
Sexuologie

Hrsgg. von der Deutschen Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft

Inhalt

91 Editorial

Norbert H. Brockmeyer – Sexuelle Gesundheit – Viel mehr als Abwesenheit von Krankheit

Themenschwerpunkt

93 Sexuelle Gesundheit in Deutschland – Ein Überblick über existierende Strukturen und Verbesserungspotentiale

Viviane Bremer, Christine Winkelmann

105 „mach's mit – Wissen und Kondom“ – die Kampagne der BZgA zur Prävention von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI)

Elisabeth Pott, Verena Lulei

111 Geschlechtskrankheiten, Gesundheitspolitik und Medizin im 20. Jahrhundert – Europäische Entwicklungen im Überblick

Lutz Sauerteig

119 Das Konzept der englischen GUM Kliniken

Indrajit Ghosh

122 Zwischen Risikoprävention und sexueller Gesundheitsförderung – Salutogenese im Kontext der Sexualaufklärung in Europa

Harald Stumpe

128 Paradigmenwechsel der Sexualpädagogik im Kontext gesellschaftlicher Entwicklungen

Uwe Sielert

Fortbildung

135 Sex mit Kindern – Diskurse und Realitäten

Sophonette Becker

Historia

143 Zur Sexualisierung von NS-Tätern und Taten

Birgit Dahlke

Diskussion

154 Zirkumzision – die deutsche Debatte und ihre medizinische Basis

Heinz-Jürgen Voß

Aktuelles

163 Zur Bedeutung von Presse- und Öffentlichkeitsarbeit im Präventionsnetzwerk „Kein Täter werden“

Jens Wagner

170 Das Modul „Sexualität und endokrines System“ im Modellstudiengang Medizin der Humboldt Universität Berlin

Klaus M. Beier

176 Die Ökonomie der Liebe – Ein Gespräch mit der Soziologin Eva Illouz

Michèle Wannaz

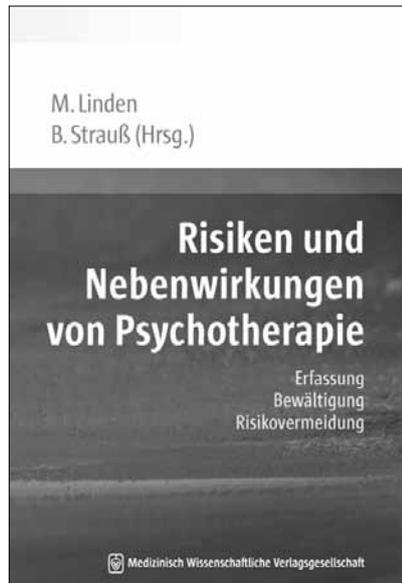
179 Schwangerschaftsabbruch zwischen reproduktiver Selbstbestimmung und Kriminalisierung – neue / alte Diskurse. Ein Tagungsbericht

Christine Czygan, Anja Kruber

184 Rituelle Beschneidung in Judentum und Islam aus juristischer, medizinischer und religionswissenschaftlicher Sicht. Ein Tagungsbericht

Thomas Jeschner

188 Rezensionen, Jahresinhaltsverzeichnis



Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie
Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung
1. Auflage, 2013, Paperback, 165 mm x 240 mm
211 Seiten, 1 S/W Abbildungen, 6 Tabellen
ISBN: 978-3-941468-64-1

Keine Therapie ohne Risiken, Nebenwirkungen oder gar Komplikationen

Das gilt auch für die Psychotherapie. Nicht nur die Wirkung der Therapie selbst, sondern ebenso die Interaktion zwischen Therapeut und Patient, das Verhalten des Therapeuten oder das Setting bergen Risiken für beide Seiten. Ausgehend von einer grundlegenden Definition, Klassifikation und den empirischen Befunden zu Psychotherapieebenenwirkungen werden die wesentlichen Risiken verschiedener Psychotherapieverfahren und -formen dargestellt. Das Thema wird aus der Perspektive des Therapeuten wie auch des Patienten abgehandelt, die beide Nebenwirkungen erleiden können. Es werden konkrete Strategien zur Vorbeugung und Reduktion von Risiken und Nebenwirkungen gegeben. Das Buch wendet sich an Wissenschaftler sowie Praktiker und will zu einer offenen und sachlichen Diskussion des Themas beitragen.

Haupt- und Nebenwirkungen, Psychotherapieschäden und unerwünschte Ereignisse sicher unterscheiden spezifische Nebenwirkungen verschiedener Psychotherapieverfahren erkennen Vermeidung von Risiken und mehr Behandlungsqualität durch konkrete Strategien und Konzepte

mit Beiträgen von: Harald J. Freyberger, Marie-Luise Haupt, Rainer Hellweg, Micha Hilgers, Veronika Hillebrand, Bernhard Jakl, Horst Kächele, Sophie Kaczmarek, Maria Kensche, Michael Linden, Michael Märten, Dankwart Matzke, Yvonne Nestoriuc, Winfried Rief, Andrea Schleu, Wolfgang Schneider, Carsten Spitzer, Bernhard Strauß, Serge K. D. Sulz

Zielgruppen: ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, Psychiater; Psychologen, Pädagogen; Klienten, Betroffene, Angehörige

Anschrift der Redaktion

Redaktion der Sexuologie, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin des Universitätsklinikums Charité, Luisenstrasse 57, D-10117 Berlin, Tel.: 030 / 450 529 301 (Fax: -529 992), e-mail: sexuologie@dgsmtw.de

Anzeigen: MediaService Marschall, AnzeigenMarketing, Tel. 030-7719959, 030-81877980, Fax: 030-7713432, www.mediamarschall.de, info@mediamarschall.de

Anzeigenpreise: Gültig ist die Preisliste vom 1. Januar 2012

Lieferkonditionen (2012): Volume 19 (1 Band mit 4 Heften, Auslieferung in zwei Doppelheften)

Abopreise* (2012): Deutschland, Österreich, Schweiz: Institutionelle Abnehmer 212,00 €; persönliche Abonnenten 156,00 €; Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft beziehen die Sexuologie zum Sonderpreis, bitte anfragen, Studentenabo 30,00 €

* Die Preisangaben sind unverbindliche Preisempfehlungen. Preisänderungen müssen wir uns vorbehalten. Alle Preise verstehen sich exklusive Versandkosten und exklusive Umsatzsteuer. Bei der Rechnungsstellung wird Umsatzsteuer gemäß der zum Rechnungszeitraum geltenden Richtlinien erhoben. Kunden in den EU-Ländern werden gebeten ihre Umsatzsteuernummer anzugeben.

Abonnements: Redaktion der Sexuologie, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin des Universitätsklinikums Charité, Luisenstrasse 57, D-10117 Berlin, Tel.: 030 / 450 529 301 (Fax: -529 992), e-mail: sexuologie@dgsmtw.de

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.

Bankverbindung: Deutsche Ärzte und Apothekerbank, Account No. 010 8784647 (BLZ 300 606 01); IBAN: DE40 30060601 0108784647; BIC/SWIFT: DAAEEDDD
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 der Akademie für Sexualmedizin 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 Neuzusammensetzung von Sammelbänden, für den Wiederverkauf und andere Recherchen muss eine schriftliche Erlaubnis von der Akademie eingeholt werden.

Satz: Rainer Alisch, Taunusstraße 8, 12161 Berlin

Druckerei, Bindung: Gutenberg Druckerei GmbH Weimar · Postfach 2008 · 99401 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 eines Motives von Getty Images)
(Deutsche Fachpresse)

© Deutschen Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft



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



Sexuelle Gesundheit – Viel mehr als Abwesenheit von Krankheit

Norbert H. Brockmeyer

Unsere Gesellschaft befindet sich im Wandel, und das ist gut so.

Es ist nicht allzu lange her, dass Patienten mit Geschlechtskrankheiten stigmatisiert und ausgegrenzt wurden, man über psychische Probleme in diesem Zusammenhang oder gar Sexualstörungen nicht sprach und Sexualität insgesamt ein Tabuthema war. Diese Zeiten sollten längst der Vergangenheit angehören – doch ist dies so?

Ich denke eine neue Herangehensweise an das Thema Sexualität und sexuell übertragbare Infektionen (STI) ist notwendig, nämlich die ganzheitliche Erfassung der „sexuellen Gesundheit“ jedes Menschen. Darunter verstehe ich eine Sichtweise, die sowohl alle medizinischen Aspekte, als auch die sozialen, psychischen und individuellen Umstände berücksichtigt. Welche sexuellen Neigungen hat der Mensch? Wie ist das soziale Umfeld, in dem er/sie lebt? Spielt sexualisierte Gewalt eine Rolle? Können die individuellen Vorstellungen von Sexualität erlebt werden? Antworten auf diese und weitere Fragen spielen eine wichtige Rolle bei der Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Infektionen (STI). An diesem Punkt sehe ich unsere Gesellschaft in einem entscheidenden Wandel – weg von der rein medizinischen Diagnostik, hin zu einer ganzheitlichen Diagnose und Behandlung.

Und wie steht es um die sexuelle Gesundheit in Deutschland? Die Antwort: Wir wissen es leider nicht! Medizinische Daten zu Inzidenzen von STI liegen mit Ausnahme von HIV und Syphilis nicht vor, ganz zu

Schweigen von Einschätzungen über die psycho-sozialen Probleme in Zusammenhang mit Sexualität. Eindeutig ist allein: Hier besteht Handlungsbedarf in Deutschland!

Auf das weite Feld der sexuellen Gesundheit hat sich im Juni dieses Jahres die Deutsche STI-Gesellschaft begeben und ihren Jubiläumskongress unter dem Motto „Auf dem Weg zur Sexuellen Gesundheit“ im Berliner Rathaus veranstaltet. Experten aus Deutschland, Europa und den USA, aus Klinik, Praxis, dem öffentlichen Gesundheitsdienst und Beratungsstellen, Wissenschaft und Forschung, aus verschiedensten Fachbereichen wie der Medizin, der Sozialwissenschaft, Sexualpädagogik, Psychologie und Epidemiologie haben an drei Tagen gemeinsam dieses spannende und vielseitige Thema gemeinsam diskutiert. Vor diesem Hintergrund entstanden sind einige Beiträge im „Themenschwerpunkt“ dieser Ausgabe, die ich Ihnen gerne empfehlen möchte.

Mit der Lage der sexuellen Gesundheit in Deutschland und den existierenden Strukturen haben sich Viviane Bremer (RKI, Berlin) und Christine Winkelmann (BZgA, Köln) beschäftigt (siehe Seite 93ff), während Elisabeth Pott und Verena Lulei (BZgA, Köln) den gegenwärtigen Stand der Prävention von HIV und anderer sexuell übertragbarer Infektionen (STI) thematisieren (siehe Seite 105ff).

Wenn wir über gesundheitspolitische Strukturen und das Verbesserungspotential in Deutschland nachdenken, lohnt sich ein Blick über den Tellerrand, genauer gesagt über den Kanal, nach Großbritannien: Hier hat sich im öffentlichen Gesundheitssystem bereits die Vorstellung einer ganzheitlichen Versorgung im Sinne von „sexueller Gesundheitsversorgung“ verwirklicht. In Zentren für sexuelle Gesundheit, sogenannten GUM-Kliniken (GUM steht für Genito-Urinary Medicine) arbeiten Fachleute unterschiedlicher Berufsgruppen Hand in Hand. Indrajit Ghosh (GUM Klinik, London) berichtet in seinem Artikel über die historische Entstehung dieses Konzept, welches für Deutschland Vorbild sein könnte und sollte (siehe Seite 119).

Wie eingangs erwähnt kann ein Rückblick in die Geschichte, in unsere Vergangenheit, helfen zu reflektieren. So können wir uns weiterentwickeln, wandeln, aus Fehlern lernen und vielleicht manchmal auch bereits Dagewesenes reaktivieren. Ein Beispiel hierfür ist die Deutsche STI-Gesellschaft, die sich in den 110 Jahren ihres Bestehens unterschiedlichsten gesellschaftlichen und politischen Herausforderungen gestellt hat. Gegründet als interdisziplinäre Fachgesellschaft unter der Leitung von bekannten Dermatologen wie Neisser und Blaschko vereinte sie die Interessen ihrer Mitglieder, die aus den verschiedensten Berufsgruppen und sozialen Schichten kamen, mit einem Ziel: der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und der Förderung der STI-Aufklärung und -Prävention. Lutz Sauerteig (Medizin-Historiker, Durham University) hat auf unserem Kongress die Geschichte der DSTIG nachgezeichnet und in diesem Band einen lesenswerten Überblick zu „Geschlechtskrankheiten, Gesundheitspolitik und Medizin im 20. Jahrhundert“ verfasst (siehe Seite 111f).

Darüber, dass Aufklärung und Präventionsarbeit bereits in Schulen stattfinden muss, besteht eigentlich Konsens – und dennoch sieht die Realität in Deutschland anders aus. Das Wissen um sexuelle Gesundheit und sexuell übertragbare Infektionen ist gering. Umso wichtiger ist es, die Sexualpädagogik als wichtigen Pfeiler in unserem

Gesundheitssystem, Beratungsstellen aber auch in Angeboten zur sexuellen Gesundheit in Kliniken zu verankern. Harald Stumpe (Sexualwissenschaftler, Merseburg) und Uwe Sielert (Sexualpädagoge, Kiel) beleuchten sozialpädagogische Aspekte, die uns auf dem Weg zur sexuellen Gesundheit bereits in Berlin weitergebracht haben (siehe Seite 122ff). Nur wenn wir die Sprachlosigkeit über Sexualität und STI überwinden und wir bereits in Schulen über Infektionswege und Prävention, aber auch über gesund-gelebte lustvolle Sexualität aufklären und darüber gemeinsam sprechen, können wir diesen Weg erfolgreich beschreiten.

Natürlich wird dennoch die Bereitschaft sich auf sexuell übertragbare Infektionen untersuchen zu lassen weiterhin mit einer hohen Hemmschwelle verbunden sein. Doch wir können uns bemühen auch diese Schwelle niedrig zu gestalten. Gemeinsam und mit politischer Unterstützung können wir ein offenes und ganzheitliches Versorgungsangebot schaffen, welches von allen Menschen genutzt werden kann, selbst von nichtversicherten Personen. Wir können die sexuelle Gesundheit fördern, anstatt Angst vor Krankheit zu schüren, die Präventionsstrategie zu konterkarieren und Stigmatisierung zu dulden. Für diesen Wandel in unserer Gesellschaft und in unserem Gesundheitssystem müssen wir uns alle gemeinsam einsetzen.

Prof. Dr. Norbert H. Brockmeyer ist
Präsident der Deutschen STI-Gesellschaft (DSTIG)
und an der Klinik für Dermatologie, Venerologie
und Allergologie der Ruhr-Universität Bochum tätig.



DSTIG

Deutsche STI-Gesellschaft

Gesellschaft zur Förderung der Sexuellen Gesundheit

Sexuelle Gesundheit in Deutschland – Ein Überblick über existierende Strukturen und Verbesserungspotentiale

Viviane Bremer, Christine Winkelmann

Sexual Health in Germany – A Survey of Existing Structures and the Potential for Improvement

Abstract

WHO developed in 2002 a working definition for sexual health and sexual rights. Sexual health covers many areas of sexuality, for example sexual satisfaction, reproductive health, sexual violence and HIV/STI.

The services offered in health care facilities in Germany are very heterogeneous. These heterogeneous structures impede a common understanding of sexual health, as most services are tailored to certain groups or to particular aspects of sexual health. The "Sektion sexuelle Gesundheit", a working group of the German Association for STI (DSTIG) wants to set up a basis for improved sexual health in Germany. For this purpose, members of the group have developed indicators to measure sexual health in Germany. They also formulated professional standards of STI prevention. Recommendations for consultation, diagnosis and treatment of sexuality and STI are also being elaborated. Some areas of sexual health, such as reproductive health and HIV education rely on well-functioning structures in Germany. However, awareness is lacking for the concept of sexual health and the issue is largely absent in medical education and training of health care professionals. In addition, health care facilities suffer from fragmentation and are not sufficiently interlinked. In addition, access to health care is very restricted for people without health insurance.

In order to improve care in sexual health in Germany, the need for training and education of health care professionals should be identified and appropriate curricula should be developed. Consideration should be given to setting up centers for sexual health accessible to all.

Keywords: Sexual health, WHO, Germany, Health services

Zusammenfassung

Die WHO erzielte 2002 Konsens über eine Arbeitsdefinition zu sexueller Gesundheit und sexuellen Rechten. Das Thema sexuelle Gesundheit umfasst dabei viele Bereiche der Sexualität, zum Beispiel sexuelle Zufriedenheit, reproduktive Gesundheit, sexualisierte Gewalt und HIV/STI.

In Deutschland nehmen viele Akteure die Belange der sexuellen Gesundheit wahr. Diese heterogenen Strukturen erschweren ein bereichsübergreifendes ganzheitliches Verständnis der sexuellen Gesundheit, da die meisten Angebote nur auf bestimmte Gruppen oder auf einzelne Aspekte zugeschnitten sind. Die Sektion sexuelle Gesundheit der deutschen STI-Gesellschaft möchte Grundlagen für eine verbesserte sexuelle Gesundheit in Deutschland schaffen. Hierzu haben Mitwirkende „Indikatoren“, also Messgrößen zur Erfassung der sexuellen Gesundheit in Deutschland entwickelt und fachlich fundierte Standards der STI-Prävention formuliert. Empfehlungen zur Beratung, Diagnostik und Therapie zu Sexualität und STI werden ebenfalls erarbeitet. Zu den Bereichen der Verhütung, Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Geburt und Versorgung Neugeborener sowie zur HIV-Aufklärung sind in Deutschland gut funktionierende Strukturen vorhanden. Das gesundheitsfördernde Potential von Sexualität und sexueller Gesundheit bleibt jedoch noch weitgehend unbeachtet, da das Bewusstsein für das Konzept der sexuellen Gesundheit fehlt und das Thema in ärztlicher Fort- und Weiterbildung weitgehend abwesend ist. Zudem sind vorhandene Strukturen unzureichend vernetzt. Personen ohne Krankenversicherung ist der Zugang zu vielen Leistungen verwehrt.

Um die Versorgung im Bereich sexuelle Gesundheit für alle Menschen zu verbessern, sollte zunächst der Bedarf an systematischer Aus- und Fortbildung der entsprechenden Berufsgruppen identifiziert und bedarfsgerechte Angebote geschaffen werden. Außerdem sollte geprüft werden, in welcher Form Zentren für sexuelle Gesundheit in Deutschland aufgebaut werden können, die allen zugänglich sind.

Schlüsselwörter: Sexuelle Gesundheit, WHO, Deutschland, Versorgung

Hintergrund

Das Konzept der sexuellen Gesundheit hat seit seiner Entstehung zu Beginn der 1970er Jahre an Bedeutung gewonnen und ist einer steten Entwicklung unterworfen (Giami, 2002). Die Evolution des Konzepts spiegelt und steht in enger Abhängigkeit zu mehreren gesellschaftlichen Entwicklungen: der sogenannten ‚sexuellen Re-

volution' in den westlichen Ländern in Zusammenhang mit dem Zugang zu Kontrazeptiva, der weltweiten HIV Epidemie ab den 1980er Jahren, Sorgen um eine sogenannte Bevölkerungsexplosion in den Entwicklungsländern, Emanzipationsbewegungen sowie in letzter Zeit ein öffentlich werdender Diskurs um sexuelle Gewalt und Missbrauch.

In Deutschland wurde das Konzept von den jeweiligen Fachdisziplinen in unterschiedlichem Maße rezipiert. Unter dem Dach der ‚sexuellen Gesundheit‘ werden so verschiedene Aspekte wie Diagnose und Behandlung von sexuell übertragbaren Infektionen (STI), Sexuaufklärung, Sexualtherapie und Prävention von sexueller Gewalt vereint – um hier nur vier zu nennen. Dies mag ein wesentlicher Grund für eine gewisse Zurückhaltung sein, da alte Zuständigkeiten, daraus resultierende Verantwortungen und vermeintlich klar abgegrenzte Arbeitsfelder in Frage gestellt werden.

Definitionen

Eine Reihe von Definitionen illustrieren anschaulich die Entwicklung des Konzepts und seine Abhängigkeit von anderen Diskursen im Zusammenhang mit Sexualität. Edwards und Coleman (2004) geben einen umfassenden Überblick.

Die WHO hat bereits 1975 eine erste Definition von sexueller Gesundheit vorgelegt, die kurz und knapp lautete:

„Sexual health is the integration of the somatic, emotional, intellectual and social aspects of sexual being in ways that are positively enriching and that enhance personality, communication and love. (WHO 1975)¹

Zwar ist diese Definition inzwischen veraltet, doch wurde schon vor 40 Jahren betont, dass sexuelle Gesundheit weit mehr als physische Aspekte umfasst; darüber hinaus wurde ihre positive Bedeutung herausgestellt.

Ein Jahrzehnt später wurde im Rahmen einer von der WHO Europa organisierten Konsultation in Frage gestellt, ob eine Definition von sexueller Gesundheit überhaupt möglich und wünschenswert sei. Sexuelle Gesundheit sei kein wissenschaftliches Konzept, sondern spiegle vielmehr spezifische Kulturverständnisse wider, die sich über die Zeit und den Raum hinweg veränder-

¹ „Sexuelle Gesundheit ist die Integration der körperlichen, emotionalen, geistigen und sozialen Aspekte des sexuellen Daseins in einer positiven Art und Weise, die zu einer Bereicherung und Weiterentwicklung von Persönlichkeit, Kommunikation und Liebe beiträgt.“ WHO (1975).

ten. Man befürchtete, dass eine Definition von sexueller Gesundheit eine implizite Normsetzung sei, mit der man dann Menschen als ‚gesund‘ bzw. als ‚krank‘ klassifizieren könne (WHO Regional Office for Europe 1987).

Dennoch waren Wunsch und Bedürfnis nach einer Definition groß (auch auf Grund der oben erwähnten Entwicklungen, wie z. B. der HIV Epidemie), und so folgten weitere Definitionen u. a. von der Pan American Health Organisation, Regionalbüro der WHO. Hierbei spielte die WAS (World Association for Sexual Health, ehem. World Association for Sexology) eine Schlüsselrolle. In der 2001 vorgelegten Definition wird reflektiert, dass eine universale Definition von sexueller Gesundheit schwierig und nur unter Berücksichtigung und Anerkennung individueller Werte möglich sei. Des Weiteren wurden die sexuellen Rechte als Bedingung anerkannt, um sexuelle Gesundheit zu erreichen (Pan American Health Organisation, 2001; Edwards, Coleman 2004, 192f).

Dies legte die Basis für die breit angelegte WHO Konsultation im Jahr 2002, bei der Vertreter der verschiedenen WHO Regionen genauso gehört wurden, wie Wissenschaftler und NGO Vertreter. Diese Expertengruppe konnte Konsens erzielen über die folgende Definition:

„Sexual health is a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled.“ (WHO 2006)²

Im Zentrum dieser Definition stehen ein positives Verständnis von Sexualität und die explizite Anerkennung der Lust. Die Vorstellung wird bekräftigt, dass zu sexueller Gesundheit nicht allein körperliche, sondern auch emotionale, geistige und soziale Aspekte gehören. Im Gegensatz zur früheren Definition von 1975 werden mögliche negative Aspekte zwar erwähnt, aber sie werden nicht ins Zentrum gerückt. Von großer Wichtigkeit ist die explizite Benennung der sexuellen Rechte – deren Erfüllung

² „Sexuelle Gesundheit ist der Zustand körperlichen, emotionalen, geistigen und sozialen Wohlbefindens bezogen auf die Sexualität und bedeutet nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, Funktionsstörungen oder Schwäche. Sexuelle Gesundheit erfordert sowohl eine positive, respektvolle Herangehensweise an Sexualität und sexuelle Beziehungen als auch die Möglichkeit für lustvolle und sichere sexuelle Erfahrungen, frei von Unterdrückung, Diskriminierung und Gewalt. Wenn sexuelle Gesundheit erreicht und bewahrt werden soll, müssen die sexuellen Rechte aller Menschen anerkannt, geschützt und eingehalten werden.“

Bedingung ist, um sexuelle Gesundheit zu erreichen und zu bewahren. Diese Definition findet heute breite Verwendung, obwohl es sich streng genommen noch immer um eine ‚Entwurfs-Definition‘ handelt. Eine offizielle Verabschiedung gestaltet sich schwierig und ist derzeit auch nicht beabsichtigt, da Opposition gerade auch in Bezug auf die sexuellen Rechte zu erwarten ist.

Sexuelle Rechte: Im Rahmen der WHO Konsultation 2002 wurde nicht nur Konsens erzielt über eine Arbeitsdefinition von sexueller Gesundheit, sondern auch von sexuellen Rechten:

„Sexual rights embrace human rights that are already recognized in national laws, international human rights documents and other consensus statements. They include the right of all persons, free of coercion, discrimination and violence, to:

- ◆ the highest attainable standard of sexual health, including access to sexual and reproductive health care services;
- ◆ seek, receive and impart information related to sexuality;
- ◆ sexuality education;
- ◆ respect for bodily integrity;
- ◆ choose their partner;
- ◆ decide to be sexually active or not;
- ◆ consensual sexual relations;
- ◆ consensual marriage;
- ◆ decide whether or not, and when, to have children; and
- ◆ pursue a satisfying, safe and pleasurable sexual life.*

The responsible exercise of human rights requires that all persons respect the rights of others.“

* „Sexuelle Rechte sind verknüpft mit den Menschenrechten, die bereits durch einzelstaatliche Gesetze, internationale Menschenrechtsdokumente und sonstige Konsenserklärungen anerkannt wurden. Sie beinhalten das Recht jedes Menschen, frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt:

- ◆ auf einen bestmöglichen Standard sexueller Gesundheit, einschließlich des Zugangs zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung;
- ◆ Informationen zu Sexualität zu suchen, zu erhalten und zu verbreiten;
- ◆ auf sexuelle Aufklärung;
- ◆ auf Respekt gegenüber der körperlichen Unversehrtheit; auf freie Partnerwahl;
- ◆ zu entscheiden, ob er sexuell aktiv sein will oder nicht;
- ◆ auf einvernehmliche sexuelle Beziehungen;
- ◆ auf einvernehmliche Eheschließung;
- ◆ zu entscheiden, ob und wann er Kinder haben will; und
- ◆ ein befriedigendes, sicheres und lustvolles Sexualleben anzustreben.

Diese Rechte leiten sich aus den Menschenrechten ab, sind aber dadurch nicht weniger umstritten, da sie kontroverse Themen berühren, wie arrangierte Ehen, Schwangerschaftsabbruch, Zugang zu medizinischer Versorgung im Bereich sexueller und reproduktiver Gesundheit ohne Einschränkung nach Alter und Ehestand etc. Besondere Beachtung verdient das letztgenannte Recht, nach einem befriedigenden, sicheren und lustvollen Sexualleben zu streben, da hier wiederum eine sexualfreundliche Haltung und Auffassung betont wird.

Die hier genannten sexuellen Rechte lehnen sich teilweise an die sexuellen Rechte an, wie sie von der WAS 1999 in Hongkong verabschiedet wurden, wobei Letztere detaillierter und expliziter sind (WAS 1999). 2008 legte die IPPF eine Erklärung der sexuellen Rechte vor, die aus sieben Grundsätzen und zehn sexuellen Rechten besteht. In den zehn sexuellen Rechten werden Rechtsansprüche in Zusammenhang mit Sexualität definiert; sie fußen auf den Rechten auf Freiheit, Gleichstellung, Privatsphäre, Selbstbestimmung, Integrität und Würde aller Menschen (IPPF, 2009).

Eine verantwortungsbewusste Ausübung der Menschenrechte macht es erforderlich, dass jeder die Rechte des anderen respektiert.“ WHO (2006), S.10.

Dimensionen der sexuellen Gesundheit

Die Definitionen veranschaulichen nur unzureichend, welche thematischen Bereiche unter das Konzept der sexuellen Gesundheit zu subsumieren sind. Erschwert wird dies durch das umstrittene Verhältnis von sexueller zu reproduktiver Gesundheit: Ist die reproduktive Gesundheit Teil der sexuellen Gesundheit oder verhält sich dies umgekehrt (wie in der ICPD Erklärung nicht zuletzt auf Grund von politischem Druck stipuliert). Die WHO verwendet häufig den Begriff „sexual and reproductive health“, was den Eindruck erwecken könnte, dass es sich hierbei um zwei unabhängige Arbeitsfelder handeln könne.

Abbildung 1 illustriert die Themenvielfalt, die unter dem Konzept der sexuellen Gesundheit verstanden werden kann und berücksichtigt verschiedene Kontextfaktoren, wie Kultur, Rechtssituation, Gesundheitssystem usw.

Die Abbildung ist nur ein Versuch, die verschiedenen Aspekte der sexuellen Gesundheit zu benennen und zu ordnen. Andere Elemente und Ordnungen sind ebenfalls denkbar.

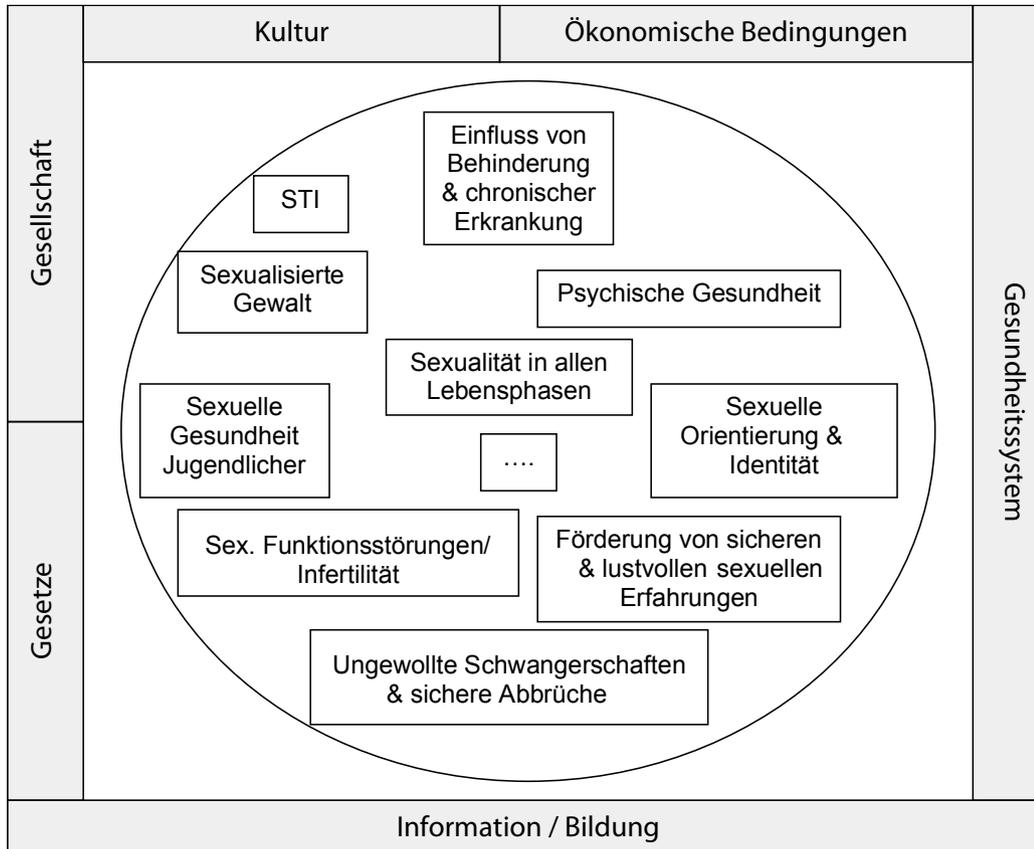


Abb. 1 Dimensionen sexueller Gesundheit, basierend auf WHO (2010), Developing sexual health programmes

Sexuelle Gesundheit in der internationalen Arbeit

Mit der überarbeiteten Definition waren die Weichen gestellt, um sexuelle Gesundheit stärker als Public Health Arbeitsfeld zu verstehen.

Bereits 2001 hatte das WHO Regionalbüro für Europa die "Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health" verabschiedet (WHO Regional Office for Europe, 2001). Die Strategie identifiziert 10 strategische Bereiche, um die sexuellen und reproduktiven Rechte zu fördern, den sexuellen Gesundheitsstatus der Menschen zu verbessern, die eklatanten Unterschiede zwischen den verschiedenen europäischen Regionen zu nivellieren und soziale Ungleichheiten bzgl. sexueller und reproduktiver Gesundheit in einzelnen Ländern anzugehen. Die Arbeitsfelder sind: selbstbestimmte Familienplanung, sichere Mutterschaft, STI/HIV Kontrolle, sexueller Missbrauch und Gewalt, Frauenhandel, Früherkennung von Brustkrebs, sexuelle und reproduktive Gesundheit von Jugendlichen, Flüchtlingen, Migrantinnen sowie älteren Menschen. Die Strategie galt für einen Zeitraum von zehn Jahren bis 2011; eine Nachfolgestrategie ist derzeit noch nicht in Arbeit.

Die WHO hat für den globalen Einsatz drei Jahre später eine Reproduktive Gesundheitsstrategie entwickelt (WHO 2004). Diese Strategie verortet sich im Kontext der Millenniumsentwicklungsziele (MDG): MDG 4, 5 und 6 stehen in engem Zusammenhang mit sexueller und reproduktiver Gesundheit.³ Die Strategie fokussiert trotz ihres Titels nicht nur auf reproduktive sondern auch auf sexuelle Gesundheit und definiert fünf Hauptaspekte: Die Verbesserung der prä- und perinatalen sowie der postpartum- und Neugeborenen Versorgung, die Bereitstellung von qualitativ hochwertigen Familienplanungsdiensten, Zurückdrängung unsicherer Schwangerschaftsabbrüche, Kampf gegen sexuell übertragbare Infektionen (inklusive HIV, reproduktive Trakt-Infektionen, Gebärmutterhalskrebs) und schließlich die Förderung der sexuellen Gesundheit. (Die zuerst genannten vier Punkte sind wesentliche Bestandteile der Förderung von sexueller Gesundheit. Punkt 5 „Förderung sexueller Gesundheit“ steht daher an dieser Stelle etwas unglücklich für a) die nicht genannten Aspekte wie sexuelle Gewalt und b) die positiven Aspekte von Sexualität).

³ MDG 4: Reduktion der Kindersterblichkeit, MDG 5: Förderung der Müttergesundheit und MDG 6: Bekämpfung von HIV (neben Malaria und TB).

Ein zunehmend wichtiger Akteur im Public Health Bereich für Europa ist das ECDC (European Centre for Disease Control), das in erster Linie ein Mandat hat für die Prävention und Kontrolle von Infektionskrankheiten.

Im Bereich der sexuellen Gesundheit hat das ECDC die Aufgaben der Datenerhebung, -sammlung und -auswertung für STI in Europa übernommen. Das ECDC kann auf Grund der erhobenen Daten eine fachliche Einschätzung der Situation in den Mitgliedsländern abgeben. Derzeit erarbeitet das ECDC eine Strategie für die sexuelle Gesundheit; auf Grund seines auf Infektionskrankheiten beschränkten Mandats ist hier aber bereits abzusehen, dass sich diese Strategie auf STI (Prävention, Diagnostik, Behandlung) beschränken wird.

Versuche der Europäischen Union, die Entwicklung einer Strategie für die sexuelle Gesundheit anzustoßen, sind fruchtlos geblieben.

Andere internationale Organisationen (z.B. UNAIDS, UNFPA, UNICEF) beschäftigen sich ebenfalls mit dem Thema der sexuellen und reproduktiven Gesundheit bzw. einzelnen Aspekten davon. Verschieden zugeschnittene Mandate, Verpflichtungen gegenüber Gebern oder spezifischen Zielgruppen verhinderten in der Vergangenheit oft, Synergieeffekte zu erkennen und zu nutzen. Bestes Beispiel sind die globalen HIV Interventionen, die häufig in parallel geschaffenen Strukturen erfolgten. Erst in den vergangenen Jahren bemühen sich verschiedene Akteure um eine stärkere Vernetzung von HIV und sexueller und reproduktiver Gesundheit (WHO et al. 2009).



World Association for Sexual Health

Die World Association for Sexual Health (ursprünglich World Association for Sexology) ist ein gutes Beispiel für einen multi-disziplinären Ansatz. In der WAS sind Sexologen in der Überzahl, dennoch hat in den vergangenen Jahren eine kontinuierliche Öffnung dazu beigetragen, dass eine Vielzahl anderer Themen dort ebenfalls eine Heimat finden konnte. „WAS works to promote sexual health for all. Sexual health is a goal not only for clinicians. It is the common goal of many disciplines.“ (World Association for Sexual Health website)

In der Millenniums-Deklaration ruft die WAS dazu auf, die sexuellen Rechte aller Menschen anzuerkennen, Gender-Gerechtigkeit zu befördern, jede Art der sexuellen Gewalt zu bekämpfen, universellen Zugang zu Sexualaufklärung zu gewährleisten, die Wichtig-

keit der sexuellen Gesundheit in allen Programmen der reproduktiven Gesundheit anzuerkennen, HIV und STI zu bekämpfen, sexuelle Probleme und Dysfunktionen zu erkennen und zu behandeln sowie eine lustvolle Sexualität als Element von Wohlbefinden anzuerkennen (World Association for Sexual Health 2008).

Die zweijährlich stattfindenden Konferenzen werden von internationalen Experten verschiedenster Disziplinen besucht, die vorgestellten Themen reichen von therapeutischen Ansätzen bei Dyspareunie über WHO Richtlinien zur Verschreibung von Kontrazeptiva bis hin zu neuen Ansätzen in der Sexualaufklärung. Das verbindende Element ist der Austausch über Sexualität, der die Unterschiede der Disziplinen und ihre jeweiligen Interessen zurücktreten lässt.

Akteure und Strukturen in Deutschland

In Deutschland nehmen viele Akteure die Belange der sexuellen Gesundheit wahr. Psychosoziale Beratung, medizinische Versorgung und Betreuung können sowohl im ambulanten oder stationären Bereich der Regelversorgung als auch im öffentlichen Gesundheitsdienst oder in Nichtregierungsorganisationen (NRO) angesiedelt sein.

In der Prävention spielt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) eine zentrale Rolle. Mit Inkrafttreten des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (heute SchKG, bei Inkrafttreten 1992 Schwangeren- und Familienhilfegesetz SFGH) erhielt die BZgA den gesetzlichen Auftrag, in Zusammenarbeit mit den Bundesländern und Familienberatungseinrichtungen zielgruppenspezifische Konzepte zur Sexualaufklärung und Familienplanung zu erstellen sowie bundeseinheitliche Aufklärungsmaterialien zu verbreiten. Diese Maßnahmen richten sich an Kinder und Jugendliche, Eltern und pädagogisch Tätige sowie Erwachsene in der Familienplanungs- und Familien Gründungsphase. Entsprechend der Zielsetzung des § 1 (SchKG 1992) werden für die genannten Bereiche bundesweite Aufklärungsmaßnahmen in Kooperation mit im Feld relevanten Institutionen durchgeführt. Schwerpunkte der BZgA, die die sexuelle Gesundheit betreffen, sind neben Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung, auch HIV/STI Prävention, Prävention von sexuellem Missbrauch sowie Männer- und Frauengesundheit.

Bereits seit 1985 führt die BZgA Präventionskampagnen im Bereich von HIV/Aids durch und setzt hierbei

seit 2012 den Akzent noch deutlicher auf die Verbindung von HIV und anderen STI (BZgA 2009 und www.machsmitt.de). Für die schulische Sexuaufklärung stellt die BZgA verschiedenste Materialien für den Unterricht bereit (BZgA www.loveline.de, www.schule.loveline.de). International hat sie in ihrer Funktion als WHO Kollaborationszentrum für sexuelle und reproduktive Gesundheit in enger Zusammenarbeit mit der WHO und einer Gruppe von europäischen Experten Standards für die Sexuaufklärung entwickelt (WHO Regional Office for Europe, BZgA 2010). Die Präventionsarbeit der BZgA basiert auf regelmäßig durchgeführten Studien, die sowohl Aufschluss über Wissen bzw. Informationslücken in der Bevölkerung geben als auch eine Evaluation der Maßnahmen zulassen (BZgA 2010, BZgA 2011).

Ein wichtiges Element im Bereich der Prävention ist die schulische Sexuaufklärung. In den jeweiligen Rahmenrichtlinien des Schulunterrichtes ist die Verpflichtung der Bundesländer zur Sexuaufklärung festgelegt. Beginn, Umfang und Unterrichtsfach variieren von Bundesland zu Bundesland, aber jede/r Schüler/in hat Zugang zur Sexuaufklärung in der Schule. Laut der aktuellen Studie „Jugendsexualität“ (BZgA 2010) wird die Schule bei der Wissensvermittlung rund um die Themen Liebe, Sexualität und Verhütung immer bedeutender.

Treten gesundheitliche Probleme auf, können diese in den unterschiedlichsten ambulanten und stationären Einrichtungen des deutschen Gesundheitswesens behandelt werden. Neben Hausärzten und Hausärztinnen stehen bei Verdacht auf eine STI Fachärzte und Fachärztinnen für Haut- und Geschlechtskrankheiten zur Verfügung. Sowohl Haus- als auch Hautarzt/innen werden oft jedoch nicht als primäre Ansprechpartner für STI angesehen. Frauen können sich an Gynäkologen und Gynäkologinnen, Männer an Urologen und Urologinnen wenden. HIV-positive Personen und Männer, die Sex mit Männern haben, werden in Praxen oder Ambulanzen mit HIV-Schwerpunkt behandelt. Eine fachärztliche Weiterbildung oder ein Schwerpunkt für sexuelle Gesundheit existiert bislang nicht in Deutschland.

Im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) werden in den meisten Gesundheitsämtern anonym kostenlose HIV-Tests angeboten. Darüber hinaus besteht in einigen Großstädten die Möglichkeit, sich auch in den STI-Beratungsstellen kostenlos oder gegen eine Kostenbeteiligung anonym auf STI untersuchen und behandeln zu lassen. Diese Angebote stehen auch Personen ohne bestehenden Versicherungsschutz oder geregelten Aufenthaltsstatus offen. Welche Untersuchungen jeweils angeboten werden und ob diese kostenlos sind, ist jedoch nicht festgelegt und hängt unter anderem von der jeweiligen finanziellen Ausstattung der Gesundheitsämter ab.

Neben der Regelversorgung und den Angeboten des

öffentlichen Gesundheitsdienstes spielen die Verbände, die sich in Fragen sexueller Gesundheit an verschiedene Zielgruppen wenden, eine große Rolle. Ein breites Netz von Schwangerschaftsberatungsstellen unterschiedlicher Träger (z. B. Wohlfahrtsverbände, Kirchen, Kommunen, Fachverbände) sind zuständig für die originären Aufgaben der Schwangerenberatung lt. SchKG. Die neben anderen Beratungsaufgaben im Gesetz verankerte Informationsmöglichkeit zu Fragen der Sexuaufklärung, Verhütung und Familienplanung bieten die Institutionen unterschiedlich an. Die Angebote variieren je nach Träger und dem Profil der einzelnen Beratungsstelle. So hat beispielsweise pro familia (Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V.) flächendeckend das größte Beratungsnetz in der Bundesrepublik und berät zu Sexualität, Verhütung, Familienplanung, Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, sexualisierter Gewalt sowie Sozial- und Familienrecht und bietet medizinische Dienstleistungen an, die Verhütung, Mutterschaftsvorsorge und Schwangerschaftsabbruch umfassen.

Bei der Beratung zu HIV und Aids stehen die regionalen Aids-Hilfen sowie deren Dachverband Deutsche Aidshilfe e.V. im Vordergrund. Diese informieren zu Übertragungswegen von HIV und STI, unterstützen Menschen mit HIV/Aids, ihre An- und Zugehörigen in sozial- und arbeitsrechtlichen, wie auch medizinischen und psychosozialen Fragen, die sich im Rahmen der HIV-Erkrankung ergeben. Daneben gibt es noch zahlreiche weitere Verbände und Organisationen, die sich in Fragen der sexuellen Bildung, sexuellen Selbstbestimmung, sexuellen Gewalt oder andere Aspekte der sexuellen Gesundheit an bestimmte Zielgruppen wie Jugendliche, Frauen oder Sexarbeiter/innen wenden.

Die in Deutschland äußerst heterogenen Strukturen erschweren ein bereichsübergreifendes ganzheitliches Verständnis der sexuellen Gesundheit. Charakteristisch ist dabei, dass die meisten Angebote nur auf bestimmte Gruppen oder auf einzelne Aspekte zugeschnitten sind. So werden Männer, die Sex mit Männern haben, häufig in HIV-Schwerpunktpraxen betreut, während bestimmte Themen wie etwa Schwangerschaft von niedergelassenen Gynäkolog/innen besetzt werden. Abbildung 2 gibt einen Überblick über die verschiedenen Ansprechpartner im Gesundheitswesen.

Eine Verständigung über geeignete Methoden, Angebote und Daten erfordert vor diesem Hintergrund ein hohes Maß an Vernetzung, Fortbildung und Öffentlichkeitsarbeit. Zusätzlich erschweren unterschiedliche Zuständigkeiten auf kommunaler, Länder- und nationaler Ebene die Diskussionen um einen ganzheitlichen Ansatz. Insbesondere liegt der Fokus mehr auf krankheits- als auf den gesundheitsbezogenen Aspekten der sexuellen

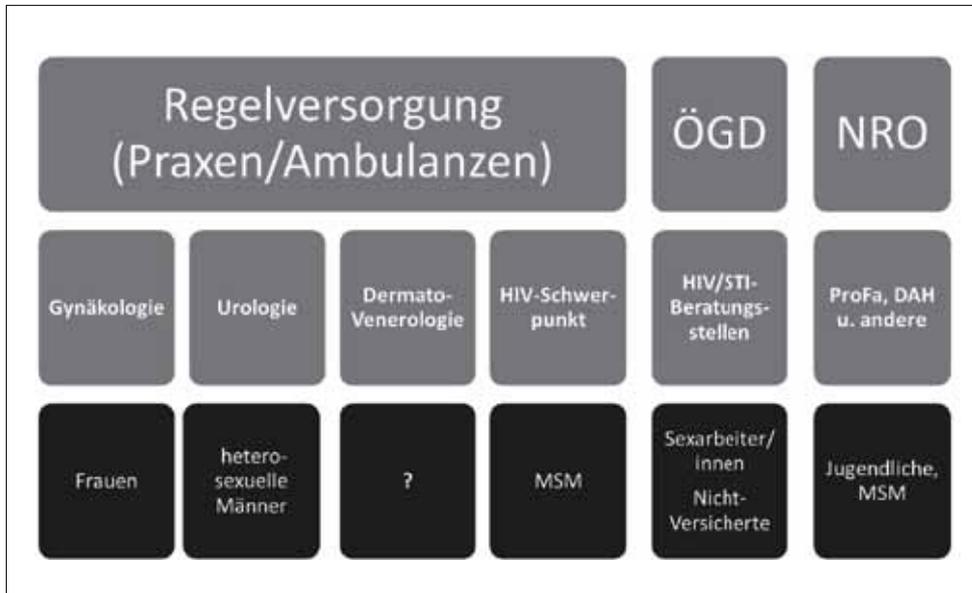


Abb. 2 Struktur des Gesundheitswesens und Zielgruppen (in dunkelgrau) bei der Versorgung in Fragen sexueller Gesundheit

ÖGD= Öffentlicher Gesundheitsdienst;
NRO= Nichtregierungsorganisation,
MSM= Männer, die Sex mit Männern
haben,
DAH = Deutsche Aidshilfe

Gesundheit. Mit der Einführung des Infektionsschutzgesetzes setzte in Deutschland zwar ein Wandel von der erregerorientierten, repressiven Gesundheitspolitik hin zu einer lebensweltorientierten, pragmatischen Gesundheitspolitik ein, aber unterschiedliche Lebensweisen werden noch nicht überall gleichermaßen akzeptiert (Bales et al., 2003).

Es gibt nach wie vor Defizite bei der sexuellen Gesundheitsversorgung in Deutschland: Zu vielen Aspekten fehlen beispielsweise Daten, auch hinsichtlich verfügbarer Angebote und ihrer Inanspruchnahmen, des Vorkommens von Krankheiten, sexualisierter Gewalt, Missbrauchs oder auch positiver Aspekte wie sexueller Zufriedenheit. Vorhandene Erkenntnisse und Daten, die auf unterschiedlichen Ebenen gesammelt werden, sind kaum vergleichbar und können auch wegen fehlender gemeinsamer Indikatoren nicht zusammengefasst werden. In den engen medizinischen Ausbildungsprofilen ist sexuelle Gesundheit oft nur Randthema, für viele Gruppen ist der Zugang zu sexueller Gesundheit erschwert und es fehlt eine politische Lobby.

Arbeit der Sektion sexuelle Gesundheit

Ende 2007 hat sich die Arbeitsgemeinschaft sexuelle Gesundheit in Deutschland als Arbeitsgruppe in der Deutschen STD-Gesellschaft (DSTDG, seit September 2011 DSTIG) gegründet. Seit September 2010 ist die Arbeitsgemeinschaft eine Sektion der DSTIG. Die bisher rund 60 Mitwirkenden in der Sektion gehören verschiedenen Berufszweigen wie Medizin, Epidemiologie, Sozialwissenschaften und Prävention an. Sie stammen aus verschie-

denen Bereichen des deutschen Gesundheitssystems und erarbeiten in kleineren Untergruppen unterschiedliche Inhalte auf interdisziplinäre Weise.

Die Sektion sexuelle Gesundheit möchte Grundlagen für eine verbesserte sexuelle Gesundheit in Deutschland schaffen. So haben Mitwirkende der Sektion sogenannte „Indikatoren“, also Messgrößen zur Erfassung der sexuellen Gesundheit in Deutschland erstellt. Ziel war es, auf Grundlage von Vorlagen der WHO eine logisch gegliederte, aussagekräftige und dennoch überschaubare Liste von Indikatoren zur sexuellen Gesundheit in Deutschland anzulegen. Dabei sollen die gewählten Indikatoren die deutsche Situation gut abbilden, aber dazu noch eine hohe internationale Vergleichbarkeit gewährleisten.

Der erarbeitete Indikatorenkatalog umfasst Familienplanung, reproduktive und perinatale Gesundheit, STI und Infektionen des Reproduktivtraktes (RTI) sowie Folgeerkrankungen (einschließlich HIV/Aids), Förderung sexueller Gesundheit, sexuelle Bildung und Gesundheit Jugendlicher, und sexuelle Gewalt. Zusätzlich werden wesentliche politische Strukturmerkmale wie Gesetze, Verordnungen und Budgets einbezogen (Tabelle 1).

Der Indikatorenkatalog zu sexueller Gesundheit richtet sich an Gesundheitsexpertinnen und -experten, politische Entscheidungsträgerinnen und -träger, Forscherinnen und Forscher sowie andere Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen. Er soll ihnen ermöglichen, sich einen Überblick über bestimmte Aspekte der sexuellen Gesundheit zu verschaffen. Mit Hilfe der Indikatoren können Anwenderinnen und Anwender die sexuelle Gesundheit sowohl der Bevölkerung insgesamt als auch die von Teilgruppen genauer analysieren, beschreiben, Maßnahmen entwickeln und deren Wirksamkeit überprüfen.

Tab. 1 Übersicht über Kategorien und Bereiche der Indikatoren für sexuelle Gesundheit in Deutschland (DSTIG 2012)

Kategorien des deutschen Indikatorenkatalogs	Politische Rahmenbedingungen und soziale Determinanten	Verfügbarkeit und Zugang	Nutzung und Inanspruchnahme	Ergebnisse und Wirkungsindikatoren
Allgemein Familienplanung Reproduktive und perinatale Gesundheit STI/RTI und Folgeerkrankungen Förderung sexueller Gesundheit Sexuelle Bildung und Gesundheit Jugendlicher Sexuelle Gewalt	Vorhandensein von Strategien, Konzepten, Gesetzlichen Regelungen, Rechten, Budgets, Leitlinien	Einrichtungen für Familienplanung, reproduktive Gesundheit, STI-Diagnostik und Behandlung, Sexualpädagogik, Betreuung von Opfern sexueller Gewalt	Personen, die Einrichtungen oder Angebote für Familienplanung, reproduktive Gesundheit, STI-Diagnostik und -Behandlung, Sexualpädagogik, Betreuung Opfer sexueller Gewalt in Anspruch nehmen	Reproduktive Gesundheit (Schwangerschaften, Abbrüche, Lebendgeburten), diagnostizierte STI/RTI, Kenntnisse und sexuelles Verhalten Jugendlicher, Fälle sexueller Gewalt

So kann für einzelne Aspekte sexueller Gesundheit der Ist-Zustand festgestellt und ein Soll-Zustand definiert werden. Dies ist zum Beispiel wichtig, wenn finanzielle oder personelle Ressourcen eingefordert oder vorhandene Ressourcen gezielter eingesetzt werden sollen, um den definierten Soll-Zustand zu erreichen. Anschließend kann anhand der gleichen Indikatoren überprüft werden, ob der Soll-Zustand erreicht wurde. Der Indikatorenkatalog ist über www.dstig.de abrufbar.

Ein zweiter Schwerpunkt der Sektionsarbeit lag auf der Entwicklung von fachlich fundierten Standards der STI-Prävention. Hierzu wurden sechs Grundsätze formuliert:

1. Eine fachlich fundierte Prävention basiert auf einem umfassenden Verständnis sexueller Gesundheit im Sinne der Definitionen und Stellungnahmen der WHO und der WAS.
2. Prävention orientiert sich an einem aufgeklärt-humanistischen Menschenbild, das das ethisch-moralische Spannungsfeld zwischen Eigenverantwortlichkeit und sozialer Verantwortung reflektiert. Es besteht das Primat der Eigenverantwortung bei gleichzeitigem Respekt vor der Selbstbestimmung des/der Anderen und dessen/deren Recht auf körperliche und seelische Unversehrtheit.
3. Prävention besteht aus der Einheit von Verhaltens- und Verhältnisprävention und erfolgt als Primär-, Sekundär- oder Tertiärprävention.
4. Prävention bietet im Zusammenhang mit der Wahrung des Rechts auf Gesundheit umfangreiche Möglichkeiten, es müssen aber auch die ihr eigenen Grenzen respektiert werden.
5. Strategien und Maßnahmen der Prävention werden – wenn irgend möglich – auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse erarbeitet. Erkenntnisse, Erfah-

rungen und Methoden aus allen relevanten Disziplinen und Wissensgebieten werden berücksichtigt. Prävention muss sich wissenschaftlicher Evaluation unterziehen.

6. Risiken und Nebenwirkungen von Präventionsmaßnahmen werden genau ermittelt, negative Auswirkungen möglichst ausgeschlossen, zumindest aber minimiert.

Diese Standards wurden 2010 veröffentlicht (DSTIG 2010) und in verschiedenen Fachkreisen vorgestellt.

Als dritten Schwerpunkt hat die Sektion Empfehlungen zur Beratung, Diagnostik und Therapie zu Sexualität und STI erarbeitet. Diese befinden sich gegenwärtig in der Abstimmung. Die Empfehlungen wenden sich an alle mit der Beratung zu STI befassten Personen in Praxis, Klinik, öffentlichen Einrichtungen und Nichtregierungsorganisationen, sowie an alle Einrichtungen und Beratungsstellen, die von Ratsuchenden oder Betroffenen aufgesucht werden. Zielgruppe sind alle Menschen, die – aus welchen Gründen auch immer – Situationen mit einem Infektionsrisiko für STI erleben. Die Veröffentlichung dieser Empfehlungen zur Beratung bei STI soll die Diskussion der Thematik in der Fachöffentlichkeit und die Umsetzung von Empfehlungen auf nationaler Ebene befördern. Insbesondere sollten die Empfehlungen eine Basis herstellen für eine einheitlichere Herangehensweise in der alltäglichen Arbeit in der Gesundheitsversorgung.

Gute Versorgungsstrukturen in Deutschland

Manche Belange der sexuellen Gesundheit sind in Deutschland sehr gut abgedeckt. Die gut ausgebaute Bera-

tungslandschaft, bedingt durch die Umsetzung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes, bietet Unterstützung in Fragen zu Schwangerschaft, Verhütung, Sexualaufklärung und Familienplanung. Auch Fragen zur Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik, zu einem unerfüllten Kinderwunsch etc. werden von der Beratungsstruktur aufgenommen. Die Versorgung schwangerer Frauen und Neugeborener ist vorbildlich, ebenso stehen HIV-Beratungs- und Testangebote zur Verfügung.

Für die Versorgung schwangerer Frauen stehen in Deutschland rund 23.000 Fachärzte und Fachärztinnen der Gynäkologie sowie 20.000 Hebammen zur Verfügung (Statistisches Bundesamt 2011). Zu Beginn der Schwangerschaft werden laut Mutterschaftsrichtlinien zahlreiche Tests durchgeführt, um Infektionen oder Mangelerscheinungen, die dem Kind schaden könnten, frühzeitig aufzudecken und zu therapieren. Schwangere Frauen können zwischen einer Geburt im Krankenhaus oder in einem Geburtshaus oder einer Hausgeburt mit Unterstützung einer Hebamme wählen. Somit verwundert es nicht, dass die Müttersterblichkeit mit 5,5/100.000 Lebendgeburten eine der niedrigsten der Welt ist. Auch die Säuglingssterblichkeit ist mit 3,4/1000 Lebendgeborene im internationalen Vergleich sehr niedrig (OECD 2010).

Die HIV-Prävention ist in Deutschland sehr erfolgreich gewesen, auch da man von Anfang an auf Aufklärung statt Repression gesetzt hat. Die 1987 gestartete Aufklärungskampagne der BZgA „Gib Aids keine Chance“ hat dazu geführt, dass das Wissen in der Allgemeinbevölkerung zu Übertragungswegen von HIV sehr gut ist und die Kondomnutzung deutlich zugenommen hat. Während die BZgA sich auf die Aufklärung der Allgemeinbevölkerung fokussiert, werden von der DAH verschiedene Populationen wie MSM, Menschen mit Migrationshintergrund, I.v.-Drogengebraucher/innen gezielt adressiert. Sowohl bei den meisten Gesundheitsämtern als auch bei den Aidshilfen besteht die Möglichkeit, sich kostenlos oder zu einem geringen Entgelt auf HIV testen zu lassen. Diese Tests werden von einer vertraulichen Beratung begleitet. Diese Bemühungen scheinen Früchte getragen zu haben, da Deutschland mit 3,5/100.000 (RKI, 2012) eine im Vergleich zu anderen westeuropäischen Ländern niedrige Inzidenz aufweist.

Die Zahl der Teenagerschwangerschaften ist im europäischen Vergleich ebenfalls sehr niedrig und weist daraufhin, dass Jugendliche sowohl Zugang zu umfangreicher und korrekter Information haben als auch zu gesundheitlichen Diensten. Sexuell aktive deutsche Jugendliche zwischen 14 und 17 Jahren verhüten heute bereits beim ersten Mal besser als je zuvor: Nur je acht Prozent der Mädchen und Jungen geben an, keine Verhütungsmittel benutzt zu haben. 1980 lag dieser Anteil mit 20 Prozent bei den Mädchen und 29 Prozent bei den Jun-

gen um ein Vielfaches höher. Die neuen Zahlen zeigen zudem, dass Jungen beim ersten Mal mittlerweile ebenso gut verhüten wie Mädchen (BZgA 2010). Die Anzahl der festgestellten Schwangerschaften liegt bei 10/1000 unter den 15-19-jährigen Frauen und ist im internationalen Vergleich sehr niedrig (WHO Global Health Observatory Data Repository).

Wie könnte die sexuelle Gesundheit in Deutschland verbessert werden?

Bewusstsein bei Anbietern und Nutzern

Das Konzept der sexuellen Gesundheit wurde bisher nur in Ansätzen in Deutschland rezipiert. Dementsprechend schwach ist ein Bewusstsein für das Thema ausgeprägt sowohl bei Anbietern von medizinischer Versorgung und Beratung als auch bei Nutzern (Patienten, Klienten, Ratsuchenden). Es wird als gegeben hingenommen, dass die Aspekte von Sexualität in unterschiedlichen Settings von verschiedenen medizinischen / psychologischen / beratenden Diensten abgedeckt werden, die häufig nicht miteinander vernetzt sind. Es ist auch weitgehend akzeptiert, dass das Thema Sexualität im ärztlichen Kontext unzureichend oder nur mit einseitiger Betonung angesprochen wird (z. B. Verhütung, Schwangerschafts- oder Krebsvorsorge in der gynäkologischen Praxis).

Das gesundheitsfördernde Potential von Sexualität und sexueller Gesundheit bleibt auch in Deutschland noch weitgehend unbeachtet: Eine befriedigende Sexualität und sexuelle Gesundheit schlagen sich auf vielfältige Weisen nieder und wirken sich positiv sowohl auf die physische als auch die psychische Gesundheit aus. In aktuellen Studien konnte beispielsweise gezeigt werden, dass die systematische Integration des Themas Sexualität in die Beratung von Patienten mit chronischen Erkrankungen positive Auswirkungen auf die Genesung der Betroffenen hat (Beier et al., 2001, Beier et al., 2002, Rösing et al., 2007, Andersson, im Erscheinen begriffen).

