

# Sexuologie

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

## Inhalt

### Originalarbeiten

- 2 Der Umgang mit Sexualität in der Bundeswehr (1955–2005) – Vom Verbot der Homosexualität bis zum Sexualerlass 2004  
*Karl-Heinz Biesold*
- 9 Sexualität und Partnerschaft bei Demenzerkrankungen  
*Marie-Louise Bauer, Friedel M. Reischies, Klaus M. Beier*

### Fortbildung

- 28 Mindestanforderungen für Schuldfähigkeitsgutachten  
*Axel Boetticher, Norbert Nedopil, Hartmut A.G. Bosinski, Henning Saß*
- 36 Mindestanforderungen für Prognosegutachten  
*Axel Boetticher, Hans-Ludwig Kröber, Rüdiger Müller-Isberner, Klaus M. Böhm, Reinhard Müller-Metz, Thomas Wolf*
- 48 Interdisziplinäre Zusammenarbeit bei Verdacht auf sexuellen Mißbrauch  
*Elisabeth Mützel, Bettina Zinka, Nikolaus Weissenrieder*
- 53 Primäre Erektionsstörung mit kongenitaler bilateraler partieller Fibrose der Corpora cavernosa  
*Thomas C. Stadler, Markus J. Bader, Armin J. Becker, Christian G. Stief*

### Aktuelles

- 56 Buchbesprechungen, Tagungsankündigungen

### Anschrift der Redaktion

Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier (V.i.S.P.), Rainer Alisch MA, 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, alisch@zedat.fu-berlin.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

**Anzeigenverkauf und -verwaltung:** Media Service Marschall, Frau Ursula Marschall, Teltowkanalstraße 1, D-12247 Berlin, Tel. 030-7719959, Fax 030-7713432, E-mail: marschmed@aol.com, www.mediamarschall.de

**Anzeigenleitung:** Elsevier GmbH, Niederlassung Jena, Deutschland, Ansprechpartner: Cora Grotzke, Lößdergraben 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 2007.

**Lieferkonditionen (2007):** Volume 14 (1 Band mit 4 Heften)

**Abopreise\* (2007): Deutschland, Österreich, Schweiz: Vollabopreis 156,00 €;**

**Persönliche Abonnenten 75,00 €; Einzelheftpreis 47,00 €;**

\* 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.

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

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

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

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

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

### Bankverbindung:

Deutsche Bank AG Reutlingen, Account No. 159 9950 (BLZ 64070085);

IBAN: DE54 6407 0085 0159 9950 00; BIC/SWIFT: DEUTDESS640

Postbank Stuttgart, Account No. 6930-706 (BLZ 600 100 70);

IBAN: DE80 6001 0070 0006 9307 06; BIC/SWIFT: PBNKDEFF

Bitte geben Sie bei der Zahlung ihre vollständigen Daten an.

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

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

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

**Druckerei, Bindung:** Gutenberg Druckerei GmbH Weimar, Marienstraße 14, 99423 Weimar ( ) Seit Band III, Heft 1 (1996) erfüllt das Papier, das für diese Zeitschrift genutzt wurde, die Anforderungen von ANSI/NISO Z39.48-1992 (Beständigkeit von Papier).

Hergestellt in Deutschland

Alle Rechte vorbehalten.

Covergestaltung: Lothar Jänichen, Dornburg/Saale unter Verwendung einer Fotografie von Nils Kinder (Berlin) ((Deutsche Fachpresse))

© Elsevier GmbH



### Sexuologie – Zeitschrift für sexualmedizinische Fortbildung und Forschung

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

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

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

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

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

# Der Umgang mit Sexualität in der Bundeswehr (1955–2005) – Vom Verbot der Homosexualität bis zum Sexualerlass 2004

Karl-Heinz Biesold

## Dealing with sexuality in the German Armed Forces (1955–2005) – From the prohibition of homosexuality to the sexual-decree of 2004

### Abstract

Dealing with sexuality in the armed forces was always affected by the temporary influences, moral expectation and the common social attitude regarding sexuality. In the first years of the German Armed Forces a very rigid attitude towards homosexuality existed, especially according to the community of only male soldiers. With increasing liberalisation the German Armed Forces adapted their official regulations to the common social customs. Finally with the opening of the military service for women, a new kind of regulation for living together had to be found. The following article describes the historical development from prohibition of homosexuality to the modern sexual-decree.

*Keywords:* German Armed Forces, dealing with sexuality, homosexuality, sexual-decree, report of the German Wehrbeauftragter

### Zusammenfassung

Der Umgang mit Sexualität in den Streitkräften war stets stark beeinflusst vom Zeitgeist, von Moralvorstellungen und der allgemeinen gesellschaftlichen Einstellung zu Sexualität. In den Anfangsjahren der Bundeswehr bestand eine noch sehr rigide Haltung zur Homosexualität insbesondere hinsichtlich des Zusammenlebens in einer reinen Männergemeinschaft. Mit zunehmender Liberalisierung passte auch die Bundeswehr ihre offizielle Haltung den Zeitströmungen an. Schließlich musste mit der Öffnung der Streitkräfte für Frauen auch eine Regelung für den

Umgang der Geschlechter miteinander gefunden werden. Nachfolgend wird die historische Entwicklung vom Verbot der Homosexualität bis hin zum modernen Sexualerlass geschildert.

*Schlüsselwörter:* Bundeswehr, Umgang mit Sexualität, Homosexualität, Sexualerlass, Bericht des Wehrbeauftragten

## Einleitung

Im Jahr 2005 feierte die Bundeswehr ihr 50-jähriges Bestehen. Seit der Einberufung der ersten Soldaten 1955 hat sich nicht nur sicherheitspolitisch, sondern auch gesellschaftspolitisch vieles geändert. Die Bundeswehr, so wird es immer wieder in unterschiedlichen Kontexten zitiert, sei „ein Spiegel der Gesellschaft“. So hat die „sexuelle Revolution“ der 68er ebenso ihren Einfluss in den Streitkräften gezeigt, wie schließlich auch die völlige Öffnung aller Laufbahnbereiche für Frauen.

Mittlerweile ist es selbstverständlich geworden, dass Frauen Dienst in der Bundeswehr leisten und das wirkt sich natürlich ebenso auf den alltäglichen Dienstbetrieb aus wie auch auf das außerdienstliche Miteinander.

Das enge Zusammenleben der Soldatinnen und Soldaten in den Kasernen in Deutschland, auf Schiffen der Marine oder in den Lagern im Auslandseinsatz bringt viel Nähe mit sich und fordert definierte und verbindliche Umgangsformen miteinander.

Nachfolgend wird anhand der historischen Entwicklung über die letzten 50 Jahre aufgezeigt, wie sich die „offizielle Einstellung des Dienstherrn“ zur Sexualität, die sich beim Militär in der Regel in Form von Erlassen, Weisungen und Vorschriften widerspiegelt, in der Bundeswehr verändert hat.

Es werden im Folgenden fünf Bereiche betrachtet:

- ◆ Umgang mit Homosexualität
- ◆ Die Erlasse „Umgang mit Sexualität“
- ◆ Umgang mit sexuellen Deviationen
- ◆ Frauen in der Bundeswehr
- ◆ Sexualität im Auslandseinsatz

## Umgang mit Homosexualität

In der Nachkriegsgesetzgebung der Bundesrepublik Deutschland blieb der bereits 1871 in das deutsche Strafgesetzbuch (StGB) eingeführte § 175, der die Homosexualität („sexuelle Handlungen zwischen Personen männlichen Geschlechts“) verbot und unter Strafe stellte, zunächst in seiner unter den Nationalsozialisten verschärften Fassung von 1935 gültig. Aber bereits Anfang der 50er Jahre gab es erste Auseinandersetzungen darüber, ob der § 175 StGB mit dem § 3 des Grundgesetzes (GG) vereinbar sei. Am 5.7.1956 entschied der 4.Strafsenat des Bundesgerichtshofes (BGH) allerdings, dass bei der „anlagebedingten Homosexualität“ der „abartige Trieb“ so ausgeprägt sein kann, dass er Krankheitswert erhält. Damit könne eine „krankhafte Störung der Geistestätigkeit“ gem. § 51 StGB vorliegen, die somit auch zur Strafmilderung führen könne.

Schon bei der Gründung der Bundeswehr tauchte dann die grundsätzliche Frage auf, ob Homosexuelle Wehrdienst leisten müssen bzw. dürfen. Am 30.8.1967 erklärte das Verteidigungsministerium der BRD zur Frage der Wehrtauglichkeit von Homosexuellen: „Weil die Homosexualität für jede Armee ein ernstes Problem ist, verzichtet die Bundeswehr darauf, junge Männer mit einer solchen Veranlagung einzuziehen“.

Am 25.6.1969 wurde im Rahmen einer ersten Reform des Strafgesetzes der § 175 StGB in der bisherigen Form abgeschafft, jedoch eine Schutzaltersgrenze eingeführt, d.h. Homosexualität bis 21 wurde bedingt strafbar, über 21 Jahren straffrei. Bei der zweiten Reform des § 175 StGB am 23.11.1973 wurde die Schutzaltersgrenze auf 18 Jahre herabgesetzt.

In Folge dieser Strafrechtsformen kam es auch zu einer Änderung hinsichtlich der Beurteilung der militärischen Tauglichkeitskriterien bei Homosexuellen. 1979 entschied das Bundesverwaltungsgericht, dass homosexuelle Soldaten nicht grundsätzlich wehrtauglich seien. Eine Ausmusterung sei nur gerechtfertigt, wenn die Homosexualität „zu einer echten Perversion degeneriert“ sei.

In der Praxis sah es aber so aus, dass homosexuelle Wehrpflichtige häufig nach psychiatrischer Begutachtung wegen „Neurotischer Störungen mit man-

gelnder Anpassungs- oder Gemeinschaftsfähigkeit“ ausgemustert wurden. Diese Ausmusterungen entsprachen jedoch meist auch den eigenen Intentionen der Betroffenen und wurden mit ihrem Einverständnis durchgeführt. Sie ersparten ihnen das Versteckspiel innerhalb der soldatischen Gemeinschaft und das Risiko der Diskriminierung in der Truppe.

Es stellte sich nun die Frage, wie mit den sich zu ihrer Homosexualität bekennenden Zeit- und Berufssoldaten zu verfahren sei und ob (sich bekennende) Homosexuelle weiterhin ihre Vorgesetztenfunktion ausüben könnten. In einem Bundesverwaltungsgerichtsurteil vom 25.10.79 wurde dann erklärt, dass homosexuelle Neigung die Eignung zum Vorgesetzten ausschließe. Dies führte unter anderem schließlich zur Ablösung und Versetzung eines homosexuellen Kompanie-Chefs, der sich offen zu seiner Homosexualität bekannt hatte. Seine Eignung als Vorgesetzter wurde ihm wegen seiner sexuellen Neigung abgesprochen und grundsätzlich wurden jede Förderung (und Beförderung) unterbunden.

1982 kam es dann zur „Kießling-Affäre“. Der Vier-Sterne-General Günther Kießling, stellvertretender Oberbefehlshaber der NATO in Brüssel, wurde aus der Bundeswehr entlassen, nachdem der Militärische Abschirmdienst (MAD) wegen seiner angeblichen heimlichen homosexuellen Kontakte in Köln und der daraus folgenden Erpressbarkeit ein Sicherheitsrisiko sah. Der Verteidigungsminister erklärte, dass der Entlassungsgrund nicht die Homosexualität an sich sei, sondern ausschließlich Sicherheitsgründe eine Rolle gespielt hätten. General Kießling wurde später rehabilitiert, nachdem sich die gegen ihn erhobenen Vorwürfe als unbegründet erwiesen.

Ein Forschungspapier des Bundesministeriums der Verteidigung „Homosexualität und Wehrdienst“ aus dem Jahr 1993 (Fleckenstein 1993) erwähnt, dass in dem Zeitraum von 1981–1992 innerhalb der Bundeswehr insgesamt 43 disziplinargerichtliche Verfahren wegen homosexueller Betätigungen durchgeführt wurden. Die homosexuelle Veranlagung alleine stellte kein Dienstvergehen dar, jedoch die homosexuelle Betätigung im Dienst, insbesondere dann, wenn ein Vorgesetzter einen Untergebenen sexuell belästigte. Das Bundesverwaltungsgericht wertete 1988 solche Vorkommnisse als einen Angriff auf das Verfassungsgebot, die Unantastbarkeit der Menschenwürde zu achten und zu schützen und führte dazu weiter aus: „Die Liberalisierung des Sexualstrafrechts im Bereich der Homosexualität kann und darf sich im Wehrdienstverhältnis nicht auf das Verhältnis zwischen Vorgesetzten und Untergebenen auswirken. Es wäre unerträglich, wenn junge Wehrpflichtige, die durch die

Wehrgesetze zum Dienst in der Bundeswehr gezwungen sind, sexuellen Angriffen ihrer Vorgesetzten ausgesetzt wären“.

In Disziplinargerichtlichen Verfahren wegen homosexueller Betätigungen von Soldaten wurden zwischen 1981 und 1992 folgende Strafen verhängt:

◆ Entfernung aus dem Dienst	9
◆ Dienstgradherabsetzung	20
◆ Beförderungsstopp + Gehaltskürzung	10
◆ Beförderungsstopp	11
◆ Gehaltskürzung	2
◆ Freispruch	7
◆ Einstellung	2
◆ Unbekannt	2
◆ <b>Summe</b>	<b>63</b>

Im Rahmen der gleichen Studie waren 1992 über 1300 Soldaten aus den alte und neuen Bundesländern zu ihrer Einstellung zum unverheirateten Zusammenleben, zu Prostitution, zu Abtreibung und zur Homosexualität befragt worden. Das Ergebnis zeigte auch nach der Wende eine noch sehr konservative Einstellung der wehrpflichtigen jungen Männer. Ungefähr die Hälfte der befragten Soldaten beurteilten Homosexualität als „schlimm“ und „sehr schlimm“ (vgl. Abb. 1)

Bis Anfang der 90er Jahre galt Homosexualität noch als psychische Erkrankung und wurde erst am 1.1.1993 aus der Krankheitsklassifikation ICD (International Classification of Diseases) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gestrichen, wo sie seit 1948 geführt worden war. Die Homosexualität wurde nun als eine (nicht krankhafte) Variante des menschlichen Sexualverhaltens eingestuft.

Bitte beurteilen Sie: Finde ich:	unverheiratet zusammen- leben		Prostitution		Abtreibung		Homo- sexualität	
	Ost %	West %	Ost %	West %	Ost %	West %	Ost %	West %
in Ordnung	91,8	87,9	58,7	48,2	70,6	32,9	27,8	31,9
nicht in Ordnung	5,9	8,6	22,5	28,2	16,2	29,8	20,3	20,3
schlimm	1,6	2,6	8,4	12,4	5,3	15,2	10,2	12,7
sehr schlimm	0,9	0,9	10,4	13,1	7,9	22,1	41,7	35,1
n =	893	456	888	450	889	447	882	433

**Abb. 1** Zur Sexualmoral grundwehrdienstleistender Soldaten (1992).  
Quelle: Sozialwissenschaftliches Institut der Bundeswehr, München  
September/Oktober (1992)

Schließlich folgte auch die Liberalisierung im Bereich der Rechtsprechung. Am 10.3.1994 wurde im Rahmen der Rechtsangleichung zwischen den beiden deutschen Staaten mit großer Mehrheit im Bundestag die völlige Streichung des § 175 StGB beschlossen. In der DDR hatte schon längere Zeit eine diesbezüglich liberalere Gesetzgebung bestanden, die bereits 1987 zur Aufhebung des dort entsprechenden § 151 StGB (DDR) geführt hatte.

Mit einer fortschreitenden Liberalisierung der allgemeinen Einstellung zu gleichgeschlechtlicher Sexualität wurde 1999 erstmalig in Hamburg die staatlich anerkannte Eintragung homosexueller Paare („Hamburger Ehe“) zugelassen, die jedoch noch keine rechtlichen Folgen beinhaltete.

Innerhalb der Bundeswehr blieb es aber dabei, dass homosexuellen Soldaten noch bis 2000 grundsätzlich die Eignung zum Vorgesetzten abgesprochen wurde.

## Die Erlasse „Umgang mit Sexualität“

Nachdem viele Jahre eine eher konservative Einstellung zur Sexualität die Umgangsregeln beherrschte, kam es Ende 2000 zu einem Paradigmenwechsel. Es erschien die vom Bundesministerium der Verteidigung herausgegebene Führungshilfe für Vorgesetzte „Umgang mit Sexualität“. Vor dem Hintergrund der weiteren Öffnung der Streitkräfte für Frauen, der Änderung der bisherigen Haltung der Bundeswehr gegenüber Soldatinnen und Soldaten mit gleichgeschlechtlicher Orientierung und den Problemen der Soldatinnen und Soldaten im Einsatz mit dem Thema „Sexualität“ sollte diese Führungshilfe zum Abbau von Verhaltensunsicherheiten beitragen. Es wurde auf den grundsätzlichen verfassungsrechtlichen Schutz des Intim- und Sexualbereichs des Menschen, auf sein Recht der sexuellen Selbstbestimmung, auf den Schutz vor Ungleichbehandlung wegen sexueller Orientierungen im europäischen Recht und auf die allgemeinen Persönlichkeitsrechte verwiesen. Wegen des Zusammenlebens in der soldatischen Gemeinschaft seien aber besondere Maßstäbe anzuwenden, die sich aus den Pflichten des Soldatengesetzes ergeben.

Der Führungshilfe folgten Anfang 2002 ein ministerieller Erlass „Sexuelles Verhalten von und zwischen Soldaten“ und Mitte 2004 ein ergänzender Erlass „Umgang mit Sexualität in der Bundeswehr“, die beide die zunehmende Liberalisierung verdeutlichen und schließlich auch in einer Dienstvorschrift (ZDV 14/3, Anl. B143) Niederschlag fanden.

Die Intimsphäre, so heißt es, sei als Teil des Persönlichkeitsrechts des Soldaten einer Einflussnahme des Dienstherrn grundsätzlich entzogen. Somit ist der Umgang eines Soldaten mit seiner Sexualität dienstrechtlich nur von Bedeutung, wenn er die dienstliche Zusammenarbeit erschwert oder den kameradschaftlichen Zusammenhalt beeinträchtigt und damit zu nachhaltigen Störungen der dienstlichen Ordnung führt.

Prinzipiell ist das Persönlichkeitsrecht zu achten, was bedeutet dass Sexualität grundsätzlich Privat- und Intimbereich einer Person ist und das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung geschützt ist. Aber auch die Interessen der Institution müssen gewahrt bleiben; d.h. die militärische Einsatzbereitschaft muss sichergestellt sein (Teamgeist, Gesundheit, Sicherheit, Repräsentanz) und rechtliche Bestimmungen und gesellschaftliche Werte müssen geachtet werden. Die Rolle des Soldaten verlangt von ihm die Erfüllung seiner Pflichten (Kameradschaft, Disziplin, Gesunderhaltung, vorbildhaftes Verhalten) und daraus folgt im Umgang mit Sexualität, dass Zurückhaltung gewahrt bleibt, sexuelle Belästigungen verboten sind, Partnerschaften respektiert werden und Toleranz gegenüber jeder sexuellen Orientierung erwartet wird.

Die Erlasse führen aus, dass Männer und Frauen mit hetero- oder homo-sexueller Ausrichtung und Orientierung als gleichwertig anzusehen und gleichberechtigt sind.

In Hinsicht auf den Umgang mit Homosexualität bedeutet dies in der Bundeswehr konkret, dass keine Offenbarungspflicht gegenüber Vorgesetzten oder personalbearbeitenden Stellen besteht, da homosexuelle Soldaten keinerlei Verwendungseinschränkungen (mehr) unterliegen. Soldaten müssen sich ausschließlich im Rahmen eines Sicherheitsüberprüfungsverfahrens gegenüber den zur Durchführung berufenen Stellen (Sicherheitsbeauftragten, Militärischer Abschirmdienst etc.) offenbaren.

Es gibt ein Recht, aber keine Pflicht zur Meldung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft. Seit einigen Jahren gibt es auch einen Arbeitskreis homosexueller Angehöriger der Bundeswehr (AHsAB e.V.), der sich für deren Belange einsetzt, z.B. dafür, dass den Gleichstellungsbeauftragten auch die Zuständigkeit für Fragen der Gleichstellung von homosexuellen Soldaten übertragen wird.

Jeder Bundeswehrangehörige ist verpflichtet, Diskriminierungen auch im sexuellen Bereich zu unterlassen und ihnen entgegenzutreten. Allerdings gibt es im Truppenalltag, wie auch in der Bevölkerung, gelegentlich Intoleranz, Berührungssängste oder einfach nur Unsicherheit und Unwissenheit. Es wird einerseits Zurückhaltung verlangt, d.h. provozierendes Verhal-

ten innerhalb der militärischen Liegenschaften ist sowohl im wie außerhalb des Dienstes zu unterlassen. Andererseits wird die Verpflichtung zur Kameradschaft angemahnt, die Toleranz gegenüber anderen sexuellen Orientierungen gebietet.

Dies bedeutet, dass homosexuelle Soldaten ein Recht auf persönliche Achtung haben wie andere Kameraden auch. Einer Ausgrenzung Einzelner ist im Kameradenkreis energisch entgegenzuwirken. Die Achtung der Privatsphäre verbietet sowohl die Bloßstellung des Anderen wie auch eine Verletzung seiner Intimsphäre.

Darüber hinaus gebietet die Kameradschaftspflicht das Respektieren und Achten bestehender Partnerschaften.

Sexuelle Belästigungen sind selbstverständlich verboten und im Dienst wie außerhalb des Dienstes ist darauf zu achten, dass die sexuelle Integrität der KameradInnen gewahrt wird.

Es wird jedoch Diskretion verlangt. Überzogene Thematisierung sexueller Erfahrungen und Partnerschaften, provozierendes Verhalten sowie das „Ausleben“ von Sexualität jeglicher Orientierung sind innerhalb der militärischen Liegenschaft zu unterlassen. Auch außer Dienst und außerhalb dienstlicher Unterkünfte und Anlagen hat sich der Soldat so zu verhalten, dass er das Ansehen der Bundeswehr nicht ernstlich beeinträchtigt.

Sofern sich daraus keine Störung des Dienstbetriebes ergibt, unterliegt Sexualität nicht der Bewertung durch den Vorgesetzten, der selbst ein beispielhaftes Verhalten zeigen soll. Sensibilität gegenüber der eigenen Sexualität und Toleranz gegenüber der Sexualität anderer werden als wesentliche Voraussetzungen hervorgehoben, glaubwürdig ein den Bedingungen des militärischen Dienstes angemessenes Verhalten von anderen zu fordern.

Der Vorgesetzte soll sensibel für sexuell motivierte Spannungen und Störungen des Zusammenlebens im unterstellten Bereich sein und zu Toleranz gegenüber einer anderen geschlechtlichen Orientierung erziehen.

Jedes Verhalten, das den Zusammenhalt und die Regeln der Kameradschaft verletzt, soll bereits im Ansatz unterbunden werden.

Sexuelles Fehlverhalten von Soldaten kann allerdings neben strafrechtlichen Konsequenzen auch einen Verstoß gegen die im Soldatengesetz (SG) geregelte soldatische Pflichten beinhalten: Pflicht zur Kameradschaft (§12 SG), Pflicht zum achtungs- und vertrauenswürdigem Verhalten (§17 SG), Pflicht der Vorgesetzten zum beispielhaften Verhalten (§10 SG). Jeder Verdacht des Verstoßes gegen die sexuelle

Selbstbestimmung ist als ein „Besonderes Vorkommnis“<sup>1</sup> zu melden.

Im Erlass „Sexuelles Verhalten von und zwischen Soldaten“ von 2002 galt noch ein generelles Verbot sexueller Betätigung innerhalb von Liegenschaften der Bundeswehr und ein Verbot von sexuellen Beziehungen zwischen Soldatinnen und Soldaten unterschiedlicher Dienstgradgruppen. 2004 erfolgte dann aber im Erlass „Umgang mit Sexualität in der Bundeswehr“ die Tolerierung sexueller Betätigungen in militärischen Liegenschaften (außerhalb der Dienstzeit), wenn der Dienstbetrieb oder das Kameradschaftsgefüge nicht beeinträchtigt werden. Dies gilt mittlerweile auch für Auslandseinsätze.

Der Wehrbeauftragte des Deutschen Bundestages erwähnt in seinem Jahresbericht 2002, dass es Soldatinnen waren, die diesen Erlass von 2002 kritisiert hatten: „Nach ihrer Meinung verstärken die darin überwiegend an ihre männlichen Kameraden gerichteten Verhaltensvorschriften die Distanz zwischen männlichen und weiblichen Kameraden. Sie lösen Berührungssängste aus und schaden der Kameradschaft.“

## Umgang mit sexuellen Deviationen

### Störungen der Geschlechtsidentität

Wenn ein Soldat sich wegen einer Geschlechtsidentitätsstörung an den Truppenarzt wendet, erfolgt zunächst eine fachärztliche Untersuchung, unter anderem unter dem Gesichtspunkt, ob der Soldat seinen Dienst fortsetzen will oder kann. Handelt es sich um einen Berufssoldaten so können unter bestimmten Umständen (nach Einzelfallprüfung) die notwendigen Kosten für die medizinische Behandlung übernommen werden. Das Verfahren der Änderung des Vornamens und der Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit richtet sich nach dem Transsexuellengesetz (TSG). Es gibt in der Bundeswehr auch transsexuelle Soldaten, die ihren Dienst in ihrer neuen Geschlechtsrolle fortsetzen. Zahlenmäßig spielen die Fälle von Soldaten mit Transsexualität, wie auch mit Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen keine nennenswerte Rolle.

<sup>1</sup> Besonderes Vorkommnisse (BV) sind Ereignisse, die für die Einsatzfähigkeit und Einsatzbereitschaft der Truppe oder wegen seiner Wirkung in der Truppe oder in der Öffentlichkeit von besonderer Bedeutung sind. Meldungen und Berichte über BV sind eine wesentliche Entscheidungsgrundlage für das Bundesministerium der Verteidigung und die nachgeordneten Führungsebenen. Meldepflichtige BV sind in der Vorschrift „Besondere Vorkommnisse“ festgelegt.

### Störungen der Sexualpräferenz

Selten werden in der truppenärztlichen oder psychiatrischen Sprechstunde Patienten mit Fetischismus, fetischistischem Transvestitismus, Exhibitionismus, Voyeurismus, Pädophilie, Sadomasochismus oder anderen Störungen der Sexualpräferenz, wie Frotteurismus, Nekrophilie oder Sodomie vorstellig. Meist liegt bei den vereinzelt Fällen delinquentes Verhalten vor.

### Exhibitionismus

Dazu äußern sich die „Sexualerlasse“ dezidiert: Die öffentliche geschlechtsbezogene Zurschaustellung (insbesondere durch Druck-, Film-, Tonerzeugnisse, Internet etc.) führt regelmäßig nur dann zu einer disziplinarrechtlich erheblichen Beeinträchtigung des Ansehens einer Soldatin oder eines Soldaten, wenn die Darstellung die Grenze zur Obszönität, Pornographie, Menschen- oder Geschlechterverachtung überschreitet. Dies gilt besonders dann, wenn die Darstellung Streitkräfteattribute (Ausrüstung, Uniform) einbezieht und dadurch die Bundeswehr diskreditiert oder wenn Vorgesetzte in Ausbildungs- oder Führungsfunktionen sich bildlich prostituieren und dadurch ein Autoritätsverlust bei ihren Untergebenen abzusehen ist.

### Kinderpornographie

Vorfälle in Zusammenhang mit Kinderpornographie sind immer ein „Besonderes Vorkommnis“ (vgl. Fn. 1) und werden dementsprechend immer zur Meldung gebracht. Dazu gehören z.B. auch der Vorwurf des Besitzes und der Verbreitung kinderpornographischer Bildmaterials und das Herunterladen von Bilddateien aus dem Internet. Als strafbares Verhalten beinhalten solche Delikte auch immer ein schwerwiegendes Dienstvergehen, das in einem Disziplinarverfahren, z.B. vor einem Truppendienstgericht gesondert geahndet wird (vgl. Tab. 2)

## Frauen in der Bundeswehr

Seit über 30 Jahre leisten auch Frauen in der Bundeswehr ihren Dienst. Es begann 1975 mit der Öffnung der Offizierlaufbahn im Sanitätsdienst für Frauen, d.h. bereits ausgebildete Ärztinnen, Zahn- und Tierärztinnen und Apothekerinnen konnten als Solda-

tinnen eingestellt werden. 1989 folgte dann auch die Öffnung der Laufbahn der Sanitätsoffizier-Anwärter für Frauen und somit konnten sich nun Abiturientinnen auf Studienplätze bei der Bundeswehr bewerben. 1991 wurden dann alle Bereiche des Sanitätsdienstes und des Militärmusikdienstes (auch Laufbahngruppen Mannschaften und Unteroffiziere) für den freiwilligen Dienst von Frauen zugänglich und 1992 öffneten sich die Sportkompanien der Bundeswehr für Spitzensportlerinnen (mit gleichzeitiger militärfachlicher Ausbildung für Tätigkeiten im Sanitätsdienst).

Am 11. Januar 2000 entschied nach Klage einer abgelehnten Bewerberin der Europäische Gerichtshof per Urteil, dass Frauen Männern in Streitkräften gleichgestellt werden müssen und so fasste das Bundeskabinett am 7. Juni 2000 den Beschluss, dass Frauen in den Streitkräften alle Laufbahnen und Verwendungen ohne Einschränkungen offen stehen. Ab Mitte 2000 wurden erste Eignungstests für Bewerberinnen für den Dienst in den Streitkräften außerhalb des Sanitäts- und Militärmusikdienstes durchgeführt und am 2. Januar 2001 erfolgten die ersten Einstellungen von Soldatinnen für die Laufbahn Unteroffiziere und Mannschaften. Am 2. Juli 2001 folgten dann schließlich auch die ersten Einstellungen für weibliche Offizier-Anwärter außerhalb des Sanitäts- und Militärmusikdienstes.

Mit Stand Mai 2005 dienten in der Bundeswehr circa 16.830 Soldatinnen, das entsprach rund 5,4 Prozent aller Berufs- und Zeitsoldaten. Darunter befanden sich gut 1.300 Offiziere und etwa 5.100 Unteroffiziere. In der Ausbildung zum Offizier, Feldwebel oder Unteroffizier befanden sich circa 2.300 Soldatinnen (vgl. Tab. 1).

Seit 2001 können Frauen also uneingeschränkt, das bedeutet in sämtlichen Verwendungen, ihren Dienst bei der Bundeswehr versehen. Angestrebt werden soll in den nächsten Jahren ein Frauenanteil von 50 % in der Sanitätstruppe und von 15 % im übrigen militärischen Bereich.

Es gibt in der gesamten Truppe mittlerweile Ansprechstellen für spezifische Probleme weiblicher Soldaten und ein Gleichstellungsdurchsetzungsgesetz für Soldatinnen und Soldaten.

Das Zusammenleben zwischen Männern und Frauen auf engstem Raum bringt im militärischen Bereich Probleme mit sich. Aus diesem Grunde werden Verstöße gegen das freie Selbstbestimmungsrecht streng geahndet.

Sexuelle Belästigungen wie zum Beispiel obszöne Äußerungen, distanzloses, aufdringliches Verhalten oder unsittliche Berührungen stellen ein Dienstvergehen dar und werden disziplinarisch geahndet.

In den Jahresberichten des Wehrbeauftragten des Deutschen Bundestages<sup>2</sup> aus den Jahren 2001–2004 wird die Anzahl der gemeldeten Vorkommnisse aufgeführt (vgl. Tab. 2). Derartige Vorfälle sind Einzelfälle, so heißt es in der zusammenfassenden Bewertung des Wehrbeauftragten, frauenfeindliche Übergriffe seien nicht die Regel. Zum Vergleich wird von der US-Army über ca. 90 Gerichtsverfahren pro Jahr wegen sexueller Gewalt berichtet.

<sup>2</sup> Das Amt des Wehrbeauftragten des Deutschen Bundestages wurde 1959 als Petitionsinstanz geschaffen. Gemäß Artikel 45b des Grundgesetzes ist er ein Hilfsorgan des Bundestages bei der Ausübung der parlamentarischen Kontrolle der Bundeswehr. Er legt u.a. dem Bundestag jährlich einen Bericht vor. Näheres regelt das Wehrbeauftragtengesetz

**Tab. 2** Anzahl der gemeldeten Vorkommnisse (2001–2004)

	Verstöße gegen die sexuelle Selbstbestimmung	Kinderpornographie
2001	9	
2002	75	18
2003	83	24
2004	11	30

**Tab. 1** Die Verteilung von Soldatinnen auf die Teilstreitkräfte/Organisationsbereiche im Jahr 2005

Heer	Luftwaffe	Marine	Sanitätsdienst
7.300 Frauen	circa 2.360 Frauen	circa 1.570 Frauen	circa 5.600 Frauen
970 Offiziere	350 Offiziere	210 Offiziere	
3.750 Unteroffiziere	1.270 Unteroffiziere	770 Unteroffiziere	
1.120 Mannschaften	240 Mannschaften	170 Mannschaften	
1.470 Anwartschaften*	480 Anwartschaften*	420 Anwartschaften*	

\* auf Offizier-, Feldwebel- oder Unteroffizierlaufbahn

## Sexualität im Auslandseinsatz

Prinzipiell gelten für die Auslandseinsätze natürlich die gleichen Regeln wie für den Dienst in Deutschland, allerdings sind die Lebensumstände naturgemäß anders. Die Privatsphäre ist in den Lagern, in denen die SoldatInnen monatelang auf engstem Raum zusammen leben, auf ein Minimum reduziert. Es existieren kaum Rückzugsmöglichkeiten und durch das eng verzahnte Miteinander bleiben auch Gewohnheiten, Freundschaften und Partnerschaften nicht verborgen.

Sexualität ist allerdings kein Thema der offiziellen Truppenbetreuung. „Truppenbordelle“ widersprechen den gesellschaftlichen Werten und Normen sowie den Lebensregeln und dem Recht im Einsatzland.

Sexuellen Kontakte zu Einheimischen im Einsatzland werden nicht toleriert. Sowohl der Kontakt zu Prostituierten, wie auch Beziehungen zu Einheimischen sind untersagt und können ein beträchtliches Sicherheitsrisiko darstellen. Die speziellen kulturellen Gegebenheiten können zu weiteren Problemen führen.

Für den Umgang mit Sexualität im Lager (der militärischen Liegenschaft) gilt Gleiches wie in Deutschland. Sexuelle Kontakte sind nur erlaubt, so lautet die offizielle Formulierung, wenn sie den Dienstbetrieb nicht stören, der kameradschaftliche Zusammenhalt nicht beeinträchtigt wird und es auch in sonstiger Weise zu keiner nachhaltigen Störung der dienstlichen Ordnung kommt.

An die Selbstdisziplin und die Pflicht zur gegenseitigen Achtung sowie Toleranz und Rücksichtnahme werden aber besonders hohe Anforderungen gestellt.

## Schutz bestehender Partnerschaften

Eine Besonderheit im soldatischen Zusammenleben ist der Schutz bestehender Beziehungen. Es gibt als disziplinarrechtlich zu würdigenden Tatbestand den „Einbruch in die Kameradenehe“. Nach gefestigter Rechtsprechung verstößt die Aufnahme sexueller oder sonstiger ehewidriger Beziehungen zu der Ehefrau oder

Ehemann eines Kameraden oder einer Kameradin gegen die Kameradschaftspflicht. Die Truppengerichte sehen darin eine Pflichtverletzung von erheblichem disziplinarrechtlichem Gewicht.

## Schlussbemerkung

Im Laufe des fünfzigjährigen Bestehens der Bundeswehr hat sich ein drastischer Wandel in der offiziellen Einstellung zu Problemen in Umgang mit Sexualität ergeben. Die in den Sexualerlassen des Bundesministerium der Verteidigung festgehaltenen Regeln für den Umgang miteinander sind geprägt von einer zeitgemäßen, liberalen und toleranten Einstellung, die die Würde des Einzelnen schützt. Sie könnte meines Erachtens auch für andere Arbeitgeber beispielgebend sein kann. Ergänzend ist zu erwähnen, dass im Rahmen der Gesundheitsaufklärung, die vom Sanitätsdienst der Bundeswehr betrieben wird, seit vielen Jahren ein spezielles AIDS-Präventionsprogramm der Bundeswehr existiert. Informationen sind auf der Homepage unter [www.aids-praevention-bundeswehr.de](http://www.aids-praevention-bundeswehr.de) zu erhalten.

## Literatur

- Fleckenstein B. Forschungspapier „Homosexualität und Wehrdienst“, Bundesministerium der Verteidigung 1993.
- Bundesministerium der Verteidigung (BMVg– GenIn–Fü S I 4), Führungshilfe für Vorgesetzte „Umgang mit Sexualität“, 20.12.2000.
- Bundesministerium der Verteidigung (BMVg–R I 5) Erlass „Sexuelles Verhalten von und zwischen Soldaten“, 25.02.2002.
- Bundesministerium der Verteidigung (BMVg–R I 5) Erlass „Umgang mit Sexualität in der Bundeswehr“, 09.07.2004.
- Jahresbericht 2002 des Wehrbeauftragten des Deutschen Bundestages
- Jahresbericht 2003 des Wehrbeauftragten des Deutschen Bundestages.
- Jahresbericht 2004 des Wehrbeauftragten des Deutschen Bundestages.

### Adresse des Autors

Dr. med. Karl-Heinz Biesold, Oberstarzt, Leitender Arzt der Abteilung Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Bundeswehrkrankenhaus Hamburg, Lesserstraße 180, 22049 Hamburg, mail: [karlheinzbiesold@bundeswehr.org](mailto:karlheinzbiesold@bundeswehr.org)



# Sexualität und Partnerschaft bei Demenzerkrankungen

Marie-Louise Bauer, Friedel M. Reischies, Klaus M. Beier

## The Impact of Dementia on Sexuality and Partnership

### Abstract

Dementia is one of the most frequent psychiatric diseases in old age. In the context of an increased life expectancy in industrial societies, dementia even gains in importance, because its incidence is mainly associated with an old age. As there are hardly any causal therapeutic options especially for the primarily degenerative dementias, most of the common therapies have a symptomatic approach.

