StGB) und Schwere Körperverletzung (Art. 122 StGB); Mord (Art. 112 StGB) wird nicht erwähnt, weil die Verjährungsfrist bei Mord 30 Jahre beträgt (eingehend samt Materialien: <http://www.ofj.admin.ch/themen/stgb-sinteg/intro-d.htm>).

1998 präsentierte der Bundesrat einen Entwurf, mit dem Verstöße gegen die Mindestaltersgrenze (Art. 187) (von Schweizern oder nicht auszuliefernden Ausländern) auch dann nach Schweizer Recht zu beurteilen (und damit strafbar) sind, wenn die Tat in einem Land erfolgt, in dem solche Kontakte nicht verboten sind (BBl 1998 1979). Interessanterweise wird aber nicht auf die Altersgrenze 16 abgestellt sondern dieses **„Weltrechtsprinzip“** (weltweite Geltung des Inlandsstrafrechts ohne Rücksicht auf die Gesetze des Tatorts) auf Kontakte mit unter 14-jährigen beschränkt. Bei Gewaltdelikten, Schändung und Förderung der Prostitution (Art. 189, 190, 191, 195) soll es hingegen

stets dann gelten, wenn das Opfer unter 18 Jahre alt ist. Auch für Pornografie mit Kindern (Art. 197 Z. 3) soll das Weltrechtsprinzip eingeführt werden. Der Ständerat hat den Entwurf am 15.12.1999 gebilligt (http://www.parlament.ch/ab/data/d/s/4601/4131/d_s_4601_4131_4132.htm).

Am 03. Mai 2000 wurde bei der Bundeskanzlei eine **Volksinitiative** eingereicht, die für nicht therapierbare, extrem gefährliche Sexual- und Gewaltstraftäter eine Verwahrung mit restriktiven Entlassungsbedingungen einführen will. Die **lebenslange Verwahrung** ist bereits heute im Strafgesetzbuch vorgesehen und grundsätzlich für alle Verbrechen und Vergehen möglich. Im Rahmen der Revision des Allgemeinen Teils des Strafgesetzbuches hat der Bundesrat eine neue Form der lebenslangen Sicherheitsverwahrung für alle Täter vorgeschlagen, die schwere Straftaten begangen haben und bei denen eine Rückfallgefahr besteht (eingehend zum Ganzen <http://www.ofj.admin.ch/themen/lebverwahr/intro-d.htm>).

Das aktuelle Sexualstrafrecht

Art. 187 legt die **Mindestaltersgrenze** für sexuelle Handlungen bei 16 Jahren fest. Der Gesetzgeber ist damit nicht nur nicht dem Vorschlag der Expertenkommission gefolgt, die Altersgrenze mit 14 Jahren festzulegen (siehe oben), sondern hat die Schweiz damit eine deutlich höhere Grenze als alle seine Nachbarländer (Österreich, Italien, Liechtenstein, Deutschland [alle 14 Jahre], Frankreich [15 Jahre]) und die restriktivste Gesetzgebung auf diesem Gebiet in ganz Europa (Graupner & Bullough 2005): eine hohe Altersgrenze von 16 Jahren, ausgestaltet als Offizialdelikt (dh. kein Antrag des Kindes/Jugendlichen oder des gesetzlichen Vertreters notwendig) verbunden mit einem strengen Legalitätsprinzip (dh. Pflicht zur Anklage und zur Verurteilung; keine Filterungsmöglichkeit); hinzu kommt ein Strafmündigkeitsalter von 7 Jahren (Art. 82) und damit die Strafbarkeit auch von Kontakten zwischen Kindern bzw. zwischen Jugendlichen (bei mehr als 3 Jahren Altersunterschied); schliesslich befreit (anders als in fast allen anderen europäischen Rechtsordnungen; und anders als in den Art. 188 & 197) ein Irrtum über das Alter nicht von der Strafbarkeit, wenn der Irrtum fahrlässig erfolgt, was sehr leicht konstatiert wird: so darf man sich auf die Angaben des Jugendlichen oder von Dritten nicht verlassen, und dass die jugendliche Person in Bars Alkohol trinkt, geschminkt oder sexuell erfahren ist, entbindet auch nicht von der Prüfungspflicht (Judikaturnachweise in Trechsel 1997, Art. 187 Rz 16).

Die übermäßige Strenge wird offenbar auch erkannt, wenn man die Beschränkung des geplanten Weltrechtsprinzips auf Kontakte mit unter 14-jährigen bedenkt (siehe oben).

Unter 16-jährige werden (bei einem Altersunterschied von mehr als 3 Jahren) als nie einwilligungsfähig angesehen. Auf den Grad der körperlichen und geistigen Reife kommt es ebenso wenig an wie auf die sexuelle Erfahrungheit (Trechsel 1997, Art. 187 Rz 3). Dazu in auffallendem Widerspruch steht die Rechtsprechung des Bundesgerichtes, die den Schadenersatz von 14-16-jährigen Jugendlichen gegenüber erwachsenen Partnern wegen „selbstverantworteten Mitverschuldens“ um 25% kürzt, wenn die Jugendlichen sich den sexuellen Kontakten nicht widersetzen (BGE 24.02.2004, 4C.225/2003, www.bger.ch; das erstinstanzliche Gericht hatte sogar um 70% gekürzt). Da diese Entscheidung für Kontakte in einem Abhängigkeitsverhältnis (Jungscharleiter) erging und bereits auf Grund mangelnden Widerstandes um 25% reduziert wurde, ist anzunehmen, dass dann, wenn Kontakte außerhalb von Abhängigkeitsverhältnissen und im ausdrücklichen Einvernehmen oder gar auf Initiative des Jugendlichen erfolgen, das „selbstverantwortete Mitverschulden“ schwerer bewertet und die Ersatzansprüche noch stärker reduziert werden.

Ist der ältere Partner unter 20 Jahre alt, so kann von Strafe abgesehen werden, wenn besondere Gründe vorliegen. Als solche werden zB echte Liebesbeziehungen, Provokation durch den jüngeren Partner, Lebensgemeinschaft, geringes Überschreiten der (strafbefreienden) Altersdifferenz angesehen. Die Beschränkung auf unter 20-jährige führt dazu, dass etwa eine echte Liebesbeziehung zwischen einem 19-jährigen und einer 14-jährigen plötzlich strafbar wird, wenn der ältere Partner 20 wird (Trechsel 1997, Art. 187 Rz 13). Der österreichische Verfassungsgerichtshof hat eine solche wechselnde Strafbarkeit wegen grober Unsachlichkeit als verfassungswidrig angesehen (siehe Teil I [Sexuologie 11 (3/4) 2004: 119ff], § 209 öStGB). Die Strafabschensmöglichkeit bei nachfolgender Eheschliessung wiederum führt zur **Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Paare**, denen die Eheschliessung nicht offen steht (Trechsel 1997, Art. 187 Rz 14).

Art. 188 ergänzt die (absolute) Mindestaltersgrenze von 16 Jahren mit einer Grenze von 18 Jahren für sexuelle Kontakte in **Abhängigkeitsverhältnissen**. Durch die unvollständige Definition des Abhängigkeitsverhältnisses („oder auf andere Weise abhängig ist“) wird der Tatbestand unbestimmt und uferlos. So soll etwa die Stellung „eines Mentors“ reichen (Trechsel 1997, Art. 188 Rz 7), ohne dass klar und fassbar wäre, was und wann jemand ein „Mentor“

konkret ist. Das Vorliegen eines Abhängigkeitsverhältnisses macht einen sexuellen Kontakt jedenfalls noch nicht strafbar. Voraussetzung der Strafbarkeit ist die Ausnutzung der Abhängigkeit. Blosser Verführung durch Verwöhnen oder Versprechen reicht nicht; der Jugendliche muß dem Ansinnen des Täters ablehnend gegenüberstehen und wegen seiner Unterlegenheit nicht zu widersprechen wagen (Trechsel 1997, Art. 188 Rz 9). Erfasst ist dann auch die Verleitung zur Masturbation. Auch hier kann die Strafe entfallen, wenn die Beteiligten miteinander die Ehe geschlossen haben. Angesichts der generellen Bestimmungen gegen die Ausnutzung von Abhängigkeitsverhältnissen (Art. 192, Art. 193) erscheint diese Bestimmung entbehrlich (Trechsel 1997, Art. 188 Rz 1).

Die Art. 189 und 190 bestrafen **sexuelle Gewalt**, wobei die Sonderstellung der penil-vaginalen Nötigung („Vergewaltigung“) (stets Zuchthaus von mindestens ein Jahr Dauer, Art. 35) gegenüber etwa analer oder oraler Penetration (auch Gefängnis möglich) nicht sachgerecht erscheint (anders etwa Art. 191). Erfasst ist nur Nötigung zur Duldung einer sexuellen Handlung, nicht aber die Nötigung zur Vornahme einer solchen (vgl. Art. 192, Art. 193); dessen ungeachtet soll durch eine „berichtigende Auslegung“ auch der Zwang zu einem aktiven Tun einbezogen werden (Trechsel 1997, Art. 189 Rz 10), was aber gegen das grundrechtliche Prinzip „keine Strafe ohne Gesetz“ verstößt (Art. 7 EMRK). Nötigen heißt Überwinden eines Widerstands, nicht bloßes Unterlaufen eines solchen (Trechsel 1997, Art. 189 Rz 6). Taten innerhalb einer Ehe (nicht aber eines Konkubinatspaares) werden – außer wenn sie „grausam“ begangen werden – nur auf Antrag verfolgt. Noch 1993 urteilte das Bezirksgericht Zürich, dass bei der Vergewaltigung einer Prostituierten die Verletzung der sexuellen Integrität weniger schwer wiege (Trechsel 1997, Art. 190 Rz 9).

Art. 191 stellt sexuelle Kontakte mit **urteilsunfähigen oder** (ohne Zutun des Täters) **widerstandsunfähigen Personen** unter Strafe. Verlangt wird Missbrauch der Widerstandsunfähigkeit, dh der Täter muß die Situation ausnützen. Der Tatbestand ist nicht erfüllt, wenn die Person in gültiger Weise – zB vor Bewusstlosigkeit (Schlaf) oder bei nur körperlicher Widerstandsunfähigkeit – einwilligt. Die Strafbestimmung zielt auf die Verhinderung des Missbrauchs von widerstandsunfähigen Menschen oder Personen mit psychischen Defekten als Sexualobjekt, nicht aber auf die Verhinderung ihrer sexuellen Selbstbestimmung. Auch diesen Personen soll nicht jeder sexuelle Umgang verwehrt werden (Trechsel 1997, Art. 191 Rz 5).

Die Art. 192 & 193 pönalisieren (ohne Altersgrenze) die **Ausnutzung einer Abhängigkeit** sowie

einer **Notlage** für sexuelle Handlungen. Abhängigkeit und Notlage sind nicht weiter definiert. Der Tatbestand erscheint daher uferlos und unbestimmt. Die Möglichkeit der Straflosigkeit bei nachfolgender Eheschliessung gilt auch hier, nicht aber das Antragsfordernis bei Begehung zwischen Ehepartnern wie bei sexueller Gewalt (Art. 189 Abs. 2, Art. 190 Abs. 2).

Art. 194 sanktioniert **exhibitionistische Handlungen**, worunter die „krankhafte Sucht“ verstanden wird, ahnungslosen Opfern die Genitalien vorzuzeigen (Trechsel 1997, Art. 194 Rz 1). Das Gesetz etabliert dabei insofern das Prinzip „Hilfe statt Strafe“ als das Strafverfahren eingestellt werden kann, wenn sich der Täter einer Therapie unterzieht. Ergänzt wird die Strafbestimmung durch das Verbot sexueller Belästigungen, die tätlich (auch durch Griffe auf das Gesäss, Streicheleien, Anpressen usw.) oder in grober Weise verbal vorgenommen werden, und durch das Verbot von Handlungen vor einer Person, die diese nicht erwartet (und denen sie sich nicht entziehen kann) (Trechsel 1997, Art. 198 Rz 2, 7). Beide Delikte werden nur auf Antrag der betroffenen Person verfolgt. Der Tatbestand der **sexuellen Belästigung** erscheint sehr weit, was sich etwa daran zeigt, dass ausdrücklich betont werden muß, dass eine zurückhaltende Einladung zu sexueller Betätigung nicht strafbar ist (Trechsel 1997, Art. 198 Rz 7). Es darf auch durchaus bezweifelt werden, ob eine „nicht zurückhaltende“ solche Einladung tatsächlich (kriminal)strafbedürftiges Unrecht darstellt.

Die Art. 195, 196 und 199 bestrafen bestimmte Verhaltensweisen im Zusammenhang mit **Prostitution**. So werden die kantonalen Vorschriften über Sperrzeiten, Sperrbezirke u.ä. strafrechtlich abgesichert, wobei nicht nur die Prostituierten sondern auch ihre Kunden strafbar sein können (Trechsel 1997, Art. 199 Rz 1). Unter mit Menschen Handel treiben (Art. 196) wird Handel als Vermittlung „lebendiger Ware“ verstanden, nicht die bloße Anwerbung für das eigene Etablissement (Trechsel 1997, Rz 2). Schließlich wird das Dirigieren von Prostituierten und ihr Festhalten in der Prostitution sowie die Zuführung zur Prostitution als Lebensweise pönalisiert (Art. 195); letzteres wenn entweder ein Abhängigkeitsverhältnis ausgenutzt wird oder unter 18jährige zugeführt werden. Zuführen verlangt ein Drängen oder Insistieren, bei unter 18jährigen genügt auch Überreden durch gezieltes Ausnutzen der Unerfahrenheit (Trechsel 1997, Art. 195 Rz 5). Nach den Gesetzesmaterialien soll schon das bloße Führen eines Bordells generell als Ausnutzen einer Abhängigkeit anzusehen sein (Schweizerischer Bundesrat 1985, 76; gegenteilig die Lehre: Trechsel 1997, Art. 195 Rz 11 mwN).