Doch ist die Versorgung nicht nur fragmentiert, sondern weist in einzelnen Bereichen auch Lücken auf, z. B. bei der sexualitätsbezogenen Beratung und Therapie. Zwar gibt es umfassende und qualitativ hochwertige Beratungsmöglichkeiten für einzelne Themen (z. B. HIV und ungewollte Schwangerschaft), die aber zwangsläufig auf bestimmte Zielgruppen zugeschnitten sind. Mangel herrscht hingegen bei der allgemeinen Beratung zu sexuellen Fragen und Sorgen auch in Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen, die standardmäßig in die hausärztliche Versorgung eingebunden werden könnte mit der Verweismöglichkeit an qualifizierte Beratungs-

stellen oder spezialisierte Zentren für sexuelle Gesundheit.

Verzahnung und Vernetzung

Für eine Verbesserung der sexuellen Gesundheit in Deutschland ist es erforderlich, dass sich die verschiedenen Akteure in diesem Bereich stark vernetzen. Aus zeitlichen und finanziellen Gründen wird das ärztliche Handeln häufig ausschließlich von einer Verdachtsdiagnose bestimmt. Um dem Anspruch der WHO-Definition gerecht zu werden, sollte jedoch auch das sexuelle Wohlbefinden bzw. Störungen desselbigen angemessene Berücksichtigung erfahren. Eine begrenzte, auf das eigene Fachgebiet beschränkte Perspektive wird daher den Ansprüchen nicht gerecht. Fehlende Expertise in einzelnen Themen der sexuellen Gesundheit (z. B. reproduktiver Gesundheit oder sexueller Gewalt) kann durch eine enge Zusammenarbeit zwischen lokalen / regionalen Akteuren kompensiert werden.

Das Thema „sexuelle Gesundheit“ ist in ärztlicher Fort- und Weiterbildung weitgehend abwesend. Einige der wenigen existierenden sexualmedizinischen Einrichtungen in Deutschland wurden in den letzten Jahren geschlossen oder sind von Schließung bedroht (Briken 2012). Hier besteht jedoch nicht nur für Ärzte/Ärztinnen, sondern auch für Beratende und Pädagogen ein enormer Bedarf an Fortbildung. Sowohl die DAH (gefördert durch die BZgA) als auch die DSTIG entwickeln zurzeit Curricula, die auf verschiedene Aspekte der sexuellen Gesundheit eingehen. Eine verstärkte Kooperation zwischen ausbildenden Universitäten, medizinischen Fachgesellschaften, Krankenversicherungen und anderen beteiligten Akteuren könnte zu einer standardmäßigen Integration des Themas Sexualität in Aus- und Fortbildung führen.

Verbesserung des Zugangs

Die medizinische Versorgung zu Belangen sexueller Gesundheit wird in Deutschland weitgehend von Fachärzt/innen durchgeführt, was Einschränkungen hinsichtlich des Zugangs nach sich zieht. Der Besuch bei einem Facharzt/einer Fachärztin kann unter Umständen mit langen Wartezeiten verbunden sein. Eine anonyme Behandlung ist nicht möglich, da eine Abrechnung mit der Krankenkasse erfolgen muss. Außerdem kann eine Stigmatisierung des Patienten/der Patientin durch das Praxispersonal nicht immer vermieden werden. Vielen Personen fällt es unter diesen Umständen schwer, Aspekte ihres Sexuallebens zu offenbaren. Noch schwieriger gestaltet sich

der Zugang zu Beratung, Diagnostik und Therapie für Personen, die aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit oder eines ungeklärten Aufenthaltsstatus keine Krankenversicherung haben. Betroffen sind hiervon viele Sexarbeiter/innen, die lediglich Notfalleleistungen in Anspruch nehmen dürfen. Gehen die Bedürfnisse dieses Personenkreises über eine Notfallbehandlung hinaus, etwa bei einer Tumorerkrankung, stehen ihnen in Deutschland keine Behandlungsmöglichkeiten offen.

Hier könnte ein Blick über den Ärmelkanal helfen. In Großbritannien bestehen seit langem die sogenannten GUM-Kliniken. In diesen Anlaufstellen, die allen Personen kostenlose Beratung, Diagnostik und Therapie zu STI anbieten, arbeiten Fachärzte und Fachärztinnen für „genito-urinary medicine“. Im Zentrum dieser Weiterbildung stand ursprünglich die Diagnostik und Behandlung von STI, HIV und anderen nicht-infektiösen Genitalerkrankungen. In den letzten Jahren wurde der Fokus auf weitere Aspekte der sexuellen Gesundheit erweitert. Dazu gehören Fragen der sexuellen Funktionsstörungen, Erkennung von zervikalen Dysplasien, Familienplanung und Gesundheitsförderung. So geht das Angebot vieler GUM-Kliniken über die Diagnose von STI hinaus und schließt Beratung und Versorgung zu verschiedenen anderen Aspekten sexueller Gesundheit ein, wie z. B. HIV, Verhütung, Impfung, Schwangerschaft oder sexuelle Gewalt. Alle Angebote sind freiwillig und vertraulich. Somit ist dort eine Struktur geschaffen worden, die dank qualifizierter Fachkräfte verschiedenste Bereiche der sexuellen Gesundheit in integrierter Form abdecken kann (French et al. 2010).

Auch in Deutschland könnte es sinnvoll sein, Zentren mit ähnlichen Angeboten zu den unterschiedlichsten Aspekten der sexuellen Gesundheit (wie sie bereits teilweise im Rahmen des ÖGD bestehen) auszubauen oder neu zu schaffen. Dies würde die Möglichkeit eröffnen, die Fachkompetenz in sexueller Gesundheit räumlich zu konzentrieren, ein interdisziplinäres Lernen zu ermöglichen, Angebote zu sexueller Gesundheitsfürsorge guter Qualität an einem Ort anzubieten und niedrigschwellig alle Bereiche der Bevölkerung, inklusive der Menschen ohne Krankenversicherung, zu erreichen.

In der gegenwärtigen Struktur des deutschen Gesundheitssystems gäbe es grundsätzlich zwei Möglichkeiten, solche Zentren zu verankern. Im ambulanten Sektor wäre die Bildung von Zentren, die sich auf sexuelle Gesundheit spezialisieren, denkbar. Hier könnten Fachärzt/innen der Gynäkologie, Urologie, Dermatovenerologie und Inneren Medizin zusammen mit Psychotherapeuten (mit Schwerpunkt Sexualität und Sexualberatung), Beratern und Pädagogen ein breites Spektrum an Leistungen erbringen. Die enge Vernetzung verschiedener Fachdisziplinen und die gemeinsame Nutzung der Ressourcen

gewährleisten Synergieeffekte und die umfassende Versorgung an einem Ort. Die Behandlung von Problemen / Erkrankungen könnte um Angebote zur Förderung der sexuellen Gesundheit (z. B. Bildung und Information) ergänzt werden. Bei dieser Option müssten im Vorfeld die schwierigen Fragen geklärt werden, wie der Zugang von allen Menschen (auch denen ohne Krankenversicherung) gewährleistet werden kann, wie gegebenenfalls die Anonymität der Patienten/Klienten gewahrt werden und wie das Zentrum für seine umfassenden und verzahnten Leistungen vergütet werden kann.

Ein wissenschaftlich begleitetes Pilotprojekt könnte fundiert dokumentieren, welchen Zuschnitt derartige Zentren haben müssten, um eine niedrigschwellige, umfassende und interdisziplinäre Versorgung anzubieten.

Eine zweite Möglichkeit besteht im konsequenten Ausbau des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Bereits heute haben einzelne Gesundheitsämter wie die Beratungsstelle zu sexuell übertragbaren Erkrankungen (STD) einschließlich Aids in Köln oder CASA Blanca in Hamburg ein kostenloses, niedrigschwelliges, breitgefächertes Angebot zur sexuellen Gesundheit, das stark nachgefragt wird. Durch enge Vernetzung und Zusammenarbeit mit anderen Beratungsstellen, Aids-Hilfen und Kliniken kann auch so der Austausch von Fachkompetenz gefördert werden. Vorteil dieser Strukturen ist, dass sie allen Menschen, demzufolge auch Menschen ohne Krankenversicherung offen stehen. Hier müssten jedoch die Länder und Kommunen feste Finanzierungszusagen machen, um ein Fortbestehen, bzw. einen Ausbau bereits bestehender Angebote zu ermöglichen.

Flankierend zu den oben genannten Möglichkeiten ist die konsequente Fortbildung von Fach- und Hausärzten notwendig. Im Zentrum der Fortbildung steht nicht unbedingt die Vermittlung von neuem Fachwissen, sondern ein umfassendes Verständnis von Sexualität, die Anerkennung seiner gesundheitsfördernden Potentiale sowie die Fähigkeit, Patienten und Ratsuchenden gezielte und ernstgemeinte Gesprächsangebote zu Sexualität zu machen und sie ggf. an andere qualifizierte Stellen zu überweisen. Die Integration von sexueller und reproduktiver Gesundheit in die primäre Gesundheitsversorgung wurde auch von der European Forum for Primary Care empfohlen und ist in einigen Nachbarländern (z. B. Niederlande) seit Jahrzehnten gängige Praxis (Ketting & Esin, 2010). Die WHO hat kürzlich einen Prozess angestoßen, Richtlinien für die Beratung im Bereich Sexualität zu entwickeln. Ansatzpunkt ist hier ebenfalls, dass das Thema Sexualität in die ärztliche Versorgung und Beratung stärker integriert werden sollte.

Fazit

Das Konzept der sexuellen Gesundheit wurde in Deutschland bisher nicht umfassend rezipiert und hat daher noch nicht in allen betroffenen Bereichen Niederschlag gefunden. Ängste vor dem vermeintlich normativen Charakter des Konzepts und einer daraus möglicherweise resultierenden Abwertung und Verurteilung sexuellen Verhaltens bzw. sexueller Befindlichkeit könnten mit für die zögerliche Rezeption verantwortlich gewesen sein. Die sexuellen Rechte, die als Bedingung zur Realisierung von sexueller Gesundheit in der WHO Definition (2002) genannt werden, sollten jedoch als Garant für Selbstbestimmung und Nicht-Diskriminierung verstanden werden.

Das Konzept bietet verschiedene Möglichkeiten, um auch im deutschen Kontext Verbesserungen in der Beratung und Versorgung zu erzielen. Derzeit ist die Versorgung im Bereich Sexualität von Fragmentierung gekennzeichnet, wenngleich sie in einzelnen Bereichen von sehr hoher Qualität ist. Das fragmentierte Angebot verstellt den Blick auf Versorgungslücken und Zugangsprobleme. Des Weiteren können keine Synergieeffekte genutzt werden und ein interdisziplinärer Austausch, der gerade für den Bereich Sexualität wünschenswert und notwendig ist, bleibt aus.

Um die Versorgung im Bereich sexuelle Gesundheit für alle Menschen zu verbessern, sollte zunächst der Bedarf an systematischer Fort- und Ausbildung der entsprechenden Berufsgruppen identifiziert und bedarfsgerechte Angebote geschaffen werden. Außerdem sollte geprüft werden, in welcher Form Zentren für sexuelle Gesundheit in Deutschland aufgebaut werden können.

Literatur

- Andersson, R. (im Erscheinen begriffen) 2013. Positive Possibilities: A review of the literature on how sexual satisfaction, pleasure and self-esteem impact sexual, mental, physical health and overall wellbeing. Bundesgesundheitsblatt.
- Bales, S., Baumann H.G., Schnitzler, N., 2003. Infektionsschutzgesetz. Kommentar und Vorschriftensammlung. 2. Auflage. Stuttgart, 171ff.
- Beier, K.M., Goecker, D., Babinsky, S., Ahlers, Ch. J., 2002. Sexualität und Partnerschaft bei Multipler Sklerose – Ergebnisse einer empirischen Studie bei Betroffenen und ihren Partnern. *Sexuologie* 2002 (9) 1: 4–22.
- Beier, K.M., Lüders, M., Boxdorfer, S.A., Ahlers, Ch.J., 2001. Sexualität und Partnerschaft bei Morbus Parkinson – Ergebnisse einer empirischen Studie bei Betroffenen und ihren Partnern. *Sexuologie* 2001 (8) 1: 19–41.
- Briken, P., Dekker, A., 2012. Sexualwissenschaft: Das sexuelle

- Elend existiert weiter. Dtsch Arztebl 109(7): A 311–3.
- BZgA 2009. Dokumentation Gib AIDS keine Chance. Die Kampagne zur Aidsprävention in Deutschland. Köln.
- BZgA 2010. Jugendsexualität 2010. Repräsentative Wiederholungsbefragung von 14- bis 17- Jährigen und ihren Eltern. Aktueller Schwerpunkt Migration. Köln.
- BZgA 2011. Kurzbericht: AIDS im öffentlichen Bewusstsein 2010. Köln.
- BZgA. www.loveline.de, www.schule.loveline.de.
- BZgA. www.machsmit.de.
- DSTIG 2010. Standards zur Prävention sexuell übertragbarer Infektionen. In: *Epidemiologisches Bulletin* 35 (2010) 351–4. http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2010/Ausgaben/35_10.pdf?__blob=publicationFile.
- DSTIG 2012. Indikatorenkatalog. (www.dstig.de).
- Edwards, W., Coleman, E., 2004. Defining sexual health: a descriptive overview. *Archives of Sexual Behaviour*, 33, 3, 189–195.
- French, R.S., Mercer, C.H., Robinson, A.J., Gerressu, M., Rogstad, K.E., 2010. Addressing sexual health needs: a comparison of a one-stop shop with separate genitourinary medicine and family planning services. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 10/2010, 36 (4), 202–9.
- Giami, A., 2002. Sexual Health: the Emergence, Development, and Diversity of a Concept. *Annual Review of Sex Research*, 13, 1–35.
- IPPF 2009. Sexuelle Rechte: eine IPPF-Erklärung. (englisches Original 2008).
- Ketting, E., Esin, A., 2010. Integrating sexual and reproductive health in primary health care in Europe. Position paper of the European Forum for Primary Care. *Quality in Primary Care* 21010, 18: 269–282.
- OECD. Stat Extracts: Health Status Maternal and Infant Mortality, Stand 2010, <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30116>, (Zugriff 5.10.2012).
- Pan American Health Organisation / PAHO. 2001. Promotion of Sexual Health, Recommendations for Action. Proceedings of a Regional Consultation, Guatemala 2000. <http://www.paho.org/english/hcp/hca/promotionsexualhealth.pdf>.
- RKI 2012. HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland. *Epidemiologisches Bulletin* 28/2012: 255ff http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2012/Ausgaben/28_12.pdf?__blob=publicationFile.
- Rösing, D., Neutze, J., Beier, K.M., Hoffmann W., Klebingat K.J. 2007. Radikale Prostatektomie bei Prostatakarzinom, Auswirkungen auf Partnerschaft und Sexualität im Krankheitsverlauf und Interventionsmöglichkeiten. *Urologe* 46 (9): 1056–1057.
- SchKG 1992. Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (Schwangerschaftskonfliktgesetz SchKG). https://www.destatis.de/DE/Methoden/Rechtsgrundlagen/Statistikbereiche/Gesundheitswesen/565_SchKG.pdf?__blob=publicationFile.
- Statistisches Bundesamt 2011. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitspersonal/Tabellen/Berufe.html> (Zugriff 5.10.2012).
- WHO 1975. Education and Treatment in Human Sexuality. The Training of Health Professionals. Report of a WHO Meeting. Geneva.
- WHO 2004. Reproductive Health Strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. Geneva.
- WHO 2006. Defining Sexual Health. Report of a Technical Consultation on sexual health, 28–31 January 2002. Geneva.
- WHO 2010. Developing sexual health programmes. A framework for Action. Geneva. http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf.
- WHO Global Health Observatory Data Repository. <http://apps.who.int/ghodata/?vid=240>, Zugriff 22.10.2012.
- WHO Regional Office for Europe 1987. Concepts on sexual health. Report of a working group. Copenhagen.
- WHO Regional Office for Europe 2001. WHO Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health. Copenhagen.
- WHO Regional Office for Europe, BZgA 2010. Standards for Sexuality Education in Europe. A Framework for policymakers, educational and health authorities, and specialists. Cologne.
- WHO, UNFPA, IPPF, UNAIDS, UCSF 2009. Sexual and reproductive health and HIV: Linkages: Evidence Review and Recommendations. (http://data.unaids.org/pub/Agenda/2009/2009_linkages_evidence_review_en.pdf).
- World Association for Sexology / WAS 1999. World Association of Sexology's Declaration of Sexual Rights. <http://wass.org.au/downloads/DecSexualRights.pdf>.
- World Association for Sexual Health / WAS 2008. Sexual Health for the Millennium. A Declaration and Technical Document. Minneapolis.
- World Association for Sexual Health / WAS 2012. www.world-sexology.org (Zugriff 18.10.2012).

AutorInnen

Dr. Viviane Bremer MPH, Stellvertretende Fachgebietsleiterin, Fachgebiet HIV/Aids u. a. sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen, Abteilung für Infektionsepidemiologie RKI, DGZ-Ring 1, 13086 Berlin, e-mail: BremerV@rki.de

Dr. Christine Winkelmann, WHO Kollaborationszentrum für sexuelle und reproduktive Gesundheit, BZgA, Ostmerheimerstr. 220, 51109 Köln, e-mail: christine.winkelmann@bzga.de

„mach's mit – Wissen und Kondom“ – die Kampagne zur Prävention von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Elisabeth Pott, Verena Lulei

„join in – Knowledge and Condom“ – the Campaign for the Prevention of HIV and Other Sexually Transmitted Infections (STI) of the Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Abstract

The prevention of sexually transmitted infections (STIs) is being expanded into a key topic of the HIV prevention strategy. The levels of knowledge of the German population regarding HIV and STIs currently differ greatly. A very high level of information regarding HIV contrasts with only scanty knowledge regarding STIs. For this reason, the integrated HIV/STI campaign entitled „mach's mit – Wissen und Kondom“ („join in – Knowledge and Condom“), recently launched by the Federal Centre for Health Education (BZgA), focuses for the first time on information relating to protection against HIV and STIs. The BZgA is meeting the resultant challenges for campaign redesign by means of a communication strategy in which both the communication of knowledge regarding HIV and the development of knowledge regarding STIs are implemented in two successive phases. This reorientation towards an integrated HIV/STI prevention campaign is based on scientific planning derived from the overall strategy and includes comprehensive evaluation of all media and measures.

Keywords: Sexually transmitted Infections (STI), HIV, DON'T GIVE AIDS A CHANCE, Prevention, Evaluation

Zusammenfassung

Die Prävention von sexuell übertragbaren Infektionen (STI) wird zu einem Schwerpunktthema in der HIV-Präventionsstrategie ausgebaut. Das Wissensniveau zu HIV und STI ist in der deutschen Bevölkerung aktuell sehr

unterschiedlich. Einem sehr hohen Informationsstand zu HIV steht ein nur gering vorhandenes Wissen über STI gegenüber. Mit der neu gestarteten, integrierten HIV/STI-Kampagne „mach's mit – Wissen und Kondom“ informiert die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) deshalb erstmals schwerpunktmäßig über den Schutz vor HIV und STI. Den Herausforderungen für die Kampagnenneukonzeption, die sich daraus ergeben, begegnet die BZgA mit einer Kommunikationsstrategie, in welcher neben der Wissensvermittlung zu HIV der Wissensaufbau zu STI sukzessive in zwei aufeinander aufbauenden Phasen erfolgt. Die Neuausrichtung hin zu einer integrierten HIV/STI-Präventionskampagne erfolgt mit einer aus der Gesamtstrategie abgeleiteten wissenschaftlichen Planung und umfassender Evaluation aller Medien und Maßnahmen.

Schlüsselwörter: Sexuell übertragbare Infektionen (STI), HIV, GIB AIDS KEINE CHANCE, Prävention, Evaluation

Hintergrund

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat in Deutschland die Rolle der zentralen Umsetzungs- und Koordinierungseinrichtung für Prävention und Gesundheitsförderung inne. Aufgabe der BZgA ist es, die verschiedenen Bevölkerungsgruppen aufzuklären, zu motivieren und gegebenenfalls konkrete Hilfen anzubieten. Die Entwicklung gesundheitsfördernder Verhaltensweisen wird unterstützt. Neben einer Vielzahl von Präventionsthemen ist die BZgA dabei für die HIV/STI-Prävention verantwortlich. Dabei geht es vor allem um die Motivation zum Erwerb von Schutzverhalten und um Solidarität mit von HIV betroffenen Menschen.

Das Erfolgsmodell der strategischen Arbeitsteilung

Die BZgA hat von Anfang an eine strategische Arbeitsteilung mit der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH), dem Dachverband der lokalen AIDS-Hilfen aufgebaut. Diese Arbeitsteilung zwischen einer staatlichen Einrichtung, auf Bundesebene die BZgA, und dem Selbsthilfebereich, auf Bundesebene die DAH, spiegelt sich auch auf der lokalen Ebene zwischen lokalen AIDS-Hilfen und Gesundheitsämtern wieder. Die BZgA wird die Arbeitsteilung mit der Deutschen AIDS-Hilfe auch in Zukunft bei der integrierten HIV/STI-Prävention fortführen, da sie sich als international beispielhaftes Erfolgsmodell erwiesen hat.

In der Arbeitsteilung ist die BZgA im Schwerpunkt für die Ansprache der gesamten Bevölkerung und ihrer Teilzielgruppen wie Jugendliche oder nicht monogam lebende Erwachsene verantwortlich. Die Aktivitäten der DAH richten sich an die besonders betroffenen Gruppen wie Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), intravenös Drogen gebrauchende Menschen sowie Menschen aus Hochprävalenzregionen.

Grundlagen für die Neuausrichtung von GIB AIDS KEINE CHANCE zu einer integrierten HIV/STI-Kampagne

Die Weiterentwicklung der Aidsprävention zu einer integrierten HIV/STI-Prävention erfolgt in Deutschland auf Grundlage neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse über sexuell übertragbare Infektionen (STI), welche das Risiko einer Ansteckung mit HIV deutlich steigern.

Die Notwendigkeit einer verstärkten Thematisierung sexuell übertragbarer Infektionen geht auf die epidemiologische Entwicklung in diesem Bereich zurück. So wurde in den letzten zehn Jahren ein Anstieg der STI-Infektionen registriert. Besonders deutlich lässt sich dieser Anstieg beispielsweise an den Neuinfektionen mit Syphilis bei MSM und mit Chlamydia trachomatis bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen feststellen¹.

Die BZgA hat auf den Anstieg der STI-Infektionen mit einer stufenweisen Neuausrichtung der Dachkampagne GIB AIDS KEINE CHANCE zu einer integrierten HIV/STI-Kampagne reagiert. Denn STI können

sowohl die Empfänglichkeit für HIV bei nicht mit HIV infizierten Menschen steigern, als auch die Infektiosität bei HIV-positiven Menschen erhöhen². Die Prävention von sexuell übertragbaren Infektionen (STI) stellt somit ein relevantes Thema für den Erfolg der HIV/AIDS-Prävention dar. Aber auch für sich genommen sind STI ein wichtiges Thema für Public-Health-Strategien. Denn bleiben einzelne STI unbehandelt, können sie für die Betroffenen gravierende gesundheitliche Spätfolgen nach sich ziehen³.

Durch die Neuausrichtung von GIB AIDS KEINE CHANCE hin zu einer integrierten HIV/STI-Kampagne mussten die mit der Kampagne zu erreichenden Ziele ebenfalls um den STI-Aspekt erweitert werden. Die Ziele der integrierten HIV/STI-Prävention umfassen daher nun neben den HIV-spezifischen Zielen:

- ◆ einen hohen, stabilen Wissenstand in der Bevölkerung über Risiken, Nicht-Risiken, Schutzmöglichkeiten bezüglich HIV,
- ◆ die Motivation und die Befähigung zur Nutzung von Kondomen in sexuellen Risikosituationen zum Schutz vor HIV und
- ◆ ein gesellschaftliches Klima gegen Stigmatisierung und Ausgrenzung von Menschen mit HIV/AIDS

- ² Ng, B.E., Butler, L.M., Horvath, T., Rutherford, G.W., (2011) Population based biomedical STI Control interventions for reducing HIV infection (Review), The Cochrane Collaboration, 3f.
Robert Koch Institut, 2011. Epidemiologisches Bulletin 46/2011, 425.
Deutsche AIDS-Hilfe, 2012. HIVreport 3/2012: Syphilis, Berlin, 5.
Deutsche AIDS-Hilfe, 2011. HIVreport 6/2011: Schwule Männer und STI, 4, 8f.
- ³ Deutsche AIDS-Hilfe, 2012. Sexuell übertragbare Infektionen. Info+, Berlin.
Robert Koch Institut (2011) RKI-Ratgeber für Ärzte HIV/AIDS www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_HIV_AIDS.
Robert Koch Institut, 2010. RKI-Ratgeber für Ärzte Chlamydia Trachomatis www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Chlamydia_Teil1.
Robert Koch Institut, 2007. RKI-Ratgeber für Ärzte Syphilis www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Syphilis.
Robert Koch Institut (2011) RKI-Ratgeber für Ärzte Hepatitis B www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_HepatitisB.
Robert Koch Institut (2012) RKI-Ratgeber für Ärzte Hepatitis C www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_HepatitisC.
Deutsches Krebsforschungszentrum, 2012. Humane Papillomaviren als Krebsauslöser <http://www.krebsinformationsdienst.de/vorbeuegung/risiken/hpv.php>.
Deutsche STI-Gesellschaft, 2012. Was sind STI www.dstig.de/was-sind-stdsti (Unterseiten zu einzelnen STI).
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2012. Sexuell übertragbare Infektionen (STI) www.gib-aids-keine-chance.de/wissen/sti (Unterseiten zu einzelnen STI).

¹ Robert Koch Institut (2012). Epidemiologisches Bulletin 24/2012, Berlin.
European Center for Disease Prevention and Control (2012). Sexually transmitted infections in Europe 1990–2012, Stockholm.

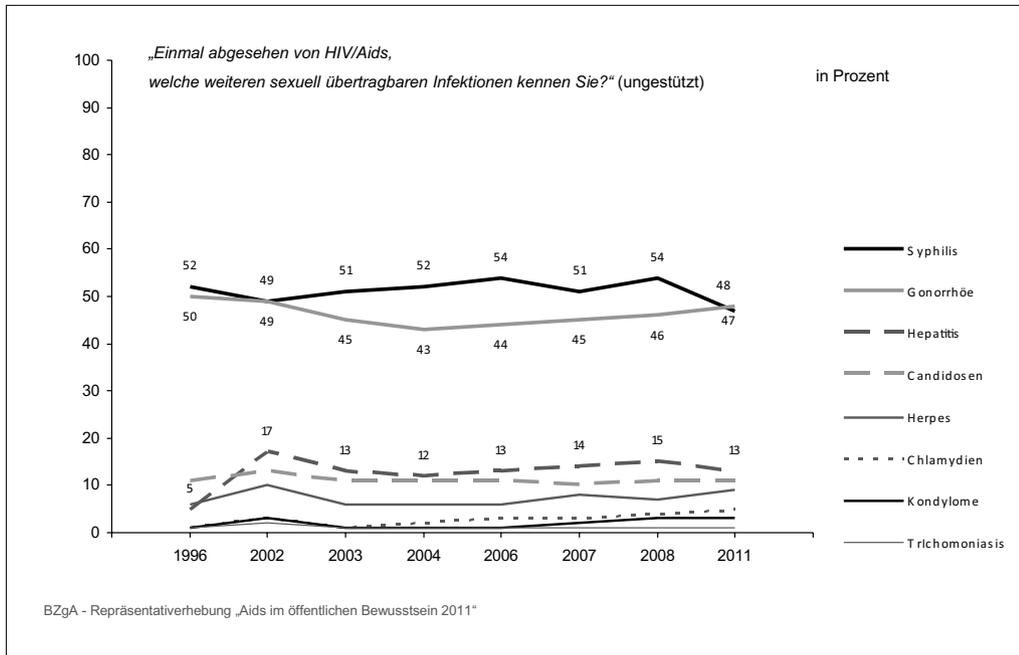


Abb. 1 Bekanntheit von STI in der Allgemeinbevölkerung, ungestützt

auch die STI-spezifischen Ziele:

- ◆ den sukzessiven Wissensaufbau in der Bevölkerung zu den allgemeinen Risiken, Nicht-Risiken und Schutzmöglichkeiten bezüglich STI,
- ◆ die Motivation und die Befähigung zum Schutz vor STI in Risikosituationen,
- ◆ die Sensibilisierung für Symptome und mögliche Folgen unbehandelter STI,
- ◆ die Handlungsfähigkeit bei Verdacht auf eine STI,
- ◆ die Förderung der Kommunikationsfähigkeit über STI sowie
- ◆ die Enttabuisierung des Themas STI in der Bevölkerung.

Die Neuausrichtung von GIB AIDS KEINE CHANCE hin zu einer integrierten HIV/STI-Präventionskampagne wurde von der BZgA systematisch geplant. Hierzu gehörte eine ausführliche Situationsanalyse, in der die aktuell verfügbaren wissenschaftlichen Informationen wie epidemiologische Daten zu HIV und STI, Charakteristika der betroffenen Bevölkerungsgruppen und mögliche Zugangswege zusammengetragen und analysiert wurden. Der hieraus gewonnene Erkenntnisstand bildet zusammen mit Informationen aus der Repräsentativbefragung „AIDS im öffentlichen Bewusstsein“⁴ der BZgA das Grundgerüst für die Neuausrichtung.

Die Situationsanalyse führte zu der Schlussfolgerung, auch bei der Kampagne zur integrierten HIV/STI-Prävention an dem Konzept eines ausgewogenen Medien- und Maßnahmenmixes bestehend aus massenkommunikativen und personalkommunikativen Maßnahmen mit individuellen Beratungsangeboten festzuhalten. Dieser ausgewogene, wissenschaftlich fundierte Medien- und Maßnahmenmix hat sich sowohl in der bevölkerungsweiten als auch in der zielgruppenspezifischen Ansprache als erfolgreich erwiesen.

Die Erfolge der BZgA im Bereich der HIV/STI-Prävention werden an den „frühen“ Indikatoren „Wissen“, „Einstellung“ und „Verhalten“ und den „späten“ Indikatoren Kondomabsatzzahlen und den Inzidenz Zahlen der HIV-Infektionen gemessen.

Der Wissenstand der deutschen Bevölkerung zu STI ist im Vergleich zu HIV heute noch sehr gering. So können laut „AIDS im öffentlichen Bewusstsein“ bei der ohne Vorgabe von Antwortmöglichkeiten gestellten Frage, welche sexuell übertragbaren Infektionen bekannt sind, etwas weniger als die Hälfte der über 16-jährigen Bevölkerung im Jahr 2011 Syphilis (48 Prozent) und Gonorrhöe (47 Prozent) nennen. Chlamydien, die unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen wesentlich verbreiteter sind als die oben genannten STI, sind jedoch nur bei 5 Prozent der Befragten bekannt⁵. STI zu kennen ist jedoch eine Voraussetzung für die Informiertheit über STI (vgl. Abb. 1).

⁴ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln, 2012. AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2011 (Kurzbericht im Druck).

⁵ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln, 2012. AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2011 (Kurzbericht im Druck).



Abb. 2 STI-Logo der integrierten HIV/STI-Kampagne

Der unterschiedlich hohe Wissensstand zu HIV und STI stellte die BZgA bei dem Ausbau von *mach's mit* zu einer integrierten HIV/STI-Präventionskampagne vor große Herausforderungen. So muss *mach's mit* als integrierte HIV/STI-Präventionskampagne zum einen den hohen Informationsstand zu HIV aufrecht erhalten und zum anderen grundlegendes Basiswissen zu STI vermitteln.

Für die Präventionsbereiche HIV und STI sind im Rahmen der Kommunikationsstrategie unterschiedliche Präventionsbotschaften erforderlich, die miteinander verbunden werden müssen. So schützen Kondome zwar vor HIV, können vor STI jedoch bei weitem nicht den gleichen Schutz bieten. Die Kondombotschaft „Kondome schützen“ muss daher um weitere Informationen zum Schutz vor STI erweitert werden. Dabei darf in der Kommunikation weder die Kondombotschaft „Kondome schützen vor HIV“ noch die Motivation zum Schutzverhalten mit Kondomen geschwächt werden. Beides sind wesentliche Elemente der HIV-Prävention.

Eine weitere Herausforderung besteht darin, dass das weitestgehend unbekannteste Kürzel STI für sexuell übertragbare Infektionen eingeführt werden muss. Dies ist notwendig, da „sexuell übertragbare Infektionen“ auf massenkommunikativer Ebene kein ausreichend plakativer Begriff ist.

Zu guter Letzt dürfen die starken Marken „GIB AIDS KEINE CHANCE“ und „*mach's mit*“ durch die Integration der STI-Prävention nicht verloren gehen. Denn mit ihrem hohen Wiedererkennungswert tragen beide Marken wesentlich zum bundesweiten Bekanntheitsgrad der Kampagne bei.

Die Kommunikations- und Lernstrategie der integrierten HIV/STI-Kampagne – „*mach's mit* – Wissen und Kondom“

Die von der BZgA erarbeitete, in zwei Phasen unterteilte Kommunikations- und Lernstrategie ist zunächst auf drei

Jahre angelegt. Ziele der Kommunikations- und Lernstrategie in der ersten Phase sind:

- ◆ Einführung und Erklärung des Kürzels STI in der Bevölkerung,
- ◆ Sensibilisierung der Bevölkerung für das – teilweise – neue Thema STI,
- ◆ Motivation der Bevölkerung sich auf der Kampagnenhomepage über die Themen HIV und STI zu informieren und
- ◆ Einführung einer um den STI-Aspekt erweiterten Schutzbotschaft.

Um die veränderte Kampagnenkonzption zu verdeutlichen, hat die BZgA neben der um den STI-Aspekt erweiterten Präventionsbotschaft auch ein STI-Logo eingeführt (Abb. 2). Über die Integration des Aufrufs „Informier Dich!“ in das STI-Logo wird die Bevölkerung dazu motiviert, sich auf der Kampagnenhomepage www.machsmits.de über die Themen HIV und STI tiefergehend zu informieren. Indem das STI-Logo auf der Motivebene der Printmedien einen sehr prominenten Platz erhält, soll es darauf aufmerksam machen, dass es neben HIV noch andere STI gibt.

Die um den STI-Aspekt erweiterte Präventionsbotschaft ist notwendig, da die HIV-Botschaft „Kondome schützen“ zum Schutz vor STI nur bedingt ausreicht. Um das Risiko einer Ansteckung mit STI möglichst gering zu halten, wird neben dem Kondom zusätzliches Wissen notwendig. Die neue Präventionsbotschaft lautet daher: „Mit Wissen & Kondom schützt Du Dich vor HIV und verringerst das Risiko einer Ansteckung mit anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI).“ Die Begriffe „Sexuell übertragbare Infektionen“ und „STI“ werden in der neuen Präventionsbotschaft immer gemeinsam genannt. Durch die Erläuterung des Kürzels STI wird die Verständlichkeit in der Bevölkerung verbessert (Abb. 3 u. 4).

Im Anschluss an die erste Kampagnenphase werden in Phase 2 zusätzlich zur neuen Präventionsbotschaft auf massenkommunikativer Ebene weitere STI-Schutzbotschaften und Informationen zu einzelnen STI vermittelt. Die wesentliche HIV-Präventionsbotschaft „Kondome



Abb. 3 und 4 Motive der aktuellen BZgA-Kampagne „mach's mit – Wissen & Kondom“

schützen“ wird in beiden Phasen aufrechterhalten und um den Wissensaspekt erweitert.

Sowohl in Phase 1 als auch in Phase 2 ist die Kampagnenhomepage www.machsmid.de die zentrale Informationsplattform. Hier wird das Basiswissen zu HIV und STI vermittelt. Zu diesem Basiswissen gehören neben der richtigen Kondomnutzung die Information über weitere Schutzmöglichkeiten, über Symptome und Beratungs-, Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten. Um den Zugang zur Kampagnenhomepage zu vereinfachen, setzt die BZgA erstmals in der Massenkommunikation QR-Codes im Bereich der Printmedien ein. Via der QR-Codes gelangt man mit dem Smartphone direkt auf die passende Seite der mobilen Version von machsmid.de.

Im Frühjahr 2012 wurde die integrierte HIV/STI-Kampagne „mach's mit – Wissen und Kondom“ unter dem Dach von GIB AIDS KEINE CHANCE veröffentlicht. *mach's mit* spricht auch als integrierte HIV/STI-Kampagne weiterhin die gesamte Bevölkerung und in ihr spezifische Zielgruppen wie MSM, Jugendliche und nicht-monogam lebende Erwachsene an. Sie setzt dafür Großflächenplakate, Anzeigen in zielgruppenspezifischen Magazinen, Onlinewerbemittelschaltungen, audiovisuelle Medien, Postkartenstreuungen in der Gastronomie, Give Aways für die

Vor-Ort-Arbeit sowie Online- und Social Media-Aktivitäten ein. Um eine möglichst hohe Reichweite zu erreichen, arbeitet die Kampagne hierbei crossmedial.

Neu ist, dass die Kampagne erstmals in der Historie von *mach's mit* Menschen mit ihren individuellen Vorstellungen von Sexualität zeigt. Die selbstbewussten Statements wie „Ich will's zärtlich“ oder „Ich will's lustvoll“ generieren ein augenscheinliches Spannungsverhältnis zwischen Text und Bild. Dieses Spannungsverhältnis macht neugierig und schafft dadurch die notwendige Aufmerksamkeit für das Thema der HIV/STI-Prävention. Die offene Haltung der Kampagnencharaktere und die Vielfalt der Motive sollen zusätzlich einer Tabuisierung von HIV und STI entgegenwirken und einen offenen Umgang mit diesen Themen in der Gesellschaft fördern.

Um die integrierte HIV/STI-Prävention nach dem Modell der bewährten HIV-Prävention durch zielgruppenbezogene Maßnahmen ergänzen zu können, entwickelt die BZgA derzeit ein personalkommunikatives Angebot rund um die Themen HIV, STI und sexuelle Gesundheit zur Ansprache junger Erwachsener. Gleichzeitig ist eine Broschürenreihe in Entwicklung, deren Ziel es sein wird, die Bevölkerung kurz, knapp und verständlich zu einzelnen STI zu informieren.

AutorInnen

Prof. Dr. Elisabeth Pott, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln

Kontakt: Verena Lulei, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln, e-mail: verena.lulei@bzga.de

ICH HABE HIV.

Thomas, 39 Jahre
Maler und Lackierer
HIV-positiv

Thomas ist glücklich, Vater eines gesunden Sohns zu sein. Nachdem er von seiner HIV-Infektion erfahren hatte, war für ihn das Thema Familienplanung abgehakt. Doch heute kann er sein eigenes kleines Wunder im Arm halten. Dank wirksamer HIV-Medikamente konnte die Anzahl der Viren in seinem Blut auf ein Minimum gesenkt werden. So wurde es für ihn und seine Freundin möglich, auf natürlichem Wege ein Kind zu zeugen.

Engagieren auch Sie sich gegen Ausgrenzung von HIV-Positiven: Tragen Sie die rote Schleife, informieren Sie sich, werden Sie aktiv! Mehr Infos unter www.welt-aids-tag.de

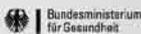
UND BIN VATER GEWORDEN.



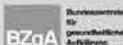
1.12.

Positiv zusammen leben.
WELT-AIDS-TAG.DE
Zeig Schleife - Informiere dich - Werde aktiv

EINE KAMPAGNE VON:



Bundesministerium
für Gesundheit



Bundeszentrale
für gesundheitliche
Aufklärung

IN PARTNERSCHAFT MIT:



Deutsche
AIDS-Hilfe



Deutsche
AIDS-Stiftung

Geschlechtskrankheiten, Gesundheitspolitik und Medizin im 20. Jahrhundert – Europäische Entwicklungen im Überblick

Lutz Sauerteig

Sexually Transmitted Diseases, Public Health Policy and Medicine in the Twentieth Century – A European Overview

Abstract

By the end of the nineteenth century, in many European countries, venereal diseases (VD) had become a metaphor for moral decay and decadence in society. Although medical understanding and knowledge of VD rapidly improved during the nineteenth century, no progress was made in respect to VD treatment. The development of Salvarsan in 1910 by Paul Ehrlich and his team was an important breakthrough in treating syphilis. However, treatment with Salvarsan was risky and could lead to very serious side effects. At the end of the World War II, Penicillin became an effective drug for treating syphilis as well as gonorrhoea efficiently and with no serious side effects.

As a response to the spread of VD, European countries introduced various public health strategies and VD policies. Such policies were, on the one hand, concerned with the controlling of VD patients and, on the other hand, with public health education and VD prophylaxis. Whereas some countries relied on restrictive VD control measures, other countries favoured a voluntary approach. Some countries informed their population about VD prophylactics (e.g. condoms and disinfectants); other countries refused such educational campaigns on moral grounds. At the beginning of the twenty-first century STI remain a serious global and transnational threat to health and wellbeing.

Keywords: Venereal Diseases, STI, Europe, Health Policy, Medical History

Zusammenfassung

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts waren Geschlechtskrankheiten in zahlreichen europäischen Staaten zu einer Metapher für moralischen Verfall und Dekadenz geworden. Obgleich sich seit dem 19. Jahrhundert die medizinischen Kenntnisse über Geschlechtskrankheiten rasant erweiterten, blieben Erfolge in der Therapie lange aus. Erst die Entwicklung von Salvarsan durch Paul Ehrlich und sein Team führte 1910 zu einem Durchbruch in der Syphilistherapie. Allerdings war die Salvarsanbehandlung

riskant und konnte zu schwersten Nebenwirkungen führen. Seit Ende des Zweiten Weltkriegs stand dann mit Penicillin ein effektives Therapeutikum zur Verfügung, mit dem neben Syphilis auch Gonorrhoe erfolgreich, rasch und ohne grosse Nebenwirkungen behandelt werden konnten.

Auf die Verbreitung von Geschlechtskrankheiten reagierten die europäischen Staaten mit unterschiedlichen gesundheitspolitischen Strategien, mittels derer man die Verbreitung von Geschlechtskrankheiten eindämmen wollte. Zum einen richteten sich diese Strategien auf die Kontrolle Geschlechtskranker und zum anderen auf die präventive Gesundheitserziehung und auf die Aufklärung über Maßnahmen zur Prophylaxe. Es lassen sich im 20. Jahrhundert erhebliche Unterschiede in der gesundheitspolitischen Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten zwischen den einzelnen europäischen Staaten feststellen. Während einige Staaten auf Zwangsmaßnahmen setzten, verließen sich andere auf das Prinzip Freiwilligkeit. Während einige Staaten in der Gesundheitsaufklärung auf Schutzmittel gegen eine Infektion (Kondome, Desinfektionslösungen) hinwiesen, lehnten andere Staaten dies aus moralischen Gründen ab. Angesichts neuerlich steigender Inzidenzraten und trotz Verbesserungen in der Therapie, stellen STI auch noch zu Beginn des 21. Jahrhunderts eine erhebliche globale und transnationale Gesundheitsgefahr dar.

Schlüsselwörter: Geschlechtskrankheiten, STI, Europa, Gesundheitspolitik, Medizingeschichte

Einleitung

Um die Wende zum 20. Jahrhundert waren Geschlechtskrankheiten in zahlreichen europäischen Staaten zu einer Metapher für nationalen Verfall und moralische Dekadenz geworden. Zeitgenössische Kommentatoren sahen die Hauptschuld für die „venerische Durchseuchung“ – für die in ihren Augen unaufhaltsam ansteigende Verbreitung von Syphilis und Gonorrhoe – in Prostitution, Alkoholismus und Wohnungsnot sowie in einem fortschreitenden allgemeinen Verfall von Sitte, Moral und traditioneller Familienstrukturen (Baldwin, 1999; Davidson, 2000; Hall, 1993; Sauerteig 1999, 2001).

Es war breiter gesellschaftlicher Konsenz, dass die Rettung gegen die sozialen Übel der Gesellschaft einzig

in der Wiederherstellung von Sitte und Anstand einerseits, sowie im Einsatz von Medizin und Wissenschaft andererseits lag. Nur so könne der Weg zurück zum Pfad in eine gesunde Zukunft mit stabilen Familien und einer gesunden „Rasse“ gefunden werden. Zeitgenössische Kommentatoren beschrieben Syphilis und Gonorrhoe, die damals am stärksten verbreiteten Geschlechtskrankheiten, als die Hauptquellen für die Verseuchung der Gesellschaft. Man sah in ihnen nicht nur eine schwere Bedrohung für die Familie und den Staat, sondern befürchtete auch eine Gefahr für die militärische Stärke der Nation und die Gesundheit der eigenen „Rasse“. „Das Vaterland ist in Gefahr, rettet das Vaterland!“ rief vor 110 Jahren, am 19. Oktober 1902, der führende preussische Medizinalbeamte Martin Kirchner (1854–1925) den im Bürgersaal des Berliner Rathauses Versammelten zu, die zur Gründungsversammlung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten gekommen waren (MDGGBG, 1902/03; Pappritz, 1902/03; Sauerteig, 2002). Ähnlich sahen das auch andere europäische Länder. Um 1900 waren Geschlechtskrankheiten damit zu einem zentralen gesundheitspolitischen Problem in Europa geworden (Baldwin, 1999; Davidson & Hall, 2001).

Medizinisches Wissen

Die medizinischen Kenntnisse über Geschlechtskrankheiten veränderten sich im Laufe des 19. Jahrhunderts in raschem Tempo (Quétel, 1990; Sauerteig, 1999). In den 1830er Jahren wies der Pariser Arzt Philippe Ricord (1800–1889) nach, dass Syphilis und Gonorrhoe zwei unterschiedliche Krankheiten waren. Ricord widerlegte damit John Hunters (1728–1793) berühmten Selbstversuch von 1767, mit dem der schottische Chirurg und Mitglied der Royal Society in London hatte zeigen wollen, dass Syphilis das fortgeschrittene Stadium von Gonorrhoe sei.

In den 1870er Jahren erforschte der französische Venerologe Alfred Fournier (1832–1914) die Auswirkungen von Syphilis auf das Nervensystem. Fournier stellte

dabei den Zusammenhang zwischen progressiver Paralyse und Syphilis her. 1879 identifizierte der junge deutsche Venerologe Albert Neisser (1855–1916) den Erreger der Gonorrhoe, den *gonococcus*. Die nahezu fanatische Suche nach dem Erreger der Syphilis sollte sich dann noch einige Jahrzehnte hinziehen, bis 1905 der Biologe Fritz Schaudinn (1871–1906) und der Dermatologe Erich Hoffmann (1868–1959) die *Spirochaeta pallida* als den Erreger der Syphilis vorstellten. Nach einigem hin und her gelang es ihnen, dass ihre Erkenntnis allgemein anerkannt wurde. Allerdings wurde der Erreger, den die beiden Forscher beschrieben hatten, nunmehr als *Treponema pallidum* bezeichnet. Bereits im darauffolgenden Jahr, 1906, konnte der Bakteriologe und Immunologe August Paul von Wassermann (1866–1925) einen serologischen Nachweistest für Syphilis entwickeln, der daraufhin für Ärzte zum wichtigsten, wenn auch nicht zuverlässigen, diagnostischen Verfahren für die Syphilis wurde.

Im Vergleich zu den raschen Fortschritten in der Ätiologie und Diagnostik von Geschlechtskrankheiten hinkte ihre Therapie hinterher. Bis in die 1940er Jahre hinein blieb die Verwendung von Quecksilber zentral in der Syphilisbehandlung. Beflügelt von der Forschung für Schutzimpfungen gegen Infektionskrankheiten bemühten sich Forscher wie Albert Neisser um 1900, auch eine Schutzimpfung gegen Syphilis zu entwickeln. Allerdings blieben diese Bemühungen vergeblich und handelten Neisser ein Verfahren wegen Missbrauchs von Patientinnen in medizinischen Experimenten ein (Elkeles, 1996; Sauerteig, 2000).

Es war daher ein wahrer Lichtblick, als Paul Ehrlich (Abb. 1) 1910 der Welt ein Heilmittel gegen Syphilis vorstellte. Nach einer langen Reihe von Tests mit organischen Arsenverbindungen hatten Ehrlich und seine Mitarbeiter mit der 606. Verbindung im Sommer 1909 endlich Erfolg: Sie hatten ein wirksames Chemotherapeutikum gegen Syphilis gefunden. Nach Abschluss klinischer Tests brachte der Pharmakonzern Hoechst das Medikament 1910 unter dem Namen Salvarsan® auf den Markt. Die Nachricht über Ehrlichs angebliche „Zauberkegel“ gegen Syphilis verbreitete sich in Windeseile. Die



Abb. 1 Anfang der 90-er Jahre wurde die 200-DM-Note mit dem Bild von Paul Ehrlich versehen, im Hintergrund auch eine Modellabbildung der chemischen Formel von Salvarsan.

Zeitungen waren voll von euphorischen Berichten über das vermeintliche Wundermittel. PatientInnen stürmten die Praxen von solchen Venerologen, die bereits vor der offiziellen Markteinführung im Rahmen der klinischen Versuche mit Salvarsan behandelten. Gerne glaubte man an die „magische“ Wirkung des neuen Medikaments. Allerdings stellte sich die Behandlung mit Salvarsan rasch als sehr kompliziert heraus, da es an der Luft in kurzer Zeit zu giftigen Verbindungen oxidierte. Ärzte brauchten zudem eine eigene Apparatur, um Salvarsan intravenös zu verabreichen. Wenn die Anweisungen zur Herstellung der korrekten Salvarsanlösung (Salvarsan wurde in pulverform geliefert) und zur Verabreichung nicht strikt befolgt wurden, konnte es zu schwersten Nebenwirkungen kommen, die bis zum Tod des Patienten oder der Patientin führen konnten. Die anfängliche Euphorie schlug um. Ehrlich wurde öffentlich scharf und zum Teil mit antisemitischen Untertönen angegriffen. Dennoch blieb das bald verbesserte Salvarsan (Neo-Salvarsan[®]) bis in die 1940er Jahre hinein therapeutisches Mittel der Wahl, zum Teil allerdings in Verbindung mit Wismuth oder Quecksilber (Sauerteig, 1996).

Ein weiterer wichtiger Schritt in der Syphilistherapie kam 1917 als der österreichische Psychiater Julius Wagner von Jauregg (1857–1940) herausgefunden hatte, dass die durch Syphilis verursachte und bis dahin unheilbare progressive Paralyse erfolgreich mit Malaria behandelt werden kann. Auch wenn die genauen Wirkungszusammenhänge im Dunkeln blieben, erhielt Wagner von Jauregg für diese Entdeckung 1927 den Nobelpreis (Quétel, 1990).

Im Fall der Gonorrhoe blieb die langwierige Therapie unangenehm, schmerzhaft und meist erfolglos. Dies änderte sich erst Mitte der 1930er Jahre, nachdem der Arzt und Bakteriologe Gerhard Domagk (1895–1964) die antibakterielle Wirkung der ersten Sulphonamidverbindung festgestellt hatte. Der Pharmakonzern Bayer brachte das neue Antibiotikum in Deutschland unter dem Markennamen Prontosil[®] auf den Markt. In Grossbritannien stellte die Pharmafirma Burroughs Wellcome bald ein ähnliches Präparat her. Allerdings wurden die Gonokokken rasch immun gegen Sulphonamide und man musste wieder auf Spülungen der Harnröhre mit Desinfektionslösungen zurückgreifen. Die Einführung von Penizillin in der Geschlechtskrankheitenbehandlung in den USA im Jahr 1943 revolutionierte die Therapie grundlegend. Allerdings blieb Penizillin während des Zweiten Weltkrieges nur der Behandlung von alliierten Soldaten vorbehalten. Nach Ende des Krieges stand Penizillin schließlich auch für die Behandlung der zivilen Bevölkerung zur Verfügung. Es dauerte jedoch bis in die 1950er Jahre, bis Penizillin in Europa zum therapeutischen Standard der Geschlechtskrankheitentherapie wurde, denn viele Ärzte

liessen sich nur langsam von der Wirksamkeit der neuen Therapie überzeugen. Dann allerdings revolutionierte Penizillin die Behandlung von Syphilis und Gonorrhoe. Geschlechtskrankheiten verloren viel von ihrem ursprünglichen Schrecken und wurden zu relativ einfach zu heilenden Infektionskrankheiten (Quétel, 1990).

Verbreitung von Geschlechtskrankheiten vor 1945

Ogleich die meisten zeitgenössischen Statistiken recht unzuverlässige Zahlen lieferten, beeinflussten diese dennoch ganz entscheidend die öffentliche Wahrnehmung einer Bedrohung durch Geschlechtskrankheiten. In Deutschland zeigte die erste landesweite Erhebung von 1919, dass ca. eine halbe Million Menschen jedes Jahr an einer Geschlechtskrankheit erkranken würde. Daten statistischer Erhebungen aus der Zwischenkriegszeit gaben Anlass, von einem Sinken der Inzidenzraten auszugehen. In Grossbritannien stellte eine während des Ersten Weltkrieges eingesetzte *Royal Commission on Venereal Diseases* 1916 in ihrem Bericht fest, dass die Anzahl von an Syphilis Erkrankten in größeren Städten nicht unter 10% der Bevölkerung liegen würde. Ein noch weit größerer Anteil der Bevölkerung würde an Gonorrhoe leiden. Aus Frankreich liegen statistische Daten vor, die davon ausgehen, dass 1925 ca. 4 Millionen Menschen geschlechtskrank waren, was einem Bevölkerungsanteil von ca. 10% entsprach. Bis 1929 soll sich die Anzahl der Geschlechtskranken auf ca. 8 Millionen verdoppelt haben. Französische Schätzungen ergaben, dass in den 10 Jahren seit Ende des Ersten Weltkrieges ca. 1,5 Millionen Erkrankte an Syphilis gestorben waren. Das entsprach ungefähr der Anzahl der Toten, die Frankreich während des Krieges zu beklagen hatte. Während des Zweiten Weltkrieges gingen fast alle europäischen Länder von einem explosionsartigen Anstieg der Geschlechtskrankheitenrate aus, und zwar auch solche Länder, die wie die Niederlande zuvor nur eine niedrige Inzidenz zu verzeichnen hatten (Baldwin, 1999; Hall, 1993; Quétel, 1990; Sauerteig, 1999).

Gesundheitspolitische Strategien gegen Geschlechtskrankheiten

Um 1900 waren in vielen europäischen Staaten Ärzte, Gesundheitspolitiker, VertreterInnen der Frauen- und der Sittlichkeitsbewegungen zu tiefst beunruhigt über eine zu-

nehmende venerische Durchseuchung der Bevölkerung, wie man das damals nannte. Diese Sorge bildete den Hintergrund der beiden in den Jahren 1899 beziehungsweise 1902 tagenden internationalen Syphilis-Kongresse in Brüssel. Internationale Vertreter und Vertreterinnen diskutierten auf beiden Kongressen, wie Prostitution besser überwacht und die Verbreitung von Geschlechtskrankheiten eingedämmt werden könnten (Sauerteig 1999).

Ein unmittelbares Ergebnis der ersten Tagung war die Gründung einer internationalen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (*Société Internationale de Prophylaxie Sanitaire et Morale de la Syphilis et des Maladies Vénériennes*) 1899 in Brüssel. Für viele europäische Staaten war dies der Ausgangspunkt, sich verstärkt dem Problem der Geschlechtskrankheiten zuzuwenden. In rascher Folge wurden nationale Gesellschaften gegründet, 1901 in Frankreich, 1902 in Deutschland und, mit gewisser zeitlicher Verzögerung, 1914 in Grossbritannien (Baldwin, 1999; Hall, 1993; Quétel, 1990; Sauerteig, 2002).

Im 19. Jahrhundert war in den meisten europäischen Staaten die einzige gesundheitspolitische Strategie zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten die medizini-

sche Kontrolle und polizeiliche Überwachung der Prostitution gewesen. Großbritannien war hier die große Ausnahme. In allen anderen europäischen Staaten jedoch wurden Prostituierte in der einen oder anderen Form staatlich registriert, gesundheitlich untersucht und polizeilich überwacht. Dieses Kontrollsystem der Prostitution war Anfang des 19. Jahrhunderts im napoleonischen Frankreich entwickelt worden. Prostituierte galten dabei als Hauptinfektionsquelle für Geschlechtskrankheiten. Dieses epidemiologische Modell ging davon aus, dass untreue Ehemänner oder noch nicht verheiratete junge Männer, beherrscht von ihrem Sexualtrieb, sexuelle Erleichterung bei einer Prostituierten suchten, sich bei ihr mit einer Geschlechtskrankheit ansteckten, dann die Ehefrau bzw. zukünftige Ehefrau infizierten und damit folglich auch die Nachkommen gefährdeten. Um die Wende zum 20. Jahrhundert stellte sich jedoch zunehmend heraus, dass das Kontrollsystem nicht mehr funktionierte und die Verbreitung von Geschlechtskrankheiten so nicht zu stoppen war. Viele Frauen suchten die staatliche Registrierung als Prostituierte zu vermeiden, weil sie nur gelegentlich, beispielsweise in ökonomischen Notsituationen, der Prostitution nachgingen. Die Risiken durch die zunehmende Anzahl nichtehelicher Sexualkontakte wurde in den Augen der Zeitgenossen verschärft durch die Folgen von Industrialisierung und Modernisierung, durch Verstädterung und durch den Wohnungsnotstand in vielen Großstädten (Baldwin, 1999; Corbin, 1990; Hall 1993; Quétel, 1990; Sauerteig, 1999).

Nach dem Ersten Weltkrieg wurde es immer offensichtlicher, dass das alte epidemiologische Modell überholt war (Sauerteig 1998). Die sogenannten Goldenen 20er Jahre stehen als Symbol für den Wandel der Sexualmoral. Alte Ehe- und Familienstrukturen hatten sich überlebt. Frauen wurden zunehmend nicht nur ökonomisch unabhängiger, sondern auch in ihrem Sexualverhalten. Nichteheleiche Sexualbeziehungen wurden häufiger. Überall in den europäischen Großstädten entstanden Bars und Tanzlokale. Im Pariser Folies Bergère bekamen die BesucherInnen erotische Darbietungen zu sehen, die vor 1900 noch undenkbar waren. Man kann von einer ersten sexuellen Revolution in den 1920er Jahren sprechen. Das deutsche Aufklärungsplakat aus dieser Zeit ist ein gutes Beispiel dafür, dass viele diese Veränderungen als bedrohlich wahrnahmen (Abb. 2).

Die Hauptsorge von Gesundheitspolitikern und Ärzten richtete sich weiter auf die „gefährliche Sexualität“ von Frauen. Die alte bürgerliche Doppelmoral existierte in vielen Köpfen fort. Die sexuellen Verhältnisse waren jedoch spätestens seit dem Ersten Weltkrieg komplizierter geworden. Langsam setzte sich ein neues epidemiologisches Modell durch, das man als Kettenmodell bezeichnen kann. Das Kettenmodell basierte auf der Annahme,



Abb. 2 Deutsches Aufklärungsplakat aus den 20er-Jahren.

dass durch Promiskuität Geschlechtskrankheiten von einem sexuellen Partner auf den nächsten in einer unendlichen und vielfach verzweigten Kette übertragen würden.

Kontrolle der Geschlechtskrankheiten

Die gesundheitspolitischen Debatten, wie Geschlechtskrankheiten bekämpft werden sollten, warfen fundamentale und äußerst kontroverse gesellschaftspolitische Fragen auf. Wo sollte das Gleichgewicht zwischen staatlichem Allgemeininteresse auf der einen und individuellen Freiheitsrechten auf der anderen Seite liegen? Gleichzeitig ging es um ebenso bedeutsame Fragen der Sittlichkeit. Die einen sahen die moralische Ordnung durch die Verbreitung von Prophylaktika gegen Geschlechtskrankheiten in Gefahr, weil Schutzmittel (chemische Desinfektionslösungen und Kondome) die Risiken nicht-ehelicher Sexualkontakte reduzierten. Sie propagierten daher strikte sexuelle Enthaltbarkeit außerhalb der Ehe. Pragmatisch denkende Ärzte und Gesundheitspolitiker hielten dagegen diese moralistische Strategie für vergeblich. Sie akzeptierten, dass sich die sexualmoralischen Vorstellungen seit Beginn des 20. Jahrhundert gewandelt hatten. Immer weniger Menschen hielten sich an die alten Moralansichten. Aus pragmatischen Überlegungen wollten daher viele Ärzte und Gesundheitspolitiker sowie Vertreter des Militärs die Öffentlichkeit über Prophylaktika aufklären und den Zugang zu Schutzmitteln erleichtern.

Einige europäische Staaten wie zum Beispiel Deutschland, Italien und Skandinavien entschieden sich dazu, stärker auf Zwangsmaßnahmen in der Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten zu vertrauen. Geschlechtskranke konnten beispielsweise zur Behandlung gezwungen und bestraft werden, wenn sie ihre Behandlung vernachlässigten oder jemand anderen ansteckten. Skandinavische Länder gehörten zu den ersten, die Zwangsmaßnahmen zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten einführten. Sie gehörten auch zu den ersten Ländern, in denen die staatliche Prostitutionsüberwachung abgeschafft und von einer allgemeinen Meldepflicht für Geschlechtskranke ersetzt wurde. Andere europäische Staaten wie beispielsweise England und Frankreich entschieden sich demgegenüber für Maßnahmen, die stärker auf dem Prinzip der Freiwilligkeit beruhten. Geschlechtskranken wurden hier kostenlose und vertrauliche Diagnose und Behandlung angeboten (Baldwin, 1999; Davidson, 2000; Davidson & Sauerteig, 2000; Sauerteig, 1999).