Particularly the improvement of life quality becomes more important in the medical and psychological support of affected patients and their partners and families.

Sexuality and partnership are possible positive resources for affected patients and their partners, confronted with such a severe diagnosis as dementia. Furthermore, dementia must be considered to have a negative impact on sexuality and partnership as it is known from other chronic diseases. So far, there is a lack of research in analyzing the impact of dementia on sexuality and partnership.

Aim of the following article is to summarize the findings of previous research concerning the impact of dementia on sexuality and partnership. Moreover it is demonstrated which questions have so far been insufficiently addressed.

*Keywords:* impact of dementia, psychosocial aspects, sexuality, partnership, sexual dysfunction, inappropriate sexual behavior

### Zusammenfassung

Demenzerkrankungen zählen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen des Alters. Mit der zunehmenden Alterung in den Industriegesellschaften steigt auch die Bedeutung von Demenzerkrankungen. Da kausale Therapieoptionen insbesondere für die primär degenerativen

Demenzen nicht existieren und therapeutische Interventionen hauptsächlich symptomatisch ausgerichtet sind, gewinnt die Verbesserung der Lebensqualität von Betroffenen sowie ihrer Angehörigen in der medizinischen und psychosozialen Betreuung zunehmend an Bedeutung. Die partnerschaftliche Beziehung stellt dabei eine mögliche positive Ressource für demente Patienten und ihre Partner im Umgang mit den Belastungen einer Demenzerkrankung dar. Dabei spielt Sexualität eine wichtige Rolle.

Gleichzeitig ist davon auszugehen, dass Demenzerkrankungen, wie andere chronische Erkrankungen auch, zu Veränderungen und Problemen im Bereich der Sexualität sowie des partnerschaftlichen Verhältnisses führen können. Der Einfluss einer Demenzerkrankung auf sexuelles Erleben und Verhalten sowie die Partnerschaft von Demenzbetroffenen und ihren Partner(inne)n wurde bislang aber nur unzureichend untersucht.

In der vorliegenden Arbeit wird eine Übersicht über bisherige Forschungsergebnisse bezüglich des Einflusses einer Demenzerkrankung auf die Partnerschaft und das sexuelle Erleben und Verhalten der Betroffenen sowie ihrer Partner gegeben. Weiterhin wird auf diejenigen Bereiche hingewiesen, in denen die wissenschaftliche Datengrundlage besonders schlecht ist.

*Schlüsselwörter:* Demenzerkrankung, psychosoziale Aspekte, Sexualität, Partnerschaft, sexuelle Funktionsstörungen, sexuell enthemmtes Verhalten

## Einleitung

Demenzerkrankungen sind Hirnerkrankungen, deren Auftreten hauptsächlich an ein hohes Alter gekoppelt ist und die durch eine progrediente Störung der neuronalen Funktion und letztendlich durch den Untergang der Neurone des zentralen Nervensystems gekennzeichnet sind. Ätiologisch unterscheidet man haupt-

sächlich primär degenerative Hirnatrophien, wie z.B. M. Alzheimer, M. Pick und die Lewy-Körperchen-Demenz und sekundäre Demenzformen vaskulärer Genese, z.B. Demenz bei subkortikaler arteriosklerotischer Enzephalopathie oder Multiinfarktdemenz. Neben diesen Erkrankungen existieren insgesamt ca. 15 weitere Erkrankungen, die zu einer Demenz führen können (Gleixner 2004, Schmidtke 2006).

## Epidemiologie

Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen in der Bevölkerung nimmt mit zunehmendem Alter nicht nur linear, sondern nahezu exponentiell zu. Dies gilt vor allem für die Alzheimer Erkrankung, die mit ca. 60% den größten Teil der Demenzerkrankungen ausmacht. Die zweithäufigste Form ist die Gruppe der „vaskulären Demenzen“, sie macht ca. 10–20% der Demenzen aus. Auch bei der vaskulären Demenz ist neben der Hypertonie der wichtigste Risikofaktor das Alter (Schmidtke 2006).

Die Prävalenz von Demenzerkrankungen bei den über 65-Jährigen liegt zwischen 5 und 8%, bei den über 90-Jährigen beträgt sie über 30% (Bickel 2005). Legt man die Werte der Gesamtprävalenz des Jahres 2002 zugrunde, so kann von einem durchschnittlichen Krankenbestand von ca. einer Millionen Demenzkranker in Deutschland ausgegangen werden. Die Inzidenz der Demenzerkrankung in Deutschland beträgt ca. 190 000 Patienten pro Jahr (Weyerer 2005).

Durch Anstieg der Lebenserwartung sowie geburtenstarke Nachkriegsjahrgänge, die das Senium erreichen, zeichnet sich eine deutliche Alterung in der Gesellschaft westlicher Industrieländer ab. Dies lässt einen rasanten Anstieg der Anzahl an Demenzkranken bis 2050 auf 2,3 Millionen Demenzkranke vermuten (Bickel 2005, Schmidtke 2006).

## Krankheitsbild

Demenzerkrankungen unterschiedlicher Ätiologie gehen mit einem breiten Spektrum an Symptomen einher. Ungeachtet der Genese bestimmen komplexe Veränderungen unterschiedlicher Lokalisationen im zentralen Nervensystem das psychopathologische Spektrum dementieller Syndrome, das Gedächtnis-, Sprach-, und Handlungsstörungen umfasst.

Unter den Voraussetzungen der Kriterien des ICD-10 sind „im heutigen Demenzkonzept drei große psychopathologische Merkmalsbereiche abgrenzbar“ (Rösler 2003):

- ◆ Störung höherer kortikale Funktionen, hierzu zählen u.a.: Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Aufmerksamkeit, Sprache;
- ◆ Persönlichkeitswandel oder nicht-kognitive Störungen (emotionale Kontrolle, Motivation, Sozialverhalten) (im Englischen BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia);
- ◆ Beeinträchtigung der Alltagskompetenz und Aktivitäten des täglichen Lebens (im Englischen: Activities of Daily Life).

## Verlauf

Der unaufhaltsame Verlauf der Erkrankung ist durch den progredienten Verlust körperlicher und geistiger Funktionen gekennzeichnet und führt im fortgeschrittenen Stadium zur Pflegebedürftigkeit. Im frühen bis mittleren Stadium können sich die Betroffenen mit Unterstützung ihrer Angehörigen am gesellschaftlichen Leben und an alltäglichen Tätigkeiten beteiligen. Auch wenn ein Grossteil der Betroffenen im Laufe der Erkrankung in Pflegeheime übersiedeln, werden in Deutschland die Mehrzahl der Demenzkranken (ca. 60%) in Privathaushalten betreut und gepflegt (Weyerer 2005).

Die durchschnittliche Krankheitsdauer von Beginn der Symptome bis zum Tod wird anhand retrospektiver Schätzungen für die Alzheimer-Demenz zwischen mit 4,7 und 8,1 Jahre angegeben, für vaskuläre Demenz mit etwa einem Jahr weniger (Bickel 2003). Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass aufgrund neuer Diagnostik- und Therapieverfahren die Lebenserwartung von Beginn der Diagnosestellung an etwas höher liegt.

Da kausale Therapieoptionen bislang fehlen und diagnostische Optionen und Aufklärung über das Krankheitsbild dazu führen, dass Demenzerkrankungen zunehmend im frühen Stadium diagnostiziert werden, gewinnt die Verbesserung von Lebensqualität in der Betreuung der Betroffenen und ihrer Angehörigen zunehmend an Bedeutung (Cotrell et al. 2005).

## Therapieoptionen

Die Therapieoptionen bei Demenzerkrankungen sind beschränkt und symptomatisch ausgerichtet, kausale Therapieansätze fehlen bislang. Dies gilt insbesondere für die Therapie der primär degenerativen Demenzen. Die Behandlung dementieller Syndrome orientiert sich im Wesentlichen an der Besserung der Hirnleistungsstörung sowie der Alltagskompetenz und der

Verminderung von Verhaltensauffälligkeiten. Dabei wird heute ein Behandlungskonzept favorisiert, das „psychoedukative, psycho- und milieutherapeutische sowie medikamentöse Therapien einschliesst“ (Müller-Spahn 2006).

In der medikamentösen Behandlung der Alzheimer Demenz gelten Acetylcholinesterase-Hemmer als Mittel der ersten Wahl. Mit ihnen können in klinischen Studien belegte temporäre Verbesserungen in den Bereichen der kognitiven Leistungen sowie der Alltagskompetenz erzielt werden. Es liegen damit Hinweise auf eine Verzögerung der Symptomprogression bei Alzheimer-Demenz vor (IQWiG 2006).

Unter den nicht-medikamentösen Therapieoptionen gewinnen zunehmend auch psychosoziale Interventionen an Bedeutung, wenn es darum geht, Lebensqualität der Betroffenen und der Angehörigen zu verbessern. Insgesamt geht es dabei darum, eine Überlastung der pflegenden Angehörigen zu verhindern oder aber zu mildern. Psychoedukative Gruppen für Angehörige können einen bedeutenden Beitrag dazu leisten, die Pflegemotivation der Angehörigen zu erhöhen und die von Pflegepersonen als besonders belastend empfundenen Verhaltensauffälligkeiten der Erkrankten positiv zu beeinflussen.

Familiäre Interventionen und präventive Behandlung der Pflegepersonen können ebenso dazu beitragen, den kostspieligen und häufig nicht gewünschten Heimaufenthalt hinaus zu zögern (Mittelman et al. 1993, Beck 1998).

## Psychosoziale Aspekte

Die Progredienz der Demenzerkrankung erstreckt sich mit zunehmendem Schweregrad über fast alle Bereiche menschlichen Daseins, beginnend mit dem kognitiven Verlust, dem Verlust von Selbständigkeit im Alltag bis hin zum Verlust der verbalen Kommunikation. Jedoch zeigte sich, dass selbst demente Personen im schwersten Stadium noch emotional erleben. Nach Hirsch (1994) zeigen Demenzbetroffene unabhängig von ihren Defiziten während des gesamten Krankheitsverlaufes eine hohe Bereitschaft, auf Außenreize zu reagieren. Auch wenn die Kommunikation auf verbaler Ebene für Demenzkranke sehr eingeschränkt ist und der Austausch mit dem sozialen Umfeld oft missverständlich und nur einfühlbar ist, kann man davon ausgehen, dass die emotionale Kontaktfähigkeit dementer Personen bis zum Lebensende erhalten bleibt (Hirsch 1994).

Vertraute Umgebung, geregelte Tagesabläufe und konstante Bezugspersonen gehören zu den Faktoren,

die sich positiv auf Stimmung und emotionales Wohlbefinden Demenzkranker auswirken.

In einem systematischen Review von insgesamt 19 Studien zeigte sich, dass verschiedene psychosoziale Interventionen bei Dementen nicht-kognitive Symptome wie Depression, Aggression und Apathie deutlich vermindern (Verkaik 2006).

Ergebnisse einer Studie von Jablonski et al. (2005) zeigten, dass eine Einbeziehung des familiären Umfeldes in die Betreuung von dementen Patient(inn)en sich insgesamt positiv auf den gesundheitlichen Zustand der Patient(inn)en auswirkt. Im Vergleich mit einer Kontrollgruppe ohne Einbeziehung der Familie zeigte sich bei der experimentellen Gruppe, dass die Demenzsymptomatik langsamer fortschritt (Jablonski et al. 2005).

Auch zeigt sich, dass soziale Isolation und fehlende soziale Unterstützung Outcome und Lebenserwartung dementer Patient(inn)en negativ beeinflussen (Orrell et al. 2000). Förstl erwähnt in seinen Therapieleitlinien, dass soziale Integration und Vermittlung von Anerkennung und Bestätigung durch Angehörige dazu beitragen, das Auftreten depressiver Symptomatik im Rahmen der Erkrankungen zu vermindern (Förstl 2001).

Obwohl ein Grossteil der häuslichen Pflege von nahen Familienangehörigen, darunter oft Ehepartnern übernommen wird, wurde bisher den Aspekten Partnerschaft und Sexualität dementer Personen und ihrer Partner(innen) wenig Beachtung geschenkt.

## Demnzerkrankungen und Partnerschaft

Erkrankt eine Person an Demenz, so wird die in der Regel seit langer Zeit bestehende Partnerschaft bzw. Ehe vor eine große Herausforderung gestellt und geht letztendlich mit Fortschreiten der Erkrankung schleichend zugrunde. Der progrediente Verlust individueller Persönlichkeitsmerkmale, der mit den degenerativen Prozessen einhergeht, greift in den frühen Phasen der Erkrankung unmittelbar die Grundlage zwischenmenschlicher Beziehungen an.

Die Erkrankung nimmt den Betroffenen die Fähigkeit, auf die emotionalen Bedürfnisse ihrer Mitmenschen inklusive ihrer Ehepartner(innen) einzugehen (Duffy 1998).

Die Demnzerkrankung löst eingespielte Rollen und Funktionen innerhalb der Partnerschaft auf. Insbesondere die Kommunikationsfähigkeit, die gemeinsame Problemlösung des Paares sowie der emotionale

Austausch werden durch eine Demenzerkrankung beeinträchtigt (Mace 1988, Heru et al. 2004).

## Stand der Forschung

Wright (1991) verglich 30 Paare, bei denen eine Person an Demenz erkrankt war, mit 17 gesunden Paaren hinsichtlich ihrer Partnerschaft. Es wurde versucht anhand des „Fragebogens zur Beurteilung einer Zweierbeziehung“ („Dyadic Adjustment Rating Scale“ DAS) die Gesamtqualität der Partnerschaft zu erfassen. Es zeigte sich, dass die betroffenen Paare signifikant geringere Werte für die Gesamtqualität ihrer Partnerschaft und gemeinschaftliche Aspekte der Beziehung erzielten als die gesunden Paare. Es zeigte sich eine große Inkongruenz in der Wahrnehmung von Spannungen und ihrer Ausfaltung von sexuellen Belangen. Die pflegenden Partner(innen) neigten zu Anpassung und Kontrolle als Bewältigungsmechanismen, die Betroffenen tendierten dazu, Probleme zu leugnen und hatten verzerrte Wahrnehmungen von ihren Interaktionen (Wright 1991).

Gallagher-Thomson (2001) verglich ebenfalls betroffene Paare mit gesunden Paaren hinsichtlich ihrer Partnerschaft. In Bezug auf kommunikative Muster innerhalb der Beziehung zeigte sich, dass sich gesunde Paare insgesamt interaktiver verhielten und sich gegenseitig mehr unterstützen als betroffene Paare (Gallagher-Thompson et al. 2001).

De Vugt et al. (2003) untersuchten 53 Ehepaare auf die Qualität ihrer Partnerschaft in Verbindung mit dementiellen Symptomen. Es zeigte sich, dass eine Verschlechterung der Partnerschaft assoziiert war mit dem Auftreten der nicht-kognitiven Symptome und unabhängig vom Schweregrad des kognitiven oder funktionellen Status des Patienten auftrat. Das Auftreten passiver Verhaltensstörungen, wie Apathie oder depressive Symptome, zeigt im Gegensatz zu exzessiven Verhaltensauffälligkeiten einen negativen Einfluss auf die Beziehung und gingen mit erwartungsgemäß verminderten Interaktionen zwischen den Partnern einher (de Vugt et al. 2003, vgl. Tab. 1, 2, 3).

Sink et al. (2006) berichten über eine Assoziation verschiedener Charakteristika der pflegenden Ehepartner(innen) und der Ausprägung neuropsychiatrischer Symptome bei den erkrankten Partner(innen). Hier zeigte sich, dass insbesondere jüngeres Alter, geringere Bildung, Depressionen, stärkere Belastung und höherer Zeitaufwand der Pflege bei den pflegenden Partner(inne)n mit dem Auftreten neuropsychiatrischer Symptome bei den erkrankten Partner(inne)n assoziiert war (Sink et al. 2006).

Morris et al. (1988) versuchten, verschiedene Aspekte einer Partnerschaft mit der Beeinträchtigung der erkrankten Partner durch die Symptome Ihrer Erkrankung in Verbindung zu setzen. Bei allen Paaren zeigte sich eine Abnahme der Intimität seit Beginn der Erkrankung.

Gleichzeitig war die aktuelle Intimität innerhalb einer Ehe negativ korreliert mit dem Auftreten von körperlichen bzw. psychischen Symptomen im Rahmen der Erkrankung, d.h. eine geringere Beeinträchtigung durch die Erkrankung war verbunden mit einer größeren Intimität der Beziehung (Morris et al. 1988).

Eloniemi-Sulkava et al. (2002) untersuchten verschiedene Charakteristika der Ehe vor und seit der Demenzerkrankung in einer Befragung von 42 gesunden Ehepartner/innen. Die generelle Atmosphäre der Ehe zeigte sich nicht signifikant durch die Erkrankung beeinträchtigt. Tendenziell nahmen das wahrgenommene Glück und gleichberechtigte Verhältnisse innerhalb der Ehe seit Beginn der Erkrankung ab. Weiterhin konnte der/die erkrankte Partner(in) signifikant weniger die an ihn/sie gestellten Erwartungen als Ehepartner/in erfüllen (vgl. Tab. 4). Seit Beginn der Erkrankung hat in dieser Studie die Rollenwahrnehmung „Pflegende(r) in der Rolle eines Elternteils“ sowie „Pflegende(r) übernimmt anführende Rolle innerhalb der Beziehung“ deutlich zugenommen (Eloniemi-Sulkava et al. 2002, vgl. Tab. 4)

## Auswirkung für gesunde Ehepartner(innen)

Chronische Erkrankungen haben in der Regel nicht nur Folgen für die Betroffenen selber, sondern stellen auch eine besondere Belastung für das soziale Umfeld, insbesondere für die Personen, die im fortgeschrittenen Stadium einer Erkrankung die Pflege übernehmen, dar.

Ehepartner(innen) demenzbetonter Patienten haben aufgrund der Belastung ein vergleichsweise höheres Risiko, selbst psychisch oder physisch zu erkranken als gesunde Kontrollgruppen oder die allgemeine Bevölkerung (Kriegsman 1994). So leiden Personen, die in einer Partnerschaft eine an Demenz erkrankte Person betreuen, nicht nur häufiger an Depressionen und Stress, sondern auch an körperlichen Beschwerden, sozialer Isolation und infektiösen Erkrankungen aufgrund einer schwächeren zellulären Immunität (Kiecolt-Glaser et al. 1991, Baumgarten et al. 1992, Adler 1996, Gallagher-Thompson et al. 2001).

Es zeigt sich auch die Tendenz, dass die Qualität einer Partnerschaft in der Vergangenheit und der Gegenwart einen modulierenden Einfluss auf dieses Risiko hat.

**Tab. 1** Percentage response per answer category to items of relationship quality (n=53) (nach de Vugt et al. 2003)

Items	Answer Categories (%)					
	Current Relationship			Relationship change		
	Not at all Sorensat	Fairly	Very	Much better Better	Same	Worse Much worse
How close do you feel?	7.5	22.6	69.8	47.2	50.6	19.2
How is communication?	54.7	39.6	5.7	9.4	28.3	62.2
How similar are your views?	45.9	41.5	19.2	15.1	52.8	32.1
How well do you get along?	9.4	35.8	54.7	11.9	56.6	32.1

**Tab. 2** Patient behavioural syndrome scores, number of patients with each syndrome, and mean NPI\*\*\*\* total scores (n=53) (nach Vugt et al. 2003)

Syndromes	Syndrome score <sup>2</sup> Mean (range)	Patients with syndrome score > 0 ** N (%)	NPI total score for patients per subsyndrome Mean (range)
Hyperactivity	5.9 (0-27)	30 (56.6)	25.7 (1-66)
Mood/apathy	8.6 (0-35)	43 (81.1)	20.8 (1-66)
Psychosis	1.6 (0-21)	11 (20.8)	30.5 (5-66)

\* Computed as the sum of NPI item scores belonging to each subsyndrome  
 \*\* 6 patients (11.3%) had no symptoms.  
 \*\*\* Computed as NPI total scores for patients scoring on the subsyndrome  
 \*\*\*\* NPI: Neuropsychiatric Inventory (Instrument zur Erfassung von Hilfigkeit und Ausprägung zwölf definierter Demenz-assoziiertes Verhaltensstörungen wie Wahnvorstellungen, Angst oder Aggressionen)

**Tab. 3** Multiple regression analysis predicting relationship change (n=53) (nach de Vugt et al. 2003)

Independent variable	Unstandardized B coefficients	p-value	
F(2,47)=5.31, p=0.022			
NPI total	0.100	0.001	
MMSE <sup>2</sup>	4.93E-02	0.508	* MMSE: MiniMental State Examination (Demenz Screening Test)
IDDD	7.89E-02	0.832	
F(2,47)=4.88, p=0.022			
Mood/apathy	0.122	0.010	
Hyperactivity	9.03E-02	0.151	
Psychosis	8.63E-02	0.457	

Morris et al. (1988) bringen das Auftreten von Depressivität und Anspannung bei den Personen, die innerhalb einer Partnerschaft eine an Demenz erkrankte Person betreuen, in Zusammenhang mit niedriger partnerschaftlicher Intimität vor wie seit der Erkrankung (Morris et al. 1988).

Ähnliche Ergebnisse zeigte eine Studie von Ballard et al. (1997), in der ein prämorbid niedriges Level an ehelicher Intimität signifikant assoziiert war mit dem Auftreten von Depressionen bei den gesunden Partner(inne)n (Ballard et al. 1997). Motenko et al. (1989) fanden heraus, dass Ehefrauen, die einen

**Tab. 4** Characteristics of marriage before and after the onset of dementia as reported by spouse caregivers, by gender (n=42) (nach Eloniemi-Sulkava et al. 2002)

Characteristics (Exact Study Questions)	Before Dementia			After Dementia			p-value*
	Demented Patients (n=42)			Demented Patients (n=42)			
	Male (n=23) n (%)	Female (n=19) n (%)	All (n=42) n (%)	Male (n=23) n (%)	Female (n=19) n (%)	All (n=42) n (%)	
<b>General atmosphere<sup>a</sup></b>							
Extremely warm	3 (10)	1 (5)	4 (10)	4 (14)	0 (0)	4 (10)	
Warm	12 (42)	7 (37)	19 (46)	12 (41)	8 (52)	20 (48)	
Moderate	14 (48)	5 (26)	19 (46)	12 (41)	4 (21)	16 (38)	
No feelings	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (4)	1 (5)	2 (5)	
Hostile	0	0	0	0	0	0	.782
<b>Happiness<sup>b</sup></b>							
Perfectly happy	2 (7)	0 (0)	2 (5)	1 (4)	0 (0)	1 (2)	
Very happy	3 (10)	0 (0)	3 (7)	3 (11)	2 (11)	4 (10)	
Happy	22 (74)	13 (68)	35 (83)	17 (59)	7 (37)	24 (57)	
Somewhat unhappy	2 (7)	0 (0)	2 (5)	0 (0)	4 (21)	4 (10)	
Very unhappy	0	0	0	0	0	0	.012
<b>Relations<sup>c</sup></b>							
Equal relations	22 (74)	11 (58)	33 (78)	0 (0)	3 (16)	3 (7)	
Caregiver acting as a parent	1 (3)	0 (0)	1 (2)	10 (35)	4 (21)	14 (33)	
Afflicted spouse acting as a parent	0	0	0	0	0	0	
Caregiver as head of the relationship	2 (7)	1 (5)	3 (7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Afflicted spouse as head of the relationship	4 (14)	1 (5)	5 (12)	1 (4)	0 (0)	1 (2)	.000
<b>Patient fulfilling the expectations as a spouse<sup>d</sup></b>							
Very well	5 (17)	3 (16)	8 (19)	1 (4)	1 (5)	2 (5)	
Well	14 (48)	8 (42)	22 (52)	11 (39)	4 (21)	15 (36)	
Moderately	10 (33)	2 (11)	12 (29)	15 (52)	7 (37)	22 (52)	
Poorly	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (7)	1 (5)	3 (7)	
Very poorly	0	0	0	0	0	0	< .001
<b>Patient expressing disturbing jealousy<sup>e</sup></b>							
yes	3 (10)	2 (11)	5 (12)	20 (69)	9 (47)	29 (68)	
no	26 (86)	11 (58)	37 (88)	9 (31)	4 (21)	13 (31)	.021
<b>Patient expressing sexual needs<sup>f</sup></b>							
yes	20 (67)	11 (58)	31 (74)	5 (17)	2 (11)	7 (17)	
no	1 (3)	2 (11)	3 (7)	24 (83)	11 (58)	35 (83)	< .001
<b>Importance of sexual relationship in the patient's life<sup>g</sup></b>							
Very important	7 (24)	2 (11)	9 (21)	5 (17)	0 (0)	5 (12)	
Important	10 (33)	10 (53)	20 (48)	9 (31)	5 (26)	14 (33)	
Neutral	2 (7)	0 (0)	2 (5)	12 (41)	7 (37)	19 (45)	
Not important	1 (3)	1 (5)	2 (5)	3 (11)	1 (5)	4 (10)	
Not important at all							< .001

<sup>a</sup>What was the general atmosphere in your marriage? <sup>b</sup>Which option describes best the degree of happiness in your marriage? <sup>c</sup>What was mainly your relation in marriage? <sup>d</sup>How well did your spouse fulfill your expectations as a spouse? <sup>e</sup>Did your spouse express disturbing jealousy? <sup>f</sup>How important was the sexual relationship in your spouse's life?

\* Differences between the time before and after dementia, all respondents together

dementen Partner pflegen und die seit Beginn der Erkrankung ein Gefühl von Nähe in der Ehe aufrecht erhalten konnten, die Pflegesituation und ihr Leben als erfüllter wahrnehmen, als die, die seit der Erkrankung von einem Rückgang der Nähe zu ihrem Partner berichteten (Motenko 1989).

Bei Knop et al. (1998) fand sich eine negative Korrelation zwischen der Qualität der Ehebeziehung vor wie seit der Erkrankung und den Depressionsscores der gesunden Partner(innen), wie inzwischen eine große Zahl von Studien belegt hat (Knop et al. 1998, vgl. Tab. 5 und Abb. 1).

Diese Ergebnisse lassen vermuten, dass gerade für die gesunden, pflegenden Ehepartner(innen) die Beziehungsebene eine wichtige Ebene bleibt, auf der möglicherweise das Belastungsempfinden moduliert werden kann und die einen positiven Effekt auf die Verarbeitung der durch die Pflegesituation entstehenden Belastungen ausüben kann.

## Demenzkrankungen und Sexualität

### Sexuelles Erleben und Verhalten im Alter

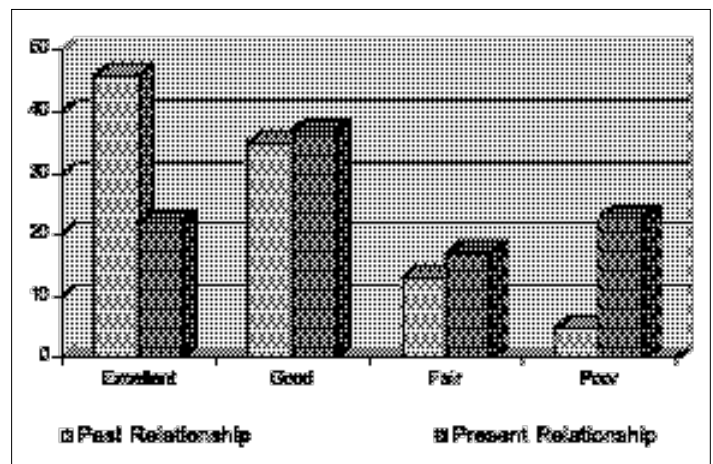
Die körperlichen Grundlagen menschlicher Sexualität unterliegen wie viele andere Körperfunktionen degenerativen Prozessen, die mit Veränderungen in der Physiologie sexueller Funktionen einhergehen (Masters 1967, Kaplan 1990). Sexualität besteht nicht allein aus körperlich-physiologischen Reaktionen, sondern ist als ein vielschichtiger Prozess zu sehen, der sich aus der Interaktion biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren ergibt. Daher können zuverlässige Schlüsse auf sexuelles Erleben und Verhalten, nicht allein auf der Basis altersbedingter hormoneller, anatomischer und neuronaler Veränderungen erfolgen (Bucher 2006).

Verschiedene repräsentative Studien zeigen, dass die sexuelle Aktivität von Männern und Frauen verschiedener Altersklassen mit dem Alter abnimmt (Brahler et al. 1994, Bucher 2006). Insgesamt ergibt sich aus den Studien jedoch ein beeindruckender Konsens: Unter der Voraussetzung von körperlicher Gesundheit bleiben der Grossteil (im Durchschnitt 70%) der untersuchten Paare über 70 bis zum Ende ihres Lebens regelmäßig sexuell aktiv (Kinsey 1948, 1953, Masters 1967, 1970, Starr 1981, Bretschneider et al. 1988, Kaplan 1990, Bucher 2006). Als einer der bedeutendsten Einflussfaktoren auf sexuelle Aktivität im höheren Lebensalter zeigt sich hierbei das Vorhanden-

**Tab. 5** Spearman Rho Correlations between Perception of the Quality of Marital Relationship (past and present), Coping Skills (emotive and confrontive) and Depression (n=58)\* (nach Knop et al. 1998)

	Past Marital Relationship	Present Marital Relationship
Present Marital Relationship	.28 p=.001	
Emotive Coping Skills	-.23 p=.04	-.37 p=.08
Confrontive Coping Skills	.25 p=.02	.32 p=.01
Depression	-.23 p=.04	-.29 p=.02

\*Due to incomplete data, not all of the 63 questionnaires were eligible for data analysis



**Abb. 1** Caregiver Perceptions: Quality of the Marital Relationship (nach Knop et al. 1998)

sein eines Partners, nicht jedoch das Alter per se (Brahler et al. 1994, Bucher 2006). Weitere Einflussfaktoren sind die körperliche und psychische Gesundheit der Partner, Vorhandensein von Privatsphäre sowie frühere sexuelle Erfahrungen und Einstellungen zur Sexualität (Bretschneider et al. 1988, Brahler et al. 1994, Black et al. 2005).

Während für jüngere Altersgruppen oft der Geschlechtsverkehr die größte Bedeutung für das Erleben von Sexualität hat, nehmen bei älteren Altersgruppen der Austausch von Zärtlichkeit und Zufriedenheit in der Beziehung eine zentrale Rolle in ihrem sexuellen Erleben ein (Schneider 1980, Reedy 1981, Bucher 2006).

Betrachtet man diese Ergebnisse unter dem Aspekt der verschiedenen Dimensionen von Sexua-

lität, so gehen sie einher mit der Annahme, dass im Alter aufgrund der natürlichen Gegebenheiten sowohl die reproduktive als auch die lustgewinnende Dimension von Sexualität an Bedeutung verliert, die beziehungsorientierte Dimension von Sexualität hingegen eine zentrale Rolle einnimmt (Beier 2005).

## Sexuelles Erleben und Verhalten bei Demenzerkrankungen

Das Bedürfnis nach Nähe und Geborgenheit besteht ein Leben lang (Mace 1988), Sexualität und Intimität sind wichtige Ebenen, auf denen dieses Bedürfnis erfüllt werden kann (Beier & Loewit 2004). So ist davon auszugehen, dass auch demente Personen und ihre Partner(innen) sexuelle Wünsche und Bedürfnisse haben.

Durch die Erkrankung wird die Repräsentation biologischer, psychologischer sowie sozialer Aspekte im ZNS mit der Zeit in Mitleidenschaft gezogen, so dass auch die Sexualität auf verschiedenen Ebenen beeinträchtigt werden kann.

Neben den Problemen, die im Rahmen einer Demenzerkrankung in der sexuellen Beziehung auftauchen können, kann die Aufrechterhaltung einer sexuellen Beziehung wesentlich dazu beitragen, einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität beider Partner zu nehmen. Betrachtet man die vielfachen Verluste und schwierigen Herausforderungen, die eine Demenzerkrankung für eine Partnerschaft bedeutet, so kann intimer sexueller Kontakt es den Partnern ermöglichen, den anderen als Menschen zu erleben und somit eine positive Ressource für beide Partner darstellen (Davies et al. 1992).

Wojnar (1998) sieht im Hinblick auf die zunehmenden Defizite eines Demenzkranken Liebe, Sexualität und Zärtlichkeit als eine mögliche Ressource beider Partner, krankheitsbedingte Defizite zu kompensieren. Die starke Beeinträchtigung von Wahrnehmung und Denkabläufen der Betroffenen führt zu einem zunehmenden Verlust von Sicherheit und Zugehörigkeitsgefühl.

In diesem Zustand kann eine Partnerschaft und damit verbundene körperliche Nähe und Anwesenheit einer vertrauten Person Stabilität, Geborgenheit und Angstfreiheit hervorrufen. Wojnar betrachtet Körperkontakt und Intimität als die „wichtigsten Signale, die dem Kranken das Gefühl der Zugehörigkeit und Liebe vermitteln.“

Auch wenn der Betroffene die vertraute Person nicht mehr beim Namen nennen kann, so ist ein(e) langjährige Partner(in) doch die Person, die am ehesten und wenn auch nur für Momente, der/dem Be-

troffenen in seiner Verlorenheit Sicherheit und Liebe spenden kann (Wojnar 1998).

Umso wichtiger ist es, die Einflüsse einer Demenzerkrankung auf die Sexualität genauer zu untersuchen und den betroffenen Paaren die Möglichkeit der professionellen Beratung in diesem Bereich zu geben.

## Stand der Forschung zum sexuellen Erleben und Verhalten bei Demenz

Klinische Erfahrungen und verschiedene Studien haben gezeigt, dass viele Partner(innen) von Demenzkranken über sexuelle Verhaltensänderungen ihrer Partner(innen) im Rahmen der Erkrankung berichten. Auch in Selbsthilfegruppen für Angehörige von Demenzpatienten werden Fragen und Bedenken zur Sexualität häufig geäußert (Davies et al. 1992). Der Einfluss chronischer Erkrankungen auf die Sexualität und auch die Partnerschaft wurde bereits bei verschiedenen chronischen Erkrankungen untersucht (Beier et al. 2000, Goecker et al. 2006). Gerade für die Demenzerkrankung besteht jedoch nach wie vor ein großes Defizit. Dies ist sicherlich begründet in der doppelten Tabuisierung des Themas: Sowohl in der breiten Öffentlichkeit als auch bei medizinischem Personal ist die Vorstellung, dass mit dem Eintritt ins Alter oder beim Auftreten chronischer körperlicher oder geistiger Erkrankungen das Bedürfnis nach Sexualität erlischt, weit verbreitet. (McCartney et al. 1987, Ehrenfeld et al. 1997, McCartney et al. 1997, Davies 1998, Mayers 1998).

So sind meist auch für die betroffenen Paare sexuelle Belange ein Tabu. Das hält viele davon ab, gegenüber medizinischem oder psychologischem Personal über Probleme im sexuellen Bereich zu sprechen und professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen (Litz et al. 1990). In einer Studie von Duffy (1998) zeigte sich, dass 79% der befragten Ehepartner(innen) von Demenzkranken Veränderungen in der sexuellen Beziehung seit Beginn der Erkrankung ihres Partners erleben (Duffy 1998). Obwohl alle Befragten in regelmäßigem Kontakt mit medizinischem Personal im Rahmen der Demenzerkrankung waren, wurde niemand auf sexuelle Probleme angesprochen oder über mögliche Auswirkungen der Demenzerkrankung auf Sexualität und Partnerschaft aufgeklärt.

Auffällig ist, dass ein Grossteil der Studien, die sich mit der Auswirkung von dementiellen Erkrankungen auf Sexualität beschäftigen, insbesondere sexuelle Enthemmung, bzw. unangemessenes sexuelles Verhalten untersuchen. Im Folgenden werden Studien verschiedener Schwerpunktkategorien aufgeführt:



- ◆ Demenzerkrankung und generelle Veränderungen im sexuellen Erleben und Verhalten der Betroffenen
- ◆ Demenz und sexuelle Funktionsstörungen
- ◆ Demenz und „sexuell enthemmtes Verhalten“
- ◆ Einfluss der Demenzerkrankung auf sexuelles Erleben und Verhalten der gesunden Partner

### Demenzkrankung und generelle Veränderungen im sexuellen Erleben und Verhalten der Betroffenen

Wright (1991, 1998) verglich in einer kleinen Stichprobe 30 betroffene Ehepaare mit 17 gesunden Paaren hinsichtlich ihrer sexuellen Aktivität. Nur 27% der betroffenen Paare versus 82% der gesunden Paare waren zum Zeitpunkt der Befragung überhaupt sexuell aktiv. Unter den erkrankten Männern zeigten 14% (n=4) eine hohe sexuelle Aktivität (50% der sexuell aktiven Männer). Die meisten der weiblichen pflegenden Ehepartnerinnen (75%) berichteten von Problemen mit der hohen sexuellen Aktivität ihrer Ehemänner. Sie fühlten sich ausgenutzt und fanden es schwierig, sich daran zu gewöhnen und die Situation zu kontrollieren (Wright 1991, 1998).

Bei einer Folgeuntersuchung der Patient(inn)en und ihrer Partner(innen) zwei Jahre später, waren unter den untersuchten betroffenen Paaren nur noch 19% sexuell aktiv, von den gesunden Paaren 62,5%. Wright vergleicht weiterhin das Outcome der Personen, die zum ersten Zeitpunkt sexuell aktiv waren mit dem Outcome der Personen, die zum ersten Zeitpunkt nicht sexuell aktiv waren, zwei Jahre später. Hier zeigt sich, dass unter den sexuell aktiven Paaren zum zweiten Zeitpunkt (2 Jahre später) prozentual weniger der Betroffenen im Pflegeheim lebten, und prozentual mehr weiterhin zu Hause, im Vergleich mit den nicht-sexuell aktiven (Wright 1998, vgl. Tab. 6, 7, Abb. 2).