Art. 197 statuiert ein absolutes Verkehrsverbot für harte **Pornografie** sowie einen Jugendschutz (Altersgrenze 16 Jahre) und einen Konfrontationsschutz für weiche Pornografie. Pornografie mit Kindern (unklar, ob damit unter 16jährige oder Geschlechtsunreife gemeint sind; vgl. Trechsel 1997, Art. 197 Rz 10; für 16 Jahre erkennbar der Bundesrat 2000, 36), mit Tieren, Gewalttätigkeiten oder menschlichen (nicht tierischen) Ausscheidungen (darunter wird einschränkend nur Kot und Urin, nicht aber Schweiß, Tränen, Milch, Speichel, Blut oder Sperma verstanden; Trechsel 1997, Art. 197 Rz 12) ist generell strafbar; weiche Pornografie nur dann wenn Jugendliche unter 16 Jahren oder nicht vorgewarnte über 16jährige konfrontiert werden. Unter Pornografie (im Gegensatz zu Erotika) werden Darstellungen „grob sexuellen Inhalts“ verstanden; aus jedem realistischen Zusammenhang gerissene, übersteigerte und auf sich selbst konzentrierte Sexualität (Trechsel 1997, Art. 197 Rz 4). Auffallend ist, dass die Darstellung sexueller Gewalttätigkeiten stets, die Darstellung nicht sexueller aber nur dann bestraft wird, wenn die gezeigte Gewalttätigkeit grausam ist und die elementare Würde des Menschen in schwerer Weise verletzt (Art. 135).

Strafbar ist auch der Besitz und das Sich-Verschaffen (nicht aber der Konsum, etwa das Betrachten beim Surfen im Internet; Botschaft 2000, 35) von Pornografie mit Kindern, Gewalttätigkeiten und Tieren (Art. 197 Z. 3bis; die Tierpornografie wurde erst vom Parlament hinzugefügt; Pornografie mit menschlichen Ausscheidungen, obwohl auch harte Pornografie, hat auch das Parlament nicht in das Besitzverbot einbezogen).

Inzest ist gem. Art. 213 mit Strafe bedroht. Strafbar ist nur peniler Vaginalverkehr. Geschützt werden soll, wie das Bundesgericht festhielt, durch die Strafbestimmung „nicht nur die Reinheit des Blutes und der Rasse, sondern vor allem auch die Reinheit der Geschlechtsbeziehungen innerhalb einer Familie“ (Trechsel 1997, Art. 213 Rz 1). Zur Kritik der Strafbestimmung vgl. das im Teil 1 (Sexuologie 3/4, 2004: 119ff) unter B. zu § 211 öStGB Gesagte.

Schuldfähigkeitsmindernde sexuelle Störungen können Straffreiheit wegen Unzurechnungsfähigkeit bewirken, wenn sie als Geisteskrankheit oder schwere Störung des Bewusstseins qualifiziert werden können und den völligen Entfall der Diskretions- oder Dispositionsfähigkeit bewirken (Art. 10). Ansonsten verpflichten sie, die Strafe angemessen zu mildern (Trechsel 1997, Art. 11 Rz 9). Zu beachten ist jedoch, dass in solchen Fällen eine dauernde Anhaltung angeordnet werden kann (Art. 42-44, 100bis), wobei der Ermessensspielraum der Gerichte hier sehr groß erscheint.

Gleichgeschlechtliche Partnerschaften

Im Juni 2004 hat Bundesparlament das **Gesetz über die eingetragene Partnerschaft** beschlossen. Gleichgeschlechtliche Paare, die ihre Partnerschaft (beim Zivilstandsamt) eintragen lassen, erhalten damit, mit einigen gewichtigen Ausnahmen (z.B. bei Adoption und Einbürgerung) die gleichen Rechte und Pflichten wie Ehepartner. Der Gesetzesbeschluss wird einem Referendum unterzogen werden (Partnerschaftsgesetz, PartG, Bundesblatt 2004 3137,29.06.2004; <http://www.admin.ch/ch/d/ff/2004/3137.pdf>).

Bereits jetzt haben die Kantone Genf (2001), Zürich (2003), und Neuenburg (2004) eingetragene Partnerschaften für gleichgeschlechtliche Paare ermöglicht und sie mit Rechten und Pflichten in ihren Kompetenzbereichen ausgestattet (www.pinkcross.ch). In Neuenburg spricht die Verfassung von eingetragener Partnerschaft auf Kantonsebene; das Gesetz soll in Kürze folgen.

Literatur

- Burgstaller, Manfred & Schütz, Hannes: § 90, Wiener Kommentar zum Strafgesetzbuch, 2. Auflage, Wien: Manz (2004).
- Drexler, Karl: Strafvollzugsgesetz (StVG), Wien: Manz (2003).
- Foregger, Egmont & Fabrizio, Ernst Eugen: Strafgesetzbuch, 7. Auflage, Wien: Manz (1999).
- Friedrich, Max: Kein Reifezeugnis für die Koalition, in: Der Standard (11. Juli 2002).
- Graupner, Helmut & Tahmindjis, Phillip (Ed.): Sexuality & Human Rights – A Global Overview, Journal of Homosexuality 48(3/4) (2005) (im Druck).
- Graupner, Helmut & Bullough, Vern (Hrsg.): Sexuality, Adolescence & the Criminal Law – Multidisciplinary Perspectives, Journal of Psychology in Human Sexuality 16(2/3) (2005) (im Druck).
- Graupner, Helmut: Jugendschutz gegen Jugendliche – Eine Hydra, in JUGEND SUCHT SINN, BAWAG-Edition Literatur, Wien: Ueberreuter (2004a).
- Graupner Helmut, Keine Liebe zweiter Klasse – Diskriminierungsschutz und Partnerschaft für gleichgeschlechtlich L(i)ebende, Wien: Rechtskomitee LAMBDA (2004b), www.RKLambda.at (Publikationen).
- Graupner, Helmut: Homosexualität & Strafrecht in Österreich, Rechtskomitee LAMBDA, Wien (2002a), www.RKLambda.at (Publikationen).
- Graupner, Helmut, Unzucht und Anstößigkeit - Rechtliche Rahmenbedingungen der Pornographie, in Österreichisches Institut für Familienforschung (Hrsg.), Prostitution und Pornografie, S. 10-46, Wien (2002b).
- Graupner, Helmut: Sexualität, Jugendschutz und Menschenrechte: Über das Recht von Kindern und Jugendlichen auf sexuelle Selbstbestimmung, 2 Bände, Frankfurt/M.: Peter Lang (1997a).
- Graupner, Helmut: „Von ‚Widernatürlicher Unzucht‘ zu ‚Sexueller Orientierung‘: Homosexualität und Recht“ in Hey, Pallier & Roth (eds.), Que(e)rdenken: Weibliche/männliche Homosexualität und Wissenschaft, Innsbruck, Studienverlag (1997b).
- Graupner, Helmut: Unzucht, Schandlohn und gute Sitten: Die Prostitution im österreichischen Recht, Juridikum 19ff (4) (1990).
- Hopf, Gerhard & Kathrein, Georg: Eherecht, Wien: Manz (1997).
- Höpfel, Frank: §§ 8-11, Wiener Kommentar zum Strafgesetzbuch, 2. Auflage, Wien: Manz (2000).
- Mayerhofer, Christoph: Strafgesetzbuch, 5. Auflage, Wien: Verlag Österreich (2000).
- Mayerhofer, Christoph: §§ 169-177, 178-179, 184-187, Wiener Kommentar zum Strafgesetzbuch, 2. Auflage, Wien: Manz (2002).
- Pallin, Franz: §§ 201-221, in Foregger, E. & Nowakowski, F., Wiener Kommentar zum Strafgesetzbuch, 1. Auflage, Wien: Manz (1980).
- Philipp, Thomas: §§ 213-220a, in Höpfel, F. & Ratz, E., Wiener Kommentar zum Strafgesetzbuch, 2. Auflage, Wien: Manz (2001).
- Ratz, Eckart: §§ 21-27, in Höpfel, F. & Ratz, E., Wiener Kommentar zum Strafgesetzbuch, 2. Auflage, Wien: Manz (2000).
- Schick, Peter J.: §§ 201-212, in Höpfel, F. & Ratz, E., Wiener Kommentar zum Strafgesetzbuch, 2. Auflage, Wien: Manz (2001).
- Schweizerischer Bundesrat, Botschaft über die Änderung des Schweizerischen Strafgesetzbuches und des Militärstrafgesetzes, BBl 2000 2943, Bern (10.05.2000), <http://www.ofj.admin.ch/themen/stgb-sinteg/bot-ber-d.pdf>.
- Schweizerischer Bundesrat, Botschaft über die Änderung des Schweizerischen Strafgesetzbuches und des Militärstrafgesetzes, Bern (26.06.1985).
- Smutny, Petra & Mayr, Klaus, Gleichbehandlungsgesetz-Gesetze und Kommentare, Wien: ÖGB (2001).
- Stabentheiner, Johannes: §§ 28-42, 44-284, in Rummel, Kommentar zum Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuch, 1. Band, Wien: Manz (2000).
- Trechsel, Stefan: Schweizerisches Strafgesetzbuch, 2. Auflage, Zürich: Schulthess (1997).

Adresse des Autors

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

Von Sünde keine Rede. Die Paradiesgeschichte in Gen 2–3

Detlef Dieckmann

No Mention of Sin. The Story of Paradise in Genesis 2–3

Abstract

The conservative sexual ethics is closely connected with a special interpretation of the paradise tale in Gen 2–3, reading that Eve and Adam brought, by eating from the forbidden fruit, sin, sexuality and shame into existence. In this way, sexuality could be understood as sin. However, in the old testament narration, sin is not at all mentioned and therefore is not combined with the Eros. On the contrary, one can see that according to the biblical myth the first human beings have been created as sexual persons which were able to experience a paradisiacal sexuality without shame – like the lovers in the Song of Songs.

Keywords: sexuality, relationship, shame, eroticism, pregnancy, birth

Zusammenfassung

Die bürgerliche Sexualmoral ist eng mit einer Interpretation der Paradiesgeschichte in Gen 2–3 verknüpft, nach der Eva und Adam durch das Essen von der verbotenen Frucht die Sünde, die Sexualität und die Scham in die Welt gebracht haben. Auf diese Weise wurde die Sexualität geradezu als Sünde begriffen. In der alttestamentlichen Erzählung jedoch ist von „Sünde“ keine Rede, diese wird daher auch nicht mit der Erotik verbunden. Vielmehr lässt sich zeigen, dass die Menschen nach dem biblischen Mythos als geschlechtliche Wesen geschaffen wurden, die eine unschamhafte paradiesische Sexualität leben konnten – wie die Liebenden im Hohenlied.

Schlüsselworte: Sexualität, Beziehung, Scham, Erotik, Schwangerschaft, Geburt

„... und schämten sich nicht.“

Die Geschichte von Adam, Eva, der Schlange und der verbotenen Frucht hat sich in einer ganz bestimmten Deutung tief in unser kulturelles Wissen eingepreßt. Wo bildliche Darstellungen oder Texte auf die altbekannten Szenen anspielen, da wird zumeist der folgende Mythos erzählt: ‚Ursprünglich lebten die ersten Menschen unschuldig und unbelastet im Paradies – bis sich die Frau von der Schlange dazu verführen ließ, vom verbotenen Apfel zu essen. Nach dieser Sünde wurden den Menschen die Augen aufgetan, sie erkannten einander als geschlechtliche Wesen und schämten sich, so dass sie sich Feigenblätter machten. So kamen Sünde, Sexualität und Scham in die Welt.‘

Sünde, Sexualität und Verbote

Die starke Verbreitung dieser Interpretation der Paradiesgeschichte ist eng mit einer Sexualmoral verknüpft, die die Sexualität in einer gefährlichen Nachbarschaft zu etwas Verbotenem sieht, was oft „Sünde“ genannt wird. Um die Bereiche der Sexualität und der Sünde auseinander zu halten, verweist diese Moral die Sexualität in bestimmte erlaubte Bezirke, wie z.B. in die Ehe zwischen zwei heterosexuellen Menschen. Nur weil diese Sexualmoral immer noch verbreitet ist, kann etwa Werbung derart erfolgreich den besonderen Reiz des Verbotenen einsetzen, wenn sie auf die populäre Deutung von (1. Mose =) Gen 2–3 als einer Geschichte über die sündige Erotik und Sexualität anspielt.

In diesem Aufsatz werde ich eine andere, von vielen Alttestamentler/innen geteilte Auslegung von Gen

2–3 darstellen. Dabei werde ich deutlich zu machen versuchen, dass die Sexualität in der Paradiesgeschichte keine Sünde und möglicherweise keine Folge der Verbotsübertretung ist, sondern bereits zusammen mit den Menschen geschaffen wurde.

Von Sünde keine Rede

Der Begriff „Sünde“ erscheint in Gen 2–3 kein einziges Mal. Die erste Erwähnung dieses Wortes begegnet erst in Gen 4, der Geschichte von Kains Mord an Abel. Erst recht ist in Gen 2–3 keine Rede von einer Erbsünde – ein Begriff, der lange Zeit in der christlichen Tradition eine sehr problematische Rolle gespielt hat, weil mit ihm die Vorstellung verbunden wurde, bei jedem Geschlechtsverkehr übertrage sich die Sünde, als wäre sie eine Geschlechtskrankheit.

Insofern stellt die Paradieserzählung auch keine Verbindung zwischen Sünde und Erotik her. Das würde nicht in die Anthropologie der Hebräischen Bibel passen, die immer wieder recht offen die Sexualität thematisiert: So handelt (2. Mose =) Ex 21,10 etwa von dem Recht der Frau auf Sexualität, das der jüdischen Tradition zufolge die Pflicht des Mannes impliziert, seiner Frau ein erfülltes Sexualleben zu ermöglichen (bT Ned 31a = babylonischer Talmud, Traktat Nedarim, Blatt 31, Seite a). Und mit dem Hohenlied enthält die Bibel sogar ein Stück erotische Literatur.