Dies ist natürlich eine sehr grobe Einteilung. Eine genauere Analyse würde deutlich machen, dass sowohl das Zwangsprinzip wie auch das Freiwilligkeitsprinzip in den jeweiligen Ländern umstritten war. So äußerte die Ärzteschaft in Deutschland beispielsweise erheblichen

Widerstand gegen eine namentliche Meldepflicht von Geschlechtskranken, und in Großbritannien gab es sehr wohl Ärzte, die gegen den Widerstand von Kirchen und Sittlichkeitsgruppen eine Aufklärung der britischen Öffentlichkeit über Schutzmittel propagierten (Davidson & Sauerteig, 2000; Sauerteig, 1995).

In Deutschland war in der Diskussion über die Einführung von Zwangsmaßnahmen der Erste Weltkrieg entscheidend, als unter Kriegsrecht die individuellen Freiheitsrechte leichter eingeschränkt werden konnten. So wurde 1918 ein Gesetz verabschiedet, dass die wesentliche Übertragung von Geschlechtskrankheiten als Körperverletzung unter Strafe stellte. Das nach jahrelangen Diskussionen 1927 vom Reichstag verabschiedete Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten führte eine generelle Verpflichtung ein, sich im Fall einer Geschlechtskrankheit ärztlich behandeln zu lassen. Wer sich daran nicht hielt oder weiter Geschlechtsverkehr hatte und damit für andere eine Gefahr darstellte, konnte an die Gesundheitsbehörden gemeldet werden. Gleichzeitig schuf das Gesetz 1927 die staatliche Überwachung von Prostituierten offiziell ab. Der Fokus verlagerte sich auf Personen mit häufig wechselndem Geschlechtsverkehr. Unter dem NS-Regime wurden die Zwangsmaßnahmen wieder verschärft und das Ausmaß staatlicher Kontrolle ausgeweitet. Prostituierte wurden wieder verstärkt polizeilich verfolgt. Allerdings blieb die nationalsozialistische Gesundheitspolitik bezüglich Geschlechtskrankheiten äußerst ambivalent, denn gleichzeitig betrieb das NS-Militär eigene Bordelle, gab es Bordelle in Konzentrationslagern und Kondome gehörten trotz Gummiknappheit zur Grundausrüstung von Soldaten in der Wehrmacht. 1953 wurde in der Bundesrepublik im wesentlichen das Gesetz von 1927 wiederhergestellt. Ärzte waren jetzt jedoch gesetzlich verpflichtet, die Infektionsquellen ihrer geschlechtskranken Patienten und Patientinnen zu ermitteln. Erst das Infektionskrankheiten Gesetz aus dem Jahr 2000 führte zu einem grundlegenden Wandel, der sich von dem Prinzip der Zwangsmaßnahmen verabschiedete und den Fokus auf Freiwilligkeit legte (Sauerteig, 1999; Timm, 2010).

Am anderen Ende des Spektrums zwischen Zwangsmaßnahmen und Freiwilligkeit stand England, das bei der Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten mehr oder weniger völlig auf das Freiwilligkeitsprinzip vertraute. Den Empfehlungen der Royal Commission on VD von 1916 folgend, richtete die britische Regierung ein flächendeckendes Netz von Behandlungsstellen für Geschlechtskranke ein, wo man sich freiwillig, kostenlos und vertraulich untersuchen und behandeln lassen konnte. Mit öffentlich aushängenden Plakaten wurde die Bevölkerung auf diese Behandlungsstellen aufmerksam gemacht (Abb.3). Prinzip der britischen Gesundheitspolitik

war es, Geschlechtskranke so rasch und frühzeitig wie möglich zu behandeln. Eine ähnliche Strategie verfolgte auch die französische Gesundheitspolitik (Baldwin, 1999; Davidson & Sauerteig, 2000; Hall, 1993).

Gesundheitserziehung und Moral

Jenseits der Gegensätze von Zwangsmaßnahmen und Freiwilligkeit waren sich alle Gesundheitspolitiker seit Ende des 19. Jahrhunderts darin einig, dass die Öffentlichkeit über Geschlechtskrankheiten informiert und gewarnt werden müsse. Mit Flugblättern, Broschüren und öffentlichen Vorträgen, in Gesundheitsausstellungen, Theaterstücken, Filmen und Radiosendungen sollte die breite Öffentlichkeit angesprochen werden. Geschlechtskrankheiten wurden so zu einem zentralen Thema öffentlicher Gesundheitserziehung. Anfang des 20. Jahrhunderts war aus dem Tabu Geschlechtskrankheiten ein Thema geworden, das im Licht der Öffentlichkeit stand, so beispielsweise durch das Theaterstück *Les Avariés* des französischen Schriftstellers Eugéne Bri-

eux (1858–1932) von 1901. In diesem Theaterstück, das auf deutsch unter dem Titel *Die Schiffbrüchigen* auf die Bühne kam, ging es um die Folgen, die Syphilis für die Ehe hat (Brieux 1903). Das Stück wurde in viele Sprachen übersetzt und in Deutschland vor großem Publikum aufgeführt. Publikumsmagneten waren oft auch Gesundheitsausstellungen, in denen BesucherInnen anhand von Wachsmoulagen die grauenhaften Symptome von Syphilis bewundern konnten (Sauerteig, 1992, 1999).

Die Gesundheitserziehungskampagnen hatten zwei Ziele. Zum einen ging es darum, Geschlechtskrankheiten zu enttabuisieren. Zum anderen ging es darum, die Öffentlichkeit durch Abschreckung zu einem sittlichen, monogamen Sexualleben zu erziehen. Wer unverheiratet war, sollte enthaltsam leben. Gewarnt wurde vor all dem, was die Sinne erregen konnte (z.B. Alkohol und Tanzbars, vgl. Abb. 2). Empfohlen wurden eine reizarme Ernährung und gesunde Lebensweise. Zudem ging es darum, Geschlechtskrankheiten als behandelbar und heilbar darzustellen, sofern man sich bei den ersten verdächtigen Symptomen an einen qualifizierten Arzt wandte. Gewarnt wurde dagegen vor dem Besuch bei unqualifizierten Heilern, die in der Öffentlichkeit mit einer raschen und unproblematischen Heilung für ihre Dienste warben (Davidson & Sauerteig, 2000; Sauerteig, 1992, 1999).

Höchst umstritten in den Aufklärungskampagnen war jedoch die Frage, ob und wie man die Öffentlichkeit über Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten informieren sollte. Kirchen und Sittlichkeitsvereine lehnten Hinweise auf Prävention strikt ab, da diese unsittliches Verhalten und damit den weiteren Verfall der öffentlichen Moral förderten. Pragmatisch argumentierende Ärzte und Gesundheitspolitiker waren dagegen der Auffassung, dass sexuelle Enthaltsamkeit zwar der sicherste Schutz vor einer Infektion sei, aber nicht jeder sexuell enthaltsam leben würde. Daher wollten sie die Verwendung von Schutzmittel zu einer moralischen Verpflichtung machen. Alle diejenigen, die sexuelle Beziehungen außerhalb monogamer Beziehungen pflegten, sollten daher verpflichtet werden, sich vor einer Infektion zu schützen (Sauerteig, 1995).

Deutschland war in der Aufklärung über Prophylaxe vermutlich führend in Europa. In Deutschland wurden bereits vor dem Ersten Weltkrieg in einzelnen Kasernen Schutzmittelautomaten aufgestellt. Das Geschlechtskrankheitengesetz von 1927 gestattete schließlich das Aufstellen von Schutzmittelautomaten in der Öffentlichkeit, z.B. in Bahnhofstoiletten. Auch wenn die Nazis dies wieder rückgängig machten, wurden deutsche Soldaten während des Zweiten Weltkrieges weiterhin mit Kondomen ausgestattet. Allerdings richteten sich sowohl die öffentliche Aufklärung über Schutzmittel wie deren Angebot nahezu ausschließlich an Männer. Sie konnten sich

COUNTY BOROUGH OF SALFORD.

VENEREAL DISEASES.

These diseases are the direct cause of a vast amount of pain, suffering and inefficiency in all classes of the community. They are very contagious, and are usually spread from men to women and from women to men in sexual intercourse. They are common not only among prostitutes, but among women and girls who, while not chaste, cannot be called prostitutes.

I. GONORRHEA (also known as "The Clap") is a very serious disease and causes much suffering and serious after-effects. It is frequently carried by men to their innocent wives, in whom it may lead to disastrous complications and permanent ill-health; or it may affect their infant children, in whom it may cause total blindness. It is difficult to cure, and infection may persist long after the discharge has apparently ceased.

II. SYPHILIS (also known as "The Pox" or "The Bad Disorder") is still more serious. It may cause all sorts of eruptions, ulcers, and disfigurements, and unless treated early may lead to paralysis, insanity and death. It may be transmitted to offspring, which may be born dead, or puny, feeble and mentally defective.

It is a disgraceful thing for any man suffering from either of these diseases to have sexual intercourse.

HOW TO GET CURED.

EARLY AND EFFICIENT TREATMENT IS MOST IMPORTANT. SUFFERERS SHOULD CONSULT THEIR OWN DOCTOR OR GO TO THE TREATMENT CENTRES.

INSTITUTION	DAYS AND HOURS
SALFORD ROYAL HOSPITAL, 1, ADDELPH PLACE	SYPHILITIC CLINIC: MONDAY, 10 a.m. THURSDAY 7 p.m. GONITIC URINARY CLINIC: TUESDAY, 12 noon FRIDAY, 7 p.m.
ANCOATS HOSPITAL, MILL STREET	WEDNESDAY, 11.30 to 1, for FEMALES 5.30 to 7 p.m. for MALES
SKIN HOSPITAL, QUAY STREET, MANCHESTER	DAILY EXCEPT SUNDAY - MEN 9 to 10 a.m. WOMEN and CHILDREN 9 to 11 a.m.
LOCK HOSPITAL, LIVERPOOL ROAD, MANCHESTER	MONDAY, 10 to 12 a.m. TUESDAY, 2 to 4 p.m. WEDNESDAY, 5.30 to 8.30 p.m. THURSDAY, 10 to 12 a.m. FRIDAY, 2 to 4 p.m.
ROYAL INFIRMARY, OXFORD ROAD, MANCHESTER	SKIN CLINIC: WEDNESDAY, 9 to 9 p.m. or 7 to 9 p.m. THURSDAY, 11 a.m. to 1 p.m. GONITIC URINARY CLINIC: WEDNESDAY, 11 a.m. to 1 p.m. THURSDAY, 9 to 9 p.m.

Treatment by unqualified persons (Herbals or Chemists) has now been made illegal.

PREVENTION.

The Golden Rule for keeping free from these horrible diseases, which poison the blood and may ruin your health and wreck your future happiness, is this:

"CONTINENCE BEFORE MARRIAGE AND FAITHFULNESS AFTERWARDS."

Beware! Sexual intercourse is not necessary to health or happiness. Avoid all sources of temptation - loose women and girls, doubtful companions, "country" lads, obscene pictures and "drink".

Young men! Think of the future as well as the present. Take care of your health - your greatest possession. Earn self-respect instead of life-long regrets. "Play the game" and help to raise the standard of honour in sex matters.

Abb. 3 Britisches Aufklärungsplakat aus den 20er Jahren..

mit relativ teuren, aber wiederverwertbaren Kondomen, oder mittels preisgünstigeren Desinfektionslösungen, mit denen die Harnröhre nach dem Geschlechtsverkehr zu spülen war, schützen (Sauerteig, 1999).

Großbritannien und Schweden dagegen legten in ihren Aufklärungskampagnen den Schwerpunkt nicht auf Prophylaxe, sondern darauf, die Bevölkerung zu Sittlichkeit und Moral zu erziehen. Als bester Schutz vor Ansteckung wurde sexuelle Enthaltbarkeit gepredigt (vgl. Abb. 3). Schutzmittel wurden in Großbritannien im wesentlichen nur in den beiden Weltkriegen vom Militär verteilt, eine Politik, die in der Heimat Proteste hervorrief (Baldwin, 1999; Davidson & Sauerteig, 2000; Sauerteig, 1998, 1995).

Geschlechtskrankheiten und STD nach 1945

Die Einführung von Penicillin in der Behandlung von Geschlechtskrankheiten nach dem Zweiten Weltkrieg führte zu einem erheblichen Rückgang der Inzidenzraten. Dies hatte unter anderem zur Folge, dass sich die Einstellungen zu Geschlechtskrankheiten in Europa zu ändern begannen und das öffentliche Interesse immer stärker nachließ. Die ehemals bedrohlichen Krankheiten hatten für viele ihre Schrecken verloren. Dies führte in einigen europäischen Ländern auch zu einem Rückgang des medizinischen Interesses an der Venerologie.

Die Situation änderte sich jedoch Ende der 1950er Jahre, als zahlreiche europäische Staaten wieder einen Anstieg der Geschlechtskrankheitenraten verzeichnen mußten. In den 1960er Jahren waren im Zuge der sexuellen Revolution und zunehmender Promiskuität Geschlechtskrankheiten wieder zu einem zentralen gesundheitspolitischen Thema geworden. Neue sexuell übertragbare Krankheiten wie Chlamydien, Genitalherpes oder das HP Virus wurden häufiger diagnostiziert. Terminologisch schlug sich dies darin nieder, dass der alte Begriff der Geschlechtskrankheiten in 1970er/80er Jahren von dem Terminus der *Sexually Transmitted Diseases* (STD) und dann zu Beginn dieses Jahrhunderts von dem der *Sexually Transmitted Infections* (STI) abgelöst wurde. Es waren jetzt promiskuitive Teenager, Sextouristen und, im Kontext von HIV/AIDS, Homosexuelle, die als Hauptursachen für den Anstieg der STD-Raten verantwortlich gemacht wurden. Zu dem Anstieg mag auch die im Zeitalter der Pille sinkende Popularität von Kondomen beigetragen haben, ebenso wie ein zu großes Vertrauen auf die Wirksamkeit von Antibiotika. Am Ende des 20. Jahrhunderts wurden STD in erster Linie als ein medizinisches Problem gesehen und nicht mehr als ein moralisch-sittliches, wie es noch zu Beginn des

Jahrhunderts der Fall gewesen war. Allerdings waren die europäischen Staaten über den Anstieg der STD-Raten so besorgt, dass der Europarat 1974 Regeln für die Erfassung und Überwachung von STD verabschiedete. In den 1980er Jahren trat mit HIV/AIDS nicht nur eine neue tödliche und auch sexuell übertragbare Krankheit auf, sondern die STD-Raten stiegen erneut weiter an, insbesondere unter jungen Menschen (Davidson 2000; Desenclos 1993; Fenton & Lowndes 2004; Lindner 2004; Timm 2010).

Das „Vaterland“ ist nicht mehr in Gefahr wie vor 110 Jahren. STI sind längst als ein medizinisches und gesundheitspolitisches Problem erkannt, das weder an nationalen noch an kontinentalen Grenzen halt macht. Als globales und transnationales Problem stellen sexuell übertragbare Krankheiten jedoch weiterhin eine erhebliche individuelle wie gesundheitspolitische Bedrohung dar.

Literatur

- Baldwin, P., 1999. *Contagion and the State in Europe, 1830–1930*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Brieux, E., 1903. *Die Schiffbrüchigen*. Ein Theaterstück in drei Akten. Ahn, Berlin et al.
- Corbin, A., 1990. *Women for Hire: Prostitution and Sexuality in France after 1850*. Harvard University Press, Cambridge.
- Davidson, R., 2000. *Dangerous Liaisons: A Social History of Venereal Disease in Twentieth-Century Scotland*. Rodopi, Amsterdam and Atlanta.
- Davidson, R., Hall, L., 2001. (Eds.). *Sex, Sin, and Suffering: Venereal Disease and European Society since 1870*. Routledge, London and New York.
- Davidson, R., Sauerteig, L., 2000. *Law, Medicine, and Morality: A Comparative View of Twentieth-Century Sexually Transmitted Disease Controls*, in: Woodward, J., Jütte, R. (Eds.), *Coping with Sickness: Medicine, Law, and Human Rights. Historical Perspectives*. EAHMH, Sheffield, 127–147.
- Desenclos, J.-C., et al., 1993. *Variations in National Infectious Diseases Surveillance in Europe*. *Lancet*. 341, 1003–1006.
- Elkeles, B., 1996. *Der moralische Diskurs über das medizinische Menschenexperiment im 19. Jahrhundert*. Fischer, Stuttgart.
- Fenton, K., Lowndes, C., 2004. *Recent Trends in the Epidemiology of Sexually Transmitted Infections in the European Union*. *Sexually Transmitted Infections*. 80, 255–226.
- Hall, L., 1993. *“The Cinderella of Medicine”: Sexually-Transmitted Diseases in Britain in the Nineteenth and Twentieth Centuries*. *Genitourinary Medicine*. 69, 314–319.
- Lindner, U., 2004. *Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit. Großbritannien und die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich*. Oldenbourg, München.
- MDGBG, 1902/03. *Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten*. 1, 6–7.
- Pappritz, A., 1902/03. *Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten*. *Soziale Praxis*. 12, 105–106.
- Quétel, C., 1990. *The History of Syphilis*. Johns Hopkins University Press, Baltimore.

- Sauerteig, L., 2002. Die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (DGBG), 1902–2002. Aktuelle Dermatologie. 28, 393–397.
- Sauerteig, L., 2001. "The Fatherland is in Danger, save the Fatherland!" Venereal Disease, Sexuality, and Gender in Imperial and Weimar Germany, in: Davidson, R., Hall, L., 2001, 76–92.
- Sauerteig, L., 2000. Ethische Richtlinien, Patientenrechte und ärztliches Verhalten bei der Arzneimittelerprobung (1892–1931). Medizinhistorisches Journal. 35, 303–334.
- Sauerteig, L., 1999. Krankheit, Sexualität, Gesellschaft. Geschlechtskrankheiten und Gesundheitspolitik in Deutschland im 19. und frühen 20. Jahrhundert. Steiner, Stuttgart.
- Sauerteig, L., 1998. Sex, Medicine, and Morality During the First World War, in: Cooter, R., et al., (Eds.), War, Medicine, and Modernity. Sutton Publishing, Stroud, 167–188.
- Sauerteig, L., 1996. Salvarsan und der „ärztliche Polizeistaat“? Streit um die Syphilistherapie zwischen Ärzten, pharmazeutischer Industrie, Gesundheitsverwaltung und Naturheilverbänden (1910–1927), in: Dinges, M. (Ed.), *Medizinkritische Bewegungen im Deutschen Reich, (ca. 1870–ca. 1933)*. Steiner, Stuttgart, 161–200.
- Sauerteig, L., 1995. Moralismus versus Pragmatismus: Die Kontroverse um Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts im deutsch-englischen Vergleich, in: Dinges, M., Schlich, T. (Eds.), *Neue Wege in der Seuchengeschichte*. Steiner, Stuttgart, pp. 207–247.
- Sauerteig, L., 1992. Lust und Abschreckung. Moulagen in der Geschlechtskrankheitenauflklärung. *Medizin, Gesellschaft und Geschichte*. 11, 89–105.
- Timm, A., 2010. *The Politics of Fertility in Twentieth-Century Berlin*. Cambridge University Press, Cambridge et al.

Autor

Dr. Lutz Sauerteig, Durham University, Queen's Campus, Wolfson Research Institute for Health and Wellbeing, Centre for the History of Medicine and Disease, Stockton-on-Tees TS17 6BH, Großbritannien, e-mail: l.d.sauerteig@durham.ac.uk



Elisabeth Tuider / Mario Müller / Stefan Timmermanns / Petra Bruns-Bachmann / Carola Koppermann

Sexualpädagogik der Vielfalt

Praxismethoden zu Identitäten, Beziehungen, Körper und Prävention für Schule und Jugendarbeit
Beltz-Verlag, Edition Sozial, 2. überarbeitete Auflage, 2012, 234 Seiten

EUR 24,25, ISBN 978-3-7799-2088-5

Der Praxisband stellt bewährte sowie völlig neue didaktische Anregungen und sexualpädagogische Methoden zusammen. Dabei steht die Heterogenität und Vielfalt von Menschen im Zentrum.

Die Ausweitung der Medien und der digitalen Kommunikation, das interkulturelle Nebeneinander verschiedener Lebensweisen sowie die Erfolge der Frauen- und Homosexuellenbewegung haben zur Diversifizierung aller Beziehungs- und Lebensbereiche geführt. Diese erfordert neue Perspektiven auf Vielfalt und Heterogenität und stellt die Sexualpädagogik vor neue Herausforderungen.

Das vorliegende sexualpädagogische Methodenbuch trägt diesen Veränderungen Rechnung und entwickelt das Grundlagenwerk der Sexualpädagogik „Sexualpädagogische Materialien für die Jugendarbeit in Freizeit und Schule“ weiter. Das Autorenteam hat dazu die besten sexualpädagogischen Methoden gesammelt und stellt bewährte sowie völlig neue didaktische Anregungen zusammen. Ohne Gemeinsamkeiten zu leugnen, steht die Heterogenität von Menschen im Zentrum, die durch Herkunft, Ethnizität, geschlechtlich-sexuelle Identität und Orientierung bestehen kann. Diese Vielfalt zieht sich wie ein roter Faden durch den Band und vermeidet zugleich, das Individuum auf ein Merkmal zu reduzieren oder es in eine Schublade zu stecken.

Nicht nur Kindern und Jugendlichen, sondern Menschen jeden Alters soll ermöglicht werden, Vielfalt in ihrem Leben als Bereicherung zu erleben und ohne Angst produktiv mit ihr umzugehen. Die besondere Sorgfalt bei der Beschreibung der Methoden, ihrer Ziele, Hintergründe und der Anforderungen an die pädagogische Leitung machen das vorliegende Buch sowohl für Einsteigerinnen und Einsteiger als auch für langjährige Praktiker in der Sexualpädagogik unverzichtbar.

Konzept und Geschichte der britischen GUM-Kliniken

Indrajit Ghosh

The Concept and History of the GUM Clinics in Great Britain

Abstract

The article describes the model of the GUM clinics, which are unique to Britain, in the context of their historical development. The clinics were first created to combat venereal diseases in the military. GUM – Genitourinary Medicine – includes all aspects of sexually transmitted diseases (STD), also HIV, and their sexual-medical treatment. GUM has become an integral part of medical training in Britain and has its own professorships.

Keywords: Genitourinary Medicine, Venereal Diseases, STD, HIV, Health system

Zusammenfassung

Der Artikel skizziert das Modell der Gum-Kliniken, die eine britische Besonderheit darstellen, im Kontext ihrer historischen Entstehung. Diese resultierte aus der Notwendigkeit, venerischen Erkrankungen beim Militär entgegenzutreten. GUM – Genitourinary Medicine – umfasst alle Aspekte sexuell übertragbarer Erkrankungen (STD), einschliesslich HIV, sowie Aspekte sexualmedizinischer Behandlung. Gegenwärtig ist GUM fester Bestandteil der medizinischen Ausbildung und verfügt über eigene Lehrstühle.

Schlüsselwörter: GUM, Venerische Erkrankungen, STD, HIV, Gesundheitssystem

Genitourinary Medicine (GUM) ist eine britische Besonderheit, die einzigartig alle Aspekte der klassischen sexuell übertragbaren Erkrankungen (STD) mit HIV, aber auch virale Hepatitiden, und Sexualmedizin im weiteren Sinne umfasst. Zurzeit existieren 220 GUM-Kliniken und mehrere Lehrstühle in Großbritannien. Der Zugang ist für alle Menschen als primärmedizinisch äquivalent, frei und anonymisiert möglich, dies schließt auch die HIV-Behandlung mit ein. GUM-Ambulanz-Teams, orientiert auf eine patientenzentrierte, nichtbewertende Haltung, sind interdisziplinär gestaltet und unterliegen einer gesonderten Schweigepflicht. Kooperationen, nicht nur mit anderen medizinischen Disziplinen sondern auch mit gesellschaftlich relevanten Organisationen wie auch Patient/Innengruppen aus der Selbsthilfe, sind charakteristisch. Ein nationales Testprogramm für Chlamydien zeigt breite öffentliche Präsenz und Akzeptanz. Nach fast 10 Jahren hat dieses Programm zu einem Abflachen der Chlamydien-Infektionen in Großbritannien geführt.

Das Mortimer Market Centre

Das *Mortimer Market Centre* ist mit mehr als 40.000 PatientInnen pro Jahr eine der größten GUM-Ambulanzen, und die zweitgrößte HIV-Ambulanz (mit 4000/Jahr) in Großbritannien, (nach Chelsea & Westminster (8000/Jahr)). Enge Verbindungen bestehen strukturell und historisch mit dem UCL (University College London), dem UCH (University College Hospital), dem LSHTM (London School of Hygiene and Tropical Medicine) und der Middlesex Universität.

MMC hat seinen Sitz in Camden, einem der zentralen Stadtteile in London. Eine große Zahl von PatientInnen reisen aus anderen Bezirken oder auch von außerhalb Londons an oder befindet sich auf der Durchreise. Viele nutzen die Nähe zum Arbeitsplatz oder Uni. Die Abb. 1 und 2 beinhalten einige Daten zur geschlechtsspezifischen Nutzung des Zentrums.

GUM ist fester Bestandteil des Medizinstudiums, StudentInnen erlernen die Grundlagen in Seminaren und vertiefen ihr Wissen im praktischen Teil, beim Erlernen von Anamnese und Untersuchung an PatientInnen.

Die Facharztausbildung umfasst nach vier Jahren Kernausbildung einen vierjährigen Spezialisierungsteil, in dem klinische, Forschungs- und Evaluationserfahrungen geschult werden.

Geschichtlich schaut diese Disziplin auf eine turbulente Zeit zurück. Lange Zeit wurden die „venerischen“ Erkrankungen (VD), vornehmlich die Syphilis, in Großbritannien ignoriert und von vielen MedizinerInnen als „wohlverdiente Strafe für sündhaftes Verhalten“ angesehen.

Die Rolle des Militärs

Die Armee führte die Kehrtwende herbei: Der Krimkrieg (GB, Frankreich, Osmanisches Reich gegen Russland) erlangte Berühmtheit nicht nur durch den Einsatz von moderner Kriegsmaschinerie und das Auftreten von horrenden Verstümmelungen und Verletzungen, sondern insbesondere durch das Wirken von Florence Nightingale. Die Todesrate war mit fast 35% besonders durch Infektionserkrankungen extrem hoch (von 1,720 Millionen Soldaten, starben 595 000).

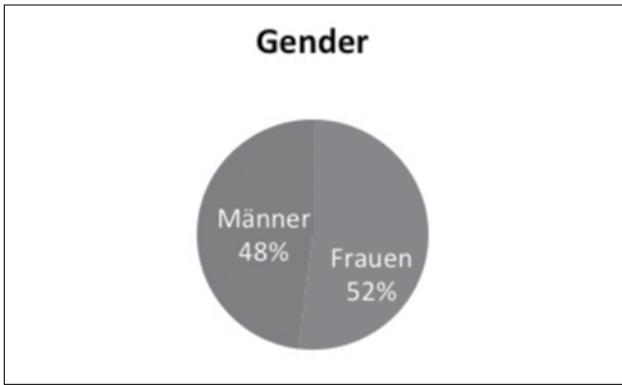


Abb. 1 Anteil von Männern und Frauen, die behandelt wurden.

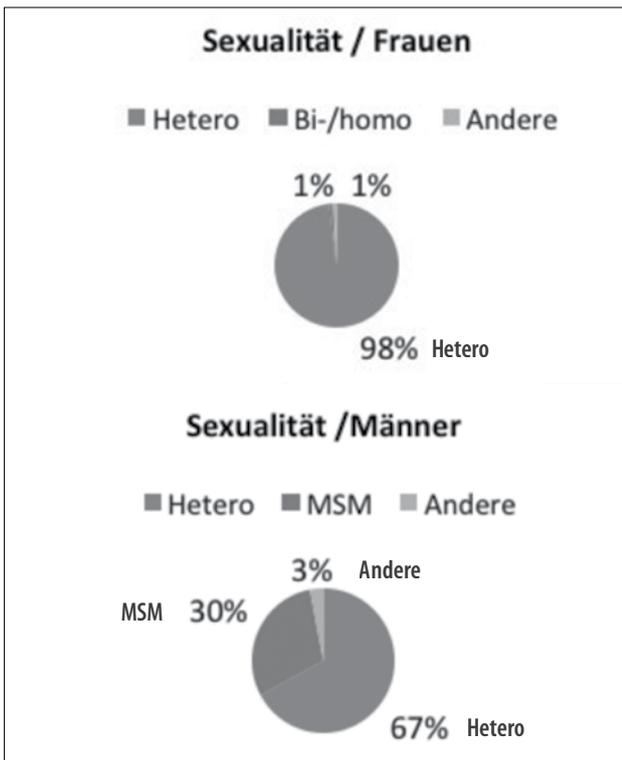


Abb. 2 Sexuelle Orientierung der behandelten Männer und Frauen

Dr. Gavin Millroy diente in der Sanitätskommission während des Krimkrieges. Als er am 22. Juli 1855 in Balaklava ankam, war er geschockt über die desaströsen Zustände: überfüllte Unterkünfte für Soldaten, miserable hygienische Standards in den Latrinen, keine Luftzirkulation zwischen den Zelten und eine Choleraepidemie. Diese Beobachtungen zusammen mit einer hohen Rate von VD in der britischen Armee (369/1000 Mann) – im Gegensatz zu der französischen Armee (70/1000) oder der preußischen Armee (34/1000) drängten zum Handeln.

Die britische Armee reagierte schnell, stand schließlich die Kampfkraft der Truppen auf dem Spiel. Behandlung mit Quecksilber und präventive Maßnahmen wie Einrichtungen zur Erholung (Büchereien und Körperer-

tüchtigung) wurden verordnet. Mag dieser Ansatz auch nicht heutigen Präventionsmaßnahmen entsprechen, der Zivilgesellschaft war die britische Armee mit ihrer offensiven Haltung gegenüber den VD bei weitem voraus. So proklamierte Dr. Samuel Solly, Präsident der Königlichen Gesellschaft für Medizin und Chirurgie, 1868, dass Syphilis selbstverschuldet und durch sexuelle Abstinenz vermeidbar sei. Syphilis „[is] intended as a punishment for our sins and we should not interfere in the matter.“

So wundert es nicht das mit dem „Contagious Disease Act“ von 1864, das erste Gesetz seiner Art für venerische Erkrankungen in England, die bestrafenden Maßnahmen an erster Stelle standen. Nicht weniger berühmte Frauen, wie Elisabeth Blackwell (die erste Frau mit medizinischem Abschluss in den USA (1849) und die erste Frau, die als Ärztin im UK registriert wurde, protestierten öffentlich gegen dieses Gesetz, als stillschweigende Erlaubnis für Männer sich unmoralisch zu verhalten.

Das „sündhafte“ Verhalten der Frauen, die nicht dem viktorianischen Sittenbild entsprachen, wurde zur Ursache der syphilitischen VD Erkrankung erklärt, woraus eine polizeiliche Zwangserfassung aller Prostituierten, ihre Zwangsuntersuchung mit der Möglichkeit einer Internierung in ein Krankenhaus resultierten. Männer waren von solchen Maßnahmen völlig ausgenommen.

1909 wurde die Zwangsinternierung in Krankenhäuser dann auf die Verarmten ausgeweitet („Poor Laws“). 1912 wurde das Übertragen von VD als Akt der Grausamkeit zum Scheidungsgrund erklärt („Royal Commission on Divorce“). Schließlich erregten diese Erkrankungen genügend Aufmerksamkeit in Regierungskreisen; eine königliche Kommission unter Lord Sydenham of Combe wurde beauftragt der Sache „VD“ auf den Grund zu gehen. 3 Jahre lang, von 1913 bis 1916, arbeitete die Kommission und brachte erstaunliche Empfehlungen hervor: Freie und von der Zentralregierung und lokalen Verwaltungen voll finanzierte Versorgung mit offenem Zugang. Allerdings kein Wort über Prävention. Die Umsetzung verlief wegen einiger Widerstände schleppend.

Der Ausbruch des ersten Weltkrieges, mit seiner unvorstellbaren Grausamkeit, brachte dann tiefgreifende Veränderungen in die britische Gesellschaft.

Die geheime Botschaft von Lord Kitchener, dem damaligen britischen Kriegsminister, die jedem Soldaten zu Beginn des Krieges mitgegeben wurde – als dieser eher noch als ein Abenteuer angesehen wurde –, liest sich im nachhinein mehr als befremdlich: „Your duty cannot be done unless your health is sound. So keep constantly on your guard against any excesses. In this new experience you may find temptation both in wine and women. You must entirely resist both temptations, and, while treating all women with perfect courtesy, you should avoid any intimacy. Do your duty bravely, Fear God, Honour

the King.“ Wie nicht anders zu erwarten, zeigte sich dies als wenig erfolgreich. Von den ersten 5000 Soldaten, die Fronturlaub in Paris erhielten, hatten sich 20% mit VD infiziert.

Die Armeeführung befand sich in mitten einer heftigen Kontroverse zwischen dem puritanischen, auf die Moral pochenden Viktorianischen Flügel und der Realität an der Front in Frankreich. In den „maisons de tolérance“ (lizenzierte und medizinisch kontrollierte Bordelle) verloren eine große Zahl Soldaten gerne ihre „Moral“ in dem Wissen die nächsten Wochen wahrscheinlich nicht zu überleben. Erst 1918 wurde schließlich von britischer Seite ein Präventionsplan entworfen, der sich bereits in anderen Armeecontingenten (z.B. in Indien) bewährt hatte: Jeder Soldat bekam ein kleines Prophylaxe-Paket mit einer Quecksilber- und Chlorsalbe, außerdem wurden Behandlungsräume und Notfallversorgung mit Kalium Permanganat-Einläufen eingerichtet. Die Maßnahmen zeigten Erfolge: Von insgesamt 300,000 Soldaten, die in Paris nach Einführung dieser Maßnahmen getestet wurden, hatten sich nur 3% angesteckt. Einige versuchten durch beabsichtigte Infizierung, z.B. des Auges, dem Horror der Grabenkämpfe zu entkommen.

Während des zweiten Weltkrieges wurde Penicillin erstmalig 1944 flächendeckend bei den US Streitkräften zur Behandlung der Syphilis eingeführt.

1948, drei Jahre nach dem zweiten verheerenden Weltkrieg, wurde in England das bis heute staatlich regulierte und finanzierte Nationale Gesundheitssystem von Aneurin Bevan, einem walisischen Labour Abgeordneten und dem damaliger Gesundheitsminister, durchgesetzt und eingeführt. STD's weiterhin als venerische Krankheiten klassifiziert, wurden jedoch weiterhin eher als Randproblem der drei Fachrichtungen Urologie, Dermatologie und Gynäkologie gesehen.

Nachkriegsentwicklung

Erst Mitte der 60er Jahre des 20. Jahrhunderts kam es zu einer eigenständigen Disziplin der Venerologie. Unter der Initiative von Duncan Catterall, zusammen mit Ambrose King und Claude Nicole und besonders Duncan Guthrie kam es schließlich 1979 zu der Realisierung einer neuen Fachrichtung mit der Inauguration des ersten Lehrstuhls für *Genito-urinary Medicine* an der *Middlesex University* in London. Als erster Professor für GUM wurde Michael Adler ernannt. Gerade rechtzeitig, möchte man rückblickend sagen, bevor eine neue sexuell übertragbare Infektion, HIV, alte und neue Herausforderungen stellte. Prof. Adler erhielt für seine herausragende Rolle im Bereich HIV/AIDS und die interdisziplinäre Arbeit in GUM den ersten „Lifetime Achievement in Sexual Health Award“ des UK im März dieses Jahres. Zukünftig werden mehr integrative Ambulanzen unter Einbezug der Reproduktionsmedizin entstehen. Haupttriebfeder dafür sind vorhersehbare und bereits eingetretene finanzielle Engpässe.

Das gesundheitspolitische Weißbuch der jetzigen Regierung mit dem Titel „Healthy Lives, Healthy People“ verursacht einen tiefgehenden Bruch mit allen vorangegangenen Programmen. Erstmals sieht eine Gesetzesinitiative, die nach heftigen Debatten gegen breiten öffentlichen Protest, durchgeboxt wurde, die Öffnung des bislang komplett staatlich finanzierten Gesundheitssystems gegenüber privaten Investoren vor. Einsparungen in Höhe mehrerer Milliarden sind bereits beschlossen. Das Budget für GUM und HIV wurde zwar von Sparmaßnahmen ausgenommen, allerdings wird trotz steigender Zahlen von HIV-Infektionen und Behandlungsbedürftigen auch keine Ausgleichszahlung vorgenommen. Ambulanzen mit einem integrativen Modell: GUM, HIV und Familienplanung, sollen nun Gelder freimachen.

Autor

Dr Indrajit Ghosh, Speciality Doctor HIV/Hepatitis/GUM, Mortimer Market Centre, CNWL | Camden Provider Services, Off Tottenham Court Road | London | WC1E 6JB | UK, www.camdenprovider-services.nhs.uk, w: www.cnwl.nhs.uk, indrajit.ghosh@nhs.net

Zwischen Risikoprävention und sexueller Gesundheitsförderung – Salutogenese im Kontext der Sexualaufklärung in Europa

Harald Stumpe

Between Risk Prevention and Sexual Health Promotion – Salutogenesis in the Context of Sex Education in Europe

Abstract

Strategies for the prevention of risks in medicine and society are booming right now. Prevention is usually associated with pathogenetic thinking. It is basically about preventing a disease or the risk of a disease. It is mostly overlooked that preventive interventions are sometimes associated with the limitation of freedoms. Protecting yourself from something or being protected by something means personal restrictions or patronizing.

Dangers such as sexual violence, sexual abuse, sexually transmitted infections and the influence of pornography on the young generation are currently the main topic in social debates about sexuality.

Preventive measures to promote sexual self-determination and the sexual health of adolescents work only partially and may even be harmful, especially when reduced to mere security.

The salutogenic concept has great potential for complementing prevention strategies of sex education. The salutogenic oriented doctor or teacher does not ask how sexual violence and/or abuse can be prevented, but asks what can be done to educate children and young people to become strong and empowered individuals who successfully avert a possible sexual assault. A strong sense of coherence (SOC) is a prerequisite for the development of sexual health. The salutogenesis is a resource-oriented, participatory and emancipatory approach. An example of the successful synthesis of preventive and salutogenic thinking can be found in the WHO's „Standards for sex education in Europe“, published in 2011.

Keywords: Salutogenesis, Prevention, Sexual Health, Sexual Rights, Sex Education

Zusammenfassung

Präventive Strategien zur Verhinderung von Risiken besitzen derzeit in Medizin und Gesellschaft Hochkonjunktur. Prävention ist in der Regel mit pathogenetischem Denken verbunden. Es geht im Kern immer um Verhinderung einer Krankheit bzw. von Krankheitsrisiken. Dabei wird meist

übersehen, dass präventive Interventionen häufig mit der Beschneidung von Freiheiten verbunden sind. Sich vor etwas bzw. sich durch etwas schützen zu lassen, bedeutet auch persönliche Einschränkung oder Bevormundung. Gefahren wie sexuelle Gewalt, sexueller Missbrauch, sexuell übertragbare Infektionen oder auch die von Pornographie auf die heranwachsende Generation bestimmen derzeit die gesellschaftlichen Debatten um Sexualität. Präventive Massnahmen zur Verhinderung allein, noch dazu, wenn sie auf bloße Gefahrenabwehr reduziert werden, können die sexuelle Selbstbestimmtheit und sexuelle Gesundheit von Heranwachsenden nur bedingt fördern, sie ggf. sogar entwicklungshemmend einschränken. Besonders großes Potential für die komplementäre Ergänzung von Präventionsstrategien verspricht die stärkere Erschließung des salutogenetischen Konzeptes für die sexualpädagogische Arbeit.

Der salutogenetisch orientierte Arzt oder Pädagoge stellt nicht die Frage, wie sexuelle Gewalt und Missbrauch verhindert werden können, sondern fragt, was getan werden kann, um Kinder und Jugendliche zu starken und selbstbestimmten Personen zu erziehen, die selbst einen evtl. sexuellen Übergriff erfolgreich abwenden können. Ein starkes Kohärenzgefühls (SOC) ist auch Voraussetzung für die Entwicklung sexueller Gesundheit. Die Salutogenese ist ein sehr ressourcenorientierter, emanzipatorischer und partizipativer Ansatz. Als beispielhaftes Grundsatzpapier für die gelungene Synthese von präventivem und salutogenetischem Denken können die 2011 von der WHO veröffentlichten „Standards für die Sexualaufklärung in Europa“ genannt werden.

Schlüsselwörter: Salutogenese, Prevention, Sexuelle Gesundheit, Sexuelle Rechte, Wissen über Sexualität

Sexualpädagogik als Gefahrenprävention – noch weit verbreitet?

Eine der wichtigsten Fragen aller sexualpädagogischen Arbeit ist die nach den Zielen. Was soll erreicht werden? Soll die Bildungsarbeit etwas verhindern bzw. vorbeugen oder soll sie etwas befördern?

Mit großer Wahrscheinlichkeit würden nicht wenige diese Frage spontan mit:

- ◆ wir wollen sexuelle Gewalt und sexuellen Missbrauch verhindern,
- ◆ wir wollen sexuell übertragbaren Krankheiten (STI) vorbeugen,
- ◆ wir wollen ungewollten Schwangerschaften zuvor-kommen,
- ◆ wir wollen Abtreibungen verhindern oder
- ◆ wir wollen den negativen Einfluss von Pornographie verhindern,

beantworten. Diese Antworten beinhalten die Aufgabe, reale oder auch gesellschaftlich konstruierte Gefahren effektiv von Heranwachsenden abzuwenden. Alle Anwesenden, die diese Aussagen uneingeschränkt bejahen würden, möchte ich bitten, meinen Ausführungen besonders zu folgen.

Die neuen WHO-Standards für die Sexuaufklärung in Europa

Die „Standards für die Sexuaufklärung in Europa – Rahmenkonzept für politische Entscheidungsträger, Bildungseinrichtungen, Gesundheitsbehörden, Expertinnen und Experten“ von einer 20köpfigen Expertengruppe aus Europa im Auftrage der WHO erarbeitet, stehen auch in deutscher Sprache seit Kurzem der Öffentlichkeit zur Verfügung. Die gedruckte Broschüre kann bei der BZgA bestellt oder als Datei auf der Webseite heruntergeladen werden:

„Die Standards für die Sexuaufklärung umfassen eine allgemeine Einführung in die Bedeutung schulischer Sexuaufklärung und der zugrunde liegenden Konzepte. Außerdem informiert eine umfangreiche Übersicht darüber, welche Themen im Lehrplan für die jeweilige Altersgruppe abgedeckt sein sollten. Das Besondere an dieser Matrix ist, dass sie über die Themen hinaus aufzeigt, welche Kompetenzen Kinder und Jugendliche erwerben sollten und welche Werthaltungen zu fördern sind. Die Standards basieren auf einem positiven Verständnis von Sexualität, die sie als Teil der physischen und psychischen Gesundheit verstehen. Themen wie Liebe, erfüllende Partnerschaft, körperliches Wohlbefinden, aber auch HIV/Aids, ungewollte Schwangerschaften und sexuelle Gewalt sind eingebettet in eine ganzheitliche Aufklärung, die die Selbstbestimmung des Menschen

und die Verantwortung für sich selbst und den anderen in den Mittelpunkt stellt.“

Sie merken schon in diesen Einführungssätzen, dass es sich um kein klassisches Präventionskonzept zur Verhinderung von sexueller Gewalt, sexuell übertragbaren Krankheiten und ungewollter Schwangerschaft handelt. Unter der Federführung der BZgA ist aus meiner Sicht ein hervorragendes Dokument und Arbeitsmaterial entstanden, welches ein ausgewogenes Verhältnis von präventivem und salutogenetischem Denken widerspiegelt und einen entsprechenden Handlungsrahmen vorgibt.

Prävention ist alles – oder?

Prävention ist in aller Munde und hat Hochkonjunktur. Viele werden sagen: „Das ist doch wunderbar, endlich scheint der Durchbruch gekommen zu sein!“ Wir kennen aber auch alle den Spruch „Alles hat seine zwei Seiten.“ Er bringt auf sehr verständliche Weise den Kern einer dialektischen Betrachtungsweise der Dinge zum Ausdruck. Ich verstehe Dialektik im folgenden Sinne: Sie ist die Lehre von den Gegensätzen in den Dingen bzw. den Begriffen sowie die Auffindung und Aufhebung dieser Gegensätze. Dialektik kann vereinfachend als ein *Diskurs* beschrieben werden, in dem einer bestehenden Auffassung als These ein Aufzeigen von Problemen und Widersprüchen als Antithese gegenübergestellt wird, woraus sich eine Lösung oder ein neues Verständnis als Synthese ergibt. Diesen Diskurs möchte ich in meinem Beitrag zur „aktuellen Präventionsbegeisterung“ in den modernen Gesellschaften führen.

Wir betreiben Krankheitsprävention, Suchtprävention, Gewaltprävention, Krisenprävention, Unfallprävention, bieten Präventionstheater an und vergeben den deutschen Präventionspreis. Das den meisten aus der Medizin bekannte Konzept der Prävention (lateinisch: abgeleitet von *praevenire*: zuvorkommen, vereiteln, verhindern) wird heute in der Regel als „vorausschauende Problemvermeidung“ verstanden, in unterschiedlichsten Arbeitsfeldern eingesetzt und suggeriert häufig, die Welt von allem vermeintlich Üblen befreien zu können. Dabei wird in aller Regel übersehen, dass präventive Interventionen häufig mit der Beschneidung von persönlichen Freiheiten und Rechten verbunden sind. Sich vor etwas bzw. sich durch etwas schützen zu lassen, bedeutet nicht selten persönliche Einschränkung oder Bevormundung. Damit wirkt klassische Prävention eher kontraproduktiv im Sinne von Fremdbestimmung – Mach dies und jenes nicht, bzw. das oder jenes tut man einfach nicht, weil [...].

Vor einigen Tagen besuchte ich eine Veranstaltung der Pro Familia zum Thema „Sexualisierte Gewalt im Blick neuer Forschung“. Von den dort anwesenden SexualpädagogInnen wurde die Frage in den Raum gestellt, ob denn die Fokussierung auf die Verhinderung von sexuellen Übergriffen und sexueller Gewalt nicht das von der Pro Familia vertretene Prinzip einer emanzipatorischen Sexualpädagogik, die auf die „positiven Seiten“ und auf sexuelle Selbstbestimmung ausgerichtet ist, behindere. Eine schlüssige Antwort konnte niemand geben. Erst ganz zum Schluss bemerkte ein Kollege fragend: „Sollten wir nicht besser auch die negativen Seiten von Sexualität zum Menschen gehörend anerkennen, also nicht ständig nur überlegen, wie kann ich diese Seiten verhindern, sondern uns stärker darauf konzentrieren, wie gehen wir mit diesen zum Leben und zur Sexualität gehörenden dunklen Seiten, oder nennen wir sie Risiken, um“. Gibt es auch andere Herangehensweisen als Gefahren heraufzubeschwören und Ängste zu erzeugen, wie wir das von klassischer „Gefahren- und Risikoprävention“ kennen? Viele von Ihnen werden jetzt denken, na so verstehen wir Prävention auch nicht. In der Tat wird heute mittels verschiedener Adjektive, die dem Präventionsbegriff vorangestellt werden, versucht, die Ausrichtung der Prävention zu charakterisieren. Nur drei bekanntere Beispiele sollen hier genannt werden:

- ◆ rechtebasierte Prävention,
- ◆ kompetenzorientierte Prävention,
- ◆ partizipative Prävention

Sie spüren die positive Wirkung dieser vorangestellten Adjektive. Dennoch bleibt Prävention immer mit pathogenetischem Denken (also Krankheitsdenken) assoziiert. Krankheitsdenken ist uns allen sehr vertraut. Krankheit, Gewalt und andere von unserer Kultur negativ bewertete Phänomene gilt es zu bekämpfen, zu verhindern oder ganz zu beseitigen. Hinter klassisch präventiven Strategien steht immer die Zielrichtung Verhinderung der Krankheit oder des „gesellschaftlichen Übels“. Darüber hinaus steht präventives Denken in engem Zusammenhang mit der menschlichen „Daseinsgewohnheit“, alles Denken und Handeln auf das Zukünftige oder Vergangene zu richten. Der überwiegende Teil der Menschen in den modernen Gesellschaften verfügt nicht (oder nicht mehr) über die Fähigkeit auch im „Hier und Jetzt“ leben zu können. Auf der einen Seite ermöglicht diese Fähigkeit dem Menschen das Leben kreativ und zielgerichtet zu gestalten, auf der anderen Seite führt es zu Einschränkungen im Lebensglück und Lebensgenuss. Ich möchte diese Sichtweise durch die Aussagen zweier Philosophen untermauern lassen. So schreibt Blaise Pascal (einer der bedeutendsten französischen Gelehrten des 17. Jahrhun-

derts): „Wir halten uns nie an die Gegenwart. Wir rufen uns die Vergangenheit zurück; wir greifen der Zukunft vor, als käme sie zu langsam und als wollten wir ihr Eintreten beschleunigen. Wir sind so unklug, dass wir in Zeiten umherirren, die nicht die unsrigen sind, und nicht an die einzige denken, die uns gehört, und wir sind dabei so eitel, dass wir an jene denken, die nichts sind, und uns unüberlegt der einzigen entziehen, die weiterbesteht. Die Vergangenheit und die Gegenwart sind unsere Mittel; allein die Zukunft ist unser Ziel. Deshalb leben wir nie, sondern hoffen auf das Leben, und da wir uns ständig bereit halten, glücklich zu werden, ist es unausbleiblich, dass wir es niemals sind.“

Der österreichische Philosoph Ludwig Wittgenstein schreibt: „Nur wer nicht in der Zeit, sondern in der Gegenwart lebt, ist glücklich“.

Auf diesem Hintergrund wird die Erfolgsgeschichte der Prävention verständlich. Präventive Interventionen verhindern Ungewolltes in der Zukunft. Retrospektiv betrachtet, begründet ihr Nichtvorhandensein das Auftreten ungewollter Phänomene in der Vergangenheit. Es ist nur eine vage Hypothese, die ich in folgender Frage formulieren möchte. Kann es sein, dass die Zunahme von Angststörungen (Zukunftsängste, Krankheitsängste, z. B. AIDS-Phobie) auch durch unsere Präventionsbemühungen bedingt werden?

Wer von Ihnen kennt nicht aus der eigenen Praxis junge, meist überdurchschnittlich gebildete Menschen, die mit großen Ängsten gegenüber HIV oder anderen STI zu Ihnen kommen, die in keinem Verhältnis zu den eingegangenen Risiken stehen. Beispielhaft seien weiterhin im Zusammenhang mit der Prävention von sexuellem Missbrauch die zunehmenden Verunsicherungen bei Jugendlichen um die Frage der im Sexualstrafrecht festgelegten Altersgrenzen für sexuelle Handlungen genannt (was darf ich – was darf ich nicht?). Es seien die neuen Ängste junger Väter erwähnt, dass liebevolle Körperkontakte zu ihren Kindern von der sozialen Umwelt als Missbrauch gedeutet werden könnten. Ich würde die Hypothese aufstellen wollen, dass einseitige Prävention zu neuen Ängsten führen kann.

Gesundheitsförderung und Salutogenese – synonyme Begrifflichkeiten?

Wir wissen alle, dass die WHO mit ihrer Ottawa-Charta erstmals programmatisch den ressourcenorientierten Ansatz der Gesundheitsförderung formuliert hat. Das ist auch der Grund warum wir heute meist von Prävention und Gesundheitsförderung sprechen. Ich habe Stu-

dierende, aber auch Kollegen sehr häufig gefragt, wo sie den Unterschied zwischen Prävention und Gesundheitsförderung sehen. Die Antworten fallen meist nicht sehr befriedigend aus. Häufig ist zu hören, na ja, eigentlich ist das doch ein und dasselbe.

Präventive und gesundheitsfördernde Interventionen überschneiden sich in ihrer Wirkung sehr häufig. Es stecken aber hinter diesen Begriffen ganz unterschiedliche Denkmodelle. Prävention ist mehr oder minder immer mit pathogenetischem Denken verbunden. Ein Mangel der Gesundheitsförderungsstrategie besteht meiner Auffassung darin, dass sie das Individuum zu wenig berücksichtigt. Sie stellt vielmehr ein gesundheitspolitisches Programm dar, welches besonders auf eine gesundheitsfördernde gesellschaftliche Umgestaltung gerichtet ist. Einen ganz entscheidenden Entwicklungsschritt zur Weiterentwicklung der stärker individuenzentrierten Gesundheitsförderung hat A. Antonovsky mit seiner Salutogenese geleistet. Auch wenn ich selbst hier Gesundheitsförderung und Salutogenese in einem Atemzug nenne, sind diese Ansätze nicht als synonym zu verstehen. Leider geschieht genau das häufig in der Praxis. Hinter dem Salutogenesekonzept steckt keine Programmatik. Es beschreibt Kräfte des Menschen, die individuell unterschiedlich ausgeprägt sind und uns helfen Gesundheit (hier auch im Sinne der WHO Definition) zu entwickeln. Eine ganz entscheidende Voraussetzung in diesem Konzept ist die Einbeziehung von Krankheit als etwas zum Leben Gehörendes. Antonovsky entwickelt kein dichotomes Modell von Krankheit oder Gesundheit, sondern betrachtet Gesundheit und Krankheit als Kontinuum zwischen zwei Polen. Danach befindet sich der Mensch nicht in einer Homöostase, so wie uns das allen vertraute pathogenetische Konzept der Medizin lehrt, sondern wir befinden uns nach seiner Auffassung in Heterostase. In der homöostatischen Sichtweise ist Gesundheit Ausdruck dafür, dass sich der Mensch sowohl in einem Zustand des inneren Gleichgewichtes und der Harmonie als auch im Gleichgewicht mit der äußeren Welt befindet. Dagegen ist der gesunde Mensch in der heterostatischen Vorstellung in der Lage, den ständigen Veränderungen des Lebens aktiv zu begegnen und sich ständig auf ein „neues“ Fließ-Gleichgewicht einzupendeln.

Antonovsky wird auch heute leider sehr oft nur zum Teil verstanden. Häufig wird Gesundheitsförderung in einem Zuge mit der Salutogenese genannt bzw. gleichgesetzt. Gesundheitsförderer schreiben sich auf ihre Fahnen, salutogenetisch zu arbeiten, ohne jedoch den fundamentalen Unterschied zwischen ihrer eigenen und der salutogenetischen Denkweise wirklich begriffen zu haben. Antonovsky grenzte sich selbst unmissverständlich von vielen Vertretern des Gesundheitsförderungsansatzes ab und begründete das wie folgt: „Im Großen

und Ganzen ist die gesundheitsorientierte Sicht genau wie die traditionelle krankheitsorientierte Denkrichtung der Schulmedizin auf der Annahme einer fundamentalen Dichotomie zwischen gesunden und kranken Menschen begründet. Diejenigen, die die erste Position einnehmen, würden ihre Aufmerksamkeit und Ressourcen darauf richten, Menschen gesund zu erhalten, sie vor Krankheit zu bewahren. Die Vertreter letzteren Standpunkts konzentrieren sich auf die Behandlung der Kranken, wobei sie bestrebt sind, Tod und Chronifizierung vorzubeugen und, wenn möglich, Gesundheit wiederherzustellen. Erstere argumentieren, es sei wesentlich effizienter, die Energien in die Erhaltung der Gesundheit zu investieren; letztere erwidern - soweit überhaupt ein Dialog stattfindet -, dass sich keine humane Gesellschaft dem Leiden derjenigen verschließen kann, die gegenwärtig krank sind. Beide lassen dabei außer Acht, dass die von ihnen geteilte dichotome Prämisse eine weniger potente Grundannahme ist als das von mir sogenannte Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Wir sind alle sterblich. Ebenso sind wir alle, solange noch ein Hauch von Leben in uns ist, in einem gewissen Ausmaß gesund“ (Antonovsky, 1997).

Um es nochmals zusammenzufassen: Antonovsky's dialektisches Modell betrachtet also Gesundheit und Krankheit nicht dichotom, sondern als Kontinuum. Es gibt nicht „die Krankheit“ bzw. „die Gesundheit“ sondern vielfältige Zustände, die auf einem Kontinuum zwischen den beiden Polen liegen.

Um seine theoretischen Überlegungen anschaulicher zu machen, benutzte Antonovsky sehr gern Metaphern. Um das prinzipiell unterschiedliche pathogenetische und salutogenetische Denken nachvollziehbar darzustellen, im Folgenden seine dem einen oder anderen vielleicht schon bekannte Metapher: „Ich gehe davon aus [...], dass wir alle eine lange Skipiste herunterfahren, an deren Ende ein unumgänglicher und unendlicher Abgrund ist. Die *pathogenetische Orientierung* beschäftigt sich hauptsächlich mit denjenigen, die an einen Felsen gefahren sind, einen Baum, mit einem anderen Skifahrer zusammengestoßen sind oder in eine Gletscherspalte fielen. Weiterhin versucht sie uns davon zu überzeugen, dass es das Beste ist, überhaupt nicht Ski zu fahren. Die *salutogenetische Orientierung* beschäftigt sich damit, wie die Piste ungefährlicher gemacht werden kann und wie man Menschen zu sehr guten Skifahrern machen kann.“ (Antonovsky, 1993)

Wenn wir diese Aussage überdenken, dann werden wir feststellen, wie stark heute immer noch die pathogenetische Sichtweise nicht nur in der Medizin ausgeprägt ist. Krankheitsdenken haben die meisten Menschen stark internalisiert. Es scheint dagegen vielen eher befremdlich, wenn Menschen mit schweren chronischen Erkrankungen (z. B. Krebs oder AIDS) einen Sinn in ihrer Erkrankung sehen und diese sogar als Herausforderung begrei-

fen. Denken wir an gut dokumentierte Spontanheilungen von bösartigen Tumoren. Warum es reale Fälle von Tumorspontanremissionen gibt, wissen wir heute noch nicht. Dagegen ist aber klar, dass Patienten mit schweren Erkrankungen aktive Bewältigungsarbeit leisten können, die sich in aller Regel positiv auswirkt. Wir wissen heute, dass Coping nicht einfach nur als „positives Denken“ gesehen werden kann. Dazu aber liefert uns das Salutogenese-konzept einen komplexen Erklärungsansatz.

Kohärenzgefühl (SOC) und sexuelle Selbstbestimmung

Antonovsky entwickelte ein zentrales Konstrukt, welches er „Sense of Coherence“ (SOC) genannt hat. Ins Deutsche ist dieser Terminus nur schwer übersetzbar. Meist wird heute von „Kohärenzgefühl“, „Kohärenzsinn“ oder auch einfach „Kohärenz“ gesprochen. Das SOC stellt nach Antonovsky „eine Hauptdeterminante sowohl dafür dar, welche Position man auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum erhält, als auch dafür, dass man sich in Richtung des gesunden Pols bewegt“ (Antonovsky, 1997). Diese Aussage wird noch deutlicher im Zusammenhang mit der Definition des SOC werden. Antonovsky selbst hat diese Definition im Laufe seiner Arbeit verändert und weiterentwickelt. „Das Kohärenzgefühl (SOC) ist eine Grundorientierung, die das Ausmaß eines umfassenden, dauerhaften und gleichzeitig dynamischen Gefühls des Vertrauens darauf ausdrückt, dass,

1. Die Ereignisse im Leben strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
2. die Ressourcen verfügbar sind, um den aus den Ereignissen stammenden Anforderungen gerecht zu werden;
3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Interventionen und Engagement lohnen“ (Antonovsky, 1997).

Das SOC besteht aus den drei Komponenten: *Verstehbarkeit* (comprehensibility), *Handhabbarkeit* bzw. *Machbarkeit* (manageability) und *Bedeutsamkeit* bzw. *Sinnhaftigkeit* (meaningfulness).

Verstehbarkeit

Bezieht sich auf das Ausmaß, in welchem man interne und externe Stimuli als kognitiv sinnhaft (verstehbar) wahrnimmt. Das Individuum mit einem hohen Ausmaß an Verstehbarkeit, geht davon aus, dass Stimuli, denen es in Zukunft begegnet, vorhersagbar sein werden oder

dass sie zumindest, sollten sie tatsächlich überraschend auftreten, eingeordnet und erklärt werden können.

Handhabbarkeit bzw. Machbarkeit

Ausmaß, in dem man wahrnimmt, dass man geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um den Anforderungen zu begegnen, die von den Stimuli, mit denen man konfrontiert wird, ausgehen. Antonovsky sieht hier Ressourcen, die man selbst unter Kontrolle hat oder solche, die von legitimierte anderen kontrolliert werden - vom Partner, Freunden, Kollegen, Gott, Parteiführer oder auch Geschichte (also jemandem, dem man vertrauen kann).