Bei Ballard et al. (1997) berichten nur 9 (22,5%) von 40 befragten Partner(inne)n, seit der Demenzerkrankung ihres Partners weiterhin sexuell aktiv und zufrieden mit der sexuellen Beziehung zu sein. Die Mehrzahl der befragten Partner(innen) (n=31, 77,5%) hatten seit Beginn der Erkrankung keine sexuelle Beziehung mehr. Davon waren 19 (61,3%) zufrieden mit der Situation, 12 (38,7%) waren es nicht. Sieben der 31 Partner(innen) hatten das Gefühl, mehr Interesse an der Fortsetzung einer sexuellen Beziehung zu haben als der/die erkrankte Partner(in). Tendenziell berichten die männlichen Partner über mehr Interesse daran, weiterhin sexuell aktiv zu sein.

Bei der Korrelation von sexueller Aktivität mit verschiedenen Aspekten der Erkrankung zeigten sich folgende Zusammenhänge: Patienten mit gut erhal-

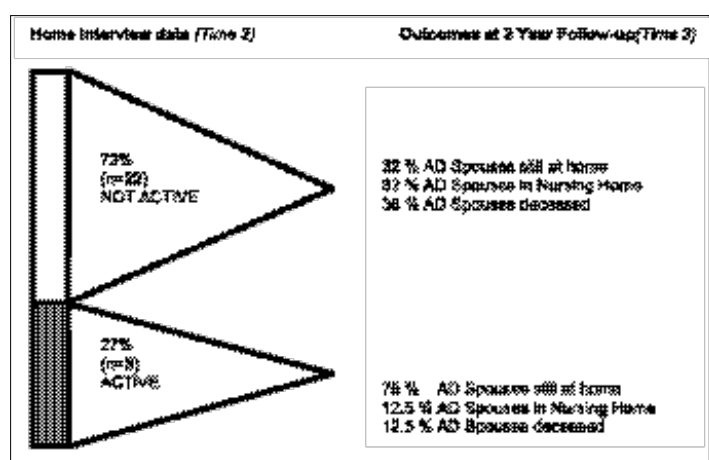
**Tab. 6** Change in Sexual Activity for Alzheimer's Dementia (AD) Group and Well Group Couples (nach Wright 1998)

Sexual Activity	AD Group (n=30)	Well Group (n=17)
<b>At Time 2</b>		
(Home Visit)		
% Active	27	82
Mean	8	3.8 (p<0.004)
Range	1-14	<1-10
<b>Intact AD Couples (n=21)</b> <b>Intact Well Couples (n=16)</b>		
<b>At Time 3</b>		
(Home Visit)		
% Active	19	62.5
Mean	3.75	5.2 (p>0.53)
Range	1-9	<1-13

**Tab. 7** Relationship between sexual intimacy and selected variables for Alzheimer's Dementia (AD) Group caregivers and well group spouses (n. Wright 1998)

	Sex per month	
	Time 2 (Home Interview)	Time 3 (Follow-up 2 years later)
	AD Group (n=30)	AD Group (n=19)*
Age	-.319	-.367
Health <sup>b</sup>	.350*	.254
Depression <sup>c</sup>	-.451**	.039
Spouse's MMSE	.236	-
	Well Group (n=17)	Well Group (n=16)
Age	-.719***	-.398
Health <sup>b</sup>	.501*	.481*
Depression <sup>c</sup>	.006	-.221

\* p<.05, \*\* p<.01, \*\*\* p<.001  
 \*n=3 caregivers did not provide information on sexual activity  
<sup>b</sup>Multiple assessment inventory (Levin et al. 1980)  
<sup>c</sup>Short Zung Index (Fuderat et al. 1987)



**Abb. 2** Sexual activity and longitudinal outcomes for Alzheimer's group (nach Wright 1998)

tenem kognitiven Funktionen waren signifikant interessierter an der Aufrechterhaltung einer sexuellen Beziehung. Ein Trend in die gleiche Richtung zeigte sich für Patient(inne)n mit insgesamt besserer kognitiver Funktion. Bei Patient(inne)n mit starken visuellen Halluzinationen hingegen zeigte sich eher die Tendenz, nicht mehr sexuell aktiv zu sein oder sein zu wollen. Bei den Paaren, die angaben, keine Beziehung auf sexueller Ebene zu haben, war eine Unzufriedenheit signifikant mit der Diagnose einer vaskulären Demenz assoziiert (Ballard et al. 1997).

Derouesne et al. (1996) befragten 135 Ehepartner(innen) von Demenzpatienten zur sexuellen Aktivität in der Beziehung sowie sexuellen Verhaltensänderungen der Betroffenen. 70% der befragten Ehepartner(inne)n berichteten über eine Gleichgültigkeit ihrer erkrankten Partner(innen) gegenüber sexuellen Aktivitäten. 50% gaben nicht näher bezeichnete Veränderungen im sexuellen Verhalten ihrer Partner(innen) seit Beginn der Erkrankung an.

Gleichzeitig wurden die klinischen Daten der erkrankten Partner ausgewertet. Dabei zeigte sich, dass Veränderungen im sexuellen Verhalten der Betroffenen mit der Schwere der Verhaltens- und Stimmungssymptomatik, nicht jedoch mit allgemeinen Charakteristika der Patienten, Schwere der Erkrankung sowie Ausmaß der kognitiven und depressiven Symptomatik korrelierten. Die fehlende Korrelation der Veränderungen im sexuellen Verhalten und der kognitiven Funktion widerspricht den Ergebnissen von Ballard et al. (1997).

In einem zweiten Studienteil wurde ein Fragebogen an die im ersten Studienteil befragten gesunden Ehepartner(innen) gesandt, der die Veränderungen im sexuellen Verhalten präzisieren sollte und die Partnerschaft in Bezug auf das frühere sexuelle und emotionale Verhältnis des Paares untersuchen sollte. Es fanden sich ebenfalls keine signifikanten Assoziationen zwischen Veränderungen im sexuellen Verhalten und Schwere der kognitiven Defizite, früheren sexuellen Übereinkommen, Alter oder Geschlecht. Während vor der Erkrankung sexuelle Aktivität für 45% der befragten Paare ein wichtiger Teil der Beziehung war, ist die sexuelle Aktivität seit Beginn der Erkrankung nur noch für 10% ein wichtiger Aspekt der Partnerschaft. 28% der Befragten beschrieben das momentane sexuelle Verhältnis als einen Faktor der Ausgeglichenheit in der Beziehung, 46% machten das sexuelle Verhältnis verantwortlich für Uneinigkeit in der Beziehung und 26% gaben an, dass das sexuelle Verhältnis keinen Einfluss auf die Beziehung habe. 55% der befragten Personen sahen sexuelle Probleme als eine Folge der Erkrankung bei den erkrankten Personen (allgemeiner Verlust von Interesse, affektive Ver-

änderungen, kognitive Defizite) oder als eine Konsequenz der Erkrankung für sie selber (verändertes Bild vom Partner durch die Erkrankung, Schwierigkeiten in der Interaktion mit den Erkrankten) (Derouesne et al. 1996, vgl. Tab. 8, 9).

Duffy (1998) befragte ausführlich 38 betroffene Paare zu Veränderungen sexueller Verhaltensmuster seit Beginn der Erkrankung eines Partners. 79% (n=30) gaben an, Veränderungen in der sexuellen Beziehung seit Beginn der Erkrankung wahrgenommen zu haben. Die häufigste Veränderung, die bemerkt wurde (92%), war eine Abnahme des sexuellen Interesses bei den dementen Personen. Einige (n=9) der Interviewten berichteten über Unfähigkeit des erkrankten Partners eine sexuelle Handlung in ihrem Ablauf so durchzuführen, dass sie angenehm für den gesunden Partner sei. Nur sehr wenige (n=3) berichteten über hypersexuelles Verhalten des erkrankten Partners (Duffy 1998).

Eloniemi-Sulkalva et al. (2002) versuchten die Veränderungen in der Sexualität eines Paares seit Beginn der Erkrankung etwas detailliert zu untersuchen. Sie befragten 41 gesunde Partner(innen) im Rahmen eines Telefoninterviews.

**Tab. 8** Sexual behavioral changes evaluated by mean +/- scores (range) for specific questions from Psychobehavioral Questionnaire and percentage of responses „never“ and „most of the time“ to these questions (nach Derouesne et al. 1996)

	Men (n=61)	Women (n=74)	Total (n=135)
<b>Rated by spouses</b>			
<b>Indifference to sexual activities</b>			
Mean Score	3.3 ± 2.5	3.2 ± 2.4	3.2 ± 2.5 (0-6)
% never	25	23	24
% most of the time	38	32	35
<b>Modifications in sexual activities</b>			
Mean score	1.7 ± 2.3	1.5 ± 2.2	1.6 ± 2.3 (0-6)
% never	54	60	57
% most of the time	16	14	15
<b>Index of sexual behavioral changes</b>			
Mean Score	5.0 ± 4.1	4.7 ± 3.8	4.8 ± 3.9 (0-12)
% never	20	21	20
% most of the time	13	10	13
<b>Indifference rated by patients</b>			
SD subscore (n=33)	2.9 ± 1.1	2.5 ± 1.5	2.7 ± 1.3 (0-4)

Hier zeigte sich, dass sexuelle Bedürfnisse seit Beginn der Erkrankung signifikant seltener von den erkrankten Partner(innen) geäußert wurden. Die Wichtigkeit von Sexualität im Leben der Betroffenen hatte aus Sicht der gesunden Partner seit Beginn der Demenz signifikant abgenommen.

Weiterhin beobachteten über die Hälfte der Ehepartner(innen) (n=25, 60%) negative sexuelle Verhaltensänderungen bei ihren Partnern seit Beginn der Erkrankung. Die meist genannte negative Verhaltensänderung war, dass die erkrankten Partner(innen) nicht mehr auf die sexuellen Gefühle und Bedürfnisse ihrer Partner(innen) eingehen konnten (n=19, 45%). Bei sieben männlichen Patienten wurde ein andauerndes Bedürfnis nach sexueller Aktivität beobachtet.

Über positive sexuelle Verhaltensänderungen berichteten 10% der befragten Ehepartner(innen). Die sexuellen Verhaltensänderungen konnten in dieser Studie in keinen Zusammenhang mit dem Geschlecht oder der Art der Demenzerkrankung gebracht werden.

Das Ausdrücken von Zärtlichkeit wurden seit Beginn der Erkrankung von den gesunden Partnern(innen) bei 14 (33%) der Betroffenen vermehrt, bei 13 (31%) der Betroffenen seltener und bei 4 (10%) der Betroffenen gar nicht mehr beobachtet. Bei 11 Patienten (26%) wurde keine Veränderung im Ausdruck von Zärtlichkeit beobachtet.

Auf die Frage nach Libidoveränderungen bei den Erkrankten seit der Demenz, wurde bei der Mehrzahl (n=34, 81%) eine Abnahme beobachtet, bei sechs Patienten (14%) zeigte sich keine Veränderung und nur bei zwei Patienten zeigte sich eine Zunahme (Eloniemi-Sulkava et al. 2002, siehe auch Tab. 1.)

Weiterhin finden sich in der Literatur eine Vielzahl von Hypothesen bezüglich der Auswirkungen einer Demenz auf die Sexualität der Betroffenen, die auf klinischen Erfahrungen mit Demenzpatienten und ihren Angehörigen begründet sind, jedoch nicht durch systematische Erhebungen verifiziert wurden.

So erwähnen Litz et al (1990), dass bei einer fortgeschrittenen Demenzerkrankung das Problem auftreten kann, dass der/die Betroffene die nötige Konzentration und Aufmerksamkeit oder aber auch körperliche Ausdauer für eine sexuelle Interaktion nicht mehr aufzubringen vermag. (Litz et al. 1990) Das häufige Zusammentreffen von Alter, Demenz und Multimorbidität sollte ebenfalls als ein Faktor beachtet werden, der die sexuelle Aktivität dementer Patienten beeinflussen kann.

Die oben aufgeführten quantitativen Studien lassen also schlussfolgern, dass im Rahmen von Demenzerkrankungen neben dem eher selten gesteigerten sexuellen Interesse häufig eine Abnahme sexuellen

**Tab. 9** Sexual behavioral changes at second examination evaluated by mean +/- SD score (range) for specific questions from Psychobehavioral Questionnaire and percentage of responses „never“ and „most of the time“ to these questions (nach Derouesne et al. 1996)

	Men (n=31)	Women (n=45)	Total (n=77)
<b>Rated by spouse</b>			
<b>Indifference to sexual activities</b>			
Mean Score	3.8 ± 3 (2.9 ± 2.5)*	2.3 ± 2.5 (2.9 ± 2.2)	3.5 ± 2.4 (2.8 ± 2.4)**
% never	13 (23)	26 (36)	21 (27)
% most of the time	40 (23)	39 (23)	35 (25)
<b>Modifications in sexual activities</b>			
Mean score	2.2 ± 2.7 (1.5 ± 2.1)	1.6 ± 2.3 (1.8 ± 2.2)	2.0 ± 2.4 (1.7 ± 2.2)
% never	52 (45)	51 (54)	51 (52)
% most of the time	28 (12)	14 (15)	19 (14)
<b>Index of sexual behavioral changes</b>			
Mean Score	6.0 ± 4.3** (4.4 ± 3.97)	5.0 ± 4.2 (4.63 ± 4.04)	5.4 ± 4.2 (4.53 ± 3.99)
% never	11 (23)	26 (22)	20 (27)
% most of the time	25 (13)	13.6 (11)	16.1 (12)
<b>Indifference rated by patients</b>			
ZD subscore (n=33)	2.9 ± 1.0 (2.9 ± 1.1)	3.3 ± 1.2 (2.5 ± 1.5)	2.9 ± 1.0 (2.7 ± 1.3)

In brackets are the results obtained at the first examination in the same patients.  
ZD: Zung Self-Rated Depression Scale  
\* Significant at 0.001  
\*\* Significant at 0.05

Interesses sowie der Libido bei den Betroffenen beobachtet wird. Hierzu muss jedoch ergänzt werden, dass in den meisten Studien sexuelles Verhalten ausschließlich auf der Ebene des Geschlechtsverkehrs untersucht wird. Dies ist insofern zu kritisieren, weil gerade in höheren Alterklassen andere Ebenen der Sexualität an Bedeutung gewinnen (s.o.), die nur in wenigen Studien (Eloniemi-Sulkava et al. 2002) in die Untersuchungen eingehen.

Alle aufgeführten Studien greifen in ihren Untersuchungen auf die Wahrnehmung der gesunden Partner bezüglich Veränderungen in der Sexualität seit Beginn der Erkrankung zurück. Nur in wenigen Studien geht dabei die Wahrnehmung sexuellen Erlebens und Verhaltens aus Sicht der Betroffenen ein. Obwohl

dies sicherlich gut begründet ist in der Annahme, dass aufgrund der kognitiven Defizite eine Datenerhebung bei den Betroffenen nur eingeschränkt möglich und bedingt zuverlässig ist, bleibt zu beachten, dass aus sexualmedizinischer Sicht für die Sexualanamnese die subjektive Wahrnehmung sexuellen Erlebens und Verhaltens beider Partner von Bedeutung ist (Beier 2005).

### Demenz und sexuelle Funktionsstörungen

Das Auftreten sexueller Funktionsstörungen im Rahmen einer Demenzerkrankung ist ursächlich noch weitestgehend unerforscht. Auch die Studienlage zum Auftreten sexueller Funktionsstörungen bei Demenz ist sehr begrenzt und bezieht sich hauptsächlich auf erektile Dysfunktionen bei demenzkranken Männern.

Zeiss et al. (1990) haben die Inzidenz von Erektionsstörungen bei männlichen Alzheimerpatienten untersucht. Es wurden sowohl die erkrankten Partner als auch die gesunden Partnerinnen befragt. Es wurden jedoch nur die Aussagen der dementen Partner ausgewertet, die weitestgehend durch die Aussagen der gesunden Partnerinnen validiert wurden. Von 55 untersuchten Alzheimer Patienten erfüllten 53% die Kriterien für eine erektile Funktionsstörung im Sinne des „Multiaxial diagnostic system for sexual dysfunctions“ (Schover et al. 1982), die seit Beginn der Erkrankung aufgetreten waren. Bei den Betroffenen wurden andere Ursachen für eine erektile Dysfunktion, wie z.B. Medikamenteneinnahme oder andere körperliche Erkrankungen weitestgehend ausgeschlossen. Im Vergleich mit Inzidenzzahlen aus Studien mit gleichaltrigen, nicht-dementen Patienten war die Inzidenz bei den Alzheimerpatienten höher. Erektile Dysfunktion bei den Alzheimer Patienten traten unabhängig vom Grad der kognitiven Beeinträchtigung, dem Alter, Grad der Depression, Medikamenteneinnahme oder anderen körperliche Problemen auf. Unklar blieben die ursächlichen Zusammenhänge (Zeiss et al. 1990).

Davies et al. 1992 beziehen sich auf die Zahlen aus o.g. Studie. Sie führen Hypothesen zu ursächlichen Zusammenhänge auf:

- ◆ Zum einen wird ein direkter Effekt durch die Schädigungen des zentralen Nervensystem im Rahmen der Demenzerkrankung vermutet. Hierdurch können Nervenbahnen, die an der Übermittlung von sexueller Erregung und Erektion eine Rolle spielen, beeinträchtigt sein.
- ◆ Weiterhin werden indirekte psychologische Effekte aufgeführt, die an der Entstehung erektiler

Funktionsstörungen im Rahmen einer Demenzerkrankung beteiligt sein können:

- Verlust von Rollen- und Selbstbewusstsein als geeigneter Ehemann oder Sexualpartner
- Verlust emotionaler Ressourcen zur Aufrechterhaltung einer sexuellen Beziehung aufgrund der Belastung der Beziehung durch die Krankheit und die erforderliche Anpassung an die Krankheit

In der klinischen Arbeit mit einer kleinen Anzahl von Alzheimerpatienten mit Erektionsstörungen und ihren Partnern zeigten sich gute Erfolge durch Sexualtherapie, die darauf schließen ließen, dass psychologische Faktoren zumindest in einigen Fällen eine wichtige Rolle spielten. (Davies et al. 1992)

Hinzuzufügen ist, dass psychologische Faktoren bei der Demenz sowohl funktioneller Natur sein können als auch die Störung der Informationsverarbeitung im Gehirn betreffen können. (Reischies 2007)

### Demenz und „sexuell unangemessenes Verhalten“

Die degenerativen Vorgänge einer Demenzerkrankung insbesondere in den kortikalen Regionen führen auf verschiedenen Ebenen zu Enthemmungen im Verhalten des/-r Patienten/-in. Davon kann auch sexuelles Verhalten betroffen sein. Über sexuell enthemmtes Verhalten bei dementen Patient(inn)en wird immer wieder berichtet, insbesondere weil diese Verhaltensauffälligkeit eine große Belastung für Pflegepersonal, Angehörige und das soziale Umfeld darstellt. So fanden Onishi et al. (2006) heraus, dass „inappropriate sexual behavior“ unter 32 untersuchten Symptomen bei dementen Patient(inn)en in Pflegeeinrichtungen dem befragten Pflegepersonal das größte Ausmaß an Stress bereitete.

Andere Studien untersuchten insbesondere die Häufigkeit des Auftretens „sexueller Enthemmung“ bei Demenzpatient(inn)en, die Behandlung dieses Symptoms sowie den Umgang mit sexuell enthemmten Verhalten im klinischen Alltag. Dabei hat sich bei der Bezeichnung dieser Symptomatik in der Literatur der Ausdruck „unangemessenes sexuelles Verhalten“ (engl.: ISB: inappropriate sexual behavior) gegenüber dem Ausdruck „sexuell enthemmtes Verhalten“ durchgesetzt.

„Sexuell unangemessenes Verhalten“ ist definiert als stark ausgeprägte sexuelle Verhaltensweisen oder andere sexuell bezogene Probleme, die sich nach Beginn einer Demenzerkrankung entwickeln und die mit normalen Lebensaktivitäten interferieren oder zu unangemessene Zeitpunkten und mit Personen, die

diesen nicht zustimmen, stattfinden (Alkhalil et al. 2003, Alkhalil et al. 2004).

Der Pathomechanismus sexuell enthemmten Verhaltens ist weitestgehend unverstanden. Veränderungen, die mit sexueller Enthemmung einhergehen, wurden in bestimmten kortikalen Regionen gefunden, die auch die Verhaltenssymptome erklären könnten (Alkhalil et al. 2004). Nach Black et al. (2005) konnte sexuell enthemmtes Verhalten bisher neurobiologisch mit vier verschiedenen Hirnregionen in Verbindung gebracht werden:

- ◆ **Frontaler Kortex:** Der frontale Kortex ist in dieser Hinsicht die am weitesten erforschte Hirnregion. Über ihn wird der Ausdruck und die Kontrolle sexuellen Verhaltens vermittelt. Insbesondere Veränderungen im Bereich des medialen präfrontalen Kortexes können mit Enthemmungen im sexuellen Verhalten in Verbindung gebracht werden, dies wurde beobachtet bei Demenzerkrankungen, Multipler Sklerose und Tumorerkrankungen (Huws et al. 1991, Potocnik 1992, Alkhalil et al. 2003, Alkhalil et al. 2004, Black et al. 2005).
- ◆ **temporolimbisches System:** Auch Temporallappen und limbisches System sind an der Vermittlung sexuellen Verhaltens beteiligt. Chronische Stimulation des limbischen Systems in Tierversuchen hatte hypersexuelles Verhalten bei den Tieren zur Folge (Persinger 1994). Beim Menschen resultiert eine bilaterale Läsion im Temporallappen im Kluver-Bucy-Syndrom, das u.a. mit erhöhter oraler Aktivität, Hypersexualität, Hypermetamorphosis, kognitiven Störungen und anderen Symptomen einhergeht (Aichner 1984).
- ◆ **Striatum:** Mit dem kortiko-striatalem System assoziierte sexuelle Verhaltensweisen können als obsessiv-kompulsiv charakterisiert werden (Black et al. 2005). Diese Veränderungen im sexuellen Verhalten werden im Rahmen von Morbus Huntington, Morbus Wilson und dem Tourette-syndrom beobachtet (Comings et al. 1982, Janati 1985, Akil et al. 1995). Gesteigertes sexuelles Verlangen wird auch bei Parkinsonpatienten unter L-Dopa-Therapie beobachtet (Brown et al. 1978, Beier et al. 2000).
- ◆ **Hypothalamus:** Läsionen im Hypothalamus können ebenfalls zu gesteigertem sexuellem Verhalten führen (Miller et al. 1986, Black et al. 2005).

Verschiedene Studien untersuchten die Häufigkeit verschiedener Persönlichkeitsveränderungen im Rahmen einer Demenz, darunter auch die Häufigkeit sexuell unangemessenen Verhaltens bei dementen Pa-

tienten. Bei diesen Studien zeigten zwischen 2 und 7% der Patienten sexuell enthemmte Verhaltensweisen. Im Vergleich mit anderen Verhaltensauffälligkeiten wurde das Auftreten sexueller Enthemmung jedoch als eher selten beurteilt (Rabins et al. 1982, Burns et al. 1990, Bozzola et al. 1992, vgl. Tab. 10).

In einer Beobachtungsstudie versuchten Zeiss et al. (1996) „sexuell unangemessenes Verhalten“ genauer zu definieren. 18% von 40 beobachteten Patienten zeigten sexuell unangemessenes Verhalten. In den beobachteten ein-Minuten-Segmenten wurden in immerhin 1,6% der Segmente unangemessene sexuelle Verhaltensweisen beobachtet. Wichtig ist hierbei die Dauer des beobachteten dysfunktionalen Verhaltens, das meist kurz war. Die Ergebnisse führten zu der Schlussfolgerung, dass sexuell unangemessene Verhaltensweisen bei Demenzkranken eher selten vorkommen. Als mögliche Ursachen für die häufige Wahrnehmung solchen Verhaltens im klinischen Alltag werden Missdeutungen und fehlende Definitionen für das „angemessene“ Verhalten dementer Patienten von Seiten der Angehörigen und des Personals genannt (Zeiss et al. 1996, vgl. Tab. 11, 12)

Tsai et al. (1999) fanden in ihrer Studie unter 133 dementen Patienten bei 15 % unangemessenes sexuelles Verhalten. Sie schlossen aus ihrer Studie, dass „inappropriate sexual behaviour“ nicht selten bei Demenzerkrankung unabhängig von der Ätiologie und dem Beginn der Erkrankung, der Schwere der kognitiven Beeinträchtigung sowie des Geschlechts, Alters und Bildungsniveau des Patienten auftritt (Tsai et al. 1999).

In einer großen Prävalenzstudie von Alagiakrishnan et al. (2005) konnte dieses Ergebnis jedoch

**Tab. 10** Frequency of personality changes in Alzheimer's disease (n=80) (nach Bozzola et al. 1992)

Personality characteristics	% Proportion
Increased rigidity	41.3 (23/56)
Increased ego-centricity	35.3 (21/59)
Impairment of regard for feelings of others	32.8 (21/64)
Coarsening of affect	35.3 (23/65)
Impairment of emotional control	18.8 (15/80)
Ability in inappropriate situations	12.5 (10/80)
Diminished emotional responsiveness	32.8 (27/82)
Sexual incontinence	3.8 (3/80)
Hobbies relinquished	55.0 (44/80)
Diminished initiative/growing apathy	61.3 (49/80)
Apodessive hyperactivity	32.8 (26/80)

nicht bestätigt werden. Unter 2278 untersuchten demenzten Patienten fanden sich nur 1,8% (n=41) mit sexuell unangemessenem Verhalten (Alagiakrishnan et al. 2005, vgl. Tab. 13).

Kuhn et al. (1989) und Robinson (2003) betonen, dass für den Umgang mit sexuell unangemessenem Verhalten neben pathophysiologischen Erklärungsansätzen, die sich auf Veränderungen im Großhirn bezie-

hen, auch psychosoziale Aspekte ursächlich für ein solches Verhalten betrachtet werden sollten. Für die Einschätzung als hypersexuelles Verhalten ist auch die Einstellung der Umwelt zu beachten: auch wenn hypersexuelles Verhalten bei Demenz grundsätzlich als eines von verschiedenen Verhaltensauffälligkeiten im Rahmen der Erkrankung zu sehen ist (Robinson 2003), so kann das vom Umfeld als hypersexuell oder sexuell unangemessen wahrgenommene Verhalten von Demenzpatienten ebenso Ausdruck des Bedürfnisses nach körperlicher Nähe und Intimität der Erkrankten sein. In diesem Sinne kann Sexualität als Kompensation des durch kognitive und funktionelle Defizite bedingten Verlustes von Selbstwertgefühl und Selbstverständnis dienen (Kuhn et al. 1998)

Die zunehmenden kognitiven und funktionellen Defizite führen oft zu Angstzuständen bei den Betroffenen, wobei die Angstzustände durch Zuwendung und körperliche Nähe gelindert werden können (Kuhn et al. 1998). Sexuelle Handlungen können ebenso Ausdruck von Langeweile oder Einsamkeit als Folge fehlender Zuwendung oder Stimulierung durch die Umwelt sein (Haddad 1993).

Haddad (1993) erwähnt als weitere ursächliche Faktoren für sexuell „unangemessenes“ Verhalten, die fehlende Privatsphäre in Pflegeheimen, die eine „öffentliche“ sexuelle Handlung unausweichlich macht (Haddad 1993).

Auch die Gedächtnisschwäche wird als mögliche Ursache für ein vom Umfeld als „unangemessen“ bewertetes sexuelles Verhalten aufgeführt: Patienten initiieren wiederholt sexuelle Interaktionen, weil sie vorhergehende sexuelle Aktivitäten bzw. die Zurückweisung vergessen haben und das sexuelle Interesse persistiert. Die oft beeinträchtigte Orientierung zu Ort

**Tab. 11** Mean frequency of occurrence of sexual behavior across all observations (n=40) (nach Zeiss et al. 1996)

Type of behavior	SDAT* Diagnosis (n=23)	Other diagnosis (n=18)	Overall (n=41)
Appropriate behaviors	55	28	43
Inappropriate behaviors	60	100	83
Ambiguous behaviors	150	144	148
Inappropriate + ambiguous behaviors	218	244	220

\* SDAT: Senile Dementia of the Alzheimer's Type

**Tab. 12** Percent of Patients ever displaying sexual behavior during observation period (n=40) (nach Zeiss et al. 1996)

Type of behavior	SDAT* Diagnosis (n=23) % (n)	Other diagnosis (n=18) % (n)	Overall (n=41) % (n)
Appropriate behaviors	18% (4)	22% (4)	20% (8)
Inappropriate behaviors	9% (2)	25% (5)	10% (7)
Ambiguous behaviors	23% (5)	33% (6)	25% (11)
Inappropriate + ambiguous behaviors	29% (7)	50% (9)	35% (14)

\* SDAT: Senile Dementia of the Alzheimer's Type

**Tab. 13** Descriptive characteristics in dementia patients with and without inappropriate sexual behaviors (ISB) (n=133) (nach Tsai et al. 1999)

Characteristics	with ISB (n=20)				without ISB (n=113)				p
	Mean	SD	n	%	Mean	SD	n	%	
Age (years)	76.0	6.1			73.7	6.2			0.134
Sex									
Male			17	85.0			81	71.7	0.212
Female			3	15.0			32	28.3	
Education (years)	6.7	4.8			6.4	5.3			0.835
Age of onset	72.7	6.8			70.2	6.7			0.130
MMSE score	11.5	6.0			11.7	6.2			0.908

MMSE: Mini Mental State Examination

und Zeit kann dazu führen, dass sexuelle Bedürfnisse an unangemessenen Ort oder zu unangemessener Zeit ausgedrückt werden (Kuhn et al. 1998, Robinson 2003).

Zur Behandlung der Symptomatik gibt es wenig systematische Studien. Sowohl nicht-pharmakologische als auch pharmakologische Behandlungsansätze zeigten sich effektiv (Black et al. 2005). Eine detaillierte Analyse möglicher Ursachen des sexuell unangemessenen Verhaltens sollte einer Intervention zugrunde liegen. Verhaltens- und umweltbezogene Interventionen sollten den Risiken einer primär pharmakologischen Behandlung hypersexuellen Verhaltens vorgezogen werden (Kuhn et al. 1998, Robinson 2003). Kliniker sollten bei der Erwägung einer medikamentösen Intervention sexuell unangemessenen Verhaltens darüber im Klaren sein, dass möglicherweise ein Verhalten behandelt wird, das das Bedürfnis nach menschlicher Nähe ausdrückt. Die Behandlung sexuell unangemessenen Verhaltens sollte nicht die Elimination jeglichen sexuellen Ausdrucks sondern eher eine zeitliche und örtliche Eingrenzung sexuellen Verhaltens zum Ziel haben (Higgins et al. 2004). Zur pharmakologischen Behandlung sexuell unangemessenen Verhaltens stehen verschiedene Substanzgruppen je nach genauer Ausprägung der Symptomatik zur Diskussion:

- ◆ Antidepressiva (insbesondere SSRI)
- ◆ Neuroleptika (z.B. Quetiapin)
- ◆ hormonelle Wirkstoffe
  - Antiandrogene: Medroxyprogesteronacetat, Cyproteronacetat
  - Östrogene
  - GnRH-Analoga
- ◆ Cimetidin
- ◆ Gabapentin
- ◆ Pindolol

Für keine der genannten Wirkstoffe wurden bisher doppelt-blind kontrollierte Studien für die Behandlung sexuell unangemessenen Verhaltens durchgeführt. Ein Grossteil der Erkenntnisse stammt aus einzelnen Fallstudien. Die medikamentöse Therapie sollte somit nur angewandt werden, wenn alle weiteren therapeutischen Optionen ausgeschöpft sind (Black et al. 2005).

Haussermann et al. haben die verschiedenen therapeutischen Optionen zusammengefasst (Haussermann et al. 2003, vgl. Tab. 14).

## Einfluss der Demenzerkrankung auf sexuelles Erleben und Verhalten der gesunden Partner

Viele der bisher aufgeführten Studien haben die gesunden Partner nach Angaben zur sexuellen Beziehung mit dem demenzkranken Partner befragt. Dabei wurde deutlich, dass in der Mehrzahl der Fälle, Veränderungen in der sexuellen Beziehung wahrgenommen wurden. Auffällig ist hier, dass bei Fragen nach der sexuellen Beziehung innerhalb einer Partnerschaft

**Tab. 9** Putative Treatment Approaches for Sexual Acting Out in Patients with Dementia (nach Haussermann et al. 2003)

1. Nonpharmacological	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Environmental interventions</li> <li>• Nursing strategies</li> <li>• Psychotherapy</li> </ul>
2. „Atypical Stabilizer“	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valproate 200-600 mg/day</li> <li>• Carbamazepine 200-600 mg/day</li> </ul>
3. Antidepressants	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SSRIs* e.g. Paroxetine 20 mg/day (Luo et al. 1995), Fluoxetine 10 mg/day</li> <li>• Tricyclic antidepressants: Clomipramine 75-150 mg/day (Luo et al. 1995)</li> </ul>
4. Neuroleptic	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quetiapine 50-100 mg/day</li> <li>• Risperidone 0.5-1 mg/day</li> <li>• Melperone 50-100 mg/day</li> <li>• Olanzapine 5-10 mg/day</li> </ul>
5. Antiandrogens	<p><b>Hormonal Antiandrogens</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cyproterone acetate 10-200 mg/day (Cooper 1967, Lekshty et al. 1993)</li> <li>• Spironolactone 75 mg/day (Mitsman et al. 2000)</li> </ul> <p><b>Nonhormonal Antiandrogens</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medroxyprogesterone acetate 200-2000mg im. (Cooper 1967)</li> <li>• Cimetidine 600-1500 mg/day (Mitsman et al. 2000)</li> <li>• Ketoconazole 100-200 mg/day (Mitsman et al. 2000)</li> </ul>
6. Estrogens	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estradiol 2 mg/day (Flynn 1999)</li> <li>• Conjugated estrogen 1.25 mg/day (Flynn 1999)</li> </ul>
7. GnRH Analogues	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leuprolide 11.25 mg every 3 month sc. (Lekshty et al. 1993)</li> </ul>

\*SSRIs: Selective Serotonin-Reuptake inhibitors

die gesunden Partner zu einer Einschätzung der gemeinsamen sexuellen Beziehung befragt wurden. Es wurde jedoch bisher kaum auf die möglichen Folgen für sexuelles Erleben und Verhalten der gesunden Partner(innen) eingegangen.

Ein Fallbeispiel von Litz et al. (1990) thematisiert die möglichen Folgen einer Demenzerkrankung für sexuelles Erleben und Verhalten eines gesunden Ehepartners. Hier zeigte sich, dass das Auftreten einer Erektionsstörung bei dem Ehepartner einer dementen Patientin im Laufe der Behandlung in direkten Zusammenhang mit den stressvollen Veränderungen im Rahmen der Demenzerkrankung seiner Ehefrau gebracht werden konnte.

Litz et al. (1990) und Davies et al. (1992) beschrieben weiterhin generelle Folgen, die sich für die gesunden Partner durch die Erkrankung ihrer Partner auf sexueller Ebene ergeben können.

So können sexuelle Interaktionen mit der/dem erkrankten Partner(in) mit Schuldgefühlen bei der/dem gesunden Ehepartner(in) einhergehen, wenn die/der gesunde Partner(in) sexuelle Aktivitäten vermeiden will oder die sexuellen Bedürfnisse der/des Partnerin/Partners nicht erfüllen kann.

Angst- und Schuldgefühle können auch entstehen, wenn die/der gesunde Ehepartner(in) fürchtet, die/den erkrankte(n) Ehepartner(in) zu sexuellem Verkehr zu zwingen, da er/sie aufgrund kognitiver oder sprachlicher Beeinträchtigung nicht mehr eindeutig ihre/seine sexuellen Bedürfnisse zum Ausdruck bringen kann.

Ebenso berichteten Ehepartner(innen) über Probleme, sexuellen Aktivitäten mit einer/einem Partner/in nachzugehen, der seine(n) Partner(in) als solche(n) nicht mehr erkennt oder zumindest nicht mehr beim Namen nennen kann.

Durch die Erkrankung bedingter körperlicher Verfall sowie mangelnde Hygiene kann mit einem Verlust von Attraktivität einhergehen, der dazu führen kann, dass die/der gesunde Partner(in) sich nicht mehr sexuell von dem Betroffenen angezogen fühlt (Litz et al. 1990, Davies et al. 1992). Gruppenstatistische Analysen dieser Fragestellung stehen noch aus.

## Fazit

- ◆ Die aufgeführten Studien zeigen, dass die Demenzerkrankung eines Partners die partnerschaftliche Zufriedenheit sowie verschiedene Ebenen partnerschaftlicher Interaktionen beeinträchtigt.
- ◆ Die Erkrankung eines/r Ehepartners/in an Demenz geht mit einem erhöhten Auftreten psychischer wie physischer Erkrankungen bei den gesunden Partner(inne)n einher. Die Qualität einer Partnerschaft vor wie seit Beginn der Erkrankung stellt einen modulierenden Faktor für das Belastungsempfinden der gesunden Partner(innen)n und damit für deren Risiko, selbst psychisch oder physisch zu erkranken, dar.
- ◆ Es gibt Hinweise für einen möglichen Zusammenhang zwischen der Qualität einer Partnerschaft und der Ausprägung bestimmter Symptomkomplexe bei den Betroffenen. Hier zeigt sich, dass eine Verschlechterung der Partnerschaft mit dem Auftreten nicht-kognitiver, insbesondere depressiver Symptome assoziiert ist.
- ◆ Sexuelle Verhaltensänderungen bei den Betroffenen seit Beginn der Erkrankung werden in allen aufgeführten Studien von Seiten der gesunden Ehepartner(innen) erlebt. Hierzu zählt vor allem eine verringerte sexuelle Aktivität seit Beginn der Erkrankung, auch im Vergleich mit gesunden gleichaltrigen Paaren. Als Gründe hierfür werden Abnahme des Interesses an Sexualität und die Libidoabnahme bei den Betroffenen genannt.
- ◆ Zu dem Auftreten „sexueller Dysfunktionen“ bei Demenzpatient(inn)en gibt es kaum repräsentative Untersuchungen. Eine Studie von Zeiss et al. (1990) lässt jedoch vermuten, dass die Inzidenz von Erektionsstörungen bei männlichen Alzheimerpatienten höher liegt als bei gesunden gleichaltrigen Männern.
- ◆ Das von Pflegepersonen und Angehörigen sehr häufig als unangenehm empfundene „sexuell unangemessene Verhalten“ bei Demenzpatienten tritt eher selten auf.
- ◆ „Sexuell unangemessenes Verhalten“ bei Demenzpatient(inn)en sollte nicht ausschließlich als Folge der neurobiologischen Veränderung von Hirnstrukturen betrachtet werden. Es kann ebenso ein Ausdruck des Bedürfnisses nach Nähe des Betroffenen sein. Dies sollte bei der Erwägung verschiedener therapeutischer Optionen berücksichtigt werden.
- ◆ Tendenziell zeigt sich, dass sexuelle Verhaltensänderungen mit dem Auftreten nicht-kognitiver Symptome assoziiert sind. Es gibt jedoch keine eindeutigen Ergebnisse zu der Frage, ob bestimmte Symptomgruppen von Demenzerkrankungen verstärkt mit sexuellen Verhaltensänderungen oder auch Veränderungen in der Partnerschaft einhergehen.
- ◆ Fragen zur Sexualität werden in den aufgeführten Studien meist sehr punktuell gestellt (Quantität sexueller Aktivitäten, Auftreten „sexuell ent-



hemmten Verhaltens“ oder sexueller Verhaltensänderungen).