Diese Offenheit des Alten Testaments gegenüber dem Thema Sexualität wird in der Nachgeschichte der Hebräischen Bibel durch die rabbinischen Bestimmungen in Mischna und Talmud noch übertroffen, die etwa das Recht der Frau auf die freie Entscheidung zur Mutterschaft oder das Recht auf Sexualität ohne Fortpflanzung feststellen und sich z.B. nicht scheuen, bestimmte Sexualpraktiken zum Diskussionsthema zu machen (weiterführend Vetter 1996). Dass Sexualität keine Sünde ist, dessen sind sich die Rabbinen selbst dann sicher, wenn sie die sexuelle Leidenschaft in Zusammenhang mit dem „bösen Trieb“ bringen: Denn wenn der böse Trieb nicht wäre, so die jüdische Überlieferung, würde kein Mensch ein Haus bauen, eine Frau nehmen, Kinder erzeugen oder Handel treiben (BerR IX,1,31; vgl. MidrTehil IX,1). Der böse Trieb, jene Neigungen und Bestrebungen des Menschen, die, – so kann man es vielleicht verstehen –, seine aggressiven Seiten repräsentieren, können so in den Dienst genommen werden, dass sie etwas Produktives schaffen. Und mehr noch: Mag dieser Trieb isoliert betrachtet auch böse erscheinen, so ist er in seinem

Eingebundensein sogar *notwendig* für Wirtschaft und Handel, für die Sexualität und damit auch für den Erhalt der Schöpfung, die nur durch das Mitwirken des „bösen“ Triebes „sehr gut“ (Gen 1,31) ist.

Wie aber kam diese nicht-sündige Sexualität in die Welt? Die Schöpfungserzählungen berichten von der Entstehung der geschlechtlichen Polarität in zwei größeren Etappen, (1) der **Erschaffung** des männlichen und weiblichen Menschenwesens und (2) der geschlechtlichen **Differenzierung** in Mann und Frau.

Die Erschaffung des Menschenwesens

In der so genannten ersten Schöpfungsgeschichte (Gen 1–2,4a) wird in einem einzigen Satz die Erschaffung der Gattung Mensch erzählt: „Und Gott schuf das Menschengeschlecht (*adam*) nach seinem Bild. Zum Bilde Gottes schuf er es, männlich und weiblich schuf er sie“ (Gen 1,17). Es wird also nicht ein (männliches oder weibliches) Individuum erschaffen, sondern ein Kollektivum: das Menschengeschlecht, das in irgendeiner Weise aus weiblichen und männlichen Individuen besteht und mit dem kollektiven Singular *adam* benannt wird, vgl. im Deutschen „der Mensch“.¹

Die geschlechtliche Differenzierung in Frau und Mann

Diese ungenauen und rätselhaften Angaben werden geklärt, indem der so genannte zweite Schöpfungsbericht (2,4b–3,24) die Leser/innen noch einmal in jene Zeit zurück versetzt, in der es das Menschengeschlecht noch nicht gab. Nach diesem *flashback* wird die Erschaffung der ersten Menschen detailliert dargestellt: Aus Tonerde (*adama*) töpft Gott zunächst ein geschlechtlich undifferenziertes (vgl. Tribble 1993: 99) Erdenwesen (*adam*) und setzt ihn in den Garten in Eden (2,7f.). Der hebräische Name Eden bedeutet „Wonneland“ – man könnte sagen, dass das Erdenwesen in eine erotisch aufgeladene Umgebung gesetzt wird. Ein Detail dieses Gartens wird später wichtig werden: der Baum in der Mitte des Gartens, von

¹ Im Hebräischen ist es nicht ungewöhnlich, ein Kollektivum mit pluralischen Formen zu verbinden: Vgl. Ex 1,20: „das Volk vermehrte sich, und sie wurden sehr stark.“

dessen Früchten „des Kennens von Gut und Böse“ das Erdenwesen nicht essen durfte (V.17). Als sich Gott eine Weile lang dieses Erdenwesen im Wonnegarten betrachtete, sagte er sich: „Es ist nicht gut, dass das Erdenwesen für sich allein ist. Ich will ihm eine Hilfe machen, ihm als Gegenüber“ (V.18). Nicht eine „Gehilfin“ oder Assistentin will Gott erschaffen, sondern nach dem hebräischen Text ein Gegenüber, eine Partnerin. Demnach muss sich Gott dazu entschlossen haben, das Erdenwesen als ein Beziehungswesen zu erschaffen, es auf Zweisamkeit hin anzulegen.

Im ersten Versuch töpft Gott verschiedene Tiere und führt sie dem Erdenwesen vor, um zu sehen, ob es eines von ihnen als Partner, als „Gegenstück“ benennt (V.19). Doch keines von den Tieren mochte das Erdenwesen als Partner/in anerkennen. So versucht sich Gott nun als Chirurg, versetzt den Erdling in einen narkotischen Zustand und operiert entweder aus dem geschlechtlich noch nicht differenzierten Wesen ein brettförmiges Knochenstück, vielleicht eine „Rippe“ (*zāla*) heraus, oder – wie eine andere Interpretation lautet: – trennt aus dem androgynen Erdenwesen eine „Seite“ (*zāla*) ab und „baut“ dieses Stück zu einer „Frau“ (*ischscha*) aus (V.21f.). Damit sind nun zwei geschlechtlich bestimmte Menschen entstanden. Als das Erdenwesen, der „Rest-Mensch“ (Frank Crüsemann) wieder erwacht, erkennt er seine enge Verwandtschaft zur Frau und lernt sich in der Differenz zu ihr als Mann sehen: „Dies ist diesmal Knochen von meinem Knochen und Fleisch von meinem Fleisch. Diese wird Frau (*ischschal* „Männin“) genannt, weil sie vom Mann (*isch*) genommen ist“ (V.23), also von jenem Erdenwesen, das nun nach der Erschaffung der Frau „Mann“ heißen kann. Der Mann erkennt, dass er nun kein geschlechtlich neutrales Geschöpf mehr ist, sondern eine neue, geschlechtliche Identität erhalten hat, und ist von seiner Partnerin entzückt. Ist damit auch die Sexualität entstanden? Man kann es weder beweisen noch widerlegen, aber ich halte es für nahe liegend, dass die Frau und der Mann im Wonnegarten nicht nur als geschlechtliche, sondern schon ab dem Zeitpunkt ihrer Erschaffung auch als sexuelle Wesen gesehen werden (vgl. Tribble 1978: 126-128, Ebach 1986: 118, Gradwohl 2002: 40).

„... so dass sie zu einem Fleisch werden.“

Dass die Sexualität schon mit der geschlechtlichen Differenzierung des Erdwesens geschaffen wurde, deutet meiner Meinung nach auch der nun folgende Kommentar an, der über die Erzählwelt hinaus auf die

Welt der Leser/innen zielt. Thematisiert wird in dieser Erzählereinde die Ablösung von den eigenen Eltern als Voraussetzung für die neue Lebensgemeinschaft: „Deshalb verlässt ein Mann seinen Vater und seine Mutter und bindet sich an seine Frau, so dass sie zu einem Fleisch werden“ (V.24). Wenn zwei Menschen zu einem Fleisch werden, kann das bedeuten, dass sie ein Team, ein Paar, eine Einheit in der sexuellen Vereinigung werden (das Wort „Ehe“ begegnet nirgends), oder dass aus ihnen ein neues Wesen, ein Kind entsteht. Nach der Entstehung der Sexualität kann nun auch die Elternschaft in den Blick kommen.

„... und schämten sich nicht.“

„Nackt“ waren die beiden Menschen, und „sie schämten sich nicht“ (V.25). Wer diesen Vers als Beweis für die Abwesenheit von Sexualität liest, traut dem Erzähler nicht zu, eine Sexualität ohne Scham zu denken. Sind aber die ersten beiden Menschen nach meiner Lesart schon längst sexuelle Wesen, so leben sie hier noch eine unschamhafte Sexualität.

Doch diese paradiesische Sexualität sollte nicht lange währen. Denn die listige Schlange (im Hebräischen männlichen Geschlechts) macht zunächst die Frau auf die Anziehungskraft des verbotenen Baumes „des Erkennens von Gut und Böse“ aufmerksam, so dass die Frau den Baum und seine Früchte als „physisch attraktiv, ästhetisch angenehm und vor allem wissenschaftsfördernd“ (Tribble 1993: 138) empfindet (VV.1–6a).

Als beide Menschen schließlich von der Frucht essen, werden ihnen „die Augen aufgetan“ (V.6b), d.h., sie geraten in einen neuen Wahrnehmungszustand und erkennen, „dass sie nackt“ waren. Es wird hier nicht gesagt, dass sich die beiden schämen oder schuldig fühlen. Die Kategorien „Sünde“ oder „Verlust der Unschuld“ werden gerade nicht bemüht, weil sie offenbar nicht zu dem passen, was mit den Menschen geschieht.

Sexualität, Schwangerschaft und Geburt werden ambivalent

Gleichwohl ist deutlich, dass sich im Leben der Menschen mit dem Essen der Frucht vom Baum des Erkennens von Gut und Böse etwas Grundlegendes verändert hat: Die Menschen machen sich nun Kleidung (V.6) und verstecken sich in ihrer Furcht (V.8) vor Gott. Sie scheinen sich ohne Kleidung schutzlos und

selbst mit ihrer Kleidung unsicher zu fühlen. Deshalb errichten sie durch ihre Kleider einen Bereich der Intimität, den sie gegenüber der Außenwelt verdecken.

Dass das Essen von der Frucht auch die Sexualität der Menschen ändert, zeigt sich in dem Wort Gottes an die Frau. Während Gott die Schlange verflucht (V.14) und den Mann (und mit ihm vielleicht alle arbeitenden Menschen) mit den Mühen der Ackerarbeit bestraft (V.17), wird die Frau weder verflucht noch bestraft. Vielmehr erhält sie eine merkwürdige „Verheißung“, an der deutlich wird, dass mit dem Essen von der Frucht des Erkennens, und das heißt im Hebräischen auch: des Erfahrens von Gut und Böse bzw. von Gut-und-Böse, eine neue Ambivalenz in ihr Leben tritt: „Viel vervielfachen werde ich deine Mühsal und deine Schwangerschaft. Mit Qualen wirst du Kinder gebären. Und nach deinem Mann wird dein Verlangen sein, er wird über dich herrschen“ (V.16). Die Formulierung „viel vervielfachen“ leitet in der Hebräischen Bibel sonst nur die Verheißung von Kindern ein (vgl. Gen 16,10; 22,17) ohne die viele Frauen in Israel auf keine Anerkennung in der Familie und in der Gesellschaft hoffen zu können meinten. Doch in der Ambivalenz des nachparadiesischen Lebens werden nicht nur glückliche Schwangerschaften, sondern gleichzeitig die Schmerzen vermehrt: Die Schwangerschaft und Geburt als Folge der Sexualität sind nun durch ein unauflösliches Ineinander von Schmerz und Erfüllung, Qual und Glück geprägt.

Auch die Sexualität selbst wird ambivalent, weil sie durch eine tiefe Beziehungsstörung korrumpiert wird: Die beiden Menschen sind nicht mehr ein Fleisch, nicht mehr eine Einheit, sondern der Mann erwidert das Verlangen der Frau nicht und wird stattdessen über sie herrschen (vgl. auch Schüngel-Strautmann 1997: 90).

„... stört nicht auf die Liebe!“

Ist damit der Eros für immer „vergiftet“ (Trible 1993: 129)? Ist der Weg zu einer Sexualität ohne Beziehungsstörungen versperrt wie durch die flammenden Schwerter der beiden Cheruben (3,24)? Die hebräische Bibel macht sich keine Illusion darüber, dass die Sexualität und mit ihr die Schwangerschaft und die Geburt immer wieder als etwas Gut-und-Böses erlebt werden wird und wir zum Garten Eden keinen Zugang

mehr finden können. Doch gleichzeitig weiß das Alte Testament mindestens von *einem* anderen Liebesgarten, nämlich demjenigen, in dem die Liebenden des Hohenliedes Zuflucht finden. Jenes Hohelied der Liebe ist ein „Gespräch zwischen Liebenden mit vertraulichem Geflüster, ekstatischen Ausrufen und schweigender Erfüllung“ – die „Symphonie“ (Trible 1993: 169) einer Erotik, die von der Außenwelt nicht gestört wird. In seiner Abgeschiedenheit von der Welt ist dieser Liebesgarten des Hohenliedes ein Spiegelbild des Gartens in Eden und ein Gegenbild zu den nachparadiesischen Störungen der Sexualität, jedenfalls solange, wie die Liebenden nicht behelligt werden:

*„Ich beschwöre euch, Töchter Jerusalems,
bei den Gazellen oder bei den Hirschkühen des
Feldes:*

*Weckt nicht, stört nicht auf die Liebe,
bevor ihr es gefällt.“ (Hld 2,7)*

Literatur

- Ebach, J. (1986): Ursprung und Ziel. Erinnerter Zukunft und erhoffte Vergangenheit. Biblische Exegesen, Reflexionen, Geschichten, Neukirchen-Vluyn 1986.
- Elliger, K.; Rudolph, W. (Hgg.) (1977): Biblia Hebraica Stuttgartensia, Stuttgart.
- Goldschmidt, L. (1980): Der babylonische Talmud, Königstein/Taunus.
- Gradwohl, R. (2002): Bibelauslegungen aus jüdischen Quellen. Bd. 1: Die alttestamentlichen Predigttexte des 3. und 4. Jahrgangs, Stuttgart [1986].
- Die Heilige Schrift (1995). Aus dem Grundtext übersetzt. Elberfelder Bibel revidierte Fassung, Wuppertal [1985].
- Neusner, J. (1985): Genesis Rabba. The judaic Commentary on the Tora. A new Translation, BJSt 104–106; 3 Bde., Atlanta.
- Schüngel-Strautmann, Helen, Die Frau am Anfang. Eva und die Folgen, Freiburg i.Br. 1989, Münster 21997.
- Trible, P. (1993): Gott und Sexualität im Alten Testament. Mit einer Einführung von Silvia Schroer, Gütersloh [engl. 1978].
- Vetter, D. (1996): „Wer keine Frau hat, lebt ohne Freude“. Das rabbinische Judentum zwischen Sinnbejahung und Enthaltensamkeit, in: ders., Das Judentum und seine Bibel. Gesammelte Aufsätze, Religionswissenschaftliche Studien 40, Würzburg u.a.: 163–195.
- Wünsche, A. (1967): Bibliotheca Rabbinica. Eine Sammlung alter Midraschim, Hildesheim [1880–1885].