Bedeutsamkeit bzw. Sinnhaftigkeit

Ausmaß, in dem man das Leben emotional als sinnvoll empfindet: dass wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, dass man Energie in sie investiert und sie eher als willkommene Herausforderungen sieht als Lasten, die man gern loswerden möchte.

Mittels eines Fragebogens (Fragebogen zur Lebensorientierung), der vielfach eingesetzt wurde, hat Antonovsky das SOC und seine drei Bestandteile operationalisiert und messbar gemacht.

Antonovsky hat sich in seinem Konzept auch grundlegender Erkenntnisse der Stressforschung bedient. Stressoren wirken auf uns Menschen ständig ein. Ob diese als unangenehme Belastung oder als willkommene Herausforderung bewertet werden, hängt von der jeweiligen Persönlichkeitsstruktur des Individuums ab. Menschen mit einem stärker ausgeprägten Kohärenzgefühl (SOC) können Stressoren besser bewältigen bzw. nehmen diese als Herausforderung an. Menschen mit einem schwach ausgeprägten SOC bewältigen Stressoren schlechter und bilden bei dauerhaftem Disstress körperliche und psychische Erkrankungen aus. Die Fähigkeit mit Stressoren kreativ umzugehen, wird besonderes im Kindesalter erlernt. Insofern spielen die Sozialisationsinstanzen Elternhaus und Schule eine ganz besondere Rolle. Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen wird auch erklärbar, warum sexuelle Gewalt und sexueller Missbrauch im Kindesalter individuell unterschiedliche Auswirkungen nach sich ziehen. Nach Antonovsky bildet jedes Individuum neben dem SOC sogenannte Widerstandsressourcen aus, die es zusammen mit einem stark ausgeprägten SOC ermöglichen, sich mit (auch traumatisch wirkenden) Stressoren auseinanderzusetzen und diese selbständig oder mit Hilfe des sozialen Umfeldes zu bewältigen ohne therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Ausgewogene salutogenetische und präventive Interventionen als Schlüssel für eine wirksame sexuelle Bildung

Im Kontext der aktuellen präventiven Aufgabenstellung „Verhinderung von sexueller Gewalt und sexuellem Missbrauch“ ergibt sich aus salutogenetischer Sicht die Aufgabe der Stärkung des Kohärenzgefühls von Heranwachsenden, um sie „widerstandsfähiger“ und selbstbestimmter gegenüber Übergriffen zu machen. Sexuelle Selbstbestimmtheit als eine Voraussetzung für sexuelle Gesundheit prägt sich nicht per se in einem bestimmten Alter aus, sie muss entwickelt werden. Es liegt auf der Hand, dass hier emanzipatorisch verstandene Sexualpädagogik (Sielert, 2000) mehr leisten kann als einseitig ausgerichtete Prävention auf sexuelle Gewalt und Missbrauch. Zur sexuellen Gesundheit und Selbstbestimmtheit zählt auch die Frage nach dem Umgang mit anderen Risiken, so der Möglichkeit, sich mit sexuell übertragbaren Erregern zu infizieren. Risiken gehören aber wie auch Krankheiten unter salutogenetischem Aspekt gesehen zu unserem Leben. Der Mensch kann Risiken mit Angst oder mit einem guten Management begegnen. Schauen Sie sich bitte an, wie auch heute noch das Thema „STI“ in klassisch präventiv orientierten Bildungsveranstaltungen abgehandelt wird. Es werden immer noch gern „Aufklärungsvorträge“ gehalten und zur Veranschaulichung „grausige“ Fotos von infizierten Geschlechtsteilen gezeigt. Bei einer solchen Herangehensweise ist es zumindest fraglich, ob damit Kompetenz und geeignetes Risikomanagement bei Jugendlichen entwickelt werden können. Natürlich leuchtet ein, dass die Übertragung von Infektionskrankheiten mit klassischer Prävention besser bekämpft werden kann als sexuelle Gewalt und sexueller Missbrauch. „Starke Kinder und Jugendliche“, die wissen was sie wollen und „nein-sagen“ gelernt haben, werden die Erreger von Infektionen sicher nicht besser abwehren können, dennoch dürften sie in der Lage sein, die mit Sexualität verbundenen Risiken besser einzuschätzen und zu managen. Sicher werden präventive Strategien im Zusammenhang mit STI ihre volle Berechtigung behalten. Wird jedoch die Kehrseite, also die Gefahr der Entste-

hung von neuen Ängsten mitgedacht, wird daraus stärker ein methodisches Problem der Vermittlung. Leider gibt es noch zu wenige gute Beispiele einer angemessenen Vermittlung. Ich möchte ein mir bekanntes Projekt der AIDS- und STD-Beratung des Fachbereiches Gesundheit der Region Hannover (Gesundheitsamt) erwähnen. Hier wurde eine Methode des lebendigen Lernens zur STI-Prävention entwickelt, mit der sich Jugendliche auf eine spielerische Weise wichtige Kompetenzen aneignen können. Die Autoren haben eine lustige Geschichte zum Thema der STI entwickelt. Mit deren Hilfe werden die Jugendlichen nicht verängstigt, sondern werden für das Thema sensibilisiert. Sie erfahren, dass diese Infektionen diagnostiziert aber auch bei Früherkennung durch einen Arzt meist behandelt werden können. Das methodische Material soll demnächst veröffentlicht werden.

Uwe Sielert hat den widersprüchlichen Weg der Sexualpädagogik aufgezeigt und die Vision von einer alle Lebensphasen umfassenden sexuellen Bildung entwickelt. Ich habe versucht, darzustellen, dass wir Prävention komplementär durch salutogenetisches Herangehen ergänzen müssen. Dabei kann uns das Verständnis des Konzeptes von Antonovsky helfen, ein ausgewogenes Verhältnis von präventiven und salutogenetischen Interventionen in der sexuellen Bildung zu entwickeln. Eine sehr gute Grundlage für ein solches inhaltliches und methodisches Herangehen stellen die neuen WHO-Standards für die Sexualaufklärung in Europa dar.

Literatur

- Antonovsky, A., 1993. Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: Franke, A., Broda, M., Psychosomatische Gesundheit, DGVT-Verlag, Tübingen, 11.
- Antonovsky, A., 1997. Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit, DGVT-Verlag, Tübingen, 33ff.
- Pascal, B., 1987. Gedanken, Leipzig, 39f, 103.
- Sielert U, Valtl K, 2000. Sexualpädagogik lehren, Beltz-Verlag, Weinheim/Basel.
- WHO-Regionalbüro für Europa und BZgA, 2012. Standards für die Sexualaufklärung in Europa – Rahmenkonzept für politische Entscheidungsträger, Bildungseinrichtungen. Gesundheitsbehörden, Expertinnen und Experten, Köln.

Autor

Prof. Dr. med. Harald Stumpe, Hochschule Merseburg, Fachbereich Soziale Arbeit,Medien.Kultur, Geusaer Straße 88, 06217 Merseburg, e-mail: harald.stumpe@hs-merseburg.de

Paradigmenwechsel der Sexualpädagogik im Kontext gesellschaftlicher Entwicklungen

Uwe Sielert

Paradigm Shifts in Sex Education in the Context of Social Development

Abstract

Sex education is a socially and ideologically controversial subject. As a young, unwieldy pedagogical discipline it is still relatively unprofessionalized. Between preventive education and means of independent socialization it is, however, on the way to becoming a sexual education which encompasses all phases of life. Before this can be accomplished some paradigm shifts are necessary, which are presented in this paper.

Keywords: Sex Education, Preventive Education, Moral Panic, Repression Discourse

Zusammenfassung:

Sexualpädagogik ist eine gesellschaftlich und ideologisch stets umkämpfte, als junge und sperrige Disziplin der Pädagogik aber noch wenig professionalisiert. Zwischen Gefahrenabwehrpädagogik und eigenständiger Sozialisationshilfe ist sie allerdings auf dem Weg zu einer alle Lebensphasen umgreifenden sexuellen Bildung. Unterwegs mussten jedoch einige Paradigmenwechsel vollzogen werden, die in diesem Beitrag vorgestellt werden.

Schlüsselwörter: Sexualpädagogik, Gefahrenabwehrpädagogik, Moralpanik, Repressionsdiskurs

Zur Einführung

Sexualpädagogik ist wie jede andere pädagogische Disziplin ein ‚Kind ihrer Zeit‘, das heißt, sowohl im praktischen Vollzug als auch in der theoretischen Begründung von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und Herausforderungen geprägt. Die konkrete Ausgestaltung ist umso mehr ein Machtspiel von Interessengruppen, je weniger ihr wissenschaftlich-empirisches und ideologiekritisches Potenzial sich ausprägen konnte. Und die Sexualpädagogik steht in dieser Hinsicht erst am Anfang der Entwicklung. Als zu unbedeutend und sperrig erwies sich bisher ihr Gegenstandsbereich für wissenschaftliche Forschung und Theoriebildung – ganz im Gegensatz zur subjektiven,

politischen und auch ökonomischen Relevanz von Sexualität im Alltagsleben. Die tatsächlichen Verhältnisse, bei denen Intimes und Öffentliches eng ineinandergreifen, bleiben angesichts dieser Situation latent, verborgen hinter einem Satz wie „Sexualität ist Privatsache“, der als Schutznorm für die Intimsphäre einleuchtet, als Aussage über die Wirklichkeit aber daneben liegt.

Wenn wir Erziehung verstehen wollen, kommen wir nicht umhin, uns mit *Macht* und *Sexualität* zu befassen: Mit Macht deshalb, weil Erziehende immer einen Vorsprung an Wissen, Erfahrungen und Einflussmöglichkeiten haben, den sie legitim oder illegitim einsetzen können. Machtmittel sind auch Anerkennung, Zuwendung, seelisches und körperliches Trostspenden oder das Verweigern desselben, sowie die eigene sinnlich-persönliche Ausstrahlung oder das Gegenteil davon. Und Sexualität ist auch immer deshalb im Spiel, weil der pädagogische Bezug von Gefühlen der Sympathie und Antipathie, von Übertragungen und Gegenübertragungen, von sinnlichen, auch körperlichen Anmutungen beeinflusst wird, manchmal auch von einer ganz spezifischen – in der Regel – uneigennütigen Liebe, die das Leben eines Kindes oder Jugendlichen in Obhut nimmt.

Wenn das alles unreflektiert bleibt, tabuisiert, wissenschaftlich ausgeblendet, der Privatheit überantwortet, darf sich keiner wundern, wenn sich in der Gesellschaft, insbesondere aber in unseren Schulen, Heimen, Jugend- und Sportverbänden, natürlich auch in unseren Familien subversiv sexueller Machtmissbrauch im Generationenverhältnis aber auch zwischen Kindern und Jugendlichen untereinander entwickeln können und sich diese Schattenseiten der Sexualität wie Maulwürfe in die mehr oder weniger wohlbestellten Felder des Pädagogischen hineingraben. Vor allem bleibt aber auch das positive Potential unentdeckt, das in einem selbstbestimmten und verantwortungsvollen Umgang mit den vielen Facetten der Sexualität für ein gelingendes Leben liegen kann. Das aber entwickelt sich in den seltensten Fällen von selbst, sondern ist ein Ergebnis von Lernprozessen, die der freundlichen Begleitung durch Sexualpädagogik bedürfen.

Von diesem wünschenswerten Ziel sind wir noch meilenweit entfernt, zu den kleinen Schritten in die ‚richtige Richtung‘ gehört auch der Rückblick auf die Entwicklung der Disziplin in Abhängigkeit von gesellschaftlichen Entwicklungen und in ihnen wirksamen dominanten

Diskursen. Dabei handelt es sich um eine ‚idealtypische‘ Skizze, die der komplizierten Realität nicht immer gerecht wird, wohl aber zum Verständnis der gegenwärtigen Situation beitragen kann. Die Verbindungen von Sexualität und sexueller Gewalt sowie die entsprechenden sexualpädagogischen Konsequenzen können hier nur gelegentlich angedeutet werden. Eine genauere Analyse würde den Rahmen dieses Textes sprengen.

Sexualpädagogik im Repressionsdiskurs

In unserem Kulturkreis wurde Sexualerziehung seit Jahrhunderten durch die kirchenamtlich interpretierte christliche Sicht von Sexualität bestimmt. Je nach Grundposition und Toleranzbereitschaft des Betrachtenden wird die daraus resultierende, seit dem 17. Jahrhundert in Europa dominierende Sexualerziehung (van Ussel, 1977) als „normativ“, „christlich-konservativ“ oder „repressiv“ bezeichnet. Wie Koch noch 1971 in seiner Analyse von sexualpädagogischen Aufklärungsschriften zeigte, sind die meisten Bücher und Traktate bis in die 60er Jahre des 20. Jahrhunderts hinein katholischer, evangelischer, aber auch überkonfessionell-christlicher Herkunft und somit identisch mit sexualmoralischen Praxistheorien als diktatorische sexualmoralische Werte (Koch, 1971).

Neben dieser starken Beeinflussung durch Moraltheologie und kirchenamtliche Lehre, in denen Sexualität lange Zeit als das unbegreiflich Widerspenstige, ja Teuflische interpretiert wurde, haben auch definitionsmächtige Leitwissenschaften, insbesondere die Medizin und Psychiatrie die sexualpädagogische Praxis und ihre Praxistheorien instrumentalisiert. Die Anti-Onaniekampagne – um ein inhaltliches Beispiel zu nennen – war im 18. Jahrhundert zunächst ein rein medizinisches, präventiv gemeintes Programm, das von der Pädagogik der Philanthropen aufgegriffen und in der Erziehung umgesetzt wurde. Sexualpädagogische Praxis war unmittelbar ausgeübte sexuelle Gewalt, weil gegen jede sexuelle Regung gerichtet, die subjektives Lustempfinden zum Ausdruck brachte. Die praktischen Folgen hatten wiederum Konsequenzen für die Medizin, speziell für die Psychiatrie. In der Folgezeit wurden nämlich Ärzte mit vielen Krankheitsbildern konfrontiert, die offensichtlich einen stark sexuellen Hintergrund hatten, also nicht anders als mit Identitätskonflikten erklärt werden konnten, die durch Sexualunterdrückung bedingt waren. Es folgte eine Ausdifferenzierung der psychiatrischen Diagnostik: Man klebte auf alles Besondere, Abweichende ein Etikett und suchte nach Ursachen. Inzwischen hatte Sigmund Freud auf die Tatsache aufmerksam gemacht, dass Sexualität schon in der Kindheit existiert und eine persönlichkeits-

relevante Funktion hat (Freud, 1905), so dass wiederum Sexualerziehung, diesmal zur Verhinderung von Persönlichkeitsstörungen gefragt war. Einige Schüler Freuds, wie z. B. Wilhelm Reich, arbeiteten an einer gesellschaftlichen und persönlichen Befreiungstheorie mittels sexueller Energie (Reich 1927, 1932).

Sexualpädagogik im Befreiungsdiskurs der späten 1960er Jahre

Als praktische Konsequenz entstanden zu Beginn des 20. Jahrhunderts folgerichtig pädagogische Initiativen von Sexualwissenschaftlern, wie z.B. Wilhelm Reich aber auch von weniger sexualpolitisch orientierten Sexualreformern wie Max Hodan sowie von Erziehern und Erzieherinnen des sozialdemokratisch motivierten „Bund der entschiedenen Schulreformer“ und in der proletarischen Jugendbewegung (Wolf, 1993). Aus Machtmangel blieben die Reformbemühungen jedoch weitgehend theoretisch und fanden – in radikalierter Form – erst im Zusammenhang der sozio-ökonomischen und politischen Veränderungen der 60er Jahre größere Verbreitung und gesellschaftliche Beachtung. Die „68er-Bewegung“ erklärte die radikale Befreiung von sexuellen Zwängen zur zentralen Bedingung für eine Demokratisierung der Gesellschaft und machte diese Forderung durch vielerlei öffentlichkeitswirksame Demonstrationen und Schriften bekannt (z. B. Amendt, 1970; Kentler, 1970; Reiche, 1971).

Es ist nachweisbar, dass die Enttabuisierung seit der 68er Bewegung ein wichtiger Beitrag zur sexuellen Befreiung und zur Förderung der individuellen sexuellen Selbstbestimmung war. Gleichzeitig kann nicht verleugnet werden, dass in dieser Zeit auch antiautoritär und patriarchal bedingte sexuelle Gewalt vorkamen. Die implizite Männerherrschaft führte stellenweise zu einer egozentrischen Ausweitung der erotischen Kommunikation und erst die feministische Kritik hat wieder mehr Klarheit, Grenzen und Vorsicht im Bereich der verletzbaren Intimität mit sich gebracht. Hinzu kam, dass sich manche Akteure der Bewegung anschlossen, die sich mit der altgriechischen Vorstellung des pädagogischen Eros verbunden fühlten, und mit viel ‚Griechenzauber‘ ihre pädophilen, pädosexuellen Interessen umsetzten. Außerhalb der geschlossenen Milieus, wie z. B. der Odenwaldschule, war das von wenig Erfolg gekrönt, soweit die ‚freie Sexualität‘ zwischen Erwachsenen und Kindern öffentlich gemacht wurde. So haben die Grünen NRW ihren kurzfristig geltenden Beschluss zum Kampf gegen den Pädophilieparagrafen aufgrund innerparteilicher Proteste schnell wieder aufgehoben. In diesem Klima des

Zeit-Geistes waren aber antiautoritäre Grenzverletzungen unterhalb der öffentlich-politischen Auseinandersetzung möglich und zu verstecken.

Ulrich Hermann verwies in seiner Rede zum 100-jährigen Jubiläum der Odenwaldschule auf diesen Kontext der 1970er Jahre: „Junge Erwachsene, die in den späten 1960er und frühen 1970er Jahren Lehrerinnen und Lehrer wurden, kamen in der Regel aus konventionellen Kulturen mit rigiden Sexual- und Moralvorstellungen in eine Zeit des Umbruchs, der Tabubrüche, des Experimentierens, der Entgrenzungen. Die sexuelle Revolution musste bei vielen von ihnen zu Orientierungs- und Identitätsproblemen führen: sowohl zu einem persönlichen Kontrollverlust hinsichtlich des erlaubten bzw. unerlaubten Verhaltens als auch zum Verschwinden von Unrechtsbewusstsein bei Grenzverletzungen und Grenzüberschreitungen“ (Herrmann, 2010).

Sexualpädagogik im Aufklärungsdiskurs – Versuch der politischen Befriedung und Entideologisierung

Vordergründig fortschrittlich, letztlich aber „um Schlimmeres zu verhindern“ (Müller, 1992, 18), erließen die Schulverwaltungen unterschiedlicher parteipolitischer Couleur Ende der 1970er Jahre Richtlinien zur Sexualerziehung in den Schulen mit verblüffend hohem Maß an sexualfreundlichem Konsens. Der damals verbreitete Glaube an die politische Hebelwirkung der Sexualität wurde von der Protestbewegung der Schüler und Studenten erhofft, vom politisch-administrativen System befürchtet und in schulamtlichen Richtlinien befriedet. So konnte den Lehrerinnen und Lehrern z.B. vorgeschrieben werden, welche von den z. T. sexualrevolutionären didaktischen Materialien (z. B. Amendt, 1970) in der Schule nicht verwandt werden durften.

Bevorzugt wurde die „vermittelnd-liberale“, affirmative Richtung von Sexualerziehung (Kluge, 1976; Maskus, 1979), weil sie ideologische Unabhängigkeit versprach und sich gleichzeitig dem rationalen Diskurs der Moderne verpflichtet fühlte. Es dominierten die Inhaltsfragen der Sexualpädagogik: Was sollen bzw. dürfen Kinder und Jugendliche bestimmter Altersstufen jeweils wissen? Der Leitbegriff dieser Zeit war *Sexualaufklärung* und es ging vor allem darum, den kulturellen Nachholbedarf an bisher schwer zugänglichen Informationen zu decken.

Die 70er und die erste Hälfte der 80er Jahre gelten als die Jahre der reaktionären Ereignisse und sexualpädagogischen Ernüchterung. Zwar hatten noch 1968 die ständige Konferenz der Kultusminister „Empfehlungen zur Sexu-

alerziehung in den Schulen“ beschlossen und die meisten Bundesländer bis 1984 Richtlinien zur Sexualerziehung verordnet, doch für die Schule blieb es ein „Siegeszug der Sexualpädagogik am grünen Tisch“ (Müller, 1992, 19). In der Praxis der Jugendarbeit konnte sich die Sexualerziehung dennoch durch viele Initiativen von Schülerinnen und Schülern sowie Studierenden in dieser Zeit vor allem ausdifferenzieren und durch Pionierleistungen maßgebliche Standards setzen. Durch die 1977 ergangene Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts, schulische Sexualerziehung habe „sittlich“ zu wirken, „ohne Wertung“ aufzutreten und sich „auf Wissensvermittlung beschränkt“ darzustellen, und das anschließende massive juristische „Zurück“ in den Bundesländern wurden allerdings viele Lehrkräfte verunsichert. Sexualerziehung fand in der schulischen Praxis faktisch nicht mehr statt, wohl aber in der außerschulischen Jugendarbeit.

Sexualpädagogik im Professionalisierungsdiskurs – Wie sich Fachlichkeit gegen den Versuch politischer Indienstnahme durchsetzte

Am Anfang eines ersten Professionalisierungsschubs zur Sexualpädagogik stand – paradoxer Weise – die Entscheidung des Bundesfamilienministers 1983, eine sexualfreundliche und weit verbreitete Arbeitshilfe einzuziehen. Der damalige Minister Heiner Geißler setzte im Auftrag Helmut Kohls einen Schlussstrich unter die sexualpädagogischen Ausläufer der „sexuellen Revolution“ und zog die von Vertretern um den Emanzipationspädagogen Helmut Kentler herum aufwändig erarbeitete Materialmappe „betrifft: sexualität“ einschließlich der dazugehörigen Filme aus dem sexualpädagogischen Aufklärungsverkehr. Der extrem konservativen Fraktion in der regierenden CDU hätte das gereicht, aber es gab auch damals schon eine kritisch-aufgeklärte Interessengruppe. Im Auftrag der Nachfolgerin von Heiner Geißler, Rita Süßmuth, erarbeitete eine interdisziplinär zusammengesetzte Forschungsgruppe der Universität Dortmund vier Jahre lang in enger Kooperation mit sexualwissenschaftlichen Expert/inn/en sowie Mitarbeitenden aus Jugend- und Wohlfahrtsverbänden neue Materialien für die Sexualpädagogik in Jugendarbeit und Schule. Die Aufarbeitung des Forschungsstandes zur Jugendsexualität, der Einbezug von Sexualwissenschaftler/innen und sexualpädagogisch interessierten Erziehungswissenschaftlern, die Didaktisierung der aktuellen sexualitätsrelevanten Diskursthemen und die Durchführung und Evaluation einer

Vielzahl von Maßnahmen in Jugendverbänden, offenen Jugendtreffs und Schulen führten zu einem reichhaltigen sexualpädagogischen Material- und Erfahrungsschatz, der diesem bisher vernachlässigten Sektor pädagogischer Arbeit einen deutlichen Professionalisierungsschub setzte.

Die engagiertesten Vertreter des in vier Jahren entstandenen sexualpädagogischen Netzwerks gründeten nach Ablauf der Projektzeit 1989 den „Verein zur Förderung der Sexualpädagogik e.V.“ als Träger des „Instituts für Sexualpädagogik Dortmund“ (ISP). Noch im gleichen Jahr erarbeitete die schnell größer werdende Gruppe der Institutsmitglieder ein langfristiges Aus- und Weiterbildungsangebot zur Sexualpädagogik und begann mit der Qualifizierung der ersten Sexualpädagog/inn/en – aufbauend auf eine pädagogische, psychologische oder medizinische Grundausbildung. Der Anfang einer institutionalisierten Sexualpädagogik und Professionalisierung war gemacht. Professionelle Autonomie konnte sich gegen staatlichen Dirigismus wenigstens in Ansätzen behaupten. Jedenfalls gelang es, dem Bestreben des Ministeriums für Jugend, Familie, Frauen, Gesundheit und Senioren, die von ihm selbst in Auftrag gegebenen Materialien zur Sexualpädagogik „sang und klanglos“ in der Schublade verschwinden zu lassen, zu trotzen. Die neuen Materialien entsprachen nicht den Erwartungen der politisch tonangebenden Gruppe des Ministeriums, aber die erziehungs- und sexualwissenschaftlich fundierten Ergebnisse des Modellprojekts und die inzwischen erstarkte Gruppe professioneller Sexualpädagog/inn/en in verschiedenen Praxisverbänden ließen sich nicht für eine bestimmte parteipolitische Grundrichtung instrumentalisieren. Nach der Androhung einer Klage gegen das Ministerium, wenn das Projektergebnis der Öffentlichkeit vorenthalten wird, durfte wenigstens ein Kernbestand des sexualpädagogischen Materials veröffentlicht werden (Keil & Sielert, 1993).

Die Überzeugungskraft und das institutionelle Management des Instituts gestaltete die sexualpädagogische Szene seitdem nachhaltig. Nicht alleine, sondern eingebunden in das Netzwerk der schon seit den 50er Jahren in der Sexualpädagogik aktiven Behörden und Vereinigungen. Schon zuvor hat es den Begriff Sexualpädagogik als „Bindestrich-Disziplin“ der Pädagogik und gelegentlich auch sexualpädagogische Qualifizierungsangebote für die Praxis (vor allem von Pro Familia) gegeben. Und natürlich haben die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit ihren Projekten und die dadurch an Fachhochschulen und Universitäten entstandenen kleinen Kompetenzzentren im Zuge der AIDS-Präventionskampagne und auch andere Verbände der Sozial- und Jugendhilfe den gerade in Gang gekommenen Professionalisierungsprozess mitgestaltet.

Immerhin führte das damals an der Universität Dortmund erarbeitete Konzept mit dem in zahlreichen Praxisfeldern erprobten didaktischen Material und den vier Jahre lang in Jugend- und Wohlfahrtsverbänden durchgeführten Tagungen und Fortbildungen zu einem Paradigmenwechsel der deutschen Sexualpädagogik. Die Ausläufer der „sexuellen Revolution“ mit den bis in die 80er Jahre hineinwirkenden Richtungskämpfen zwischen repressiv-konservativen, wertneutral affirmativen und politisch aufgeladenen emanzipativen Richtungen der Sexualpädagogik mündeten in ein Konzept der sexualfreundlichen Begleitung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen auf sexualwissenschaftlicher und humanistisch-pädagogischer Grundlage. Dieses manchmal auch neo-emanzipative Konzept genannte Theorie- und Praxisgebäude wurde vor allem von Wissenschaftler/innen und Praktiker/innen des Instituts für Sexualpädagogik und jenen, die dem Institut nahe stehen, ausformuliert und verbreitet. Ein Teil des Personals wissenschaftlicher aber auch präventiver Praxisprojekte, auch der mit Sexualpädagogik befassten Landesbehörden sowie der BZgA rekrutierte sich aus dem Kreis der vom ISP ausgebildeten Fachkräfte.

Sexualpädagogik im Gefahrendiskurs – Zwischen Moralpanik und Prävention

Mit den Anfängen der Professionalisierung von Sexualpädagogik verbunden waren stets öffentlich artikulierte Ängste vor allem Möglichen (und Unmöglichem), das mit Sexualität in Verbindung gebracht werden konnte. Nicht Sexualitätsfreundlichkeit motivierte 1986 das Jugendministerium, sexualpädagogische Entwicklungsarbeit zu leisten. Kein Forschungsprojekt wäre je allein zur Förderung sexueller Identitätsentwicklung finanziert worden. Immer standen nicht sexualpolitische Befriedungsstrategien, die Verringerung ungewollter Schwangerschaften und sexuell übertragbarer Krankheiten oder der Kampf gegen sexuellen Missbrauch und sexuelle Gewalt als Motivation im Hintergrund. Erst die Diskurse um AIDS, den sexuellen Missbrauch, die mediale Vermarktung von Sexualität und die feministische Infragestellung des Patriarchats bescherten der Sexualerziehung in den späten 80er Jahren wieder ein öffentliches „Come back“.

Solche Gefahrendiskurse rufen regelmäßig eine skandalisierbare Variante fundamentalchristlicher Panikmache auf den Plan, die den Repressionsdiskurs wiederbeleben möchte und einen wissenschaftlich ernst zu nehmenden Präventionsdiskurs, der aber auch Schattenseiten mit sich bringt. Jedenfalls formiert sich gerade an-

gesichts dieser „dunklen Seite der Sexualität“ durch den Diskurs über den sexuellen Missbrauch, die behauptete „Pornographisierung der Gesellschaft“, Pädophilie und Gewalt im Geschlechterverhältnis ein gesellschaftlicher Trend, Sexualität wieder überwiegend als Gefahr zu betrachten und Sexualpädagogik als „Gefahrenabwehrpädagogik“ zu betreiben.

Die Moralpanikvariante

Medial skandalisierte vermeintliche oder tatsächlich dokumentierte Indikatoren für „sexuelle Verwahrlosung“ wirken auf öffentliches Bewusstsein, befördern sexualpolitische Roll-back-Bewegungen und verunsichern Eltern sowie Erziehende in verschiedenen Bereichen der privaten und öffentlichen Erziehung.

Gezielt lancierte Angriffe auf die Broschüre „Körper, Liebe, Doktorspiele“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Sommer 2007 in der rechtslastigen Wochenzeitung *Junge Freiheit* und im *Kölner Express*, die Berichterstattung über eine Strafanzeige gegen die Autorin und die herausgebende Behörde und die flankierende heftige Diskussion in fast allen Medien habenviele Eltern, Politiker und Erziehende zumindest irritiert. Die damalige Fachministerin Ursula von der Leyen ließ die Broschüre zurückziehen und diverse andere, von der BZgA in Auftrag gegebene Medien für Kinder auf Eis legen.

Noch sind einem religiösen Roll-back in Deutschland, einer nicht gerade heiligen christlichen Nation, enge Grenzen gesetzt. Dennoch gelingt es sexualkonservativen Akteuren immer wieder, mit ihrer Verdichtungsformel der „sexuellen Verwahrlosung“ alle Tendenzen sexueller Vielfalt zu geißeln und den Liberalisierungs- und Selbstbestimmungsdiskurs der letzten Jahrzehnte zu konterkarieren. Seitdem sowohl im *Stern* (Wüllenwebe & Müller, 2007) als auch in dem medial breit vermarkteten Buch mit dem Titel „Deutschlands sexuelle Tragödie“ (Siggelkow & Büscher, 2008) von kleinen Mädchen die Rede ist, die von 6-jährigen Jungen bedrängt werden, um Geschlechtsverkehr nachzuspielen, werden Erziehende in Kindertagesstätten mit für sie als Person und die Einrichtung folgenschweren Skandalisierungsversuchen konfrontiert. Aufgebrachte Eltern gehen gegen Kuschelecken und so genannte Doktorspiele vor und diffamieren das erzieherische Personal.

Die Präventionsvariante

Nach der in den 80er Jahren zum Teil hysterisch diskutierten aber durchaus auch zu recht gefürchteten HIV-Ansteckungsgefahr, den Debatten zur Verhinderung von ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen und der feministischen Skandalisierung der sexuellen Gewalt gegen Frauen musste der Staat zur Beruhigung der Bürger reagieren. Mit dem Jahr 1992 schreibt erstmalig in der Geschichte der Bundesrepublik ein Bundesgesetz Sexualpädagogik fest: Das „Gesetz über Aufklärung, Verhütung, Familienplanung und Beratung“, das so genannte „Schwangeren- und Familienhilfegesetz“ (SFGH). Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erhielt den Auftrag, unter Beteiligung der obersten Landesbehörden und in Zusammenarbeit mit Vertretern der freien Wohlfahrtsträger Konzepte zur Sexualaufklärung zu erstellen und Modellprojekte zu fördern. Einzelne Bundesländer überarbeiteten ihre Richtlinien für die Schulen (Hamburg, 1996; NRW, 1997). Es entstand eine Vielzahl von didaktischen Materialien für den schulischen und außerschulischen Bereich.

Eine staatlich geförderte „Gefahrenabwehrpädagogik“ drohte eine sexualfreundliche Erziehung wieder an den Rand zu drängen. Mit Hilfe von Veröffentlichungen, Expertisen, Fachtagungen und fachpolitischer Netzwerkarbeit (vor allem mit sexualwissenschaftlichen Vereinen und Pro Familia) konnten jedoch einflussreiche Kräfte des politisch-administrativen Systems des Bundes und vieler Länder überzeugt werden, dass jeder Prävention ein Mindestmaß an Sexualpädagogik vorausgehen muss. Manche Länder gestalteten ihre schulischen Richtlinien für Sexualpädagogik und das empfohlene Lehrmaterial entsprechend fortschrittlich und die BZgA ließ auf dem Hintergrund des SFGH überwiegend sexualfreundliche Materialien erarbeiten.

Im offiziellen Lager der erziehungswissenschaftlichen Forschung und Theoriebildung fristete die Sexualpädagogik jedoch weiterhin ein Schattendasein. Angst vor dem Emotionalen und unberechenbarem Eigensinn hielt bisher auf ganz prinzipielle Weise die Pädagogik davon ab, die Fragen der Sexualität und Intimität als einen legitimen Arbeitsbereich ernst zu nehmen. Das gilt für die Erforschung der Sexualpädagogik zgedachten Funktion von Gefahrenabwehr, erst recht aber für den Selbstanspruch einer emanzipativen Sexualpädagogik, ihren Beitrag zum gelingenden Leben von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen zu leisten. Im Namen sexueller Lust ist bisher kaum eine pädagogische Theorie oder Konzeption entstanden, obwohl das die beste Prävention auch gegen alle möglichen Gefahren wäre. Eher bringen Versagungen und Verbote die Leute auf die Beine – zu-

mindest im außerwissenschaftlichen, meist journalistisch dokumentierten Bereich der Gesellschaft. Die negativen Begleitumstände einer ungebildeten Sexualität – von sexuell übertragbaren Krankheiten über Gang-bang von Jugendlichen bis zu sexueller Gewalt – stacheln dort das allgemeine Nachdenken auch noch eher an als der freudig lustvolle Kern von Sexualität. Dabei soll sie, die sexuelle Bildung, wie jede Bildung, Glücksmöglichkeiten eröffnen.

Sexualpädagogik im Bildungsdiskurs

Innerdisziplinär begann vor einigen Jahren in der Sexualpädagogik eine Debatte um die Weiterentwicklung bzw. Ergänzung der Sexualpädagogik um ein Konzept der sexuellen Bildung als „Formung und zunehmend Selbstformung der Person durch aktive Weltaneignung“ (Valtl, 2008, 128). Ob von einem Paradigmenwechsel die Rede sein kann, wird sich in Zukunft noch zeigen müssen, denn vieles davon ist identisch mit der bisher professionell entwickelten Sexualpädagogik. Die wesentlichen Besonderheiten sollen hier – ausgehend von der Systematik von Karlheinz Valtl – kurz skizziert werden:

Sexuelle Bildung ist selbstbestimmt und lernerzentriert. Sie betont das Recht der Menschen auf die Abwesenheit von Fremdbestimmung. Das gilt im Grundsatz auch für Kinder und Jugendliche. Die Fähigkeit zur Selbstbestimmung wird vorausgesetzt, obwohl sie noch im Entstehen ist, aber genau dadurch wächst sie. Die Gestaltung von Lernumgebungen und alle Bildungsanstrengungen sind auf diesen Prozess abzustimmen. Sexuelle Bildung hilft also, das Recht aller Menschen auf Sexualität zu verwirklichen und zwar in der für die einzelnen Individuen in ihrer jeweiligen Lebenssituation, dem sich entwickelnden Lebensstil, der eigenen sexuellen Orientierung und den Vorstellungen vom gelungenen sexuellen Leben gewählten Variation.

Sexuelle Bildung hat einen Wert an sich. Eine Sexualpädagogik, die hauptsächlich an Prävention interessiert ist, braucht keine ‚höhere Bildung‘, die über die Vermittlung grundlegender sexueller Kompetenzen hinausgeht. Wenn Sexualität aber mit allen ihren Facetten zum unmittelbaren Lebensgenuss, zum zentralen Wert der Selbstgestaltung gehört, dann muss sie als Lebensenergie animiert und kultiviert werden. Menschen lernen, sexuell zu sein – je nach individueller Biografie die einen mehr, die anderen weniger. Wenn die Erregbarkeit nicht ebenso wie Sensibilität,

Einfühlung und Liebesfähigkeit nicht genährt wird, bleibt sie stumpf. Bekommt sie aber Nahrung, so entsteht ‚Sexualität‘ z. B. in Analogie zu ‚Musikalität‘: Das Empfinden differenziert sich, und die Bereitschaft, auch sexuell auf Umweltreize zu reagieren, nimmt zu.

Sexuelle Bildung ist konkret und brauchbar. Sie muss weltoffen sein und die Realität zeigen, wie sie ist und nicht, wie Pädagog/inn/en sie gern hätten. Die Mittel dazu müssen zur Verfügung gestellt werden, damit die Heranwachsenden lernen, sexuelle Erfahrungen anzunehmen oder zurückzuweisen, zu bewerten und zu beurteilen. Dazu können alle ‚Bildungsgüter‘ dienen, alles, was sich in der sexuellen Kultur-entwicklung und als Hilfe für die Minimierung von Fremdbestimmung als brauchbar herausgestellt hat. Die tagtäglichen und besonderen positiven und negativen Begegnungen mit der Welt müssen schon Kinder und Jugendliche, erst recht Erwachsene selbst bewältigen. Sexuelle Bildung muss dazu auf konkrete und brauchbare Weise ‚die Sachen klären und die Menschen stärken‘.

Sexuelle Bildung spricht den ganzen Menschen an, also alle Lebensalter und zwar kognitiv, emotional, sozial und spirituell. Kinder und Jugendliche brauchen Kompetenzen, um in die verschiedenen Funktionen von Sexualität (Lust, Beziehung, Identität, Fruchtbarkeit) und Ausdrucksformen – von der Zärtlichkeit über die Sinnlichkeit, Erotik bis zur körperlich ekstatischen Sensation hineinzuwachsen, sich auszudrücken, sexuelle Erlebnisfähigkeit wie Impulskontrolle zu erlernen. Vor allem müssen sie lernen, ihre sexuelle Integrität zu schützen, indem sie sich auch gegen sexuelle Übergriffe anderer zu wehren wissen. Erwachsene brauchen vor allem die Kompetenz, in unterschiedlichen Lebenslagen und Entwicklungsstadien die ‚Einheit des Widersprüchlichen‘ auszubalancieren zwischen Lust und Beziehung, Fruchtbarkeit und Identität, Dauer und Lebendigkeit, Vertrautheit und Fremdheit. In ihrer Beziehung zu Kindern und Jugendlichen müssen sie lernen, ihnen mit einer Liebe zu begegnen, die sie nicht bindet oder instrumentalisiert, sondern freisetzt für die eigene psychosexuelle Entwicklung.

Sexuelle Bildung ist politisch – und das in zweifacher Weise: als abhängige und als unabhängige Variable. Sexualität wird durch politische Entscheidungen beeinflusst und beeinflusst ihrerseits politisches Tun. Sexuelle Bildung sollte ein Bewusstsein für diese Zusammenhänge wecken und die Menschen dazu befähigen, zu politisch relevanten Themen wie z. B.

sexuelle Gewalt, sexuelle Minderheiten und Sexualerziehung generell als kompetente Bürger und Bürgerinnen einer demokratischen Gesellschaft mitreden und handeln zu können.

Literatur

- Amendt, G., 1970. Sex-Front. März Verlag, Frankfurt/M.
- Freud, S., 1905. Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Gesammelte Werke Frankfurt 1960: Fischer Verlag, 27–145.
- Herrmann, U., 2010. Vor 100 Jahren wurde die Odenwaldschule gegründet – Anfang und Erfolge, Krise und Zukunft eines „Pädagogischen Laboratoriums“. In: Jubiläumsschrift der Odenwaldschule, unter: <http://forum-kritische-paedagogik.de/start/?p=31>
- Kentler, H., 1970. Sexualerziehung. Rowohlt, Reinbek.
- Kluge, N., (Hrsg.) 1976. Sexualerziehung als Unterrichtsprinzip. Klinghardt, Darmstadt.
- Koch, F., 1971. Negative und positive Sexualerziehung. Eine Analyse katholischer, evangelischer und überkonfessioneller Aufklärungsschriften. Quelle & Meyer Verlag, Heidelberg.
- Maskus, R., 1979. 20 Beiträge zur Sexual- bzw. Geschlechtererziehung. Academia-Verlag, St. Augustin.
- Müller, W., 1992. Skeptische Sexualpädagogik. Möglichkeiten und Grenzen schulischer Sexualerziehung. Beltz, Weinheim.
- Reich, W., 1927. Die Funktion des Orgasmus. Revidierte Fassung: Frühe Schriften II, Köln, Kiepenheuer & Witsch 1982.
- Reich, W., 1932. Die Sexualität im Kulturkampf, rev. Neuauflage als: Die sexuelle Revolution, Frankfurt/M. 1966, Europäische Verlagsanstalt.
- Reiche, R., 1971. Sexualität und Klassenkampf. Frankfurt/M., Hamburg, Fischer.
- Siggelkow, B., Büscher, W., 2008. Deutschlands sexuelle Tragödie. Wenn Kinder nicht mehr lernen, was Liebe ist, München, Gerth Medien.
- Valt, K., 2008. Sexuelle Bildung: Neues Paradigma einer Sexualpädagogik für alle Lebensalter. In: Schmidt, R.-B. u. Sielert, U., 2008. Handbuch Sexualpädagogik und sexuelle Bildung. Weinheim und München, Juventa, 125–140.
- Van, U.J., 1977. Sexualunterdrückung. Geschichte der Sexualfeindschaft. Gießen, focus-Verlag.
- Wolff, W., 1993. Max Hodan (1894–1946). Sozialist und Sexualreformer. Hamburg, Von Bockel Verlag.
- Wüllenweber, W., Müller, H., 2007. Voll Porno. Wenn Kinder nicht mehr lernen, was Liebe ist. In: Stern, Heft 6/2007, 64–72.

Autor

Prof. Dr. Uwe Sielert, Institut für Pädagogik, Philosophische Fakultät Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Olshausenstr. 75 D-24118 Kiel, e-mail: sielert@paedagogik.uni-kiel.de



Renate-Berenike Schmidt / Uwe Sielert (Hrsg.)

Handbuch Sexualpädagogik und sexuelle Bildung

Beltz-Verlag

850 Seiten, 2. überarbeitete Auflage, erscheint voraussichtlich 01/2013

EUR 98, ISBN 978-3-7799-0798-5

Das Handbuch bietet einen umfassenden Überblick und eröffnet neue Perspektiven für Forschung, Theoriebildung und praktische Arbeit. Es wendet sich an (sexual-)pädagogisch Tätige des Erziehungs-, Sozial- und Gesundheitswesens sowie Studierende und Lehrende der entsprechenden Fachrichtungen.

Menschen lernen auch als sexuelle Wesen ein Leben lang – fremd- und selbstbestimmt. Nicht nur Kinder und Jugendliche, sondern auch Erwachsene und alte Menschen bedürfen in einer sexuell unübersichtlich gewordenen Gesellschaft der Unterstützung bei der Gestaltung des eigenen Lebens.

Das Handbuch reagiert darauf mit der Erweiterung der Sexualpädagogik um den Begriff der ‚sexuellen Bildung‘. Der Blick wird auf gesellschaftliche Bereiche ausgeweitet, die bislang wenig Beachtung fanden, etwa die Erwachsenen- und Altenbildung, die verbandliche Jugendarbeit, die Resozialisierung in Justizvollzugsanstalten sowie sexuelle Menschenrechte.

In vielen Bereichen betritt das Handbuch somit Neuland, ohne dabei Altes und Bewährtes zu vernachlässigen. Nach der Darstellung der theoretischen Grundlagen nehmen die Autorinnen und Autoren Moraldiskurse, sexuelle ‚Genderbildung‘, Gefahren- und Schutzdiskurse, Sexualität und sexuelle Bildung in Institutionen, Didaktik und Methodik und den Professionalisierungsdiskurs in den Fokus.

Sex mit Kindern – Diskurse und Realitäten*

Sophonette Becker

Sex with Children – Discourses and Realities Einleitung

Abstract

The horror evoked by the sexual abuse and the hectic debate of 2010 about the victims, perpetrators and the involved pedagogical institutions motivated manifold detective-like activist suggestions. Appropriate therapeutic measures for both the „victims“ and the „perpetrators“ and the effective prevention of sexual abuse require however differentiation. This article deals with various groups of perpetrators and potential perpetrators, with qualitative, quantitative and contextual characteristics of sexual abuse and their usefulness for potential psychological processing. The article also treats structural problems in keeping with the social discourse on sexuality and sexual abuse.

Keywords: Sexual Abuse, Sexual Traumatization, Pedosexuality

Zusammenfassung

Dem Entsetzen über den sexuellen Missbrauch und der erregten Hektik der Debatte 2010 über Opfer, Täter und involvierte pädagogische Einrichtungen folgten vielfach detektivisch-aktivistische Vorschläge. Angemessene therapeutische Angebote sowohl für „Opfer“ als auch für „Täter“ ebenso wie eine wirksame Prävention sexuellen Missbrauchs setzen dagegen Differenzierungen voraus. Der Artikel befasst sich mit unterschiedlichen Gruppen von Tätern und potentiellen Tätern, mit qualitativen, quantitativen und kontextuellen Merkmalen des sexuellen Missbrauchs und deren Folgen für Möglichkeiten und Probleme der psychischen Verarbeitung sowie mit strukturellen Problemen auf dem Hintergrund des gesellschaftlichen Diskurses über Sexualität und sexuellen Missbrauch.

Schlüsselwörter: Sexueller Missbrauch, sexuelle Traumatisierung, Pädosexualität

Im Frankfurter Institut für Sexualwissenschaft¹ bzw. in der Sexualmedizinischen Ambulanz² haben wir uns klinisch und wissenschaftlich mit allen sexuellen Störungen sowie mit den gesellschaftlichen Veränderungen der Sexualität (u.a. mit der Veränderung sexueller Normen und mit den sich wandelnden Kontextualisierungen von Sexualität bzw. den Diskursen über Sexualität) befasst. Auf diesem Hintergrund haben wir jahrzehntelang diagnostische und psychotherapeutische Erfahrungen sowohl mit Tätern und potentiellen „Tätern“ als auch mit „Opfern“ sexualisierter Gewalt/sexueller Traumatisierung/„sexuellen Missbrauchs“ gemacht^{3, 4}. Wir haben aber *auch* Erfahrungen gemacht mit vermeintlichem sexuellem Missbrauch, z. B. im Rahmen von Scheidungsverfahren (vgl. Gschwind & Becker, 1995).

Es war und ist nicht leicht, bei dem Thema sexueller Missbrauch/Sex mit Kindern einen kühlen Kopf zu behalten. Die Parteilichkeit für die Opfer hieß und heißt für mich immer *auch*, zu widersprechen, wenn alles und jedes (z.B. jedes erotische Signal eines Erwachsenen) zu sexuellem Missbrauch erklärt wird, weil dadurch letztlich die Traumata der wirklich Betroffenen nicht ernst genommen werden. Es heißt für mich auch, zu widersprechen, wenn jede psychische oder psychosomatische Störung (z.B. Essstörungen, die sehr verschiedene Ursachen haben können, aber auch Vaginismus, sexualisierendes Verhalten etc.) generell mit sexuellem Missbrauch erklärt wird. (Vor ein paar Monaten wurde ich wegen eines anderthalbjährigen Mädchens aus einer psychoanalytischen Babyambulanz konsultiert, das ständig onanierte: Es stellte sich heraus, dass kein sexueller Missbrauch vorlag, sondern dass das Mädchen eine überwältigende Trennungserfahrung sexualisierte – i.S. von Sex als Medikament gegen psychischen Tod.)

¹ Abgewickelt 2006.

² Abgewickelt 2011.

³ Ich teile die Kritik an dem Begriff „sexueller Missbrauch“ (wegen seiner sprachlich inhärenten Implikation eines möglichen sexuellen Gebrauchs von Kindern durch Erwachsene) und versuche diese – soweit möglich – durch Anführungszeichen deutlich zu machen; wegen der allgemeinen Verbreitung des Begriffs lässt er sich allerdings nicht vermeiden.

⁴ Vor dem Missbrauchs-Diskurs 2010 kamen weitaus mehr Frauen als Männer; Männer waren sehr viel beschämter und kamen zu 90 % auf Veranlassung bzw. Druck ihrer Partnerin.

* Vortrag gehalten beim Frankfurter Arbeitskreis für Psychoanalytische Psychotherapie (FAPP) e.V. am 21. 3. 2012.

Reflektierte Parteilichkeit bedeutet für mich auch, PatientInnen aufzufangen, die verstört zu mir kamen, weil ihre TherapeutInnen versucht hatten, sie dazu zu zwingen, sich an einen vermeintlichen sexuellen Missbrauch zu erinnern („forced memory“), manchmal sogar unter Hinweis auf einen eigenen Missbrauch, was die Abgrenzung zusätzlich erschwerte bzw. zu fatalen Anpassungsversuchen an den Therapeuten / die Therapeutin geführt hatte – und *gleichzeitig*, mich immer wieder für die Anerkennung der Realität des sexuellen Missbrauchs einzusetzen, der nach wie vor verleugnet bzw. verharmlost wird.

Um diesen Balance-Akt zu schaffen, haben wir uns auch immer wieder mit den jeweiligen gesellschaftlichen Diskursen über das Thema sexueller Missbrauch befasst.

Jenseits des Medien-Hypes „sexueller Missbrauch“ und der dazu gehörenden öffentlichen Erregung 2010 bleibt als wichtigstes Ergebnis: Die öffentliche Anerkennung der Tatsache, dass in gut beleumdeten und verdienten pädagogischen Einrichtungen (vor allem der Katholischen Kirche und der Reformpädagogik) in großem Umfang sexueller Missbrauch möglich war und stattgefunden hat und über viele Jahre aktiv und bewusst verschwiegen bzw. verleugnet wurde. Diese öffentliche Anerkennung der Realität hat für viele Opfer sexueller Gewalt in den genannten Einrichtungen eine ähnlich heilsame, therapeutische Wirkung gehabt wie etwa der Internationale Gerichtshof in den Haag für die Opfer sog. ethnischer Säuberungen: Die öffentliche Anerkennung der Realität des traumatisierenden Unrechts/der Gewalt *rückt* etwas zurecht in der bis dahin „privaten“ *Verrücktheit*; und dies ist unabdingbar für die Möglichkeit der Verarbeitung des Traumas, für die Wieder-Herstellung des „Welt-Vertrauens“ (vgl. Becker, 1997a).

Was pädagogische Institutionen für Gewalt und sexuelle Gewalt gegenüber Schutzbefohlenen anfällig macht, bedarf sicherlich weiterer Analyse und Forschung. In Bezug auf sexuellen „Missbrauch“ stehen wir allerdings keineswegs am Anfang, auch wenn derzeit manchmal so getan wird: Es gibt nicht nur schon lange solide klinisch-wissenschaftliche Forschung dazu, sondern auch erprobte präventive Konzepte. Wir müssen das Rad nicht neu erfinden, wir können und sollten viel bereits Vorhandenes nutzen bzw. wieder aufgreifen. Populistischer Strohfeuer-Aktivismus hilft niemandem, schützt kein Kind vor sexuellen Übergriffen.

Es geht jetzt zum einen um die tiefere Analyse der strukturellen Probleme, die zur sexuellen Ausbeutung von Kindern und Jugendlichen beitragen; diese Analyse wurde im aufgeregten Diskurs 2010 weitgehend vernachlässigt⁵.

⁵ Eine Ausnahme war der Aufsatz des Soziologen Ulrich Oevermann im „Merkur“ 2010, der auch für TherapeutInnen interessant ist.

Zum anderen geht es um die Lehren, die aus den Fakten der sexuellen Ausbeutung von Kindern und Jugendlichen und dem dazugehörigen Verschweigen sowie aus dem Diskurs darüber zu ziehen sind und wie man diese Lehren in Bezug auf Aufarbeitung und auf Prävention umsetzen kann – und da herrscht keineswegs Klarheit und Einigkeit. Um nur ein paar Beispiele zu nennen:

- ◆ Runder/eckiger Tisch – ohne Beteiligung des Gesundheitsministeriums, das für Psychotherapie zuständig ist,
- ◆ Wann und wie ist finanzielle „Entschädigung“ sinnvoll?
- ◆ Welche therapeutische Hilfe brauchen „Opfer“ und „Täter“?
- ◆ Welche Fortbildung benötigen LehrerInnen, ErzieherInnen etc.? Derzeit wird der Fokus eher ausschließlich auf sexuellen Missbrauch gelegt (abgetrennt/unter Ausblendung von kindlicher und jugendlicher Sexualität jenseits des Missbrauchs)
- ◆ Reichen für die präventive Arbeit mit Kindern „Stark-mach / sag-nein“-Manuale aus? Oder delegieren diese die Verantwortung an die Kinder?
- ◆ Es wurde ein Massen-Screening aller im pädagogischen Bereich Tätigen auf ihre sexuelle Orientierung vorgeschlagen – was zum Glück nicht realisiert wurde.
- ◆ u. v. m. – vgl. exemplarisch die Anhörung zum Thema „Sexueller Missbrauch“ im Hessischen Landtag am 25.5.2011 und die defizitäre Wirklichkeit der Versorgung.⁶

Angemessene therapeutische Angebote für Opfer und für Täter ebenso wie eine wirksame Prävention sexuellen Missbrauchs setzen Differenzierungen voraus – sowohl was unterschiedliche Gruppen von Tätern und potentiellen Tätern betrifft, als auch in Bezug auf qualitative, quantitative und kontextuelle Merkmale des sexuellen Missbrauchs und dessen Folgen für Möglichkeiten und Probleme der psychischen Verarbeitung. Dagegen verhindern eine grenzenlose Ausweitung des Begriffs „sexueller Missbrauch“ ebenso wie vorschnelle Erklärungen / Schuldzuweisungen (z.B. „das Zölibat“, „die Reformpädagogik“, „die sexuelle Liberalisierung“) eine differenzierte Sicht auf tatsächliche strukturelle, sexuellen Missbrauch begünstigende Faktoren: z.B. geschlossene, abgeschottete Systeme und Institutionen; extreme Hierarchisierung der

⁶ http://www.hessischer-landtag.de/icc/Internet/nav/019/broker.cal?uMen=7b46034b-052a-7911-a7c5-ab64c48b23a9&uCon=ebd62743-3af3-b21a-a70e-16402184e373&uTem=aaaaaaaa-aaaa-aaaa-bbbb-000000000008&cal_monthToDisplay=5.2011&cal_startDate=25.5.2011&cal_endDate=25.5.2011

Generationendifferenz (Kirche), Entgrenzung/Verleugnung der Generationendifferenz (Odenwaldschule).⁷

Im Folgenden will ich in Bezug auf „Täter“ und „Opfer“ ein paar Differenzierungen skizzieren, die ich für wichtig halte, obwohl oder gerade weil in der öffentlichen Debatte Differenzierung oft mit Verharmlosung gleichgesetzt wurde.⁸

Täter und potentielle Täter

- 1) Nachdem es 2010 erstmals vermehrt um sexuellen Missbrauch von Jungen ging, wurden in der medialen Aufregung immer wieder Homosexualität und Pädosexualität miteinander vermengt⁹: Diese Vermengung von Homosexualität und Pädosexualität ist so falsch und so richtig wie wenn man sexuellem Missbrauch innerhalb der Familie (Vater/Tochter) und Vergewaltigung aus Heterosexualität ableiten würde.
- 2) Die Mehrheit der sexuellen Taten an Kindern (innerhalb und außerhalb der Familie) wird nicht von pädosexuell strukturierten Männern begangen¹⁰, sondern hier geht es um Sexualisierung von Macht, Ohnmacht, Krisen der Männlichkeit etc. (vgl. Becker, 1997b; Dannecker, 2007; Gschwind, 2010). Manche Männer, die ihre männliche Potenz als bedroht und das weibliche Geschlecht als gefährlich wahrnehmen, sich etwa von ihrer Partnerin ständig entwertet und kastriert fühlen, stärken dann ihr lädiertes Selbstwertgefühl durch sexuelle Kontakte zu Kindern, in denen sie ein schwaches, leicht zu beherrschendes Sexualobjekt sehen. (Um Vergleichbares geht es auch bei der Mehrheit der Internet-Kinderpornographie-User.)
- 3) Nicht alle strukturierten Pädosexuellen beuten Kinder sexuell aus. Manche dieser strukturierten Pädosexuellen, die ihre sexuelle Fixierung niemals mit Kindern ausleben, gelingt dies nur um den Preis

schwerer Depressionen; andere können mit Hilfe von Bildern (früher: Versandhauskataloge, FKK-Zeitschriften; heute: Kinderpornographie im Internet) die Umsetzung ihrer sexuellen Fixierung in Handlungen auf Masturbation begrenzen. (Allerdings gibt es auch Männer – mit und ohne pädosexuelle Fixierung – die in Folge immer häufigeren Konsums von Kinderpornographie im Internet mit begleitender Masturbation zunehmend dranghaft reale sexuelle Kontakte mit Kindern suchen.) Wiederum anderen strukturierten Pädosexuellen gelingt es mit Hilfe von Psychotherapie, ihre pädosexuelle Fixierung zu kontrollieren. (vgl. das „Dunkelfeld“-Projekt „Kein Täter werden“ an der Berliner Charité, Gruppentherapie für Pädosexuelle am Hamburger Institut für Sexualforschung, aber auch Einzeltherapie).

„Opfer“

Folgende Aspekte werden oft vernachlässigt:

- ◆ **Nachträglichkeit:** In der Psychoanalyse ist es ein bekanntes Phänomen, dass man etwas erlebt, das in einem bestimmten Alter (z. B. vor der Pubertät) noch keine Bedeutung bekommt, aber zu einem späteren Zeitpunkt (z.B. ab der Pubertät) aufgrund neuer Erfahrungen/Entwicklungen *nachträglich* mit einer neuen Bedeutung, ev. auch mit einer traumatischen, aufgeladen wird. Nicht jeder sexuelle Missbrauch von Kindern wirkt *unmittelbar* traumatisch! Die amerikanische Autorin Susan Clancy (2009), die das empirisch gut untersucht hat, wurde in der Öffentlichkeit beschimpft, sie verteidige bzw. verharmlose Pädosexualität – völlig zu Unrecht, weil sie nur belegt hat, dass es Kinder gibt, die den sexuellen Missbrauch (wenn er nicht mit körperlicher Gewalt verbunden ist) zunächst als lästig, „eklig“, unverständlich oder verwirrend erleben, und erst später im psychosexuellen Reifungsprozess das Geschehen *neu* interpretieren, was *dann* allerdings blockierend, entwicklungshemmend und ev. auch traumatisch wirken kann. So z.B. auf den „homosexual-to-be“¹¹, der als präpubertäres Kind sexuelle Kontakte zu Pädosexuellen hatte, die er damals als „Macht über den Erwachsenen“ oder als „unerwünschten Nebenaspekt“ einer ansonsten von ihm als wichtig und fürsorglich bewerteten Beziehung erlebt hatte und die ihm in der Pubertät die Akzeptanz der eigenen Homosexualität

⁷ Vgl. die Filme „La mala educacion“ von Almodovar (Kirche) und „Geschlossene Gesellschaft“ von Regina Schilling und Luzia Schmid als Referenz zur Problematik der Odenwaldschule.

⁸ Die Anführungsstriche sollen darauf hinweisen, dass beide Begriffe Menschen essentialistisch auf etwas reduzieren; besonders für „Opfer“ ist es sehr wichtig, nicht nur als Opfer gesehen zu werden – schon gar in einer Gesellschaft, in der „Du Opfer“ unter Jugendlichen zum Schimpfwort geworden ist.

⁹ Der vielfach noch benutzte Begriff „Pädophilie“ scheint mir ungenauer als „Pädosexualität“, da es ja um die sexuelle Orientierung geht.

¹⁰ Unter strukturierten Pädosexuellen versteht man Männer, die durchgängig (und z.t. auch exklusiv) auf Kinder als Sexualobjekt fixiert sind; sie werden z. T. auch als „Kern-Pädosexuelle“ bezeichnet.

¹¹ Also der Junge, der sich auf dem Weg in Richtung einer homosexuellen Entwicklung befindet.

erschweren¹²; oder z. B. auf das prä-heterosexuelle Mädchen, das den sexuellen Missbrauch bzw. eine sexuelle Grenzverletzung durch den Vater seinerzeit als Bevorzugung gegenüber ihren Geschwistern interpretiert hatte und jetzt in der Pubertät auf altersadäquate körperliche Annäherungen gleichaltriger Jungen mit Ekel und Schuldgefühlen reagiert; oder ein heterosexuelles Mädchen, das einen „minder-schweren“ sexuellen Übergriff durch den Vater in der Kindheit jetzt innerhalb eines massiven Ablösungskonflikts mit dem Vater während der Pubertät neu bewertet.