- ◆ Ein Grossteil der Studien beschränkt sich in der Erhebung von Sexualität hauptsächlich auf die Ebene des Geschlechtsverkehrs, andere Ebenen von Sexualität finden kaum Beachtung.
- ◆ Operationalisierte Erhebungen zum Auftreten sexueller Funktionsstörungen bei Demenzerkrankungen wurden bisher nicht durchgeführt.
- ◆ Es gibt keine Studien, die mögliche Dynamisierungen dersexuell-präferentiellen (z.B. einer fetischistischen Neigung im Rahmen einer Demenzerkrankung untersuchen.
- ◆ Nur wenige Studien untersuchen die Auswirkungen der Erkrankung auf Sexualität und Partnerschaft aus Sicht der Betroffenen.
- ◆ Die meisten Studien, die sich mit dem Thema Sexualität bei Demenzkranken befassen, untersuchen die Auswirkungen einer Demenz auf die Sexualität der erkrankten Partner(innen) aus Sicht der gesunden Partner(innen).
- ◆ Die Auswirkungen der Erkrankung eines/r Ehepartner/in auf das sexuelle Erleben und Verhalten der gesunden Partner(innen) ist ebenfalls bisher nicht durch repräsentative Studien untersucht worden.
- ◆ Eine Untersuchung von Sexualität und Partnerschaft bei Demenzerkrankungen auf der Grundlage der subjektiven Wahrnehmung beider Partner ist in der Literatur kaum repräsentiert.

## Literatur

- Adler C, Gunzelmann T, Machold C, Schumacher J, Wilz G. Belastungserleben pflegender Angehöriger von Demenzpatienten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 1996, 29, 143–149.
- Aichner F. Phenomenology of the Kluver-Bucy syndrome in man. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1984, 52 (11): 375–397.
- Akil M, Brewer G. J. Psychiatric and behavioral abnormalities in Wilson's disease. *Adv Neurol*, 1995, 65: 171–178.
- Alagiakrishnan K, Lim D, Brahim A, Wong A, Wood A, Senthilselvan A, Chimich WT, Kagan L. Sexually inappropriate behaviour in demented elderly people. *Postgrad Med J*, 2005, 81 (957): 463–466.
- Alkhalil C, Hahar N, Alkhalil B, Zavros G, Lowenthal DT. Can gabapentin be a safe alternative to hormonal therapy in the treatment of inappropriate sexual behavior in demented patients? *Int Urol Nephrol*, 2003, 35 (2): 299–302.
- Alkhalil C, Tanvir F, Alkhalil B, Lowenthal DT. Treatment of sexual disinhibition in dementia: case reports and review of the literature. *Am J Ther*, 2004, 11 (3): 231–235.
- Ballard CG, Solis M, Gahir M, Cullen P, George S, Oyebode F, Wilcock G. Sexual relationships in married dementia sufferers. *Int J Geriatr Psychiatry*, 1997, 12 (4): 447–451.
- Baumgarten M, Battista RN, Infante-Rivard C, Hanley JA, Becker R, Gauthier S. The psychological and physical health of family members caring for an elderly person with dementia. *J Clin Epidemiol*, 1992, 45 (1): 61–70.
- Beck CK. Psychosocial and behavioral interventions for Alzheimer's disease patients and their families. *Am J Geriatr Psychiatry*, 1998, 2 Suppl 1: 41–48.
- Beier KM, Bosinski H, Loewit K. *Sexualmedizin*. 2. Aufl. Elsevier, München 2005.
- Beier KM, Loewit K. *Lust in Beziehung*. Springer, Heidelberg 2004.
- Beier KM, Lüders M, Boxdorfer SA. Sexuality and partnership aspects of Parkinson disease. Results of an empirical study of patients and their partners. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 2000, 68 (12): 564–575.
- Bickel H. Epidemiologie spezieller Krankheitsgruppen, Demenzen; in: H Förstl, *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie*, Thieme, Stuttgart 2003.
- Bickel H. Epidemiologie und Gesundheitsökonomie; in: C Wallesch, H Förstl, H Demenzen, Thieme, Stuttgart 2005.
- Black B, Muralee S, Tampi RR. Inappropriate sexual behaviors in dementia. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 2005, 18 (3): 155–162.
- Bozzola FG, Gorelick PB, Freels S. Personality changes in Alzheimer's disease. *Arch Neurol*, 1992, 49 (3): 297–300.
- Brahler E, Unger U. Sexual activity in advanced age in the context of gender, family status and personality aspects – results of a representative survey. *Z Gerontol*, 1994, 27 (2): 110–115.
- Bretschneider JG, McCoy NL. Sexual interest and behavior in healthy 80- to 102-year-olds. *Arch Sex Behav*, 1988, 17 (2): 109–129.
- Brown E, Brown GM, Kofman O, Quarrington B. Sexual function and affect in parkinsonian men treated with L-dopa. *Am J Psychiatry*, 1978, 135 (12): 1552–1555.
- Bucher T. Aging and sexuality. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 2006, 49 (6): 567–574.
- Burns A, Jacoby R, Levy R. Psychiatric phenomena in Alzheimer's disease. IV: Disorders of behaviour. *Br J Psychiatry*, 1990, 157, 86–94.
- Comings DE, Comings BG. A case of familial exhibitionism in Tourette's syndrome successfully treated with haloperidol. *Am J Psychiatry*, 1982, 139 (7): 913–915.
- Cooper AJ. Medroxyprogesterone acetate (MPA) treatment of sexual acting out in men suffering from dementia. *J Clin Psychiatry*, 1987, 48 (9):368–370.
- Cotrell V, Hooker K. Possible selves of individuals with Alzheimer's disease. *Psychol Aging*, 2005, 20 (2): 285–294.
- Davies HD, Zeiss A, Tinklenberg JR. Til death do us part: intimacy and sexuality in the marriages of Alzheimer's patients. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 1992, 30 (11): 5–10.
- Davies HD, Zeiss AM, Shea EA, Tinklenberg JR. Sexuality and intimacy in Alzheimer's patients and their partners. *Sexuality and Disability*, 1998, 16 (3): 193–203.
- de Vugt ME, Stevens F, Aalten P, Lousberg R, Jaspers N, Winkens I, Jolles J, Verhey FR. Behavioural disturbances in dementia patients and quality of the marital relationship.

- Int J Geriatr Psychiatry, 2003, 18 (2): 149–154.
- Derouesne C, Guigot J, Chermat V, Winchester N, Lacomblez L. Sexual behavioral changes in Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 1996, 10 (2): 86–92.
- Duffy L. Sexual behavior and marital intimacy in Alzheimer's couples: a family therapy perspective. *Sexuality and Disability*, 1998, 13 (3): 239–254.
- Ehrenfeld M, Tabak N, Bronner G, Bergman R. Ethical dilemmas concerning sexuality of elderly patients suffering from dementia. *Int J Nurs Pract*, 1997, 3 (4): 255–259.
- Eloniemi-Sulkava U, Notkola IL, Hamalainen K, Rahkonen T, Viramo P, Hentinen M, Kivela SL, Sulkava R. Spouse caregivers' perceptions of influence of dementia on marriage. *Int Psychogeriatr*, 2002, 14 (1): 47–58.
- Flynn BL. Pharmacologic management of Alzheimer disease, Part I. Hormonal and emerging investigational drug therapies. *Ann Pharmacother*, 1999, 33 (2): 178–187.
- Förstl H, Kurz A. Demenzen; in: H Förstl, Therapie neuropsychiatrischer Erkrankungen im Alter, Urban&Fischer, München 2001.
- Gallagher-Thompson D, Dal Canto PG, Jacob T, Thompson LW. A comparison of marital interaction patterns between couples in which the husband does or does not have Alzheimer's disease. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 2001, 56 (3): 140–150.
- Gleixner C, Müller M, Wirth S. Neurologie und Psychiatrie für Studium und Praxis Medizinische Verlags- und Informationsdienste, Breisach am Rhein 2004.
- Goecker D, Rosing D, Beier KM. Influence of neurological diseases on partnership and sexuality. Particularly in view of multiple sclerosis and Parkinson's disease. *Urologe A*, 2006, 45 (8): 992, 994–998.
- Haddad P, Benbow SM. Sexual problems associated with dementia: Part 2. Aetiology, assessment and treatment. *Int J Geriatr Psychiatry*, 1993, 8: 631–637.
- Haussermann P, Goecker D, Beier KM, Schroeder S. Low-dose cyproterone acetate treatment of sexual acting out in men with dementia. *Int Psychogeriatr*, 2003, 15 (2): 181–186.
- Heru AM, Ryan CE, Iqbal A. Family functioning in the caregivers of patients with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2004, 19 (6): 533–537.
- Higgins A, Barker P, Begley CM. Hypersexuality and dementia: dealing with inappropriate sexual expression. *Br J Nurs*, 2004, 13 (22):1330–1334.
- Hirsch RD. Psychotherapie bei Demenzen. Steinkopff Verlag, Darmstadt 1994.
- Huws R, Shubsachs AP, Taylor PJ. Hypersexuality, fetishism and multiple sclerosis. *Br J Psychiatry*, 1991, 158 280–281.
- IQWiG. Cholesterinesterasehemmer bei Alzheimer Demenz (Vorbericht). 2006, A05-19A.
- Jablonski RA, Reed D, Maas ML. Care intervention for older adults with Alzheimer's disease and related dementias: effect of family involvement on cognitive and functional outcomes in nursing homes. *J Gerontol Nurs*, 2005, 31 (6): 38–48.
- Janati A. Kluver-Bucy syndrome in Huntington's chorea. *J Nerv Ment Dis*, 1985, 173 (10): 632–635.
- Kaplan HS. Sex, intimacy, and the aging process. *J Am Acad Psychoanal*, 1990, 18 (2): 185–205.
- Kiecolt-Glaser JK, Dura JR, Speicher CE, Trask OJ, Glaser R. Spousal caregivers of dementia victims: longitudinal changes in immunity and health. *Psychosom Med*, 1991, 53 (4): 345–362.
- Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE. Sexual behavior in the human male. Philadelphia 1948.
- Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE. Sexual behavior in the human female. Philadelphia 1953.
- Knop DS, Bergman-Evans B, McCabe BW. In sickness and in health: an exploration of the perceived quality of the marital relationship, coping, and depression in caregivers of spouses with Alzheimer's disease. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 1998, 36 (1): 16–21.
- Kriegsman DM, Pennix BW, Eijk JTh van. Chronic disease in the elderly and its impact on the family: a review of literature. *Family Systems Medicine*, 1994, 12 (3): 249–267.
- Kuhn DR, Greiner D, Arseneau L. Addressing hypersexuality in Alzheimer's disease. *J Gerontol Nurs*, 1998, 24 (4): 44–50.
- Lawton MP, Moss M, Fulcomer M, Kleban MH. A research and service oriented multilevel assessment instrument. *J Gerontol*, 1982, 37 (1): 91–99.
- Leo RJ, Kim KY. Clomipramine treatment of paraphilias in elderly demented patients. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 1995, 8 (2):123–124.
- Levitsky AM, Owens NJ. Pharmacologic treatment of hypersexuality and paraphilias in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc*, 1999m 47 (2): 231–234.
- Litz BT, Zeiss AM, Davies HD. Sexual concerns of male spouses of female Alzheimer's disease patients. *Gerontologist*, 1990, 30 (1): 113–116.
- Mace NL, Rabins PV. Der 36-Stunden-Tag. Hans Huber, Bern, Stuttgart, Toronto 1988.
- Masters W, Johnson VE. Die sexuelle Reaktion. Akademische Verlagsgesellschaft, Frankfurt 1967.
- Masters W, Johnson VE. Human sexual inadequacy. Little Brown and Co, Boston 1970.
- Mayers K. Sexuality and the demented patient. *Sexuality and Disability*, 1998, 16 (3): 219–225.
- McCartney JR, Izeman H, Rogers D, Cohen N. Sexuality and the institutionalized elderly. *J Am Geriatr Soc*, 1987, 35 (4): 331–333.
- McCartney JR, Severson K. Sexual violence, post-traumatic stress disorder and dementia. *J Am Geriatr Soc*, 1997, 45 (1): 76–78.
- Miller BL, Cummings JL, McIntyre H, Ebers G, Grode M. Hypersexuality or altered sexual preference following brain injury. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1986, 49 (8): 867–873.
- Mittelman MS, Ferris SH, Steinberg G, Shulman E, Mackell JA, Ambinder A, Cohen J. An intervention that delays institutionalization of Alzheimer's disease patients: treatment of spouse-caregivers. *Gerontologist*, 1993, 33 (6): 730–740.
- Morris LW, Morris RG, Britton PG. The relationship between marital intimacy, perceived strain and depression in spouse caregivers of dementia sufferers. *Br J Med Psychol*, 1988, 61 (Pt 3) 231–236.
- Motenko AK. The frustrations, gratifications, and well-being of dementia caregivers. *Gerontologist*, 1989, 29 (2): 166–172.
- Müller-Spahn F. Therapie dementieller Syndrome; in: Vorderholzer U, Hohagen F, Therapie psychischer Erkan-

- kungen, Urban & Fischer, München, Jena 2006.
- Onishi J, Suzuki Y, Umegaki H, Endo H, Kawamura T, Imai-zumi M, Iguchi A. Behavioral, psychological and physical symptoms in group homes for older adults with dementia. *Int Psychogeriatr*, 2006, 18 (1): 75–86.
- Orrell M, Butler R, Bebbington P. Social factors and the outcome of dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2000, 15 (6): 515–520.
- Persinger MA. Maintained hypersexuality between male rats following chronically induced limbic seizures: implications for bisexuality in complex partial epileptic seizures. *Psychol Rep*, 1994, 74 (2): 647–652.
- Potocnik F. Successful treatment of hypersexuality in AIDS dementia with cyproterone acetate. *S Afr Med J*, 1992, 81 (8): 433–434.
- Rabins PV, Mace NL, Lucas MJ. The impact of dementia on the family. *Jama*, 1982, 248 (3): 333–335.
- Reedy M, Birren JE, Schale KW. Age and sex differences in satisfying love relationships across adult life span. *Human Development*, 1981, 24: 52–66.
- Reischies FM. Psychopathologie, Merkmale psychischer Krankheitsbilder und klinische Neurowissenschaft. Springer, Berlin Heidelberg 2007.
- Robinson KM. Understanding hypersexuality: a behavioral disorder of dementia. *Home Healthc Nurse*, 2003, 21 (1): 43–47.
- Rösler M, Frey U, Retz-Junginger P, Supprian T, Retz W. Diagnostik der Demenzen: Standardisierte Untersuchungsinstrumente im Überblick. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 2003, 71: 187–198.
- Schmidtke, K(2006). Demenzen, Untersuchung und Behandlung in der Facharztpraxis und Gedächtnisprechstunde. Kohlhammer, Stuttgart 2006.
- Schneider HD. Sexualverhalten in der zweiten Lebenshälfte. Kohlhammer, Stuttgart 1980.
- Schover LR, Friedman JM, Weiler SJ, Heiman JR, LoPiccolo J. Multiaxial problem-oriented system for sexual dysfunctions: an alternative to DSM-III. *Arch Gen Psychiatry*, 1982, 39 (5): 614–619.
- Sink KM, Covinsky KE, Barnes DE, Newcomer RJ, Yaffe K. Caregiver characteristics are associated with neuropsychiatric symptoms of dementia. *J Am Geriatr Soc*, 2006, 54 (5): 796–803.
- Starr B, Weiner MB. The Starr-Weiner-Report on sex and sexuality in the mature years. McGraw-Hill. New York 1981.
- Tsai SJ, Hwang JP, Yang CH, Liu KM, Lirng JF. Inappropriate sexual behaviors in dementia: a preliminary report. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 1999, 13 (1): 60–62.
- Tucker MA, Ogle SJ, Davison JG, Eilenberg MD. Validation of a brief screening test for depression in the elderly. *Age Ageing*, 1987, 16 (3): 139–144.
- Verkaik R, van Weert JC, Francke AL. Some psychosocial therapies may reduce depression, aggression or apathy in people with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2006, 20 301–314.
- Weyerer S. Altersdemenz. Robert-Koch-Institut: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Statistisches Bundesamt, 2005.
- Wiseman SV, McAuley JW, Freidenberg GR, Freidenberg DL. Hypersexuality in patients with dementia: possible response to cimetidine. *Neurology*, 2000, 54 (10): 2024.
- Wojnar J. Demenz, Zärtlichkeit und Sexualität. *Geriatric Praxis*, 1998, 10 (4): 32–36.
- Wright LK. The impact of Alzheimer's disease on the marital relationship. *Gerontologist*, 1991, 31 (2): 224–237.
- Wright LK. Affection, Sexuality and Alzheimer's Disease. *Sexuality and Disability*, 1998, 16 (3): 167–179.
- Zeiss AM, Davies HD, Wood M, Tinklenberg, J R. The incidence and correlates of erectile problems in patients with Alzheimer's disease. *Arch Sex Behav*, 1990, 19 (4): 325–331.
- Zeiss AM, Davies HD, Tinklenberg JR. An observational study of sexual behavior in demented male patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 1996, 51 (6): M 325–329.

#### Adresse der Autoren

Marie-Louise Bauer, Prof. Dr. med. Friedel M. Reischies Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin, Klinik und Hochschulambulanz für Psychiatrie und Psychotherapie, Eschenallee 3, 14050 Berlin; 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: marie-luise.bauer@web.de,

# Mindestanforderungen für Schuldfähigkeitsgutachten

Axel Boetticher, Norbert Nedopil, Hartmut A.G Bosinski, Henning Saß

## Minimum requirements for the appraisal of criminal responsibility

### Abstract

This is the first consensus paper of an interdisciplinary working group of jurists, forensic psychiatrists, legal psychologists and experts in sexual medicine regarding minimum requirements for the appraisal of criminal responsibility according to § 20 and § 21 of German Criminal Code. Special emphasis is put on guidelines for expert opinion on defendants with personality disorders or paraphilias.

*Keywords:* criminal responsibility, personality disorders, sex offenders, paraphilias

### Zusammenfassung

Der folgende Artikel ist das erste Konsensuspapier einer interdisziplinären Arbeitsgruppe von Juristen, forensischen Psychiatern, Rechtspsychologen und Sexualmedizinern über Minimalanforderungen an die Schuldfähigkeitsbegutachtung gem. §§ 20, 21 StGB. Diese leitlinienartigen Ausführungen fokussieren exemplarisch auf die Begutachtung von Probanden mit Persönlichkeitsstörungen und Paraphilien.

*Schlüsselwörter:* Schuldfähigkeitsbegutachtung, Persönlichkeitsstörungen, Sexualstraftäter, Paraphilien

Eine an forensisch-psychiatrischen Fragen besonders interessierte interdisziplinäre Arbeitsgruppe aus Juristen, forensischen Psychiatern und Psychologen sowie Sexualmedizinern hat die nachfolgenden Empfehlungen für die forensische Schuldfähigkeitsbeurteilung nach §§ 20, 21 StGB erarbeitet. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe waren: VRinBGH Dr. Rissing-van Saan, VRiBGH Nack, RiBGH Basdorf, RiBGH Dr. Bode, RiBGH Dr. Boetticher, RiBGH Dr. Detter, RiBGH Maatz, RiBGH Pfister, VRiBGH a.D. Dr. Schäfer, die Bundesanwälte Hannich und Altvater, der Kriminologe Prof. Dr. Schöch (München), der Rechts-

anwalt Dr. Deckers (Düsseldorf), die forensischen Psychiater Prof. Dr. Berner (Hamburg), Prof. Dr. Dittmann (Basel), Prof. Dr. Foerster (Tübingen), Prof. Dr. Kröber (Berlin), Prof. Dr. Leygraf (Essen), Dr. Müller-Isberner (Gießen), Prof. Dr. Nedopil (München), Prof. Dr. Saß (Aachen), Dr. Habermeyer (Rostock), die Sexualmediziner Prof. Dr. Dr. Beier (Berlin), Prof. Dr. Bosinski (Kiel) und der Rechtspsychologe Prof. Dr. Köhnken (Kiel).

## Zweck der Empfehlungen

Die Empfehlungen der beteiligten forensischen Sachverständigen richten sich in erster Linie an deren Fachkollegen für die Erstattung von psychiatrischen Gutachten zur Frage der aufgehobenen oder verminderten Schuldfähigkeit. Hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die rechtliche Beurteilung haben sie die Zustimmung der Juristen gefunden. Die Empfehlungen sind keine rechtlichen Kriterien für die revisionsgerichtliche Überprüfung im Sinne verbindlicher Mindeststandards, deren Nichtbeachtung in jedem Einzelfall einen Rechtsfehler begründen kann. Dessenungeachtet gehen die beteiligten Juristen davon aus, daß die Empfehlungen in der Rechtsprechung der fünf Strafsenate des Bundesgerichtshofs Berücksichtigung finden werden.

Die Empfehlungen sollen dem forensischen Sachverständigen die fachgerechte Erstellung von Schuldfähigkeitsgutachten und den Verfahrensbeteiligten die Bewertung von deren Aussagekraft erleichtern. Sie können auch für die Auswahl des Sachverständigen nach §§ 73 ff. StPO und für das Beweisrecht nach § 244 StPO herangezogen werden. Sie können bei der Entscheidung helfen, ob

- ◆ die Sachkunde des Gutachters zweifelhaft ist,
- ◆ das Gutachten von unzutreffenden tatsächlichen Voraussetzungen ausgeht,
- ◆ das Gutachten Widersprüche enthält,
- ◆ einem anderen Sachverständigen überlegene Forschungsmittel zur Verfügung stehen.

## Schuldfähigkeitsgutachten aus juristischer Sicht

Das Gesetz schreibt in bestimmten Fällen – u. a. wenn sich die Frage der Anordnung von freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung oder der Unterbringung zur Beobachtung stellt – die Hinzuziehung eines Sachverständigen vor. Im übrigen kommt es auf die eigene Sachkunde des Richters an. Für die Beurteilung der Voraussetzungen der §§ 20, 21 StGB reicht diese jedenfalls dann regelmäßig nicht mehr aus, wenn sich aufgrund von Auffälligkeiten oder gar Störungen Zweifel an der strafrechtlichen Verantwortlichkeit ergeben. Dann muß ein Sachverständiger hinzugezogen werden. Sachverständige sind Personen, die auf Grund besonderer Sachkenntnis über Tatsachen, Wahrnehmungen oder Erfahrungssätze Auskunft geben oder einen bestimmten Sachverhalt beurteilen können. Der Staatsanwalt oder der Richter hat die Tätigkeit des Sachverständigen zu leiten (§ 78 StPO). Die Leitung betrifft das, *was* der Sachverständige, nicht *wie* er es erforschen soll.

### I. Die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze

Die fünf Strafsenate des Bundesgerichtshofs haben schon früher für einzelne Bereiche der Schuldfähigkeitsbeurteilung Vorgaben der fachpsychiatrischen oder fachpsychologischen Wissenschaft übernommen und den Tatrichtern auferlegt, im Urteil die aus der Begutachtung gewonnenen Erkenntnisse darzulegen und ihre richterlichen Entscheidungen bei der ihnen obliegenden Beantwortung der Rechtsfragen zu begründen. Dies gilt u. a. für die Affektdelikte, die Beeinträchtigung der Schuldfähigkeit bei Drogenabhängigen und den Umgang mit psychodiagnostischen Kriterien für das Leistungsverhalten bei Beurteilung einer unter Alkoholeinfluß begangenen Straftat<sup>1</sup>. Aus dieser Rechtsprechung und den Ergebnissen der interdisziplinären Arbeitsgruppe lassen sich die folgenden allgemeinen Grundsätze für forensische Schuldfähigkeitsgutachten ableiten:

<sup>1</sup> Wichtige Entscheidungen: Abgrenzung der Zuständigkeit Gericht - Sachverständiger: BGH, Urt. vom 12. Februar 1998 - 1 StR 588/97 - BGHSt 44, 26, 31f. = NStZ 1998, 422; BGH, Urt. vom 7. Juli 1999 - 1 StR 207/99 - NStZ 1999, 630; Schwere andere seelische Abartigkeit: BGH, Urt. vom 4. Juni 1991 - 5 StR 122/91 - BGHSt 37, 397; BGH, Beschl. vom 2. Dezember 1997 - 4 StR 581/97 - NStZ-RR 1998, 189;

### 1. Wahl der Untersuchungsmethode

Der Sachverständige bedient sich bei der Gutachten-erstattung methodischer Mittel, die dem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand gerecht werden. Existieren mehrere anerkannte und indizierte Verfahren, so steht deren Auswahl in seinem pflichtgemäßen Ermessen. In diesem Rahmen steht es dem Sachverständigen – vorbehaltlich der Sachleitungsbefugnis durch das Gericht – frei, wie er die maßgeblichen Informationen erhebt und welche Gesichtspunkte er für seine Bewertung für relevant hält.

### 2. Klassifikationssysteme

Die Juristen gehen aufgrund der interdisziplinären Diskussion davon aus, daß ein forensisch tätiger Sachverständiger bei der Beurteilung der strafrechtlichen Verantwortlichkeit in der Regel nach den Kriterien der in der forensischen Psychiatrie gebräuchlichen diagnostischen und statistischen Klassifikationssysteme vorgeht (ICD-10 Kapitel V (F), Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], 4. Aufl., 1992; DSM-IV-TR, Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen Saß/ Wittchen/Zaudig/ Houben [Hrsg.], 2003).

### 3. Ausmaß der psychischen Störung

Gelangt der Sachverständige zu der Feststellung, daß das Störungsbild die Merkmale eines oder mehrerer Muster oder einer Mischform der Klassifikationen in ICD-10 oder DSM-IV-TR erfüllt, ist auch das Ausmaß der psychischen Störung und deren Auswirkung auf die Tat(en) zu bestimmen, die vom Sachverständigen aufgrund einer Gesamtbetrachtung der Persönlichkeit des Beschuldigten, des Ausprägungsgrads der Störung und ihrer Auswirkung auf seine soziale Anpassungsfähigkeit ermittelt werden kann. Rechtlich besagt die Zuordnung eines Befundes zu einem in den Klassifikationen ICD-10 oder DSM-IV-TR noch nichts über das Ausmaß der psychischen Störungen und deren forensische Bedeutung. Allerdings weist eine solche Zuordnung in der Regel auf eine nicht ganz geringfügige Beeinträchtigung hin.

BGH, Beschl. vom 6. Mai 1997 - 1 StR 17/97 - NStZ 1997, 485; 2. Dezember 1997 - 4 StR 581/97 - NStZ-RR 1998, 189; BGH, Beschl. vom 22. August 2001 - 1 StR 316/01 - StV 2002, 17; BGH, Beschl. vom 22. August 2003 - 2 StR 267/03; BGH, Urt. vom 21. Januar 2004 - 1 StR 346/03 - NStZ 2004, 437; Borderline: BGH, Beschl. vom 6. Februar 1997 - 4 StR 672/96 - BGHSt 42, 385 = NStZ 1997, 278; 4 StR 100/97; BGH, Urt. vom 22. Januar 1998 - 4 StR 100/97 - NStZ 1998, 366. Psychose: BGH, Beschl. vom 09. April 2002 - 5 StR 100/02 - NStZ-RR 2002, 202. Affekt: BGH, Urt. vom 14. Dezember 2000 - 4 StR 375/00 - StV 2001, 228. Alkohol: BGH, Urt. vom 29. April 1997 - 1 StR 511/95 - BGHSt 43, 66 = NJW 1997, 2460; BGH, Urt. vom 27. März 2003 - 3 StR 435/02 - NStZ 2003, 480; BGH, Urt. vom 17. August 2004 - 5 StR 93/04, StV 2004, 591.

#### 4. Nachvollziehbarkeit und Transparenz

Das Gutachten muß nachvollziehbar und transparent sein. Darin ist darzulegen, aufgrund welcher Anknüpfungstatsachen (Angaben des Probanden, Ermittlungsergebnisse, Vorgaben des Gerichts zum Sachverhalt und möglichen Tathandlungsvarianten), aufgrund welcher Untersuchungsmethoden und Denkmodelle der Sachverständige zu den von ihm gefundenen Ergebnissen gelangt ist.

#### 5. Beweisgrundlagen des Gutachtens

Die sozialen und biographischen Merkmale sind unter besonderer Berücksichtigung der zeitlichen Konstanz der psychopathologischen Auffälligkeiten zu erheben. Es muß deutlich werden, ob und welche Angaben des Beschuldigten als Anknüpfungstatsachen zugrunde gelegt wurden; insbesondere sind die gerichtlich noch zu überprüfenden Zusatzstatsachen besonders hervorzuheben. Die Gutachtenerstattung in der Hauptverhandlung muß auf das dort gefundene Beweisergebnis – gegebenenfalls mit vom Gericht vorgegebenen Sachverhaltsvarianten – eingehen. Grundlage für die richterliche Urteilsfindung ist allein das in der Hauptverhandlung mündlich erstattete Gutachten. Der vorläufige Charakter des schriftlichen Gutachtens muss dem Sachverständigen und dem Gericht bewußt bleiben.

## II. Beratung des Tatrichters durch den Sachverständigen

### 1. Diagnose und Eingangsmerkmale der §§ 20, 21 StGB

Die psychiatrische Diagnose nach ICD-10 und DSM-IV-TR ist nicht mit einem Eingangsmerkmal des § 20 StGB gleichzusetzen. Ob der sachverständige Befund unter ein Eingangsmerkmal des § 20 StGB zu subsumieren ist, entscheidet nach sachverständiger Beratung der Richter.

### 2. Ausprägungsgrad der Störung

Mit der bloßen Feststellung, bei dem Beschuldigten liege eines der vier Merkmale des § 20 StGB vor, ist die Frage, ob die Voraussetzungen der §§ 20, 21 StGB vorliegen, noch nicht abschließend beantwortet. Dafür sind der Ausprägungsgrad der Störung und der Einfluß auf die soziale Anpassungsfähigkeit entscheidend. Die Beeinträchtigung der psychischen Funktionsfähigkeit durch die festgestellten psychopathologischen Verhaltensmuster ist zu untersuchen.

So ist bei die Tat überdauernden Störungen für die Bewertung der Schwere insbesondere maßgebend, ob

es im Alltag außerhalb des beschuldigten Deliktes zu Einschränkungen des beruflichen und sozialen Handlungsvermögens gekommen ist.

## III. Beurteilung der Schuldfähigkeit bei Begehung der Tat

Der Richter hat die Anwendung der §§ 20, 21 StGB anhand der gesetzlichen Voraussetzungen und der daraus von der höchstrichterlichen Rechtsprechung aufgestellten Anforderungen zu entscheiden.

### 1. Auswirkungen auf die konkrete Tat

Für das Vorliegen der §§ 20, 21 StGB kommt es nicht darauf an, ob die Steuerungsfähigkeit generell aufgehoben oder rechtlich erheblich eingeschränkt ist. Maßgeblich kommt es vielmehr auf den Zustand bei Begehung der Tat an.

Zur Beurteilung dieser Rechtsfrage überprüft der Tatrichter die vom Sachverständigen gestellte Diagnose, den Schweregrad der Störung und deren innere Beziehung zur Tat. Die Prüfung erfolgt auf der Grundlage des Beweisergebnisses der Hauptverhandlung. Tatvarianten hat der Richter mit dem Sachverständigen zu erörtern.

### 2. Erheblichkeit ist Rechtsfrage

Die Frage der Erheblichkeit im Sinne des § 21 StGB ist eine Rechtsfrage, die der Richter nach sachverständiger Beratung in eigener Verantwortung zu beantworten hat (s.o. III.1). Hierbei fließen normative Gesichtspunkte ein. Entscheidend sind die Anforderungen, die die Rechtsordnung an jedermann stellt. Diese Anforderungen sind um so höher, je schwerwiegender das in Rede stehende Delikt ist.

## IV. Revisionsrechtlicher Prüfungsmaßstab

Für die revisionsgerichtliche Überprüfung der Schuldfähigkeitsbeurteilung gelten die bisherigen Prüfungsmaßstäbe. Insbesondere gilt weiter, daß ein forensischer Sachverständiger in eigener Verantwortung über die Heranziehung von Unterlagen, seine Untersuchungsmethoden und den Umfang seiner Erhebungen entscheidet.

## V. Von der Arbeitsgruppe nicht abschließend beratene Probleme

Die interdisziplinäre Arbeitsgruppe hat naturgemäß nur einen Ausschnitt der umfangreichen Problematik der Schuldfähigkeitsbeurteilung erörtern können. Sie hat nicht alle Störungsbilder der vier Merkmale des § 20 StGB behandeln können. Sie hat den Schwerpunkt ihrer Beratungen auf das aktuell am häufigsten vorkommende und schwer zu beurteilende Störungsbild der schweren anderen seelischen Abartigkeit gelegt. Die Arbeitsgruppe hat sich darüber hinaus mit Beschuldigten mit Verdacht auf eine paraphil motivierte Sexualstraftat befaßt, obwohl bei diesen Beschuldigten die gleichen Prinzipien und Methoden angewandt werden sollten wie bei allen anderen Tätergruppen.

Die Erörterung dieser Deliktgruppe erschien aber deshalb sinnvoll, weil die Beurteilung von Sexualstraftätern durch die Sachverständigen und die Entscheidungen der Gerichte in diesen Fällen von der Öffentlichkeit besonders verfolgt werden und Fehler in der Beurteilung schwerwiegende Konsequenzen haben können.

Wichtige verfahrensrechtliche Fragen wurden in der Arbeitsgruppe erörtert, aber nicht in die Empfehlungen aufgenommen, weil es hier meistens um schwierige Abgrenzungsfragen ging, deren Entscheidung dem Einzelfall vorbehalten bleiben muß: z.B. welche Erkenntnisse aus beigezogenen Akten früherer Verfahren verwertet werden dürfen; wie der Sachverständige mit vertraulich gemachten Angaben des Beschuldigten – z.B. in einer therapeutischen Situation im Rahmen einer Unterbringung nach § 126a StPO – umzugehen hat; welche vom Sachverständigen gefertigte Aufzeichnungen privat und welche als Bestandteil des Gutachtens anzusehen und damit für die Verfahrensbeteiligten zugänglich sind.

Als derzeit nicht gelöst sieht die Arbeitsgruppe den Umgang mit Beschuldigten an, bei denen es unabhängig vom Vorliegen der Voraussetzungen der §§ 20, 21 StGB Hinweise auf ein erhöhtes Rückfallrisiko gibt. Dies ist bei gefährlichen Tätern der Fall, bei denen in vielen Fällen eine Maßregel der Besserung und Sicherung nicht angeordnet wird und dennoch eine Therapie im Regelvollzug in einer sozialtherapeutischen Anstalt nach § 9 StVollzG erfolgen soll. Häufig werden in diesen Fällen die Sachverständigen über die Angaben zur Schuldfähigkeit hinaus nicht zur Gefährlichkeitsprognose und zu den Behandlungsaussichten in der sozialtherapeutischen Anstalt befragt, obwohl sachverständige Angaben zu Therapiemöglichkeiten und deren Auswirkungen auf

die Rückfallwahrscheinlichkeit sinnvoll sind, damit im Vollstreckungsverfahren schon früh die Weichen für eine adäquate Behandlung des Beschuldigten gestellt werden. Dies sollte über die Beachtung des § 246a StPO hinaus zum Standard jeder Hauptverhandlung gehören und sich im Strafurteil, das Grundlage für das Vollstreckungsverfahren ist, wieder finden.

## Katalog der formellen und inhaltlichen Mindestanforderungen für forensische Schuldfähigkeitsgutachten

Die Vorschläge zur Qualitätssicherung von psychiatrischen Schuldfähigkeitsgutachten sind in erster Linie ausgerichtet auf die Abfassung des schriftlichen Gutachtens. Dafür empfiehlt sich die Einhaltung einer relativ schematischen Struktur, nicht nur um wesentliche Punkte nicht zu übersehen, sondern auch, weil es dem Leser leichter fällt, das Gutachten zu erfassen, wenn er genau weiß, wo welche Informationen zu finden sind. Deshalb enthalten die Vorschläge sowohl formale Anforderungen an Aufbau, Gliederung und Umfang des Gutachtens als auch inhaltliche Aspekte wie die Verwendung kriterienorientierter Diagnosen entsprechend ICD-10 oder DSM-IV-TR. Der Katalog ist ausgerichtet auf die Begutachtung aller Störungsbilder, die im Rahmen der Prüfung des Vorliegens der rechtlichen Voraussetzungen der §§ 20 und 21 StGB in Betracht kommen. Besonders hohe Anforderungen an die Qualität des Gutachtens müssen an die – in der Praxis wichtige – Begutachtung von Beschuldigten mit Verdacht auf Persönlichkeitsstörung oder Paraphilie im Zusammenhang mit der Schuldfähigkeitsbeurteilung bei Gewalt- und Sexualstraftaten gestellt werden. Die Arbeitsgruppe hat deshalb für solche Gutachten näher ausgeführte Vorschläge entwickelt. Die Arbeitsgruppe betont, dass die Beachtung von Mindestanforderungen das Studium von Lehrbüchern und die Auseinandersetzung mit der aktuellen wissenschaftlichen Literatur nicht ersetzt. Diese Auseinandersetzung ist zwangsläufig auch Bestandteil eines wissenschaftlich begründeten Gutachtens. Einigkeit bestand auch, dass der Bezug auf Klassifikationssysteme und Lehrbücher keiner Zitierung im Gutachten bedarf.