Adresse des Autors

Dr. theol. Detlef Dieckmann von Bünaue, Institut für Evangelische Theologie, Freie Universität Berlin, Ihnestr. 56, 14195 Berlin,
mail: detlef@dieckmannvonbuenau.de

Buchbesprechungen

Clement, Ulrich: **Systemische Sexualtherapie**. Klett-Cotta-Verlag, 2004, 240 Seiten, ISBN: 3-608-94398-6, Preis: € 28,00

Eingangs skizziert der Autor das gesellschaftspolitische Umfeld, in dem sich Sexualität heutzutage auf so vielfältige Weise ausdrückt wie nie zuvor in der Geschichte: die Sexuelle Postmoderne. Sie ist nach dem Patriarchat alten Stils und dessen zwischenzeitlicher Ablösung durch den Feminismus, der die Idee von der Gleichwertigkeit der Geschlechter und der sexuellen Selbstbestimmung fest etabliert hatte, dadurch gekennzeichnet, daß es kein allgemeinverbindliches sexuelles Referenzsystem mehr gibt. Sie erfordert Denken in Widersprüchen, Fühlen in Ambivalenzen und eine radikale Selbstverantwortung für das eigene sexuelle Tun. Auf diesem Hintergrund verabschiedet Clement die klassische Sexualtherapie als nicht mehr zeitgemäß, die auf den bahnbrechenden Entdeckungen von Masters und Johnson basierte und in den 70er und frühen 80er Jahren einen bisher nie dagewesenen Boom von Sexualtherapien auslöste. Er unterstreicht und würdigt die damalige besondere zeitgeschichtliche Passung einer gesellschaftlichen und sexuellen Liberalisierung einerseits und eines therapeutischen Konzepts andererseits, welches als Paradigma die Polarität von Entspannung und Angst innehatte und davon ausging, daß sich bei genügender Entängstigung und Entspannung die „normale“ sexuelle Reaktion gemäß des „human sexual response cycle“ – und damit vergesellschaftet die sexuelle Lust – quasi wie von selbst einstellt.

Dieses Konzept hatte unter den gesellschaftlichen Bedingungen der späten 60er und der 70er Jahre seine unbedingte Berechtigung; und die großartigen Erfolge jener Anfangsjahre unterstreichen diese Aussage eindrucksvoll. Nun aber sei das zugrundeliegende therapeutische Paradigma erschöpft – so der Autor. Seit Mitte der 80er Jahre sei eine Stagnation in dem Bemühen um eine Weiterentwicklung des Konzepts zu verzeichnen. Einen großen Teil des Feldes der sexuellen Funktionsstörungen hätten seither die Vertreter der somatischen Medizin und der Pharmaindustrie aufgerollt.

Clement weist im Gegensatz zu dem Entängstigungskonzept von Masters und Johnson darauf hin, daß es keine sexuelle Leidenschaft ohne wenigstens ein Minimum an Angst geben könne. Das Ergebnis einer erfolgreich durchgeführten Sexualtherapie alter Prägung könne höchstens in der Erzielung einer durchschnittlichen, freundlichen, rücksichtsvollen, unterschiedsminimierenden Alltagssexualität liegen, ohne Höhen und Tiefen; in einer partnerschaftlichen Sexualität, die sich

auf den kleinsten gemeinsamen sexuellen Nenner geeinigt habe und alles das, was die beiden Partner sonst noch zu lebendigen sexuellen Wesen macht – nämlich beispielsweise Wünsche, Phantasien, früher gemachte sexuelle Erfahrungen etc. –, aus der partnerschaftlichen Kommunikation ausschließe und damit sogar langfristig aus dem eigenen Bewußtsein verdränge.

Gerade bei den sexuellen Luststörungen – einem zunehmend häufig geklagten Symptom in sexualtherapeutischen Sprechstunden – würde eine allein an der sexuellen Funktion orientierte Therapie kläglich versagen. Solange das Paar und der Therapeut eine Koalition zur Behebung von sexuellen Defiziten bildeten und eine Lösung erster Ordnung – also ein „mehr und besser“ im bisherigen Rahmen, ohne aber diesen Rahmen zu verändern – anstreben würden, seien schleppende, zähe Therapieverläufe mit eher dürftigen Ergebnissen vorprogrammiert.

Statt dessen setzt Clement auf eine neue Paartherapie des Begehrens, die nicht das Können / Nicht-Können, sondern das Wollen / Nicht-Wollen in das Zentrum der diagnostischen Betrachtungen und der therapeutischen Bemühungen rückt.

Es geht in erster Linie nicht um die Beseitigung von sexuellen Symptomen, sondern um die Möglichkeit, sich als Mann oder Frau in Beziehung zu einem Partner weiterzuentwickeln – sexuell und darüber hinaus im Sinne der persönlichen Reifung, der Differenzierung, der Individuation. Die zentrale Dynamik für diese Entwicklung sieht Clement in der Differenz aus individueller und partnerschaftlicher Sexualität. Diese Differenz stellt er in den Mittelpunkt des therapeutischen Prozesses.

Die Konfrontation mit dieser Differenz macht existentielle Angst: denn es geht nun nicht mehr darum, sich auf irgendwelche sexuelle Kompromisse zu einigen, sondern darum, wer beide Partner als sexuelle Wesen in Wirklichkeit sind! Dieser Erkenntnisprozeß ist irreversibel und läßt die Partnerschaft nicht so, wie sie vorher war. Sie wird in eine neue Phase eintreten – oder sie wird ihr Ende finden – oder sie wird die Grenze für sexuelle Außenkontakte öffnen – oder sie wird sich bewußt für die Nicht-Veränderung entscheiden. In jedem Fall aber müssen die Konsequenzen der jeweiligen Entscheidung getragen werden.

Anders ausgedrückt: während das sexuelle Symptom, der erbitterte, so sehr quälende partnerschaftliche Streit insgeheim ein Harmonieideal innehat und hofft, alles würde wieder gut werden, wenn doch bloß dieses oder jenes eintreten würde, kann wirkliche Veränderung erst dann geschehen, wenn diese irriige Hoffnung schwindet und Platz macht für die Erkenntnis, zwei auch sexuell verschiedene, existentiell getrennte Menschen zu sein.

Clement gewährt einen ausführlichen Blick in den „Systemischen Werkzeugkasten“ und stellt einerseits zahlreiche „Spiel-Interventionen“, die den Möglichkeitsraum eröffnen und andererseits „Ernst-Interventionen“, die auf irreversible Veränderung hinzielen, vor. Die zentrale Intervention der Sexualtherapie des Begehrens, die anstelle der sexuellen Funktion das Wollen / Nicht-Wollen in den Mittelpunkt stellt und zu sexueller Differenzierung einlädt, ist das „Ideale Sexuelle Szenario“, welches sehr ausführlich dargestellt wird. Idealtypisch ist das Ergebnis einer solchen Therapie eine neue Stufe der sexuellen Entwicklung; erotische Begegnung auf der Basis von Differenzierung und Getrenntheit. Nicht unbedingt „mehr“, aber „besser“ im Sinne von Intensität und Authentizität – so könnte das Ergebnis einer erfolgreichen Paartherapie des Begehrens aussehen.

Das Buch ist anschaulich geschrieben und nimmt den Leser mit auf eine Entdeckungsreise zu einem Paradigmenwechsel in der Sexualtherapie. Viele Fallbeispiele aus Clements Praxis unterstreichen sehr lebendig die praktische Anwendung der schlüssig dargestellten theoretischen Grundlagen.

Was tut nun aber der engagierte Sexualtherapeut in seinem praktischen Alltag, der sich einerseits von diesem Buch hat inspirieren lassen, neue Gedanken zu denken und neue Wege zu gehen, andererseits aber der Idee der *Syndyastischen Sexualtherapie* (vgl. Beier & Loewit, Springer 2004) verhaftet ist: der Idee von Sexualität als Brücke zueinander, als verleblichter Grundbedürfnisse? Muß er sich entscheiden im Sinne eines Entweder-Oder: hier die Paartherapie des Begehrens, die auf Differenzierung als Motor für individuelle Entwicklung setzt – dort die Syndyastische Sexualtherapie, die das Miteinander betont und in der Sexualität vor allem eine nonverbale Sprache sieht, um allgegenwärtige biopsychosoziale Grundbedürfnisse zu kommunizieren?

Wohl kaum! In der Sexualmedizin ist bisher so wenig wie in irgendeiner anderen wissenschaftlichen Disziplin der „Stein der Weisen“ gefunden worden; die „allgemeingültige Weltformel“, die alles Seiende erklären könnte. Und solange das so ist, ist unser Fachgebiet offen für Weiterentwicklung, für immer weiter zunehmende Differenzierung. Newtons Gravitationslehre wurde durch Einsteins Allgemeine Relativitätstheorie nicht abgelöst, sondern erweitert und verallgemeinert. Sie ist auch heute noch ein probates Werkzeug, um z.B. die Bahnen von Planeten zu berechnen. Andere Phänomene – insbesondere solche relativistischer Natur – vermag sie hingegen nicht zu erklären.

So sind auch die Ideen von Masters und Johnson heute nicht plötzlich „falsch“ oder vollständig überholt. Jeder auf dem Gebiet der Sexualtherapie praktisch Tätige kennt Fälle, in denen Patienten hochgradig ver-

ängstigt und funktionsfixiert sind, die durch eine entängstigende Therapie außerordentlich profitieren können, wenn denn nur die partnerschaftliche Grundlage stimmt. Und jeder hat sicherlich Paare kennengelernt, für die Sexualität im Laufe einer Therapie wieder zu einer Möglichkeit geworden ist, sich in der leiblichen Begegnung ihrer Grundbedürfnisse bewußt zu werden und deren Erfüllung zu erleben. Aber genauso kennt jeder Therapeut die von Clement beschriebenen zähen Therapieverläufe und das mühselige Arbeiten gegen zähe Widerstände – insbesondere bei Beschwerdebildern, die um Störungen der Lust und des Begehrens herum organisiert sind. Gerade hier könnte die in diesem Buch beschriebene Paartherapie des Begehrens eine wertvolle Erweiterung der Sichtweise, des Verständnisses und der therapeutischen Möglichkeiten sein.

Nicht der Therapeut wird seinen Patienten am besten helfen können, der wahllos und beliebig alles aufgreift, was ihm auf seinem beruflichen Weg an mehr oder auch minder seriösen therapeutischen Möglichkeiten begegnet. Wenn aber der therapeutische Werkzeugkasten nicht nur gut gefüllt, sondern auch noch gut sortiert ist und der Therapeut seine Werkzeuge kompetent zu handhaben weiß, werden sowohl die Patienten bzw. Paare als auch der Therapeut selber davon profitieren – ganz so, wie es eine medizinische Binsenweisheit schon immer gewußt hat: „Wer hilft, hat recht“!

Andreas Dabelstein (Kiel)

Jeffrey Eugenides: **Middlesex**. Dt. von Eike Schönfeld. rororo TB, Rowohlt Verlag 2004, 733 S., ISBN: 3-499-23810-1, Preis: € 9,90

Eigentlich verdankt Calliope ihr Leben der Gnade einer frühen Geburt. Würde sie nicht 1959, sondern im Jahre 2000 gezeugt worden sein, gäbe es sie möglicherweise gar nicht. Ihre Mutter Tessie wäre dann vielleicht in einen genetischen Check up geraten, bei dem das sehr seltene 5-alpha-Reduktase-Mangel-Syndrom diagnostiziert worden wäre. Es ist dafür verantwortlich, dass Callie zwar in einem anscheinend normalen weiblichen Körper heranwächst, in der Pubertät jedoch eigentümliche morphologische „Abweichungen“ ausbildet und aus Callie am Ende einen Cal werden lässt. Was also noch vor 40 Jahren „Schicksal“ war – in diesem Fall die Folge inzestuöser Heiratspraktiken, durch die das 5. Chromosom mutiert und oft erst nach Generationen dafür sorgt, dass körperliches und hormonelles Geschlecht nicht identisch sind –, würde heute im Rahmen des Risikodenkens wenn schon nicht vorab vermieden, so doch nachträglich verändert, zugunsten eindeutiger Bestimmung „angepasst“ oder auch als unerwünschtes Produkt entsorgt werden. Was ein Mann oder eine Frau biologisch „ist“, soll bei allem gender trouble doch

unterscheidbar sein! Weshalb Dr. Philobosian, der die kleine Callie auf die Welt holt, beim Blick zwischen ihre Beine nachdrücklich versichert: Ein Mädchen.

Doch vor der ärztlichen Entscheidung und ihrem folgenreichen Irrtum liegt eine Auswanderer-Odyssee, die Jeffrey Eugenides, mittlerweile auch hierzulande gefeierter Autor-Star, in zahlreichen Rückblenden filmisch aufrollt. Sie handelt von dem griechisch-stämmigen Geschwisterpaar Desdemona und Lefty Stephanides, das nach dem türkischen Überfall auf Smyrna (dem heutigen Izmir) aus Kleinasien flieht und nach Amerika auswandert. Ihre verwandtschaftliche Beziehung „spielend“ verleugnend und sich damit eine neue Identität aneignend, heiraten die beiden noch auf der Überfahrt. Ihre erste Anlaufstation ist Detroit, dort bleiben sie bei ihrer Cousine Sourmelina und Zizmo hängen. Lefty schlägt sich als Fließbandarbeiter, Alkoholschmuggler und Gastwirt durch und legt die Grundlage für den späteren Aufstieg seines Sohnes. Desdemona, die um das Orakel und die bösen Folgen des Inzests weiß, zieht sich von ihm zurück. Doch bei Sohn Milt, dem Prototyp des aufsteigenden Einwanderers der zweiten Generation, geht alles gut. Nur dass er ausgerechnet seine Cousine Tessie heiraten muss, bereitet Desdemona Alpträume.