- ◆ Die Bedeutung des Kontextes bei der Bewertung der Folgen des sexuellen Missbrauchs

a) **die Beziehung zum Täter vor dem Missbrauch:** Z. B., wenn die Beziehung des Opfers zum Täter die einzig verfügbare oder die „beste Beziehung“ war, die das Kind überhaupt hatte – vgl. den österreichischen Schriftsteller Josef Haslinger, der „die Pädophilen“ innerhalb der durch „ständiges Erniedrigtwerden bis hin zur körperlichen Gewalt“ geprägten „Sphäre klösterlicher Gewalt“ als „Oase der Zärtlichkeit“ erlebte¹³. Dieser Aspekt entschuldigt nichts, aber die Bindung an den Täter zu verstehen ist für die Psychotherapie wesentlich: z.B. für das (häufige) Haften von Masturbationsphantasien an der sexuellen Traumatisierung („das ist doch meine einzige Heimat“ beschrieb das ein in seiner Kindheit schwer missbrauchter Patient); z.B. zum Verständnis der Beschämung eines Patienten, dessen subjektives „Leiden“ begonnen hatte, als er entdeckte, dass er nicht der *einzig* pubertäre Sexualpartner eines berühmten und verehrten evangelischen Würdenträgers gewesen war etc.

b) Die Bedeutung weiterer Traumata: Wenn neben dem Missbrauch weitere Traumata bestanden, erschwert dies die Verarbeitung. Die schlimmste (destruktivste) Trias ist die von körperlicher Gewalt, Vernachlässigung und sexuellem Missbrauch, der dann oft als einzige Zuwendung oder sogar als „Auszeichnung“

erlebt wird: z. B. Fälle, wo das „Leiden“ erst begann, als die jüngere Schwester sexuell vorgezogen wurde.

c) Die Bedeutung stützender/vertrauensvoller Beziehungen im sozialen Umfeld. Konnte das missbrauchte Kind sich jemandem mitteilen oder nicht? Wurde diese Mitteilung ernstgenommen und welche Konsequenzen hatte sie? Gab es andere wichtige Beziehungen?

Strukturelle Aspekte der Thematik

Im Folgenden möchte ich einige weitere mir zentral erscheinende Aspekte anreißen.

Zeitlicher Kontext und Diskurs

Die Fälle „sexuellen Missbrauchs“ (sexueller Gewalt, sexueller Ausbeutung) von präpubertären Kindern und pubertierenden Jugendlichen (insbesondere Jungen), um die es jetzt vor allem ging, sind vorwiegend in den 50er- bis Mitte der 80er Jahre geschehen. (s.a. Angaben des „Runden Tisches“ und der „Hotline“ der katholischen Bischofskonferenz über Alter der AnruferInnen. Kirche: 50er-70er Jahre, Odenwaldschule: 70er-Mitte der 80er Jahre¹⁴). Die zuvor thematisierte nicht minder skandalöse massive körperliche Gewalt gegenüber Heimkindern in den 50er-70er Jahren fand im Gegensatz zum „sexuellen Missbrauch“ nur wenig öffentliche Resonanz – vielleicht, weil das Faszinosum „Sex“ fehlte; vielleicht aber auch, weil es nicht um „unsere“ Kinder ging.

Viele der jetzt thematisierten sexuellen Übergriffe (im nicht-kirchlichen Bereich) fanden in den Zeiten des Diskurses der sexuellen Liberalisierung statt, der erst allmählich (vor allem durch die Frauenbewegung) durch den Diskurs der sexuellen Selbstbestimmung ergänzt bzw. nachjustiert wurde, was später zur Thematisierung von Vergewaltigung, „sexuellem Missbrauch“, „PorNo“ etc. führte, d.h. juristisch vom Verstoß gegen die „Sittlichkeit“ zum Verstoß gegen die „sexuelle Selbstbestimmung“.

Ich erwähne dies zum einen, weil in der jetzigen Diskussion die Zeiten ständig durcheinander geraten (aus dem Missbrauch von vor 40 Jahren werden präventive Maßnahme für heute abgeleitet), zum anderen aber

¹² Aufgrund meiner klinischen Erfahrung mit solchen Patienten bin ich – im Gegensatz zu der weitverbreiteten These, Pädosexuelle würden Jungen zur Homosexualität verführen – zu der Auffassung gekommen, dass sexuelle Kontakte mit Pädosexuellen homosexuelle Entwicklungen erschweren. Die oft quälende Selbstbefragung mancher heterosexueller männlicher Missbrauchs-Opfer „bin ich homosexuell?“ verstehe ich als „Deckerinnerung“ bzw. als Auseinandersetzung mit der „Schuld“, die viele Missbrauchsoffer aufgrund der Tatsache empfinden, dass es dem Täter gelungen war, sie zu erregen.

¹³ Die Welt, 14. 3. 2010

¹⁴ Würde man noch früher zurückgehen, würde man z.B. für die 10er Jahre des letzten Jahrhunderts einen Schwerpunkt sexuellen Missbrauchs von Jungen in Kadettenanstalten finden können (vgl. „Die Verwirrungen des Zöglings Törless“ von Robert Musil, 1906; Verfilmung: V. Schloendorff).

auch, um vorschnelle Schuldzuweisungen wie etwa „die 68er sind schuld“ zu relativieren. (Hier muss man auch die Nachwirkungen der Adenauer-Zeit¹⁵ berücksichtigen: Minderheiten nicht ausgrenzen war für manche ein Motiv für das Wegschauen betr. Gerold Becker) Der Liberalisierungsdiskurs erklärt also nicht den Missbrauch in der Odenwaldschule, eher das Wegschauen und die Rationalisierungen dafür. Darüber hinaus war sowohl in der Kirche als auch in der Odenwaldschule die „Loyalität“ gegenüber der Institution das zentrale unheilvolle Motiv für die lange Unterdrückung der Wahrheit über den sexuellen Missbrauch.

Erst Anfang bis Mitte der 80er Jahre fand in der BRD der erste Diskurs über „sexuellen Missbrauch“ statt, damals vor allem in Bezug auf Mädchen innerhalb der Familie. In der Folge gab es gleichzeitig weiteres Verschweigen von sexuellem Missbrauch *und* das, was Katharina Rutschky den „Missbrauch des Missbrauchs“ genannt hat.

Sexuelle Liberalisierung und sexuelle Selbstbestimmung führten dann allmählich zur Veränderung der Sexual-Moral: Von der Moral der Sünde („Unzucht“; für AgnostikerInnen: von der Abweichung vom „Normalen“) zur heute herrschenden sog. Konsensmoral, nach der alles gut bzw. erlaubt ist, was zwischen zwei entscheidungsfähigen Personen einvernehmlich geschieht. Damit bleibt nur noch ein einziges sexuelles Tabu übrig: Sex mit Kindern – ich komme darauf zurück.

Die infantile Lust und die erwachsene Sexualität

Der Mensch wird im Vergleich mit höheren Säugetieren „zu früh“ geboren – physiologisch und psychologisch unreif, instinktarm, nicht genetisch an eine spezifische Umwelt angepasst. Sexualität entsteht beim Menschen lange, bevor der Organismus zu einem sexuell reifen Körper gewachsen ist (Pubertät) – der infantilen Sexualität fehlt jede sexualspezifische organische Grundlage. Sie ist weder auf das Genitale konzentriert, noch auf die Fortpflanzung. Sie ist gekennzeichnet durch eine generelle Lustsuche (deren Anfang das „Lust-Plus“ ist, das vom Saugen zum Lutschen entsteht), sie ist ohne Orgasmus-Ziel und sie ist – entsprechend den frühen Körpererfahrungen – vielgestaltig und gibt der erwachsenen Sexualität ihre Farben und ihre Vielfalt. Die infantile Sexualität entsteht im körperlichen Austausch zwischen dem Säugling und den primären Bezugspersonen¹⁶. Die „mütterliche Fürsorge“ ist weitaus mehr als eine Versorgung: Der Säugling wird gestillt, berührt, geherzt, geküsst – von Erwachse-

nen mit einer entwickelten Sexualität und einem entsprechenden sexuellen Unbewussten. Denn die erwachsene Sexualität ist nicht abgeschaltet in der Beziehung zum Baby, sie wird in der intimen körperlichen Nähe zum Kind immer mit in Schwingung versetzt, auch wenn sie nur in seltenen Momenten bewusst erlebt wird. Konkret heißt das z.B., dass auch einem nicht-pathologischen Vater eine Erektion beim gemeinsamen Baden mit seinem Kind passieren kann; auch eine nicht-pathologische Mutter kann eine sexuelle Erregung beim Stillen erleben – die Mutter hat nicht vier Brüste, zwei Stillbrüste und zwei sexuelle Brüste, es sind dieselben – trotz der Veränderung des Prolaktinspiegels. Entscheidend ist in jedem Fall, wie die Eltern damit umgehen bzw. dass sie den Unterschied zwischen erwachsener und kindlicher Sexualität kennen und wahren.

Eine 9-Jährige kuschelt mit dem Vater im Bett; nach Oevermann muss sich dieser sicher sein, nicht mit einer Erektion zu reagieren; ich denke das aus den genannten Gründen nicht, sondern, dass es darum geht, dass er sich weder zurückweisend zurückzieht noch sexuell agiert.

Dennoch pflanzen Eltern nicht einfach ihre Sexualität in das (immer auch: aktive) Kind ein, aber die triebhafte Zwischenleiblichkeit der frühen Erfahrung ist – aufgrund der Zweizeitigkeit der sexuellen Entwicklung – asymmetrisch! Das Begehrtwerden geht entwicklungspsychologisch dem Begehren voraus, d.h. dass am Anfang der sexuellen Subjektwerdung des Kindes die Sexualisierung des Kindes durch den Erwachsenen steht. Das ist eine anthropologische Grundkonstante, sozusagen der nicht vermeidbare, notwendige „Übergriff“, der aber strukturbildend ist und Aktivität des Kindes freisetzt – im Gegensatz zu sexueller Traumatisierung, Gewalt, Ausbeutung, Übererregung, die Struktur zerstörend und blockierend wirken und das Kind passivieren.

Der Umgang der Erwachsenen mit kindlicher und jugendlicher Sexualität

Der Schweizer Analytiker Ralf Binswanger (1996) hat prototypisch vier elterliche Reaktionen auf die kindliche Masturbation beschrieben, die ich auch für das Verstehen der Bedeutung der Reaktion von Eltern und PädagogInnen auf die kindliche und jugendliche Sexualität hilfreich finde: Die „irritierte“ Reaktion hält er für die „gesunde“, Entwicklung und Autonomie fördernde Reaktion. Als potenziell pathogen wirkende Reaktionen nennt er: a) die „entsetzte“ Reaktion, b) die „liberal-gleichgültige“ und c) die „erotisierte“ (erotisierende) Reaktion. Während bei früheren Generationen die „entsetzte“ Reaktion vorherrschte, wirken heute wohl eher „liberal-gleichgültige“ und „erotisierte/erotisierende“ Reaktionen pathogen.

¹⁵ Kuppel-Paraphrase, Verfolgung homosexueller Männer etc.

¹⁶ Das sind die „rätselhaften“ Botschaften i. S. von Laplanche (1988).

Für eine gesunde psychosexuelle Entwicklung der Kinder und Jugendlichen müssen Eltern also in der Lage sein, die kindliche Sexualität ernst zu nehmen und sie anzunehmen, ohne auf sie *als Erwachsene sexuell* zu reagieren, d. h. „zielgehemmt“ auf der Vorlust-Ebene zu bleiben und *nicht strategisch i.S. des erwachsenen Genießens, der sexuellen Befriedigung* zu handeln. (Die kindlichen sexuellen Wünsche gelten dem Erwachsenen, sie meinen ihn – und sie können ihn zugleich gar nicht als Erwachsenen meinen, weil dem präpubertären Kind die erwachsene Sexualität nicht zur Verfügung steht, es den Unterschied zwischen dem kindlichen Sexuellen und der erwachsenen Sexualität noch gar nicht begreift – vgl. Ferenczi, 1932). Der Erwachsene kann das Kind sexuell erregen, kann ihm Erregung aufzwingen, aber das Kind kann diese Erregung psychisch nicht integrieren! So entsteht dann das von dem deutschen Schriftsteller Bodo Kirchoff beschriebene „Sprachloch“, ein „sprachloses Kind mit Schwanz“¹⁷.

Noch schwieriger für Erwachsene ist diese Differenzierung gegenüber Jugendlichen, die nun über einen sexuell reifen Körper verfügen, den sie aber psychisch erst mal integrieren müssen – zugleich mit erhöhten Autonomieanforderungen, der Notwendigkeit, sich von den infantilen Beziehungen zu lösen und sich Gleichaltrigen zuzuwenden; damit einher geht die Internalisierung und Verankerung einer psychischen Struktur, die ihnen die Differenzierung zwischen kindlicher Lust und erwachsener Sexualität (auch: zwischen der Liebe zwischen Kind und Eltern und der Liebe zwischen Erwachsenen) ermöglicht; zugleich wird das präformierte Sexualobjekt bewusst und zentriert (es kommt zur Festlegung der sexuellen Orientierung, zur – unbewussten – „zentralen Onaniephantasie“; vgl. Laufer, 1980). Wenn Jugendliche innerhalb dieses hürdenreichen, konflikthaften und störungsanfälligen Findungsprozesses oft ihre Sexualität gleichsam vor sich hertragen, (und auch provozieren und verführen), fühlen sich manche Erwachsene „gemeint“ („sie hat mich verführt“), was aber auch nicht stimmt, weil nur körperlich (i. S. der Geschlechtsreife), aber noch nicht psychisch ein Verhältnis zwischen „Gleichen“ besteht.

Das letzte sexuelle Tabu und seine Zukunft

Das immer schon prekäre „Primat der Genitalität“ schwächelt – sein noch von Freud (für die Pubertät) postuliertes „muss“ trifft immer weniger zu, weil genitale Sexualität – vor allem durch die Reproduktionsmedizin – nicht mehr die *Conditio sine qua non* für Fortpflanzung ist (vgl. Becker, 2010).

Es gibt kaum mehr sexuelle Tabus, die sogenannte Verhandlungsmoral (Schmidt, 1996) reguliert scheinbar alles – bis hin zum Fall des Kannibalen von Rothenburg, denn im Gegensatz zur früher geltenden Sexualmoral bewertet die Verhandlungsmoral nicht mehr die sexuelle Handlung selbst, sondern die Einvernehmlichkeit ihres Zustandekommens. „Nur noch solche sexuellen Besonderheiten, die die Verhandlungsmoral inhärent verfehlen, z.B. die Pädophilie wegen des Machtungleichgewichts der Partner, bleiben als Perversion erhalten und werden heute unnachsichtiger ausgespäht und verfolgt als früher“ (Schmidt, 2004, 13). Praktisch heißt das, dass Pädosexuelle, Inzesttäter, „Kinderschänder“ (wobei kaum differenziert wird), Sexualstraftäter kaum mehr zur Gattung Mensch gezählt werden. Schon die Psychotherapie Pädosexueller gilt manchen als „Tabubruch“ (vgl. *Die Welt* vom 31. Mai 2007), sie darf in Hamburg nur noch außerhalb des Klinikums stattfinden. In England musste ein Pädiater untertauchen, weil er im Rahmen der Hatz auf Pädosexuelle wegen der Ähnlichkeit des Wortes attackiert wurde. Die Beschäftigung mit diesen Tätern und die Verurteilung ihrer „verabscheuungswürdigen“ Handlungen ermöglicht den ständigen Konsum und den heimlichen (Mit-)Genuss dieser Taten.

Die Erosion oder Dekonstruktion der Geschlechterdifferenz ist in aller Munde und wird vielfach begrüßt. Weitaus weniger thematisiert und auch weniger gefeiert wird die parallel laufende Dekonstruktion des Alters und der Generationendifferenz: 60–70-Jährige bekommen Kinder (Abb. 1), Mutter und Tochter gehen im gleich kurzen Rock in dieselbe Disco; Freier gehen gern zu drogenabhängigen Prostituierten, weil die so kindlich wirken etc. Das berühmte „erste Mal“ der Jugendlichen findet heute häufig „unter den Augen“ bzw. Ohren der Eltern statt, statt wie früher heimlich im Auto o.ä. – noch dazu oft von Eltern, die nicht älter als ihre Kinder sein wollen. Was bedeutet das für die Ablösungsmöglichkeiten der Kinder? (Sexualität *als* Ablösung – Ablösung als Voraussetzung *für* Sexualität). Es gibt durchaus unterschiedliche Positionen zur Abnahme der Generationendifferenz: Manche finden es positiv, wenn Mutter und Tochter die „besten Freundinnen“ sind. Ich halte solche Verhältnisse für problematisch, vor allem, weil sie die Abgrenzung der Tochter von der Mutter und die Konkurrenz mit ihr in der Pubertät erschweren.

Warum wird die Dekonstruktion der Generationendifferenz weniger thematisiert und gefeiert? Zum einen sicher wegen des Jugendwahns und der Kränkung, der narzisstischen Zumutung des Älterwerdens (Abb. 2). Zum anderen aber auch, weil alle Menschen – nicht nur unbewusst – sexuelle Wünsche gegenüber Kindern haben können (und haben) und damit mehr oder weniger „zielgehemmt“ umgehen. Der Umgang mit bewusstseins-

¹⁷ Der Spiegel, 15.3. 2010.



Abb. 1 Adriana Iliescu, eine pensionierte rumenische Hochschulangestellte mit ihrer Tochter, die sie 2005 im Alter von 66 Jahren geboren hatte. Bildnachweis: BarcroftMedia.

fähigen sexuellen Impulsen von Erwachsenen gegenüber Kindern war noch nie leicht und ist in den Zeiten der Erosion der Generationendifferenz noch schwieriger geworden. Damit will ich nicht sagen, dass wir alle latent pädosexuell sind, denn die strukturierte Pädosexualität impliziert ein formiertes Sexualobjekt. Auch wenn ich nicht glaube, dass die strukturierte Pädosexualität zunimmt, habe ich doch den Eindruck, dass die Faszination durch Sexualität mit Kindern bei Männern, die keine strukturierten Pädosexuellen sind, aus vielerlei Gründen sehr verbreitet ist. Nur bei einem kleinen Prozentsatz derjenigen, die bei der 2006 in Deutschland wegen des Herunterladens von Kinderpornos aus dem Internet durchgeführten Razzia erfasst wurden, handelte es sich um echte strukturierte Pädosexuelle. Nach den Erfahrungen mit Betroffenen, die die Sexualmedizinische Ambulanz in Frankfurt am Main aufsuchten, haben bei den anderen Krisen der Männlichkeit, Sexualisierung der Hilflosigkeit (Abhängigkeit, Unschuld) des Kindes als Abwehr eigener Ohnmacht, Sammeltrieb, pubertäre Neugier u.v.m. zum Internet-Kinderporno-Konsum geführt.¹⁸

¹⁸ Der frei zugängliche, kostenlose Pornographie-Sektor im Netz wird übrigens nicht von Kinderpornographie dominiert! Der Zugang erfolgt weder „zufällig“ noch „leicht“. Man findet problemlos „Te-



Abb. 2 Botox-Boom in Deutschland: Jungliches Aussehen bis ins hohe Alter! Bildnachweis: Gerhard Haderer / Stern / Picture Press.

Die Faszination durch das Inzest-Phantasma wird mit der Dämonisierung der Pädosexualität verschleiert. Wenn ich von Dämonisierung spreche, will ich weder Pädosexualität noch sexuelle Traumatisierung von Kindern verharmlosen, sondern die Abwehraspekte des Diskurses thematisieren. Laut dem amerikanischen Sexualforscher Simon (1995, 102ff) erregen in einer bestimmten, historisch gegebenen Gesellschaft im Allgemeinen diejenigen Perversionen die größte Aufmerksamkeit, „deren Unplausibilität allmählich abnimmt [...] die im Schatten des Nachvollziehbaren auftauchen, was dazu führt, dass die Suche nach der Perversität im anderen stets eine entsprechende Suche im Selbst auslöst. Diese Suche beschwört [...] die dunkle Ahnung einer Epidemie herauf“. Simon folgert daraus, dass die Vehemenz der zeitgenössischen Reaktionen auf die Pädosexualität „nicht allein dem Wunsch nach Schutz der Kinder entspringt, sondern auch dem Bedürfnis nach Selbstschutz“. Der Konstruktion und der Verfolgung von „Sündenböcken“ kann dann eine entlastende Funktion zukommen. Und das gilt nicht nur für Männer, wie die weiblichen Perversionen, die den

nies/Lolita“, aber keinen Sex mit Kindern, auch nicht bei der Seite „Inzest“, obwohl da alles geboten wird – man muss sich nur das Alter selber phantasieren.

kindlichen Körper fetischisieren, belegen (vgl. Becker, 2002).

Zur Widersprüchlichkeit und Doppelbödigkeit des Diskurses über Sexualität mit Kindern gehört auch, dass einerseits von kindlicher Sexualität nur mehr als missbrauchter die Rede ist – und gleichzeitig der kindliche Körper zum Zwecke der Konsumförderung zunehmend medial sexualisiert bzw. fetischisiert wird. (Tangas für Kinder). Kinder werden wie Erwachsene ausstaffiert und sollen zugleich kindlich-unschuldig sein. Das aktuelle Schönheitsideal wird immer jünger (Schamlippenverkleinerungen in der Pubertät etc.) und nähert sich zunehmend dem präpubertären Körperselbst als Ideal. In den letzten Jahren werden zunehmend Jugendliche, die sich als transsexuell sehen, mit pubertätsunterdrückenden Hormonen behandelt. Manchmal frage ich mich, ob demnächst die ganze Bevölkerung mit pubertätsunterdrückenden Hormonen behandelt wird, damit niemand mehr alt werden muss – zugleich wäre damit auch die erwachsene Sexualität abgeschafft.

Fazit

Wir müssen uns Gedanken darüber machen:

- 1) wie ein weder verleugnender noch übergriffiger Umgang mit kindlicher Sexualität innerhalb und außerhalb der Familie aussehen kann,
- 2) über einen adäquaten Umgang mit der immer länger werdenden Adoleszenz mit der Generationen-differenz heute, bzw. mit ihrem Verschwinden, mit der immer komplizierteren Genealogie heute (Reproduktionsmedizin) und mit der Frage, was das alles für psychische Entwicklungen und psychische Probleme/Störungen bedeutet,
- 3) darüber, wie (auch: körperliche) Nähe in der Pädagogik möglich sein kann, ohne dabei die Generationendifferenz extrem zu hierarchisieren (Kirche) oder sie zu entgrenzen, zu verleugnen (Odenwaldschule).

Ich plädiere:

- 1) für das Wahrnehmen (das sich-bewusst-machen) von erotischen und sexuellen Gefühlen, Impulsen

- und Phantasien in pädagogischen und psychotherapeutischen Kontexten, anstatt sie zu tabuisieren und alle Probleme an Ethik-Kommissionen zu delegieren,
- 2) für eine Fortbildung von LehrerInnen und PädagogInnen über Sexualität ohne Tunnelblick auf „Pädo“ und auf „Missbrauch“.

Literatur

- Becker, S., 1997a. Trauma und Realität. Zeitschr f Sexualforsch 10, 197–207.
- Becker, S., 1997b. Pädophilie zwischen Dämonisierung und Verharmlosung. Werkblatt. Zeitschrift für Psychoanalyse und Gesellschaftskritik Heft 38, 5–21.
- Becker, S., 2002. Weibliche Perversion. Z Sexualforsch 15, 281–301.
- Becker, S., 2010. Sexuelle Verhältnisse im gesellschaftlichen Wandel – Diskurse und Realitäten. In: Thorsten, B., u. Fehmi, A., (Hrsg), Soziale Dimensionen der Sexualität. Psychosozial Verlag, Gießen, 177–194.
- Binswanger, R., 1996. Kindliche Masturbation – ein genetischer Gesichtspunkt, insbesondere bei Anorexia und Bulimia nervosa Psyche (Jg. 50) 07, 644–670.
- Clancy, S.A., 2009. The Trauma Myth. The truth about the sexual abuse of children – and its aftermath. Basic Books, New York.
- Dannecker, M., 2007. Sexueller Missbrauch und Pädosexualität. In: Sigusch, V., (Hrsg.): Sexuelle Störungen und ihre Behandlung, 4., überarb. u. erw. Aufl., Thieme, Stuttgart, New York, 295ff.
- Ferenczi, S., 1932. Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind. In: Schriften zur Psychoanalyse II, herausgegeben von Michael Balint, Psychosozial Verlag, Gießen, 2004, 303–313.
- Gschwind, H., u. Becker, S., 1995. Verdacht auf sexuellen Kindesmissbrauch. Ein Gutachten. Zeitschr f Sexualforsch 8, 168ff.
- Gschwind, H., 2010. Pädosexuelle Männer. Eine psychoanalytische Untersuchung. Zeitschr f Sexualforsch 23, 299–327.
- Laplanche, J., 1988. Die allgemeine Verführungstheorie und andere Aufsätze. Edition diskord, Tübingen.
- Laufer, M., 1980. Zentrale Onaniephantasie, definitive Sexualorganisation und Adoleszenz. Psyche 34(4), 365–384.
- Oevermann, U., Sexueller Missbrauch in Erziehungsanstalten. Zu den Ursachen. Merkur, Juli 2010, Nr. 734.
- Rutschky, K., 1992. Erregte Aufklärung. Kindesmissbrauch: Fakten & Fiktionen. Klein Verlag, Hamburg.
- Schmidt, G., 1996. Das Verschwinden der Sexualmoral. Über sexuelle Verhältnisse. Klein Verlag, Hamburg.
- Schmidt, G., 2004. Das neue DER DIE DAS. Über die Modernisierung des Sexuellen, Psychosozial Verlag, Gießen.
- Simon, W., 1995. Devianz als Geschichte. Die Zukunft der Perversionen. Zeitschrift f Sexualforsch 8, 101–121.

Autorin

Dr. Sophinette Becker, Rubensstraße 18, 60596 Frankfurt am Main, e-mail: sophinette.becker@reinmein.de

Zur Sexualisierung von NS-Tätern und Taten

Birgit Dahlke

On the Sexualization of Nazi Perpetrators and Their Deeds

Abstract

Jonathan Littell's bestseller *Les Bienveillantes* (2006) is read as a commentary on the „Nazi-Voyeurism“ that is evident not only in Germany. In texts by the children of perpetrators as well as in Littell's more than one thousand page novel one encounters a striking sexualization of narration. Why? Autobiographical texts by Niklas Frank are juxtaposed with Littell's fictional autobiography in order to develop the conflicting effects of sexualization or pornographization: obsessive crossing over the line with the goal of binding the reader in a ritual of shame, on the one hand, and, on the other, maximal visualization with the goal of critically questioning the uncircumventable media-informed character of our knowledge about the mass murder of Jews.

Keywords: Nazism, Pornography, Sexualization, Dealing with the Past

Zusammenfassung

Jonathan Littells Bestseller *Les Bienveillantes* (2006) wird gelesen als Kommentar auf einen nicht nur in Deutschland zu beobachtenden „Nazi-Voyeurismus“. Sowohl in Texten der „Täterkinder“ als auch in dem mehr als tausendseitigen Roman Littells trifft man auf eine auffällige Sexualisierung des Erzählens. Warum? Autobiographische Texte von Niklas Frank werden der fiktiven Autobiographie Littells gegenübergestellt, um zwei gegensätzliche Effekte von Sexualisierung bzw. Pornographisierung herauszuarbeiten: obsessive Überschreitung mit dem Ziel der Einbindung der Lesenden in ein Beschämungsritual einerseits und maximale Sichtbarmachung mit dem Ziel, den unhintergebar medial geprägten Charakter unseres Wissens über den Massenmord an Jüdinnen und Juden kritisch vor Augen zu führen, andererseits.

Schlüsselwörter: Nazismus, Pornographie, Sexualisierung, Vergangenheitsbewältigung

Einleitung

2007 erschien in Deutschland das Prosadebüt einer jungen Frau, das sich einer Vermarktungsstrategie bedient, die man im Filmbetrieb „Naziploitation“ nennt. Ariane

von Schirach, Enkelin des Reichsjugendführers Baldur von Schirach, spielt in *Der Tanz um die Lust* mit voyeuristischen Erwartungen eines Publikums, das sechzig Jahre nach dem Zweiten Weltkrieg der Faszination an einer Wiederkehr der Täter zu erliegen scheint. Die öffentliche Aufmerksamkeit für so unterschiedliche Bücher wie Margret Nissens *Sind Sie die Tochter Speer?* (2004), Katrin Himmmlers *Die Brüder Himmler. Eine deutsche Familiengeschichte* (2005), Richard von Schirachs *Der Schatten meines Vaters* (2005), *Denn du trägst meinen Namen. Das schwere Erbe der prominenten Nazikinder* (2000) von Norbert Lebert und Stefan Lebert, *Die Last des Schweigens. Gespräche mit Kindern von NS-Tätern* (2003) von Dan Bar-On, *Schweigen die Väter. Reden die Enkel* (2005) von Claudia Brunner und Uwe von Seltsmann oder zuletzt Barbara Bronnen: *Meine Väter* (2012) lässt auf ein ausgeprägtes Interesse an Lebenserzählungen von „Täterkindern“ schließen.

Den 2006 in Frankreich erschienenen Bestseller Jonathan Littells *Les Bienveillantes* (auf deutsch 2008 unter dem Titel *Die Wohlgesinnten* publiziert), in dem der Autor provokant die fiktive Autobiographie eines SS-Mörders entwirft, lese ich als sarkastischen Kommentar auf einen solchen, durchaus nicht nur in Deutschland zu beobachtenden „Nazi-Voyeurismus“. Sowohl in Texten der „Täterkinder“ als auch in dem mehr als tausendseitigen Roman Littells trifft man auf eine auffällige Sexualisierung des Erzählens. Warum? Im folgenden werde ich zwei autobiographische Texte von Niklas Frank der fiktiven Autobiographie Littells gegenüberstellen, um zwei gegensätzliche Effekte von Sexualisierung bzw. Pornographisierung herauszuarbeiten.¹

¹ Dieser Beitrag greift Überlegungen aus zwei früheren Publikationen auf und entwickelt sie weiter: Dahlke, B., *Nuda Veritas? Zum Effekt des Pornographischen in Jonathan Littells Roman Les Bienveillantes*. In: Scham und Schuld. Geschlechter(sub)texte der Shoah. Hg. von Maja Figge & Konstanze Hanitsch. Transcript Verlag, Bielefeld 2010, 301–317 sowie Dahlke, B., *Voyeurism? Autobiographies by Children of the Perpetrators*. Niklas Frank. *Der Vater. Eine Abrechnung* (1987), Niklas Frank: *Meine deutsche Mutter* (2005). In: *German Life-Writing in the Twentieth Century*. Ed. by Birgit Dahlke, Dennis Tate, Roger Woods. Camden House, New York 2010, 137–150.

Abrechnung mit dem Täter Vater

Niklas Frank konnte sich beim Schreiben seines Buchs *Der Vater. Eine Abrechnung* 1987 auf umfangreiches Quellenmaterial stützen, hatte doch der Vater als Nazifunktionär seine Bediensteten beauftragt, dessen Äußerungen selbst auf Festen mit zu stenografieren. Die 42 Bände Tagebuch, die so entstanden waren, dienten im Nürnberger Prozess als Anlagematerial. Noch während des Prozesses, in dessen Ergebnis der hohe NS-Jurist 1946 hingerichtet wurde, hatte Hans Frank Tagebuch geschrieben.

Niklas Frank zwingt seine Leserinnen und Leser vom ersten Satz an in eine sexualisiert-voyeuristische Position: „Goldfasansamen zu Reichsfrauenei. Sie hatte keinen Orgasmus, als Du kamst, als ich kam. Sie hatte nie Gefühle, wenn Du auf ihr lagst, feist wie Du warst, als Du mich zeugtest. Du wusstest das nicht, ich weiß es von Tante Margot.“² 1939, im Geburtsjahr des Sohnes, war Hans Frank von Hitler zum „Generalgouverneur“ des besetzten Polen – einschließlich der dort errichteten Vernichtungslager – ernannt worden. Die emotionsgeladene Abrechnung mit dem Vater lässt, das zeigt bereits der Auftakt, den Sohn auch in der Rolle des Autors nicht ungeschoren. Die Narration setzt nicht mit den Verbrechen des Vaters, dem Nürnberger Prozess oder dem Todesurteil ein, auch nicht mit frühen Erinnerungen des Kindes. Stattdessen imaginiert das erzählende Ich den Ursprung der eigenen Existenz voller Selbsthass als rohen animalischen Zeugungsakt. Die stilistisch betont unbeholfene Zusammensetzung aus der ironischen zeitgenössischen Bezeichnung für höhere NS-Funktionäre und biologischem Volksmund-Wortschatz funktioniert eben nicht in der offensichtlich angestrebten Weise größtmöglicher Distanznahme zu Vater und Mutter, sondern sie führt schon im Eröffnungssatz deren Scheitern vor Augen. Statt Abstand zu sichern, kündigt der stilistische Salto von Affekten der Erzählstimme gegenüber dem zu Erzählenden. Die gattungsspezifische Leit-Struktur der Autobiographie „Wie ich wurde was ich bin“ wird ins Negative gekehrt: In der Retrospektive erscheint bereits der Zeugungsakt als Verhängnis. Er wird, noch bevor die Figuren als „Vater“ und „Mutter“ bezeichnet werden, einer Logik des Abjekten zugeordnet, das erzählende Subjekt konstituiert sich im ekel-besetzten Abwehreffekt. Die syntaktische Kopplung der Umschreibung der väterlichen Ejakulation („als du kamst“) an die Genealogie des erzählenden Ichs („als ich kam“) lese ich als Ausdruck einer Fixierung des Autors. Er gesteht sich keine andere als die Identität des Tätersohnes zu. Er schreibt nicht als der historisch

gebildete, publizistisch geschulte Intellektuelle von beinahe 50 Jahren, der er zum Zeitpunkt des Schreibens ist, sondern er retardiert erzählerisch zum ewigen Sohn. Die Erzählstimme ist paradox strukturiert: aufgrund des „autobiographischen Pakts“ muss sie den Lesenden als Referenz-Autorität dienen, im Erzählvorgang selbst jedoch versucht sie ununterbrochen, die eigene Autorität zu untergraben, sie sozusagen schon projektiv zu beschmutzen. Die direkte Anrede des Vaters, die sich durch den gesamten Text zieht, stört die Erzählperspektive der Autobiographie. Statt an die Leserschaft wird der Text damit an den Toten adressiert. Wie in einem Brief werden sämtliche Anredeformeln großgeschrieben. Der performative Akt der Anrufung des Vaters ist allerdings von vornherein zum Scheitern verurteilt, da der Angerufene nicht mehr antworten, vor allem aber auch nicht zuhören kann. Zwingt der Autor demnach seine LeserInnen dazu, an dessen Stelle zu treten? Der große zeitliche Abstand zwischen Schreibakt (Mitte der 1980er Jahre) und juristischer Verurteilung des Vaters (1945), zwischen Erzählzeit und erzählter Zeit, führt nicht etwa zu historisierender Distanz, sondern er steigert die Verzweiflung im Sprechakt der Nachträglichkeit. Auch wenn die Leerstelle des Gegenübers im Text durch Zitate aus Notizen, Briefen und dem Haft-Tagebuch des Vaters besetzt wird, kommt kein Dialog zustande, den wir unter Wahrung unserer Souveränität lesen könnten. Unabhängig von der inhaltlich überaus polemischen Auseinandersetzung an der Textoberfläche enthüllt der Respekt, den das erzählende Ich diesen Zitaten zollt, deren institutionellen Charakter. Die Anrufung des Vaters hat sowohl autoritären als auch autoritativen Charakter. Die Anrede konstituiert ihr Gegenüber in einem Akt verletzenden Sprechens per Sexualisierung. Dass der Sohn Zitate aus Tagebüchern wiedergibt, diese jedoch immer wieder durch kursiv abgehobene Kommentare und Einsprüche unterbricht, dass er den Vater in jedem zweiten Satz der Feigheit und Lüge bezichtigt oder einer grotesken Stil-Kritik aussetzt, weist auf die Bedrohung hin, die der Text des Toten für das schreibende Ich darstellt. Niklas Frank ist mit seinem Abrechnungsversuch in der schon aus Kafkas *Brief an den Vater* (1919) bekannten paradoxen Situation, den Vater töten zu wollen und ihm dabei symbolisch erneut Macht zu verleihen. Sein Buch als „zweiten Nürnberger Prozeß“ verstehend, phantasiert sich der schreibende Sohn vier Jahrzehnte nach der Hinrichtung des Vaters in die Rolle des, wie er schreibt, „Kläger[s], Richter[s], Henker[s] zugleich“. Nicht umsonst sind diese Rollen in der juristischen Praxis allerdings aufgeteilt. Bieten Familienerzählungen im Allgemeinen gerade durch ihre offenen, zur Variierung freigegebenen Bruchstellen identitätsbildende Anschlussmöglichkeiten für die Nachgeborenen, dann sind die Interventionen Franks als Versuch anzusehen,

² Niklas Frank. *Eine Abrechnung*. Mit einem Vorwort von Ian Kershaw und Ralph Giordano. Goldmann, München 2005, 11.

sich in die Familienerzählung so einzuschreiben, dass privates und offizielles, kommunikatives und kulturelles Gedächtnis zur Deckung kommen. Dass dies auch in anderen Fällen so gut wie unmöglich ist, hat Harald Welzers Mehrgenerationenforschung zum Familiengedächtnis inzwischen gezeigt.³ Familiäre Erinnerungen unterliegen in besonderem Maße Loyalitätsverpflichtungen sowie dem Druck, Identität und Kohärenz zu sichern. Wo der Schatten des Völkermords auf die Familiengeschichte fällt und das Verbrechen in der erinnerten Kindheit verankert ist, erhöht sich die Spannung zwischen den gegensätzlichen, einander nahezu ausschließenden Anliegen. Insofern sind die Widersprüche, in die sich Niklas Frank verstrickt, beinahe zwangsläufig. Sie zeigen sich darin, dass das Text-Ich mal als Teil der mörderischen Vaterwelt spricht, ein anderes Mal als Teil der Generation der Nachgeborenen. Da beide Sprechakte in der gleichen rhetorischen Form erfolgen, im „Wir“, stehen sie sich ständig im Wege. Die Erzählkonkurrenz zwischen den Generationen geht wider Erwarten negativ für den Sohn aus, der den toten Eltern ungewollt das letzte Wort erteilt. In einem autobiographischen Narrativ, das die Grenze zum imaginären Vater nicht klar genug markiert, kann weder die Erfahrungsdifferenz zwischen Vater und Sohn noch die Wissensdifferenz zwischen Nürnberger Prozess und nachgeholtem literarischen Prozess heuristisch genutzt werden. Auch am Ende der Lebenserzählung stellt sich das erzählende Ich nicht als kohärente Einheit her.

Die Mutter wird zur „deutschen Mutter“

Die Strategie des sexualisierenden verletzenden Sprechens wird in der schriftlichen Auseinandersetzung mit der Mutter als Nutznießerin des Dritten Reichs, die acht Jahre nach Erscheinen des Vaterbuchs erfolgt, noch gesteigert. Die Mutter wird hier zum Prototyp einer „deutschen Mutter“ verallgemeinert: *Meine deutsche Mutter* heißt der 2005 erschienene Text. Auch sie wird im Text mitunter direkt angesprochen, hier ist die Distanz, vor allem aber der Distanzierungswunsch jedoch von vornherein stärker ausgeprägt. Immer wieder wird die von der Mutter erzwungene körperliche Nähe als bedrohliche Grenzüberschreitung thematisiert. Der größere Abstand wirkt sich positiv auf den Text aus, die Rekonstruktion biographischer Fakten, verbunden mit der Wiedergabe später Selbstaussagen und anekdotischer Elemente aus

dem Familiengedächtnis, ermöglicht Einsichten in das Persönlichkeitsprofil dieser so „deutschen Frau“. Zur „deutschen Mutter“ im Sinne der NS-Mütterideologie wird „Brigitte“ nach Ansicht ihres Sohnes dadurch, dass sie „dem Führer“ fünf Kinder „schenkt“ und diese hemmungslos als Waffe im Kampf um materiellen Reichtum und sozialen Aufstieg einsetzt. Motive, Wünsche und Erwartungen werden ihr eher unterstellt als offengelegt. Der Autor scheint sich für psychische Mechanismen der Verschiebung, Projektion, Überlagerung und Wechselrahmung kaum zu interessieren.

Während Malte Ludin in seinem Dokumentarfilm *2 oder 3 Dinge, die ich von ihm weiß* (2005) buchstäblich vor Augen führt, wie die emotionale Bindung an die Mutter die Kinder bis in ihr spätes Erwachsenenalter in existenziell bedrohliche Loyalitätskonflikte zwingt, sobald sie versuchen, dem familiären Mythos vom Vater als Ehrenmann und „Opfer einer schrecklichen Zeit“ entgegenzutreten, schildert Frank zwar ähnliche Symptome, analysiert die Position der Mutter als „Wächterin“ über das Familiengedächtnis jedoch nicht.

„Solange sie lebte, hätte ich mich an diesen Film nie gewagt“, kommentiert Malte Ludin zu Beginn seines Films aus dem Off, „und sie lebte lange“. In der unmittelbaren sozialen Interaktion der Generationen ist die erzählte Erinnerung eben emotional wirksam und erzeugt Sichtweisen auf die Geschichte, gegen die eine noch so fundierte historische Faktendarstellung wenig ausrichten kann. Emotionen und Kognitionen wirken auf unterschiedlichen Ebenen des Bewusstseins. Die erzählenden ‚Täterkinder‘ Niklas Frank und Malte Ludin sind in unterschiedlichem Maße in der Lage, solche Mechanismen des emotionalen Gedächtnisses offenzulegen und sich ästhetisch dem „kommunikativen Unbewussten“ (Welzer) zu nähern. Während Ludin sich selbst in seinen Film mit hinein nimmt und darüber Auslassungen und Leerstellen sichtbar macht, die bis heute wirken, verzichtet Frank auf die Analyse der eigenen Entschuldigungsstrategien.

Auch im Muttertext gibt Frank seitenlang Briefe des Vaters wieder, z.B. aus der Nürnberger Zelle 1945. Die Mutter wird, obwohl als eine viel willensstärkere Persönlichkeit gezeichnet als der Vater, nur in Relation zu ihrem Ehemann porträtiert. Während in das Vaterbuch ausschließlich offizielle Fotografien aufgenommen wurden, welche den Vater nach der Hinrichtung 1946, als Justizminister im bayerischen Kabinett, im Arbeitszimmer auf der Burg von Krakau 1941, mit Ehefrau im offenen Dienstwagen vorm Schloss Kressendorf 1942, als Generalgouverneur von Polen und schließlich während des Verhörs im Nürnberger Kriegsverbrecherprozess zeigen – in dieser Reihenfolge –, treffen wir im Mutterbuch auf ungleich mehr „private“ Bilder aus dem Familienalbum. Während die Bildreihe im Vaterbuch durch zwei (pres-

³ Harald Welzer. Das kommunikative Gedächtnis. Eine Theorie der Erinnerung. Beck, München 2005, 164ff., sowie ders., Sabine Möller & Karoline Tschuggnall, „Opa war kein Nazi“. Nationalsozialismus und Holocaust im Familiengedächtnis. Fischer, Frankfurt/M. 2005.

seoffizielle) Opferfotografien von Wehrmachtsverbrechen und aus dem Warschauer Getto kontrastiert wird, stehen im Mutterbuch nur dann nichtprivate Fotografien, wenn der Vater (!) darauf zu sehen oder zumindest damit zu verbinden ist. Bilder, die Kriegsverbrechen dokumentieren, finden sich hier nicht. Paradoxiertweise räumt Niklas Frank der väterlichen Instanz noch aufgrund der offiziellen Verurteilung als Täter mehr Respekt ein als der Mutter. Selbst da, wo endlich einmal auch der weibliche Anteil an den Kriegsverbrechen thematisiert wird, erweist sich die patriarchale Wahrnehmungshierarchie als erkenntnishemmend. Obwohl die Mutter, im Buch vorrangig „Brigitte“ genannt, dreitausend lose Blätter, Zettel, Notizbücher und Kalender hinterließ, „auf denen sie ihr Leben wahllos in Szenen festgehalten hatte“⁴, werden diese eher selten zitiert. Ihre autobiographischen Spuren wertet der Sohn als „wahllose“ Notizen ab, während er noch den Briefen des Vaters an dessen Geliebte Lilly nachtrauert.

Parallel zu einer Szene in Oliver Hirschbiegels Film *Der Untergang* (2004), wo Hitler sich aus politischen Gründen für die Aufrechterhaltung der Ehe seines Propagandaministers Goebbels einsetzt, wird im Mutterbuch Niklas Franks ein Dialog zwischen Hitler und dem Vater beschrieben, der sich auf das protzende öffentliche Gebahren der aufstiegsorientierten Mutter bezieht. In einer Szene lässt der Autor seine Mutter direkt auf „Frau Dr. Goebbels“ (und später auf Himmler) treffen, um über Hitlers Einfluss auf die Scheidungsabsichten der Ehemänner zu sprechen. Ähnlich wie im *Untergang* werden auch hier Gespräche auf der obersten NS-Führungsebene imaginiert, die auf Spekulationen beruhen, Privates und Politisches vermischen und voyeuristische Neugier auf die „Innenseite“ der Macht bedienen. Mediale Konstrukte scheinen (wie in jedem Familiengedächtnis) auch hier als Füllmaterial für Leerstellen in der autobiographischen Erzählung zu dienen. Was aber sollen die seitenlange fiktiven Dialoge Hitlers und Franks innerhalb der Auseinandersetzung mit der Mutter? Aufgrund des voyeuristischen Elements wirken selbst solche Zeugnisse eines vagabundierenden Schuldempfindens des Schreibenden ähnlich ambivalent wie die imaginierten Gefängnisgespräche unter den Naziwitwen Brigitte Frank, Emmy Göring, Ilse Heß und Margarete Frick. Die Vermischung von Fiktion und Fakt, die in Jonathan Littells narrativer Strategie, wie wir noch sehen werden, zum Instrument der Konfrontation der Nachgeborenen mit den nationalsozialistischen Verbrechen wird, wirkt sich innerhalb von Franks Muttererzählung kontraproduktiv aus, weil sie sich der Rezeptionsmechanismen der Täterfaszination zu unvermittelt bedient.

⁴ Niklas Frank. *Meine deutsche Mutter*. Beck, München 2005, 98.

Obsessive Überschreitung

In beiden Büchern Franks werden sexuell-obszöne Spekulationen eingesetzt, um das Objekt der Abrechnung zu erniedrigen und zu beschmutzen. Offensichtlich sollen die Elterninstanzen als solche entweiht werden, weshalb wörtlich von „Mutter“ und „Vater“ gerade dort die Rede ist, wo dem Vater eine „latente Homosexualität“ unterstellt oder dessen biologische Vaterschaft in Zweifel gezogen und die Mutter als Lesbe, Nymphomanin und kalte Verführerin inszeniert wird. Inflationär und vordergründig wird ordinäres Vokabular benutzt. Die vom Nachgeborenen empfundene familiäre Schande wird sozusagen in sexuelle Schande übersetzt. Das pornographische Szenario stellt Schuld her, allerdings nicht nur auf der Ebene der Abrechnungsobjekte Mutter und Vater. Der Autor generiert einen unendlichen Schuld- und Scham-Kreislauf, in den er die lesende Öffentlichkeit integriert. Die ausufernden Kommentare, mit denen ein zitierter Brief des Vaters an Hitler versehen wird, sind durchsetzt von Sexualisierungen wie „[...] wühlst Deine Zunge in sein Maul“, „jetzt geh dem Hitler endlich an die Eier, der Mann steht ja kurz vor dem Orgasmus“ oder „dem Hitler wird die Hose naß“. Die gewollt gossenssprachlich gehaltene Negation der eigenen Geburt „Man hätte Dir die Eier spleißen müssen, aus denen ich geschlüpft bin“⁵ ließe sich aus dem oben erörterten Beschämungsbegehren erklären: Wenn sich Scham am Körper dokumentiert, ist es geradezu zwangsläufig, dass Niklas Frank den Akt der Beschmutzung und Entweihung diskursiv auch gegen den eigenen Körper richtet. Wo andere in der Maskierung Schutz vor Situationen der Beschämung suchen, wird hier auf das Gegenteil, die Entblößung gesetzt. An die Stelle von Unterscheidung (des Eigenen vom Fremden, des Innen vom Außen) tritt immer wieder Vermischung. Zwar sind in dem späteren Mutter-Buch die affektgeladenen Zwischenrufe zurückgedrängt und statt vom „Vater“ ist nun distanzierend von „Hans Frank“ die Rede, die so gewonnene Souveränität wird jedoch dadurch zunichte gemacht, dass die Erzählinstanz die Grenzen zwischen Zitat, gesichertem Faktenwissen, Kommentar und Spekulationen überschreitet. Oft wird berichtartig geschildert, was angeblich 1946 im Nürnberger Gefängnis zwischen Hans Frank und den US-Soldaten ablief: „Die GIs rissen den Blutenden an seiner Unterhose von der Matratze hoch und ramnten ihre Fäuste in seinen Magen, einer trat ihm ins Gemächtige, sein heiliges, stolzes, stets bereit.“⁶ Woher weiß der Autor das? Schreibt der Vater darüber in

⁵ Niklas Frank. *Der Vater*, 83 bzw. 63.

⁶ Niklas Frank. *Meine deutsche Mutter*, 132.

senem Gefängnistagebuch? Hat er das der Mutter erzählt? Der siebenjährige Sohn war nicht dabei, der Autor jedoch spricht teils aus der Innenperspektive des Vaters, teils aus der denunzierenden des Zeugen, Richters und Anklägers. Ähnliches gilt für die Mutter, auch hier unterstellt die sexualisierende Erzählstimme ein Wissen um äußere Umstände wie auch um innere Vorgänge, das der schreibende Sohn nicht haben kann: „Hans hielt sie fest, küsste sie, tanzte mit ihr wild durch die Wohnung, dann trug er sie ins Schlafzimmer und begattete sie mit einer Wollust, die sie bei ihm liebte. Seit dieser Mann bei den schrecklichen Nazis war, hatte er seine Potenz enorm gesteigert.“⁷

Durchgängig verschwimmen die Übergänge zwischen der Familienerzählung mit Dokumentationsanspruch und der Fiktionalisierung, vor allem aber zwischen den Perspektiven des Schreibenden und den imaginierten des Vater bzw. der Mutter. Die selbstreflexive biographische Arbeit bleibt aus. Wer mit Vater und Mutter „abrechnen“ will, kann dies nicht, ohne die eigene Sozialisation zu analysieren, die ja weit vor der Geburt beginnt.

Zu große Nähe zum Hassobjekt Täter/Vater macht es nicht nur dem Autor unmöglich, Handlungsmotive und pathologische sozialpsychische Muster offenzulegen, sie erlaubt auch den Lesenden keinen Einblick in diese Strukturen. Die Art der Darstellung, nämlich der bewusste Einsatz der niederen Stilebene – über deren Erscheinungsformen im Vormärz Niklas Frank nach seinem Germanistikstudium jahrelang gearbeitet hatte – funktioniert nicht in der vom Autor intendierten Weise. Wir lesen eben nicht, „die Innenansicht einer Familie ohne Moral“, die er zeigen wollte (wie er es in einem Brief an mich im Juni 2007 formulierte), sondern wir lesen die Verschriftlichung von *hate speech*, *excitable speech*.⁸

Eine Schlüssepisode, in deren konkreter Beschreibung zentrale Beziehungs- und Verhaltensmuster erkennbar werden, findet Frank ebenso wenig wie er zu Wurzeln eigener Phantasien und Ängste vordringt. Wo andere Autoren in vergleichbaren Vätertexten⁹ die Ich-Stimme einem Erkenntnis- und Trauerprozess aussetzen, lässt Frank heutige Scham mit einer unterstellten früheren verschmelzen. Nachträglich erscheint so auch die früheste kindliche Erinnerung als beschmutzt. Was als Auseinandersetzung mit den Verbrechen des Vaters gedacht war, wird zu einem Dokument der gescheiter-

ten Selbststrettung, das urteilende Ich hasst sich vor allem selbst, es bleibt noch im Ergebnis des Schreibakts Objekt. Gründe dafür sind m. E. in der zwar rhetorisch behaupteten, narrativ jedoch nicht wirksamen Grenzziehung zwischen heutigem und früherem Ich, zwischen dem Ich und dem Vater, zwischen dem Erzählenden und dem Erzählten zu suchen. „Symbolische Schranken und Grenzziehungen (aber) sind das, was die Erfahrung des Menschen ordnet. [...] Selbst die ganz private Erfahrung kann nur mit Hilfe symbolischer Grenzziehungen organisiert werden, weil jeder Lernprozeß und jede Wahrnehmung von Akten des Unterscheidens und Klassifizierens abhängig ist.“¹⁰ Nicht das Tabu wird hier literarisch zum Problem, sondern die obsessiv betriebene Tabuüberschreitung. Die ‚Totenklage‘ des Tätersohnes bringt einen überaus disparaten Text hervor, der die Sprache nicht unbeeinträchtigt lässt, seine LeserInnen instrumentalisiert und seinen Autor nicht zum Subjekt macht. Auf der Basis von Schuld lässt sich, so scheint es, sowohl auf nationaler als auch auf familiärer Ebene nur schwer eine identitätsstiftende Narration konstruieren. Unter dem Druck der Schuld verformt sich nicht nur die Erinnerung an den Nationalsozialismus, sondern auch das Familiengedächtnis. Gerade im Scheitern können die Bücher Franks zur Quelle für ZeithistorikerInnen werden, weniger in Bezug auf das Leben des NS-Funktionärs Hans Frank, als vielmehr als Dokument des traumatisierenden Erbes, dem sich sein Sohn ausgesetzt sieht.

Obzönität als Strategie in Jonathan Littells Roman *Die Wohlgesinnten* (2006/2008)

„Die Frauen, vor allem die Kinder erschwerten uns die Arbeit manchmal sehr, es versetzte einem jedes Mal einen Stich ins Herz.“¹¹ Alles an diesem Satz ist obszön.

Zunächst einmal die Grammatik: Ukrainische Opfer nationalsozialistischer Vernichtungsaktionen von 1941 erscheinen syntaktisch-formal als Subjekte, obgleich sie auf der Inhaltsebene als entindividualisierte Ziele systematischer Tötungshandlungen erkennbar werden. Erzählt wird aus der bewusst reduzierten Perspektive eines Ichs, das sich ganz selbstverständlich als Teil des Mörder-Kollektivs wahrnimmt. Während die Formulierung

7 Niklas Frank. *Meine deutsche Mutter*, 158.

8 Zum Konzept vgl. Judith Butler. *Excitable Speech. A Politics of the Performative*. Routledge, New York, London 1997, 24.

9 Vgl. z.B. Christoph Meckel. *Suchbild. Über meinen Vater*. Claassen, Düsseldorf 1980 oder Bernward Vesper. *Die Reise*. Romanessay. Ausgabe letzter Hand. Hgg. von Jörg Schröder. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg 2003.

10 Mary Douglas. *Ritual, Tabu und Körpersymbolik*. Sozialanthropologische Studien in Industriegesellschaft und Stammeskultur (1970, 1973 überarbeitete, zweite Auflage). Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt a.M. 1986, 74.

11 Jonathan Littell. *Die Wohlgesinnten*. Roman. Berlin Verlag, Berlin, 2008, 154.

„jedes Mal“ den historisch informierten LeserInnen das Faktenwissen um die Quantität der Morde ins Bewusstsein ruft, wird Emotion ausschließlich dem Kollektiv der TäterInnen zugestanden. Während der Mörder retrospektiv über den „Stich ins Herz“ philosophiert, nimmt der ganz und gar nicht metaphorische „Stich“ in die Herzen seiner Opfer im Tätergedächtnis keinen Platz ein. Provokant spricht der Ich-Erzähler auch Jahrzehnte danach selbstverständlich von „Arbeit“. Schuld an seiner Traumatisierung – er leidet seitdem an einer Art permanenter Verstopfung mit Kotz-Zwang – so legt er nahe, sind die gemordeten Frauen und Kinder, ihr anthropologischer Status „erschwert“ die „Arbeit“ des Mordens, sie kooperierten nicht, sie starben nicht ‚wie ein Mann‘.

Das den 1400-Seiten-Roman Jonathan Littels durchziehende Motiv der Kotz-Verstopfung symbolisiert überdeutlich dessen narrative Konstruktion: Erzählt wird aus der Perspektive eines SS-Massenmörders, der sich in der Erzählgegenwart mit seiner Vergangenheit arrangiert, indem er belastende Details immer wieder auskotzt, uns auf die Buchseiten kotzt, sie versprachlicht, aber nicht verdaut. Es spricht ein affektkalter Täter, ein halbgebildeter ‚Buchhalter‘ – das Gegenstück zu Shakespeares Verbrechern. Die radikal reduzierte Erzählperspektive, über die der Autor uns Lesende in die Position des Voyeurs, der Voyeurin zwingt (hinsichtlich des in allen Einzelheiten geschilderten Erschießens, Vergiftens, Erschlagens, „Vergasens“ und zugleich hinsichtlich der obszönen Selbstreflexion des Mörders) – ist, so möchte ich zeigen, Bestandteil einer bewusst pornographisierenden Erzählstrategie.

Blick und Narration

„Die Salve krachte, und ich sah hinter den dünnen Rauchföhnchen der Gewehre *etwas Rotes aufspritzen*. Die meisten Erschossenen flogen nach vorn, mit dem Gesicht ins Wasser; zwei blieben am Rand der Grube liegen, *in sich zusammengekrümmt*. ‚Säubern Sie *das* und bringen Sie *die Nächsten!*‘, befahl Nagel. Einige Ukrainer fassten die *toten Juden* an Armen und Beinen und schlangen sie in die Grube; *laut klatschend* schlugen sie auf dem Wasser auf, das Blut, das *in Strömen* aus *ihren zerschmetterten Köpfen floss*, war über die Stiefel und grünen Uniformen der Ukrainer *gespritzt*. Zwei Männer mit Schaufeln traten vor und säuberten den Rand der Grube, schaufelten die *blutdurchtränkte Erde mitsamt Brocken weißer Hirnmasse* auf *die Toten*. Ich trat näher, um hinabzublicken: *Die Leichen* trieben im schlammigen Wasser, *die einen* auf dem Bauch, *andere* auf dem Rücken, nur noch *ihre Nasen und Bärte ragten aus dem Wasser; das Blut aus ihren Schädeln* breitete sich auf der Oberfläche wie ein dünner Ölfilm

aus, von einem leuchtenden Rot, auch *ihre weißen Hemden* waren rot, und auf Haut und Bärten liefen dünne rote Rinnsale. *Die zweite Gruppe* wurde gebracht, [...]“¹²

Ohne auf alle Details dieser für den Roman typischen Überschreitungsästhetik einzugehen, sei zumindest auf die von mir kursiv markierte namen- und gesichtslose Benennung der Opfer hingewiesen. Sie werden entmenschlicht, auf Körperteile bzw. einen (zum logistischen Problem erklärten) Blutstrom reduziert. Berichtet wird von Schlachtvieh, im rassistischen Stereotyp markiert durch Nasen, Bärte und Blut. Ausführlich erfasste physische Details erzeugen Abwehr bei uns und beim erzählenden Beobachter. Ekel erregt der physische Körper des Opfers, nicht die ‚saubere‘ Tat des Erschießens. Das erzählende Ich konstituiert sich – noch im erinnernden Rückblick – in der Grenzziehung zu den Opfern. Aufgrund der mit Ekelgefühlen verbundenen Exklusionseffekte ergibt sich eine Zweiteilung: den ekelregenden Opfern stehen die sich Ekelnden gegenüber, schon sind Lesende und Beobachter/Mörder Teil ein und derselben Gemeinschaft.

Der explizit benannte „Blick“, das für Zeitzeugen ausagen charakteristische „Ich sah“, gesteigert zu einer Adaption der filmischen Zoomtechnik („ich trat näher, um hinabzublicken“) weckt Empörung. Lesend werden wir zu Komplizen des in Kamera- und Tonspur-Wahrnehmungsdetail, aber vollkommen empathielos beschriebenen Verbrechens gemacht, das uns eben nicht als Verbrechen, sondern als Logistikproblem geschildert wird. Dieser Kriegsbeobachter ist – im Unterschied zu dem bei Tolstoi oder Remarque ganz und gar nicht entsetzt. Das Entsetzen des Beobachters als ästhetische Grundposition gegenüber dem Kriegsgeschehen fehlt völlig. Nicht nur der junge Max Aue der erzählten Zeit 1941 zeigt keine Empathie mit den Opfern, auch der gealterte Achtzigjährige der Erzählzeit lässt keinerlei Distanz zur Position des kalten Beobachters erkennen. Stattdessen wird uns überdeutlich die Konzeption des Romans offengelegt: „näher treten, um hinabzublicken“, in den Abgrund. Als Abgrund werden allerdings nicht die historischen Ereignisse des industrialisierten Massenmords präsentiert, sondern die mit Schuldwissen verbundenen emotionalen Verstrickungen, in welche nicht nur die Mörder, sondern noch die Generationen der Nachgeborenen geraten, sobald sie sich den historischen Verbrechen stellen wollen, sobald sie „wissen“ wollen.