## I. Formelle Mindestanforderungen:

- 1.1. Nennung von Auftraggeber und Fragestellung
- 1.2. Darlegung von Ort, Zeit und Umfang der Untersuchung
- 1.3. Dokumentation der Aufklärung
- 1.4. Darlegung der Verwendung besonderer Untersuchungs- und Dokumentationsmethoden (z.B. Videoaufzeichnung, Tonbandaufzeichnung, Beobachtung durch anderes Personal, Einschaltung von Dolmetschern)
- 1.5. Exakte Angabe und getrennte Wiedergabe der Erkenntnisquellen
  - a. Akten
  - b. Subjektive Darstellung des Untersuchten
  - c. Beobachtung und Untersuchung
  - d. Zusätzlich durchgeführte Untersuchungen (z.B. bildgebende Verfahren, psychologische Zusatzuntersuchung)
- 1.6. Eindeutige Kenntlichmachung der interpretierenden und kommentierenden Äußerungen und deren Trennung von der Wiedergabe der Informationen und Befunde
- 1.7. Trennung von gesichertem medizinischen (psychiatrischen, psychopathologischen, psychologischen) Wissen und subjektiver Meinung oder Vermutungen des Gutachters
- 1.8. Offenlegung von Unklarheiten und Schwierigkeiten und den daraus abzuleitenden Konsequenzen, ggf. rechtzeitige Mitteilung an den Auftraggeber über weiteren Aufklärungsbedarf
- 1.9. Kenntlichmachung der Aufgaben- und Verantwortungsbereiche der beteiligten Gutachter und Mitarbeiter
- 1.10. Bei Verwendung wissenschaftlicher Literatur Beachtung der üblichen Zitierpraxis
- 1.11. Klare und übersichtliche Gliederung
- 1.12. Hinweis auf die Vorläufigkeit des schriftlichen Gutachtens

## II. Inhaltliche Mindestanforderungen:

- 1.13. Vollständigkeit der Exploration, insbesondere zu den delikt- und diagnosenspezifischen Bereichen (z.B. ausführliche Sexualanamnese bei sexueller Devianz und Sexualdelikten, detaillierte Darlegung der Tatbegehung)
- 1.14. Benennung der Untersuchungsmethoden. Darstellung der Erkenntnisse, die mit den jeweiligen Methoden gewonnen wurde. Bei nicht all-

gemein üblichen Methoden oder Instrumenten: Erläuterung der Erkenntnismöglichkeiten und deren Grenzen

- 1.15. Diagnosen unter Bezug des zugrunde liegenden Diagnosesystems (i.d.R. ICD-10 oder DSM-IV-TR). Bei Abweichung von diesen Diagnosesystemen: Erläuterung, warum welches andere System verwendet wurde
- 1.16. Darlegung der differentialdiagnostischen Überlegungen
- 1.17. Darstellung der Funktionsbeeinträchtigungen, die im Allgemeinen durch die diagnostizierte Störung bedingt werden, soweit diese für die Gutachtensfrage relevant werden könnten
- 1.18. Überprüfung, ob und in welchem Ausmaß diese Funktionsbeeinträchtigungen bei dem Untersuchten bei Begehung der Tat vorlagen
- 1.19. Korrekte Zuordnung der psychiatrischen Diagnose zu den gesetzlichen Eingangsmerkmalen
- 1.20. Transparente Darstellung der Bewertung des Schweregrades der Störung
- 1.21. Tatrelevante Funktionsbeeinträchtigung unter Differenzierung zwischen Einsichts- und Steuerungsfähigkeiten
- 1.22. Darstellung von alternativen Beurteilungsmöglichkeiten.

## Mindestanforderungen bei der Schuldfähigkeitsbeurteilung von Beschuldigten mit Persönlichkeitsstörungen oder sexueller Devianz

Obwohl bei der Begutachtung von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen oder sexueller Devianz im Prinzip die gleichen methodischen Anforderungen wie bei anderen Störungen gestellt werden, hat sich die Arbeitsgruppe wegen der besonderen Abgrenzungsschwierigkeiten mit diesen beiden Störungsbildern besonders befasst. Eine Reihe der hier dargestellten Anforderungen finden als allgemeine Grundsätze bei allen Schuldfähigkeitsbegutachtungen analog Anwendung. Es gehört zu einer sorgfältigen forensischen Begutachtung im psychiatrisch/psychotherapeutischen und psychologischen Bereich, daß diagnostisch auch auf die Persönlichkeit und eine eventuelle Persönlichkeitsstörung eingegangen wird. Die hier vorgelegten Anhaltspunkte sind immer dann heranzuziehen, wenn die Untersuchung Hinweise für akzentu-



ierte Persönlichkeitsmerkmale und Auffälligkeiten ergibt, die unter dem Begriff der schweren anderen seelischen Abartigkeit zu fassen sind. Dies betrifft auch Gutachten bei Sexualstraftaten, da Störungen der psychosexuellen Entwicklung in der Mehrzahl der Fälle eng mit Persönlichkeitsauffälligkeiten ver-schränkt sind.

## I. Begutachtung von Persönlichkeitsstörungen

### 1. Sachgerechte Diagnostik

1.1. Das Gutachten sollte die Kriterien von ICD-10 oder DSM-IV-TR zur Diagnose einer Persönlichkeitsstörung berücksichtigen. Von besonderer Bedeutung ist die Beachtung der allgemeinen definierenden Merkmale von Persönlichkeitsstörungen in den beiden Klassifikationssystemen. Darüber hinaus ist in jedem Fall die Diagnose anhand der diagnostischen Kriterien der einzelnen Persönlichkeitsstörungen zu spezifizieren.

1.2. Da zum Konzept der Persönlichkeitsstörungen eine zeitliche Konstanz des Symptombildes mit einem überdauernden Muster von Auffälligkeiten in den Bereichen Affektivität, Kognition und zwischenmenschlichen Beziehungen gehört, kann eine zeitlich umschriebene Anpassungsstörung die Diagnose nicht begründen. Um die Konstanz des Symptombildes sachgerecht begründen zu können, darf sich das Gutachten nicht auf die Darstellung von Eckdaten beschränken, sondern muß die individuellen Interaktionsstile, die Reaktionsweisen unter konflikthaften Belastungen sowie Veränderungen in Folge von Reifungs- und Alterungsschritten oder eingeleiteter therapeutischer Maßnahmen darlegen. Da biographische Brüche oder Tendenzen zu stereotypen Verhaltensmustern bei Konflikten bzw. Stressoren für die Diagnosestellung von besonderer Bedeutung sind, bedürfen sie auch im Gutachten einer entsprechenden Hervorhebung.

1.3. Rezidivierende sozial deviante Verhaltensweisen müssen sorgfältig von psychopathologischen Merkmalen einer Persönlichkeitsstörung getrennt werden. Auswirkungen von Persönlichkeitsstörungen zeigen sich nicht nur im strafrechtlichen Kontext.

1.4. Die klinische Diagnose einer Persönlichkeitsstörung darf nicht per se mit dem juristischen Begriff der schweren anderen seelischen Abartigkeit gleichgesetzt werden.

### 2. Sachgerechte Beurteilung des Schweregrads

2.1. Stellungnahmen zum Schweregrad der diagnostizierten Persönlichkeitsstörung sollten getrennt werden von der Diskussion der Einsichts- bzw. Steuerungsfähigkeit, die eng mit der Analyse der Tatsituation verbunden ist.

2.2. Der Orientierungsrahmen anhand dessen der Schweregrad der Persönlichkeitsstörung eingeschätzt wird, muss jedem Gutachten entnommen werden können.

2.3. Nur wenn die durch die Persönlichkeitsstörung hervorgerufenen psychosozialen Leistungseinbußen mit den Defiziten vergleichbar sind, die im Gefolge forensisch relevanter krankhafter seelischer Verfassungen auftreten, kann von einer schweren anderen seelischen Abartigkeit gesprochen werden.

2.4. Gründe für die Einstufung einer Persönlichkeitsstörung als schwere andere seelische Abartigkeit können sein:

- ◆ erhebliche Auffälligkeiten der affektiven Ansprechbarkeit bzw. der Affektregulation,
- ◆ Einengung der Lebensführung bzw. Stereotypisierung des Verhaltens,
- ◆ durchgängige oder wiederholte Beeinträchtigung der Beziehungsgestaltung und psychosozialen Leistungsfähigkeit durch affektive Auffälligkeiten, Verhaltensprobleme sowie unflexible, unangepaßte Denkstile,
- ◆ durchgehende Störung des Selbstwertgefühls,
- ◆ deutliche Schwäche von Abwehr- und Realitätsprüfungsmechanismen

2.5. Gegen die Einstufung einer Persönlichkeitsstörung als schwere andere seelische Abartigkeit sprechen:

- ◆ Auffälligkeiten der affektiven Ansprechbarkeit ohne schwerwiegende Beeinträchtigung der Beziehungsgestaltung und psychosozialen Leistungsfähigkeit,
- ◆ weitgehend erhaltene Verhaltensspielräume,
- ◆ Selbstwertproblematik ohne durchgängige Auswirkungen auf die Beziehungsgestaltung und psychosoziale Leistungsfähigkeit,
- ◆ intakte Realitätskontrolle, reife Abwehrmechanismen,
- ◆ altersentsprechende biographische Entwicklung

### 3. Psycho(patho)logisch-Normative Stufe: Einsichts- und Steuerungsfähigkeit:

3.1. Eine relevante Beeinträchtigung der Einsichtsfähigkeit allein durch die Symptome einer Persönlichkeitsstörung kommt in der Regel nicht in Betracht.

3.2. Selbst wenn eine schwere andere seelische Abartigkeit vorliegt, muß geprüft werden, ob ein Zusammenhang zwischen Tat und Persönlichkeitsstörung besteht. Hierbei ist zu klären, ob die Tat Symptomcharakter hat, also Ausdruck der unter C.I.1.8 genannten Charakteristika einer schweren anderen seelischen Abartigkeit ist.

3.3. Die Beurteilung der Steuerungsfähigkeit erfordert eine detaillierte Analyse der Tatumstände (u.a. Verhalten vor, während und nach der Tat, Beziehung zwischen Täter und Opfer, handlungsleitende Motive).

3.4. Für forensisch relevante Beeinträchtigungen der Steuerungsfähigkeit sprechen über den vorgenannten Aspekt hinausgehend folgende Punkte:

- ◆ Konflikthafte Zuspitzung und emotionale Labilisierung in der Zeit vor dem Delikt,
- ◆ abrupter impulshafter Tatablauf,
- ◆ relevante konstellative Faktoren (z.B. Alkoholintoxikation),
- ◆ enger Zusammenhang zwischen („komplexhaften“) Persönlichkeitsproblemen und Tat.

3.5. Gegen eine erhebliche Beeinträchtigung der Steuerungsfähigkeit bei Persönlichkeitsstörungen, nicht aber notwendigerweise bei anderen Störungen (z.B. beim Wahnsyndrom) sprechen Verhaltensweisen, aus denen sich Rückschlüsse auf die psychischen Funktionen herleiten lassen:

- ◆ Tatvorbereitung,
- ◆ Hervorgehen des Deliktes aus dissozialen Verhaltensbereitschaften,
- ◆ planmäßiges Vorgehen bei der Tat,
- ◆ Fähigkeit, zu warten, lang hingezogenes Tatgeschehen,
- ◆ komplexer Handlungsablauf in Etappen,
- ◆ Vorsorge gegen Entdeckung,
- ◆ Möglichkeit anderen Verhaltens unter vergleichbaren Umständen

3.6. In der Regel kommt für den Bereich der schweren anderen seelischen Abartigkeit allenfalls eine erhebliche Verminderung der Steuerungsfähigkeit in Betracht.

## II. Begutachtung von Sexualstraftätern

### 1. Sachgerechte Diagnostik

1.1. Wegen häufiger Diskrepanzen zwischen subjektiven Schilderungen von Personen, die an Sexualdelikten beteiligt waren, ist eine sorgfältige Analyse der Akten und die explizite Darlegung von Anknüpfungstatsachen bei der Begutachtung von Sexualstraftätern von besonderer Bedeutung

1.2. Ausführliche Sexualanamnese. Hierzu gehören insbesondere Informationen zu folgenden Themenbereichen:

- ◆ Rahmenbedingungen und Verlauf der (familiären) sexuellen Sozialisation,
- ◆ Entwicklung der geschlechtlichen Identität und sexuellen Orientierung,
- ◆ Zeitpunkte, Verlauf (etwaige Störungen und Erkrankungen) sowie Erleben der körperlichen sexuellen Entwicklung, insbesondere der Pubertät,
- ◆ Entwicklung und Inhalte erotisch-sexueller Imaginationen/Phantasien in der biographischen Entwicklung,
- ◆ Daten, Ausgestaltung und Erleben der soziosexuellen Entwicklung,
- ◆ Erleben sexueller und anderer gewalttätiger Übergriffe in Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter (als Zeuge, als Opfer oder als Täter),
- ◆ Bisherige Behandlungen psychischer und/oder sexueller Störungen oder Erkrankungen,
- ◆ Pornographiekonsum, Prostituiertenkontakte,
- ◆ „Beziehungsanamnese“ inkl. sexuelle Funktionen (u. a. sexuelle Praktiken, sexuelle Funktionsstörungen, ggf. Außenbeziehungen, Gewalt in Partnerschaften),
- ◆ In der klinischen Behandlung ist die Befragung aktueller und/oder früherer Sexualpartner/innen (Fremdanamnese) erforderlich, um paraphile Neigungen auszuschließen oder zu objektivieren. Bei der Begutachtung bedarf es der Beachtung des Zeugnisverweigerungsrechts der Angehörigen und des Ermittlungsverbots für den Sachverständigen. Daher müssen im Gutachten verbleibende Unklarheiten deutlich gemacht und Wege der Aufklärung aufgezeigt werden,
- ◆ Ausführliche Anamnese der (Sexual-)Delinquenz

1.3. Diagnostische Einordnung paraphiler Neigungen/Paraphilie anhand der gängigen Klassifikationssysteme. Dabei ist die Diagnose mittels der diagnostischen Kriterien der einzelnen Paraphilien zu spezifizieren. Häufig sind verschiedene Paraphilien mitein-

ander vergesellschaftet. Diese sind differenziert in ihren Anteilen an der gesamten Sexualstruktur zu beschreiben.

1.4. Gelegentlich ist eine Sexualstraftat die erste Manifestation einer Paraphilie. Dabei ist jedoch darauf zu achten, dass folgende Aspekte *für sich genommen* nicht eine Paraphilie belegen:

- ◆ Allein außergewöhnliche Ersatzhandlungen oder forciertes sinnlicher, möglicherweise auch orgastischer „Kick“, übersteigter Reizhunger bei ansonsten unproblematischer Sexualität und Partnerschaft,
- ◆ *Nachträgliche* Einlassungen oder Umdeutungen des Angeklagten über seine oder opferseitige Motivationen zum Zeitpunkt der Tat bei gleichzeitigem Erlaß eines Schweigegebots u. ä.

## 2. Sachgerechte Beurteilung des Schweregrades

2.1. Bei der Beurteilung des Schweregrads gelten die unter D.I.2.1 und D.I.2.2 genannten allgemeinen Anforderungen (Trennung der Zuordnung zur schweren anderen seelischen Abartigkeit von der Diskussion über Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit sowie Angabe des Orientierungsrahmens für die Schweregradbeurteilung).

2.2. Zur sachverständigen Einordnung einer Paraphilie als schwere andere seelische Abartigkeit bedarf es der Prüfung

- ◆ des Anteils der Paraphilie an der Sexualstruktur,
- ◆ der Intensität des paraphilen Musters im Erleben,
- ◆ der Integration der Paraphilie in das Persönlichkeitsgefüge,
- ◆ der bisherigen Fähigkeit des Probanden zur Kontrolle paraphiler Impulse

2.3. Daraus ergeben sich unter anderem folgende mögliche Gründe für die Einstufung einer Paraphilie als schwere andere seelische Abartigkeit:

- ◆ Die Sexualstruktur ist weitestgehend durch die paraphile Neigung bestimmt,
- ◆ Eine ich-dystone (ich-fremde) Verarbeitung führt zur Ausblendung der Paraphilie,
- ◆ Eine progrediente Zunahme und „Überflutung“ durch dranghafte paraphile Impulse mit ausbleibender Satisfaktion beherrscht zunehmend das

Erleben und drängt zur Umsetzung auf der Verhaltensebene.

- ◆ Andere Formen soziosexueller Befriedigung stehen dem Beschuldigten aufgrund (zu beschreibender) Persönlichkeitsfaktoren und / oder (zu belegenden) sexueller Funktionsstörungen erkennbar nicht zur Verfügung.

## 3. Psycho(patho)logisch-Normative Stufe: Einsichts- und Steuerungsfähigkeit:

3.1. Zur Beeinträchtigung der Einsichtsfähigkeit sowie zum Zusammenhang zwischen der Paraphilie und der Tat gelten die Ausführungen zu den Persönlichkeitsstörungen (D.I. 3.3.1. bis 3.).

3.2. Eine forensisch relevante Beeinträchtigung der Steuerungsfähigkeit kann bei Vorliegen folgender Aspekte diskutiert werden:

- ◆ Konflikthafte Zuspitzung und emotionale Labilisierung in der Zeit vor dem Delikt mit vorbestehender und länger anhaltender triebdynamischer Ausweglosigkeit,
- ◆ Tatdurchführung auch in sozial stark kontrollierter Situation.
- ◆ Abrupter, impulsiver Tatablauf, wobei jedoch ein paraphil gestaltetes und zuvor (etwa in der Phantasie) „durchgespieltes“ Szenario kein unbedingtes Ausschlußkriterium für eine Verminderung der Steuerungsfähigkeit ist, sofern dieses Szenario der (den) unter 2. diagnostizierten Paraphilie(n) entspricht und eine zunehmende Progredienz nachweisbar ist,
- ◆ Archaisch-destruktiver Ablauf mit ritualisiert wirkendem Tatablauf und Hinweisen für die Ausblendung von Außenreizen,
- ◆ Konstellative Faktoren (z.B. Alkoholintoxikation, Persönlichkeitsstörung, eingeschränkte Intelligenz), die u. U. auch kumulativ eine erheblich verminderte Steuerungsfähigkeit bedingen können,

## Ausblick

Die Ergebnisse der interdisziplinären Arbeitsgruppe haben die Teilnehmer ermutigt, auch Mindestanforderungen für die im Strafverfahren vielfältig verlangten Prognosegutachten zu beraten und zu formulieren. Diese Aufgabe soll im Verlauf des Jahres 2005 angegangen werden.

### Korrespondierender Autor

Dr. Axel Boetticher, c/o Bundesgerichtshof, Herrenstrasse 45a, 76135 Karlsruhe, mail: boetticher-axel@bgh.bund.de

# Mindestanforderungen für Prognosegutachten

Axel Boetticher, Hans-Ludwig Kröber, Rüdiger Müller-Isberner, Klaus M. Böhm, Reinhard Müller-Metz, Thomas Wolf

## Minimum requirements for the appraisal of criminal prognosis

### Abstract

This is the second consensus paper of an interdisciplinary working group of jurists, forensic psychiatrists, legal psychologists and experts in sexual medicine regarding minimum requirements for the appraisal of relapse prognosis.

*Keywords:* Forensic testimony, prediction of criminal reoffences, personality disorders, sex offenders, paraphilias, validity of prediction

### Zusammenfassung

Der folgende Artikel ist das zweite Konsensuspapier einer interdisziplinären Arbeitsgruppe von Juristen, forensischen Psychiatern, Rechtspsychologen und Sexualmedizinern über Minimalanforderungen an die vielfältig zu erstattenden Prognosegutachten.

*Schlüsselwörter:* Forensische Sachverständige, Prognosegutachten, Persönlichkeitsstörungen, Sexualstraftäter, Paraphilien, Qualitätssicherung

Die aus Richtern am BGH, Bundesanwälten, forensischen Psychiatern und Psychologen, Sexualmedizinern und weiteren Juristen bestehende interdisziplinäre Arbeitsgruppe, die sich bereits mit Mindestanfor-

derungen für Schuldfähigkeitsgutachten befasst hat<sup>1</sup>, hat nun auch die nachfolgenden Empfehlungen für die vielfältig zu erstattenden forensischen Prognosegutachten erarbeitet. Wegen der Häufigkeit und der Bedeutung dieser Gutachten in der Strafvollstreckung ist die Arbeitsgruppe um 3 erfahrene Vollstreckungsrichter erweitert worden. Die Mitglieder waren: VRin BGH Dr. Rissing-van Saan, VRiBGH Nack, VRiBGH Basdorf, RiBGH Dr. Bode, RiBGH Dr. Boetticher, RiBGH Maatz, RiBGH Pfister, VRiBGH a.D. Dr. Schäfer, die Bundesanwälte Hannich und Altvater, die Vollstreckungsrichter RiOLG Böhm, Karlsruhe, RiOLG Dr. Müller-Metz, Frankfurt a.M., VRiLG Dr. Wolf, Marburg, der Kriminologe Prof. Dr. Schöch, München, der Rechtsanwalt Dr. Deckers, Düsseldorf, die forensischen Psychiater Prof. Dr. Berner, Hamburg, Prof. Dr. Dittmann, Basel, Prof. Dr. Foerster, Tübingen, Prof. Dr. Kröber, Berlin, Prof. Dr. Leygraf, Essen, Dr. Müller-Isberner, Gießen, Prof. Dr. Nedopil, München, Prof. Dr. Saß, Aachen, Dr. Habermeyer, Rostock, die Sexualmediziner Prof. Dr. Dr. Beier, Berlin, Prof. Dr. Bosinski, Kiel und der Rechtspsychologe Prof. Dr. Köhnken, Kiel.

## Zweck der Empfehlungen

Die Empfehlungen der forensischen Sachverständigen richten sich in erster Linie an ihre Fachkollegen, aber

<sup>1</sup> NStZ 2005, 57–62 = Der Nervenarzt [76] 2005, 1154ff.

auch an Richter, Staatsanwälte, Strafverteidiger und andere Verfahrensbeteiligte sowie an Mitarbeiter des Straf- und des Maßregelvollzugs. Sie thematisieren Prognosen von der Anordnung einer Rechtsfolge im Erkenntnisverfahren bis zur Entlassung aus dem Straf- und Maßregelvollzug. Sie haben hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die rechtliche Beurteilung die Zustimmung der Juristen gefunden. Sie sind, wie die Empfehlungen der beteiligten Juristen, keine verbindlichen rechtlichen Kriterien für die Überprüfung in Rechtsmittelverfahren in dem Sinne, dass ihre Nichtbeachtung in jedem Einzelfall einen Rechtsfehler begründet. Der Gutachter kann vom erstellten Kriterienkatalog abweichen, wenn hierfür sachliche Gründe sprechen und er diese aufzeigt. Die Empfehlungen sollen dem forensischen Sachverständigen die Erstellung von Prognosegutachten und den Verfahrensbeteiligten die Bewertung von deren Aussagekraft erleichtern. Sie dienen auch dazu abzugrenzen, welche Fragen Gegenstand des Gutachtens sind und welche Fragen allein vom Gericht beantwortet werden müssen. Sie sollen Auswahl und Leitung des Sachverständigen (§ 73ff. StPO) erleichtern und Anhaltspunkte für die Auswertung des Gutachtens geben.

## Prognosegutachten aus juristischer Sicht

### I. Gesetzliche Vorgaben

Das Gesetz beschreibt Prognosen nach Zielen und Maßstäben unterschiedlich (vgl. Übersicht 1 auf der nachfolgenden Seite).

Zur Erstellung einer Prognose schreibt das Gesetz in § 56 I 1 und § 57 I 2 StGB (gilt auch für die Aussetzung der lebenslangen Freiheitsstrafe nach § 57a StGB) beispielhaft vor, zu berücksichtigen seien „namentlich“ die Persönlichkeit des Verurteilten, sein Vorleben, die Umstände seiner Tat, sein Verhalten nach der Tat, seine Lebensverhältnisse und die Wirkungen, die von der Aussetzung für ihn zu erwarten sind. Für die Reststrafenaussetzung sind zusätzlich das Gewicht des bei einem Rückfall bedrohten Rechtsguts und das Verhalten des Verurteilten im Strafvollzug einzubeziehen und in bestimmten Fällen die Frage zu beantworten, ob die in der Tat zu Tage getretene Gefährlichkeit noch fortbesteht (§ 454 II StPO). Bei der Prüfung der Erledigung einer 10 Jahre vollzogenen Sicherungsverwahrung (§ 67d III StGB) hat das Gericht das Gutachten eines Sachverständigen

namentlich zu der Frage einzuholen, ob von dem Verurteilten auf Grund seines Hanges weiterhin erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind (§ 463 III 3 StPO).

Diese wenigen gesetzlichen Vorgaben hat das *BVerfG* wie folgt präzisiert<sup>2</sup>. Im Gutachten zu behandeln sind die Anlasstat, die (bekannte) prädeliktische Persönlichkeit einschließlich der (bekannten) Kriminalität und die postdeliktische Persönlichkeitsentwicklung. Es sind die Perspektiven und Außenbezüge, auch „sozialer Empfangsraum“ genannt, zu thematisieren. Bei der diagnostischen wie der prognostischen Beurteilung muss deutlich werden, in welchem Zusammenhang Ausgangsdelikt und frühere Delinquenz mit der Persönlichkeit stehen (situative oder persönlichkeitsbedingte Taten) und ob deliktspezifische Persönlichkeitszüge persistieren oder nicht. Dabei muss die prognostische Relevanz der Vortaten und der Anlasstat in die Gesamtpersönlichkeit des Betroffenen nachvollziehbar abgeleitet werden.

Schon der Gutachtauftrag muss sich daher mindestens an folgenden Fragen orientieren:

- ◆ Wie groß ist die Wahrscheinlichkeit, dass die zu begutachtende Person erneut Straftaten begehen wird?
- ◆ Welcher Art werden diese Straftaten sein, welche Häufigkeit und welchen Schweregrad werden sie haben?
- ◆ Mit welchen Maßnahmen kann das Risiko zukünftiger Straftaten beherrscht oder verringert werden?
- ◆ Welche Umstände können das Risiko von Straftaten steigern?

Der Gutachtauftrag soll deshalb den Gegenstand des Gutachtens genau beschreiben und klarstellen, welche tatsächlichen Fragen vom Sachverständigen beantwortet werden sollen; die bloße Wiedergabe des Gesetzestextes reicht dazu regelmäßig nicht aus.

Bei Maßregeln nach §§ 63, 64 StGB wird außerdem vom Gutachten darzulegen sein, inwieweit ein Zusammenhang zwischen der überdauernden psychischen Störung bzw. dem Hang zum übermäßigen Genuss berauscher Mittel und dem Einweisungsdelikt sowie der Gefahr neuer Straftaten besteht; bei der Sicherungsverwahrung nach §§ 66, 66a, 66b StGB ist dieser symptomatische Zusammenhang bezogen auf den Hang zu Straftaten zu erörtern.

Denn die Anordnung und das Fortbestehen der Maßregeln verlangen eine Ursächlichkeit. Dabei reicht aus, dass Art und Gewicht der bisherigen und

<sup>2</sup> BVerfG Beschl. v. 10. 2. 2004 - 2 BvR 2029/01, NJW 2004, 739, 743.

## Übersicht 1

**Materielles Recht - Anordnung**

§ 63 - Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus

„wenn ... erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind“.

§ 64 - Unterbringung in einer Entziehungsanstalt

„wenn die Gefahr besteht, dass er ... erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird“.

§ 66 - Unterbringung in der Sicherungsverwahrung

„wenn die Gesamtwürdigung ergibt, dass er für die Allgemeinheit gefährlich ist“.

§ 66a - Vorbehalt der Sicherungsverwahrung

„wenn nicht mit hinreichender Sicherheit festzustellen ist, ob der Täter gefährlich ist“.

§ 66b - nachträgliche Sicherungsverwahrung „mit hoher Wahrscheinlichkeit erhebliche Straftaten“.

§ 67a - Überweisung in eine andere Maßregel

„wenn die Bestrafung des Täters dadurch besser gefördert werden kann“.

§ 67c - Spätere Beginn der Unterbringung

„ob der Zweck der Maßregel die Unterbringung nicht erfordert“

§ 68 „wenn die Gefahr besteht, dass er weitere Straftaten begehen wird“

§ 68f - Führungsaufsicht nach Vollstreckung

„ist zu erwarten“

**Materielles Recht - Aussetzung**

§ 56 StGB - anläßliche Strafaussetzung

„wenn zu erwarten ist, dass der Verurteilte sich schon die Verurteilung zur Warnung dienen lassen ... wird“

§§ 57, 57a StGB - Reststrafen-aussetzung, wenn dies unter Berücksichtigung des Sicherheitsinteresses der Allgemeinheit vorzuziehen werden kann“

§ 57b - Aussetzung einer Maßregel (§§ 63, 64) zugleich mit der Anordnung

„wenn der Zweck der Maßregel auch dadurch erreicht werden kann“

§ 57d - Aussetzung der Unterbringung Abs. 2 - allgemeine Aussetzung

„wenn zu erwarten ist, dass der Unterbrachte ... keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird“

Abs. 3 - Einleitung der Sicherungsverwahrung nach 10 Jahren

„wenn nicht die Gefahr besteht, dass der Unterbrachte infolge seines Hanges erhebliche Straftaten begehen wird“.

**Strafprozessrecht - Anordnung**

§ 246a StPO - allgemeine Voraussetzung „über den Zustand und die Behandlungsaussichten“

§ 275a StPO - Unterbringungsbefehl zur Vorbereitung der nachträglichen Sicherungsverwahrung

„dringende Gründe für die Annahme, dass nachträgliche Sicherungsverwahrung angeordnet wird“

**Strafprozessrecht - Aussetzung**

§ 454 Abs. 2 StPO - Gutachten Reststrafe oder Maßregel, ob keine Gefahr mehr besteht, dass dessen in der Tat zutage getretene Gefährlichkeit fortbesteht“

§ 463 Abs. 3 Satz 3 - Gutachten nach 10 Jahren Sicherungsverwahrung

„ob auf Grund seines Hanges weiterhin erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind“.

**Strafvollzugsrecht**

§§ 10, 11, 15 StrVollzG - Lockerungen und offener Vollzug

„wenn nicht zu befürchten ist“

künftig zu befürchtenden Straftaten durch Hang oder Störung mit verursacht sind<sup>3</sup>.

## II. Die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze<sup>4</sup>

### 1. Allgemeines

Das Prognosegutachten erfordert eine umfassende und in sich nachvollziehbare Darstellung des Erkenntnis- und Wertungsprozesses des Sachverständigen. Dazu gehören die Angabe der von ihm herangezogenen und ausgewerteten Erkenntnisinstrumente sowie der hierdurch erlangten Informationen. Es ist hierbei unerlässlich, dass sich das Gutachten mit der den Straftaten zu Grunde liegenden Dynamik und den sonstigen Tatursachen auseinandersetzt und im Vollstreckungsverfahren die Entwicklung des Täters im Hinblick auf diese Tatursachen während des Straf- und Maßregelvollzugs darstellt.

Auf der Grundlage dieser Informationen hat das Gutachten eine Wahrscheinlichkeitsaussage über das künftige Legalverhalten des Verurteilten zu treffen. Nur ein auf diese Weise erstelltes Gutachten ermöglicht es dem Gericht, den Sachverständigen zu kontrollieren, seiner eigenen Entscheidungsverantwortung, die ihm der Sachverständige nicht abnehmen kann, gerecht zu werden und auf der Basis der Wahrscheinlichkeitsaussage die ihm vorgegebene Rechtsfrage zu beantworten<sup>5</sup>.

### 2. Wahl der Untersuchungsmethode

Der Sachverständige bedient sich bei der Gutachtenerstattung methodischer Mittel, die dem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand gerecht werden. Existieren mehrere anerkannte und indizierte Verfahren, so steht deren Auswahl in seinem pflichtgemäßen Ermessen.

In diesem Rahmen ist der Sachverständige – vorbehaltlich der Sachleitungsbefugnis durch das Gericht – frei, wie er die maßgeblichen Informationen erhebt und welche Gesichtspunkte er für seine Bewertung für relevant hält. Im Rahmen der Gesamtwürdigung des Verurteilten, seiner Taten und ergänzend seiner Entwicklung während des Strafvollzugs verbietet sich eine abstrakte, allein auf statistische Wahrscheinlichkeiten gestützte Prognose.

### 3. Nachvollziehbarkeit und Transparenz

Das Gutachten muss nachvollziehbar und transparent sein. In ihm ist darzulegen, auf Grund welcher Anknüpfungstatsachen (Angaben des Probanden, Ermittlungsergebnisse, Vorgaben des Gerichts zum Sachverhalt und möglichen Tathandlungsvarianten), Untersuchungsmethoden und Denkmodelle der Sachverständige zu den von ihm gefundenen Ergebnissen gelangt ist.

### 4. Beweisgrundlagen des Gutachtens

Die sozialen und biographischen Merkmale sind unter besonderer Berücksichtigung der zeitlichen Konstanz psychischer und etwaiger psychopathologischer Auffälligkeiten zu erheben.

Dabei muss deutlich werden, ob und welche Angaben des Probanden als Anknüpfungstatsachen zu Grunde gelegt wurden; insbesondere sind eventuelle gerichtlich noch zu überprüfende Zusatzstatsachen besonders hervorzuheben.

Die Gutachtenerstattung muss auf das gefundene Beweisergebnis – gegebenenfalls mit vom Gericht vorgegebenen Sachverhaltsalternativen – eingehen. Der rechtliche Grundsatz „in dubio pro reo“ gilt nur für die gerichtliche Beweiswürdigung (vgl. unten C 1.7). Hält der Gutachter im Erkenntnisverfahren die Befragung weiterer Zeugen zur Vorbereitung seines Gutachtens für erforderlich, gilt die Verfahrensweise nach § 80 StPO.

Danach hat der Sachverständige bei der Staatsanwaltschaft oder dem Gericht auf deren Vernehmung hinzuwirken, bei der ihm gemäß § 80 II StPO ein Anwesenheits- und Fragerecht zusteht. Dies gilt in besonderem Maße in Bezug auf zeugnis- und auskunftsverweigerungsberechtigte Personen. Informativische Befragungen durch den Sachverständigen, die nur dazu dienen, die Beweiserheblichkeit des Wissens der

<sup>3</sup> BGH Beschl. v. 20. 12. 1996 - 2 StR 470/96, BGHR StGB § 64 Zusammenhang, symptomatischer 1 = NStZ-RR 1997, 231; und v. 6. 12. 2005 - 4 StR 443/05, zitiert nach juris.

<sup>4</sup> Wichtige Entscheidungen: Anordnung nach § 63 StGB: BGH Urt. v. 19. 2. 2002 - 1 StR 546/01, NStZ 2002, 533; Beschl. v. 12. 11. 2004 - 2 StR 367/04, BGHSt 49, 347ff. = NStZ 2005, 205; Urt. v. 21. 4. 1998 - 1 StR 103/98, NJW 1998, 2986; und v. 8. 1. 1999 - 2 StR 430/98, BGHSt 44, 338 = NJW 1999, 1792; Entlassung aus der Maßregel nach § 63 StGB: OLG Frankfurt Beschl. v. 24. 1. 2000 - 3 Ws 1123/99 u.a., NStZ-RR 2001, 311; Anordnung nach § 64 StGB: BGH Beschl. v. 22. 9. 1999 - 3 StR 393/99, NStZ 2000, 25; und v. 16. 7. 2002 - 4 StR 179/02; Anordnung der Sicherungsverwahrung: BGH Urt. v. 11. 9. 2002 - 2 StR 193/02, NStZ 2003, 201; v. 17. 12. 2004 - 1 StR 395/04, StV 2005, 129; und v. 22. 1. 1998 - 4 StR 527/97, NStZ-RR 1998, 206; vorbehaltene Sicherungsverwahrung: BGH Urt. v. 8. 7. 2005 - 2 StR 120/05, NJW 2005, 3155; nachträgliche Sicherungsverwahrung: BVerfG Urt. v. 10. 2. 2004 - 2 BvR 834/02/2 BvR 1588/02, NJW 2004, 750ff.; v. 11. 5. 2005 - 1 StR 37/05, NStZ 2005, 561; v. 25. 11. 2005 - 2 StR 272/05, NStZ 2006, 156; v. 19. 1. 2006 - 4 StR 222/05, NJW 2006, 1446; und v. 22. 2. 2006 - 5 StR 585/05, NJW 2006, 1442.

<sup>5</sup> OLG Koblenz Beschl. v. 21. 5. 2003 - 1 Ws 301/03, StV 2003, 686; OLG Nürnberg Beschl. v. 13. 12. 2001 - Ws 1434/01, StV 2003, 682; und v. 22. 8. 2001 - Ws 942/01, NStZ-RR 2002, 154f. (Anforderungen an ein Gutachten nach § 67e StGB).

## Übersicht 2

Vorwiegend tatsächliche Merkmale	Vorwiegend normative Merkmale
zu erwartende Tatart;	Gesamtwirkung;
Grad der Wahrscheinlichkeit;	Hang; frühe oder späte;
Grad der Gefährlichkeit; Zustand;	Einseitigkeit der Tatart;
sich zur Warnung dienen lassen;	Gefährlichkeit für die Allgemeinheit;
Erreichung des Zwecks der Maßregel;	Verantwortbarkeit unter Berücksichtigung des
Behandlungsaussichten;	Sicherheitsrisikos der Allgemeinheit;
Erreichbarkeit für therapeutische Interventionen.	vertrauliche Prognose.

Auskunftsperson festzustellen und gegebenenfalls ihre Vernehmung zu beantragen, sind zulässig<sup>6</sup>.

Bei Prognosegutachten im Rahmen des Vollstreckungsverfahrens gilt das strafprozessuale Freibeweisverfahren, bei dem es dem Gericht gestattet ist, auch Informationen aus so genannten Fremdanamnesen des Sachverständigen zu berücksichtigen. Im Hinblick auf die auch in diesem Verfahrensstadium nicht ausgeschlossene Befragung von Zeugen sollte der Sachverständige diese darauf hinweisen, dass er über das Ergebnis das Gericht informieren muss und hierüber unter Umständen als Zeuge vernommen werden kann. Außerdem sollte er zeugnis- und auskunftsverweigerungsberechtigte Personen auf ihr Verweigerungsrecht hinweisen.