All dies erzählt der mittlerweile als Kulturattaché in Berlin lebende Cal aus der Perspektive des Jahres 2001: allwissend, vorausschauend, stets den Überblick wahrend und den Leser fürsorglich in den Seidenfaden schnürend, den seine Großmutter, die Seidenspinnerin, aus der Alten in die Neue Welt gerettet hat. Schnittsicher und gefällig koloriert, liefert er (respektive sein Schöpfer) Bilder der aufstrebenden Autostadt, in der Ford selbstbewusste Arbeiter in Maschinenanhängsel verwandelte, Ansichten aus der Prohibitionszeit und Einblicke in die Rassenunruhen der sechziger Jahre, als die mavros Detroit kurzzeitig in den Ausnahmezustand versetzten. Wir werden Zeuge der arroganten Verständnislosigkeit der Weißen und ihrer Status erhaltenden Flucht an die städtischen Peripherien. Auch die Familie Stephanides zieht es an den Rand, an den Middlesex-Boulevard, an dem auch der Autor aufgewachsen ist.

Doch im Haus ohne Wände und mit den vielen Fenstern blüht kein amerikanischer Traum, sondern ein dunkles Omen hängt über ihm. Denn Callie, gerade in die Pubertät gekommen, entdeckt zunächst noch ganz unbewusst, dass sie „anders“ ist, einen „falschen Körper“ bewohnt. Dass sie „wie ein Mann funktioniert“, kann Callie erst viele Jahre später, schon zu „Cal“ geworden, sagen. Damals, am Middlesex in den siebziger Jahren, gibt es die anfängliche Irritation, das Schamgefühl, das Versteckspiel, die erste, „falsch“ gepolte Begierde. Das rezessive Gen hat sich durchgesetzt: Nicht Fisch, nicht Fleisch. Nur dieser knospende Krokus zwischen den Beinen, der „das Herz auf der Zunge“ trägt -

und die Eugenidesche Lesegemeinde ab sofort ausgiebig traktiert. Nachdem sich ihr Zustand nicht mehr verleugnen lässt, wird Callie zu einem interessanten medizinischen „Fall“, zu einem „Kaspar Hauser“ der Sexualmedizin: „Meine Genitalien waren das Bedeutsamste, was mir je widerfahren ist“. Was heute das Gen, war damals die „Umwelt“, die Callie zu einem Mädchen „gemacht“ hat. Ihr ist Tribut zu leisten, um den Preis der Lustfähigkeit und der sexuellen Identität. Hier hätte die Leidensgeschichte der vielen Intersexuellen beginnen können, die nach gutachterlichem Gutdünken eindeutig „hergerichtet“, operativ zugerichtet wurden und werden.

Doch die 14-jährige Callie entzieht sich, wenig glaubhaft übrigens, der ärztlichen Allmacht durch Flucht: aus dem Krankenhaus, der Stadt, der Familie, die nur „ihr Bestes“ will. Sie „desertiert“ aus ihrem weiblichen Körper, „lernt, männlich zu sein“. Nichts passt zueinander, die Teile sind gespalten, doch der Unterscheidungszwang ist rigide, am schlimmsten dort, wo die Bedürfnisse am ursprünglichsten sind: „In Restaurants ging ich nun auf die Herrentoilette. Das war wahrscheinlich die schwerste Anpassung.“

Wissenschaftlich durchaus informiert nimmt Eugenides seine Leserschaft an die Hand, doziert, klärt auf, dokumentiert in schönster neusachlicher Manier Gutachten, führt durch das zur Schwulenmetropole aufsteigende San Francisco, in die einschlägigen Etablissements, wo Callie, nun Cal, die Besonderheit ihres Körpers in (Über-)Lebensmittel ummünzt. Auch wenn dabei Inter- und Transsexualität („falsche“ Geschlechtsidentität in einem eindeutigen Körper) gelegentlich durcheinandergeraten und nicht alle diesbezüglichen Theorien so holzschnittartig daher kommen, wie Eugenides glauben machen will, bleiben die zahlreichen medizinischen, sexologischen, zeithistorischen und mythologischen Exkurse doch immer leichtschüssig eingewebt in den Erzählstoff. Meist ernsthaft, mitunter auch ironisch, zum Beispiel wenn Milts „Temperaturmethode“, die schließlich zur Zeugung Callies führt, vorgestellt wird. Eine leichte, durchaus bekömmliche Lektüre, kaum theoretische Verdauungsbeschwerden befördernd.

Warum ausgerechnet die US-amerikanische Literatur des 21. Jahrhundert das Familienepos wieder belebt – vor einem Jahr hat bekanntlich Jonathan Franzen in seinen Korrekturen dem amerikanischen Mittelwesten seine Reverenz erwiesen – wäre ein Thema für sich; vielleicht sind die „gesprungenen Zusammenhänge“ (wie Bloch sagen würde), die die Globalisierung zeitigt, nur noch genealogisch aufzuarbeiten und zu versöhnen.

Allerdings ist der Eugenideschen Familien-Saga ein Subtext unterlegt, der den traditionellen bürgerlichen Familienroman konterkariert. Middlesex kann

nämlich auch als Geschichte gelesen werden, die von der Vertreibung des Schicksals aus der Poesie handelt. Hätte nämlich Tessie Desdemonas Pendel vertraut, dann hätte sie gewusst, dass da in ihrem Bauch ein Junge wächst, ganz gleich, was die Ärzte behaupten. Und wäre Milt, Callies Vater, nicht so ein wissenschaftsgläubiger Narr gewesen, dann hätte sich vielleicht ein anderes Samenkorn seinen Weg gesucht und aus Calliope wäre ein „richtiges“ Mädchen geworden oder eben ein Sohn. Aber nichts geschieht im Jahre 1959 noch aus innerer Notwendigkeit, an der sich das Schicksal misst: Nicht die Heirat zwischen Desdemona und ihrem Bruder Lefty; nicht die Wiederholung des Inzests durch Tessie und Milt, nicht die Begegnung von Cal und Julie im Nachwende-Berlin, das in heutigen Romanen offenbar nicht fehlen darf. Völlig unmotiviert ist gar die actionheischende Verfolgungsjagd durch Detroit, die mit Milts Tod im Fluss endet.

An solchen höchst überflüssigen, den ansonsten eher dahin plätschernden Erzählfluss stauenden Schwellen spürt man den cineastischen Verwertungsblick des Autors, dem es allerdings an der routinierten Raffinesse eines Michael Crichton mangelt. Wo der Zufall schicksalhaft zuschlägt, wie bei der nicht vorhersehbaren Chromosomenmutation, sucht eine aufgeklärte Generation Hilfe bei der Wissenschaft: Schnittfreundige Sexualmediziner versprechen Abhilfe, ebenso wie Genetiker, die das „Malheur“ von vornherein auszuschließen suchen. Wer sich nicht auf den OP-Tisch legen mag, kann sich auch der Intersexuellen-Bewegung anschließen, die ihr Zwitter-Schicksal chiliastisch aufpeppt: „Wir sind das, was als nächstes kommt“.

Insofern Schicksal handhabbar und verfügbar vorgeführt wird, ist Eugenides Familiendrama also durchaus modern. Wer vorgibt, seinen „Körper verlassen“ zu können, um „andere zu bewohnen“, wie Cal eingangs formuliert, hat sich fest ans Rad der Zeit gekettet und baut sich seinen eigenen Tempel, in dem es keine Fallhöhe mehr gibt. Musste sich Desdemona bei ihrer Einreise in die USA noch gefallen lassen, dass man sie ihrer Haare beraubte, wird sich Callie 50 Jahre später ganz freiwillig dazu entschließen, mit dem Haarschnitt auch ihre sexuelle Identität zu ändern. When Biology becomes Destiny – was einmal die Frauenbewegung umtrieb, scheint überwunden.

Was literarisch dabei herauskommt, wenn das biologische Schicksal in tragikfreien, modischen Erzählstoff umgearbeitet wird, lässt Eugenides durch Cal mitteilen: „Es ist mir gleich, ob ich ein großes Buch schreibe, es soll nur eines sein, das, mit welchen Schwächen auch immer, als Dokument meines Lebens Bestand hat.“ Understatement? Eher Zustandsbeschreibung der neuesten Zwitter-Literatur.

Ulrike Baureithel (Berlin)

Ulrike Brunotte, **Zwischen Eros und Krieg. Männerbund und Ritual in der Moderne**, Klaus Wagenbach Verlag 2004, 172 S., ISBN: 3-803-15170-8, Preis: € 18,50

Um 1900 bedrohten krisenhaften Umbrüche einer rasant industrialisierten deutschen Gesellschaft das bislang hegemoniale Männlichkeitsmodell. Zusätzlich aufgeschreckt und verunsichert wurde das männliche Selbstbild noch von der beginnenden Frauenemanzipation, der Psychoanalyse, sowie Diskussionen um männliche Hysterie, Homo- und Bisexualität, die die Angst auslösten, der Mann könne feminisiert und mit ihm die Kultur weiblich werden.

Dies ist knapp umrissen der Hintergrund, vor dem Ulrike Brunotte verfolgt, wie der „Männerbund“ nicht nur zum Gegenmodell zu *Weimar*, sondern zu moderner Gesellschaft überhaupt werden konnte, denn „heute“ – so formuliert sie resümierend – „scheint es (...) nahezu vergessen, daß der Kampf gegen die Moderne im Zweiten Deutschen Kaiserreich und in der Weimarer Republik an vorderster Front der *sexual politics* und nicht zuletzt als ein Ringen um hegemoniale Männlichkeit ausgetragen wurde.“ (13)

Die „Männerbünde“ hatte der deutsche Volkskundler Heinrich Schurtz um 1900 in den Stammesgesellschaften der europäischen Kolonien entdeckt. Es waren freie Assoziationen von „Junggesellen“, die sich in festgelegten Initiationsriten und starker Bindung an Kulte einer von weiblichen Elementen gereinigten Männlichkeit versicherten. Das Versprechen, mit dem dieses Phantasma einer neuen hypervirilen Männlichkeit lockte, lag darin, dass das „männliche Geschlecht, dort wo es als ein biologisch-essentielles nicht haltbar ist, (...) als soziales Geschlecht performativ hergestellt werden“ (35) könne.

Parallel hierzu entdeckte sich die Jugend erstmals als ‚eigener Stand‘ und formierte sich ‚auf ihrer Suche nach dem Unbedingten‘, indem sie ‚aus den Städten der Moderne hinauswanderte und zuerst in der Natur, dann im Krieg ihr ‚Heil‘ suchte.“ (13) Mit dem romantischen Verlangen nach freier Natur ließ die männliche Jugend auch die Welt der Väter hinter sich, um im freiwilligen Bund eigene Regeln zu definieren. Der Rausch des kameradschaftlichen Wanderns sollte an die je eigenen Ursprünge zurückführen. „Wandern“ – so beschreibt es Brunotte – wurde zu „einen veritablen Prozeß der Selbstinitiation.“ (41f)

Die Verarbeitung des I. Weltkriegs – v.a. von „Langemarck“ – im Motiv des „Helden“, bzw. des „Opfers“ wird genau an dieser Stelle einsetzen. In der Novelle *Der Wanderer zwischen zwei Welten* (1917) von Walter Flex wird „die patriotische Bewegungsform des Wanderns in die nationale des Marschierens (überführt)“. (119) Berauscht von der Erfahrung der Männer-

gemeinschaft und von dem Erleben der Natur wandern die Jugendlichen mit ihrem charismatischen Führer in die Schlacht. Stiftete zunächst das „Wandern“ die Initiation, so wird jetzt der Krieg zum „initiatorischen Erlebnis“ (128), aus dem Ernst Jünger die „posthumane Gestalt des ‚Maschinen-Menschen‘“ (128f.) hervorgehen lässt.

Spätestens mit dem I. Weltkrieg richtete sich die romantische Bewegung auch an den nationalen Zielen aus und transformierte ihr Männlichkeitsideal. Neben die Figur des reinen, selbstbeherrschten und aristokratischen Helden tritt der ‚Über-Mann‘ wie ihn Herakles repräsentiert, bei dem nicht mehr das ‚Moralische‘ seine Männlichkeit ausmacht, sondern die Reinheit seiner Kraft und Ideale. Diesem misogynen Helden, der in der antiken Mythologie den Amazonen Einhalt gebot, sind Arbeit, Askese, Kampf und Töten vertraut.