Mit der Herausbildung der modernen Medien Film und Fotografie war die Bestimmung des Beobachtungsstandpunkts zum Gegenstand der Literatur geworden: Seit Kleist wurde er hinterfragt und die Relation von Distanz und Nähe neu bestimmt. Im Unterschied zur frühauflärerischen Tradition von Kriegsliteratur reflektiert

¹² Jonathan Littell. *Die Wohlgesinnten*, 123. Hervorhebung BD.

der Ich-Erzähler Littells seinen Beobachterstandpunkt nicht, sondern nimmt ihn anmaßend selbstverständlich und völlig unkritisch ein. Zugleich wird eben dieser Standort auf der Ebene der narrativen Konstruktion zum eigentlichen Gegenstand des Romans. Die Beobachterposition wird als Illusion aufgedeckt, indem Aue im Verlauf des über tausendseitigen Romans aus der Ukraine, dem Kaukasus, von der Krim, aus Stalingrad, aus Auschwitz, aus Berlin, aus der Schweiz und aus Frankreich berichtet und ca. 340 historisch dokumentierte und fiktive Figuren trifft oder zumindest persönlich kennt. All das sprengt den Rahmen einer ‚realistischen‘ Darstellung ganz offensichtlich und führt vor Augen, was HistorikerInnen des 20. Jahrhunderts mehrfach als methodisches Problem thematisierten: nicht ein Mangel an Quellen, sondern deren überwältigende Fülle stellt für viele die eigentliche Herausforderung dar.¹³

Ogleich uns im Roman jede Menge psychoanalytischer Versatzstücke geboten werden, ist Max Aue nicht als literarische Figur mit psychischem Innenleben angelegt. Er ist ein Konstrukt des involvierten Beobachters oder besser: des Beobachtens im Krieg. Er ist, wie wir sehen werden, nicht zu trennen vom Blick. Von wo aus aber blickt der Ich-Erzähler Littells „hinab“? Die Vertikale zeigt eine Ermächtigungsstrategie an. Der erste Satz des Romans praktiziert sie auf einer noch umfassenderen Ebene: „Ihr Menschenbrüder, lasst mich euch erzählen, wie es gewesen ist.“ (9) Die Lesenden werden eingemeindet, in ein Bruderschaftsverhältnis mit dem Massenmörder gezwungen, der sich ein Definitionsrecht über das Humane anmaßt und das Pathos antiker Mythen nutzt. Trotz solchen Pathos ist der Blick hinab nicht vorrangig philosophisch angelegt. Auch ist er nicht im Rahmen einer Jünger’schen Ästhetik des Schreckens zu verstehen. Die Extremsituationen brechen nicht als Bilder des Grauens herein, die wie innerhalb der hoch kontrollierten Wahrnehmungsintensität Jüngers „unter einem Mikroskop betrachtet sein“¹⁴ wollen und den Betrachtenden selbst verändern. Zwar werden die Erinnerungsbilder vordergründig als den Erzähler traumatisierend ausgestellt, aber der Ich-Erzähler bleibt von Anfang bis Ende des Romans eigenartig ungerührt.

Statt einer Ästhetik des Schreckens tritt uns bei Littell eine Perspektive entgegen, die ich als pornographisierend bezeichne. In der zitierten Erschießungsszene stehen Erzählstimme und Blickender einander nahe, sind jedoch nicht identisch.¹⁵ Die Erzählstimme bezieht Op-

titik und Innenperspektive der Blickträgerfigur ein.¹⁶ Die drastische Beschreibung provoziert zusätzlich durch die explizite Benennung und Integration des technokratisch blickenden Subjekts. Ja mehr noch, das ‚filmische‘ Detail nimmt weitaus mehr Raum ein als der Erzählfluss. Woran wir uns im Medium des Kriegsfilms im Kino¹⁷ und der Reportage im Fernsehen längst gewöhnt haben, die Kino-im-Kopf-Manipulation, wirkt, Text geworden, ungleich provokativer. Aue ist ein gnadenloser Erzähler, der uns ungeheuerliche Gewaltakte nicht als Verbrechen, sondern einfach als Ereignisse präsentiert. Die Einbindung in diese Perspektive macht die Lesenden hilflos, sie nimmt ihnen den Schutz der ‚Vogelperspektive‘ des historischen Urteils.

Vervielfacht wird die auf der Mediendifferenz beruhende Strategie noch dadurch, dass das blickende Subjekt Max Aue innerhalb der Narration vom Sicherheitsdienst beauftragt wurde, den Verlauf der Mordaktionen „zu beobachten“, darüber zu berichten und schließlich Vorschläge für deren technisch-administrative Optimierung (!) zu erarbeiten. Sein Beobachterstatus ist mehrfach Gegenstand der (handlungsinternen) Figurenrede und des (externen) Erzählerkommentars. In einer Szene, wo Aue Zeuge sadistischer Lust am Erschlagen wird, was ihn „aschfahl“ werden und „am ganzen Leib“ zittern lässt, entgegnet ihm der Schläger „Sie sind nur als Beobachter hier“ (354). Den Ich-Erzähler bringen allerdings nicht die Tötungen selbst zu einer Affektreaktion, die sieht er als notwendige, wenn auch unangenehme „Arbeit“ an, sondern die beobachtete Lust am Töten.

Im Gespräch mit der inzestuös geliebten Zwillingsschwester Una kurz vor Ende des Krieges schildert der Ich-Erzähler, was er auf ihre Frage antwortete, ob auch er Menschen getötet und wenn ja, was er dabei empfunden habe: „Meistens war ich mit nachrichtendienstlicher Tätigkeit beschäftigt, ich habe Berichte geschrieben. [...] Nichts anderes, als wenn ich andere schießen sah. In dem Augenblick, wo es getan werden muss, spielt es kaum eine

not identity, from the narrator.” Mieke Bal. “Visual Narrativity”. In: Routledge Encyclopedia of Narrative Theory. Hgg. von David Herman, Manfred Jahn & Marie-Laure Ryan. Routledge, London/New York 2005, 629–633, hier 631.

¹⁶ In Bezug auf die Bedeutung des Blicks beziehe ich Anregungen aus der im Sommersemester 2008 im Rahmen meines Seminars „Pornographie? Tabus in der Shoahliteratur“ an der Humboldt Universität entstandenen Hausarbeit von Lukas Engelmann ein: „Der Blick als Komplize. Über die Konfiguration des Blicks vor dem Hintergrund narrativer Visualisierung in Jonathan Littells Roman Die Wohlgesintten“.

¹⁷ Vgl. den „Live-Effekt“ der zwanzigminütigen Angriffssequenz zur Landung der Alliierten in der Normandie 1944 in Steven Spielbergs Film *Saving Privat Ryan* (1998). Statt der Vogelperspektive wählt Spielberg eine Kameraeinstellung, welche die Zuschauenden in die hilflose Lage der GIs versetzt.

¹³ Vgl. Karl Schlögel. *Terror und Traum. Moskau 1937*. München: Carl Hanser 2008, S. 24.

¹⁴ Manuel Köppen. *Das Entsetzen des Beobachters. Krieg und Medien im 19. und 20. Jahrhundert*. Heidelberg: Winter 2005, S. 283.

¹⁵ “In narrative there is an external focalizer distinguished in function,

Rolle, wer es tut. Im Übrigen denke ich, dass ich beim Zuschauen genauso verantwortlich bin, wie wenn ich es selber tue. [...]“ (674)

Thematisiert wird damit die Frage der Verantwortung des Beobachters in Kriegen, eine Frage, welche der erste ‚Irakkrieg‘ 1991 als Medienkrieg erneut aufgeworfen hatte. Es ist das Spannungsverhältnis zwischen Erzähl- und Blickperspektive, das den Roman ausmacht. Es *spricht* der alternde, reflektierende, mehr wissende, aber nicht bereuende Max Aue. Es *blickt* der junge, in die Vernichtungsmaschinerie involvierte Max Aue. Beide Perspektiven lösen als politisch und ästhetisch tabuisierte eine voyeuristische Neugier aus. Littell stellt die visuelle, ikonografische Dimension in den Vordergrund seines Narrativs, nicht die erzählende. Dies wirft Fragen danach auf, wie bildlich wir lesen und wie narrativisch wir sehen. Es weist darauf hin, welch‘ bedeutenden, Wissen produzierenden Status das Visuelle, die Evidenz historischer Einbildungskraft, innerhalb des kulturellen Gedächtnisses des 20. Jahrhunderts hat. Es verschiebt den Fluchtpunkt des Erzählens von den Ereignissen in den (erzählten) Bildern hin zum Ereignis des Bildes selbst.¹⁸

Sexualisierung und Adressierung

Strukturen der Sexualisierung lassen sich nicht allein auf der inhaltlichen Ebene finden, dort aber im Überfluss. Inzest ist innerhalb von Literatur immer auch eine Reflexionsfigur des Erzählens selbst und wird, so meine These, auch bei Littell in dieser Funktion eingesetzt. Die inzestuöse Liebe zwischen Max Aue und seiner Zwillingsschwester steht narrativ in keiner direkten Beziehung zu dessen Mordschuld, sie stellt den Mörder jedoch in die Reihe mythischer Helden von Ödipus bis Orest und ordnet die Beichte des Massenmörders so provokant in die großen kulturellen Erzählungen Europas ein. Das Inzestmotiv thematisiert Schuldwissen, dem Massenmord an Jüdinnen und Juden wird der Status des ‚Familiengeheimnisses‘ Europas im 20. Jahrhundert eingeräumt.

Die Flut an Verdauungs-, Anal- und Penetrationssymboliken hat kein/e RezensentIn des Romans unerwähnt gelassen. Die Sexualisierung der Täter und Täterinnen, oft in Form enthistorisierender sadomasochistischer Psychodramen, ist an Filmen von Visconti, Bertolucci, Pasolini, Cavani und anderen untersucht worden.¹⁹ Ob damit

eine Feminisierung des Nationalsozialismus verbunden ist²⁰ und ob dies tatsächlich einen Schuld entlastenden Effekt hätte, stelle ich hier zunächst zurück.

Die Sexualisierung ist bei Littell weitaus umfassender, sie erfasst eben nicht nur ‚sexuelle‘ Gegenstände, sondern wird als Struktur angewendet, welche die Dramaturgie des Romans als Enthüllungsprotokoll offenlegt. So wird am Anfang von „Exekutionstouristen“ unter den Wehrmachtsangehörigen (nicht etwa der SS) erzählt, welche während der Hinrichtung zweier jüdischer NKWD-Männer um Aufschub, um eine Verlangsamung der Hinrichtung bitten, damit sie besser fotografieren (!) können: „Langsamer, nicht so schnell“, riefen die fotografierenden Landser.“ (136) Hier wird ganz direkt das technische Versprechen der Kamera als Instrument zunehmender Übersicht bei gleichzeitiger Distanzgarantie ad absurdum geführt: Nicht die Kamera, sondern das Fotografier-Interesse der Landser wird zum handlungstreibenden Element.

Damit aber ergibt sich eben auch die Frage nach dem beunruhigenden Ursprung der Kriegsphotos, eine Frage, die im Zusammenhang der Wehrmachtsausstellung zu der These führte, Fotografie sei ein Teil der Routine des Ausrottungsprozesses in Nazi-Deutschland gewesen. Es sind von Tätern gemachte Fotografien, die eine vorherrschende Rolle in heutigen Gedenkritualen spielen. Erst mit Beginn des 20. Jahrhunderts wurde dies wie auch die Integration des damit verbundenen rassistisch „gebrochenen“ Blicks und der impliziten Geschlechterdramaturgien in unser Opfergedenken problematisiert.²¹

Gegen Ende des Romans berichtet der Erzähler – eingeleitet durch die Bemerkung: „Der Rest ist bekannt“ (1165) – ausführlich, wie der Lagerkomplex Auschwitz angesichts der vorrückenden Roten Armee „evakuiert“ wird. Obszön erscheint die Erzählung nicht vorrangig durch die detaillierte Schilderung des damit verbundenen Mordens, sondern durch die technokratische Perspektive dieser Schilderung.

Emotionale Kommentare Aues beziehen sich nie auf die beobachteten Gewaltausbrüche, sondern darauf,

Stiglegger. Sadiconazista. Faschismus und Sexualität im Film der siebziger Jahre bis heute, Gardez Verlag, St. Augustin 1999; Dagmar Herzog. „Pleasure, Sex, and Politics Belong Together. Post-Holocaust Memory and the Sexual Revolution in West Germany“. In: Critical Inquiry (Nr. 24/ 1998), 393–444.

¹⁸ „Thus, narrativity is shifted from the events in the image to the event of the image: the pragmatic effect of verbal-cum-visual storytelling.“ Mieke Bal 2005, 632.

¹⁹ Z.B. Jean-Pierre Geuens. Pornography and The Holocaust: The Last Transgression. In: Film Criticism, Bd. 20 1995/96, S. 114–130; Marcus

²⁰ Silke Wenk. „Rhetoriken der Pornografisierung. Rahmungen des Blicks auf die NS-Verbrechen“. In: Gedächtnis und Geschlecht. Deutungsmuster in Darstellungen des nationalsozialistischen Genozids. Hgg. von Insa Eschebach, Sigrid Jacobeit & Silke Wenk. Campus, Frankfurt/M. 2002, 269–294.

²¹ Marianne Hirsch. „Täter-Fotografien in der Kunst nach dem Holocaust. Geschlecht als ein Idiom der Erinnerung“. In: Gedächtnis und Geschlecht, 2002, 203–226.

dass es ihm nicht gelingt, die arbeitsfähigen Häftlinge im Chaos der winterlichen Evakuierungsmärsche für den Einsatz in der Kriegsindustrie zu „retten“. Ausschließlich dies löst Kommentare aus wie „Auch ich machte mir Sorgen“ (1177) oder „Ich hatte von meiner Seite alles Menschenmögliche getan“ (1179). Es ist angesichts der Obszönität der Perspektiven des jungen erlebenden/erblickenden und des alten erzählenden Max Aue nur logisch, wenn unmittelbar an diese Schilderung eine über 70 Seiten reichende Sequenzfolge sexueller Ekstase angeschlossen wird (1209–1274). Überdeutlich werden hier Blicke und Spiegel aufgerufen, bis das rauschhaft erzählte Kapitel „Air“ schließlich in einer an Georges Batailles Augen-Dramaturgie angelehnten Szene kulminiert, die sich poetologisch als Referenz auf die Romandramaturgie der pornographischen Nahsicht bzw. des penetrierenden Blicks lesen lässt: „Dieses Geschlecht [die Vulva seiner Mutter – BD] schaute mich an, belauerte mich wie ein Gorgonenkopf, wie ein unbeweglicher Zyklop, dessen einziges Auge niemals blinzelt. Ganz allmählich durchdrang mich dieser stumme Blick bis ins Mark. Mein Atem beschleunigte sich, und ich streckte die Hand aus, um es zu verdecken: Ich sah es nicht mehr, doch es erblickte mich immer noch und entblößte mich (obwohl ich bereits nackt war). [...] Ich streckte meinen Arm aus und stieß meinen Mittelfinger in dieses Riesenaue. [...] Statt es ausgestochen zu haben, hatte ich es vielmehr geöffnet und dem Auge, das sich dahinter verbarg, den Blick freigegeben. Da kam ich auf eine Idee: Ich zog meinen Finger zurück und stieß, mich mit den Unterarmen kräftig nach vorn ziehend, mit der Stirn gegen diese Vulva, wobei ich meine Narbe gegen das Loch drückte. Jetzt war ich es, der ins Innere blickte, die Tiefen dieses Körpers mit meinem strahlenden dritten Auge erforschte, während ihr eines Auge seinen Strahl auf mich richtete und wir uns auf diese Weise gegenseitig blendeten [...]“ (1266f)

Max Aues „drittes Auge“, mit dem er Dinge sieht, die andere nicht sehen können, ist Ergebnis eines Kopfschusses bei Stalingrad. Es ist das Eintrittsloch auf der Stirn, das er als Waffe und Forschungsinstrument einsetzt und wodurch, so könnte man allegorisch lesen, der jüdische Autor in Sprache, Perspektive und Körper des SS-Mörders schlüpfte.

Die Wahrheit ist nackt

Susan Sontag fasst Pornographie positiv als Dichtung der Übertretung, die als solche einen eigenen Zugang zur „Wahrheit“ / zum Wissen ermögliche: „Derjenige, der die Übertretung begeht, bricht nicht nur ein Gesetz. Er begibt sich an einen Ort, den die anderen nicht kennen;

er weiß etwas, das die anderen nicht wissen.“²² Pornographie hatte schon immer auch eine politische, „aufdeckende“ Funktion, woran schon Gustav Klimt mit dem Titel seines Bildes „Nuda Veritas“ 1899 anschloss. Die Allegorie der Wahrheit ist nackt und als solche nur weiblich denkbar. Die nackte Wahrheit ist als Redewendung im Grimmschen Wörterbuch zu finden. Der neue Pauly verweist auf Horaz, etymologisch ist das griechische „altheia“ (Wahrheit) „das Unverdeckte, Unverborgene“. Im Wort enthalten ist „lethe“ (Vergessen), sodass Wahrheit auch als das Nicht-zu-Vergessende zu verstehen wäre. Von Wissen produzierenden Mechanismen des Sexualitätsdiskurses spricht auch Michel Foucault und davon, dass das Geständnis eine der im Abendland höchstbewerteten Techniken der Wahrheitsproduktion und Sex innerhalb der christlichen Kulturen zum Gegenstand des Geständnisses par excellence avanciert sei.²³ Kommen deshalb viele Texte, die sich der Täterperspektive widmen, nicht ohne Sex aus? Dem verstörenden Moment der Sexualisierung in Texten aus der Opferperspektive etwa von Doron Rabinovici, Maxim Biller oder Robert Schindel bin ich an anderer Stelle nachgegangen.²⁴ Shalom Auslander schreibt in seinen Memoiren *Foreskin's Lament* (2007), das erste nackte jüdische Mädchen sei ihm innerhalb eines Films über KZs begegnet, als Teil eines Leichenhaufens, den Bulldozer zusammenschoben. Er sah dies elfjährig in einer Yeshiva in Monsey, N.Y. Im Dokumentarfilm *Stalags* von Ari Libsker (2008) ist von im Israel der frühen sechziger Jahre kursierenden hebräischen KZ-Pornos die Rede, in welchen männliche Gefangene von weiblichen NS-Aufseherinnen gefoltert und vergewaltigt wurden. Dies habe das Reden über den Holocaust ermöglicht.

Im uns hier interessierenden Zusammenhang des Schuldwissens wird die pornographisierende Perspektive zielgerichtet als Technik maximaler Sichtbarmachung eingesetzt. In Bezug auf nationalsozialistische Verbrechen gibt es – wie in der Pornographie – weit mehr zu sehen als zu verstehen. Pornographische Bilder werden, wie die Fotografien der Leichenberge, Haare, Goldzähne aus Auschwitz, umso unangreifbarer, je mehr man sie anstarrt. Im Wissen um unsere Unfähigkeit, Bilder wie die von George Didi-Huberman diskutierten von der Einäschung in den Verbrennungsöfen von Auschwitz Vergaster „heute

²² Susan Sontag. „Die pornographische Phantasie“ (1967). In: Dies., Kunst und Antikunst. Fischer, Frankfurt/M. 2003, 48–90.

²³ Michel Foucault. Sexualität und Wahrheit. Bd. 1. Suhrkamp, Frankfurt am Main 1976, 76, 49, 75.

²⁴ Birgit Dahlke. „Familienpornographie. Niklas Franks Abrechnung mit dem Täter-Vater“. In: Geschichte(n) erzählen. Nach-Bilder des Holocaust. Hgg. von Inge Stephan & Alexandra Tacke. Böhlau, Köln Weimar, Wien 2007, S. 53–65.

angemessen zu betrachten“²⁵, tritt Littell die Flucht nach vorn an und konstruiert ein Narrativ, das nicht nicht-pornographisch zu lesen ist und die Lesenden ununterbrochen auf das Problematische ihrer eigenen Rolle in diesem Autor-Leser-Pakt aufmerksam macht. Mit seiner pornographischen Adressierung weist er einerseits darauf hin, dass jeglicher Fiktionalisierungsversuch von Gewaltverbrechen nahezu zwangsläufig in die Falle des Lustgewinns gerät. Zum anderen führt Littell uns damit den durch und durch sexualisierten Charakter unserer Öffentlichkeit vor Augen. Inwieweit es in der künstlich konstruierten Täter-Autobiografie gelingt, auf dem Wege der Überschreitungsästhetik und der pornographischen Phantasie zum „Ungewussten“, zu einem sonst nicht zugänglichen Wissen vorzudringen, ist die Frage.

Pornographisiertes Blickregime

In Littells Roman treffen wir auf verschiedene Blickstrategien. Da ist zunächst einmal die provokant-philosophische Rahmung des Blicks: „Und wenn sich die Radikalität als die des Abgrunds und das Absolute als das absolut Schlechte erwies, so galt es trotzdem [...], ihnen offenen Auges bis zum bitteren Ende zu folgen.“ (138) Sie wird ergänzt vom ‚penetrierenden‘ Blick, mit dem der junge Max Aue Exekutionen beobachtet und der alte Lust im wiederholenden Erzählen gewinnt. In einer Szene wird dafür auch noch der Gegenblick des Opfers, einer „jungen Partisanin“, instrumentalisiert: „Sie blieb stumm, die Augen weit geöffnet. [...] Als ich an der Reihe war, sah sie mich an, mit einem klaren, leuchtenden Blick, vollkommen reingewaschen, sie verstand alles, wusste alles, und dieses reine Wissen setzte mich in Flammen.“ (255)

Wir begegnen zum dritten einem Opfer und Täter gleichmachenden Blick: „Jetzt traf die Menge ein und überschwemmte den Friedhof; ich erblickte Soldaten in Badehose, auch Frauen und Kinder. Man trank Bier und reichte Zigaretten herum. Mein Blick fiel auf eine Gruppe von Generalstabsoffizieren [...]“ (138). Weder der Erzählton noch der erzählte Blick differenzieren zwischen dem Blick auf die gefangenen, zur Erschießung auf den Friedhof getriebenen Soldaten, Frauen und Kinder und dem „man“, das Bier trinkt und Zigaretten umherreicht wie auf einer Party. Hier spricht niemand, der sich als Zeuge rechtfertigt, sondern jemand, der in affektiver Kälte eine Erfahrung mitteilt.²⁶ Genau diesen Gestus findet

man in den Autobiographien der realen Täter Rudolf Höß und Adolf Eichmann.

Reflexionen zum Blick rahmen den Roman: Am Anfang ist davon die Rede, der Ich-Erzähler fühle sich nicht nur ständig beobachtet, sondern er „wäre gleichzeitig diese Kamera“ (154), gegen Ende heißt es: „wenn ich mich oder vielmehr den Blick, der ich geworden war, in die Straßen hinabsenkte [...]“ (867). Der Ich-Erzähler ist nicht nur Subjekt des Blicks, der Blick selbst wird sozusagen zum Subjekt. Filmtechnisch gesprochen, wird der *point/object shot* in den *point/glance shot*²⁷ überführt. Wir sehen nicht nur, was eine Figur sieht, sondern wir sehen ihr beim Sehen zu. Zugleich ist der Ich-Erzähler Objekt des Blicks: Der junge Max Aue wird von der Erzählstimme durch seine fehlende Empathie, der alte (erzählende) Max Aue als vom Fehlen jeglichen Schuldgefühls gezeichnet charakterisiert. Damit erregen beide Ichs, das erzählte und das erzählende, trotz ihres Alters- und Erfahrungsunterschieds unsere Abwehr. Der Perspektive des erzählenden auf das erzählte Ich kommt vielleicht der von Aue phantasierte Blick seines Schwagers (und Konkurrenten um die Liebe der Zwillingsschwester) am nächsten: „Er blickte mich unverwandt an, wie man eine Küchenschabe oder eine Spinne anblickt, nicht mit Ekel, sondern mit der kalten Leidenschaft eines Entomologen. Ich malte mir das alles ganz deutlich aus.“ (1217) Der Ich-Erzähler aber leidet nicht etwa unter dem auf ihm ruhenden kalt ordnenden Blick des Insektenforschers²⁸, er selbst imaginiert ihn, um Genuss daraus zu ziehen. Das unterscheidet ihn von Franz Kafkas Käfer.

Ruft man sich Primo Levis autobiographischen Bericht *Ist das ein Mensch?* von 1958 ins Gedächtnis, lässt sich im imaginierten Insektenforscherblick eine Anspielung auf den Täterblick erkennen, an den sich Levi erinnert. Das Verhör, das der deutsche Doktor Pannwitz mit dem jüdischen Häftling 174517 führt, schildert Levi so:

„Als er mit Schreiben fertig ist, hebt er die Augen und sieht mich an. Von Stund an habe ich oft und unter verschiedenen Aspekten an diesen Doktor Pannwitz denken müssen. [...] Denn zwischen Menschen hat es einen solchen Blick nie gegeben. Könnte ich mir aber bis ins letzte die Eigenart dieses Blickes erklären, der wie durch die Glaswand eines Aquariums zwischen zwei Lebewesen

²⁵ Georges Didi-Huberman. *Bilder trotz allem*. Fink, Paderborn 2007, 5.

²⁶ So heißt es etwa auf S. 183. „glücklicherweise wehte ein kräftiger Wind“. Es ist eben dieses „glücklicherweise“ das die Lesenden in die Perspektive des Täters einbindet.

²⁷ Die kinematografische „Point of View“-Struktur arbeitet mit zwei „Shots“: dem „point/glance shot“, der eine Figur beim Blick auf einen Bildschirm zeigt, und dem „point/object shot“, der ein Objekt fotografiert von eben jenem, im ersten Shot gezeigten Standort aus. Die Unterscheidung verdanke ich Lukas Engelmann. S.a. Patrick Keating: „Point of View (cinematic)“. In: *Routledge Encyclopedia of Narrative Theory*, 2005, 440–442.

²⁸ Vgl. den bannenden Blick fremder Beobachtung, dem beinahe alle Figuren in Kafkas Texten ausgesetzt sind, nicht nur der Käfer in „Die Verwandlung“ (1915).

getauscht wurde, die verschiedene Elemente bewohnen, so hätte ich damit auch das Wesen des großen Wahnsinns im Dritten Reich erklärt.“²⁹ Indem Littell diesen Blick ins Zentrum seines Romans stellt, sucht er wie Levi, den „großen Wahnsinn“ zu verstehen.

Im vorletzten Kapitel „Air“ werden wir zu Zeugen des sexuellen Rauschs Max Aues gemacht, ihm und uns verschmelzen die Grenzen zwischen Realität und Wunschphantasie. Aue wird hier narrativ zum Objekt unserer, aber auch seiner eigenen Blicke in die zahlreich in die Szene gestellten Spiegel gemacht. Spiegel sind Elemente der Schamkultur, das Angeblickt-Werden ist traditionell weiblich konnotiert. Einerseits wird Max Aue in seinem Verweiblichungsbegehren (Una zu „sein“) gezeigt. Andererseits wird die Homosexualität des Täters im Sinne der einflussreichen männerbündischen Wandervogelideologie als Zeichen gesteigerter, nicht etwa geschwächter Maskulinität eingesetzt. Aue agiert als „Männerheld“ im Sinne Hans Blüher, dessen Eros mit dem Eros der Macht verschmilzt.³⁰ Von einer Schuldentlastung per Feminisierung des Täters ist somit nicht zu sprechen. Statt in das erwartbare Schuldnarrativ stellt der Autor den SS-Offizier in ein Schamnarrativ. Das ist eine erstaunliche Parallele zu dem von mir bei Niklas Frank beobachteten Verfahren. Auch hier lädt die pornographisierende Adressierung den RezipientInnen Schuld auf. Selbst der Widerstand der Lesenden gegen (diskursive) Sexualisierung wird (performativ) zu einem sexualisierten Akt, sagt Judith Butler. „Der Widerstand gegen die Sexualität wird in einer Weise umorganisiert, dass er zum spezifischen Schauplatz ihrer Affirmation und neuerlichen Belebung

wird. Diese Sexualisierung findet im und als Sprechakt statt.“³¹ Im performativen Widerspruch der von Butler angeführten Aussage des Opfers vor Gericht ist auch jedes Schreiben über die industriellen Massenmorde an Jüdinnen und Juden gefangen: der Akt des Sprechens produziert eine Bedeutung, welche diejenige Bedeutung untergräbt, auf die er zielt. Pornographie kennt wie das Freudsche Unbewusste, so Butler, kein Nein.

Littell unterbindet unsere Flucht in die Identifikation mit den Opfern und er verhandelt implizit das Paradoxon von (medien)technisch hergestellter Distanz, die in Distanzlosigkeit umschlägt. So wie in der vom Täter ausgehenden Anrede „Ihr Menschenbrüder“³² die Lesenden als solche, vom Massenmörder nicht durch eine ordnende Grenze getrennt konstituiert werden, so unterläuft Littells pornographisierende Adressierung auch die beruhigende Scheidung zwischen (schuldigen) Autor und (unschuldigen) Lesenden. Littell geht nicht auf Ursachensuche in der Vergangenheit, sondern er geht von der Gegenwärtigkeit des „Traumatischen“ aus. Entgegen dem Anschein dient etwa das Inzest-Motiv hier nicht dem (psychoanalytischen) Aufspüren einer „Urszene“, sondern ist eher Instrument intertextueller Kritik an als unzureichend bewerteten Wissenskulturen. Statt Traumatisierungen zu beschreiben oder indirekt vor Augen zu führen, wie etwa im Falle Franks, wirkt die Lektüre des Romans selbst ‚traumatisierend‘. Ihr Autor zielt, so meine Lesart, auf eine diskursiv und performativ herbeigeführte Katharsis, die im besten Falle Erkenntnis fördernd wirkt. Nicht die Vergangenheit, sondern die Gegenwart wird enthüllt.

²⁹ Primo Levi. Ist das ein Mensch? Ein autobiographischer Bericht. Deutsch von Heinz Riedt, DTV, München 1990, 127f.

³⁰ Hans Blüher. Die deutsche Wandervogelbewegung als erotisches Phänomen. Ein Beitrag zur Erkenntnis der sexuellen Inversion, Weise, Berlin 1912.

³¹ Judith Butler. Haß spricht. Suhrkamp, Frankfurt/M. 2006, 132f.

³² Die während seiner Haft in Israel entstandenen Memoiren Adolf Eichmanns beginnen mit dem Satz: „Als ein Menschenkind, trat ich am 19. März 1906 in das Leben.“ Vgl. www.hagalil.com/shoah/eichmann/goetzen. (Letzter Zugriff 4.9.2009).

Autorin

PD Dr. Birgit Dahlke, Honorar- und außerplanmäßige Professorin, Philosophische Fakultät II, Institut für deutsche Literatur, Humboldt-Universität, 10099 Berlin, Dorotheenstraße 24, Raum 3.525, e-mail: birgit.dahlke@rz.hu-berlin.de

Zirkumzision – die deutsche Debatte und ihre medizinische Basis

Heinz-Jürgen Voß

Circumcision – The German Debate and its Medical Basics

Abstract

The verdict of the state court in Cologne provoked a vehement debate in the Federal Republic of Germany about the circumcision of children. Proceeding from an analysis of the various positions held in the debate, this article provides medical information about circumcision, and then reviews in detail the research done on questions about the sensitivity of the penis after circumcision, the possible reduction of the risk of infection by sexually transmitted diseases, and possible additional influences on the health and psychological well-being of circumcised boys.

Keywords: Circumcision, Foreskin Circumcision, Medical Classification, Medical Ethics

Zusammenfassung

Nach dem Berufungsurteil des Kölner Landgerichts entspannt sich in der Bundesrepublik Deutschland eine vehemente Debatte um die Zirkumzision im Kindesalter. Ausgehend von einer Analyse der in der Diskussion vertretenen Positionen, werden im Fortgang des Beitrags die medizinischen Eckdaten zur Zirkumzision umfassend dargestellt. Detailliert behandelt wird der Forschungsstand zu Fragen der Sensitivität des Penis nach der Beschneidung, zur möglichen Reduktion des Infektionsrisikos sexuell übertragbarer Erkrankungen und zu möglichen weiteren Einflüssen auf die Gesundheit und das psychische Wohlergehen des beschnittenen Jungen.

Schlüsselwörter: Zirkumzision, Vorhautbeschneidung, medizinische Einordnung, Medizinethik

Diskurstheoretischer Einstieg

Kaum eine Debatte der vergangenen Jahre wurde in der Bundesrepublik Deutschland ähnlich impulsiv geführt wie die über die Beschneidung der Vorhaut von Jungen nach dem Urteil des Kölner Landgerichts vom 7. Mai 2012 (vgl. Müller-Neuhof, 2012; Çetin & Wolter, 2013).

Sexuologie 19 (3–4) 2012 154–162 / DGSMTW
<http://www.sexuologie-info.de>

Die Debatte ist dabei zunächst diskurstheoretisch interessant: Während in den Monaten und Jahren zuvor keinerlei Beiträge zur Vorhautbeschneidung bei Jungen erschienen sind, die eine größere Aufmerksamkeit gefunden hätten, war diese Frage nach dem Kölner Urteil in nahezu allen Medien. Erst ab diesem Zeitpunkt organisierten sich die vehementen Gegner_innen der Vorhautbeschneidung, angefangen von einigen Ärzt_innen, über Vertreter_innen der neuen – vielfach als rechts gekennzeichneten¹ – „Männerrechtsbewegung“ bis hin zu einigen feministischen und linken emanzipatorischen Akteur_innen.

Hingegen finden sich unter diesen Streitenden keine „Selbsthilfegruppen“, in denen sich Menschen wegen Erfahrungen mit einer früheren Beschneidung organisiert hätten.² Im deutschsprachigen Raum gibt es solche Selbsthilfegruppen schlichtweg nicht. Meldeten sich Männer zu Wort, die als Kleinkinder selbst beschnitten worden waren, so wandten sie sich fast ausschließlich gegen ein Verbot der Vorhautbeschneidung.³ Selbst A. Utlu, der die Beschneidung als sehr negativ erlebt hatte – ihm war Narkose vorenthalten worden und er wurde von den nicht-beschnittenen Kindern wegen der fehlenden Vorhaut in der Schule gehänselt – und sich daher gegen sie ausspricht, wandte sich gegen die „Hexenverfolgung“, die nun mit der Frage der Beschneidung entfacht worden sei (Siegessäule, 2012).⁴

Festzuhalten ist also, dass es zunächst kein öffentliches Interesse an dieser Debatte gab, die dann aber schlagartig begann. Doch es ist noch interessanter: So erging das Berufungsurteil des Kölner Landgerichts im vorliegenden Fall bereits am 7. Mai 2012. Die Debatte setzte

¹ Vgl. Kemper, 2011; Kemper (Hrsg.), 2012.

² Hingegen hätten sich beispielsweise die Intersexuellen-Verbände, die seit mehr als zwei Jahrzehnten gegen die geschlechtszuweisenden medizinischen Eingriffe streiten, über eine solche vehemente Unterstützung gefreut. Aber noch jetzt gibt es Bedenken, den Forderungen dieser Verbände zu folgen, obgleich die Position der Intersex-Verbände durch die wissenschaftlichen Outcome-Studien gestützt wird, die nahezu einhellig eklatant schlechte Resultate der geschlechtszuweisenden medizinischen Interventionen feststellen (vgl. Voß, 2012).

³ So etwa der Zentralrat der Juden (Pressemitteilung vom 26.6.2012), der Zentralrat der Muslime (Pressemitteilung vom 27.6.2012) und eine Gruppe jüdischer und muslimischer Jugendlicher, die eine entsprechende Petition auf den Weg brachte (Petition, 2012).

⁴ Ein weiterer der selten Betroffenenberichte in der Debatte findet sich in: taz, 2012.

hingegen erst deutlich verzögert ein, nämlich am 26. Juni 2012. Und das ist kein Zufall, wie der Journalist J. Müller-Neuhof (2012) für den *Tagesspiegel* recherchierte. Vielmehr zeigen sich im Gerichtsverlauf deutliche Verfahrensfehler. So wurde die grundsätzliche Bedeutung, die sich im Verfahren abzeichnete, nämlich die für religiöse Riten von Jüd_innen und Muslim_innen in Deutschland, nicht – wie üblich – an die entsprechende höhere Instanz gemeldet. So konnten die „ahnungslosen höheren Stellen [...] die Entscheidung nicht innerhalb der vorgeschriebenen Frist anfechten“ (Çetin & Wolter, 2013) – und erst nachdem die Frist für die Anfechtung verstrichen war, fand eine rege Pressetätigkeit statt. Der an dem Urteil sehr interessierte Strafrechtler H. Putzke lancierte über einen Freund bei der *Financial Times Deutschland* die breite mediale Berichterstattung und positionierte sich als entsprechender „Strafrechts-Experte“. Erst nachdem eine Flut von Anfragen über das Landgericht hereinbrach, reagierte es noch am gleichen Tag wie der Beitrag in der *Financial Times Deutschland* – am 26. Juni 2012 – mit einer Pressemitteilung (Müller-Neuhof, 2012; Kölner Landgericht, 2012).

Entsprechend „übrumpelt“ zeigte sich die Politik. Entgegen der breiten gesellschaftlichen Stimmung, die sich nun – auf einmal – entsetzt über den Vorgang der Vorhautbeschneidung zeigte, reagierte die Politik zügig, aber unaufgeregt. Es wurden Schritte eingeleitet, die innerhalb der Bundesrepublik Deutschland die Religionsfreiheit sicherstellen und die Rechte der jüdischen und muslimischen Minderheiten garantieren und mit dem Wohl des Kindes in Einklang bringen sollen. Entsprechend äußerten sich Justizministerin und Außenminister; das aktuell aus dem Justizministerium vorliegende Eckpunktepapier (Stand: 26.9.2012) sieht vor, dass auch religiöse Vorhautbeschneidung, die nach allen Regeln „medizinischer Kunst“ durchgeführt werde – auch von dazu eigens ausgebildeten und medizinisch geschulten Beschneidern –, für legal erklärt wird.

Auch die Ärzt_innenschaft äußerte sich weitgehend mit Bedacht. So erklärte der Präsident der *Bundesärztekammer* F. U. Montgomery in einer Pressemitteilung vom 1. Juli 2012: „Das Urteil des Kölner Landgerichts ist für die Ärzte unbefriedigend und für die betroffenen Kinder sogar gefährlich [...] Es besteht nun die große Gefahr, dass dieser Eingriff von Laien vorgenommen wird und so – allein schon wegen der oft unzureichenden hygienischen Umstände – zu erheblichen Komplikationen führen kann.“ (Bundesärztekammer, 2012) Auf Grund der nun unklaren Rechtslage riet er Ärzt_innen davon ab, Beschneidungen durchzuführen. In ähnlicher Weise äußert sich die *Deutsche Gesellschaft für Urologie* (DGU) 2012; wortgleich auch der *Berufsverband der Deutschen Urologen*; die *Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psycho-*

chotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie warnte vor den Auswirkungen, die mit der „Missachtung [von] kulturellen und religiösen Identität[en]“ verbunden sein könnten, und regte zu toleranter gesellschaftlicher Auseinandersetzung an (DGPT, 2012).

Auch der *Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte* und die *Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin* – Letztere ist der Dachverband der drei großen pädiatrischen Gesellschaften Deutschlands und weiterer Mitglieder – äußerten sich differenziert. Sie sprachen sich deutlich gegen die rituelle religiöse Vorhautbeschneidung aus (BVKJ, 2012; DAKJ, 2012). Beide plädierten für die körperliche Unverletzlichkeit des Kindes und insbesondere seiner Genitalien. Allerdings wird nicht die (religiöse) Vorhautbeschneidung allgemein kritisiert, sondern die ritualisierte, die ohne Analgesie (Betäubung) stattfindet. In der Stellungnahme der *Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin* heißt es entsprechend: „Die rituelle Beschneidung als Körperverletzung zu werten ist somit auch aus ärztlicher Sicht richtig. Sie verändert den Körper des Kindes irreversibel, ohne dass dafür eine medizinische Indikation vorliegt. Der Eingriff, soweit nicht kinderchirurgisch durchgeführt, ist robust und blutig. Er ist mit einer nicht zu vernachlässigenden Komplikationsrate von immerhin 6% belastet. Sofern dieser Eingriff nach mosaischem und nach klassischem muslimischem Ritus traditionell ohne Analgesie durchgeführt wird, ist diese Art der Beschneidung ein mit erheblichen Schmerzen verbundener Eingriff. Im Alter von 4 bis 7 Jahren beschnittene Muslime berichten von einer erheblichen und vor allem auch nachhaltig beeinträchtigenden Traumatisierung.“ (DAKJ, 2012)⁵ Die *Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin* urteilt damit klar „Eine Beschneidung ohne wirksame Analgesie, gleichviel in welchem Alter, ist daher strikt abzulehnen“ (ebd.) – und sie fordert eine medizinische Expertise ein, sofern Vorhautbeschneidungen gesellschaftlich legitimiert stattfinden sollten. – Angemerkt sei, dass einige der Angaben in dem kurzen Auszug der Pressemitteilung medizinisch strittig sind.

Im Folgenden werden die Kritikpunkte noch deutlich werden; unter anderem stehen der Aussage, dass „nicht kinderchirurgisch durchgeführte[e]“ Zirkumzisionen stets „robust und blutig“ seien, zwei große israelische Studien entgegen (eine mit über 19.000 und eine mit 8.000 Untersuchten), in denen sich gerade für die traditionelle jüdische Zirkumzision, die mit traditioneller Betäubung von dem *Mohel* (Beschneidungsspezialist) durchgeführt wird,

5 Die Pressemitteilung des *Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte* kritisiert ebenfalls explizit die „rituelle Beschneidung minderjähriger Jungen“; sie scheint sich also, wie die der DAKJ, nicht generell gegen Vorhautbeschneidung aus religiösen und medizinischen Gründen zu richten. Sie ist aber nur kurz, so dass es keine detaillierten Ausführungen gibt.

geringe Komplikationsraten von 0,1 bzw. 0,3 Prozent ergaben (vgl. Weiss et al., 2010).

Also: Die medizinischen Akteur_innen verweisen nicht auf grundsätzliche Probleme der Vorhautbeschneidung, sondern es wird die Art und Weise kritisiert. Und auch bei einem Blick auf die beiden Berichte negativer Erlebnisse mit der Beschneidung (Siegessäule, 2012; taz, 2012) fällt auf, dass es sich um die Vorhautbeschneidung im Alter von sieben bzw. zwölf Jahren handelte, die ohne Betäubung vorgenommen wurde. Zumal wurden in beiden Fällen die Kinder in ein anderes Land gebracht – die Vorhautbeschneidung fand also nicht im gewohnten Umfeld (mit familiärer Unterstützung in einer Klinik oder entsprechend ausgerüsteten Praxis) statt, was psychische Probleme mit sich bringen kann. Beides könnte durch die vom Justizministerium vorgeschlagene Lösung ausgeräumt werden. Für die von A. Utlu berichteten Hänseleien in der Schule wäre hingegen intensives aktives Streiten gegen rassistische und heterosexistische Klischees in der deutschen Gesellschaft erforderlich.⁶

Sensitivität des Penis nach der Zirkumzision

Ein Blick in die einschlägige wissenschaftliche Literatur verrät ein differenziertes Bild: Die Ergebnisse sind uneinheitlich. Angemerkt sei, dass sie im erwachsenen Alter der Männer erhoben wurden; es befinden sich somit im Kindes- und Jugendalter sowie später Beschnittene in den Untersuchungsgruppen; sofern in den Studien angegeben, wird im Folgenden nach Alter der Beschneidung differenziert.

Laumann et al. (1997, USA) zeigte für eine große US-amerikanische Kohorte (1.410 Befragte, davon 2/3 beschnitten, oft im Kindesalter), dass nur geringe Unterschiede bezüglich der sexuellen Zufriedenheit und etwaiger Probleme festzustellen waren. Lediglich bei den älteren Männern ergaben sich signifikante Differenzen zwischen beschnittenen und unbeschnittenen Männern. Sexuelle Dysfunktionen wurden in der Gruppe der 45 bis 59 Jährigen von 58 Prozent der unbeschnittenen Männer angegeben, hingegen nur von 40 Prozent der beschnittenen. Durch alle Altersgruppen hinweg überwog der Anteil der unbeschnittenen gegenüber den beschnittenen Männern leicht, die angaben, „kein Interesse an Sex“

zu haben und „nicht in der Lage zu sein, zu ejakulieren“. Vorzeitiger Samenerguss war bei beiden Gruppen durch die Altersgruppen hinweg häufig (um die 30 Prozent), Schmerzen hatten nur wenige (um die drei Prozent) empfunden – etwas häufiger bei den älteren Unbeschnittenen.

In mehreren Studien wird postuliert, dass Vorhautbeschneidung mit dem Zeitpunkt der Ejakulation (vorzeitige Ejakulation)⁷ in Verbindung stehen könnte. Das beschreibt etwa die Forschungsgruppe Namavar et al. (2011, Iran), die bei 47 ausgewählten Patienten durch die Beschneidung im Erwachsenenalter vorzeitigen Samenerguss kuriert habe. Hingegen konnten Malkoc et al. (2012, Türkei) bei der Untersuchung von im Erwachsenenalter Beschnittenen bei Untersuchung vor und nach der Zirkumzision keinen Einfluss auf die Möglichkeit und Häufigkeit vorzeitiger Ejakulation feststellen, obgleich im entfernten Vorhautgewebe zahlreiche Nervenenden festgestellt wurden. Um Einflussfaktoren auf die vorzeitige Ejakulation zu erheben, untersuchten Hosseini et al. (2008, Iran) 84 beschnittene Männer, 42 mit und 42 ohne vorzeitigen Samenerguss. Sie konnten keine relevanten körperlichen oder sozialen Einflussfaktoren feststellen. Einen Zusammenhang zwischen Zeitpunkt der Vorhautbeschneidung im Kindesalter und vorzeitiger Ejakulation (sowie weiteren sexuellen Dysfunktionen) konnte die Forschungsgruppe Aydur et al. (2007, Türkei) nicht feststellen.

Vorhautbeschneidungen, die im Erwachsenenalter vorgenommen werden – etwa auf Grund einer vorliegenden Phimose oder aktuell in Afrika zur HIV-Vorbeugung angeregt –, führten ebenfalls zu unterschiedlichen Ergebnissen. So ermittelten Fink et al. (2002, USA) bei einer Stichprobe von 123 Männern, dass nach der Beschneidung eine geringere erektile Funktion (Score: vor Zirkumzision 12,4, danach 10,5), eine geringere Sensitivität des Penis (9,5; danach 9,0), aber keine Änderung der sexuellen Aktivität (9,4; danach 8,9) sowie eine erhöhte sexuelle Zufriedenheit empfunden worden sei (11,1 vs. danach 12,2). Eine verringerte Druckempfindlichkeit berichteten Sorrells et al. (2007, USA), allerdings ohne Angaben zur Zufriedenheit der Probanden zu machen. Erwachsene Männer, die bei der Vorhautbeschneidung älter als 20 Jahre waren, untersuchten Kim et al. (2007, Südkorea). Aus einer Stichprobe mit 255 beschnittenen und 118 unbeschnittenen Männern ermittelten sie keine Unterschiede zwischen den Gruppen bzgl. sexuellem Verlangen, Erektion, Ejakulation und der Zeit bis zur Ejakulation. Innerhalb der Gruppe der Vorhautbeschnittenen

⁶ In der Bundesrepublik Deutschland und der Europäischen Union sind Vorurteile gegenüber Minderheiten und „Andersartigkeit“ erschreckend weit verbreitet, wie die Ausarbeitungen des Bielefelder Instituts für interdisziplinäre Konflikt- und Gewaltforschung zum „Syndrom gruppenbezogene Menschenfeindlichkeit“ deutlich zeigen (vgl. Heitmeyer, 2011; Zick, 2011). Vgl. explizit zu Zirkumzision: Çetin/Wolter, 2013.

⁷ Dass es sich hierbei um eine normative Setzung in Medizin und Gesellschaft handelt, kann an dieser Stelle nicht weiter diskutiert werden. In welchem Maße Normalisierungen mit Bezug zu Biologie und Medizin erfolgen, erläutere ich am Beispiel der „Homosexualität“ in: Voß, 2013.

konnten 138 ihr Sexualeben vor und nach der Zirkumzision vergleichen. Veränderungen zeigten sich bzgl. der Masturbation: 48 Prozent äußerten ein geringeres und acht Prozent ein größeres Verlangen zu masturbieren. 63 Prozent gaben an, dass sie nun mehr Probleme mit der Masturbation hätten, wogegen sie 37 Prozent leichter fiele. Schließlich habe bei sechs Prozent das Sexualeben insgesamt zu-, bei 20 Prozent dagegen abgenommen, während es sich bei den übrigen 74 Prozent nicht verändert habe. Masood et al. (2005, Großbritannien) ermittelten ebenfalls für spätere Zirkumzisionen (150 Befragte) für 75 Prozent der Befragten keine Veränderungen ihrer Libido und für 69 Prozent geringeren Schmerz beim Geschlechtsverkehr; 38 Prozent gaben an, nach der Vorhautbeschneidung eine größere Sensitivität des Penis zu verspüren, während 18 Prozent diese als verringert ansahen. Keinerlei statistisch relevante Unterschiede zwischen den Beschreibungen der Untersuchten zur sexuellen Zufriedenheit und Funktionalität ermittelten Kigozi et al. (2008, Uganda; 4.456 Befragte) und Collins et al. (2002, USA; 15 Befragte).

Eine Anmerkung sei noch zur Art der Studien und der erhobenen Befriedigung getroffen: Das Interesse der Forschenden scheint sich stets an der Vorstellung penetrierenden, gegengeschlechtlichen Sexualverkehrs zu orientieren. Studien, die sich explizit verbreiteten gleichgeschlechtlichen (bzw. nicht-normativen) Praktiken zuwenden, sind rar. Und so wird etwa das konkret von A. Utlu beschriebene Problem von den bisherigen Arbeiten gerade nicht angegangen. In dem Interview mit der Siegesssäule gab er nicht an, generell Probleme mit der sexuellen Sensitivität zu haben, sondern explizit beim Oralverkehr: „Ich hatte als junger Mann massive Probleme, zum Orgasmus zu kommen. Ich kann das ja ruhig offen sagen, ich hatte Probleme einen Orgasmus zu bekommen, wenn mir einer einen geblasen hat. Und wenn das dann immer ewig dauert, dann nervt einen das und das ist auch peinlich. Der Akt ist damit eigentlich kaputt.“ (Siegesssäule, 2012) Hier mehr Offenheit von den Forschenden in ihren Fragestellungen wäre eigentlich selbstverständlich. Einzig Mao et al. (2008, Australien) wendet sich bzgl. Fragen der Sensitivität explizit „schwulen“ Praktiken – explizit Analverkehr – in Bezug auf Zirkumzision zu. Von den 1.426 Befragten waren 939 beschnitten, davon 81 nach der Kindheit. Interessant ist nun die Feststellung, dass von den spät Beschnittenen ein signifikant größerer Anteil ($p < 0,05$) rezeptiven Analverkehr (88 Prozent vs. 75 Prozent, $p < 0,05$) und ein geringerer Anteil induzierenden Analverkehr (79 vs. 87 Prozent) praktizierte. Erfahrungen mit vorzeitiger Ejakulation waren signifikant geringer als bei den früh beschnittenen Männern (15 vs. 23 Prozent, $p < 0,05$).

Einfluss auf das Infektionsrisiko bezogen auf Geschlechtskrankheiten

Ansonsten wird gleichgeschlechtlicher Sex unter Männern⁸ in der Medizin auch in Bezug auf Vorhautbeschneidung insbesondere im Hinblick auf Geschlechtskrankheiten thematisiert – fokussiert auf gleichgeschlechtlichen Analverkehr. Hier – wie auch für gegengeschlechtlichen Sex (der als vaginal, penetrierend vorausgesetzt wird) – gibt es Indizien dafür, dass durch die Beschneidung das Risiko der Ansteckung mit dem HI-Virus und das Infektionsrisiko mit weiteren Geschlechtskrankheiten reduziert werden. Bezogen auf gleichgeschlechtlichen Sex argumentieren etwa Lau et al. (2011, Hongkong/China) und Schneider et al. (2012, USA) in eine solche Richtung. In einer Analyse von 21 Studien zu gleichgeschlechtlichem Sex unter Männern, mit insgesamt 71.693 Teilnehmern, fassten Wiysonge et al. (2011, Südafrika) zusammen, dass sich für den induzierenden Partner das Risiko einer HI-Viren-Infektion signifikant oder zumindest nachweisbar verringere, hingegen nicht für den rezeptiven Partner (vgl. auch: Millett et al., 2008 [USA]; Sánchez et al., 2011 [Peru]). Keine signifikante Verringerung des Infektionsrisikos habe sich für Syphilis und Herpes simplex ergeben (Wiysonge et al., 2011). Andere Studien zeigen für gleichgeschlechtlichen Sex unter Männern maximal eine moderate Verringerung des Infektionsrisikos, betrachtet über einen längeren Zeitraum; es ergebe sich aber keinerlei kurzfristige Risikoreduktion für eine HIV-Infektion (Londish et al., 2010 [Australien]; Templeton et al., 2010 [Australien]; Jameson et al., 2010 [USA]). Auch eine frühere Überblicksstudie über 44 größere und kleinere Studien mit insgesamt 18.585 Teilnehmenden stützt diese Einordnung (Johnson et al., 2008, USA).

Hingegen zeigen Studien zu Männern, die ausschließlich gegengeschlechtlichen sexuellen Verkehr haben (dieser wird als vaginal, penetrierend gedacht), für diese bisher einhellig eine Verringerung des HIV-Infektionsrisikos um etwa 50 bis 60 Prozent. In diesen Studien wird davon ausgegangen, dass keine anale Penetration des Mannes stattfindet und daher die Infektion ausschließlich über die Oberfläche des Penis im vaginalen Bereich der

⁸ Es ist die Bezeichnung „MSM“ („men who have sex with men“, „Männer die Sex mit Männern haben“) gebräuchlich. Sie hat sich durchgesetzt, da sich viele gleichgeschlechtlich sexuell verkehrende Männer nicht als homosexuell oder schwul identifizieren und von entsprechenden Kampagnen nicht angesprochen werden. Fällt „homosexuell“ somit in der Nomenklatur weg, so muss das auch für das mit der europäischen Moderne erst im 19. Jahrhundert aufgekommene Gegenstück – „heterosexuell“ – gelten (vgl. Voß, 2013). Das gilt in den Studien aber nur bedingt – oft wird dort der Begriff „heterosexuell“ genutzt; in diesem Aufsatz wird aber in logischer Konsequenz darauf verzichtet.

Frau erfolgen könne (Gray et al., 2007 [USA]; Bailey et al., 2007 [USA]; Siegfried et al., 2009 [Südafrika]; Templeton, 2010a [Australien]; vgl. WHO, 2007a; WHO, 2007b: Information Package 4). Für die beteiligten Frauen reduziere sich das HIV-Infektionsrisiko hingegen nicht (Wawer et al., 2009 [USA]; vgl. WHO, 2007b: Information Package 5). Doch Obacht ist geboten: Die Studien zur Risikoreduktion einer HIV-Infektion bei Zirkumzision, die im Zusammenhang mit Zirkumzisions-Kampagnen⁹ in Ländern Afrikas aufkommen, und die in den Studien erfolgende heteronormative Darstellung der Ergebnisse können dazu beitragen, dass die Akzeptanz von Kondomen (ein weitgehend sicherer Schutz gegen HIV-Infektion) bei vornehmlich gegengeschlechtlich sexuell verkehrenden Männern (oder die sich als solche ausgeben) sinkt. Einerseits auf Grund der Annahme „geringer“ Infektionswahrscheinlichkeit. Andererseits könnte jemand, der explizit auf der Nutzung eines Kondoms besteht, als gleichgeschlechtlich sexuell verkehrend „erkannt“ – und sofern solche Handlungen gesellschaftlich geächtet sind – stigmatisiert sein. Damit steigt letztlich die Infektionsgefahr zumindest für die rezeptiven Partner_innen und ist zu erwarten, dass die Stigmatisierung gleichgeschlechtlicher sexueller Handlungen zunimmt.

Für andere mögliche sexuell übertragbare Erkrankungen – Syphilis, Herpes simplex – ergibt sich ein ähnliches, wenn auch nicht so deutliches Bild. Ein Review von Weiss et al. (2005, Uganda) über 26 Studien kommt zu dem Ergebnis, dass sich bzgl. gegengeschlechtlichem Sex mit der Zirkumzision moderate, aber nur teilweise signifikante Verringerungen des Infektionsrisikos ergeben. Für gleichgeschlechtlich sexuell verkehrende Männer konnten Wiysonge et al. (2011, Südafrika) bei einer Analyse von 21 Studien keine merkliche Verringerung des Infektionsrisikos feststellen.

Zirkumzision im Kindesalter

Für eine frühe Zirkumzision ergeben Studien einige positive Effekte, insbesondere in Bezug auf Harnwegsinfektionen. Die Studien zu Harnwegsinfektionen – teils sehr

groß angelegt, mit über 100.000 Untersuchten im Alter < 1 bzw. < 3 Jahren – ergeben durchweg ein deutlich (auch signifikant) geringeres Auftreten dieser Infektionen bei beschnittenen im Vergleich zu unbeschnittenen Jungen. Unbeschnittene Jungen hatten etwa zehnmal so häufig Harnwegsinfektionen wie beschnittene. So ermittelten Wiswell et al. (1989, USA) aus den Angaben der zwischen 1980 und 1985 in Krankenhäusern der US-Armee geborenen Jungen, dass bei 20 der 100.157 beschnittenen Jungen Harnwegsinfektionen auftraten; bei den 35.929 unbeschnittenen war das bei 88 der Fall. In einer Folgestudie für die Jahre 1985–1990 (Wiswell et al., 1993, USA) ergab sich ein ähnlich deutlicher Unterschied – ein zehnfach erhöhtes Risiko für Harnwegsinfektionen bei unbeschnittenen Jungen gegenüber beschnittenen. Schoen et al. (2000, USA) erhielten aus einer Studie mit 14.893 im Jahr 1996 geborenen Jungen 132 aufgetretene Harnwegsinfekte – davon 86 Prozent bei den unbeschnittenen Jungen, die mit 35,1 Prozent (5.225) den kleineren Teil der Gruppe ausmachten. Damit erkrankten 2,15 Prozent der unbeschnittenen und 0,22 Prozent der beschnittenen Jungen im ersten Lebensjahr an einem Harnwegsinfekt. Ein Review zur Frage Harnwegsinfekte und Zirkumzision liegt mit Singh-Grewal et al. (2005, Australien) vor – er bestätigt das höhere Risiko einer Harnwegsinfektion bei unbeschnittenen Jungen. Bei fiebrigen Erkrankungen in diesem frühen Alter wurde bei unbeschnittenen relativ oft (ca. 20 bis 30 Prozent), bei beschnittenen eher selten (ca. zwei Prozent) Harnwegsinfekte festgestellt (Zorc et al., 2005 [USA]; Shaik et al., 2005 [USA]; vgl. Morris et al., 2012 [Australien]). Da Harnwegsinfekte mit Schmerzen verbunden seien und sich schwerwiegende Erkrankungen anschließen könnten – wenn sie sich etwa auf die Nieren ausbreiteten –, seien die Ergebnisse bedeutsam (vgl. Morris et al., 2012). Morris et al. (2012) errechneten, dass auf 50 Zirkumzisionen eine „verhinderte“ Harnwegsinfektion im frühen Kindesalter komme,¹⁰ betrachtet auf die ganze Lebenszeit sei das Verhältnis vier (Zirkumzisionen) zu eins („verhinderte“ Harnwegsinfektion).

Positive Effekte deuten sich auch bei Balantis (Entzündung der Eichel, „Eicheltripper“) und weiteren die Penishaut betreffenden Erkrankungen an. Bzgl. der Balantis ergaben Studien der 1980er und beginnenden 1990er Jahre, dass bei Patienten, die wegen Hauterkrankungen Rat suchten, bei 13 bzw. 14 Prozent der unbeschnittenen Jungen diese Erkrankung vorlag, hingegen „nur“ bei etwa zwei Prozent der beschnittenen Jungen (vgl. Morris et al., 2012; Hayashi et al., 2010 [Japan]).

Schließlich wird in der Literatur beschrieben, dass die Entfernung der Vorhaut Spannungen und Schmerzen bei kindlichen Erektionen verringere. So liege im

⁹ Nach den durchgeführten klinischen Studien empfehlen die WHO und das Aidsprogramm der Vereinten Nationen (Unaid) die Zirkumzision als zusätzliche Schutzmöglichkeit vor einer HIV-Infektion bei gegengeschlechtlichem („heterosexuell-penetrierendem“) Sex für Regionen mit hoher HIV-Verbreitung: „WHO/UNAIDS recommendations emphasize that male circumcision should be considered an efficacious intervention for HIV prevention in countries and regions with heterosexual epidemics, high HIV and low male circumcision prevalence.“ (WHO, 2012) Westliche Konzerne haben hier eine Lücke für die Erprobung und Vermarktung neuer Verfahren zur Zirkumzision entdeckt (aerzteblatt.de 2012).

¹⁰ Vgl. mit einem Verhältnis 80 zu 1 – Lerman et al., 2001.