Die Einsichtnahme in Gefangenenpersonalakten ist nach Maßgabe von § 180 II-XI StVollzG zulässig. Für die Einsichtnahme in Maßregelvollzugsakten gelten die Maßregelvollzugsgesetze der Länder, die – jedenfalls bei Einwilligung des Untergebrachten – eine Akteneinsicht gestatten. Soweit personenbezogene Daten aus therapeutischen Behandlungsmaßnahmen benötigt werden, die der Gefangene oder der Patient Ärzten, Psychologen oder Sozialarbeitern als Geheimnis anvertraut hat, ist § 182 StVollzG zu beachten. Soweit die Maßregelvollzugsgesetze der Länder hierzu keine speziellen Regelungen enthalten, sind die zu § 182 StVollzG entwickelten Grundsätze für Maßregelvollzugspatienten entsprechend anzuwenden.

### III. Beratung des Richters durch den Sachverständigen

Die gerichtlichen Entscheidungen, denen eine Kriminalprognose zu Grunde liegt, bestehen in der Regel aus zwei Teilen: aus der Sammlung der Anknüpfungstatsachen und aus der rechtlichen Bewertung der festgestellten Umstände.

Die rechtlichen Vorgaben für die Prognose setzen sich aus Merkmalen zusammen, die vorwiegend tatsächlicher Natur sind und deshalb mit Hilfe der Erfahrungswissenschaften erhoben werden, sowie aus solchen, die vorwiegend normativer Natur sind. Dabei sieht die Arbeitsgruppe, dass auch normative Merkmale tatsächliche Elemente enthalten, zu denen sich der Sachverständige aus erfahrungswissenschaftlicher Sicht äußern kann, über die der Richter aber gleichwohl ohne Bindung an dessen Auffassung zu entscheiden hat. Beispiele sind in der Übersicht 2 (vgl. oben) in zwei Gruppen aufgeführt.

Der Gutachter hilft mit seinen erfahrungswissenschaftlichen Erkenntnismöglichkeiten dem Gericht bei der Feststellung der für die Prognose notwendigen Tatsachen. Die darauf aufbauende rechtliche Entscheidung ist allein Sache des Gerichts. Auch die vom Gesetz geforderte Gefahrenprognose, also das Urteil, ob sie in dem jeweiligen rechtlichen Rahmen ausreichend günstig, bzw. hinreichend negativ ist oder nicht, ist ausschließlich ein normativer Prozess. Das Gericht hat die mit Hilfe des Sachverständigen ermittelten Merkmale und dessen Wahrscheinlichkeitseinschätzung unter Berücksichtigung der Verfassungsgrundsätze des Rechtsstaatsprinzips (Art. 20 III GG), insbesondere des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit (Art. 20 III GG) und des Gewichts des Freiheitsgrundrechts (Art. 2 II 2 GG) seinem eigenständigen prognostischen Urteil zu Grunde zu legen.

<sup>6</sup> BGH Beschl. v. 7. 6. 1956 - 3 StR 136/56, BGHSt 9, 292, 296.



## IV. Besonderheiten im Vollstreckungsverfahren<sup>7</sup>

Hier besteht grundsätzlich eine Bindung des Sachverständigen an die Feststellungen des im Erkenntnisverfahren ergangenen Urteils. Dies gilt auch, wenn der Sachverständige andere Feststellungen zum Sachverhalt oder zu den Motiven der Tatbegehung treffen will. Deshalb darf der Sachverständige keine widersprüchlichen, sondern nur ergänzende Feststellungen seiner Beurteilung zu Grunde legen. Andererseits dürfen aus psychiatrischer oder psychologischer Sicht oder neu aufgetretene Aspekte, wie etwa eine vom Urteil abweichende Motivationslage bei der Tatbegehung, bei der Kriminalprognose nicht unberücksichtigt bleiben und können das Ergebnis der Begutachtung entscheidend beeinflussen.

In diesem Fall hat der Gutachter den von ihm festgestellten Sachverhalt seiner Expertise zu Grunde zu legen, muss aber den Auftraggeber ausdrücklich auf die festgestellten Widersprüche hinweisen. Der Richter hat sodann die rechtliche Erheblichkeit der Sachverhaltsänderungen und die Frage der Reichweite der materiellen Rechtskraft zu beurteilen. Er hat dem Sachverständigen gegebenenfalls ergänzende Aufträge zu erteilen.

Hinsichtlich des Prognosemaßstabes besteht bei Strafvollstreckungssachen die Besonderheit, dass je nach der Schwere der Straftaten, die vom Verurteilten nach Erlangung der Freiheit im Falle eines Bewährungsbruchs zu erwarten stünden, unterschiedliche Anforderungen an das Maß der Wahrscheinlichkeit für

ein künftiges strafloses Leben des Verurteilten zu stellen sind<sup>8</sup>. Im Regelfall genügt die hinreichende Wahrscheinlichkeit, der Verurteilte werde künftig keine Straftaten mehr begehen. Das individuelle erforderliche Maß an Wahrscheinlichkeit der Legalbewährung hängt jedoch maßgeblich von dem bedrohten Rechtsgut ab. Je schwerer das Übel bei einem Rückfall sein wird, desto größer ist das Sicherheitsbedürfnis der Allgemeinheit zu veranschlagen<sup>9</sup>. Indes schließt die Klausel von der Verantwortbarkeit der Vollstreckungsaussetzung (§ 57 I 1 Nr. 2 StGB) es in allen Fällen mit ein, dass ein Restrisiko eingegangen wird<sup>10</sup>.

Die Arbeitsgruppe war sich auch darüber einig, dass zu einem Prognosegutachten eine Aussage über die weitere Behandlungsbedürftigkeit und die Behandlungsfähigkeit des Verurteilten gehört. Dies beinhaltet eine Aussage zu den in Betracht kommenden Therapiemöglichkeiten, zu der Notwendigkeit einer ambulanten Nachsorge sowie zu der Ausgestaltung von Auflagen und Weisungen im Rahmen der Bewährung oder der Führungsaufsicht<sup>11</sup>.

## Katalog der formellen und inhaltlichen Mindestanforderungen für kriminalprognostische Gutachten

### I. Formelle Mindestanforderungen an ein Prognosegutachten

Für ein fachgerechtes kriminalprognostisches Gutachten gelten die Prinzipien, die generell für die wissenschaftlich fundierte Begutachtung im Einzelfall zu berücksichtigen sind. Die unter I. genannten Mindestanforderungen für ein handwerklich ordentliches Gutachten sind daher weitestgehend identisch mit den Kriterien, die in den *Mindestanforderungen für Schuld-*

<sup>7</sup> Wichtige Entscheidungen: Strafaussetzung nach § 57 I StGB: BVerfG Beschl. 24. 10. 1999 - 2 BvR 1538/99, NJW 2000, 502; OLG Karlsruhe Beschl. v. 16. 6. 2000 - 3 Ws 42/00, StV 2002, 322; Strafaussetzung nach § 57a StGB: BVerfG Beschl. v. 22. 3. 1998 - 2 BvR 77/97, NJW 1998, 2202 = NStZ 1998, 373; OLG Karlsruhe Beschl. v. 23. 7. 2001 - 3 Ws 50/01, StV 2002, 34; Straftaten gegen das Leben und andere Gewaltstraftaten: OLG Frankfurt a.M. Beschl. v. 11. 3. 1999 - 3 Ws 218/99, NStZ-RR 1999, 346; KG Beschl. v. 3. 4. 1998 - 5 Ws 180/98; Sexualstraftaten: OLG Stuttgart StV 1998, 669; OLG Karlsruhe Beschl. v. 26. 7. 2004 - 1 Ws 189/04, NStZ-RR 2005, 172 (abgedr. auch bei juris); Halbstrafenaussetzung nach § 57 II StGB: OLG Karlsruhe Beschl. v. 22. 11. 2004 - 1 Ws 383/04, StV 2005, 276; OLG Frankfurt a.M. Beschl. v. 9. 7. 2002 - 3 Ws 695/02, NStZ-RR 2002, 282; Lockerungsprognose nach § 11 II StVollzG: BVerfG Beschl. v. 13. 12. 1997 - 2 BvR 1404/97, NJW 1998, 1133; OLG Karlsruhe Beschl. v. 23. 7. 2001 - 3 Ws 50/01, StV 2002, 34; OLG Frankfurt a.M. Beschl. v. 5. 11. 2003 - 3 Ws 981/03, NStZ-RR 2004, 94; Erledigung der Sicherungsverwahrung nach § 67d III StGB: BVerfG Urt. v. 10. 2. 2004 - 2 BvR 2029/01, NJW 2004, 739; OLG Hamm Beschl. v. 4. 8. 2005 - 4 Ws 343/05; OLG Karlsruhe Beschl. v. 31. 1. 2006 - 1 Ws 153/05; Erledigung der Maßregel nach § 67d VI StGB: OLG Frankfurt a.M. Beschl. v. 3. 6. 2006 - 3 Ws 298-299/05, RuP 2006, 151 = NStZ-RR 2005, 252 (Ls).

<sup>8</sup> BGH Beschl. v. 25. 4. 2003 - StB 4/03 = 1 AR 266/03, NStZ-RR 2003, 201.

<sup>9</sup> OLGe Saarbrücken Beschl. v. 24. 8. 1998 - 1 Ws 159/98, NJW 1999, 439; Koblenz Beschl. v. 28. 5. 1998 - 1 Ws 282/98, NJW 1999, 734; und Hamm Beschl. v. 20. 2. 1998 - 2 Ws 84/98, NStZ 1998, 376.

<sup>10</sup> BVerfG Beschl. v. 22. 3. 1998 - 2 BvR 77/97, NJW 1998, 2202 = NStZ 1998, 373; OLG Frankfurt a.M. Beschl. v. 10. 7. 1998 - 3 Ws 491/98, NStZ-RR 1998, 306.

<sup>11</sup> Grdl. BVerfGE 70, 297; vgl. ferner etwa BVerfG Beschl. 13. 12. 1997 - 2 BvR 1404/96, NJW 1998, 1133 (sinnvoller Behandlungsvollzug); OLG Karlsruhe Beschl. v. 16. 3. 1998 - 1 Ws 21/98, NJW 1998, 3213 = NStZ 1998, 638; und v. 23. 7. 2001 - 3 Ws 50/01, StV 2002, 34.

*fähigkeitsgutachten*<sup>12</sup> genannt wurden. Sie werden hier nochmals genannt, um die Übereinstimmung zu betonen und zugleich Transparenz und Nachvollziehbarkeit des Gesamtkatalogs zu sichern. Zudem werden nachfolgend einige Kriterien im Hinblick auf die kriminalprognostische Begutachtungssituation erläutert.

Kriminalprognostische Gutachten setzen eine einschlägige Erfahrung in der Exploration von Straffälligen, Kompetenz im eigenen psychiatrischen, psychologischen oder sexualmedizinischen Fachgebiet sowie gediegene kriminologische Kenntnisse voraus.

### **I.1 Nennung von Auftraggeber und Fragestellung, ggf. Präzisierung**

Die Präzisierung ist dann erforderlich, wenn aus Sicht des Sachverständigen der Auftrag für das Gutachten nicht eindeutig ist. Zur weiteren Abklärung der Beweisfrage ist beim Auftraggeber rückzufragen.

### **I.2 Darlegung von Ort, Zeit und Umfang der Untersuchung**

### **I.3 Dokumentation der Aufklärung**

### **I.4 Darlegung der Verwendung besonderer Untersuchungs- und Dokumentationsmethoden (z.B. Videoaufzeichnung, Tonbandaufzeichnung, Beobachtung durch anderes Personal, Einschaltung von Dolmetschern)**

### **I.5 Exakte Angabe und getrennte Wiedergabe der Erkenntnisquellen**

- ◆ Akten
- ◆ Subjektive Darstellung des Probanden
- ◆ Beobachtung und Untersuchung
- ◆ Zusätzlich durchgeführte Untersuchungen (z.B. bildgebende Verfahren, psychologische Zusatzuntersuchung, Fremdanamnese). Der Sachverständige hat zu begründen, wenn die Erschließung weiterer Informationsquellen notwendig ist. Zusätzlich zu medizinischen und psychologischen Untersuchungsverfahren können z.B. die Einholung fremdanamnestischer Angaben von signifikanten Dritten (z.B. Partnerinnen) zur Gewinnung von Informationen über den sozialen Empfangsraum oder das Sexualleben des Probanden erforderlich werden. Während medizinische und psychologische Untersuchungsverfahren von ihm selbst durchgeführt oder veranlasst werden können, sind Zeugenvernehmungen (sog. Fremd-

anamnese) durch den Sachverständigen nicht unproblematisch; es ist hier allemal in enger Absprache mit dem Auftraggeber vorzugehen (vgl. zu den Einzelheiten B.II.4).

### **I.6 Kenntlichmachen der interpretierenden und kommentierenden Äußerungen und deren Trennung von der Wiedergabe der Informationen und Befunde**

### **I.7 Trennung von gesichertem medizinischem (psychiatrischem, psychopathologischem) sowie psychologischem und kriminologischem Wissen und subjektiver Meinung oder Vermutungen des Gutachters**

### **I.8 Offenlegung von Unklarheiten und Schwierigkeiten und den daraus abzuleitenden Konsequenzen, ggf. rechtzeitige Mitteilung an den Auftraggeber über weiteren Aufklärungsbedarf**

### **I.9 Kenntlichmachen der Aufgaben- und Verantwortungsbereiche der beteiligten Gutachter und Mitarbeiter**

### **I.10 Bei Verwendung wissenschaftlicher Literatur Beachtung der üblichen Zitierpraxis**

Unnötig ist das Auflisten von gängigen Lehrbüchern oder Diagnosemanualen am Schluss eines Gutachtens. Mit Fundstelle belegt werden sollte spezielle Literatur, aus der im Gutachten zitiert wird, um bestimmte wissenschaftliche Sachverhalte zu verdeutlichen.

### **I.11 Klare und übersichtliche Gliederung**

### **II.1 Mindestanforderungen bei der Informationsgewinnung**

Abschnitt II beleuchtet die Notwendigkeiten bei der Durchführung der Begutachtung, der Erschließung der schriftlich dokumentierten Informationen und der Untersuchung des Probanden selbst. Ziel dieser Informationserschließung ist es, ein möglichst exaktes, durch Fakten gut begründetes Bild der Person des Probanden, seiner Lebens- und Delinquenzgeschichte, der in seinen Taten zutage getretenen Gefährlichkeit und seiner seitherigen Entwicklung zu gewinnen. Ohne die Rekonstruktion der Persönlichkeitsproblematik, der Lebens- und Delinquenzgeschichte fehlt einer in die Zukunft gerichteten Risikoeinschätzung das entscheidende Fundament.

Es ist nicht ausreichend, sich allein auf die Angaben des Probanden oder das Vollstreckungsheft zu stützen, zumal sich das Gutachten aus dem Erkenntnisverfahren nicht darin befindet; in der Regel ist also die Einsichtnahme in die Verfahrensakten erforder-

<sup>12</sup>Vgl. NStZ 2005, 57-62 = Der Nervenarzt [76] 2005, 1154ff.

lich, zudem sind Vorstrafakten, Krankenakten oder Gefangenen-Personalakten bedeutsam. Für eine problemorientierte Exploration des Probanden ist es unerlässlich, dass der Sachverständige über ein sicheres Faktenwissen über die Ereignisse in der Vergangenheit verfügt, aber auch über Zeugenaussagen und frühere Einlassungen des Probanden. Der Sachverständige hat ggf. eigenständig die relevanten Akten anzufordern.

### II.1.1 Umfassendes Aktenstudium (Sachakten, Vorstrafakten, Gefangenenpersonalakten, Maßregelvollzugsakten)

Zur Rekonstruktion der Ausgangsproblematik sind die Sachakten des zu Grunde liegenden Verfahrens und ggf. die Akten zu früheren relevanten Strafverfahren wichtig. Für die Rekonstruktion des Verlaufs seit der Verurteilung sind die Stellungnahmen der Haftanstalten und Maßregeleinrichtungen (im Vollstreckungsheft) sowie die Anstaltsakten grundlegend. Zur Einsichtnahme in diese Akten vgl. B.II.4).

Die wesentlichen, beurteilungsrelevanten Ergebnisse der Aktenauswertung sind im Gutachten schriftlich darzustellen, so dass das Gutachten aus sich heraus verständlich und auch in seinen Schlussfolgerungen nachvollziehbar wird.

### II.1.2 Adäquate Untersuchungsbedingungen

Die Exploration sollte unter fachlich akzeptablen Bedingungen durchgeführt werden, bei denen ein diskretes, ungestörtes und konzentriertes Arbeiten möglich ist.

### II.1.3 Angemessene Untersuchungsdauer unter Berücksichtigung des Schwierigkeitsgrads, ggf. an mehreren Tagen

Die Exploration ist für den Probanden möglicherweise für Jahre die letzte Chance, seine Person und seine Sicht der Dinge darzustellen. Dafür sollte ihm angemessen Raum gegeben werden. Bei begrenzten Fragestellungen oder bei ausführlichen vorangegangenen Begutachtungen kann ein einziger Untersuchungstermin ausreichend sein. Bei komplexen Fragestellungen und einem bislang unbekanntem Probanden wird der Sachverständige schon wegen der Fülle der zu besprechenden Themen (siehe II.1.5) meist mehrere Termine wahrnehmen müssen.

### II.1.4 Mehrdimensionale Untersuchung

- ◆ Entwicklung und gegenwärtiges Bild der Persönlichkeit,
- ◆ Krankheits- und Störungsanamnese,

- ◆ Analyse der Delinquenzgeschichte und des Tatbildes.

Unter „mehrdimensionaler Untersuchung“ ist zu verstehen, dass themenbezogene 3 elementare Bereiche exploriert werden: Person – Krankheit – Delinquenz. Eine Reduktion auf nur 2 oder eines dieser Themen macht das Gutachten insuffizient. Die 3 Bereiche sind im individuellen Lebensverlauf zeitlich und sachlich verzahnt, was im Gespräch oft ein chronologisches Vorgehen nahe legt. Wenn die Prognosebegutachtung die erste forensische Begutachtung des Probanden ist, sollte man sich hinsichtlich der zu erhebenden Informationen an den „Mindestanforderungen für die Schuldfähigkeitsbegutachtung“ orientieren. Dies betrifft insbesondere die delikt- und diagnosespezifische Exploration.

### II.1.5 Umfassende Erhebung der dafür relevanten Informationen

Hierzu gehören insbesondere: Herkunftsfamilie, Ersatzfamilie, Kindheit (Kindergartenalter, Grundschulalter), Schule/Ausbildung/Beruf, finanzielle Situation, Erkrankungen (allgemein/psychiatrisch), Suchtmittel, Sexualität, Partnerschaften, Freizeitgestaltung, Lebenszeit-Delinquenz (evtl. Benennung spezifischer Tatphänomene sowie Progredienz, Gewaltbereitschaft, Tatmotive etc.), ggf. Vollzugs- und Therapieverlauf, soziale Bezüge, Lebenseinstellungen, Selbsteinschätzung, Umgang mit Konflikten, Zukunftsperspektive. Ausführliche Exploration insbesondere in Bezug auf die Lebenszeitdelinquenz (Delikteinsicht, Opferempathie, Veränderungsprozesse seit letztem Delikt, Einschätzung von zukünftigen Risiken und deren Management)

- ◆ Erörterung von faktischen Diskrepanzen mit dem Probanden,
- ◆ Überprüfung der Stimmigkeit der gesammelten Informationen,
- ◆ Ansprechen von Widersprüchen zwischen Exploration und Akteninhalt.

Wenn der Proband rechtskräftig abgeurteilt ist, kann und muss der Sachverständige von den Urteilsfeststellungen ausgehen (vgl. oben unter B. IV) und darf den Probanden mit den zu Grunde liegenden Sachverhalten konfrontieren, ohne dass er sich damit dem Vorwurf der Befangenheit aussetzt. Einzelne Sachverhalte, insbesondere zur Delinquenzgeschichte, müssen gezielt erfragt werden, was Aktenkenntnis des Sachverständigen voraussetzt. Wenn der Proband Angaben macht, die deutlich von früheren Einlassungen oder

von relevanten Akteninformationen abweichen, so sind diese Diskrepanzen anzusprechen. Wie die Probanden darauf reagieren, ist ein weiterer wichtiger Teil der Informationsgewinnung.

Informativ ist eine Wiedergabe der Äußerungen im Gutachten, aus der die Gesprächs- und Argumentationshaltung des Probanden deutlich wird. Die möglichst getreue Dokumentation von Kernaussagen erleichtert es, sie einem späteren Vergleich zugänglich zu machen.

### **II.1.6 Beobachtung des Verhaltens während der Exploration, psychischer Befund, ausführliche Persönlichkeitsbeschreibung**

Unverzichtbar im Gutachten ist eine ausführliche und anschauliche Beschreibung des psychischen Ist-Zustandes des Probanden. Der Sachverständige soll das Interaktionsverhalten, die Selbstdarstellungsweisen, die emotionalen Reaktionsweisen, den Denkstil des Probanden in der Untersuchungssituation wahrnehmen, beschreiben und (persönlichkeits-)diagnostisch zuordnen. Es ist also wichtig, sich bald nach den Gesprächen nochmals alle Wahrnehmungen zu vergegenwärtigen und sie sprachlich zu fassen. Bei einem zweiten Untersuchungsgespräch können erste Eindrücke überprüft und eventuell korrigiert werden. Der „Psychische Befund“ ist durch die Wiedergabe testpsychologischer Ergebnisse nicht ersetzbar (s. II.1.8).

### **II.1.7 Überprüfung des Vorhandenseins empirisch gesicherter, kriminologischer und psychiatrischer Risikovariablen, ggf. unter Anwendung geeigneter standardisierter Prognoseinstrumente**

Die Informationen aus Aktenstudium und Exploration können mit erfahrungswissenschaftlich fundierten, standardisierten Instrumenten zur Risikoeinschätzung erfasst und partiell bewertet werden. Diese Instrumente sind zunächst hilfreiche Checklisten, um zu prüfen, ob die Exploration all jene Bereiche erfasst hat, die in vielen Fällen kriminologisch relevant sind. Sie erfassen besonders wichtige und besonders häufige Risikofaktoren. Ein Ende der Entwicklung neuer standardisierter Verfahren ist nicht abzusehen. Insofern ist die Festlegung auf ein bestimmtes Verfahren weder sinnvoll noch notwendig. Das benutzte Verfahren hat aber bereits aus ethischen Gründen vier methodische Mindestanforderungen zu erfüllen: Es muss standardisiert sein, es muss ein Manual zur Erläuterung von Vorgehen, Items und Auswertung existieren, es müssen Daten zur Reliabilität und Validität des Instruments vorliegen. Der Sachverständige muss darin ausgebildet und imstande sein, dieses Verfahren kompetent anzuwenden. Er muss ein korrektes, den

Operationalisierungen entsprechendes Verständnis der Items und der Skalierung haben. Prognoseinstrumente ersetzen die hermeneutische oder hypothesengeleitete Individualprognose nicht, helfen aber, empirisches Wissen für die Prognose nutzbar zu machen und die internationalen Prognosestandards einzuhalten.

II.1.8 Indikationsgeleitete Durchführung testpsychologischer Diagnostik unter Beachtung der Validitätsprobleme, die sich aus der forensischen Situation ergeben

- ◆ Indikationsgeleitete Durchführung geeigneter anderer Zusatzuntersuchungen

Testpsychologische Untersuchungen können, wenn sie Antworten auf nachvollziehbare Fragen liefern, nützlich sein, ebenso die Zweitsicht des Probanden durch einen Psychologen. Für Prognosegutachten sind die Eignung und die Validität psychologischer Tests von besonderer Bedeutung und müssen im Gutachten dargelegt werden. Entscheidende, gar objektive Hinweise zur Prognose sind aus testpsychologischen Aktualbefunden nicht ableitbar, insbesondere nicht durch den Abgleich mit testpsychologischen Befunddaten aus dem Erkenntnisverfahren, bei dem sich der Proband in einer ganz anderen psychischen Situation befand.

Andere Zusatzuntersuchungen, z.B. mit bildgebenden Verfahren, sind sehr selten erforderlich und am ehesten angebracht, wenn es eine zwischenzeitlich eingetretene Erkrankung weiter abzuklären gilt (Alkoholfolgeschäden, Unfallschäden). Allein Forschungsinteresse kann solche Zusatzuntersuchungen im Rahmen der Begutachtung nicht begründen.

## **II.2 Diagnose und Differentialdiagnose**

Die Erhebung der Informationen wird abgeschlossen mit der Benennung einer möglichst genauen Diagnose (orientiert gegenwärtig an ICD-10 oder DSM-IV-TR), sofern ein forensisch-psychiatrisch zu beschreibender Sachverhalt vorliegt. An dieser Stelle sind auch differentialdiagnostische Optionen zu benennen. Die eingehende Diskussion der Diagnose und der ihr in diesem Fall zu Grunde liegenden Sachverhalte sowie der Differentialdiagnose erfolgt dann hier oder im Rahmen der Beurteilung.

## **II.3 Mindestanforderungen bei Abfassung des Gutachtens**

Bei diesen von der interdisziplinären Arbeitsgruppe erstellten Mindestanforderungen handelt es sich um Prüfschritte, nach denen der forensische Prognosegutachter gedanklich arbeitet. Für die Verfahrensbetei-

lichten muss überprüfbar sein, auf welchem Weg und auf welcher wissenschaftlichen Grundlage der Sachverständige zu den von ihm gefundenen Ergebnissen gelangt ist. Die vom Sachverständigen im Einzelfall gewählte Vorgehensweise ist abhängig von der speziellen Beurteilungsproblematik, dem Gewicht des zu beurteilenden Delikts, der Gefahr weiterer erheblicher Straftaten und der sich daraus ableitenden Intensität der Begutachtung. Bei Mehrfachbegutachtungen ist zu beachten, dass es keine schlichte Fortschreibung bisheriger Stellungnahmen geben sollte.

### II.3.1 Konkretisierung der Gutachtensfrage aus sachverständiger Sicht, z.B. Rückfall nach Entlassung, Missbrauch einer Lockerung

Zu Beginn der gutachterlichen Schlussfolgerungen ist es sinnvoll, den Kern des Begutachtungsauftrags nochmals zu benennen und die dafür wichtigen Gesichtspunkte zu konkretisieren. Sicherlich macht es einen Unterschied, ob es um Entlassung oder aber Lockerungen geht, ob um die Begehung neuer Straftaten oder Flucht. Es gibt je nach Fragestellung und Fallgestaltung (Deliktsart, psychische Krankheit, Alter etc.) mehr oder weniger umfangreiche erfahrungswissenschaftliche Kriterien. Allemal aber geht es dann im ersten Schritt darum, aus der Rekonstruktion der Vorgeschichte die basale Problematik des Probanden zu analysieren.

### II.3.2 Analyse der individuellen Delinquenz, ihrer Hintergründe und Ursachen (Verhaltensmuster, Einstellungen, Werthaltungen, Motivationen)

Anhand der gewonnenen Erkenntnisse ist als erste Teilaufgabe die Frage zu klären, worin bei dieser Person ihre „in den Taten zutage getretene Gefährlichkeit“ besteht, was bei dieser Person die allgemeinen und besonderen Gründe ihrer Straffälligkeit sind. Es geht dabei um die Erfassung der verhaltenswirksamen Einstellungen, Werthaltungen, Motive, Intentionen, emotional-affektiver Reaktionsweisen sowie eingeschliffener Verhaltensmuster.

Ausgangspunkt jeder Prognose ist es, die bisherige delinquente Entwicklung dieses Menschen nachzuzeichnen und aufzuklären. Dies umfasst die Rekonstruktion von Biographie und Delinquenzgeschichte und ggf. Krankheitsgeschichte, von Tatablauf und Tathintergründen des Anlassdelikts sowie weiterer bedeutsamer Taten.

Auf diese Weise soll eine ganz individuelle Theorie generiert werden, aus welchen Gründen gerade diese Person bislang straffällig geworden ist, was ggf. ihre Straffälligkeit aufrechterhalten und ausgeweitet hat.

### II.3.3 Mehrdimensionale biografisch fundierte Analyse unter Berücksichtigung der individuellen Risikofaktoren

#### ◆ *deliktspezifisch*

Hierher gehört die möglichst genaue Rekonstruktion von Tatablauf und Tathintergründen beim Anlassdelikt sowie bei weiteren bedeutsamen Taten. Die Analyse der Dynamik, die den Anlassdelikt zu Grunde lag, ergibt sich aus der speziellen Delinquenzanamnese.

#### ◆ *krankheits- oder störungsspezifisch*

Hier ist zu erläutern, ob und in welcher Ausprägung psychische Störungen, sexuelle Paraphilien oder sonstige Krankheiten aufgetreten sind und wie sie sich auf delinquentes Verhalten ausgewirkt haben.

#### ◆ *persönlichkeitsspezifisch*

Ebenso sind die Persönlichkeitsentwicklung und ihre Bedeutung für kriminelles Verhalten (oder ggf. deren protektive Wirkung) zu überprüfen.

Auf Grund der Analyse dieser 3 Dimensionen soll vor dem Hintergrund empirischen Wissens eine individuelle Theorie generiert werden, wodurch die Straffälligkeit dieser Person bislang gefördert wurde. Es geht um die persönlichen und situativen Bedingungsfaktoren der Straftaten und ihre zeitliche Stabilität. Dabei können die situativen Faktoren hochspezifisch und unwiederholbar oder aber überdauernd oder allgegenwärtig sein. Es ist also nicht nur zu erörtern, worin die in den bisherigen Taten zutage getretene Gefährlichkeit dieser Persönlichkeit bestanden hat, sondern auch, wie stabil und dauerhaft die der Rückfallgefahr zu Grunde liegenden Faktoren sind. Hierzu bedarf es der Darlegung der empirischen Erkenntnis über die jeweiligen Risikofaktoren.

Anhaltspunkte und grobe Risikoeinschätzungen können dazu die standardisierten Instrumente liefern (vgl. oben II.1.7). Unter Bezugnahme auf deren Ergebnisse oder auch das kriminologische und forensisch-psychiatrische Erfahrungswissen ist eine grobe Zuordnung des Falles zu Risikogruppen möglich (in der Regel in Form einer Dreiteilung: hohes – mittleres – niedriges Risiko). Auf dieser Ebene klärbar sind am ehesten Fälle mit gruppenstatistisch belegtem sehr hohem oder sehr niedrigem Risiko. Entscheidend ist aber die Rekonstruktion der Gefährlichkeit und des Rückfallrisikos im Einzelfall, das von dem der Bezugsgruppe erheblich abweichen kann.

### **II.3.4 Abgleich mit dem empirischen Wissen über das Rückfallrisiko möglichst vergleichbarer Tätergruppen (Aufzeigen von Überstimmungen und Unterschieden)**

Der sorgfältig abgeklärte Einzelfall sollte sodann darauf hin geprüft werden, ob er als typisch in eine bekannte Tätergruppe passt, zu der man die wesentlichen Rückfalldaten kennt („Basisraten“). Es gibt einige Tätergruppen (z.B. bei Sexualdelikten, Raubdelikten, Verkehrsdelikten, Drogendelikten), bei denen es bekannte Rückfallquoten gibt, zumindest unspezifische Daten über erneute Bestrafung, manchmal auch Daten zu spezifischer Rückfälligkeit (mit dem gleichen Delikt). In der Regel interessiert den Sachverständigen nicht nur ein Rückfall mit dem gleichen Delikt, sondern mit jedem schweren Delikt. Die gruppenstatistischen Rückfallquoten in sehr vielen Deliktsbereichen liegen im Spektrum von 20 bis 50%. Je mehr Variablen gleichzeitig berücksichtigt werden sollen (z.B. Deliktart, Intelligenz, kultureller Hintergrund, psychische Krankheit oder Substanzmissbrauch), desto seltener gibt es eine passende Vergleichsgruppe mit bekannter Basisrate der Rückfälligkeit. Es geht also hier noch nicht um die Entscheidung im Einzelfall, sondern wie im vorangehenden Punkt um eine Verortung des Einzelfalls im kriminologischen Erfahrungsraum. Einen Probanden mit einem gruppenstatistisch niedrigen Rückfallrisiko (z.B. sozial gut eingebundener, sonst nicht straffälliger Ersttäter, nicht gewaltsamer sexueller Missbrauch der 13jährigen Tochter der Partnerin, nicht pädophil, Basisrate unter 10% Rückfallrisiko) wird man vor diesem kriminologischen Erfahrungshintergrund anders diskutieren als einen Probanden, dessen Merkmale gruppenstatistisch auf eine sehr hohe Rückfallwahrscheinlichkeit verweisen.

### **II.3.5 Darstellung der Persönlichkeitsentwicklung des Probanden seit der Anlasstat unter besonderer Berücksichtigung der Risikofaktoren, der protektiven Faktoren, des Behandlungsverlaufs und der Angemessenheit (Geeignetheit) der angewandten therapeutischen Verfahren**

Die 2. Teilaufgabe besteht in der Klärung der Frage, wie der Verlauf seit der Anlasstat aussieht und zu bewerten ist.

Die Prüfung der relevanten Entwicklungen in der Zeit seit der Tat erlaubt weitere Aussagen über die Persönlichkeit des Probanden, über mögliche Veränderungsprozesse und sein Veränderungspotential. Sie dient zugleich in gewissem Umfang einer Überprüfung der Theorie über die Persönlichkeitsentwicklung und die Handlungsbereitschaften bis zur Tat. Besonde-

re Aufmerksamkeit gilt den Risikopotentialen dieser Person und ihrer Veränderbarkeit sowie der Verstärkung protektiver Faktoren. Zu diskutieren ist, wodurch Änderungen bedingt sein mögen, und welche Ressourcen und Möglichkeiten, aber auch Grenzen dabei sichtbar werden.

In vielen Fällen ist dies verknüpft mit einer sachkundigen Therapieverlaufs-Beurteilung. Dabei ist nicht nur zu betrachten, was der Proband geleistet hat, sondern auch, ob die angebotenen oder durchgeführten Therapien überhaupt geeignet waren, ihn zu fördern und Delinquenzrisiken zu mindern. Entscheidend ist, ob in der Exploration und im Vollzugsverlauf sichtbar wird, dass die Behandlung gewirkt hat. Es geht nicht um irgendwelche Veränderungen oder sozial erwünschte Fortschritte, sondern um die Abklärung, welche Risikofaktoren deutlich abgeschwächt und welche unverändert sind, ob und welche protektiven Faktoren aufgebaut wurden. Das Gutachten soll aufzeigen, woran man dies konkret erkennen kann.

### **II.3.6 Auseinandersetzung mit Vorgutachten**

Vorgutachter können zur gleichen Schlussfolgerung gekommen sein wie das gegenwärtige Gutachten, sie können aber auch davon abweichen. Mit beidem muss sich der Sachverständige auseinandersetzen. Auch die von den Vorgutachten erhobenen Informationen sind ggf. erneut zu gewichten und ggf. auf ihre Validität zu überprüfen. Abweichende Einschätzungen müssen argumentativ begründet, tatsächliche oder scheinbare Widersprüche geklärt werden.

### **II.3.7 Prognostische Einschätzung des künftigen Verhaltens und des Rückfallrisikos bzw. des Lockerungsmissbrauchs unter besonderer Berücksichtigung des sozialen Empfangsraums, der Steuerungsmöglichkeiten in der Nachsorge und der zu erwartenden belastenden und stabilisierenden Faktoren (z.B. Arbeit, Partnerschaft)**

Die Abklärung der künftigen Lebensperspektiven eines Probanden und des „sozialen Empfangsraums“ sind ein weiterer entscheidender Aspekt der Prognosebeurteilung: Dies betrifft nicht nur die subjektiven Zukunftsperspektiven, wie individuelle Wünsche hinsichtlich Arbeit, Partnerschaft, Sexualität, Sport, Freizeit, Kontakte zur Verwandtschaft, zu früheren Freunden und Bekannten, sondern mehr noch die objektiven: Welche Möglichkeiten wird er im Fall einer Entlassung haben hinsichtlich Wohnen, Arbeiten, finanzieller Absicherung, persönlichen Beziehungen, Freizeitaktivitäten, gesundheitlicher Betreuung etc.?

Aus der Zusammenführung von individueller Analyse der ursprünglichen Gefährlichkeit, der seit-

herigen Entwicklung gerade der Risikofaktoren, des erreichten Standes und der objektiven wie subjektiven Zukunftsperspektiven ergibt sich dann die Rückfallprognose, also die Beantwortung der Frage, ob die Gefahr besteht, dass die ursprüngliche Gefährlichkeit in relevantem Umfang fortbesteht. Es ist dies aber eine graduierende Einschätzung der fortbestehenden Risiken. Die Methode besteht darin, die bisherigen Entwicklungslinien, deren Bedeutsamkeit, Stabilität und Bewegungsrichtung sorgsam geprüft wurden, entsprechend ihren analysierten individuellen Gesetzmäßigkeiten in die Zukunft fortzuschreiben.

### **II.3.8 Eingrenzung der Umstände, für welche die Prognose gelten soll, und Aufzeigen der Maßnahmen, durch welche die Prognose abgesichert oder verbessert werden kann (Risikomanagement)**

Im Fall von Lockerungen läuft die abschließende Antwort auf eine gestufte Risikobewertung hinaus: Wie hoch ist unter welchen Rahmenbedingungen das Risiko eines Lockerungsmissbrauchs, und welche Verstöße sind dann schlimmstenfalls zu erwarten? Im Falle der sog. bedingten Entlassung geht es im Prinzip um eine Ja-Nein-Entscheidung, die das Gericht zu treffen hat und für die das Gutachten erstellt wird: Ist die

Gefährlichkeit hinreichend gemindert, so dass im Falle einer Entlassung ein vertretbar niedriges Rückfallrisiko besteht, oder nicht?

Das individuelle Rückfallrisiko ist aber modifizierbar durch stützende und kontrollierende Rahmenbedingungen.