Wie diese beiden Männlichkeitsbilder zusammenwirken sollten, hat Gottfried Benn in seiner Utopie *Dorische Welt* (1934) rückblickend, aber auch den NS vergegenwärtigend in ein Modell absoluter Kunst umgesetzt: Die Form wird über das Material gestellt, das Ritual bis in die Körperzucht hinein als handlungsweisend erklärt. Auch wenn Benns Gesellschaftsmodell homo-sozialer Soldatenlager, in denen reine Form, Zucht und Ritual herrschen, in erster Linie als ästhetischer Entwurf daherkommt, enthält es doch eine politische Verheißung: Wenn die Form über die Materie siegen kann, gibt es keine Abhängigkeit vom Körper mehr. „Diese Männergesellschaften, sind dann alles andere als triebhaft oder lustvoll homosexuell, sie sind vor allem: antimaterialistisch, elitär, misogyn und rein.“ (69)

Wirkmächtigster Theoretiker dieses elitären Gemeinschaftsmodells, dem Brunotte auch besondere Aufmerksamkeit schenkt, war allerdings Hans Blüher. Selbst jahrelang aktiver Wandervogel führte er im dritten Band seiner Chronik (1912) über die Jugendbewegung *Der deutsche Wandervogel als erotisches Phänomen* den Schurtzschen „Männerbund“ und den romantischen Freundschaftskult auf eine gemeinsame Basis zurück: „(A)lle mann-männlichen Verhältnisse von der Freundschaft bis zum Staat (seien) libidinös grundiert“ (70) – so die zentrale These. Blüher ging von einer allgemein menschlichen Bisexualität aus und beschrieb Homosexualität und mann-männlichen Eros als „Teil normaler, also hegemonialer Männlichkeit“. (79) Sein Eroskonzept generierte er aus dem platonischen „Ursprungsmythos von den Kugelmenschen“ (ebd.). Von Zeus entzweit, sehnen sich die Schnitte fortan nach dem jeweils passenden Teil. Der Eros strebe also stets nach Ähnlichem und Männer, die sich zu Männern hingezogen fühlen – ‚virile Invertierte‘ –, seien gegenüber ‚effeminierten Homosexuellen‘ durch eine besonders stark

ausgeprägte Virilität ausgezeichnet und somit in besonderem Maße für Politik geeignet. Denn da sich die erotische Anziehungskraft auf das Ähnliche richtet, ist Homosexualität eine Kraft gegen die Grenzauflösung und das „Chaos der Vermischung“ (81) Der Feind dieses Modells hatte „ein doppeltes und zuweilen sogar ein dreifaches Gesicht. In ihm vermischen sich Figuren imaginärer Weiblichkeit mit solchen der Masse und des Jüdischen“. (103)

Wie vor ihm schon Otto Weininger war auch Blüher erklärt misogyn und antisemitisch. Forderte Weininger, um die Kultur zu retten, völlige Askese, so orientierte Blüher auf ein sexuelles Verhalten, das Triebe nicht auslebt, sondern kulturell sublimiert. Nicht um Bindung oder Bedürfnisbefriedigung sollte es gehen – dies wurde der heterosexuellen Beziehung zugeschlagen –, sondern um „Geist und kulturelle Leistung“. (83)

Wie brisant Blühers Theorien damals waren, lässt sich nur vor dem Hintergrund der Homosexualitätsskandale und -prozesse ermessen, die den Wandervogel, aber auch den Kaiserlichen Hof von 1906-1909 heimsuchten und dessen wohl bekanntester Fall der sog. Eulenburg-Prozess darstellte (vgl. *Sexuologie* 8 (2) 2001: 78ff). Somit liegt es nahe, Blühers Theorie vom Eros als staatsbildender Kraft auch als Verteidigung von Kaiser und Monarchie zu lesen, obwohl Blüher selbst von seiner Herkunft her ja keinesfalls diesem Feld zuzuordnen wäre.

Im Diskurs um den „Männerbund“ blieb Blühers Ansatz nicht allein. Auch bei den Entwürfen von Max Weber, Herman Schmalenbach u.a. werden die „Männerbünde“ als „performative Kult-Gemeinschaft“ beschrieben. Zwar geht in diesen Theorien die Gemeinschaft nicht aus dem Eros hervor, dennoch lassen sich Parallelen zu Blüher entdecken: „Das tertium comparationis der soziologischen Konzepte von Max Weber und Herman Schmalenbach mit den Ausführungen Hans Blühers liegt demnach in der Betonung des ‚Ergriffenseins eines Kollektivs‘, sei es durch einen charismatischen Führer, sei es im kultischen Geschehen. Immer jedoch handelte es sich um einen ekstatischen Erlebnisgehalt im Prozeß der Vergemeinschaftung.“ (100)

Für den sich herausbildenden Nazismus ist das Blühersche Modell spätestens mit dem Röhm-Putsch nicht mehr tragbar. Der nationalsozialistische Staat wurde zwar klar männlich gedacht, „die homoerotische Bindung jedoch wurde in deutlicher Umkehrung der Blüherschen These zum Kern seiner existentiellen Bedrohung erklärt und mußte ausgelöscht werden“. (136)

Die besondere Aktualität ihrer Studie sieht die Autorin, wie sie im Prolog vermerkt, nicht zuletzt in der aktuellen Kriegsführung und im Terrorismus. Auch heute scheint „die außeralltägliche Welt des Krieges

(...) noch ein nationales Medium repräsentativer Männlichkeit zu sein“. (7) Zu fragen wäre somit, welche erotisierenden Phantasmen heute die neue Welt des alten archaischen Einzelkämpfers ebenso zusammenhalten wie die der aufeinander eingeschworenen und weitgehend autonom operierende Eliteeinheit.

Patricia Marques de Melo (Berlin)

Bruns, Claudia; Walter, Tilmann (Hg.), **Von Lust und Schmerz. Eine Historische Anthropologie der Sexualität**, Böhlau 2004, 332 S., ISBN: 3-412-07303-2, Preis: € 24,90

Unbestritten ist, dass Sexualität immer schon Thema wechselnder Diskurse war. Aber hat dies die sexuelle Praxis, das sexuelle Begehren der Menschen selbst beeinflusst, oder bezieht sich historischer Wandel womöglich nur auf das ‚Reden über‘ und weniger auf das konkrete ‚Handeln‘ und ‚Wünschen‘ der Individuen?

Auch wenn die Zahl der Publikationen, die aus dem Umfeld von Geschlechter- und Körpergeschichte hervorgehen, seit Jahren stetig wächst, die Frage nach der unmittelbaren ‚sexuellen Erfahrung‘ hat bislang nur wenig Aufmerksamkeit gefunden, wie Bruns und Walter einleitend kritisch vermerken. Diese Leerstelle aus geschichtswissenschaftlicher Perspektive auszufüllen, ist die Vorgabe für die elf Aufsätze des vorliegenden Sammelbandes, die sich auf neu erschlossenes Quellenmaterial von der beginnenden Neuzeit bis in die Mitte des letzten Jahrhunderts beziehen.

Im einzelnen handelt es sich um drei Aufsätze zu naturkundlichen Auffassungen über Körper, Gesundheit und Geschlecht, zu Strafverfahren im schweizerdeutschen Raum und zu Prozessen vor Freiburger Gerichten – Bereiche also, in denen verhandelt wird, was unsere heutige Erfahrung unter Sexualität subsumiert, für das damals aber andere Deutungsmuster galten. Die übrigen Texte sondieren auf höchst unterschiedlichen Feldern den Entstehungsprozeß dessen, was als ‚moderne‘ oder ‚bürgerliche‘ Erfahrung von Sexualität gelten kann. Das Spektrum reicht von der Konstruktion ‚jüdischer‘ Sexualität, über den Zusammenhang von Sexualität und Hysterie, wie er sich in Krankenakten niederschlug, bis zu Selbst- und Fremdbildern von männlichen ‚Homosexuellen‘ und der Konstitution weiblicher Homosexualität als Selbst- und Lebenskonzept.

Nachfolgend soll v.a. der theoretische Ansatz des Bandes, den die HerausgeberInnen in einer materialreichen Einleitung entwerfen, vorgestellt werden. Wie bereits angedeutet, geht es um die Differenz zwischen ‚sexueller Erfahrung‘ und ‚Diskurs‘ – also dem Wissen über den Sex. Doch lässt sich sexuelle Erfahrung wirklich trennscharf von der ‚Sexualität‘ unterscheiden?

Zustimmend wird Volker Sigusch zitiert, dass „das Sexual- und Geschlechtsleben nur individuell wirklich ist – trotz des mittlerweile erreichten Vergesellschaftungsgrades und der Einsicht, dass das Leben nicht lebt und die Sexualität nicht sexuell ist“ (13) womit sich die Frage stellt, wie sich dieses individuelle Erleben denn wissenschaftlich untersuchen lassen soll. Denn auch wenn der Untersuchungsgegenstand im Alltag liegt, also außerhalb von Wissenschaft, handelt es sich bei dem vorliegenden Material ja um Texte, und nicht etwa um eine ‚unmittelbare‘ Erfahrung.

Dieses Dilemma gibt den Blick frei auf eines der grundsätzlichen Probleme in der Konzeption von Bruns und Walter. Denn wie sie einräumen, ist der einzig mögliche Zugang zu körperlichen Erfahrungen – in der individuellen wie in der wissenschaftlichen Interpretation – derjenige durch Sprache: Die ‚unmittelbaren körperlichen Herausforderung des Menschen‘ wie ‚Geburt, Geschlecht, Gesundheit, Krankheit und Schmerz, Sexualität, Wachstum und Altern, der Tod‘ sind zumindest ‚aus nominalistischer Perspektive‘ ‚niemals unabhängig von sprachlichen Deutungsmustern zugänglich‘. (12) Wenn ein Zugang zur Erfahrung aber erst qua Diskurs möglich ist, wie lässt sich diese dann jenseits des Diskurses untersuchen?

Möglich wird dies im vorliegenden Band, indem der Diskurs als ‚offizielle Deutung(en)‘ definiert und dem ‚persönliche[s]n Erleben‘ (4) gegenübergestellt wird. Diskurse scheinen demnach für die öffentliche, wissenschaftliche oder auch regulativ-juridischen Bewertung zuständig. Aber existieren sie nicht auch als die Wahrnehmung prägend auf privatester Ebene, etwa im Bereich der ‚unmittelbaren‘ körperlichen Erfahrung? Dass Diskurse den Individuen für die Deutung grundlegendster intimer Bedürfnisse auch jenseits der sprachlichen Artikulierbarkeit zur Verfügung stehen könnten, scheint in dieser Konzeption nicht vorzukommen.

So wirkt der Begriff des Diskurses in seiner Reduktion auf die rein sprachliche Dimension verkürzt. Zugleich ermöglicht dieser verkürzte Diskursbegriff es den HerausgeberInnen aber, die Frage, nach den vom Diskurs unberührten Bedürfnissen und Handlungen aufzuwerfen und somit folgende Überlegung anzustellen: ‚Vielleicht war das konkrete lebensweltliche Verhalten sogar stabiler als die Symbolwelten, die es umgaben. Zumindest scheint manueller, genitaler, oraler und analer Sex in den unterschiedlichsten Kulturen vorgekommen zu sein, und heute leben Gefühle von Lust, Hingabe und Leidenschaft, aber auch Versagen, Frustration und Schmerz auch jenseits der ‚De/Re/Konstruktion‘ sexueller Deutungsmuster fort.‘ (13)

Auch wenn die AutorInnen explizit nicht darüber reden, scheinen sie zu frohlocken ob der Möglichkeit,

dass es sie vielleicht doch geben mag, diese ursprünglichen, überhistorischen und außerdiskursiven ‚wahren‘ Gefühle von ‚Lust und Schmerz‘.

Statt unzeitgemäß vom ‚Trieb‘ sprechen Bruns und Walter dabei lieber vom „menschlichen Grundbedürfnis“ nach „Einheit und Bestätigung der eigenen Person in der Erfahrung liebevollen Kontakts mit anderen“ (9) oder auch nach „emotionaler Bindung, Sicherheit, Zuwendung und einer angemessenen Versorgung“ (14) als mutmaßlicher „anthropologischer Konstante“ (9). Die sogenannten „neue(n) Sexualität(e)n“ – „bloße ‚Selbstverwaltung eines Mangels‘ – hingegen scheinen solche „echten, erfüllten und leidenschaftlichen Gefühle[n]“ (9) zu entbehren.

Gibt es sie also doch, die falschen und die echten Gefühle, wobei sich die ersten möglichst weit entfernt vom Diskurs, verstanden etwa als die moderne Medienlandschaft der Manipulation der echten körperlichen Erfahrung, finden lassen?

Zwar räumen Bruns und Walter an anderer Stelle ein, dass Lust und Begehren „niemals für sich selbst“ stehen, sondern „stets auch auf andere Lebensbezüge“ verweisen und dass sich Sexualität in einer „Wechselwirkung von leiblichem Erleben und bewusster Verarbeitung und Repräsentation“ organisiert (15). Dennoch stellt sich der LeserIn die Frage, wie sich die Überlegungen der HerausgeberInnen zu den konstanten Bedürfnissen, die lediglich unterschiedlich diskursiv und symbolisch ausgestaltet werden, noch unterscheiden von den eingangs zur Abgrenzung benutzten traditionellen Vorstellung von Sexualität als „fixe[r] Größe“, die „nur äußerlich“ von diskursiven und gesellschaftlichen Prozessen betroffen sei. Bei dieser von einem „unterschwelligem Begriffessentialismus“ geprägten traditionellen Forschung seien lediglich die „soziale[n] Rahmenbedingungen“ der Sexualität „wie religiöse Denkweisen, Geschlechterarrangements oder politische Herrschaftsformen“ variabel, der „körperliche Impuls“ dagegen, der sich in der „gelebte[n] Sexualität“ lediglich niederschlägt, sei „unveränderlich [...] wie Gefühle von Hunger und Schmerz“. (2)

Implizit wird hier versprochen, einen Einblick in die „Natur“ der Erfahrung von „Lust und Schmerz“ zu erlangen, was sich nur als verfehlt bezeichnen lässt. Denn der Anspruch, die Natur ‚an sich‘ darstellen zu können, unterliegt bereits einer methodischen Vorentscheidung, die ignoriert, dass auch die Definition von „Natur“ und damit auch die Grenzen zwischen Natur und Nicht-Natur erst im Rahmen konkreter historischer Anlage von Wissenschaft als „natürlich“ erzeugt werden.

Dabei gäbe es ja durchaus Möglichkeiten, die vermeintlich konstanten Bedürfnisse und Sexualpraxen

wissenschaftlich zu untersuchen, ohne sie als vom Diskurs unberührte, „natürliche“ Körperlichkeiten zu interpretieren. Stattdessen könnten sie z.B. als Hinweis darauf verstanden werden, dass sich bestimmte, historisch kontingente Machtstrukturen im Bereich von Sexualität und Geschlechtlichkeit auch auf körperlicher, „unmittelbarster“ Ebene bis heute auswirken, und dies trotz aller medial vermittelten Verschiedenheit der „neuen“ Sexualität.