Säuglingsalter stets und im Kindesalter oft Phimose vor – erst mit zunehmendem Alter lasse sich die Vorhaut bei vielen Jungen und Männer vollständig hinter die Eichel zurückziehen. Damit könnten Schmerzen bei Erektionen auftreten, wie der – allerdings selten diagnostizierte – Priapismus (vgl. Morris et al., 2012; Cherian et al., 2006 [Großbritannien]; Aktoz et al., 2011 [Türkei]).

Die Studien zu den Komplikationen bei Zirkumzisionen sind sehr heterogen. Größere Studien ermittelten, dass in 0,2 bis 0,6 Prozent der Beschneidungen Komplikationen aufgetreten waren. In anderen Studien ergaben sich teils deutlich höhere Werte, bis zu 16 Prozent (vgl. Canadian Paediatric Society, 1996; Lerman et al., 2001 [USA]; WHO, 2009; Morris et al., 2012). Weiss et al. (2010, Großbritannien) folgern aus dieser Heterogenität der Daten, dass es insbesondere auf eine sterile Umgebung ankomme, die Infektionsrisiken vermindere, sowie auch auf geschultes Personal. Als Median von 16 prospektiven Studien ermittelten Weiss et al. (2010) einen Wert von 1,5 Prozent Komplikationen bei Beschneidungen von Neugeborenen und Kindern, die bis zum elften Lebensmonat beschnitten wurden; bei den retrospektiven Studien, die sich auf die Beschneidung im gleichen Lebensalter richteten, ergaben sich geringere Komplikationsraten. Als *nicht „ernst“* eingeordnete Komplikationen, die zudem nicht dauerhaft waren, wurden gefasst: Blutungen, vorübergehende Schmerzen, Hämatome, Stenosen (Verengungen). Von den jeweiligen Autor_innen als „ernster“ oder „schwerwiegend“ betrachtete Komplikationen oder solche, die weitere Operationen erforderlich machten oder dauerhafte Einschränkungen mit sich brachten, traten in den Studien meist nicht (null Prozent) auf, allerdings wurden auch hier in einer Studie aus Nigeria (141 Untersuchte) und einer aus Kanada (100 Untersuchte) Werte von zwei Prozent erreicht. In der kanadischen Studie aus den Jahren 1961/62 hatte sich bei einem Kind eine Infektion ergeben, die mit Antibiotika behandelt werden musste, bei einem anderen Kind hatte sich ein Geschwür gebildet. Bei der nigerianischen Studie wurde bei drei Kindern die Harnröhre verletzt (urethral laceration). Weiss et al. (2010) führen aus, dass sich Komplikationen häuften, wenn Freihand-Techniken zur Zirkumzision verwendet wurden und, in Bezug auf Nigeria, wenn sie in privaten Hospitälern stattfanden und nicht in staatlichen. Laut je zwei sehr großen Studien aus den USA (130.475 bzw. 100.157 Untersuchte) und Israel (19.478 bzw. 8000 Untersuchte) traten Komplikationen bei insgesamt 0,1 bis 0,3 Prozent der Behandelten auf (egal ob sie kinderchirurgisch im Hospital oder von einem *Mohel* [Beschneidungsspezialist] vorgenommen wurden); eine weitere sehr große Studie aus Großbritannien (66.519 Untersuchte) erhielt für Zirkumzisionen, die im Alter der Jungen von null bis 15 Jahren vorgenommen wurden, eine Kom-

plikationsrate von 1,2 Prozent (bei null Prozent schweren Komplikationen) (vgl. Weiss et al., 2010).

Bei Beschneidungen im Kindesalter (älter als 11 Monate) und darüber hinaus ergaben sich aber auch teils deutlich höhere Werte von einfachen (also *nicht „schweren“*) Komplikationen. Im Kindesalter zwischen elf Monaten bis zu zwölf Jahren kamen Komplikationen im Median mit sechs Prozent (Schwankungsbreite 2 bis 14 Prozent) vor. Schwere Komplikationen kamen nicht (meist null Prozent) vor, lediglich bei einer Studie aus Großbritannien (2,8 Prozent), einer aus Südafrika (2,5 Prozent) und bei einer aus der Türkei (ein Prozent) ergaben sich deutlich höhere Werte für schwere Komplikationen (Weiss et al., 2010).

Auch traditionelle Beschneidungen führten teils zu einer deutlich höheren Rate an Komplikationen – die Schwankungsbreiten reichten bei der traditionellen Beschneidung von 2,7 Prozent und 3,4 Prozent bis hin zu einem extrem hohen Wert von 73 Prozent (davon 24 Prozent Blutungen, 14 Prozent Infektionen, 12 Prozent inkomplette Zirkumzisionen, 15 Prozent Zysten, 8 Prozent Hämatome und andere). Die Schwankungsbreite bei Adoleszenten- und Erwachsenenbeschneidungen in Ländern Afrikas lag in der Regel im Bereich zwischen 3 und 10 Prozent, während zwei kleinste Studien (je zwölf Beschnittene) in Kenia extrem hohe Komplikationsraten von 83 bzw. 92 Prozent aufwiesen (Weiss et al., 2010; vgl. Morris et al., 2012). Ernste bzw. schwerwiegende Komplikationen kamen bei den Adoleszenten- und Erwachsenenbeschneidungen in Afrika in vier Studien extrem häufig vor, in den übrigen lagen sie bei null bis 2,8 Prozent. Solche schwerwiegenden Komplikationen konnten bedeuteten: teilweisen Verlust der Eichel, Verletzung der Harnröhre, Notwendigkeit einer erneuten Operation oder plastischer Chirurgie (um zerstörte Teile des Gliedes wiederherzustellen). Die populär wiederholt angeführte These, dass bei der Zirkumzision ein bedeutendes Risiko bestehe, dass der Penis verlorengelange, zeigte sich bei der Betrachtung der Behandlungsergebnisse nicht – weder bei Säuglingen, noch bei Kindern und Erwachsenen (vgl. Weiss et al., 2010; Morris et al., 2012).¹¹

Entgegen den zahlreichen populären Postulaten besonderer traumatischer Belastungen, die für Kinder mit der Zirkumzision entstehen, gibt es keine entsprechenden verlässlichen Angaben. Moses et al. (1998, Kanada) konnten bei ihrer Recherche „anekdotische“, jedoch keine wissenschaftlichen Beiträge finden. Taddio et al. (1997) berichten bei einer kleinen Gruppe untersuchter Kleinkinder, dass sie vier bis sechs Monate nach der im Säuglingsalter erfolgten Zirkumzision eine stärkere Reaktion

¹¹ Morris et al. (2012) ermittelten, auf Basis der in den Studien dargestellten Daten, hierfür eine Häufigkeit von weniger als 1 : 1.000.000.

auf zugefügten Schmerz zeigten (insbesondere: längerer Intervall des Schreiens). Wiswell et al. (1989) führten an, dass sich bei 25 der untersuchten 100.157 beschnittenen Jungen in der Folge traumatische Belastungen zeigten. Morris et al. (2012) geben einen kurzen Überblick, der nahelegt, dass gerade kulturelle Erwartungshaltungen Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden mit der Zirkumzision zeigen könnten: So waren beschnittene kalifornische Teenager mit ihrem „Zirkumzision-Status“ zufriedener als die unbeschnittenen; eine schwedische Studie ergab für beschnittene Schüler keine Probleme, außer Schüchternheit in der Umkleidekabine; in Indien fanden Befragte, die beschnitten wurden, dass die Zirkumzision nicht Teil ihrer Hindu-Kultur sei (41 Prozent), andere (30 Prozent) befürchteten Stigmatisierung (vgl. Morris et al., 2012). Es ergeben sich daraus Hinweise, dass die herrschende Kultur und ihr Umgang mit Zirkumzision (und ggf. beschnittenen Menschen) wichtige Auswirkungen auf das Erleben der Zirkumzision haben: In den USA sind ca. 2/3 der Männer beschnitten, in Schweden und in den durch die Hindu-Kultur geprägten Bevölkerungsgruppen Indiens sind es hingegen nur eine Minderheit. Auch der Hinweis von A. Utlu (Siegessäule, 2012) auf Hänseleien in der Schule ging in die Richtung, dass der Umgang der Dominanzkultur Einfluss auf das Wohlbefinden mit der Zirkumzision hat. Allerdings wären detaillierte Untersuchungen zur Beurteilung notwendig.

Ableitungen

Aus den vorliegenden Ergebnissen ziehen medizinische Arbeitsgruppen und politische Entscheidungsträger_innen die Schlüsse, dass die Zirkumzision geeignet ist,

1. die Häufigkeit von Harnwegsinfektionen zu reduzieren¹² (zudem sei die Methode dabei kosteneffektiv¹³,
2. weitere gesundheitsfördernde Eigenschaften wie die Reduktion weiterer Erkrankungsrisiken mit sich bringe,¹⁴
3. sie bei einer sterilen und fachlich geeigneten Ausführung unter Analgesie (Betäubung) ein Komplikations-Risiko von 0,2 bis zwei Prozent bedeute,¹⁵

¹² U.a.: Canadian Paediatric Society, 1996; WHO, 2009; The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2012; Morris et al., 2012; Kacker et al., 2012.

¹³ Morris et al., 2012; Kacker et al., 2012

¹⁴ U.a.: Canadian Paediatric Society, 1996; WHO, 2009; The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2012; Morris et al., 2012; Kacker et al., 2012.

¹⁵ U.a.: Canadian Paediatric Society, 1996; WHO, 2009; The American

4. dass entsprechend über Risiken, Nutzen und Methoden die Behandelten bzw. ihre Eltern ausreichend aufgeklärt werden müssten.¹⁶

Da sich die volle Ausschöpfung der Vorteile – etwa bei kindlichen Harnwegsinfekten – bei einer frühen Zirkumzision zeigt und sich zugleich für diesen Zeitpunkt die geringsten Komplikations-Häufigkeiten ergaben, wird die Durchführung der Zirkumzision bereits für das Säuglingsalter angeraten.¹⁷ Singh-Grewal et al. (2005) schließen in einer Meta-Analyse, dass bis zu einem Risiko der Zirkumzision von zwei Prozent die Vorteile der Beschneidung die Nachteile überwögen.

Literatur

- Aerzteblatt.de 2012, Blutungsfreie Beschneidung. *aerzteblatt.de*, 15. August 2012. Online: <http://www.aerzteblatt.de/blog/51286/Blutungsfreie-Beschneidung> (Zugriff: 29.9.2012).
- Aktoz, T., Tepeler, A., Gündoğdu, E.O., Ozkuvanci, U., Müslümanoğlu, A.Y., 2011. Priapism in the newborn: management and review of literature. *Andrologia*, 43 (1) 65–7.
- Aydur, E., Gungor, S., Ceyhan, S.T., Taiimaz, L., Baser, I., 2007. Effects of childhood circumcision age on adult male sexual functions. *Int J Impot Res.*, 19 (4) 424–31.
- Bailey, R.C., Moses, S., Parker, C.B., Agot, K., Maclean, I., Krieger, J.N., Williams, C.F., Campbell, R.T., Ndinya-Achola, J.O., 2007. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. *Lancet*, 369 (9562) 643–56.
- Bundesärztekammer, 2012. Montgomery: Kölner Urteil für Ärzte unbefriedigend und für Kinder gefährlich, Pressemitteilung, 1.7.2012. Online: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=3.71.9972.10588.10589> (Zugriff: 27.9.2012).
- BVKJ, 2012. Rituelle Beschneidungen bei Minderjährigen – Kinder- und Jugendärzte fordern: Allein das Recht eines Kindes auf körperliche Unversehrtheit zählt, 17.7.2012. Online: <http://www.kinderaerzte-im-netz.de/bvkj/aktuelles1/show.php?id=4277&nodeid=26&nodeid=26&query=beschneidung> (Zugriff: 27.9.2012).
- Canadian Paediatric Society, 1996. Neonatal circumcision revisited. Fetus and Newborn Committee, Canadian Paediatric Society. *CMAJ*, 154 (6) 769–80.
- Çetin, Z., Wolter, S.A., 2013. Fortsetzung einer „Zivilisierungsmission“: Zur deutschen Beschneidungsdebatte. In: Hafez, F. (Hrsg.), *Jahrbuch für Islamophobie-Forschung*. Wien: New Academic Press.

College of Obstetricians and Gynecologists, 2012; Morris et al., 2012.

¹⁶ U.a.: Canadian Paediatric Society, 1996; Lerman et al., 2001; WHO, 2009; The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2012; Morris et al., 2012.

¹⁷ U.a.: The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2012; Morris et al., 2012; Kacker et al., 2012.

- Cherian, J., Rao, A.R., Thwaini, A., Kapasi, F., Shergill, I.S., Samman, R., 2006. Medical and surgical management of priapism. *Postgrad Med J.*, 82 (964) 89–94.
- Collins S., Upshaw J, Rutchik S., Ohannessian C., Ortenberg J., Albertsen P., 2002. Effects of circumcision on male sexual function: debunking a myth? *J Urol.*, 167 (5) 2111–2.
- DAKJ, 2012. Stellungnahme zur Beschneidung von minderjährigen Jungen – Kommission für ethische Fragen der DAKJ, Juli 2012. Online: http://dakj.de/media/stellungnahmen/ethische-fragen/2012_Stellungnahme_Beschneidung.pdf (Zugriff: 27.9.2012).
- DGPT, 2012. Pressemitteilung „Religiöse Beschneidung von Jungen Stellungnahme der DGPT zur Debatte“, 13.9.2012. Online: <http://dgpt.de/fileadmin/download/presse/PM-Beschneidung-120913.pdf> (Zugriff: 27.9.2012).
- DGU, 2012. DGU-Stellungnahme zum „Beschneidungsurteil“ des Landgerichts Köln, 3.7.2012. Online: <http://www.dgu.de/1801.html> (Zugriff: 27.9.2012).
- Fink, K.S., Carson, C.C., DeVellis, R.F., 2002. Adult circumcision outcomes study: effect on erectile function, penile sensitivity, sexual activity and satisfaction. *J Urol.*, 167 (5) 2113–6.
- Gray, R.H., Kigozi, G., Serwadda, D., Makumbi, F., Watya, S., Nalugoda, F., Kiwanuka, N., Moulton, L.H., Chaudhary, M. A., Chen, M.Z., Sewankambo, N.K., Wabwire-Mangen, F., Bacon, M.C., Williams, C.F., Opendi, P., Reynolds, S.J., Laeyendecker, O., Quinn, T.C., Wawer, M.J., 2007. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. *Lancet*, 369 (9562) 657–66.
- Hayashi, Y., Kojima, Y., Mizuno, K., Kohri, K., 2011. Prepuce: phimosis, paraphimosis, and circumcision. *Scientific WorldJournal*, 11: 289–301.
- Heitmeyer W. (Hrsg.), 2011. Deutsche Zustände. Folge 10. Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Hosseini, S. R., Khazaeli, M.H., Atharikia, D., 2008. Role of postcircumcision mucosal cuff length in lifelong premature ejaculation: a pilot study. *J Sex Med.*, 5 (1) 206–9.
- Jameson, D.R., Celum, C.L., Manhart, L., Menza, T.W., Golden, M. R., 2010. The association between lack of circumcision and HIV, HSV-2, and other sexually transmitted infections among men who have sex with men. *Sex Transm Dis.*, 37 (3) 147–52.
- Johnson, W.D., Diaz, R.M., Flanders, W.D., Goodman, M., Hill, A.N., Holtgrave, D., Malow, R., McClellan, W.M., 2008. Behavioral interventions to reduce risk for sexual transmission of HIV among men who have sex with men. *Cochrane Database Syst Rev.*, 2008 (3) CD001230.
- Kacker, S., Frick, K.D., Gaydos, C.A., Tobian, A.A., 2012. Costs and Effectiveness of Neonatal Male Circumcision. *Arch Pediatr Adolesc Med.*, 2012: 1–9. doi: 10.1001/archpediatrics.2012.1440.
- Kemper, A., 2011. (R)echte Kerle. Zur Kumpanei der Männer RECHTSbewegung. Unrast-Verlag, Münster.
- Kemper, A. (Hrsg.), 2012. Die Maskulisten: Organisierter Antifeminismus im deutschsprachigen Raum. Unrast-Verlag, Münster.
- Kigozi, G., Watya, S., Polis, C.B., Buwembo, D., Kiggundu, V., Wawer, M.J., Serwadda, D., Nalugoda, F., Kiwanuka, N., Bacon, M.C., Ssempijja, V., Makumbi, F., Gray, R.H., 2008. The effect of male circumcision on sexual satisfaction and function, results from a randomized trial of male circumcision for human immunodeficiency virus prevention, Rakai, Uganda. *BJU Int.*, 101 (1) 65–70.
- Kim, D., Pang, M.G., 2007. The effect of male circumcision on sexuality. *BJU Int.*, 99 (3) 619–22.
- Köln Landgericht, 2012. Pressemitteilung „Urteile des Amtsgerichts und des Landgerichts Köln zur Strafbarkeit von Beschneidungen nicht einwilligungsfähiger Jungen aus rein religiösen Gründen“, 26.6.2012. Online: http://www.lg-koeln.nrw.de/Presse/Pressemitteilungen/26_06_2012_-_Beschneidung.pdf (Zugriff: 27.9.2012).
- Lau, J.T., Zhang, J., Yan, H., Lin, C., Choi, K.C., Wang, Z., Hao, C., Huan, X., Yang, H., 2011. Acceptability of circumcision as a means of HIV prevention among men who have sex with men in China. *AIDS Care*, 23 (11) 1472–82.
- Laumann, E.O., Masi, C.M., Zuckerman, E.W., 1997. Circumcision in the United States. Prevalence, prophylactic effects, and sexual practice. *JAMA*, 277 (13) 1052–7.
- Lerman, S.E., Liao, J.C., 2001. Neonatal circumcision. *Pediatr Clin North Am.*, 48 (6) 1539–57.
- Londish, G.J., Templeton, D.J., Regan, D.G., Kaldor, J.M., Murray, J.M., 2010. Minimal impact of circumcision on HIV acquisition in men who have sex with men. *Sex Health*, 7 (4) 463–70.
- Malkoc, E., Ates, F., Tekeli, H., Kurt, B., Turker, T., Basal, S., 2012. Free Nerve Ending Density on the Skin Extracted by Circumcision and It's Relation with Premature Ejaculation. *J Androl.*, 2012 May 17. [Epub ahead of print]
- Mao, L., Templeton, D.J., Crawford, J., Imrie, J., Prestage, G. P., Grulich, A.E., Donovan, B., Kaldor, J.M., Kippax, S.C., 2008. Does circumcision make a difference to the sexual experience of gay men? Findings from the Health in Men (HIM) cohort. *J Sex Med.*, 5 (11) 2557–61.
- Masood, S., Patel, H.R., Himpson, R.C., Palmer, J.H., Mufti, G. R., Sheriff, M.K., 2005. Penile sensitivity and sexual satisfaction after circumcision: are we informing men correctly? *Urol Int.*, 75 (1) 62–6.
- Millett, G.A., Flores, S.A., Marks, G., Reed, J.B., Herbst, J.H., 2008. Circumcision status and risk of HIV and sexually transmitted infections among men who have sex with men: a meta-analysis. *JAMA*, 300 (14) 1674–84.
- Morris, B.J., Waskett, J.H., Banerjee, J., Wamai, R.G., Tobian, A.A., Gray, R.H., Bailis, S.A., Bailey, R.C., Klausner, J.D., Willcourt, R.J., Halperin, D.T., Wiswell, T.E., Mindel, A., 2012. A ‚snip‘ in time: what is the best age to circumcise? *BMC Pediatr.*, 12: 20.
- Moses, S., Bailey, R.C., Ronald, A.R., 1998. Male circumcision: assessment of health benefits and risks. *Sex Transm Infect.*, 74 (5) 368–73.
- Müller-Neuhof, J., 2012. Religiöse Beschneidung – Chronik einer beispiellosen Debatte. Online: <http://www.tagesspiegel.de/politik/religioese-beschneidung-chronik-einer-beispiellosen-debatte/7018904.html> (und zwei verlinkte folgende Seiten; Zugriff: 27.9.2012).
- Namavar, M.R., Robati, B., 2011. Removal of foreskin remnants in circumcised adults for treatment of premature ejaculation. *Urol Ann.*, 3 (2) 87–92.
- O’Brien, T.R., Calle, E.E., Poole, W.K., 1995. Incidence of neonatal circumcision in Atlanta, 1985–1986. *South Med J.*, 88 (4) 411–5.
- Petition, 2012. „Wir gegen Rechtsbeschneidung!“. Online:

- <http://www.change.org/petitions/wir-gegen-rechtsbeschneidung> (Zugriff: 27.9.2012).
- Sánchez, J., Sal, Y., Rosas, V.G., Hughes, J.P., Baeten, J.M., Fuchs, J., Buchbinder, S.P., Koblin, B.A., Casapia, M., Ortiz, A., Celum, C., 2011. Male circumcision and risk of HIV acquisition among MSM. *AIDS*, 25 (4) 519–23.
- Schneider, J.A., Michaels, S., Gandham, S.R., McFadden, R., Liao, C., Yeldandi, V.V., Oruganti, G., 2012. A protective effect of circumcision among receptive male sex partners of Indian men who have sex with men. *AIDS Behav.*, 16 (2) 350–9.
- Schoen, E.J., Colby, C.J., Ray, G.T., 2000. Newborn circumcision decreases incidence and costs of urinary tract infections during the first year of life. *Pediatrics*, 105 (4 Pt 1) 789–93.
- Shaikh, N., Morone, N.E., Bost, J.E., Farrell, M.H., 2008. Prevalence of urinary tract infection in childhood: a meta-analysis. *Pediatr Infect Dis J.*, 27 (4) 302–8.
- Siegessäule, 2012. Beschneidung – „Traumatisch und der Horror“, Siegessäule. Online: <http://www.siegessaule.de/queere-welt-1000/beschneidung-traumatisch-und-der-horror.html> (Zugriff: 27.9.2012).
- Siegfried, N., Muller, M., Deeks, J.J., Volmink, J., 2009. Male circumcision for prevention of heterosexual acquisition of HIV in men. *Cochrane Database Syst Rev.*, 2009 (2) CD003362.
- Singh-Grewal, D., Macdessi, J., Craig, J., 2005. Circumcision for the prevention of urinary tract infection in boys: a systematic review of randomised trials and observational studies. *Arch Dis Child.*, 90 (8) 853–8.
- Sorrells, M.L., Snyder, J.L., Reiss, M.D., Eden, C., Milos, M.F., Wilcox, N., Van Howe, R.S., 2007. Fine-touch pressure thresholds in the adult penis. *BJU Int.* 2007 Apr 99 (4) 864–9.
- Taddio, A., Katz, J., Ilersich, A.L., Koren, G., 1997. Effect of neonatal circumcision on pain response during subsequent routine vaccination. *Lancet*, 349 (9052) 599–603.
- TAZ, die Tageszeitung, 2012. Religiöse Riten in der Praxis – Beschneidungen und andere Traumata. TAZ, 3.7.2012. Online: <http://www.taz.de/196617/> (Zugriff: 27.9.2012).
- Templeton, D.J., Millett, G.A., Grulich, A.E., 2010. Male circumcision to reduce the risk of HIV and sexually transmitted infections among men who have sex with men. *Curr Opin Infect Dis.*, 23 (1) 45–52.
- Templeton, D. J., 2010. Male circumcision to reduce sexual transmission of HIV. *Curr Opin HIV AIDS*, 5 (4) 344–9.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2012. (Task Force on Circumcision) Male circumcision. *Pediatrics*, 130 (3) e756–85.
- Voß, H.-J., 2012. *Intersexualität – Intersex: Eine Intervention*. Unrast-Verlag, Münster.
- Voß, H.-J., 2013. *Die Biologie der Homosexualität: Theorie und Anwendung im gesellschaftlichen Kontext*. Unrast-Verlag, Münster.
- Wawer, M.J., Makumbi, F., Kigozi, G., Serwadda, D., Watya, S., Nalugoda, F., Buwembo, D., Ssempijja, V., Kiwanuka, N., Moulton, L.H., Sewankambo, N.K., Reynolds, S.J., Quinn, T. C., Opendi, P., Iga, B., Ridzon, R., Laeyendecker, O., Gray, R. H., 2009. Circumcision in HIV-infected men and its effect on HIV transmission to female partners in Rakai, Uganda: a randomised controlled trial. *Lancet*, 374 (9685) 229–37.
- Weiss, H.A., Thomas, S.L., Munabi, S.K., Hayes, R.J., 2006. Male circumcision and risk of syphilis, chancroid, and genital herpes: a systematic review and meta-analysis. *Sex Transm Infect.*, 82 (2) 101–9; discussion 110.
- Weiss, H.A., Larke, N., Halperin, D., Schenker, I., 2010. Complications of circumcision in male neonates, infants and children: a systematic review. *BMC Urol.*, 2010: 10/2.
- WHO, 2007a. *New Data on Male Circumcision and HIV Prevention: Policy and Programme Implications*. Online: http://data.unaids.org/pub/Report/2007/mc_recommendations_en.pdf (Zugriff: 29.9.2012).
- WHO, 2007b. *Male circumcision information package*. Online: <http://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/infopack/en/index.html> (Zugriff: 29.9.2012).
- WHO, 2009. *Manual for Male Circumcision under Local Anaesthesia*. Online: http://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/who_mc_local_anaesthesia.pdf (Zugriff: 29.9.2012).
- WHO, 2012. *Male circumcision for HIV prevention* (Homepage World Health Organization). Online: <http://www.who.int/hiv/topics/malecircumcision/en/> (Zugriff: 29.9.2012).
- Wiswell, T.E., Geschke, D.W., 1989. Risks from circumcision during the first month of life compared with those for uncircumcised boys. *Pediatrics*, 83 (6) 1011–5.
- Wiswell, T.E., Hachey, W.E., 1993. Urinary tract infections and the uncircumcised state: an update. *Clin Pediatr (Phila)*, 32 (3) 130–4.
- Wysonge, C.S., Kongnyuy, E.J., Shey, M., Muula, A.S., Navti, O.B., Akl, E.A., Lo, Y.R., 2011. Male circumcision for prevention of homosexual acquisition of HIV in men. *Cochrane Database Syst Rev.*, 15 (6) CD007496.
- Zentralrat der Juden, 2012. Pressemitteilung „Zum Urteil des Kölner Landgerichts zur Beschneidung von Jungen“, 26.6.2012. Online: <http://www.zentralratjuden.de/de/articel/3705.html> (Zugriff: 27.9.2012).
- Zentralrat der Muslime, 2012. Pressemitteilung des ZMD zum sogenannten „Beschneidungsurteil“, 27.6.2012. Online: <http://zentralrat.de/20584.php> (Zugriff: 27.9.2012).
- Zick A, Küpper B, Hövermann A, 2011. *Die Abwertung der Anderen. Eine europäische Zustandsbeschreibung zu Intoleranz, Vorurteilen und Diskriminierung*. Friedrich-Ebert-Stiftung, Berlin.
- Zorc, J.J., Levine, D.A., Platt, S.L., Dayan, P.S., Macias, C.G., Krief, W., Schor, J., Bank, D., Shaw, K.N., Kuppermann, N., 2005. Clinical and demographic factors associated with urinary tract infection in young febrile infants. *Pediatrics*, 116 (3) 644–8.

Autor

Dr. phil., Dipl. Biol. Heinz-Jürgen Voß, c/o Lehrstuhl Sprachwissenschaft und therapeutische Kommunikation, Europa Universität Viadrina, Große Scharnstraße 59, 15230 Frankfurt (Oder), e-mail: voss_heinz@yahoo.de, Homepage: www.heinzjuergenvoss.de.

Zum Stellenwert von Presse- und Öffentlichkeitsarbeit im Präventionsnetzwerk „Kein Täter werden“

Jens Wagner

The Importance of the Press- and Public Relations in the Prevention Network „Don't Offend“

„Was sollte man mit einem Mann machen, der Kinder begehrt?“¹ Mit dieser Frage titelte das *ZEIT*magazin vom 25. Oktober 2012. Für ihre Titelgeschichte hatte die Autorin Heike Faller ein Jahr lang Jonas², einen Patienten des Berliner „Präventionsprojektes Dunkelfeld“ (PPD), begleitet. Und genau diese Frage war es auch, die im Jahre 2004 ausschlaggebend für die Initialisierung des Projektes an der Berliner Charité war. Denn immer wieder hatten sich am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin hilfesuchende Männer gemeldet, die sich zu Kindern und/oder Jugendlichen hingezogen fühlten und Angst hatten, früher oder später sexuelle Übergriffe und damit Straftaten zu begehen. Die Krux: Bis zu diesem Zeitpunkt gab es für dieses Klientel – problembewusste, nicht justizbekannte Menschen mit pädophiler Neigung aus dem so genannten Dunkelfeld – keinerlei therapeutische Hilfsangebote. Diese Problemlage war also Ausgangspunkt, um ein therapeutisches Angebot zu initiieren, mit dem Ziel, auf diesem Wege sexuelle Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen bereits im Vorfeld zu verhindern.

Mit finanzieller Unterstützung der *VW-Stiftung* und in Zusammenarbeit mit der Kinderschutzorganisation *Hänsel + Gretel* (eine Zusammenarbeit, die bis heute erfolgreich besteht) wurde das PPD ab 2004 ins Leben gerufen.

Die Zielgruppe des Projektes sollte durch aktive Presse- und Öffentlichkeitsarbeit auf das Projekt aufmerksam gemacht werden. Eine nahe liegende Methode. Denn während bei den meisten Krankheitsbildern klar ist, an welchen Arzt oder Therapeuten man sich wendet, trifft dies bei den meisten gerade Sexualstörungen nicht zu. Woher sollen also potentielle Teilnehmer des PPD, die aufgrund einer fremdgefährdenden Präferenzstörung jahrelang erfolglos Hilfe gesucht haben teilweise jahrelang

erfolglos Hilfe gesucht hatten, von diesem Angebot erfahren, wenn nicht über die Medien?

Grundlage der Medienarbeit war die Entwicklung einer geeigneten Kampagne. Die Erreichbarkeit therapiemotivierter potentieller Täter oder realer Dunkelfeld-Täter über Medien wurde zu Beginn des Projektes 2005 mit Hilfe von Patienten, die wegen ihrer auf Kinder gerichteten sexuellen Impulse in der Sexualmedizinischen Ambulanz der Charité behandelt wurden³, erforscht. Nach diesen Forschungsergebnissen sollte die Medienkampagne möglichst folgende Kriterien berücksichtigen:

- ◆ das Problem offen ansprechen und klar benennen;
- ◆ keine Schuldzuweisung, Verurteilung, Entwertung;
- ◆ emotional ansprechend, empathisch, ohne zu solidarisieren oder zu bagatellisieren;
- ◆ seriös, vertrauenerweckend, ehrlich;
- ◆ nicht moralisierend, nicht medizinisch, nicht juristisch;
- ◆ kurze, klare, eindeutige Botschaft mit Kontaktdaten.

Die Werbeagentur *Scholz & Friends* übernahm auf Basis der Ergebnisse die Konzeption und Durchführung der Medienkampagne, zu der neben der Entwicklung von Plakaten und Online-Bannern auch ein Fernseh- und Kinospot gehörte.

Schließlich entstand ein Plakatmotiv, auf dem ein in der U-Bahn sitzender Mann gezeigt wird, neben dem sich zwei Kinder auf dem Nachbarsitz in spielerischer Unbefangenheit die Zeit vertreiben. Das Motiv bedient sich eines einfachen Stilmittels, nämlich einem Haltegriff, der die Augen des Betroffenen verdeckt, um zu zeigen, dass pädophile Tatgefährdete bis dato in der Anonymität leben. Der Haltegriff spielt aber auch auf schwarze Balken an, die Täter auf Zeitungsfotos anonymisieren und damit auf die drohende Kriminalität hinweisen, wenn es dem Betroffenen nicht gelingen sollte, die Befriedigung seiner

¹ Heike Faller. „Der Getriebene“. Erschienen in: *ZEIT*magazin, 25.10.2012. Abgerufen 7.11.2012, von: <http://www.zeit.de/2012/44/Sexualitaet-Paedophilie-Therapie>.

² Name für die Reportage geändert.

³ Vgl. S.R. Feelgood, Ch.J. Ahlers, G.A. Schaefer, A. Ferrier, K.M. Beier. Generation of concrete ideas for a media campaign to motivate undetected sexual offenders to seek treatment using the Marketing Psychology approach. Paper presented at the 7th International Conference of the International Association for the Treatment of Sexual Offenders (IATSO), 11.–14. September 2002, Vienna, Austria, EU. Awarded Second Prize by the expert panel.



Abb. 1 Plakatmotiv der Medienkampagne zum „Präventionsprojekt Dunkelfeld“

pädophilen Impulse auf der Fantasieebene zu belassen. Dies wird ergänzt durch den Slogan „lieben sie kinder mehr, als ihnen lieb ist?“, wobei die durchgängige Kleinschreibung mit der Doppeldeutigkeit von „ihnen“ darauf abstellt, dass sich sowohl die Täter als auch die Kinder bei sexuellen Übergriffen schlecht fühlen. Ergänzend sind auf dem Plakat die wichtigsten Kontaktdaten (Telefon, Website) aufgeführt, so dass Interessierten eine leichte Kontaktaufnahme ermöglicht wird (Abb. 1).

Der Spot, der auf das gleiche Motiv zurück greift, zeigt ganz bewusst einen sympathischen Mann, was betont, dass die sexuelle Neigung „Pädophilie“ alle Altersgruppen und sozialen Schichten betrifft („Als er nach der ersten Stunde wieder in der S-Bahn zum Hauptbahnhof sitzt, denkt er: Sie sahen nicht aus wie Monster. Und es können auch keine sein. Sie alle wollen sich helfen lassen.“)⁴

Bestandteil der Medienkampagne wurden das Motto des Präventionsprojektes „Damit aus Fantasien keine Taten werden!“, der Leitsatz der Kampagne „lieben sie kinder mehr als ihnen lieb ist?“, während die vermittelte Botschaft lautete: „Du bist nicht schuld an deinen sexuellen Gefühlen, aber du bist verantwortlich für dein sexuelles Verhalten. Es gibt Hilfe! Werde kein Täter!“

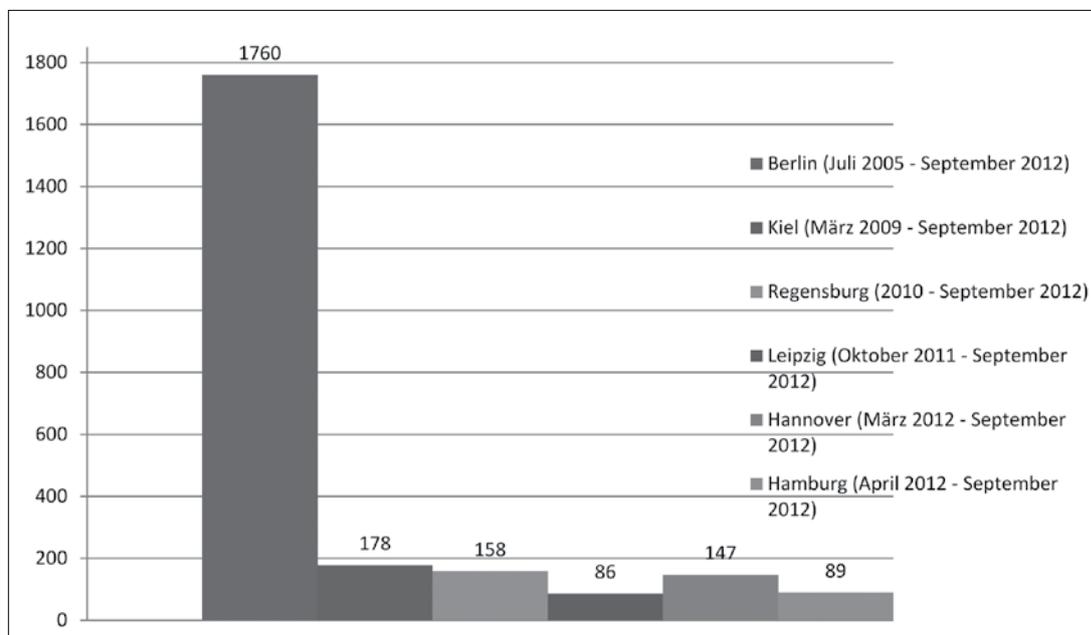
Die Medienkampagne erwies sich als geeignetes Kommunikationsmittel, um die Zielgruppe des Projektes zu erreichen und für das therapeutische Angebot des Projektes anzusprechen. Mithilfe der PR-Agentur *Scholz & Friends Agenda*, die die Öffentlichkeitsarbeit für das Projekt übernahm, konnte die Präventionskampagne „Kein Täter werden“ in beträchtlichem Umfang im Großraum Berlin etabliert werden: Sie erhielt Anzeigen, Freischaltungen (Mediawert ca. 40.000 €) und gesponserte Außenwerbung (Mediawert ca. 100.000 €) an 2.000 Standorten und für einen Zeitraum von 6 Wochen. Darüber hinaus wurde der Spot 35 Mal unentgeltlich von verschiedenen Sendern wie *ARD, N24, VOX, Pro7, Sat1* und *Super RTL* geschaltet.

Wichtige Kommunikationsplattform der Kampagne sowie aller weiteren relevanten Projektinformationen und Kontaktdaten wurde die Projektwebsite www.kein-taeter-werden.de, die im Oktober 2011 überarbeitet auch als Website des Präventionsnetzwerks „Kein Täter werden“ etabliert wurde.

Auch die Resonanz der Medien auf den Start des Projektes war – was sich bis heute nicht verändert hat – immens. Innerhalb der ersten Monate erschienen über 300 Medienberichte. Und so meldeten sich bis 2006 rund 400 Menschen, die den Spot oder die Plakate gesehen, in der Zeitung über das Projekt und dessen Angebot gelesen oder einen Beitrag im Fernsehen gesehen hatten. Bis September 2012 haben sich allein am Berliner Projekts-

⁴ Heike Faller. „Der Getriebene“. Erschienen in: ZEITmagazin, 25.10.2012. Abgerufen 7.11.2012, von: <http://www.zeit.de/2012/44/Sexualitaet-Paedophilie-Therapie>.

Abb. 2 Kontaktaufnahmen im Präventionsnetzwerk „Kein Täter werden“, Stand 30.9.2012



tandort 1760 Personen gemeldet. Und auch an den anderen Standorten des Präventionsnetzwerkes zeigt sich, dass das Angebot angenommen wird (Abb. 2).

Eine Auszählung der am Standort Berlin eingegangenen Kontakte von 2005 bis August 2012 ergab, dass von den 1127 Personen, die Angaben gemacht hatten, 19 % über die Medienberichterstattung vom Präventionsprojekt erfahren hatten, 29,6 % durch Online-Maßnahmen sowie über die Projektwebsite, rund 7,4 % über die Plakate und/oder den Spot und 29,7 % durch die Vermittlung durch Psychologen, Ärzte und Beratungsstellen, die u.a. regelmäßig durch Flyer, Veranstaltungen und Artikel in Fachzeitschriften auf das Projekt aufmerksam gemacht werden. Das sind bis heute knapp 86 % der Projektteilnehmer, die sich durch Maßnahmen der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit erstmalig im Projekt meldeten, während sich die restlichen 14%, die sich unter anderem aus Vermittlungen aus dem sozialen Umfeld sowie durch Anwälte und die Justiz ergeben, zumindest indirekt durch ähnliche öffentlichkeitswirksame Maßnahmen erklären lassen.

Mittlerweile existiert das Projekt rund sieben Jahre. Der Berliner Standort des Präventionsprojektes Dunkelfeld ist seit 2011 offiziell Initiator und Koordinator des deutschlandweiten Präventionsnetzwerkes „Kein Täter werden“ und wird dafür bis Ende 2013 vom Bundesministerium der Justiz (BMJ) gefördert. Gemeinsam mit den bestehenden Standorten in Kiel (Start 2009), Regensburg (2010) und Leipzig (2011) wurde 2011 das Präventionsnetzwerk „Kein Täter werden“ gegründet, dem mit Hannover und Hamburg (Start jeweils 2012) nunmehr sechs Standorte angehören. Ende 2012/Anfang 2013 wird mit Stralsund (Mecklenburg-Vorpommern) mit großer Wahrscheinlichkeit der siebte Standort folgen. Das Bun-

desland Hessen war in einem ersten Anlauf für den primär präventiven Ansatz des PPD nicht zu gewinnen und konnte sich insofern den diesbezüglichen Empfehlungen im Abschlußbericht des *Runden Tisches* nicht anschließen. (<http://www.rundertisch-kindesmissbrauch.de>) Mit Unterstützung von Johannes-Wilhelm Rörig (UBSKM) sowie der Sächsischen Staatsministerin Christine Clauß wurde versucht, die Bundesländer Thüringen und Sachsen-Anhalt für eine finanzielle Beteiligung zum Aufbau eines gemeinsamen Standortes aller drei Bundesländer in Leipzig zu gewinnen – bislang ohne Erfolg.

2013 wird sich entscheiden, ob die Bemühungen in den Ländern Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz (z. T. in Verbindung mit finanzieller Unterstützung durch die Evangelische bzw. Katholische Kirche) ebenfalls die Einrichtung einer entsprechenden Anlaufstelle zur Folge haben werden. Das Ziel bleibt weiterhin, ein bundesweites, flächendeckendes therapeutisches Angebot zur Etablierung der primären Prävention sexueller Traumatisierungen von Kindern und Jugendlichen auf- und auszubauen. Darüber hinaus gibt es zahlreiche Anfragen aus dem Ausland (Österreich, Schweden, Finnland, Niederlande, USA, Kanada, etc.) von Institutionen, die das Konzept adaptieren und/oder Teil des Präventionsnetzwerkes werden möchten. Dabei garantiert das Netzwerk „Kein Täter werden“ gemeinsame Qualitätsstandards bezüglich Schweigepflicht, Diagnostik, therapeutischem Vorgehen, Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie der Öffentlichkeitsarbeit.

In Abstimmung mit den Standorten wird die gesamte Presse- und Öffentlichkeitsarbeit für das Präventionsnetzwerk von Berlin aus koordiniert und erfolgt einheitlich unter Betonung des primären Präventionsaspektes so-

wie des schweigepflichtgeschützten Versorgungsangebotes. Primäres Kommunikationsziel ist die Verhinderung sexueller Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen sowie die Vermeidung der Nutzung von Missbrauchsabbildungen. Eine „Heilung“ oder Auflösung der pädophilen Neigung wird nicht in Aussicht gestellt. Die Außenkommunikation vermittelt keine moralische Bewertung sexueller Fantasien („New Man ist pädophil. Er fühlt sich sexuell sexualzu Mädchen hingezogen. Im Alter von 5–10 Jahren. Diese Neigung hat er sich nicht ausgesucht. Sie ist sein Schicksal.“)⁵, vertritt aber eine klare Position gegen sexuell übergriffiges Verhalten. Eine Botschaft, die auch für die Teilnehmer des Projektes eine wichtige Bedeutung hat („Ich kann nichts für diese Neigung“, sagt er. „Sie ist da, sie ist ein Bestandteil von mir. Ich habe nichts aktiv dafür getan, dass ich sie bekomme. Aber ich kann aktiv damit umgehen.“)⁶. Der gemeinsame Internetauftritt www.kein-taeter-werden.de wird vom Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin in Berlin in enger Abstimmung mit den anderen Standorten des Netzwerkes redaktionell betreut. Darüber hinaus ist es Ziel der Öffentlichkeitsarbeit, einen sachlichen gesellschaftlichen Diskurs anzuregen. Dazu gehören die gezielte Aufklärung und Entstigmatisierung der pädophilen Neigung, beispielsweise, indem vermittelt wird, dass die sexuelle Präferenz nicht synonym mit dem sexuellen Verhalten gesetzt werden darf: „Nicht jeder Pädophile gibt seiner Neigung nach und wird zum Täter. Manche Pädophilen fassen nie ein Kind an. Gleichzeitig ist weniger als die Hälfte jener Männer, die Kinder missbrauchen, tatsächlich auf Kinder fixiert.“⁷ Tatsachen, die leider bei weitem nicht von allen Medien so differenziert wie im angegebenen Beispiel dargestellt werden. Immer wieder werden Sexualstraftäter in der Medienberichterstattung als pädophil bezeichnet, was weiterhin dazu beiträgt, der Öffentlichkeit zu suggerieren, dass jeder Sexualstraftäter pädophil sei. Dies trifft aber den bisherigen Daten zufolge lediglich für 40% der Täter zu und setzt eine sachgerecht gestellte Diagnose voraus (Beier et al., 2010). Aufgabe der Medienarbeit im Präventionsnetzwerk „Kein Täter werden“ ist es auch, der Öffentlichkeit zu vermitteln, dass Menschen mit einer sexuellen Präferenzstörung bei sachgemäßer Behandlung

verantwortungsvolles Verhalten erlernen können. Unter dem Gesichtspunkt der genannten Ziele entspricht der erwähnte *ZEIT*-Artikel im besten Sinne nahezu allen Kommunikationszielen des Präventionsnetzwerkes und steht damit auch für eine trotz oben genannten Beispiels gewachsene Offenheit und Sensibilisierung der Medien.

Die Berichterstattung durch die Presse trägt nach wie vor in großem Maße zur erfolgreichen Ansprache potentieller Projektteilnehmer sowie zur Aufklärung der Öffentlichkeit bei. Allein bis zum Oktober gab es im laufenden Jahr 2012 rund 100 Meldungen, Artikel, Radio- und TV-Beiträge, unter anderem in den Medien *SPIEGEL*, *DIE ZEIT* (2 Mal), *WDR*, *MDR*, *ZDF* und *ORF*. Bei der Auswahl in der Zusammenarbeit mit Medien wird insbesondere auf deren Seriosität, die Erreichbarkeit der Zielgruppen sowie den Schutz der Persönlichkeitsrechte der Probanden geachtet. Durchschnittlich treffen ca. drei bis sechs Interviewanfragen pro Monat am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin ein. Von diesen werden in der Regel durchschnittlich drei Anfragen ausgewählt.

Da nahezu die gesamte Öffentlichkeitsarbeit im Präventionsnetzwerk ohne bzw. mit sehr niedrigem Budget organisiert und durchgeführt werden muss und die Mehrheit der Projektzielgruppe erfahrungsgemäß gut über das Internet erreichbar ist, werden eine Vielzahl von Maßnahmen online durchgeführt. Dafür gilt die Projektwebsite als wichtigstes Kommunikationsinstrument, bei dem insbesondere für potentielle Projektteilnehmer, aber auch für die Presse und die Öffentlichkeit zentrale Informationen zusammen geführt werden. Zudem verfügt die Seite über einen News-Blog und ist mit dem Twitter-Account des Präventionsnetzwerkes verknüpft, über den aktuelle Nachrichten veröffentlicht werden.

Seit Januar 2012 schaltet das Netzwerk durch die Teilnahme am „Google Grants“-Programm, kostenfreie Google Ad-Words-Anzeigen mit einem Tagesbudget von bis zu 329 Dollar. Dieses System funktioniert, indem potentielle Konsumenten von Missbrauchsabbildungen über die Eingabe spezifischer Suchbegriffe auf Google AdWords-Anzeigen des Projektes gelenkt und darüber auf das therapeutische Angebot aufmerksam gemacht werden (vgl. Abb. 3).

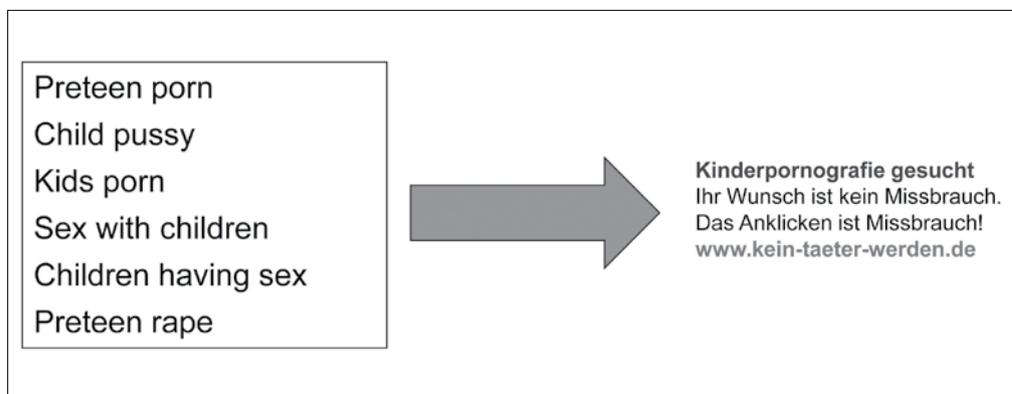
Auch wenn nur ein vergleichsweise geringer Teil dieser Nutzer tatsächlich die Anzeigen anklickt, kommen auf diesem Wege durchschnittlich rund 190–250 tägliche Aufrufe der englischen Projektwebsite www.dont-offend.org sowie 140–250 Aufrufe der deutschen Website www.kein-taeter-werden.de zusammen. Es besteht die Annahme, dass die Anzeigen langfristig das Problembewusstsein der Konsumenten ansprechen und diese dadurch für das therapeutische Angebot sensibilisieren. Passend dazu berichten viele Projektteilnehmer davon, dass auch die Medienkampagne „lieben sie kinder mehr, als ih-

5 Sebastian Bellwinkel. „Das missbrauchte Kind“, aus der Reihe „45 Minuten“, NDR Fernsehen. Sendedatum: 19.11.2011. Abgerufen unter http://www.ndr.de/fernsehen/sendungen/45_min/videos/minuten283.html.

6 Anja Perkuhn. „Ich kann nichts für diese Neigung“. Erschienen in: *Süddeutsche Zeitung*, 13.12.2011. Abgerufen 7.11.2012, von <http://www.sueddeutsche.de/panorama/therapie-fuer-paedophile-ich-kann-nichts-fuer-diese-neigung-1.1233317>.

7 Antje Windmann. „Der pädophile Patient“. Erschienen in: *Der Spiegel*, 16.07.2012. Abgerufen 7.11.2012, von: <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-87347214.html>.

Abb. 3 Beispiel verwendeter Keywords, deren Eingabe zur neben stehenden Anzeige führen



nen lieb ist“ für sie auslösendes Moment für die Kontaktaufnahme zum Projekt gewesen sei, zwischen dem erstmaligen Betrachten der Plakate oder des Spots bis zur Kontaktaufnahme mit dem Projekt aber mehrere Wochen oder Monate vergangen seien.

Die deutsche Google Ad-Words-Kampagne startete im Januar 2012, die englische Kampagne im Juli 2012. Bis Ende Oktober 2012 wurden die Anzeigen über 3.000.000 Mal geschaltet, was zu mehr als 45.000 Klicks auf die beiden Websites führte. Allein im Oktober 2012 führten beide Kampagnen zu mehr als 585.000 Anzeigengenerierungen, was rund 11.500 Klicks auf die genannten Websites zur Folge hatte. Die Google Ad-Words-Anzeigen erreichen somit eine große Zielgruppe und können als alternatives Kommunikationsinstrument zur zweiten Medienkampagne „Kein Täter werden. Auch nicht im Netz“ angesehen werden (vgl. Abb. 4).

Diese 2009 ebenfalls von *Scholz & Friends* umgesetzte Kampagne stößt im Gegensatz zur ersten Medienkampagne vor allem dort an ihre Grenzen, wo es darum geht, durch ihre Verbreitung in Online- und Offline-Medien potentielle Täter im Internet zu erreichen und dafür zu sensibilisieren, dass ihre Handlungen den sexuellen Missbrauch von Kindern fördern. Der Konsum von Missbrauchsabbildungen gilt als verlässlicher Indikator für das Bestehen einer pädophilen Präferenz, weshalb die direkte Ansprache der Nutzer mit dem Hinweis auf das therapeutische Angebot des Projektes eine zentrale Rolle einnimmt: „Auch aus dem Sample der Charité-Therapeuten haben in den sechs Monaten vor der Kontaktaufnahme mehr als die Hälfte der Klienten kinderpornografische Materialien zur Selbstbefriedigung genutzt.“⁸

Die Medienkampagne bleibt weiterhin wichtiges Instrument der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. Als im Frühjahr 2012 die Standorte Hannover (März) und Hamburg (April) jeweils mit Pressekonferenzen und unter

großem Medieninteresse starteten, wurde die Kampagne für beide Standorte adaptiert und im Rahmen der Berichterstattung verwendet. Im August 2012 wurden die Plakate in Hannover (150 Stück zu starken Vergünstigungen) und Hamburg (400 Stück unentgeltlich) aufgehängt. Der Spot wird online auf mehreren Online-Portalen (verschiedene YouTube-Kanäle, *pro Familia*, *Polizei* u.a.) geschaltet oder verlinkt und seit April 2012 regelmäßig unentgeltlich von RTL2 ausgestrahlt. Aktuell läuft eine Anfrage an alle deutschen TV-Sender, mit der Bitte, den Spot erneut ins Programm aufzunehmen. Darüber hinaus läuft der Projektspot im November 2012 zum wiederholten Male drei Wochen lang mit ca. 1000 Ausstrahlungen in der Berliner U-Bahn. Auch in der Leipziger Straßenbahn wurde der Projektspot 2012 zwei Wochen lang geschaltet. In einer durch die Zusammenarbeit mit dem Osnabrücker Land ermöglichten Aktion sollen Ende 2012 im Rahmen einer Informationskampagne rund 4.000 Plakate für 3 Monate verteilt und ausgehängt werden. Hinzu kommen diverse über Berlin koordinierte Aktionen der einzelnen Standorte (Produktion und Vertrieb einheitlicher Projektflyer, Plakataktionen, Veranstaltungen, Netzwerkarbeit, etc.).

Derzeit wird in Berlin sowie im Präventionsnetzwerk fokussiert am Ausbau der Zusammenarbeit mit Organisationen gearbeitet, die in ähnlichen Arbeitsfeldern tätig sind, sich mit der Verhinderung sexueller Gewalt und/oder Angeboten für (potentielle) Täter befassen. Dazu gehören beispielsweise der Erfahrungsaustausch mit dem Verein *Kind im Zentrum* sowie die Durchführung einer halbjährig stattfindenden Informationsveranstaltung für interessiertes Fachpublikum, die am 14. September 2012 erstmalig und erfolgreich mit interessierten teilnehmenden Multiplikatoren in Berlin durchgeführt wurde. Auch mit *White IT - Alliance for Children* (Projekt des Niedersächsischen Ministeriums für Inneres und Sport) wird die Zusammenarbeit zukünftig intensiviert. Das Präventionsnetzwerk „Kein Täter werden“ ist Mitglied im „Berliner Netzwerk gegen sexuelle Gewalt“ und mit zahlreichen weiteren Institutionen und Organisationen (Sportverbänden, Unabhängigen Beauftragten gegen se-

⁸ Till Hein. „Ich steh' auf Sechsjährige“. Erschienen in: Die Zeit, 10.01.2008. Abgerufen 7.11.2012, von: <http://www.zeit.de/2008/03/M-Paedophilieforschung>



Abb. 4 Plakatmotiv der Medienkampagne „Kein Täter werden. Auch nicht im Netz.“

xuellen Missbrauch, etc.) vernetzt. Ziel dieser Kooperationen ist es, im Rahmen der Möglichkeiten des „Präventionsnetzwerks „Kein Täter werden“ zum Kinderschutz bzw. zur Verhinderung sexuellen Kindesmissbrauchs beizutragen. Darüber hinaus war das Netzwerk „Kein Täter werden“ jeweils mit einem Stand bei der „Langen Nacht der Wissenschaften“ am 2. Juni 2012 in Berlin sowie am 16. und 17. April 2012 beim Deutschen Präventionstag in München vertreten.

Auch zukünftig werden die genannten Instrumente der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit eine wichtige Rolle spielen, um potentielle Teilnehmer auf das therapeutische Angebot des Präventionsnetzwerkes „Kein Täter werden“ aufmerksam zu machen und einen sachlichen Diskurs in der Öffentlichkeit anzuregen.

„Was sollte man mit einem Mann machen, der Kinder begehrt?“ so die Frage auf dem Titel des *ZEIT*magazin vom 25. Oktober 2012. „Ihm helfen!“, die simple Antwort auf der folgenden, zweiten Titelseite. Am Ende des Artikels, der die Botschaft des Präventionsnetzwerkes nicht treffender auf den Punkt bringen könnte, heißt es: „Wenn ein Leben gelungen ist, weil Menschen ihr Potenzial ausgeschöpft haben, dann wird Jonas’ Leben gelungen sein, weil er das, was in ihm ist, mit allen Mitteln unterdrückt hat.“⁹

⁹ Heike Faller. „Der Getriebene“. Erschienen in: *ZEIT*magazin, 25.10.2012. Abgerufen 7.11.2012, von: <http://www.zeit.de/2012/44/Sexuallitaet-Paedophilie-Therapie>.

Literatur

- Ahlers, C.J., Schaefer, G.A., Mundt, I.A., Roll, S., Englert, H., Willich, S., Beier, K.M., 2011. How unusual are the Contents of Paraphilias – Prevalence of Paraphilia-Associated Sexual Arousal Patterns (PASAPs) in a Community-based Sample of Men. *J. Sex Med* 8 (5) 1362–1370.
- Beier, K.M., Konrad, A., Amelung, T., Scherner, G., Neutze, J., 2010. Präventive Behandlung nicht justizbekannter Männer mit pädophiler Präferenzstörung Das Präventionsprojekt Dunkelfeld. In: G. Hahn, M. Stiels-Glenn (Hrsg.). *Ambulante Täterarbeit: Intervention, Risikokontrolle und Prävention*. Psychiatrie-Verlag.
- Beier, K.M., Ahlers, C.J., Goecker, D., Neutze, J., Mundt, I.A., Hupp, E., Schaefer, G.A., 2009. Can pedophiles be reached for primary prevention of child sexual abuse? First results of the Berlin Prevention Project Dunkelfeld (PPD). *J. Forensic Psychiatry Psychol* 20 (6): 851.
- Beier, K.M., Neutze, J., Mundt, I.A., Ahlers, C.J., Goecker, D., Konrad, A., Schaefer, G.A. 2009. Encouraging self-identified pedophiles and hebephiles to seek professional help: First results of the Prevention Project Dunkelfeld (PPD). *Child Abuse Neglect* 33: 545.
- Beier, K.M., Schäfer, G.A., Goecker, D., Neutze, J., Ahlers, C.J., 2007. Das Präventionsprojekt Dunkelfeld (PPD). *Berliner Ärzte* 7: 32–35.
- Bellwinkel, S., „Das missbrauchte Kind“, aus der Reihe „45 Minuten“, NDR Fernsehen. Sendedatum: 19.11.2011. Abgerufen unter http://www.ndr.de/fernsehen/sendungen/45_min/videos/minuten283.html.
- Faller, H., 2012. „Der Getriebene“. Erschienen in: *ZEIT*magazin,

- 25.10.2012. Abgerufen 7.11.2012, von: <http://www.zeit.de/2012/44/Sexualitaet-Paedophilie-Therapie>.
- Feelgood, S.R., Ahlers, Ch.J., Schaefer, G.A., Ferrier, A., Beier, K.M., 2002. Generation of concrete ideas for a media campaign to motivate undetected sexual offenders to seek treatment using the Marketing Psychology approach. Paper presented at the 7th International Conference of the International Association for the Treatment of Sexual Offenders (IATSO), September 11.–14. 2002, Vienna, Austria, EU. Awarded Second Prize by the expert panel.
- Hein, T., „Ich stehe auf Sechsjährige“. In: Die Zeit, 10.01.2008. Abgerufen 7.11.2012, von: <http://www.zeit.de/2008/03/M-Paedophilieforschung>.
- Neutze, J., Grundmann, D., Scherner, G., Beier, K.M., 2012. Undetected and detected child sexual abuse and child pornography offenders. *International Journal of Law & Psychiatry* 35, 168–175.
- Neutze, J., Seto, M.C., Schaefer, G.A., Mundt, I.A., Beier, K.M., 2010. Predictors of child pornography offenses and child sexual abuse in a community sample of pedophiles and hebephiles. *Sex Abuse* 23 (2): 212–242.
- Perkuhn, A., „Ich kann nichts für diese Neigung“. Erschienen in: *Süddeutsche Zeitung*, 13.12.2011. Abgerufen 7.11.2012, von <http://www.sueddeutsche.de/panorama/therapie-fuer-paedophile-ich-kann-nichts-fuer-diese-neigung-1.1233317>.
- Windmann, A., „Der pädophile Patient“. Erschienen in: *Der Spiegel*, 16.07.2012. Abgerufen 7.11.2012, von: <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-87347214.html>.

Autor

MA Jens Wagner, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Universitätsklinikum Charité Campus Mitte, Freie Universität und Humboldt-Universität zu Berlin, Luisenstraße 57, D-10117 Berlin-Mitte, e-mail: Jens.Wagner@charite.de



Sabine Andresen / Wilhelm Heitmeyer (Hrsg.)

Zerstörerische Vorgänge

Missachtung und sexuelle Gewalt gegen Kinder und Jugendliche in Institutionen

Juventa Paperback

332 Seiten, Broschur, EUR 24,95, ISBN 978-3-7799-2818-8

Institutionen des Aufwachsens sind immer auch Orte, in denen zerstörerische Vorgänge, Missachtung und Gewalt, insbesondere sexuelle Gewalt, stattfinden können. In diesem Band werden unterschiedliche Perspektiven auf dieses Phänomen analysiert und Ansätze und Herausforderungen für Interventionen aufgezeigt.