Eine wesentliche Aufgabe eines Prognosegutachtens ist also die Prüfung und Erörterung der Rahmenbedingungen, unter denen Tendenzen zu einem Rückfall rechtzeitig erkannt, erste Schritte auf diesem Weg verhindert werden können und weitergehende Kriseninterventionen möglich sind. Der Gutachter muss prüfen, ob solche institutionellen Möglichkeiten existieren und ob der Proband für ein solches Setting geeignet ist.

Der soziale Empfangsraum – betreute Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten, tagesstrukturierende und psychagogische Maßnahmen, kontrollierte Pharmakotherapie, forensische Fachambulanzen, psychiatrische und psychotherapeutische Weiterbehandlung, gesetzliche Betreuung und die Leistungsfähigkeit des familiären Umfeldes – muss realistisch beurteilt und auf einen zeitlichen Rahmen bezogen werden. Es ist aber auch zu überlegen, welche Situation nach dem Ablauf befristeter Maßnahmen für den Probanden zu erwarten ist.

#### **Korrespondierender Autor**

Dr. Axel Boetticher, c/o Bundesgerichtshof, Herrenstrasse 45a, 76135 Karlsruhe, mail: boetticher-axel@bgh.bund.de

# Interdisziplinäre Zusammenarbeit bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch

Elisabeth Mützel, Bettina Zinka, Nikolaus Weissenrieder

## Interdisciplinary cooperation by suspicion of sexual abuse

### Abstract

Interdisciplinary cooperation of different medical and social special fields is necessary to evaluate a sexual abuse, especially in complex cases of abuse. Success of cooperation depends among other things on the experience of the investigator and his willingness to diagnose an abuse. Uncertainties about a decision how to proceed develop most at the beginning of the child's treatment. In forensic medicine the situation is another one. Usually the child's examination is carried out after complaint of an offence.

Presenting a case report cooperation of Gynaecology, Forensic Medicine and Social Assistant Office is described.

*Keywords:* sexual abuse, diagnostic findings, interdisciplinary cooperation.

### Zusammenfassung

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener medizinischer und sozialer Fachbereiche bei der Beurteilung eines sexuellen Missbrauchs stellt in manchen, vor allem in schwierig zu beurteilenden Mißbrauchsfällen, eine Notwendigkeit dar. Dabei hängt das Gelingen der Zusammenarbeit u.a. maßgeblich von der Erfahrung des Untersuchers und seiner Bereitschaft ab, einen Mißbrauch überhaupt diagnostizieren zu wollen. Unsicherheiten zu Entscheidungen, wie weiter vorzugehen ist, treten häufig bereits zu Beginn der Behandlung eines Kindes in einer ärzt-

lichen Praxis auf. Diese Situation stellt sich in rechtsmedizinischen Instituten dagegen anders dar. Denn in der Regel werden die Kinder zur Untersuchung bereits nach erfolgter Anzeigeerstattung gebracht.

Es soll ein Fall skizziert werden, anhand dessen eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Kindergynäkologie, Gerichtsmedizin und Sozialamt dargestellt wird.

*Schlüsselwörter:* Sexueller Missbrauch, Befunderhebung, interdisziplinäre Zusammenarbeit.

## Einleitung

Im gerichtsmedizinischen Institut der Universität München werden pro Jahr zwischen 30 bis 35 Kinder wegen des Verdachts auf sexuellen Mißbrauch untersucht (Rauch et al. 2004). Die Kinder werden von der Kriminalpolizei nach Anzeigeerstattung, in der Regel durch einen Sorgeberechtigten, zur Untersuchung gebracht. Zu diesem Zeitpunkt ist eine Vernehmung des Sorgeberechtigten und eine Erstbefragung des Kindes bereits erfolgt. Ziel der Untersuchung ist es, eine Befunderhebung zur Beweismittelsicherung durchzuführen, die das Tatgeschehen untermauern kann.

Die Befunderhebung und -interpretation bedarf langer Erfahrung des Untersuchers. Anschließend wird ein Gutachten erstellt, auf die Fragen der Kriminalpolizei eingegangen und das Gutachten nach forensischen Kriterien formuliert.



In einer Praxis dagegen ist die Situation eine andere. Häufig kommen Sorgeberechtigte mit ihren Kindern wegen Auffälligkeiten im Spielverhalten oder auch Veränderungen am Genitale, wobei es sich häufig um Rötungen im Scheidenbereich, klaffenden Anus oder Ausfluss aus der Scheide handelt. Erschwerend kann hinzukommen, dass die Mutter des Kindes über Wochenendbesuche bei dem getrennt lebenden Ehemann/Vater berichtet. Streitigkeiten um das Sorgerecht des Kindes bei Scheidungsverfahren werden in solchen Fällen gleichfall häufig erwähnt. Die Veränderungen am Genitale fallen in solchen Fällen meist nach Rückkehr aus dem Wochenende auf, ggf. auch aggressives oder verstörtes Verhalten. Eine Befragung des Kindes sollte unterbleiben, da das Kind nicht dasselbe Fragenverständnis wie der Erwachsene besitzt.

Gelingt eine Untersuchung des Kindes, hängt die Befunderhebung und -interpretation möglicher genitaler Veränderungen maßgeblich von der Erfahrung des Untersuchers ab. Auch der Umgang mit Kindern bedarf einer langjährigen praktischen Erfahrung.

In den meisten Fällen werden keine „auffälligen“ Genitalbefunde erhoben, aber es kann eine sog. „Hands-off-Handlung“ (Klosinski 2001) vorliegen, d.h. das Kind zeigt unspezifische Verhaltensauffälligkeiten oder psychosomatische Symptome. Das weitere Vorgehen ist schwierig und für praktisch tätige Ärzte vermeintlich nicht ausreichend geregelt. Es liegen jedoch von der *American Academy of Pediatrics* Richtlinien vor, die das Vorgehen zur Beurteilung eines sexuellen Missbrauchs darstellen (AAP 1999).

Anhand eines Fallbeispiels soll darüber hinaus ein mögliches interdisziplinäres Vorgehen beim Verdacht auf sexuellen Missbrauch dargestellt werden.

## Kasuistik

### Untersuchungssituation 1

Ein 7-jähriges Mädchen wurde vom Vater in eine kindergynäkologische Praxis gebracht. Anamnestisch wurde ein seit 2 Jahren bestehender Ausfluß geschildert. Bei der körperlichen Untersuchung ist der Entwicklungsstatus unauffällig. Krankheiten wurden verneint.

Das Mädchen war insgesamt sehr weinerlich und verschüchtert, bei einer sehr auffallend erwachsenen und differenzierten Ausdrucksweise. Die gynäkologische Untersuchung erfolgte auf der Liege. Die Unter-

suchungssituation gestaltete sich von Anfang an schwierig. Die Traktion und Separation der Schamlippen war für das Mädchen offenbar so traumatisch, dass eine Inspektion nur erschwert gelang. Eine fragile Hymenalverletzung konnte gesehen werden. Eine Abstrichentnahme aus der Scheide gelang noch. Dann mußte die Untersuchung abgebrochen werden.

Eine Wiederholungsuntersuchung wurde geplant, der Vater des Kindes über die Notwendigkeit einer weiteren Untersuchung aufgeklärt.

### Untersuchungssituation 2

Zu dem vereinbarten Termin wurde eine rechtsmedizinische Kollegin beigezogen. Zunächst erschien der Vater alleine, da das Kind sich weigerte, zu kommen. Nach erneuter ausführlicher Information des Vaters über die Dringlichkeit der Untersuchung wurde das Mädchen nach einer gewissen zeitlichen Verzögerung gebracht.

Das Mädchen war von Anfang an weinerlich, folgte dem Vater nur widerstrebend in die Untersuchungsräume. Trotz Zureden gelang eine Inspektion des Genitales nicht. Das Mädchen äußerte diffuse Ängste, auch Angst, dass „ihr was in die Scheide gesteckt werde“. Deutlich fiel auch jetzt die recht erwachsene Ausdrucksweise auf.

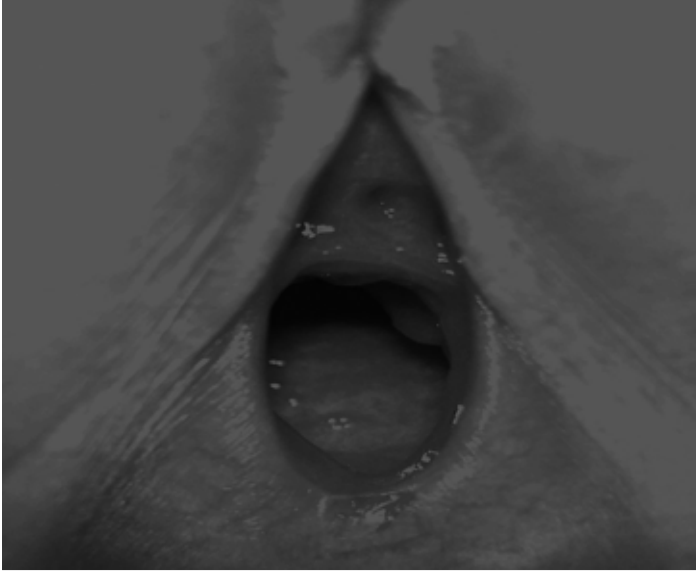
In Abwesenheit des Vaters schilderte das Mädchen Schläge durch den größeren Bruder beim Spielen. Beim anschließenden Gespräch mit dem Vater berichtete dieser über auffälliges Verhalten des Jungen und einer Betreuung durch das Sozialamt.

In Absprache mit dem Vater wurde die Untersuchung des Mädchens abgebrochen. Ein Termin für eine Narkoseuntersuchung sollte vereinbart werden.

### Untersuchungssituation 3

Eine Narkoseuntersuchung sollte durchgeführt werden. In der Kinderklinik, die sich bereit erklärt hatte, die Narkose durchzuführen, waren alle Vorbereitungen getroffen worden. Das Mädchen war vom Vater gebracht worden. Es zeigte von Anfang an das bekannte Verhalten, obwohl zunächst nur Kinderärzte und Anästhesistin Kontakt zum Kind hatten.

Die Untersuchung in Narkose bestätigte den Verdacht des Kindergynäkologen auf einen sexuellen Übergriff auf das Mädchen: der Hymen war nur noch in Resten vorhanden. Es fand sich ein extrem schmaler Hymenalsaum zwischen 1–2 mm zwischen 3 und 9 Uhr, von 9–11 Uhr war kein Saum und von 1–3 Uhr



**Abb. 1** Hymen mit teils deutlich verschmälertem Hymenalsaum, teils fehlendem Hymenalsaum.

ebenfalls nur noch ein sehr schmaler Saum vorhanden (vgl. Abb. 1). Es war bei der Untersuchung ein deutlicher Uringeruch vorhanden, das Kind befand sich in einem schlechten Pflegezustand.

Nach der Untersuchung wurde ein Gespräch mit dem Vater über den Befund und das weitere Vorgehen durchgeführt.

## Weiteres Vorgehen

Ein Termin mit dem Allgemeinen Sozialdienst wurde über den Kindergynäkologen vereinbart. Nachfolgend einigte man sich, von einer Anzeige zunächst Abstand zu nehmen. Eine Aussage des Mädchens in dem Zustand wäre nicht Erfolg versprechend gewesen. Das Mädchen wurde eine Woche später aus der Familie in eine Pflegefamilie gegeben mit der Option der Rückführung nach einiger Zeit. Der größere Bruder wurde ebenfalls aus der Familie genommen. Im Rahmen dieser Maßnahmen gestand der Junge die sexuellen Übergriffe auf die Schwester und zugleich Übergriffe auf ihn selbst durch den Stiefgroßvater.

Die Eltern und Kinder sollten psychologische Betreuung erhalten.

## Diskussion

In einer kindergynäkologischen Sprechstunde eines niedergelassenen Arztes wird ein Kind vorgestellt, bei dem der Verdacht auf sexuellen Mißbrauch abzuklären ist. In der Regel wird das Kind vom Sorgeberechtigten mit gynäkologischen Auffälligkeiten, wie im dargestellten Fall, vorgestellt. Oftmals entdeckt die Mutter bei dem Kind nach einem Wochenendbesuch beim Vater eine Rötung im Scheiden- oder Afterbereich. Häufig steht ein Streit um das Sorgerecht des Kindes im Hintergrund.

In rechtsmedizinischen Instituten dagegen ist die Ausgangssituation meist geklärt. Das Kind wird nach Anzeigeerstattung in Begleitung einer Vertrauensperson zur Untersuchung gebracht. Erste Vernehmungen sind bereits erfolgt. Zumindest grobe Anhaltspunkte über das evtl. Geschehen liegen vor. Ein Tatverdächtiger existiert meist. Insofern stellt sich für einen Rechtsmediziner oftmals nicht mehr die Frage, ob möglicherweise ein sexueller Mißbrauch vorliegen könnte, sondern, ob ein somatischer Befund zur Beweismittelsicherung vorliegt und in schwierigen Fällen, ob ein sexueller Mißbrauch denkbar ist. Gedanken dazu, ob eine Anzeige erstattet werden soll und ob die Schweigepflicht gebrochen werden darf, stellt sich einem Rechtsmediziner nicht, jedoch durch aus einem Kollegen in der Praxis.

Vorgehen bei einer Untersuchung und die Anforderungen, die dabei an den Untersucher zu stellen sind, entsprechen in der Praxis wie in einem Rechtsmedizinischen Institut gleichen Kriterien.

Eine Untersuchung des Kindes unter Zwang sollte unterbleiben, eine Retraumatisierung vermieden werden. Ein Kind darf nie zu einer Untersuchung am Genitale gezwungen werden. Der Umgang sollte spielerisch erfolgen, das Kind über die Untersuchung, so weit es das Alter des Kindes erlaubt, aufgeklärt werden. Eine allgemeine körperliche Untersuchung sollte dem Kind signalisieren, dass der Untersucher nicht nur am Genitale „interessiert“ ist (Klosinski 2001).

Die Untersuchung mit einem Kind erfordert ebenso wie Befunderhebung und -interpretation viel Erfahrung und sollte in schwierigen Situationen nur von erfahrenen Kollegen durchgeführt werden.

Die Untersuchung betroffener Kinder und qualifizierte Beurteilung der Genitalbefunde setzt fundierte fachliche Kenntnisse über die physiologische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen voraus (Weissenrieder 2002). Erkrankungen, die mit Verletzungen durch einen Mißbrauch verwechselt werden könnten (z.B. Lichen sclerosus et atrophicus), müs-

sen erkannt werden (Anthuber et al. 2003, Rauch et al. 2004).

Ist eine Untersuchung nicht durchführbar, kann diese zu einem späteren Zeitpunkt erneut versucht werden. Ist auch dies nicht möglich, sollte an Alternativen gedacht werden, wie z.B. eine Untersuchung in Narkose. Eine solche sollte nur dann erfolgen, wenn alle anderen Möglichkeiten des spielerischen Umgangs mit dem Kind, um es zu untersuchen, nicht gelingen. Da eine Narkoseuntersuchung nicht für jeden Niedergelassenen organisierbar ist, ist zu überlegen, das Kind ggf. in eine entsprechende Klinik zu überweisen.

Psychopathologische Befunde können dann einen Hinweis auf einen sexuellen Mißbrauch geben, wenn ein altersunangemessenes Sexualverhalten, eine sexualisierte Sprache oder sexuelle Handlungen an Gleichaltrigen oder eine sexuelle Distanzlosigkeit gegenüber Erwachsenen besteht (Klosinski 2001). Anthuber et al. (2003) schreiben, dass sich Kinder nach einem sexuellen Übergriff durch Verhaltensauffälligkeiten, Essstörungen, Schlafstörungen, sexualisiertes Verhalten, Zurückgezogenheit und Distanzlosigkeit bemerkbar machen. In einem Vergleich mehrerer Studien ergab sich, dass sexualisiertes Verhalten als das charakteristischste Symptom sexuellen Mißbrauchs angesehen wird (Kendall-Tackett et al. 1997). Volbert (1999) dagegen kann in ihren Studien keinen wesentlichen Unterschied im Sexualwissen zwischen missbrauchten und nicht-missbrauchten Kindern erkennen, jedoch waren die Reaktionen von Kindern, die Übergriffe erfahren haben, auf sexuelle Darstellungen belasteter. Grundsätzlich ist zu klären, welches Sexualverhalten von Kindern als normal und welches Verhalten als auffällig und ggf. als Hinweis für einen sexuellen Mißbrauch zu bewerten ist.

Auch eine Fotodokumentation eines auffälligen Genitalbefundes wäre bei vorliegendem Einverständnis durch die Eltern günstig. Adams und Mitarbeiter, Soderstrom oder auch Muram und Mitarbeiter (Adams et al. 1990, Soderstrom 1994, Muram et al. 1999) berichten über die Vorteile einer kolposkopischen Darstellung des Genitales mit Photodokumentation.

Nach Befunderhebung stellt sich die Frage, was weiterhin zu tun ist. Schwierig wird die Situation, wenn der Befund nicht eindeutig ist oder möglicherweise kein pathologischer Befund zu erheben ist, was aber einen Mißbrauch nicht ausschließt, jedoch psychische Auffälligkeiten beim Kind vorhanden sind. Nach einer Metaanalyse weist die Mehrheit der missbrauchten Kinder, nämlich über 50%, einen unauffälligen körperlichen Befund auf (Bays & Chadwick 1993, Herrmann et al. 2002). Wenn das Kind Ver-

haltensauffälligkeiten zeigt, kann es ggf. an einen psychologischen Kollegen, der Erfahrung im Umgang mit sexuell missbrauchten Kindern hat, überwiesen werden oder zur diagnostischen und therapeutischen Abklärung in ein Kinderzentrum gebracht werden. Klosinski fordert bei dringendem Verdacht auf sexuellen Mißbrauch eine zusätzliche kinder- und jugendpsychiatrische bzw. -psychologische Abklärung (Klosinski 2001).

Zeigen sich aber durch die Untersuchung Verletzungen im Genitalbereich, die nicht anders als durch einen sexuellen Übergriff zu erklären sind, dann stellt sich durchaus die Frage, ob über den untersuchenden Arzt, unabhängig der Sorgeberechtigten, Anzeige erstattet werden soll/muß. Ein Gespräch mit den Eltern sollte voran gehen, um zu klären, ob nicht ggf. doch die Eltern rechtliche Schritte einleiten wollen, dies allerdings nur, wenn sie aus Sicht des Arztes nicht selbst zu den Tatverdächtigen gehören.

Es ist sicher nicht einfach, im Rahmen einer „normalen“ Sprechstunde einen derartigen „Problefall“ gut zu lösen. Die Fragen, „wie geht man damit um?“, „was mache ich als nächstes?“ oder „habe ich einen auffälligen Befund erhoben?“ u.a., müssen schnell und kompetent gelöst werden.

Die *American Academy of Pediatrics* hat bereits 1999 Richtlinien für die Beurteilung sexuellen Mißbrauchs von Kindern erstellt und legt dar, dass die Diagnose eines sexuellen Mißbrauchs u.a. abhängt von der Bereitschaft des Arztes, einen Mißbrauch des Kindes überhaupt in Erwägung zu ziehen (AAP 1999). Auch Herrmann und Mitarbeiter schreiben, daß sowohl eine „Unter“- als auch eine „Überdiagnose“ verheerende Folgen für Kinder und ihre Familien haben können. Umso mehr ergibt sich daraus eine enorme Verantwortung, zu einem rationalen und fachlich fundierten Vorgehen mit möglichst multidisziplinärer Beurteilung, Diagnose und Therapie sexuell missbrauchter Kinder beizutragen. Herrmann und Mitarbeiter sind aber auch der Meinung, daß sexueller Mißbrauch für den Arzt gleichwohl ein emotional belastendes Thema ist, das emotionales Gleichgewicht und Engagement voraussetzt (Herrmann et al. 2002).

Fest steht, daß die Verpflichtung, einem Kind zu helfen, übernommen werden muß und nicht einfach ignoriert werden kann. Eine Schweigepflicht (§ 203 StGB) muß nicht in jedem Fall durchbrochen werden, auch wenn dies der vorgestellte Fall jederzeit gerechtfertigt hätte (§ 34 StGB: „Rechtfertigender Notstand“), und es sollte auch daran gedacht werden, daß bei Untätigkeit des Arztes ggf. diesem eine „unterlassene Hilfeleistung“ vorgeworfen werden könnte. Das Wohl des Kindes sollte immer im Vordergrund

stehen. Auch wenn ein auffälliger körperlicher Befund häufig fehlt, kann eine Anzeige sinnvoll sein, denn ein „Negativbefund“ schließt einen sexuellen Mißbrauch nicht aus (Rauch & Graw 2003).

## Literatur

- Adams JA, Phillips P, Ahmad M. The usefulness of colposcopic photographs in the evaluation of suspected child sexual abuse. *Adolesc Pediatr Gynecol* 1990; 3: 75-82.
- American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the Evaluation of sexual abuse of Children: Subject review. *Pediatrics* 1999; 103 (1): 186-191.
- Anthuber S, Anthuber C, Haerty A, Hepp H. Sexueller Mißbrauch von Kindern und Jugendlichen. *Gynäkologe* 2003; 36: 10-16.
- Bays J, Chadwick D. Medical diagnosis of the sexually abused child. *Child Abuse Negl* 1993; 17: 91-110.
- Herrmann B, Navratil F, Neises M. Sexueller Mißbrauch von Kindern. Bedeutung und Stellenwert der klinischen Diagnostik. *Monatsschr Kinderheilkd* 2002; 150: 1344-1356.
- Kendall-Tackett K.A, Williams L.M, Finkelhor D. Die Folgen von sexuellem Mißbrauch bei Kindern: Review und Synthese neuerer empirischer Studien. In: Amann G, Wipplinger R. (Hrsg). *Sexueller Mißbrauch: Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie*. Tübingen, Austria: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie 1997; 179-212.
- Klosinski G. Sexueller Kindesmißbrauch. Was tun beim Verdacht? *MMW* 2001; 5: 29-31.
- Muram D, Arheart KL, Jennings SG. Diagnostic accuracy of colposcopic photographs in child sexual abuse evaluations. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1999; 12: 58-61.
- Rauch E, Graw M. Rechtliche und rechtsmedizinische Aspekte bei Verdacht auf sexuellen Mißbrauch. *Gynäkologe* 2003; 36: 18-24.
- Rauch E, Weissenrieder N, Peschers U. Sexualdelikte - Diagnostik und Befundinterpretation. *Dt Ärztebl* 2004; 40: 2257-2263.
- Ruschulte H, Albrecht K, Büchner S, Logemann F, Piepenbrock S, Lesinski-Schiedat A. Interdisziplinäres Vorgehen bei einem Verdachtsfall von Kindesmißbrauch. *Anästh Intensivmed* 2004; 45: 44-51.
- Soderstrom R.M. Colposcopic dokumentation. An objective approach to assessing sexual abuse of girls. *J Reprod Med* 1994; 39 (1): 6-8.
- Volbert R. Sexualwissen von Kindern. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). *Wissenschaftliche Grundlagen. Teil 1 – Kinder*. Köln 1999; 148.
- Weissenrieder N. Kinder- und Jugendgynäkologie in der Praxis. *Jugendgynäkologie in der Frauenarztpraxis* (1). *Pädiatr. prax.* 2002; 61: 287-296.
- Weissenrieder N. Kinder- und Jugendgynäkologie in der Praxis. *Jugendgynäkologie in der Frauenarztpraxis* (2). *Pädiatr. prax.* 2002; 61: 511-529.

### Adresse der Autoren

Dr. med. Elisabeth Mützel, Dr. med. Bettina Zinka, Institut für Rechtsmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München, Frauenlobstr. 7a, 80337 München; Dr. med. Nikolaus Weissenrieder, Praxis für Pädiatrie und Gynäkologie, Kinder- und Jugendgynäkologie, Ruffinstr. 2, 80637 München, mail: Elisabeth.Muetzel@med.uni-muenchen.de

# Primäre Erektionsstörung mit kongenitaler bilateraler partieller Fibrose der Corpora cavernosa

Thomas C. Stadler, Markus J. Bader, Armin J. Becker, Christian G. Stief

## Primary erectile dysfunction caused by congenital bilateral partial fibrosis of the cavernous bodies

### Abstract

Cases of primary erectile dysfunction caused by congenital anatomic anomalies of the cavernous bodies have rarely been mentioned in literature. We report about a 22-year-old man suffering from erectile disorder with a congenital bilateral partial fibrosis of the cavernous bodies. After intensive diagnostic approaches including colour-duplex-ultrasonography and MRI of the pelvis showing severe pathological findings and after unsuccessful treatment with oral PDE-5-Inhibitors and local application of vasoactive agents we considered surgical penile prosthesis implantation to be the last treatment option.

*Keywords:* primary erectile dysfunction, cavernous body fibrosis, penile prosthesis

### Zusammenfassung

Fälle von primärer Erektionsstörung aufgrund angeborener anatomischer bzw. funktioneller Anomalien der Penisschwellkörper wurden in der medizinischen Literatur bisher nur selten beschrieben. Wir berichten über einen 22jährigen Mann mit primärer Erektionsstörung aufgrund kongenitaler bilateraler partieller Fibrose der Corpora cavernosa. Nach intensiver urologischer und Bild gebender Diagnostik mit pathologischen Befunden und nach erfolgloser Therapie mit oralen PDE-5-Inhibitoren und lokaler Applikation von vasoaktiven Substanzen setzten wir als ultima ratio ein dreiteiliges Schwellkörperimplantat ein.

*Schlüsselwörter:* primäre Erektionsstörung, kongenitale Schwellkörperfibrose, hydraulische Penisprothese

## Fallbericht

Ein 22jähriger heterosexueller Mann stellte sich mit dem klinischen Bild einer Erektionsstörung in unserer Spezialsprechstunde vor. Er gab an, noch nie eine für zufrieden stellenden Geschlechtsverkehr ausreichende Erektion gehabt zu haben, lediglich der distale Teil des Penis zeige bei sexueller Stimulation eine diskrete Zunahme der Tumescenz.

Bei vollkommen fehlender Rigidität sei ein Eindringen in eine Partnerin bislang nicht möglich gewesen. Auch bei der Masturbation sei es nicht zur Gliedsteife gekommen, Libido, Orgasmusgefühl und Ejakulation seien jedoch vorhanden gewesen. Nächtliche und morgendliche Erektionen wurden ebenso verneint wie ein auslösendes Trauma, eine Operation oder chronische Erkrankungen.

Der Patient berichtete nicht über eine dauerhafte Einnahme von Medikamenten, Nikotin und Alkohol würden sehr selten konsumiert, die Miktion sei stets unauffällig gewesen.

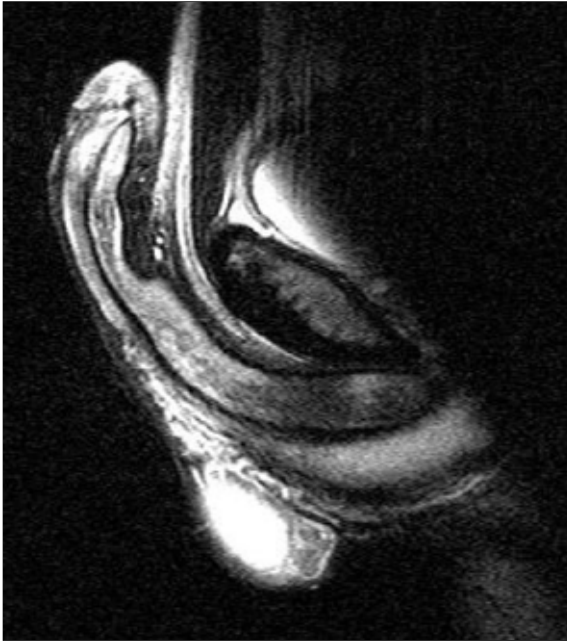
Bei der klinischen Untersuchung zeigte sich ein junger und gesunder Patient in sehr gutem Allgemein- und Ernährungszustand, im Bereich des äußeren Genitales konnten inspektorisch keine pathologischen Befunde erhoben werden. Die Palpation der Corpora cavernosa ergab jedoch beidseits im mittleren Drittel Attenuierungen und indurierte Resistenzen. Die Skrotalfächer tasteten sich unauffällig und waren nicht druckdolent.

Die Laboruntersuchungen, die auch die Serumkonzentrationen von Testosteron und Prolaktin beinhalteten, ergaben keine Werte außerhalb der Referenzbereiche. Die Retentionsparameter, die Transaminasen und der Lipoproteinstatus waren normal.

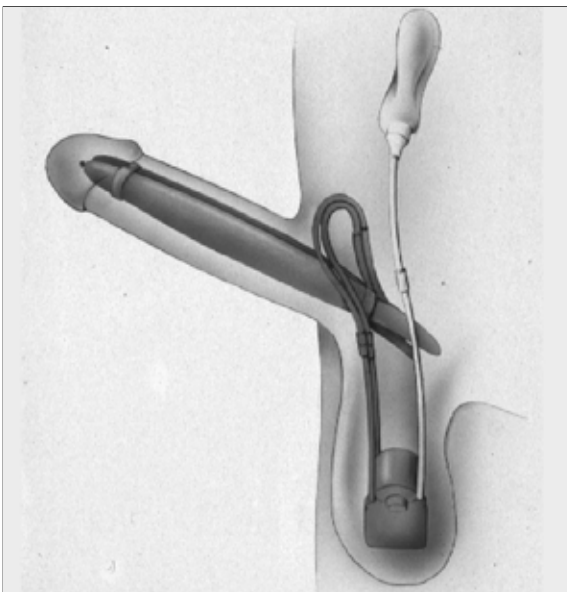
Nach mehreren bereits vorangegangenen urologischen und sexualtherapeutischen Konsultationen begannen wir zunächst Therapieversuche mit oralen Inhibitoren der Phosphodiesterase 5.

Neben der erfolglosen bedarfsadaptierten zeigte jedoch auch die kontinuierliche Gabe von Sildenafil, Tadalafil und Vardenafil in allen Dosierungsstufen über mehrere Monate keine signifikanten Ergebnisse.

Im Rahmen der Schwellkörperinjektionstherapie (SKIT) konnte ebenfalls keine klinische Verbesserung der Erektion erreicht werden. Hierbei wurde Alpro-



**Abb. 1** Magnetresonanztomographie des Penis. In den distalen Anteilen zeigen sich Signalabschwächungen und dünnlumige Anlagen der Corpora cavernosa.



**Abb. 2** Dreiteiliges hydraulisches Schwellkörperimplantat im aktivierten Zustand.

tadil (PGE1) intrakavernös in aufsteigender Dosierung über mehrere Wochen injiziert (5, 10, 20, 40  $\mu\text{g}$ , vgl. Lea et al. 1996). Auch die Applikation des so genannten Triple-Mix (Papaverin, Phentolamin, PG E1) zeigte nahezu keine Wirkung, lediglich die anamnestisch geringe Zunahme der Tumescenz ließ sich reproduzieren. Als Nebenbefund ergab die SKIT palpatologisch eine inhomogene und verzögerte Verteilung der Substanzen in den Corpora cavernosa (CC). Die jeweils nach den Injektionen durchgeführte farbkodierte Duplex-Sonographie der tiefen Penisarterien (Aa. penis profundae) zeigte auf beiden Seiten proximal der auch sonographisch nachweisbaren Läsionen der CC physiologische Flussraten von bis zu 45 cm/s. Im Bereich der echoreichen fibrotischen Strukturen in den mittleren Dritteln fanden sich deutliche Kalibersprünge der arteriellen Gefäße und distal davon pathologische Flüsse von unter 10 cm/s.

Die im Anschluss durchgeführte Magnetresonanztomographie des Beckens und des Penis ergab beidseits vor allem im distalen Anteil relativ kleine und dünnlumige Anlagen der Corpora cavernosa. Die Schwellkörper zeigten intermittierende Signalverluste bzw. Signalabschwächungen. Die Hoden und Nebenhoden kamen, soweit sie mit erfasst worden waren, zu regelrechter Darstellung. Beurteilend wurde am ehesten eine inkomplette Anlage, differentialdiagnostisch auch ein fibrosierender Prozess festgestellt. Auch der Bulbus spongiosus war relativ klein angelegt.

Nach umfassender Diagnostik und erfolgloser konservativer Therapie der primären Erektionsstörung des Patienten sowie nach dessen Ablehnung sowohl der intraurethralen Applikation von Alprostadil (MUSE) als auch der Verwendung einer Vakuum-Erektionshilfe, setzten wir bei dem jungen Mann nach mehreren intensiven Aufklärungsgesprächen ein dreiteiliges hydraulisches Schwellkörperimplantat ein. Intraoperativ wurde die Implantation durch eine extreme Verhärtung der Schwellkörper erheblich erschwert.

Die histologische Aufarbeitung des resezierten Gewebes aus den Corpora cavernosa ergab vorwiegend fibromuskuläres Stroma mit auffälliger Fibrose ohne Nachweis kaverner Gefäßstrukturen, so dass der Befund nicht der typischen Struktur eines CC entsprach. Es gab keinen Anhalt für Entzündungen oder Malignität.

Bei primär komplikationslosem postoperativem Verlauf klagte der Patient einige Tage nach dem Eingriff über deutlich rechtsbetonte Schmerzen im Bereich des Skrotums und des Perineums. Eine erneute Magnetresonanztomographie des Beckens und des äußeren Genitale bestätigte die suspektierte dorsale Per-

foration des rechten Crus cavernosum durch den rechten Zylinder des Implantates. Im Anschluss an die operative Revision zeigte der Patient einen zufriedenstellenden Heilungsverlauf. Das Implantat wurde zunächst für vier Wochen in einem halbaktivierten Zustand belassen, mit der vollständigen Aktivierung berichtete der junge Mann dann über eine problemlose Funktion des Implantates mit gänzlich erhaltener Sensibilität im Bereich des gesamten Penis, voll rigiden Erektionen und gutem kosmetischen Ergebnis für ca. 6 Monate. Nach dieser Zeit machte eine distale Perforation des linken Zylinders eine erneute Revision unumgänglich.

## Kommentar

Auch wenn Fälle von primärer Erektionsstörung aufgrund angeborener anatomischer bzw. funktioneller Anomalien der Penisschwellkörper in der medizinischen Literatur bisher nur selten beschrieben wurden (vgl. Lopes M et al. 2000, Matter LE et al. 1998, Montague DK et al. 1995, Stief CG et al. 1989), kann die erektile Dysfunktion (ED) für den betroffenen Patienten eine große psychische Belastung darstellen.

Gerade junge Männer haben oft einen erheblichen Leidensdruck und einen starken Therapiewunsch. Seit Einführung der oralen PDE-5-Hemmer sowie der Schwellkörperautoinjektionstherapie mit Prostaglandinen haben sich die konservativen Behandlungsmöglichkeiten der erektilen Dysfunktion stark gewandelt und verbessert. Dennoch bleibt in den seltenen Fällen einer therapierefraktären ED, die auf anatomische und/oder funktionelle Störungen im Bereich der Corpora cavernosa zurückzuführen sind, nur die Schwellkörperimplantation als letzte Behandlungsoption (vgl. Park JK et al. 2002, Xuan XJ et al. 2003).

Nach intensiver Diagnostik und frustranen Therapieversuchen mittels Schwellkörperinjektion mit Alprostadil 5, 10, 20, 40 µg und Tripple-Mix (Alprostadil, Papaverin, Phentolamin) sowie ausgedehnter erfolgloser Therapie mit allen aktuell verfügbaren PDE-5-Inhibitoren (Sildenafil, Tadalafil, Vardenafil) und

lokal anzuwendenden vasoaktiven Substanzen setzten wir bei einem jungen Mann als ultima ratio ein Schwellkörperimplantat ein.

Der Patient gab nach der Implantation erstmals voll rigide Erektionen an.

Auch auf die gesamte Psyche hat die „Herstellung“ der Erektionsfähigkeit eine sehr positive Wirkung, allerdings können sich gerade im Falle massiv veränderter anatomischer Gegebenheiten unter Umständen prolongierte und komplizierte postoperative Heilungsphasen ergeben. Die sexualtherapeutische Mitbetreuung eines jungen Patienten wird im Verlauf daher sehr sinnvoll sein, zumal aufgrund seiner primären Erektionsstörung die Entwicklung der sexuellen Identität sicherlich aufgehalten worden sein dürfte.

## Literatur

- Lea AP, Bryson HM, Balfour JA. Intracavernous alprostadil. A review of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties and therapeutic potential in erectile dysfunction. *Drugs Aging*. 1996 Jan; 8(1):56–74.
- Lopes M, Lanzafame S, Magro G. Localized fibrosis of the corpus cavernosum: an example of fibrosis arising from the vascular smooth muscle cells. Report of a case with histogenetic considerations. *Urol Int*. 2000; 64(3):173–7.
- Matter LE, Hailemariam S, Huch RA, Hauri D, Sulser T. Primary erectile dysfunction in combination with congenital malformation of the cavernous bodies. *Urol Int*. 1998; 60(3):175–7.
- Montague DK, Lakin MM, Angermeier KW, Lammert GK. Primary erectile dysfunction in a man with congenital isolation of the corpora cavernosa. *Urology*. 1995; Jul; 46(1): 114–6.
- Park JK, Kim HJ, Kang MH, Jeong YB. Implantation of penile prosthesis in a patient with severe corporeal fibrosis induced by cavernosal injection therapy. *Int J Impot Res*. 2002 Dec; 14(6):545–6.
- Stief CG, Bahren W, Scherb W, Gall H. Primary erectile dysfunction. *J Urol*. 1989 Feb; 141(2):315–9.
- Xuan XJ, Sun P, Yuan Y, Sun GX, Xia YQ. Treatment of erectile dysfunction by implantation of domestic made three-piece inflatable penile prosthesis: a retrospective study of 29 cases. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*. 2003 Apr 10; 83(7): 561–3.