Oder aber es ließe sich die Frage stellen, ob sich überhaupt von einer gleichbleibenden Praxis sprechen lässt, wenn sie von den Beteiligten völlig unterschiedlich erlebt wird. Wenn z.B. die Einteilung in zwei biologische Geschlechter als historisch bedingt anerkannt wird, so stellt sich die Frage, auf welcher Grundlage bestimmte Praktiken überhaupt als gleichbleibend bezeichnet werden können.

Oder aber, ganz ohne die medizinische Wissenschaft als Diskurserzeugnis zur Diskussion zu stellen: Lässt sich noch von heterosexuellem Sex sprechen, wenn eine lesbische Frau mit einem schwulen Mann schläft?

Ganz offensichtlich ist es problematisch, bestimmte Formen sexuellen Erlebens als gleichbleibend zu beschreiben und sie somit auf einen Kern zurückzuführen. Dies nur möglich, wenn der Einfluß historischer Machtformationen und Diskurse auf die deutende Beschreibung sexuellen Erlebens und der entsprechenden Praktiken vernachlässigt wird.

Auf den ersten Blick widerspricht eine solche Kritik nicht dem Anliegen der HerausgeberInnen: Ihr Entwurf für eine historische Anthropologie der Sexualität fordert ja durchaus die „kritische Reflexion“ der Frage nach „universalen und kulturell partikularen Bedürfnissen und Erfahrungen des Menschen“ allerdings „ohne dass bei diesem Unternehmen eine echte Chance bestünde, endgültige Antworten zu finden“ (12). Es fragt sich jedoch was „kritisch“ meint, wenn implizit vorausgesetzt wird, dass es so etwas „Universales“ überhaupt geben könnte, die aufgeworfenen Frage also schon die Antwort ist.

So lässt die theoretische Inkonsistenz die HerausgeberInnen zu guter Letzt womöglich doch einen Fuß in den Fettnapf des Essentialismus setzen: Trotz ihres Versuchs, den postmodernen Diskurs im Sinne eines „gemäßigten“ Konstruktivismus“ (3) zu erden, scheint sich über ihren verkürzten Diskursbegriff ungewollt und wie durch die Hintertür die Vorstellung einer überhistorischen, essentialistisch anmutenden Sexualität wieder einzuschleichen.

Antonia Brun, Adeline Schieferstein,
Viola Schlichting, Cordula Trapp (Berlin)

CALL FOR PAPERS**Sexualität als Experiment?
Körpertechniken zwischen Wissenschaft, Bioethik und
Science Fiction
Interner Experten-Workshop vom 17.-19.11. 2005**

Im Rahmen eines interdisziplinären Experten-Workshops soll es um Sexualität und Fortpflanzung im Spannungsfeld (experimental)wissenschaftlicher, (bio)ethischer und (pop)kultureller Diskurse gehen. Vorrangiges Ziel ist der intensive Austausch und die Initiierung neuer Forschungsfragen und -netzwerke über Disziplinengrenzen hinweg.

Neue Trends auf dem Feld der Reproduktionsmedizin, ästhetischen Chirurgie und der Geschlechtsumwandlung sollen in einen kulturwissenschaftlichen Kontext gestellt werden, der die Bedeutung dieser Praktiken zwischen Biopolitik und Selbstentwurf, zwischen Expertenwissen und allgemeinem Menschenbild positioniert. Ausgangsthese der geplanten Tagung ist, dass die moralischen Implikationen und die kulturellen Bedeutungen der modernen Sexualwissenschaften nur in einer interdisziplinären Perspektive deutlich werden, die sich die historischen, wissenschaftstheoretischen, ethischen sowie pop- und medienkulturellen Diskurse und Darstellungsweisen gemeinsam vornimmt.

Zentrale Aspekte des Lebens wie Sexualität, Fortpflanzung, Geschlechtsidentität oder die Festlegung körperlicher Anlagen, die zu Beginn des 20. Jahrhunderts vorrangig Gegenstand gesellschafspolitischer Diskurse im Rahmen einer menschenverachtenden Biopolitik waren, werden im 21. Jahrhundert eher als Mittel einer neuen Entscheidungs- und Gestaltungsfreiheit des Einzelnen betrachtet. Dabei dehnen die neuen Anthro- und Körpertechniken, die ihre Wurzeln in der Medizin- und Biologiegeschichte haben, ihr Anwendungsfeld weit über eindeutige Krankheitswerte und den legitimen Wunsch nach Therapie aus. Verhütung und Steigerung der sexuellen Lust (z.B. Viagra), Behandlung oder Herbeiführung von Sterilität, künstliche Zeugung durch In-Vitro-Fertilisation oder das noch hypothetische reproduktive Klonen sind vielmehr auch Themen eines öffentlichen Diskurses, der die Grenzen zwischen Dichotomien wie Natur und Kultur, Mensch und Technik oder Wissenschaft und Öffentlichkeit selbst zum Gegenstand der Diskussion werden lässt.

Die modernen Biotechnologien und die an sie anschließenden Diskussionen über die Grenzen von Mensch, Leben und Natur werden aber auch zum Nährboden der Bildung moderner Zeugungs- und Fruchtbarkeitsmythen auf der einen Seite, apokalyptischer Horrornvisionen à la Brave New World auf der anderen. Von einem Experiment mit der Sexualität kann dabei in mehrfacher Hinsicht die Rede sein: Zum einen, insofern die moderne Reproduktionsmedizin ein theoretisches Know-how entwickelt, das bei seiner praktischen Anwendung immer ein erstes Mal (Retortenbaby Luise Brown, Klon-schaf Dolly) mit ungewissem und unsicherem Ausgang kennt. Zum anderen illustriert ein experimentelles Verständnis der modernen Sexualwissenschaften die spezifische epistemologische Relation zwischen Wissenschaftler und Patient. Patienten bzw. Konsumenten scheinen neuerdings selbst experimentelle Therapie- und Eingriffsformen suchen, um der eigenen, individuellen Lebensgestaltung Ausdruck geben zu können. Experimente sind hier an der Schnittstelle von Praxis, Selbstentwurf und Utopien zwischen neu zu sortierendem Verhältnis von Laien und Experten zu verorten und machen sie daher für ein besseres Verständnis der Interaktionen von Wissenschaft, Öffentlichkeit und Kultur so interessant.

Folgende vier Themenfelder sollen zur Sprache kommen:**A. Geschichte der Fortpflanzung und Sexualität und ihrer Erforschung**

- Welche wissenschafts- und kulturhistorische Rolle spielt die Sexualität als Differenz- und Selbstbestimmungsdiskurs?
- Wie werden Sexualität und Reproduktion als identitätsstiftende Merkmale heute gesehen?

- Welche wissenschaftshistorischen und körpergeschichtlichen Entwicklungen in der Sexualmedizin sind für heutige Praxen der Körpertechniken besonders wirkmächtig?

B. Verantwortung und Selbstbestimmung zwischen Fremdkontrolle und Selbstentwurf

- Welche normative Rolle spielen sexuelle Identität und sexuelle Selbstbestimmung?
- Welche ethisch-philosophischen Vorstellungen sind mit dem Erleben von Lust, Leid und Liebe verbunden?
- Welche politische und öffentliche Relevanz hat Reproduktion und das Recht auf Reproduktion aus historischer und aktueller Sicht?
- Welche normativen Konsequenzen sind mit Ver- und Entkopplung von Sexualität und Reproduktion verbunden?

C. Popkulturelle Darstellungsversuche: Fakten, Fiktionen und Utopien

- Welche textsortenspezifischen Diskurs- und medialen Repräsentationsformen für experimentelle Praxen im Bereich der Sexualitäts- und Reproduktionsmedizin gibt es?
- Wie verhalten sich individuelle Erfahrung, Wissenschaftskommunikation und mediale- und kulturelle Darstellung zueinander?
- Wie verhalten sich politische Strategien, positive Utopien und apokalyptische Missbrauchsszenarien in den Medien, aber auch in Kunst und Literatur, zueinander?

D. Experimentelles Setting und epistemischer Zugang

- Wie ist das institutionelle und erkenntnistheoretische Setting in den Sexualwissenschaften zu beschreiben?
- Bestehen Zusammenhänge zwischen Reproduktionsmedizinischen Labors und der Gesellschaft als Labor?
- Wie unterscheiden sich Therapie und Experiment in inhaltlichen und institutionellen Rahmenbedingungen?
- Welche Rolle spielen Expertentum, Unsicherheit und Erkenntnisinteresse?
- Wie interagieren Wissenschaftler, Betroffene und Öffentlichkeit; welche neuen Formen der Betroffenen- und Laienmitbestimmung lassen sich hier feststellen?

Nachwuchswissenschaftler und -Innen aus Philosophie und Ethik, Wissenschaftsforschung, den Kulturwissenschaften sowie der Wissenschaftsgeschichte sind herzlich eingeladen, sich mit einer ca. 20-minütigen einschlägigen Präsentation zu beteiligen.

Interessierte schicken bitte ein max. 2-seitiges Abstract sowie CV per Email bis zum 30. April 2005 an: Silke.schicktanz@ukmuenster.de

Weitere Informationen sind bei den Veranstaltern erhältlich:

Dr. Nicolas Pethes

Universität Bonn, Emmy-Noether-Forschungsgruppe, Kulturgeschichte des Menschenversuchs, mail: pethes@gmx.de

Dr. Silke Schicktanz,

Universität Münster, Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, mail: silke.schicktanz@ukmuenster.de

**34. NORDDEUTSCHE PSYCHOTHERAPIETAGE
Lübeck, 2.-7.10. 2005****Leitthema: Moderne Zeiten – Moderne Krankheiten**

Wiss. Leitung: PD Dr. G. Jantschek, Prof. Dr. Ch. Reimers, Dr. E. Wilke
Organisationsbüro: livingcongress
Congress Management International GmbH
Ansprechpartnerin: Gaby Maday
Tel.: 0451-7904 103, Fax: -7904 100
mail: maday@muk.de



Und! Statt „entweder oder“

Bestellen Sie bei Ihrer Buchhandlung oder bei SFG Servicecenter Fachverlage Part of the Elsevier Group Postfach 4343 D-72774 Reutlingen

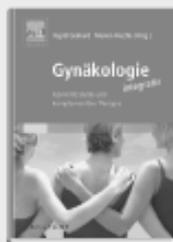
Tel. (0 70 71) 93 53 69 Fax (0 70 71) 93 53 93

E-Mail: bestellung@elsevier.de

www.elsevier.de

Weitere Bände in Vorbereitung:

- Gynäkologie integrativ ISBN 3-437-56260-6 (Oktober 2005)
- Onkologie integrativ ISBN 3-437-56420-X (2006)



Ein völlig neues Buchkonzept:

Erstmals werden konventionelle und komplementäre Therapieansätze praxisorientiert nebeneinander dargestellt. Ein „Integrativer Stufenplan“ am Ende jedes Kapitels zeigt, wie sich konventionelle und komplementäre Therapie am sinnvollsten kombinieren lassen und welche Therapiemaßnahme bei welchem Schweregrad der Erkrankung zum Einsatz kommen sollte.



2004, 736 S., 50 farb. Abb., geb.
€ 82,- / sFr 132,-
ISBN 3-437-56500-1

Schönau, E. / Naumann, E. G. / Längler, A. / Beuth, J. (Hrsg.)
Pädiatrie integrativ

Dieses Buch bietet gleichzeitig konventionelle und komplementäre Therapieansätze bei den wichtigsten Erkrankungen von Kindern. Durch eine gezielte Kombination der beiden Ansätze können Kinder besonders individuell und effektiv behandelt werden.

- Teil I: **Symptomatische Therapie**
Differenzialdiagnostische Überlegungen und integrative Therapieansätze zu den wichtigsten Leitsymptomen im Kindesalter
- Teil II: **Spezielle Therapie**
Die wichtigsten Krankheitsbilder nach Organsystemen geordnet
- Teil III: **Therapieverfahren**
Systematische Darstellung der komplementären Therapieansätze

Ca. 70 Experten unterschiedlicher fachlicher Orientierung ermöglichen eine umfassende Übersicht über die moderne, integrative Pädiatrie. Praxisorientiert und sofort umsetzbar: Ihr leichter Einstieg in die Komplementärtherapie, ohne dass zunächst weitere Literatur nötig ist!



2005, 752 S., 83 farb. Abb., geb.
€ 74,- / sFr 119,-
ISBN 3-437-56510-9

Gerhard, I. / Feige, A. (Hrsg.)
Geburtshilfe integrativ

Im ersten Teil des Buches werden die Grundlagen der Schwangerenbetreuung aus ganzheitlicher Sicht praxisnah erklärt.

Teil II erläutert systematisch konventionelle und komplementäre Therapieverfahren.

Teil III stellt die spezielle Therapie der wichtigsten Beschwerden und Komplikationen in der Schwangerschaft, im Geburtsverlauf und im Wochenbett dar. Integrative Stufenpläne am Ende jedes Kapitels helfen bei der sinnvollen Kombination von konventioneller und komplementärer Therapie.

**Fachliteratur Integrative Medizin
Wissen was dahinter steckt. Elsevier.**

Symposium „Lighting the Way to Reliable Erectile Dysfunction Therapy“ beim XX. Kongress der Europäischen Gesellschaft für Urologie, 16. März 2005 in Istanbul

Von der ED-Behandlung mit Levitra® profitieren Mann und Frau: Zuverlässige Wirkung, sobald sie gebraucht wird

Patienten mit erektiler Dysfunktion brauchen keine 08/15-Therapie. Sie brauchen vielmehr eine Medikation, die ihnen hilft, rasch und zuverlässig wieder ihren Mann zu stehen. Möglich ist das dank dem PDE-5-Hemmer Levitra® mit dem Wirkstoff Vardenafil, der den Patienten innerhalb nur einer halben Stunde – vielen schon nach nur zehn Minuten – zurück zu einem befriedigenden Sexualeben verhilft. Das steigert die sexuelle Lebensqualität des Mannes wie auch seiner Partnerin, wie neue beim Europäischen Urologenkongress in Istanbul präsentierte Daten belegen.

Mit den Phosphodiesterase-5-Inhibitoren (PDE-5-Hemmer) stehen inzwischen gut wirksame Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion (ED) bereit, die sich in ihrem grundlegenden Wirkmechanismus nicht unterscheiden. Zu welcher Substanz also dem Patienten raten? „Am besten zu dem Wirkstoff, der den Bedürfnissen der Männer wie auch ihrer Partnerinnen am weitesten entgegen kommt“, so das Plädoyer von Professor Dr. Ian Eardley aus Leeds /Großbritannien beim XX. Kongress der „European Association of Urology“ (EAU) in Istanbul / Türkei.

Frauen in die Therapie der ED stärker mit einbeziehen

Denn die Partnerinnen müssen nach seinen Worten stärker als bislang üblich in die Therapie der ED miteinbezogen werden. Sie sind letztlich durch die erektilen Dysfunktion in ihrem Sexualeben mit betroffen, ein Aspekt, der seinerseits Rückwirkungen auf das Erleben des Mannes hat. „Wir haben es bei der ED deshalb praktisch immer mit zwei Patienten zu tun, deren Lebensqualität beeinträchtigt ist und zwar mit dem Mann wie auch mit der Frau“, so Eardley.

Was ED-Patienten von der Behandlung erwarten, hat nach seinen Worten bereits die MALES-Studie (Men's Attitudes on Life Events and Sexuality) eindrucksvoll gezeigt: „Männer mit ED wollen eine Medikation, die schnell und zuverlässig wirksam ist und sicher in der Anwendung“, sagte der Mediziner. „Die Wirkdauer spielt vor diesem Hintergrund eine untergeordnete Rolle“. Gut erfüllt werden diese Anforderungen nach Professor Dr. Inigo Sáenz de Tejada, Madrid /Spanien von Vardenafil, dem potentesten und zugleich selektivsten PDE5-Hemmer, der 10-bis 40fach wirkstärker als andere PDE5-Hemmer ist.

Vardenafil – schon nach 25 Minuten wieder seinen Mann stehen

Ein besonderes Charakteristikum des Wirkstoffs ist nach Tejada dessen rasch einsetzende Wirksamkeit. So werden nach der oralen Einnahme rasch wirksame Plasmakonzentrationen erreicht und klinische Studien zeigen, dass die Mehrzahl der Patienten bereits innerhalb von nur 25 Minuten eine für den Geschlechtsverkehr ausreichende Erektion erreicht. „Viele Patienten erleben dies bereits nach nur zehn Minuten“, konkretisierte Tejada die vorliegenden Daten.

Der rasche Wirkeintritt ist nach seinen Worten für Mann und Frau von Vorteil: „Er gibt dem Paar Spontanität in der Sexualität zurück“, sagte der Mediziner.

Die schnelle und zuverlässige Wirksamkeit stärkt darüber hinaus das Selbstvertrauen, sie verschafft, so Tejada, dem Mann „Gewissheit, dass er wieder spontan reagieren und spontan mit seiner Partnerin die Sexualität genießen kann“. Gleichzeitig weist Vardenafil ein breites therapeutisches Zeitfenster auf und ist bei den meisten Männern infolge seiner langsamen „Off-Rate“ am Rezeptor trotz der Halbwertszeit von etwa viereinhalb Stunden über acht bis zwölf Stunden nach der Einnahme hinweg wirksam.

„Die Liebe sollte nicht warten müssen“

Dass die erektilen Dysfunktion nicht nur den Mann in seinem Erleben beeinträchtigt, sondern auch die Frau, und dass eine wirksame Behandlung die Grundlage dafür ist, dass beide Partner wieder ein erfülltes Sexualeben erfahren können, belegen verschiedene in Istanbul vorgestellte Studien. So dokumentiert nach Professor Dr. William Fisher von der Universität Ontario in Kanada die FEMALES-Studie (Female Experience of Mens Attitudes to Life Events and Sexuality), in der 283 Partnerinnen von Männern mit ED befragt wurden, dass die Sexualstörung des Mannes die Zufriedenheit und die Lebensqualität seiner Partnerin erheblich beeinträchtigen kann. Die betroffenen Frauen erleben weniger Lust und Erregung und kommen seltener zum Orgasmus und das praktisch in direkter Anhängigkeit zur Ausprägung der Schwere der ED.

Eigenen Untersuchungen des Mediziners zufolge legen zudem knapp 70 Prozent der Paare Wert darauf, ihr Sexualeben spontan und zeitlich ungeplant genießen zu können, 84 Prozent geben auf Befragen an, bei der Behandlung der ED einen raschen Wirkeintritt zu erwarten. „Die Liebe sollte nicht warten müssen“, so umschrieb Fisher die Erwartungen der Patienten wie auch ihrer Partnerinnen an die Behandlung der ED.

Die FEMALES-Studie zeigte ferner, dass die Sexualkontakte bei Paaren, bei denen der Mann Schwierigkeiten mit der Erektion hat, erheblich an Häufigkeit zurückgehen und parallel dazu die Zufriedenheit mit dem Sexualeben. Wird die ED jedoch wirkungsvoll behandelt, so nehmen die Sexualkontakte wieder zu und es stellt sich wieder eine höhere sexuelle Erlebnisfähigkeit ein.

Vardenafil steigert die sexuelle Zufriedenheit bei Mann und Frau

Bestätigt werden diese Daten durch die Studie „Partner Satisfaction and Sexual Quality of Life“, die Professor Eardley in Istanbul erstmals der Öffentlichkeit präsentierte.

In der Studie zur „Partnerzufriedenheit und sexuelle Lebensqualität“ wurden 229 Männer mit einer seit mehr als sechs Monaten vorbestehenden ED zwölf Wochen lang placebokontrolliert mit Vardenafil behandelt und es wurden sowohl die Männer wie auch ihre Partnerinnen zu den Auswirkungen der Behandlung befragt.

Das Ergebnis: Wie bereits in früheren Studien waren unter der Behandlung 71 bis 72 Prozent der Männer wieder zu einem erfolgreichen Geschlechtsverkehr in der Lage, während dies unter Placebo nur bei 28 Prozent der Fall war. Gleichzeitig erfuhren auch die Frauen eine klare Verbesserung ihres Sexualebens, 66 Prozent berichteten eine Steigerung der eigenen sexuellen Lebensqualität, was in der Placebogruppe nur 32 Prozent angaben.

„Die sexuelle Zufriedenheit wurde bei den betroffenen Männern und auch bei ihren Partnerinnen unter Vardenafil wieder spürbar besser und erreichte in vielen Fällen wieder das Niveau wie vor der Entwicklung der ED“, kommentierte Eardley das Resultat der Studie, die diese Zusammenhänge erstmals für Partnerinnen von Männern mit ED nachweisen konnte.

Nach Selbstangaben der Industrie

Hinweise für Autorinnen und Autoren

Sexuologie ist eine interdisziplinäre Fachzeitschrift für angewandte Sexualwissenschaft und veröffentlicht deutschsprachige Beiträge zur empirischen Sexualforschung. Beiträge gliedern sich in Originalarbeiten (ca. 10 Seiten), Historia (ca. 5 Seiten), Kasuistiken und Fallberichte (ca. 3 Seiten) sowie Buchrezensionen. Eingerichtete Manuskripte werden anonymisiert von zwei Gutachtern bzw. Gutachterinnen beurteilt. Die Redaktion bittet, folgende Hinweise zu beachten:

Manuskripte

Veröffentlicht werden nur Texte, die weder vollständig noch in Teilen anderweitig publiziert oder zur Publikation eingereicht wurden. Manuskripte einschließlich Literaturverzeichnis, Abbildungen, Abbildungslegenden und Tabellen sind in einfacher Ausfertigung einzureichen. Sie sind einseitig, zweizeilig (mit breitem Rand links) zu schreiben und durchnummerieren. Ein gesondertes Blatt soll enthalten: 1. kurzer, klarer Titel der Arbeit; 2. Namen, Vornamen aller Autoren; 3. vollständige Anschrift mit Bezeichnung der Abteilung, Klinik bzw. Institut; 4. Korrektur- und Korrespondenzadresse mit Telefonnummer und ggf. Faxnummer und e-mail Adresse.

Die Beiträge sollten nach Annahme in einem gängigen Textverarbeitungsprogramm auf Diskette oder Zip-Diskette eingereicht werden, nach Rücksprache ist auch elektronische Übermittlung möglich. Der Text ist unformatiert in der oben angegebenen Reihenfolge zu verfassen. Graphikdateien können übernommen werden. Die Diskette ist mit einem Etikette zu versehen, auf dem Dateiname und verwendetes Programm vermerkt sind.

Aufbau und Gestaltung des Beitrags

Vor dem Text stehen: 1. der Titel in Englisch, 2. die Autorennamen, 3. eine deutsche und eine englische Zusammenfassung (jeweils ca. 250 Worte), die Hintergrund, Methodik und Ergebnisse der Arbeit darstellen. Unter den Zusammenfassungen stehen jeweils drei bis fünf „key words“ bzw. Schlüsselwörter, entsprechend dem Medical Subject Heading des Index Medicus. Der Beitrag ist zu gliedern, bei Originalarbeiten z.B. durch kurze, klare Zwischenüberschriften wie Methodik, Ergebnisse, Diskussion. Hervorhebungen sind kursiv möglich; die Wörter im Manuskript kursiv schreiben oder unterstreichen; Texte in Kleindruck (petit) durch einen senkrechten Strich am linken Manuskriptrand markieren.

Literaturangaben

Literaturverweise im Text erfolgen bei ein oder zwei Autoren unter Nennung des Nachnamens und der Jahreszahl (Bsp.: Müller 1988 bzw. Müller & Meier 1990). Bei mehr als zwei Autoren wird der Nachname des Erstautors genannt und der Zusatz im Satz „und Mitarbeiter“, in Klammer „et al.“ (Bsp.: im Text: Müller und Mitarbeiter 1967, in der Klammer: Müller et al. 1967). Bei mehr als einer Arbeit desselben Autors aus demselben Jahr sind die Arbeiten mit a, b, c, usw. nach der Jahreszahl zu versehen. Mehrere in einer Klammer aufgeführte Literaturverweise sind nach Erscheinungsjahr geordnet und durch Semikola getrennt aufzuführen (Bsp.: Müller 1980; Abraham 1985). Wörtliche Zitate sind im Text durch Anführungsstriche zu kennzeichnen und mit Seitenangaben aufzuführen (Bsp.: „.....“ Müller 1989: 325).

Die Bibliographie ist alphabetisch nach den Nachnamen der Erstautoren zu ordnen. Die Arbeiten sind mit allen Autoren (Nachname, Vornamensinitialen), ggf. getrennt durch Semikola, aufzuführen. Nach dem Autorennamen folgt die Jahreszahl der Publikation in Klammern, gefolgt durch einen Doppelpunkt. Periodika werden entsprechend dem Index Medicus ohne Punkt abgekürzt. Der Jahrgangs-/Bandangabe folgt nach einem Doppelpunkt die Seitenangabe. Bei Monographien wird Verlagsort, Verlag und ggf. Seitenangabe aufgeführt.

Bsp. Zeitschriftenartikel

Abbott, D.H.; Holman, S.D.; Berman, M.; Neff, D.A.; Goy, R.W. (1984): Effects of opiate antagonists on hormones and behavior of male and female rhesus monkeys. Arch Sex Behav 13: 1-25.

Bsp. Monographien

Monkey, J. (1986): Venuses penuses: Sexology, sexosophy, and exigency theory. Buffalo: Prometheus books.

Bsp. Buchbeiträge

Meyer-Bahlburg, H.F.L. (1992): Möglichkeiten und Grenzen psychoendokriner Typen für die menschliche Geschlechtertypik. In: Wessel, K.F.; Bosinski, H.A.G. (Hrsg.). Interdisziplinäre Aspekte der Geschlechterverhältnisse in einer sich wandelnden Zeit. Bielefeld: Kleine Verlag, 103-120.

Nach der Bibliographie ist die Anschrift des Autors/ aller Autoren mit dem akademischen Titel, Vor- und Nachname und Korrespondenzadresse anzuführen.

Tabellen, Abbildungen und Legenden

Tabellen, Abbildungen sind zu nummerieren und mit einer Überschrift zu versehen. Die Einschaltstelle ist am Manuskriptrand zu kennzeichnen. Abbildungen – falls sie nicht als Grafikdatei (tif, jpg, bitte keine in Powerpoint u.ä. eingebundenen Fotos) vorhanden sind – sind als reproduktionsfertige Vorlagen zu liefern: etwa als Strichzeichnungen, Graphiken, Computerausdrucke oder als schwarz/weiß Fotos. Bei Farbabbildung muss ein erheblicher Druckkostenbeitrag in Rechnung gestellt werden. Abbildungen müssen durchnummeriert und auf der Rückseite mit einem Pfeil („oben“) und dem Autorennamen versehen sein. Sie dürfen nicht aufgeklebt sein. Falls Abbildungen von Patienten verwendet werden, dürfen diese nicht erkennbar und identifizierbar sein.

Abkürzungen

Für Maßeinheiten wird das SI-System verwendet. Gebräuchliche ältere Maßangaben können in Klammern ergänzt werden. Weitere Abkürzungen sollten nach Möglichkeit vermieden werden. In jedem Fall sollte der ersten Verwendung der Abkürzung die ausgeschriebene Vollform vorangestellt werden. Bei Medikamenten werden die Generika angegeben. Präparatennamen (Handelsnamen) können in Klammern ergänzt werden. Bei Geräten oder Instrumenten sollte generell die allgemeinen Bezeichnungen verwendet werden. Herstellerbezeichnungen können in Klammern ergänzt werden.

Verwendung von bereits publizierten Materialien

Eine Verwendung von Materialien aus den anderen Quellen (z.B. Abbildungen, Tabellen) ist nur bei genauer Quellenangabe und mit Erlaubnis des Urhebers möglich.

Korrekturen

Der Korrespondenzautor erhält einen Korrekturabzug (Fahnen).