### Adresse der Autoren

Dr. Thomas C. Stadler, Dr. Markus J. Bader, PD Dr. Armin J. Becker, Prof. Dr. med. Christian G. Stief, Urologische Klinik und Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München, Klinikum Großhadern, Marchioninistr. 15, 81377 München, mail: Thomas.Stadler@med.uni-muenchen.de

## Buchbesprechungen

Rainer Herr: **Schnittmuster des Geschlechts – Transvestitismus und Transsexualität in der frühen Sexualwissenschaft. Mit einem Geleitwort von Volkmar Sigusch.** Gießen: Psychosozial-Verlag 2005, 243 Seiten und 54 Abbildungen. ISBN-10: 3898064638, Preis: € 29,90

Jede Geschichte hat eine Vorgeschichte. Es ist das Verdienst von Rainer Herr, mit dem hier angezeigten Buch die Frühgeschichte von Transgender auf- und nachgezeichnet zu haben, die sich in Berlin im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts zugetragen hat. Verknüpft ist diese Geschichte vor allem mit dem Namen Magnus Hirschfeld, der bislang in erster Linie als Vorkämpfer für die Entkriminalisierung der Homosexualität wahrgenommen wurde. Einen passenderen Titel als *Schnittmuster des Geschlechts* hätte der Autor für sein Buch nicht finden können.

Das Buch kann als Fallstudie zu unterschiedlichen Themen gelesen werden: außer zur Geschichte der Identifikation von Transsexualität zum Umgang des Rechts mit Menschen, die die Heteronormativität des bürgerlichen Patriarchats für sich ablehnen, zum Verhältnis der verschiedenen Gruppen außerhalb der Heteronormativität zueinander, zur Geschichte des von Magnus Hirschfeld begründeten *Instituts für Sexualwissenschaft* und schließlich zur durch das „Dritte Reich“ unterbrochenen Geschichte der Sexualforschung selbst. Es umfasst, in insgesamt sieben Kapitel gegliedert, den Zeitraum von 1910 bis 1933, wobei das 7. Kapitel nur zwei Seiten lang ist und die „undankbaren Erben“ (219f) Hirschfelds benennt, die nach dem Ende des 2. Weltkriegs die Transsexualität neu „entdeckt“ haben, obwohl sie es besser hätten wissen müssen.

Das Buch enthält ferner ein umfangreiches Literaturverzeichnis von 17 Seiten, ein Verzeichnis der insgesamt 54 Abbildungen und ein höchst lesenswertes Geleitwort von Volkmar Sigusch.

Im Korsett der (bourgeois-)bürgerlich-patriarchalen Gesellschaftsordnung Ende des 19. Jahrhunderts und zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurden Männer in Frauenkleidern und Frauen in Männerkleidung als pathologisch in ihrer Sexualität eingeordnet. Ihnen wurden „conträre“ Sexualempfindungen unterstellt.

Die Cross-Dresser, wie sie sich bereits in dieser Zeit in den USA selbst bezeichneten (vgl. 33), galten in der frühen Sexualwissenschaft deshalb zunächst als homosexuell. Hiergegen verwahrten sich viele jedoch vehement, wie Herr anhand eindringlicher zeitgenössischer Quellen belegt (vgl. 31–37). Umgekehrt grenzten viele männliche Homosexuelle sich ebenso vehemen-

ment von den Cross-Dressern als „Effeminierten“ ab (vgl. 38–42).

Hirschfeld, dessen wissenschaftlicher Ehrgeiz auf eine umfassende Geschlechtstheorie gerichtet war, konnte die Cross-Dresser zunächst nicht unterbringen. In seiner Schrift von 1905 *Geschlechts-Übergänge. Mischungen männlicher und weiblicher Geschlechtscharaktere (sexuelle Zwischenstufen)* erwähnt er sie deshalb erstmals als eigene Kategorie neben Homosexuellen und Hermaphroditen. 1910 veröffentlicht er eine Monografie mit dem Titel *Die Transvestiten. Eine Untersuchung über den erotischen Verkleidungstrieb*. Darin definiert er Transvestitismus als „den heftigen Drang, in der Kleidung desjenigen Geschlechts zu leben, dem die Betreffenden ihrem Körperbau nach nicht angehören“ (zit. nach Herr, 54). 1912 folgt als Ergänzung ein von Hirschfeld und Max Tilke herausgegebener Bildband; dieser hat „sowohl die Transvestiten als Zielgruppe [...] als auch die wissenschaftliche Öffentlichkeit“ (70). 1929 verwendet Hirschfeld für dieses Phänomen auch schon den Begriff „seelischer Transsexualismus“ (zit. nach Herr, 219).

„Um diesen ‚verkannten Mitmenschen Verständnis und gerechte Beurteilung zu verschaffen‘“, hat Hirschfeld in der Schrift von 1910 den Vorschlag unterbreitet, „die behördliche Legitimation, Kleidung des ‚anderen‘ Geschlechts zu tragen, von ärztlichen Gutachten abhängig zu machen“ (zit. nach Herr, 74). Zwar war es in der Kaiserzeit nicht direkt verboten, Kleidung zu tragen, die nicht dem eingetragenen Geschlecht entsprach, doch riskierten Menschen, die dies taten, wegen „groben Unfugs“ strafrechtlich verfolgt zu werden, was damals mit Geldstrafe oder Haft belegt werden konnte.

Hintergrund war ein Fall, in dem es Hirschfeld und seinem Kollegen Abraham gelungen war, für eine Frau die behördliche Genehmigung zu erwirken, öffentlich Männerkleidung zu tragen. Für eine solche Genehmigung, die vor Verhaftung und Verurteilung bewahrte, bürgerte sich in den Folgejahren der Ausdruck „Transvestitenschein“ ein. Hirschfeld veröffentlichte eine Reihe der hierfür – teils auch von Kollegen – erstellten Gutachten, aus denen Herr ausführlich zitiert (vgl. 79–93). Vielfach gelang es den Ärzten schon in diesen Jahren, eine Rechtswirkung zu erzielen, die nach dem Zweiten Weltkrieg erst vor dem Bundesverfassungsgericht erstritten werden musste (und dann zum Transsexuellengesetz von 1980 führte): nämlich die offizielle Erlaubnis, einen anderen Vornamen zu führen. Dies ist in der Bundesrepublik deshalb bedeutsam, weil hierzulande der Vorname das Geschlecht seines Trägers oder seiner Trägerin erkennen lassen muss.

Wenige Monate nach Ende des 1. Weltkriegs eröffnete Hirschfeld in Berlin das weltweit erste Institut für



Sexualwissenschaft als private Einrichtung, das zu der Anlaufstelle für (wie sie immer noch bezeichnet wurden) Transvestiten aus dem In- und Ausland wurde. Ausführlich beschreibt Herrn, wie Betroffene hier nicht nur Rat, sondern teilweise auch Unterkunft fanden: für Hirschfeld und seine Kollegen zugleich Patient/-innen und Gäste, aber eben auch Studienobjekt (vgl. 115). Sie dienten einerseits dazu, die Zwischenstufentheorie zu überprüfen, andererseits fanden sie hier einen Ort, an dem ihnen Verständnis entgegengebracht sowie medizinische Behandlung und allgemeine Unterstützung gegen gesellschaftliche Repressionen zuteil wurde. Dies führte u.a. zu einer Liberalisierung der Behördenpraxis in der Anwendung der Strafrechtsnormen und Vornamenregelungen (vgl. 126 ff), die bis in die 1970er Jahre wohl nirgends so weit ging wie im Berlin der 1920er Jahre.

Was die medizinische Seite betrifft, kommen im *Institut für Sexualwissenschaft* einerseits die Ergebnisse der Hormonforschung zur Anwendung, die bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts die Geschlechtshormone entdeckte, so dass sich ein anderer als der „bloß“ psychische Zusammenhang zwischen Geschlecht und Geschlechtsempfindung herstellte. Andererseits waren in der Medizin im 1. Weltkrieg Methoden und Fertigkeiten in restaurierender Chirurgie verfeinert worden, die nunmehr in den Dienst derjenigen Menschen gestellt werden konnten, die sich in ihrem Geburtsgeschlecht unglücklich fühlten und sich ihrer Geschlechtsorgane, die sie als nicht ihnen zugehörig empfanden, entledigen sowie die, die sie an sich vermissten, erhalten wollten. Herrn berichtet aber auch über die Gefährdungen, denen diese Menschen durch die „ungebremte Operationsfreudigkeit“ (174) einzelner Mediziner ausgesetzt waren.

Interessant ist die dokumentierte Normativität in den Selbstbildern der Transvestiten oder Transsexuellen. Wiederholt wird berichtet, dass für ursprüngliche Männer die Vorstellung dazu gehörte, irgendwann auch einmal schwanger zu werden, so am eindrucklichsten von Lili Elbe (vorher: Einar Wegener), deren Geschichte ausführlich dargestellt wird (vgl. 204ff): „Durch ein Kind würde ich mir selbst gegenüber den eindeutigsten Wahrheitsbeweis geben können, Weib von Beginn an gewesen zu sein“ (208); Lili Elbe war bereits damals durch ihre 1931 posthum herausgegebene Geschichte *Ein Mensch wechselt sein Geschlecht: Eine Lebensbeichte* auch öffentlich bekannt geworden. Umgekehrt wurden die Operationen an Transvestitinnen weniger als Geschlechtsumwandlungen wahrgenommen, sondern eher, so mutmaßt Herrn, als Neutralisierung, da die plastisch-chirurgische Ausformung männlicher Genitalien erst in den 1970er Jahren möglich wurde – und er fügt in einer Fußnote die Erklärung

von Marjorie Garber hinzu, der zufolge hierin „die Asymmetrie des kulturellen Status von Männern und Frauen“ zum Ausdruck kommt (zit. nach Herrn, 198).

Das Buch beeindruckt durch die Fülle des verarbeiteten Quellenmaterials, das in seinen wörtlichen Zitaten oft sehr bewegend ist. Die Abbildungen wirken nicht nur auf der Ebene der beschriebenen Phänomene, sondern geben zugleich Zeugnis von historischen Sichtweisen zu Geschlecht. Wer sich mit Genderfragen befasst (von welcher Disziplin auch immer ausgehend), sollte diese in sich interdisziplinäre Studie zu Rate ziehen und wird überrascht sein, wie oft manche Phänomene offenbar „neu entdeckt“ werden müssen, bevor sie Eingang in öffentliche Diskurse finden.

Konstanze Plett (Bremen)

Gilbert, James: **Men in the Middle. Searching for Masculinity in the 1950s.** Chicago: University of Chicago Press 2005, ISBN 0-226-29324-6, Preis: € 31,09.

Es gehört mittlerweile zu den Binsenweisheiten historischer Forschung, dass auch Männer ein Geschlecht haben und Männlichkeitsentwürfe Teil historisierbarer Gesellschafts- und Geschlechterordnungen sind. Ähnlich wie die Gendergeschichte Männlichkeit als Forschungsgegenstand auf gegriffen und integriert hat, so hat sich die Geschichte der Rassenkonzepte und des Rassismus in den letzten Jahren zunehmend des Weißseins angenommen, Sexualitätshistoriker und -historikerinnen haben den Blick auch auf Heterosexualität gerichtet, und Geschichten, die class als Analyse-kategorie verwenden, befassen sich schon lange nicht mehr nur mit der Arbeiterklasse. Die Meinungen über den Nährwert und die Effekte dieser Verschiebungen sind kontrovers. Was den einen als notwendige historiografische Erweiterung gilt, die den Weg zu einem umfassenden Verständnis vielschichtiger und relationaler Gesellschaftsordnungen konsequent weiter beschreite, erscheint den anderen als akademisches Viagra, das letztlich dabei behilflich sei, weiße, heterosexuelle Männer der Mittelklasse wieder in das Zentrum historischer Betrachtung zu rücken<sup>1</sup>.

James Gilbert von der University of Maryland lässt keinerlei Zweifel daran aufkommen, dass es genau diese weißen heterosexuellen Mittelklasse-Männer

<sup>1</sup> Bryce Traister, Academic Viagra. The Rise of American Masculinity Studies, in: *American Quarterly* 52.2 (2000): 274-304; Daniel Wickberg, Heterosexual White Male. Some Recent Inversions in American Cultural History, in: *Journal of American History* 92.1 (2005): 136-159; vgl. zusammenfassend Jürgen Martschukat und Olaf Stieglitz, *Es ist ein Junge!* Einführung in die Geschichte der Männlichkeiten. Tübingen: edition diskord 2005.

sind, die ihn interessieren, wobei der Titel seines Buches – *Men in the Middle* – durchaus unterschiedlich gelesen werden kann. Er mag einerseits signalisieren, dass Männer, die dem hegemonialen Geschlechterentwurf am nächsten kommen und somit eine zentrale Position in der Gesellschaftsordnung einnehmen, auch im Zentrum des Buches stehen. Zugleich schreibt James Gilbert die Geschichte derjenigen Mainstream-Männer, die zwischen den männlichen Extremfiguren der 1950er Jahre standen eben in the middle. Weiße, zumindest scheinbar straighte Männer waren in aller Regel weder angepasste Konformisten in grauen Flanellanzügen noch hypermaskuline Leinwandcowboys à la John Wayne, sondern von zahlreichen Schattierungen geprägte Figuren.

Das Porträt, das James Gilbert von den konservativen und familienzentrierten Fifties zwischen Vorstädten und Massenkultur zeichnet, ist entsprechend vielschichtig und feinsinnig. Er liest zwischen den Zeilen, meidet Stereotypisierungen, wo immer es geht, skizziert komplexe Charaktere und gibt so den Blick auf mannigfaltige Geschlechtersentwürfe frei, die weißen Mittelklassemännern als Orientierung dienten. Entsprechend lässt er keinen Zweifel daran, dass er das pauschalisierende Konzept einer grassierenden Männlichkeitskrise oder einer male panic als wenig ertragreich erachtet: „Unlike the advocates of male panic and gender crisis interpretation, however, I hope to lift the discussion beyond these categories, to show that by and large, middle-class men during the decade had a rich and often contradictory range of images and personality aspirations available to them in public culture where we have asserted their absence models to emulate who were not just cowboys, war heroes, Marlboro men, or athletes.“ (33)

Die folgenden Kapitel kreisen dann um verschiedene männliche Charaktere; Männer, die nicht unbedingt in der vordersten Reihe standen, die die 1950er Jahre aber alle auf ihre Weise prägten. Da ist erstens der Sozialwissenschaftler David Riesman zu nennen, der zu Beginn der Dekade seine berühmte Studie über die *Lonely Crowd* publizierte, die das Dilemma fremdbestimmter (und somit feminisierter) Männer in einer von Massenkultur geprägten Gesellschaft der 1950er Jahre aufwarf. In den Augen der Zeitgenossen erschien Riesman die Quintessenz US-amerikanisch-männlichen Daseins dieser Jahre zu erfassen. Auch der Zoologe und Sexualwissenschaftler Alfred Kinsey warf zentrale Fragen über die US-amerikanische Kultur und Gesellschaft auf. Dessen 1948 erschienene Studie über das Sexualverhalten des US-amerikanischen Mannes nahm die Bestsellerlisten im Sturm, und zwar obgleich sie in der Darstellung recht sperrig daherkam. Das Buch

brachte verwirrend uneindeutige Ergebnisse zu Tage und damit dominierende Männlichkeitsbilder weiter ins Wanken. Die entsprechende Publikation über amerikanische Frauen folgte wenige Jahre darauf. Nach Kinsey erschien Normalität vielen Amerikanerinnen und Amerikanern nurmehr wie ein äußerst unsicherer Standard, denn deren Spektrum war offensichtlich deutlich breiter, als man angenommen hatte und umfasste vielfältige sexuelle Erfahrungen.

Weitere zentrale Figuren in Gilberts Darstellung sind der Prediger Billy Graham, der sich selber als lebendes Beispiel evangelikaler Männlichkeit inszenierte, oder auch Ozzie Nelson aus der so erfolgreichen TV-Sitcom *The Adventures of Ozzie and Harriet*. Ozzie gab nicht auf in dem Bemühen, sich als moderner Vater oder auch als Patriarch zu inszenieren, auch wenn er wieder und wieder in dieser für Männer so verwirrenden Welt der Frauen, Kinder und des Konsums scheiterte. Dabei würde er sich eigentlich, wie Gilbert betont, in seinem entmännlichten Leben der Häuslichkeit recht gern arrangieren wollen, wenn er nicht von den vielen Erwartungen an rechtes Mannsein immer wieder anderweitig gefordert würde. Die Unmöglichkeit eindeutigen Mannseins steht auch im Zentrum des Kapitels über Tennessee Williams und Brick Pollitt, den Protagonisten seines berühmtesten Dramas *The Cat on a Hot Tin Roof*, das 1955 auf dem Broadway uraufgeführt wurde. Brick, der in Richard Brooks Filmversion aus dem Jahr 1958 von Paul Newman dargestellt wurde, erscheint als konventioneller männlicher Held in jeder Hinsicht gescheitert. Doch zugleich demaskiert er die Vorstellung als Trugbild, es gäbe eine Essenz richtigen Mannseins als Sohn, Erzeuger und Versorger.

Um Richard Auguste Comte Sectorsky ist das letzte Kapitel aufgebaut. Bekannter als Sectorsky selbst dürfte wohl das Playboy-Magazin sein, das er als Managing Editor von 1956 an wesentlich gestaltete. Sectorsky verfolgte die Mission, Konsum zu sexualisieren und als männlich zu markieren. Dabei sollte er zugleich Hugh Hefners Softcore-Blättchen den Touch eines Forums zeitgenössischer Gesellschaftsanalyse verleihen. In der Regel mündeten die Gesellschaftsanalysen des Playboy in der Diagnose eines zunehmend verweiblichenden Amerikas, einer she-tyranny und der Klage über die angebliche substanzielle Krise amerikanischer Männer und ihrer Männlichkeit. Dass diese angebliche Krise der Männlichkeit mit einer Krise der Gesamtgesellschaft gleichgesetzt wurde, liegt auf der Hand.

Gilbert zeigt in seiner Studie über *Men in the Middle*, dass das Gerede über eine Krise, über Momism, Togetherness, Trousered Mothers and Dishwashing Dads und die Entmännlichung Amerikas in

den 1950er Jahren nicht nur im Playboy-Magazin, sondern an vielerlei Stellen und in vielerlei Facetten äußerst präsent war. Doch Gilbert wird nicht müde zu betonen, dass innerhalb eines relationalen Geschlechtersystems mit vielfältigen Entwürfen von Männlichkeiten und Weiblichkeiten die Krise der Einen die Chance der Anderen sein konnte. Verschiedene Entwürfe des Mannseins und des Frauseins und ihres Zusammenlebens entfalteten sich, zirkulierten und verfestigten sich zugleich. Das Bild war vielfältiger, als es auf einen ersten Blick erscheinen mochte und mag. Auch die treffliche Frage, ob sich nicht viele Männer in ihrem alltäglichen Leben zwischen Vorstadtheim, Konsumwelt und gleichförmigen Arbeitsrhythmus in den großen Korporationen gut und gerne eingerichtet hätten, stellt die Reichweite der Krisendiagnose in Frage. Doch diese Erinnerung an die notwendige Unterscheidung zwischen der Normierung einerseits und dem Alltagsleben US-amerikanischer Männer und Frauen während der 1950er Jahre andererseits bleibt eine Anregung, die in zukünftigen Projekten aufzugreifen wäre. Dies gilt auch für das Weißsein dieser Männer. Das zunehmende Drängen der afroamerikanischen Bürgerrechtsbewegung und dessen Bedeutung für die Restrukturierung der Geschlechter- und Gesellschaftsordnung taucht in Gilberts Studie kaum auf. Es bleibt zu hoffen, dass eine Studie, die ähnlich überzeugend wie James Gilberts *Men in the Middle* argumentiert und dabei *Gender und Race* in ihren multiplen Verschränkungen während der Nachkriegsdekaden aufzeigt, in nicht allzu ferner Zukunft geschrieben werden wird.<sup>2</sup>

Jürgen Martschukat (Erfurt)

Irene Berkel: **Missbrauch als Phantasma. Zur Krise der Genealogie.** München: Wilhelm Fink Verlag, 2006, 181 Seiten, ISBN 3770542282, Preis: 29,90 €

Sexueller Missbrauch ist ein Thema, das medial überpräsent vorhanden ist. In Literatur, in Filmen und in der Kunst wird diese heikle, ursprünglich Tabu besetzte Thematik, seit Jahren in vielfältiger Weise verhandelt. Dass das Interesse daran ungebrochen ist, zeigen die immer gleichen Fallberichte über vermeintlich triebgeleitete Männer und deren brutale sexuelle Übergriffe auf Kinder und Jugendliche, die angefangen vom Frühstücksfernsehen, über die Nachmittags-talkshows bis zu den Abendreportagen in allen Einzelheiten ausgebreitet werden.

<sup>1</sup> Ein äußerst gelungenes Modell bietet hier Gail Bederman, *Manliness & Civilization. A Cultural History of Gender and Race in the United States, 1880-1917.* Chicago, IL: The University of Chicago Press 1995.

Allerdings stellt sich die Frage, worauf diese Ambivalenz zwischen Faszination und Entsetzen gerade bei dieser Form von Verbrechen beruht, warum eine nahezu wahnhafte Fixierung darauf in den neunziger Jahren weite Bereiche der Gesellschaft erfasste (vgl. Sabine Rückert, *Unrecht im Namen des Volkes*, Hoffmann & Campe 2007) und warum trotz aller beharrlichen „Aufklärung“, Motive und Ursachen – etwa pädophiler Neigungen – weitgehend als unerklärbar gelten.

Berkel bezieht in ihre Überlegungen eine Vielzahl gesellschaftlicher Entwicklungen ein. So kritisiert sie beispielweise das vereinfachte Täter-Opfer-Modell der Kindesmissbrauchsbeziehung, in dem alle weiblichen Subjekte leichtfertig einen Opferstatus erhalten, Männer dagegen, dem Generalverdacht ausgesetzt sind, potentieller Sexualtriebhaber zu sein.

Vor allem aber geht sie den Fragen nach, wie, wann und warum das Phänomen des Missbrauchs den öffentlichen Diskurs erfasste – denn Missbrauch hat es ja immer schon gegeben –, zum anderen untersucht sie dieses Phänomen hinsichtlich seiner phantasmagorischen Dimension. Ihrer Hauptthese zufolge sind es zwei Ursachen, die den Missbrauch als Phantasma entstehen liessen: Die sich stark verändernden Verhältnisse der Generationen untereinander und die Bereitschaft, sich der massenmedial generierten Faszination hinzugeben. Diese bedient mit den teils vulgären Bildern der Opfer und den ausgebreiteten Formen der sexuellen Gewalt einerseits zwar einen allseits akzeptierten Voyeurismus, andererseits ist diese Faszination aber auch involviert, wenn der Wunsch nach sozialer Kontrolle wächst, wie er sich gegenwärtig in der kontrovers geführten Debatte über öffentlich zugängliche Datenbanken für Sexualstraftäter nach US-amerikanischen Vorbild niederschlägt.

Hinzu kommt, dass die kommerzielle Vermarktung des Tabubruchs zunehmend auch zur Enttabuisierung beiträgt. Die Medien mit ihren oft nur an Spekulationen orientierten Enthüllungen reflektieren nicht ihre inszenierte Erotisierung des Kindes, dem damit eine Sexualität der Erwachsenen zugewiesen wird, was wiederum die Grenzen der Generationen verwischt.

Doch nicht nur die Medien, sondern auch die Bio-, Gen- und Reproduktionstechnologien tragen zu diesen Grenzverschiebungen bei. Denn in einer Gesellschaft, die auf Jugendlichkeit fixiert ist, die einem immer größerem Teil Vitalität, Gesundheit und ein langes Leben verspricht und dies ermöglicht, wächst auch die Nachfrage nach immer neuen technischen Varianten, „Jugend“ mit Hilfe modernster Techniken herstellen und kontrollieren zu können – wie etwa der Möglichkeit, den Zeitraum der biologischen Elternschaft immer weiter nach „hinten“ zu verschieben. Die damit verbundene

soziokulturelle Neuordnung der Geschlechter- und Generationenverhältnisse und der Funktionsverlust der traditionellen genealogischen Ordnung, die neue Vater-, Mutter- und Familienrollen hervorbringt, führen zu Verunsicherungen, die sich nicht zuletzt auch in den aktuellen Debatten über den sexuellen Missbrauch niederschlagen.

Den theoretischen Zugriff auf die Missbrauchsproblematik in ihrer gesamten Komplexität realisiert Berkel mittels dreier psychoanalytischer Schulen – die Sigmund Freuds und den Modifikation, die sie durch Jacques Lacan und Melanie Klein erfahren hat.

Dies ermöglicht ihr, die Wechselverhältnisse von Genealogie und begehrendem Subjekt zu erörtern, sowie einen Blick auf die gesellschaftlichen Konstitutionsbedingungen der perversen Psychopathologien zu eröffnen, gleichzeitig aber zu skizzieren, was die Voraussetzungen für gelingende Generationsverhältnisse sein könnten.

Das konkrete Material, an dem für Berkel das gesellschaftliche Unbewusste manifest wird und an dem sie ihre Thesen belegt, bilden drei thematisch passende Filme: *Das Fest* von Thomas Vinterberg (1997), *Twin Peaks: Fire walk with me* von David Lynch (1992) und *Die Verdammten* von Lucino Visconti (1969).

Die Studie schließt mit Überlegungen zur Genealogie und zum Inzesttabu in der jüdischen und christlichen Tradition ab, welche die abendländische Kultur in ihrer religiösen Dimension, einschliesslich der hier vorherrschenden Vorstellungen vom Sexuellen entscheidend geprägt hat und die somit im weitesten Sinne die Matrix bildet, auf der sich die von Berkel konstatierten Auflösungsvorgänge vollziehen.

Ab Mitte des letzten Jahrhunderts nehme das „in-zestöse Phantasma unter den Bedingungen eines intensiven Konsumismus, des Jugentlichkeitswahns und der sexuellen Befreiung im Lolitaphänomen das Sehnsuchtsbild eines inzestuöses erotisierten Generationenverhältnisses an. Die Entbindung des Subjekts aus der Einheit von Liebe, Sexualität und Reproduktion verändert das Verhältnis zwischen den Generationen und die Frage der generationellen Verantwortung. Mit der schwindenden Interdependenz von Genealogie und Geschlecht verliert auch das Inzestverbot als tragende Säule der Kultur an Wirksamkeit.“ (173)

Man mag die von Berkel proklamierte omnipotente analytische Leistungsfähigkeit der Psychoanalyse im Einzelfall in Zweifel ziehen, die Stärke der Studie besteht in jedem Fall darin, die Missbrauchsthematik in einem umfassenderen Kontext aufzunehmen, als sie in der Öffentlichkeit zumeist behandelt wird.

Stefanie Schlünz und Manja Taggeselle (Berlin)

Jean Baudrillard: **Die Macht der Verführung**. Audio-CD, 68 Minuten, Supposé Verlag, Köln 2006, Konzeption und Regie: Thomas Knoefel, Ton: Klaus Sander, Schnitt: Anja Theismann ISBN-10: 3-932513-67-3, Preis: 18,00 €

Auf dieser CD spricht der kürzlich verstorbene Philosoph und Soziologe Jean Baudrillard deutsch. Das hilft Hörerinnen und Hörern, denn auf Deutsch kann er nicht so mit seinen Gedanken heraussprudeln wie auf Französisch. Er muß gelegentlich Pausen einlegen oder nach Worten suchen, die ihm nach einer kleinen Pause gleich einfallen. Baudrillard präsentiert somit am Beispiel der „Macht der Verführung“ auf Deutsch eine vielleicht typisch französische spiralförmige Denkweise.

Bei der Aufnahme handelt es sich offenbar um Gesprächsfragmente, bei denen die Fragen des Gesprächspartners herausgeschnitten wurden, während das Gespräch selbst sich auf Baudrillards Werk „Lasst euch nicht verführen“ (Berlin 1983) bezieht. Der Bezug auf Brecht und die Bibel ist in diesem Buch eher implizit.

Baudrillard beginnt mit der Verlesung eines Textauszugs aus „Lasst euch nicht verführen“, dem „Prolog wider die Liebe“ genannt. Danach kommt eine kurze Geschichte der Verführung. Anders als im Buch von 1983 geht es um die Verflüssigung alles Festen bei der Verführung.

„All that is solid melts into air“ paraphrasierte fast zur gleichen Zeit (1982) der amerikanische Soziologe Marshall Berman das *Kommunistische Manifest*. Dieser Auflösung des Soliden geht Baudrillard auf der vorliegenden CD unter der Überschrift „Séduction und Produktion“ nach. Die Macht der Verführung wird von ihm – bei Feministinnen wohl nicht besonders geschätzt – weiblich konnotiert, unwiderstehlich, mysteriös, ungeheuer. Aber könnte es auch nur um das Weibliche im Mann gehen?

Weibliche Séduction-Verführung und männlich geprägte Produktion schließen sich nach Baudrillard aus. Aber das Gegenteil ist ebenfalls richtig, sie hängen dialektisch zusammen. „Ich kann nur verführen, wenn ich schon verführt bin, und niemand kann mich verführen, ohne selbst schon verführt zu sein“. Der Verführer Baudrillard führt durch alle Arten von Verführung: die Verführung der Toten, Verführung und Pornographie, Perversion und Verführung bis hin zu Technik und Magie.

Auch vor Gott bzw. den Göttern wird nicht haltgemacht: „Wenn wir auf die alten Kulturen zurückkommen, dann war das Verhältnis zu den Göttern ein Opferverhältnis. Das Opfern ist ja ein Verführungsversuch, denn natürlich muss man den Göttern gefallen, sonst werden sie sich rächen. Das ist ein Duell – und die Götter antworten oder sie antworten nicht. Wenn sie aber

nicht antworteten, dann war es aus mit ihnen in diesen Kulturen, denn die Götter hatten keine ewige Stellung, es war ein fortwährendes Spiel von Opfern und Vergelten“. Nietzsche und Heidegger lassen grüßen. Man vermisst nur die Göttinnen.

Ausführlich und anregend diskutiert Baudrillard die für ihn unübersetzbaren Begriffe „pouvoir“ und „puissance“, also etwa „Macht“ und „Leistungsfähigkeit“. „Souveraineté est puissance suprême“ sagte Jean Bodin schon viele Jahre vor dem Nazi – Kronjuristen Carl Schmitt und seinem Diktum „souverän ist, wer über den Ausnahmezustand bestimmt“. „Aber wie lange?“ fragte Nicolaus Sombart in seinem Buch über „Die deutschen Männer und ihre Feinde“ nach. Dass östlich des Rheins Menschen spätestens seit Max Weber über die Diffe-

renzung von „Macht“ und „Herrschaft“ nachgedacht haben, scheint Baudrillard so wenig zu interessieren wie seinen Landsmann Michel Foucault, der ebenfalls mit einem amorphen Machtbegriff operiert hat.

Sex ist kein Thema, Liebe nur Negativfolie. Die heutige Kultur ist die der „ejaculatio praecox“, der schnellen Triebabfuhr. Dagegen stellt Baudrillard die Verführung, die Leidenschaft, das Flüchtige. Das tut er so charmant mit leisem Lachen und Fragen „wie sagt man?“, dass meiner Beifahrerin der einstündige Stau bei Hannover amüsant verkürzt wurde. Zu bemängeln ist das fehlende Booklet, Konzeption und Produktion der CD sind Thomas Knoefel hervorragend gelungen.

Volker Gransow (Berlin)



# 31. Jahrestagung für Sexualmedizin

## 14. Jahrestagung der Akademie für Sexualmedizin

Freiburg i. Brsg., 16. bis 19. Mai 2007

### Tagungsleitung

Prof. Dr. Dietmar Richter  
Obere Flüh 4, 79713 Bad Säckingen  
Tel. +49(0) 7761-7366, Fax +49(0) 7761-58633, eMail: info@prof-richter.de

### Weitere Informationen über

Congress-Organisation Geber und Reusch Rheinparkstraße 2, 68163 Mannheim  
Tel. +49(0)621-826611, Fax +49(0)621-812014, eMail: geber@t-online.de

### Tagungsort

Clarion Hotel Hirschen, Breisgauerstraße 47, 79110 Freiburg Lehen  
Tel:+49(0) 761-8977690, Fax +49(0) 761 87994, eMail: info@clarion-hotel-freiburg.de, www.clarion-hotel-freiburg.de

### Vorläufiges wissenschaftliches Programm

#### Mittwoch 16. Mai 2007

#### 9.00–16.00 Einführungsseminar für Supervisoren in SST

Interessenten wenden sich direkt an den Sekretär für Weiterbildung  
Dr. H. Berberich, Kasinostr.31, 65929 Frankfurt, Tel.: 069/316776  
mail: berberich@maennerarzt-frankfurt.de  
Dort erhalten sie weitere Informationen.  
Teilnahmegebühr: € 200,-

#### 19.00 Begrüßungsabend

Ankommen, Begegnen, Überraschungen, Abendbuffet  
Moderation  
Dr. D. Wetzel-Richter und Prof. P. Nijs

#### Donnerstag 17. Mai 2007

#### Neurobiologie der Sexualität

Vorsitz: Prof. K. Beier, Berlin;  
Prof. D. Richter, Bad Säckingen

#### 8.30–9.20

Grußworte und Eröffnungsvortrag: Das Geheimnis der Spiegelneurone – Warum ich fühle, was Du fühlst  
Prof. J. Bauer, Freiburg

#### 9.20–9.40

Zentralnervöse Korrelate von Bindung und sexueller Orientierung – Neue Forschungsergebnisse  
Dr. T. Krüger, Zürich

#### 9.40–10.00

Funktioneller Endophänotyp der sexuellen Orientierung des Menschen – Daten einer fMRI-Studie  
Dr. J. Ponseti; Prof. H.A.G. Bosinski, Kiel

#### 10.00–10.30 Diskussion

#### 10.30–11.00 Pause

#### 11.00–12.30 Seminare

#### 12.30–14.30 Mittagspause

#### Mitgliederversammlung

#### Weibliche Sexualstörungen

Vorsitz: Dr. B. Delisle, München; Prof. M. Wirsching, Frbg.

#### 14.30–14.50

Lebensqualität und Sexualität von Frauen heute  
Dr. B. Schultz-Zehden, Berlin

**Donnerstag, 17. Mai 2007****14.50–15.10**

Anfragen von Frauen beim Informationszentrum für Sexualität und Gesundheit e.V.  
*Dr. M. Berner, Freiburg*

**15.10–15.30**

Testosteron, das vergessene weibliche Hormon  
*Dr. A. Pauls, Berlin*

**15.30–16.00 Diskussion****16.00–16.30 Pause****16.30–18.00 Seminare****18.30–19.00 Bewegung und Begegnungsfreude****Freitag, 18. Mai 2007****Körperliche Erkrankung und Sexualität**

*Vorsitz: Prof. G. Gitsch, Prof. U. Wetterauer, Freiburg*

**9.00–9.20**

Sexualstörungen bei Patientinnen mit Brustkrebs  
*Prof. A. Hasenburg, Freiburg*

**9.20–9.40**

Sexualstörungen bei Patienten mit Prostatakrebs  
*Dr. D. Rösing, Greifswald*

**9.40–10.00**

Pelvic floor dysfunktion und Sexualität  
*Dr. B. Gabriel, Freiburg*

**10.00–10.30 Diskussion****10.30–11.00 Pause****11.00–12.30 Seminare****12.30–14.30 Mittagspause****Sport, Körperkult und Sexualität**

*Vorsitz: Dr. H. Berberich, Frankfurt  
Prof. H.A.G. Bosinski, Kiel*

**14.30–14.50**

Sport als Salutogenese  
*Prof. A. Berg, Freiburg*

**14.50–15.10**

Doping als Ursache von Sexualstörungen  
*Dr. H. Heisler, Rheinfelden*

**15.10–15.30**

Versprechen ästhetisch-plastische Operationen eine bessere Sexualität?  
*Prof. A. Faridi, Köln*

**15.30–16.00 Diskussion****16.00–16.30 Pause****16.30–18.00 Seminare****20.00****Gesellschaftsabend mit Überraschungen****Samstag, 19. Mai 2007****9.00–10.00 Seminare****10.30–11.00 Pause****Sexualmedizinische Basisversorgung**

*Vorsitz: Prof. P. Nijs, Leuven; Prof. F. M. Köhn, München*

**11.00–11.20**

Erektionsstörung als Risikoindikator aus hausärztlicher Sicht  
*Dr. D. Wetzel-Richter, Rickenbach*

**11.20–12.00**

Wie habe ich die Sexualmedizin in den Praxisalltag integriert – Sexualmedizinische Fortbildung: Erfahrungen und Praxisbezüge  
*Dr. G. Hagmann (Freiburg/Leuven), Dr. K. Rösing (Berlin), Dr. A. Akkan (Düsseldorf), Dr. W. Dresel (München)*

**12.00–12.15 Diskussion****12.15–12.45**

Festvortrag: Spätmoderne Beziehungswelten – Partnerschaft und Sexualität in 3 Generationen  
*Prof. G. Schmidt, Hamburg*

**12.45–13.00 Diskussion****13.00–13.00**

Ausblick auf die 32. Jahrestagung und Verabschiedung der Kongressteilnehmer

**Themen der Seminare**

1. Einführung in die syndyastische Sexualtherapie (SST)  
*Prof. Kurt Loewit, Innsbruck*
2. Sexualtherapeutische Gesprächsführung für Fortgeschrittene  
*Dipl.-Psych. Christoph J. Ahlers, Berlin  
Dipl.-Psych. Gerard A. Schäfer, Berlin*
3. Sexualstörungen nach Krebsbehandlung – Diagnostik und Therapie  
*Dr. med. Dirk Roesing, Greifswald  
Dipl.-Psych. Janina Neutze, Berlin*
4. Einführung in die imaginative Technik bei der Behandlung von Paarkonflikten  
*Dr. med. Marie Neubauer, Göttingen  
Dr. med. Horst Neubauer, Göttingen*
5. Diagnostik und Behandlung forensisch relevanter sexueller Präferenzstörungen  
*Dr. David Goecker, Dipl.-Psych. Ingrid Mundt, Berlin*
6. Leiten und Leitenlassen – Nonverbale Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung beim Tango erfahren  
*Dipl.-Psych., Psychoanalytikerin Susanne Rothmaler, Berlin*
7. Nachbereitung der Tagungsvorträge aus Sicht des Praktikers  
*Dr. med. Gotthart Kumpan, Berlin*
8. Erfolgreich sexualtherapeutisch behandeln – Erfahrungsaustausch und Vertiefung theoretischer und praktischer Inhalte  
*Dr. med. Franz-Karl Hausmann, Hünfelden*