Moderne Gesellschaften nehmen für sich in Anspruch, Kinder und Jugendliche besonders zu schützen. Dazu werden die Lebensphasen Kindheit und Jugend durch eine Reihe von Institutionen gestaltet. Mehr und mehr zeigt sich aber, dass Geschichte und Gegenwart dieser Institutionen nicht nur durch ihre Funktion, nämlich zu schützen, zu betreuen, zu erziehen und zu bilden charakterisiert sind. Vielmehr sind Institutionen des Aufwachsens immer auch Orte, in denen zerstörerische Vorgänge, Missachtung und Gewalt, insbesondere sexuelle Gewalt, stattfinden können. In diesem Band werden unterschiedliche Perspektiven auf dieses Phänomen analysiert sowie Ansätze und Herausforderungen für Interventionen aufgezeigt.

Das Modul „Sexualität und endokrines System“ im Modellstudiengang Medizin an der Charité Berlin*

Klaus M. Beier

The Module “Sexuality and Endocrine System” – in the Model Course of the Charité Berlin

Ab dem Sommersemester 2013 wird erstmalig und dann fortlaufend jedes Semester für alle 320 Studierenden des 6. Semesters im *Modellstudiengang Medizin* der Charité (der den Regelstudiengang vollständig ersetzt) das Modul „Sexualität und endokrines System“ angeboten. Konzeption und inhaltliche Gestaltung des vierwöchigen Moduls wurde in mehreren Planungssitzungen während des Sommersemester 2012 mit Kollegen/innen und Lehrbeauftragten aus verschiedenen Instituten und Kliniken der Charité (s.u.) und Mitarbeitern der Projektsteuerungsgruppe des Studiengangs (Dr. Jan Breckwoltd, Sabine Ludwig, MA.) sowie den für das Modul verantwortlichen Professoren Dr. Imre Vida (*Institut für Integrative Neuroanatomie*), Dr. Josef Köhrle (*Institut für Experimentelle Endokrinologie*) und Dr. Klaus Michael Beier (*Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin*) sowie Julia Wanner als studentischer Vertreterin erarbeitet.

In die Lehre selbst sind eine Vielzahl von Einrichtungen mit einbezogen: u.a. das *Institut für Anatomie*, das *Institut für Biochemie*, das *Institut für Physiologie*, das *Institut für Experimentelle Endokrinologie*, das *Institut für Pädiatrische Endokrinologie*, die *Kinderklinik*, die *Medizinische Klinik für Endokrinologie und Stoffwechselmedizin*, die *Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, die *Psychosomatische und die Psychiatrische Klinik* sowie das *Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin*. Der disziplinär breit aufgestellte Lehrkörper veranschaulicht somit den Ansatz des Moduls: Sich der menschlichen Sexualität und Geschlechtlichkeit umfassend anzunähern und perspektivisch eine Vielzahl von Aspekten zu verknüpfen – z.B. die hormonelle Regulation in den Zusammenhang mit endokrinologischen Störungsbildern zu stellen oder auch die psychosexuellen Entwicklungsprozesse in Korrelation zum kulturellen und sozialen Umfeld zu verstehen.

* Der Text stützt sich auf das Handbuch zum Modul „Sexualität und endokrines System“ (Stand vom 20.09. 2012), welches auf die Inhalte zurückgeht, die auf der webbasierten Lehrveranstaltungs- und Lernzielplattform (LLP) hinterlegt sind. Mit der webbasierten Aufbereitung von Lehrinhalten im LLP nimmt die Charité eine bundesweite Vorreiterrolle ein.

Vorrangiges Ziel dieses Moduls ist es, die Studierenden mit theoretischen und praxisrelevanten Kenntnissen des ärztlichen Alltags vertraut zu machen, die unabdingbar sind, wenn es um die Anamneseerhebung zu sexuellen und partnerschaftlichen Problemen einschließlich der Gesprächsführung mit sexuell traumatisierten Patienten geht sowie auch darum, labordiagnostische bzw. bildgebende Untersuchungsverfahren für die Abklärung endokrinologischer Störungsbilder zu veranlassen.

In Untersuchungskursen und praktischen Übungen lernen die Studierenden deshalb die Erhebung einer Sexualanamnese sowie der gynäkologischen und urologischen Anamnese – unverzichtbares Rüstzeug für die spätere ärztliche Tätigkeit. Eine dabei wichtige Lehr- und Lernmethode ist neben der Kleingruppenarbeit zur „Kommunikation-Interaktion-Teamarbeit“ (KIT) das problemorientierte Lernen (POL) – vgl. nebenstehende Darstellung. Hier erarbeiten sich 8 Studierende mit Unterstützung einer Dozentin/eines Dozenten die medizinischen Inhalte anhand einer konkreten Fragestellung. Dafür werden sie zu Beginn der Woche mit einem Patientenfallbeispiel (z.B. einem Patienten mit Bluthochdruckerkrankung und einer Erektionsstörung) konfrontiert. Bei der Bearbeitung ergeben sich in der Diskussion Fragen, beispielsweise aus dem Gebiet der Anatomie, der Physiologie oder aus der Pharmakologie. Aus diesen offenen Fragen werden von der Gruppe Lernziele entwickelt, die bis zum Ende der Woche eigenständig zu bearbeiten sind.

Auch weniger häufige Problemstellungen – die jedoch immer wieder mediale Aufmerksamkeit erlangen und dabei oftmals auf Defizite in der bisherigen Ausbildung verweisen – sind Bestandteil des Modul-Lerninhaltes. Etwa die Auseinandersetzung mit Geschlechtsidentitätsstörungen einschließlich ihrer extremsten Ausprägung, der Transsexualität, und einer dann indizierten konträr-geschlechtlichen Hormonbehandlung. Dies verlangt ausreichendes Wissen zum gesamten Spektrum menschlicher Sexualität und muss zudem einen selbstreflexiven Umgang mit sexuellen Minoritäten einschließen. In das Lernspektrum gehört zudem ein erweitertes Verständnis von Sexualität. Dessen unmittelbar anwendungsbezogener Aspekt beruht darauf, dass er an dem für alle Menschen elementaren Wunsch nach Annahme, Akzeptanz, Vertrauen und Geborgenheit ansetzt, der letztlich in intimen und partnerschaftlichen Beziehungen – unabhängig von der sexuellen Orientierung – am intensivsten erfüllbar ist.

Sexuelle Gesundheit als Schwerpunktthema im Modellstudiengang Medizin der Charité

Modul „Sexualität und endokrines System“ (im 6. Semester), Beginn ab dem SoSe 2013 und danach fortlaufend jedes Semester für 320 Studierende mit insgesamt 84 UE in 4 Wochen. Davon die folgenden 24 UE mit sexualmedizinischen Inhalten:

Prolog

- Einführungsvorlesung: Dimensionen menschlicher Sexualität – 2 h
- Kommunikation – Interaktion – Teamarbeit (Sprechen über Sexualität) – Gruppen à acht Studierende für 4 h
- Neurobiologische Korrelate sozialer Bindungen – Gruppen à zwanzig Studierende für 2 h

Woche 1: Kindheit - Jugend

- Psychosexuelle Entwicklung und sexuelle Präferenzstruktur – Gruppen à zwanzig Studierende für 2h

Woche 2: Jugend – Erwachsenenalter (Fertilität)

- Prinzipien der Sexualanamnese – Gruppen à acht Studierende für 2h (40 Gruppen pro Semester)
- Sexuelle Traumatisierung – Gruppen à zwanzig Studierende für 2h

Woche 3: Erwachsenenalter (Fertilität) – Alter

- Kommunikations-Interaktions-Teamarbeit (Simulationspatienten; Paargespräche) – Gruppen à acht Studierende für 4 h
- Problemorientiertes Lernen (POL) à acht Studierende für 4 h zum Thema Erektionsstörung

Epilog

- Vorlesung: Transsexualität und konträrgeschlechtliche Hormonbehandlung – 2h

Die Nutzung dieser Ressource – v.a. als salutogener Faktor – im medizinischen Alltag wird erst möglich, wenn ihre Bedeutung adäquat verstanden wird und die Fertigkeiten ausgebildet sind, sie im ärztlichen Handeln adäquat zu berücksichtigen.

Das Modul „Sexualität und endokrines System“ soll also auf die spätere ärztliche Tätigkeit in einer Weise vorbereiten, wie dies bisher im Medizinstudium nicht der Fall war, denn erst jetzt werden interdisziplinär die Themen behandelt, die in der ärztlichen Approbationsordnung längst enthalten sind. Dabei wird auch der Lehraufwand deutlich, der erforderlich ist, um für die Studierenden das Thema soweit handhabbar zu machen, dass eine Grundsicherheit entsteht, die sie für die Erörterung von Fragen der sexuellen Gesundheit mit ihren Patienten/innen im späteren Berufsalltag genauso vorbereitet wie für die Diagnostik und Therapie sexueller Störungen und den adäquaten Umgang mit Verdachts- oder auch nachgewiesenen Fällen sexueller Traumatisierungen.

Wie in jedem Modul des Studiengangs erfolgt auch hier eine Lernzielerfolgskontrolle, deren erfolgreiches Bestehen Voraussetzung für die Fortsetzung des Studiums ist.

Modul-Rahmencurriculum und Modulaufbau

Entsprechend der Studienordnung für den *Modellstudiengang Medizin* bestehen folgende übergeordnete Rahmen-Lernziele des Moduls. Die/der Studierende soll:

- ◆ den normalen makro- und mikroskopischen Aufbau der endokrinen Organe, der weiblichen und männlichen Sexualorgane, ihre topographische Lage im menschlichen Körper sowie altersspezifische Entwicklungsstufen beschreiben können,
- ◆ die Regelprinzipien der endokrinen Sekretion kennen und beschreiben können und die zentrale Bedeutung des hypothalamisch-hypophysären Systems für den Stoffwechsel kennen,
- ◆ die zentrale Bedeutung des endokrinen Systems für Aufbau, Differenzierung der Funktion der Sexualorgane und Sexualfunktion erläutern können und den Ablauf und die Regulation von zentralen Sexualorganfunktionen (Menstruationszyklus, Oo- und Spermiogenese, die sexuelle Reaktion bei Mann und Frau, ...) beschreiben können,
- ◆ die verschiedenen biopsychosozialen Dimensionen endokriner Erkrankungen und der menschlichen Sexualität sowie die psychosexuellen Entwicklungspha-

- sen des Menschen einschließlich der Beeinflussung durch kulturelle Normen darlegen können,
- ◆ einen Normalbefund bei Anamnese und körperlicher Untersuchung für das endokrine System erheben und gegenüber pathologischen Veränderungen abgrenzen können,
 - ◆ bei ausgewählten Erkrankungen (zu benennen, z.B. aus Leitkrankheiten) die wesentlichen morphologischen und funktionellen Veränderungen beschreiben und die Prinzipien der Diagnostik, Therapie und ärztlichen Betreuung herleiten können.

Diese Lerninhalte sind in vier großen Unterrichtsblöcken (Wochen) angeordnet, die – *einschliesslich ausgewählter einzelner Lerneinheiten* nachfolgend vorgestellt werden (die Feinstrukturierung umfasst insgesamt 38 Einheiten [Vorlesungen/Seminare/Kleingruppenarbeit/u.ä.]).

Epilog/Prolog

In diesem einrahmenden Teil werden die Grundlagen vermittelt, um die drei nachfolgenden Wochen vor- und nachzubereiten: Vermittelt werden ein grundlegendes Konzept der menschlichen Sexualität sowie Kenntnisse über die Anatomie der Sexualorgane und das endokrine System des Menschen. Im Prolog werden zudem neurobiologische Kenntnisse zum Bindungsverhalten des Menschen und erste Fertigkeiten einer sexualanamnestischen Befunderhebung expliziert. Der Epilog gibt einen Ausblick auf die weitere Arbeit an diesen Themen.

Dimensionen menschlicher Sexualität (Vorlesung)

Auf der Basis eines biopsychosozialen Grundverständnisses menschlicher Sexualität werden deren drei zentrale Dimensionen (Lust, Fortpflanzung, Beziehung) dargestellt und ihre Bedeutung für den ärztlichen Umgang mit Sexualstörungen erläutert. Gleichzeitig wird Sexualität über ihre Beziehungsdimension in den größeren Rahmen der existenziellen Bedeutung von Beziehung und Kommunikation für ein umfassendes Gesundheitsverständnis im Sinne der WHO-Definition integriert.

Das endokrine System des Menschen (Vorlesung)

In dieser einführenden Übersichtsvorlesung soll zunächst die hierarchische Struktur des endokrinen Systems des Menschen im Überblick vorgestellt werden. Zudem soll die Regulation in der Übersicht und im Detail der verschiedenen Hormonachsen und deren Interaktion dargestellt werden. Dabei wird im Besonderen auf die Darstellung der Sexualhormonachse eingegangen werden. Besonderheiten bei der Regulation der Biosynthese

von Steroidhormonen sollen erläutert werden, wobei vor allem auf die differentielle Expressionsregulation von Schlüsselenzymen als Ursache für die zeitlich und räumlich veränderbaren Hormonprofile eingegangen wird. Auf den einzelnen Ebenen soll hierbei bereits ein Link zu prinzipiellen Strategien für den Einsatz dieses Wissens im Rahmen der klinischen Diagnostik hergestellt werden. In Analogie dazu wird auch vertiefend auf die Wachstumshormonachse, deren Regulation (inklusive der IGF-Bindungsproteine), Effekte (GH-vermittelt und IGF-1-vermittelt) eingegangen. Weiterhin soll die Veränderung der Sekretion der verschiedenen Hormone im Laufe der gesamten Lebensspanne als Vorbereitung auf die nachfolgenden 3 Wochen in der Übersicht dargestellt werden.

Neurobiologische Korrelate sozialer Bindungen (Seminar)

Paarbindung und soziale Nähe sind wichtige (positive und/oder negative) Prädiktoren für Morbidität und Mortalität. Auch die Effekte einer Partnerschaftsbeziehung auf physiologische Prozesse wie beispielsweise die Wundheilung sind gut belegt. In diesem Seminar soll außerdem die neurobiologische Basis von Paarbindung, Partnerschaft, Liebe, Vertrauen und sexueller Motivation behandelt werden. Neben dem dopaminergen Belohnungssystem spielen insbesondere die Hormone Oxytocin und Vasopressin eine zentrale Rolle in Bezug auf das Sozialverhalten. Es wird diskutiert, inwiefern das zentrale Oxytocinsystem einen Ansatzpunkt für neue Interventionen, insbesondere in Kombination mit Verhaltenstherapie, bei Störungen des Sozial- und Bindungsverhaltens darstellen kann.

Sexualität – Tabuthema im Arzt-Patienten-Kontakt (Kommunikation – Interaktion – Teamarbeit/KIT)

Der Termin umfasst die zwei Themenschwerpunkte:

1. Das Thema Sexualität im Arzt-Patienten-Gespräch

Das Erheben einer Sexualanamnese ist, insbesondere in der Hausarztpraxis, ein wichtiger Teil der Befunderhebung und oftmals erforderlich für eine sorgfältige Therapieplanung. Gleichzeitig werden nur wenigen PatientInnen im Anamnesegespräch und bei Routinekonsultationen Fragen zur Sexualität gestellt. Als Gründe dafür nennen ÄrztInnen oft eigene Unsicherheiten im Ansprechen des Themas sowie die Vermutung, dass diese Fragen den PatientInnen unangenehm seien. Anhand von Übungen und Rollenspielen wird erarbeitet, mit PatientInnen über Sexualität so zu sprechen, dass einerseits die Informationen eindeutig sind und andererseits die Beschämung gering ausfällt. Darüber hinaus besteht in dem Termin die Möglichkeit, die eigenen sexuellen Normvorstellungen und ihren Einfluss auf das Arzt-Patient-Gespräch zu reflektieren.

Erotik in der Arzt-Patienten-Beziehung

Das Eingehen von sexuellen Beziehungen zu PatientInnen ist nicht nur mit berufsethischen Grundsätzen und berufsrechtlichen Regelungen unvereinbar, sondern kann auch strafrechtlich relevant sein. Wünsche nach sexuellen Kontakten, die bei der Untersuchung und Therapie entstehen können, gelten deswegen als „beruflicher Risikofaktor“ der zu „professional sexual misconduct“ (PSM) führen kann. Verlässliche Inzidenzraten zu PSM fehlen für den deutschsprachigen Raum, worin verschiedene AutorInnen einen Beleg sehen, dass dieses Thema tabuisiert ist. In diesem Termin werden individuelle und institutionelle Möglichkeiten der Prävention von PSM erarbeitet.

Transsexualität und konträrgeschlechtliche Hormonbehandlung (Vorlesung)

Dargestellt wird das Vorgehen bei der Diagnostik von Geschlechtsidentitätsstörungen und in diesem Zusammenhang wird auf die verschiedenen Differentialdiagnosen eingegangen, die ein Unbehagen im Geburtsgeschlecht und ein Zugehörigkeitsgefühl zum anderen Geschlecht zur Folge haben können. In der Betreuung Betroffener geht es um die Begleitung des Identitätsfindungsprozesses unter der Auswertung von Alltagserfahrungen in der gewünschten Geschlechtsrolle. Im Falle einer transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörung ist nach gesicherter Diagnose die konträrgeschlechtliche Hormonbehandlung indiziert, deren Grundprinzipien erläutert werden. Informiert wird zudem über die rechtlichen Grundlagen der Geschlechtsangleichung. Das Indikationsgebiet wird beispielhaft für das Spannungsfeld zwischen Sexualität und sozialen Normen und die besondere Rolle des ärztlichen Berufsstandes diskutiert.

Entwicklung I – Kindheit – Pubertät

In dieser Woche stehen Kindheit und Jugend im Vordergrund, die hinsichtlich der somatischen und psychosozialen Entwicklung von Geschlechtlichkeit zum Thema werden, aber auch anhand von ausgewählten Störungsbildern (z.B. Turner-Syndrom, Adrenogenitales Syndrom) zu klinischen Fragestellungen orientiert, was im patientennahen Unterricht fortgesetzt wird.

Psychosexuelle Entwicklung und sexuelle Präferenzstruktur (Seminar)

Vermittelt wird ein integratives Modell der lokomotorischen, kognitiven und emotionalen Entwicklung des Menschen mit Bezug auf die verschiedenen Lebensphasen in Kindheit und Jugend. Dabei wird auf die Entwicklung

der Geschlechtsidentität genauso eingegangen wie auf die Stadien sozio-sexueller Erfahrungsbildung im Kontext der somato-sexuellen Reifung. In diesem Zusammenhang wird die Manifestation der sexuellen Präferenzstruktur als Teil der Pubertätsentwicklung (mit Ausbildung der sexuellen Orientierung) dargestellt und die Bedeutung kultureller Rahmenbedingungen für die psychosexuelle Entwicklung Heranwachsender diskutiert.

Adrenogenitales Syndrom (Fachseminar)

Im Rahmen dieses Seminars soll die klinische und molekulare Perspektive des Adrenogenitalen Syndroms (AGS) dargestellt werden. Ausgehend von einem Fallbericht mit familiärem AGS und der Frage nach einer pränatalen Behandlung bei einer erneuten Schwangerschaft sollen die verschiedenen Dimensionen der Behandlung und Pathogenese des AGS erläutert werden. Hierbei soll in dem interdisziplinären Ansatz insbesondere auf die Prädiktion der zu erwartenden Manifestation des Krankheitsbildes anhand der Genotyp-Phenotyp Korrelation eingegangen werden. Entsprechend des Lebensphasenkonzepts des Moduls soll die neonatale Manifestation, die Problematik der Transition ins Erwachsenenalter und die spät manifestierenden Formen im Erwachsenenalter dargestellt werden.

Histologie des endokrinen Systems (Fachpraktikum)

In diesem Praktikum wird die mikroskopische Struktur der endokrinen Organe vorgestellt, wobei auf die Hypothalamus-Hypophysen-Achse und davon abhängige endokrine Organe fokussiert wird. In verschiedenen histologischen und immunozytologischen Färbungen werden Hypophyse, Nebenniere, Schilddrüse und Nebenschilddrüse angeschaut. Es werden histologische und zytochemische Eigenschaften der hormonesezernierenden Zellen und Gewebe im Zusammenhang mit Synthese und Ausschüttung der Hormone diskutiert und die Kontrolle durch hormonelle Regelkreise besprochen.

Patient/in mit Entwicklungsstörung der körperlichen Reifung (Supervidierte Patienten-Untersuchung/SPU plus patientennaher Unterricht/PNU)

Die Studierenden werden im Kontakt mit kranken Kindern und deren Angehörigen beispielhaft in Anamnese und körperlicher Untersuchung Störungen der körperlichen Reifung bei chronischen, schweren Erkrankungen kennen lernen. Hierbei wird in verschiedenen Gebieten der Pädiatrie und anhand verschiedenster Erkrankungen das Hauptthema der Unterrichtseinheit „Entwicklungsstörung“ erfahrbar und einschätzbar. Störungen der körperlichen Reifung wie eine Wachstumsstörung, eine verzögerte Pubertät oder eine gefährdete Reproduktion nach z.B. malignen

Erkrankungen im Kindesalter werden ebenso Thema sein wie Störungen der mental-motorischen Entwicklung. In den zweiteiligen SPU werden für eine 4er Gruppe von Studierenden mindestens zwei Kinder mit verschiedenen Erkrankungen vorgestellt, die zwei verschiedene potentielle Entwicklungsstörungen ansprechen. In den begleitenden PNU werden die jeweiligen individuellen Berichte bzw. körperlichen Befunde bzw. potentiellen Entwicklungsstörungen von den Studierenden zusammengetragen und von den Dozenten/innen in den gesamten Rahmen der Entwicklungsstörungen eingeordnet.

Entwicklung II – Pubertät – Erwachsenenalter (Fertilität)

Diese Woche konzentriert sich stärker auf das Erwachsenenalter und behandelt die hormonellen Regulationsvorgänge bei der Menstruation sowie Störungsbildern im Kontext der Fortpflanzungsdimension von Sexualität (Fertilitätsstörungen). Vermittelt wird darüber hinaus fundiertes Wissen über die Anatomie der Geschlechtsorgane sowie die endokrinologischen Funktionstests zur Hormondiagnostik. Im Untersuchungskurs werden die urologische und die gynäkologische Anamnese geübt. Eine vertiefende Sexualanamnese wird Gegenstand einer gesonderter Lehrveranstaltung in der Kleingruppe sein. Damit wird an den Prolog und auch an das KIT-Seminar der ersten Woche angeknüpft, wobei mehr Sicherheit im Sprechen über Sexualität angestrebt wird – eine Voraussetzung, um dies auch im ärztlichen Gespräch ungedungen zum Thema machen zu können.

Menstruationszyklus und Prinzipien der Kontrazeption (Fachvorlesung)

Die Vorlesung beginnt mit Überlegungen zur soziokulturellen Wertung der Menstruation in den verschiedenen Kulturen. Danach wird das Wissen über die Regulation der Menstruation vertieft, aufbauend auf den Grundlagen insbesondere der Veranstaltungen „Das Endokrine System des Menschen“ und „Endokrinologische Anamnese“ aus diesem Modul. Anschließend werden die Wirkungsmechanismen, Effektivität und Nebenwirkungen der hormonellen und nicht-hormonellen Verhütungsmethoden für die Frau und den Mann erläutert. Abschließend wird unsere Einstellung zur Kontrazeption kritisch diskutiert.

Prinzipien der Sexualanamnese (wissenschaftliches Arbeiten in Kleingruppen)

Vermittelt wird die Vorgehensweise einer strukturierten Sexualanamnese. Als Grundlage dient dabei das „5 x 3 der Sexualmedizin“ (3 Grundlagen, 3 Dimensionen, 3 Achsen, 3 Ebenen und 3 Formen von Sexualität), das die wichtigsten Inhalte einer Exploration des sexuellen Erlebens und Verhaltens abbildet und sich gut verknüpfen lässt mit Fragen zu störungsrelevanten Aspekten, die beispielsweise bei den sehr häufig vorkommenden sexuellen Funktionsstörungen zur Unterscheidung der verschiedenen Manifestationsformen eine große Rolle spielen. Die theoretischen Kenntnisse werden in Rollenspielen umgesetzt.

Sexuelle Traumatisierung (Seminar, Vertiefungskurs)

Das Seminar orientiert über Prävalenzen und Erscheinungsformen sexueller Traumatisierungen im Kindes- Jugend- und Erwachsenenalter und gibt einen Überblick über die Früh- und Spätfolgen sowie mögliche Situationen im ärztlichen Alltag, in denen Symptome direkt oder indirekt zum Thema werden können.

Die Studierenden lernen auf der Basis der im Prolog vermittelten Fertigkeiten (Einführung in die Sexualanamnese) ressourcenorientiert ein Verständnis für die Situation der Betroffenen zu entwickeln und erarbeiten Hilfsmöglichkeiten (wobei diese im wesentlichen auf die (Wieder-)Erfüllung von psychosozialen Grundbedürfnissen nach Vertrauen, Annahme, Geborgenheit etc. in Beziehungen abzielen). Dabei reflektieren sie auch eigene Unsicherheiten mit diesem Thema.

Endokrinologische Funktionstests und rationale Hormondiagnostik (Fachseminar)

In diesem Seminar soll die endokrine Labordiagnostik bei Verdachtsdiagnosen einer Über- oder Unterfunktion endokriner Organe diskutiert werden. Anhand von dynamischen Stimulations- oder Suppressionstesten wird deren Wert im Vergleich zu basalen Hormonwerten dargestellt. Es wird zudem auf die Problematik in der Interpretation solcher Tests bzw. Laborwerte eingegangen und auf deren natürliche und artifizielle Störfaktoren.

Entwicklung III – Erwachsenenalter (Fertilität) – Alter

Die dritte Woche wird sich auf die Situation älterer Menschen konzentrieren (z.B. anhand der Meno- und

Andropause) und eine Vertiefung anatomisch-histologischer Kenntnisse sowie auch des Wissens über endokrinologische Regelmechanismen (z.B. zur circadianen Rhythmik) zum Ziel haben. Der patientennahe Unterricht führt wiederum durch das gesamte Spektrum der endokrinen Funktionsstörungen.

Patientin mit Menopausalem Syndrom (Fallvorstellung, Vorlesung)

In dieser Fallvorstellung wird eine Patientin mit pathologischem Verlauf der Menopause vorgestellt. Die anamnestischen und klinischen Befunde, einschließlich eines systematischen diagnostischen Vorgehens werden am Beispiel der konkreten Patientin gemeinsam erarbeitet. Am Beispiel der vorgestellten Patientin erfolgt eine kritische Betrachtung des „klimakterischen Syndroms“ als eines behandlungsbedürftigen Zustands. Die sich daraus ableitenden Konsequenzen für Therapie und weitere Betreuung werden diskutiert. Die Fallvorstellung soll einen beispielhaften Bezug herstellen zur Anamneseführung und Untersuchung in der supervidierten Patientenuntersuchung (sPU) der Modulwoche, sowie zu dem dazugehörigen patientennahen Unterricht (PnU) und dem entsprechenden Seminar.

Bildgebung und Anatomie der endokrinen Organe (Fachpraktikum)

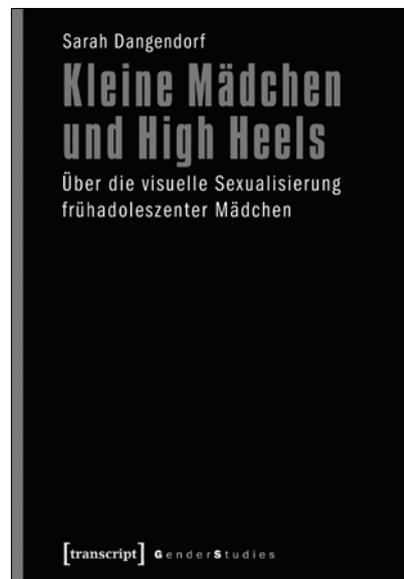
In diesem Praktikum werden im Vergleich von anatomischen Präparaten und radiologischen Bildbeispielen die Anatomie von endokrinen Organen wie der Hypophyse, Schilddrüse, Nebenniere und Gonaden erarbeitet. Anhand von Patientenfällen werden die Grenzen zwischen Normalbefund, Normvariante und Pathologie aufgezeigt und erläutert.

Thema Sexualität im Arzt-Patienten-Gespräch (Kommunikation – Interaktion – Teamarbeit/KIT)

Sowohl bei der Aufklärung über gesundheitlich riskantes Sexualverhalten (z.B. für sexuell übertragbare Erkrankungen) als auch bei der Diagnostik von sexuellen Störungen stellt das Gespräch mit den PatientInnen für die meisten ÄrztInnen eine kommunikative Herausforderung dar. Die Folgen von unterlassenen Sexualanamnesen werden jedoch spätestens dann deutlich, wenn es zur Chronifizierung von sexuellen Störungen kommt, die bei ausreichender Diagnostik und adäquater Behandlung hätten vermieden werden können. In diesem Termin wird in zwei Simulationspatientengesprächen ärztliche Gesprächsführung zu sexuellen Themen geübt.

Autor

Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus. M. Beier, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Universitätsklinikum Charité Campus Mitte, Freie Universität und Humboldt-Universität zu Berlin, Luisenstraße 57, D-10117 Berlin-Mitte, e-mail: klaus.beier@charite.de



Sarah Dangendorf

Kleine Mädchen und High Heels. Über die visuelle Sexualisierung frühadoleszenter Mädchen
Oktober 2012, 336 Seiten, kart., zahlr. Abb., 29,80 €, ISBN: 978-3-8376-2169-3

Enge Kleidung, hohe Schuhe und Make-up sind heute oft schon bei Zehnjährigen alltäglich – eine Schönheitspraxis, die immer wieder auf Kritik stößt. Doch was steckt hinter der „visuellen Sexualisierung“ junger Mädchen? Das Buch greift diese Frage auf und zeigt: Entscheidend sind jene Bedeutungen, die die Akteurinnen selbst ihrem Äußeren zuschreiben. Ihre Praktiken repräsentieren nicht etwa sexuelle Frühreife, sondern vielmehr ihren tiefen Wunsch nach Normalität, ihre Konfrontation mit veränderten Anforderungen von außen und die Gewissheit, weit vor dem Erwachsenenalter für sich selbst verantwortlich zu sein.

Die Ökonomie der Liebe

Ein Gespräch mit der Soziologin Eva Illouz

Der Kapitalismus brachte uns den Wohlstand. Und er schaffte in unseren Herzen Platz für die romantische Liebe. Aber er selbst zog auch dort ein: Wir betreiben Partnerbörsen, leisten Beziehungsarbeit und am Ende ziehen wir Bilanz.

Eva Illouz, lieben wir anders, seit wir das Geld eingeführt haben?

Zumindest seit das Geld potenziell jedem zur Verfügung steht. Das heißt, seit wir das Prinzip des Kapitalismus eingeführt haben. Davor war der Arbeitsmarkt beschränkt, die Güterzirkulation gering und Besitz somit die Voraussetzung dafür, ein angenehmes Leben führen zu können. Es gab also nur zwei Möglichkeiten, sozial aufzusteigen: zu erben oder geschickt zu heiraten. Hinzu kommt, dass in der präkapitalistischen Welt die Leibeigenschaft noch sehr verbreitet war. Als dann aber jeder sein eigenes Kapital wurde, sprich mit Intelligenz und Arbeitskraft sein Eigentum mehren konnte, ohne dieses an einen Lehensherrn abtreten zu müssen, da war der Lebensstandard plötzlich nicht mehr allein von Herkunft und Heirat abhängig. So paradox es klingt: Je kapitalistischer eine Wirtschaft funktioniert, desto wahrscheinlicher ist es, dass Menschen aus Liebe heiraten.

Das heißt, die Freiheit in der Liebe war eine direkte Folge der Handelsfreiheit?

Ja, die Einführung des Kapitalismus und die Verbreitung der romantischen Liebe gingen Hand in Hand. Die freie Marktwirtschaft befreite die Gefühle vom wirtschaftlichen Kalkül, was durch die Industrialisierung noch verstärkt wurde. Mit der Auslagerung der Güterproduktion aus dem Haushalt musste der Familie ein neuer Sinn verliehen werden. Sie wurde von einer ökonomischen zur emotionalen Einheit. Als Ausgleich zur rationalen Geschäftswelt am Arbeitsplatz bot das Zuhause nun plötzlich einen Ort des Trostes, der Authentizität und Intimität. Das machte eine Liebesheirat nicht nur zum ersten Mal in der Menschheitsgeschichte für jedermann legitim, sondern geradezu wünschenswert. Die kapitalistische Gesellschaftsordnung hat also nicht nur das wirtschaftliche Vorankommen jedes Einzelnen ermöglicht, sondern zugleich das Privatleben neu erfunden, die Suche nach emotionaler Erfüllung zum zentralen Lebensziel erklärt.

In Ihrem Buch „Der Konsum der Romantik“ zeigen Sie, dass der Markt sich dieser privaten Gefühle, die ur-



Eva Illouz: „in der Liebe muss nicht mehr nur die Chemie stimmen, sondern auch die Bilanz“ – Bildnachweis: Susanne Schleyer/autorenaarchiv.de

sprünglich sein Gegengewicht darstellen sollten, aber mehr und mehr bemächtigt hat.

Ja, es ist ein Teufelskreis. Heute konsumieren die meisten Menschen primär, um ihre sozialen Beziehungen zu verbessern. Wir müssen also immer mehr dem Geld nachjagen, um damit dann das kaufen zu können, von dem wir glauben, es dem ganzen Geldbeschaffungsstress und der damit verbundenen Entfremdung von unseren Mitmenschen entgegensetzen zu müssen. Luxuriöse Reisen zum Beispiel leisten wir uns ja vor allem, um viel Zeit mit unseren Liebsten verbringen zu können. Schöne Kleider, Kosmetik und Parfüms sollen potenzielle Partner anlocken – und auch langfristig halten. Interessant vor allem: Als ich bei der Arbeit für mein Buch herausfinden wollte, was Romantik für die Menschen bedeutet, zeigte sich, dass man diese mit einem guten Essen verbindet, mit Champagner bei Kerzenlicht, einem Kinoabend, einem Strauß Rosen. Man fährt – je nach finanzieller Möglichkeit – mit dem alten Saab und einer Flasche Rotwein zur Flussböschung oder für ein Wochenende nach Paris, um der Geliebten auf dem Eiffelturm einen Diamantring an den Finger zu stecken. Wir haben es also mit zwei parallelen Prozessen zu tun: der Verdinglichung der romantischen Liebe und der Romantisierung der Waren.

Wann und warum haben diese Entwicklungen eingesetzt?

Sie verliefen parallel zum steigenden Wohlstand, der es ermöglichte, immer mehr Geld für nicht überlebenswichtige Dinge auszugeben, und zur langsamen Entstehung einer Freizeitkultur, die den „Regenerationszwang“ und damit auch die Romantik zunehmend kommerzia-

lisierte. Es entstanden erste Tanzlokale, Vergnügungsparks – und nicht zuletzt Kinos, die das romantische Liebesideal weiter schürten. Interessanterweise war die Kommerzialisierung der Romantik aber zugleich ein Stück weit ihr Untergang: Ab Anfang des 20. Jahrhunderts stiegen die Scheidungsraten stetig. Das lag wohl nicht zuletzt am medial transportierten Liebesideal, das zum Teil natürlich berechtigte, zum Teil jedoch auch übersteigerte Erwartungen weckte. Einer der häufigsten Scheidungsgründe war aber der Streit ums Haushaltsbudget. Viele Frauen hielten ihre Männer für knauserig und diese sie umgekehrt für verschwenderisch, da angeblich konsum- und vergnügungssüchtig. Die Ökonomisierung der Liebe dringt aber noch viel tiefer in unser Leben ein. Ein auffälliges Symptom dafür ist, dass wir die Sprache der Wirtschaft quasi eins zu eins auf unser Beziehungsvokabular übertragen haben. In der Tat: Wir erkunden unseren Marktwert in Partnerbörsen, dann leisten wir Beziehungsarbeit – und wenn wir das Gefühl haben, mehr zu geben als zu bekommen, überprüfen wir, ob die Rechnung noch aufgeht. Heute muss in der Liebe nicht mehr nur die Chemie stimmen, sondern auch die Bilanz. Und oft wollen wir nur deshalb noch keinen Schlussstrich ziehen, weil wir schon so viele Gefühle investiert haben – was sich nun doch bitte schön auszahlen soll. Nachdem die Arbeit den Haushalt verlassen hat, brachten wir sie also auf anderer Ebene quasi wieder dahin zurück.

Wie kam es dazu?

Das entspricht einer allgemeinen Tendenz, den Umgang mit unserem Gefühlshaushalt demjenigen mit dem Geldhaushalt anzupassen. Höchstes Lebensziel ist es heute, das Potential unseres Selbst auszuschöpfen. Wir lernen von sogenannten Coaches, unsere Gefühle zu managen. Wir sehen es als Investition in unsere – private wie berufliche – Zukunft, wenn wir unsere dysfunktionale Seele wieder funktionstüchtig machen. Ein absolut lohnendes Geschäft übrigens: Bereits vor zehn Jahren ging jeder zweite US-Amerikaner mindestens einmal im Leben zum Therapeuten. Heute sind es wahrscheinlich zwei von drei.

Glauben Sie also, nicht nur das Konzept der romantischen Liebe, sondern auch die Psychotherapie ist direkt dem Geist des Kapitalismus entsprungen?

Sagen wir einmal: Sie wurzeln beide in demselben protestantischen Gedankengut, permanent nach wirtschaftlichem Erfolg zu streben. Der Protestantismus war es aber auch, der den katholischen Ablass abschaffte. In der Zeit vor Luther war es ja absolut üblich, sich von seinen Sünden freizukaufen. Heute hat die Psychotherapie diese Funktion ein Stück weit übernommen. Wir zahlen unter

anderem dafür, unsere Fehler als unbewusste Reaktion auf frühe Defizite zu erkennen und uns dadurch besser verzeihen zu können. Hinzu kommt: Seit das Geld zur Religion geworden ist und jeder die gesellschaftliche Position innehat, die er „verdient“, kann der Mensch nicht mehr Gott verantwortlich machen für sein Schicksal, sondern nur noch sich selbst. Das ist ein enormer psychischer Druck, den die Psychotherapie häufig lindert, oft aber auch zusätzlich verstärkt: Sie verspricht uns, dass wir alle Schmerzen, die uns jemals zugefügt wurden, reparieren, dass wir das Leben kontrollieren und unser Schicksal selber bestimmen können. Das schenkt uns zwar die Illusion von Freiheit, erhöht aber auch das Gefühl der Eigenverantwortung und dadurch den Stress noch einmal.

Wenn die Geldwirtschaft unser Privatleben so stark beeinflusst: Glauben Sie dann auch, dass die globale Wirtschaftskrise unsere Haltung gegenüber dem Geld verändert? Wird es immer weniger als „sicherer Wert“ gelten und deshalb auch als Statussymbol an Machteinbüßen, sprich: Wird die therapeutisch erworbene Fähigkeit zur Selbstreflexion, die Anzahl Facebook-Freunde oder das zur Schau getragene ökologische Engagement vielleicht bald mehr zählen als der Betrag auf dem Konto?

Ich habe den Eindruck, dass wir das Vertrauen weniger ins Geld als solches verloren haben als in die Eliten, die es für uns verwalten. Die Veränderung findet meiner Meinung nach vielmehr auf dieser Ebene statt. Das Verhältnis zu unserem Finanzsystem ist doch eigentlich vergleichbar mit dem zweier Ehepartner: Wir sind betrogen worden, haben uns aber entschieden, es noch einmal miteinander zu versuchen. Als Folge des Ekklats sind wir also misstrauischer und dadurch auch wachsamer geworden. Und wir ergreifen Maßnahmen, damit uns nicht noch einmal dasselbe passiert.

Suhrkamp Verlag, Berlin 2012

Aus: Simone Achermann, Stephan Sigrist, Burkhard Varnholt, Michèle Wannaz und Gerd Folkers (Hg.)

Was zählt – 2013

Suhrkamp Verlag, Berlin 2012 (stw 4378) 194 Seiten, Euro 6

Das Gespräch führte Michèle Wannaz.

Eva Illouz ist Professorin für Soziologie und Anthropologie an der Hebräischen Universität Jerusalem. Seit Jahren geht sie der Frage nach, wie sich gesellschaftliche und ökonomische Einflussfaktoren auf die Bildung von Emotionen auswirken. Zuletzt sind von ihr im Suhrkamp Verlag erschienen *Warum Liebe weh tut. Eine soziologische Untersuchung* (2011).



**Simone Achermann, Stephan Sigrist, Burkhard Varnholt, Michèle Wannaz, Gerd Folkers (Hg.)
Was zählt – 2013**

suhrkamp taschenbuch 2012, 4379, Broschur, 194 Seiten, Euro 6, ISBN: 978-3-518-46379-6

Alles, was Sie 2013 wissen müssen.

Was kommt, was geht, was bleibt, was zählt? Der vorliegende Band gibt Antworten mit Fakten, Trends und Visionen aus den Bereichen Gesellschaft und Wirtschaft, Technologie, Ökologie und Politik. In kurzen Essays erfahren wir, was die Herausforderungen von morgen sind und wie wir uns ihnen stellen. Dabei kommen Denker und Macher von Heinrich Steinfest bis Eva Illouz zu Wort. Darüber hinaus erklärt ein Ideenblog unter anderem, wem Amerikas Schulden gehören, welcher Berufsstand am meisten fremdgeht, welches Open-Source-Auto zu Ihnen passt, wann es an der Zeit ist für Facebook-Harakiri und welches Bartmodell Sie beim nächsten Vorstellungsgespräch besser nicht tragen.



Anna Sieben, Katja Sabisch-Fechtelpeter, Jürgen Straub (Hg.)

Menschen machen. Die hellen und die dunklen Seiten humanwissenschaftlicher Optimierungsprogramme

transcript Verlag, Juli 2012, 498 Seiten, kart., 36,80 €, ISBN: 978-3-8376-1700-9

Der programmatische Gedanke, menschliches Leben durch gezielte Eingriffe verbessern zu können, hat seit der Entstehung der neuzeitlichen Wissenschaften Konjunktur. Das wissenschaftlich-technisch begründete Programm, Menschen machen zu können, reicht von minimalen Manipulationen bis hin zu umfassenden medizinisch-invasiven oder psychotechnischen Eingriffen. Die Implikationen dieser zwiespältigen Fortschrittsgeschichte sind bis heute unzulänglich untersucht worden. Optimierungen des Humanen und damit verbundene Normierungen der Lebens- und Handlungspraxis transformieren den Menschen und unser Bild vom Menschen in vielfältiger Weise. Die Beiträge in diesem Band gehen solchen "Schattenseiten" von Optimierungsprogrammen nach.



Birgit Riegraf, Dierk Spreen, Sabine Mehlmann (Hg.)

Medien – Körper – Geschlecht. Diskursivierungen von Materialität

transcript Verlag, Juli 2012, 290 Seiten, kart., 28,80 €, ISBN: 978-3-8376-2084-9

Die westliche Moderne hat eine Gesellschaft erschaffen, in deren Zentrum der Anspruch auf Emanzipation steht. Diese Freisetzungprozesse erweisen sich jedoch als ambivalent: Einerseits produziert die gewonnene Freiheit Unsicherheit, andererseits entstehen neue Kontrollkreisläufe und subjektivierende Machtdispositive. Auch die Geschlechterordnung unterliegt diesen Prozessen. Die Kategorien "männlich"/"weiblich" verweisen immer weniger auf "natürliche" soziale Orte und Rollen. Die Beiträge des Bandes forschen Prozessen nach, in denen Selbst- und Körperbilder, Rollen, Normen und Handlungsweisen (re-)produziert werden. Dabei erweist sich, dass diese Prozesse in einem komplexen Verhältnis zu medialen Darstellungen und Diskursen stehen.



Arne Dekker

Online-Sex. Körperliche Subjektivierungsformen in virtuellen Räumen

transcript Verlag, Juli 2012, 322 Seiten, kart., 33,80 €, ISBN: 978-3-8376-1854-9

Sexualität in virtuellen Räumen kann nicht unabhängig von jener in realweltlichen Räumen betrachtet werden. Statt Online-Sex als eine gefährliche Alternativwelt zu konzipieren, fragt der Autor praxistheoretisch danach, wie realweltliche und virtuelle Sexualität miteinander verschränkt sind und welche Auswirkungen die paradoxe Platzierung materieller und semiotischer Sexualkörper vor und 'hinter' dem Bildschirm hat.

Anhand theoretischer Analysen und der Auswertung von 20 qualitativen Interviews arbeitet er Raumkonstruktionen der User heraus, beschreibt auf dieser Grundlage neue Formen sexueller Subjektivierung und diskutiert mögliche repressive und emanzipative Wirkungen.



Schwangerschaftsabbruch zwischen reproduktiver Selbstbestimmung und Kriminalisierung – neue/alte Diskurse – Ein Tagungsbericht

Am 27. und 28. September 2012 fand an der Hochschule Merseburg die Tagung „Schwangerschaftsabbruch zwischen reproduktiver Selbstbestimmung und Kriminalisierung – neue/alte Diskurse“ statt. Mit der Veranstaltung wurde die hohe fachpolitische Relevanz eines Themas in den Fokus geholt, das nach wie vor gesellschaftlich tabuisiert ist, dem zugleich aber eine höchst lebenswirkliche Bedeutung zukommt. Veranstalter_innen, Referent_innen und Teilnehmer_innen leisteten damit einen Beitrag zur Überwindung einer immer noch bestehenden Sprachlosigkeit.

Die Idee der Veranstaltung war es, den Schwangerschaftsabbruch im Kontext von gesellschaftlich-historischen Veränderungen zu betrachten, die Tagung somit als Grundlage für eine diskursanalytische Auseinandersetzung mit der Problematik in der Gegenwart zu nutzen: 140 Jahre nach der Geburtsstunde des §218 StGB, 40 Jahre nach „Wir haben abgetrieben“ und 20 Jahre nach der Neuregelung des Abtreibungsrechtes in der BRD, sowie 40 Jahre nach der Einführung der Fristenregelung in der DDR.

Initiiert und organisiert wurde die Veranstaltung von **Ulrike Busch**, Professorin für Familienplanung und Mitbegründerin des Masterstudiengangs „Angewandte Sexualwissenschaft“ an der Hochschule Merseburg. Mit den 170 Teilnehmer_innen ging die Resonanz der Fachtagung über die eigentlich mögliche Teilnehmer_innenzahl hinaus, was zeigt, wie hoch das Interesse an Vernetzung und fachpolitischem Austausch ist.

„Der lange Arm der Kaiserin“

Den Auftakt der Tagung bildete die Deutschlandpremiere des österreichischen Dokumentarfilms „Der lange Arm der Kaiserin – Die Geschichte des Schwangerschaftsabbruchs in Österreich“ von **Susanne Riegler** (Regisseurin). Der Film war von Dr. **Christian Fiala** mitgebracht worden, der ihn als ein „berufliches Geschenk“ bezeichnete. Er betont, dass es wichtig sei, die Vergangenheit zu kennen, um die Gegenwart zu verstehen. **Fiala** ist Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und Leiter des *Gynmed Ambulatoriums für Schwangerschaftsabbruch und Familienplanung* in Wien und Salzburg. Außerdem gründete er in der österreichischen Hauptstadt das *Museum für Verhütung und Schwangerschaftsabbruch*.

In Form von Rückblenden zeigt der Film die Geschichte der gesetzlichen Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch. Zeitzeugen berichten über ihre Erfahrungen mit den Themen Sexualität, Verhütung, ungewollter Schwangerschaft und deren Abbruch sowie über das persönliche Leiden unter einem repressiven gesellschaftlichen Klima. Ihre Erzählungen sind ein weiteres Beispiel dafür, dass Sexualität in der Geschichte fast immer mit staatlicher Fremdbestimmung einherging. Im Gegensatz zu Deutschland herrscht in Österreich keine Beratungspflicht, aber auch dort ist der Schwangerschaftsabbruch im Strafgesetzbuch geregelt. Es gibt parteipolitische Bestrebungen in Richtung einer restriktiveren gesetzlichen Reglementierung durch die FPÖ. Die vermeintliche Ruhe und Entspannung um den Paragraphen kann nur als vorläufig angesehen werden. Eher scheint das Gegenteil der Fall zu sein – es wird Politik gemacht mit Argumenten wie „Werteverfall“, „Aussterben der europäischen Bevölkerung“, der „Perversion eines Abbruchs“ oder der „Traumatisierung“ einer jeder Frau, die einen solchen Eingriff durchführen lässt.

Die Bedeutung der Medizin in diesem Diskurs wird im Film von **Fiala** thematisiert. Vor dem Hintergrund eines Rückblicks auf die restriktiven Gesetze zum Schwangerschaftsabbruch und ihre Folgen – v.a. die Bevormundung der betroffenen Frauen – benennt er die neuen Herausforderungen auf gesellschaftlicher, ethisch-moralischer und medizinischer Ebene: Denn selbst heute noch müssen die wenigen Ärzte, die in Österreich dazu bereit sind, einen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen mit

gesellschaftlichem Ausschluss und sozialem Druck rechnen. Auch in Deutschland ist die Haltung der Ärztekammer und damit der Mehrheit aller Ärzte eher restriktiv. Medizinische Ausbildungen und Fortbildungen speziell in diesem Bereich gibt es nicht, weder in Österreich noch in Deutschland. Gemäß §219 StGB macht sich in Deutschland strafbar, wer für die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen in der Öffentlichkeit wirbt oder werben lässt. So wurde *Fiala* von der Ärztekammer Sachsen-Anhalt mit einer Klage gedroht und ein Disziplinarverfahren gegen ihn eingeleitet, weil er auf seiner Webseite www.abtreibung.at eine Liste von Informationen über Ärzt_innen und Institutionen veröffentlicht hat, die einen Abbruch in Deutschland, Österreich und der Schweiz durchführen. Wie *Fiala* ausführte, werden dadurch der Durchführung eines Abbruchs weiterhin starke Grenzen gesetzt. Die gesellschaftliche Schein-Moral wird vorangetrieben und trägt dazu bei, dass auch im Gesundheitssystem das Thema ungewollte Schwangerschaft eigentlich nicht vorkommt. Frauen werden sowohl in der Prävention von ungewollter Schwangerschaft, als auch bei deren Beendigung gar nicht oder wenig fachgerecht behandelt.

Die patriarchale Dominanz der Medizin, die Macht über reproduktive Belange ausübt, sei unzeitgemäß. Die technologischen Fortschritte und Kenntnisse sollten als Dienstleistung für jeden Menschen zugänglich sein, um seine individuelle Autonomie zu erhöhen, so *Fiala*. Zurzeit wird der Fötus im ethischen Diskurs als unabhängiger, nicht integraler Bestandteil des weiblichen Körpers betrachtet und die schwangere Frau ausgeblendet. Dadurch werden reproduktive Rechte eingeschränkt. Wer entscheidet also über die Schwangerschaft: Der Bruder, der Vater, die Wirtschaft, das Justizsystem, die Kirche oder der Staat?

Fiala endete mit dem Fazit, dass sich die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen nur verändern können, wenn es eine gesetzlich garantierte Selbstbestimmung über Sexualität und Fruchtbarkeit gibt, sowie der faktischen Möglichkeit, diese auch umzusetzen.

Das Publikum bekräftigte, wie wichtig dieser Film vor allem mit Blick auf jungen Frauen ist. Viele übernehmen die demoralisierende Terminologie und die Inhalte der Abbruchsgegner_innen, was zu einer persönlichen Schuldzuweisung führt. Außerdem geht die Entwicklung dahin, dass Beratungsstellen, die einen Beratungsschein aushändigen, zunehmend angegriffen werden und sich vor Abbruchsgegner_innen rechtfertigen müssen. Das Recht auf einen legalen Schwangerschaftsabbruch auch mit der heutigen Fristenregelung ist gefährdet, da es immer mehr selbsternannte „Lebensschützer_innen“ in der Politik gibt. Die individuellen Problemlagen der Frauen sowie die Frauenrechte würden gesellschaftlich insbe-

sondere von den Abtreibungsgegner_innen ausgeblendet. Viele Teilnehmer_innen kommentierten, dass in der Öffentlichkeit immer mehr Informationen von Abbruchsgegner_innen verbreitet werden und diese wesentlich präsenter sind, als die der *Pro Choice*-Bewegung. Dieser derzeitige gesellschaftspolitische Verlauf dürfe nicht zur Ermüdung der *Pro Choice*-Bewegung führen. Es sei immens wichtig, sich mit stichhaltigen Argumenten zu wappnen. Dazu gehöre es auch, sich die Terminologie bewusst zu machen. Ein Schwangerschaftsabbruch ist kein moralisch verbotenes, kriminelles Handeln, wie es von Abbruchsgegner_innen proklamiert wird.

Zeitgeschichtliche Diskurse

In ihrem Einführungsvortrag arbeitete Prof. Dr. **Ulrike Busch** Hintergründe heutiger Tabuisierungen und Stigmatisierungen des Abbruchs ungewollter Schwangerschaften heraus. Sie beleuchtete dies aus der Perspektive der Frauen und der Besonderheit, die ein Schwangerschaftsabbruch in ihrem Erleben darstellt und arbeitete Verbindungslinien zu den gesellschaftlichen Diskursen und rechtlichen Rahmenbedingungen (§ 218-219 StGB, Bundesverfassungsgerichtsurteile von 1993 und 1995) heraus. Der Status, den „das ungeborene Leben“ heute erhalten hat – beeinflusst durch die Möglichkeiten seiner Sichtbarmachung sowie den Schutzauftrag, der dem Staat zuerkannt wurde – befördere Tötungsfantasien und den ungeeigneten Versuch, diese diffizilen Fragen juristisch lösen zu wollen. All dies bedinge wiederum die Sprachlosigkeit und behindere die Möglichkeit, dieses Thema im öffentlichen Diskurs selbstbewusst zu besetzen.

Prof. Dr. **Daphne Hahn**, Professorin für Gesundheitswissenschaften und empirische Sozialforschung an der Hochschule Fulda, betrachtete das Thema Schwangerschaftsabbruch aus diskurstheoretischer Perspektive. Ausgangspunkt war eine wissenssoziologische Grundlegung, nach der soziale und individuelle Lebenswelten durch Wissen vermittelt und strukturiert werden, welches von den jeweiligen zeitgeschichtlich bedingten Diskursen hervorgebracht wird. Somit sind auch die Praxen zum Umgang mit Schwangerschaftsabbruch, die legitimen Wahrnehmungs- und Deutungsmuster diskursiv vermittelt und historisch fluid zu betrachten. Die Bundesrepublik und die ehemalige DDR vergleichend, zeigte sie verschiedene Diskurse auf, in die das Thema Schwangerschaftsabbruch eingebettet war: – den bevölkerungspolitischen Diskurs, den Modernisierungs- und Individualisierungsdiskurs, den Geschlechterdiskurs und den des feministischen Denkens.

Nach 1945 wurden bevölkerungspolitische Regularien mit dem Verweis auf die Schutzbedürftigkeit der Frauen vor „gewissenlosen Männern“ – gemeint waren Ärzte, die Abbrüche durchführten – begründet. Die BRD erließ

eine Vorschrift, die Ärzte verpflichtete, Fehl- und Frühgeburten, die strafbare Handlungen vermuten ließen, zu melden. Dieses paternalistische Gebaren scheiterte an der Weigerung der Ärzt_innen, Frauen in der Nachkriegsnot zu denunzieren.

In den 50er Jahren geriet die autonom werdende Frau ins Fadenkreuz des *medizinischen Diskurses*, in dem die eigenständige Entscheidung der Frau, eine Schwangerschaft auszutragen und wann dies geschehen sollte, als Gefahr heraufbeschworen wurde. So war ausschließlich unter medizinischer Indikation ein Abbruch möglich. Als Instrument der Disziplinierung von Frauen wurde die Konstruktion des Fötus als eigenständigen Subjekts, dem die Frau im Falle einer Abtreibung nun als Mörderin gegenüber stand, in den *bevölkerungspolitischen Diskurs* eingeführt. Ein Deutungsmuster, das bis heute hineinwirkt und Wahrnehmungen wie auch Entscheidungen bestimmt.

In den ausgehenden 60er Jahren wurden die psychischen Folgen eines Schwangerschaftsabbruchs für die Frau im *Gesundheits- und Geschlechterdiskurs* thematisiert. Gesunden Frauen wurde eine seelische Pathologie nach einem Schwangerschaftsabbruch als Norm unterstellt und so ein neuer Weg legitimiert, Zahl und Zugang zu Abtreibungen zu regulieren. Wiederum wird die Frau als hilfsbedürftig bei der Entscheidung über ihre reproduktiven Belange gesehen. Zusammenfassend führte **Hahn** aus: „Die Gedankenverbindung von Natürlichkeit, Schwangerschaft bzw. Geburt gleich Gesundheit und von Abtreibung gleich Krankheit, produziert wissenschaftlich legitimierte Kausalitäten, die ihre Macht in den Vorstellungen über die Folgen einer Abtreibung entfalten.“

In der DDR waren die juristischen Reglementierungen für den Zugang zum Schwangerschaftsabbruch liberaler gestaltet. Dennoch hatten Frauen nur eingeschränkte Verfügungsmacht über ihre Fortpflanzung. Die an steigenden Geburtenraten interessierte Bevölkerungspolitik beklagte eine epidemische „Abortsucht“. Auch hier sollte der weibliche Körper unter Kontrolle gebracht werden. Ab 1950 wurden die körperlichen Auswirkungen einer Schwangerschaft als förderlich für die Gesundheit gedeutet und die Förderung des Kinderreichtums gesetzlich festgeschrieben. Die soziale Indikation wurde mit Verweis auf die Stärke des Sozialismus, seine Bürger_innen versorgen zu können, abgeschafft. Mitte der 60er Jahre wurde infolge der internationalen Debatte der Zugang zum Abbruch jedoch wieder gelockert und die sozialmedizinische Indikation wieder eingeführt.

Als in den 70er Jahren im Zuge der Frauenbewegung in der BRD die Fristenlösung verabschiedet wurde, realisierte die DDR, um ihre politische Außenwirkung bemüht und auf die Lebensrealitäten von Frauen im eigenen Land sowie in anderen sozialistischen Staaten re-

agierend, ebenfalls ein Gesetz, das die Fristenlösung – im Gegensatz zur BRD ohne Beratungspflicht – verankerte. Legitimiert wurde dieser Umschwung im Sinne eines *Modernisierungs- und Individualisierungsdiskurses* mit dem Selbstbestimmungsrecht der Frau. Damit war nun impliziert, dass die Frauen verantwortungsvoll und eigenständig handeln konnten. In beiden deutschen Staaten erwiesen sich Argumentationsformen, die mit Begriffen wie „Volkkörper“ oder „Volksgesundheit“ operierten, nun endgültig als nicht mehr legitimierungsfähig. **Hahn** stellte fest: „Das Argument der aussterbenden Nation als zentrales Bild im Bevölkerungsdiskurs war weitestgehend delegitimiert und durch das individuelle Leidensschicksal abgelöst.“

Im Zuge der politischen Wende 1989 wurde auch der §218 vereinheitlicht, womit 1992 die vormals autonome Entscheidung der Ostfrauen zugunsten der Beratungsregelung weichen musste.

Wo stehen wir heute im Diskurs um das Thema Schwangerschaftsabbruch und wer bestimmt diesen Diskurs? Prof. Dr. **Hahns** eigene Analysen des öffentlichen Abtreibungsdiskussion zeigten, dass das Thema kein Tabu ist, sondern dass heute soviel wie nie über Schwangerschaftsabbruch gesprochen wird. Nur ist die Diskurslandschaft eintönig. Sie ist bestimmt von parteipolitischer Präsenz, während soziale Organisationen und vor allem die betreffenden Frauen wenig zu Wort kommen.

Schwangerschaftsabbruch im Fokus der Forschung

Wie die Politik und das öffentliche Meinungsbild von herrschenden Diskursen geprägt sind, so ist es auch der wissenschaftliche Blick auf das Phänomen Schwangerschaftsabbruch. **Cornelia Helfferich**, Professorin für Soziologie an der Evangelischen Hochschule Freiburg und Leiterin des Sozialwissenschaftlichen Frauenforschungsinstituts in Freiburg, gab einen Überblick über die sozialwissenschaftliche Forschungstradition des 20. Jahrhunderts, darüber, welche Aspekte von Schwangerschaftsabbruch als Erkenntnisgegenstand in verschiedenen Forschungsperioden im Fokus standen. Die Wirkmacht wissenschaftlicher Konstruktionen betonend und zur Reflexion mahnend, fragte sie, an welche Konstruktion des Schwangerschaftsabbruchs die heutige Forschung anknüpfen kann und stellte Ergebnisse der Studie „frauenleben I“ vor (Nähere Informationen und Download: <http://publikationen.sexualaufklaerung.de/index.php?docid=560>).

Bemerkenswert ist, dass im Vergleich zu anderen europäischen Ländern das Thema Schwangerschaftsabbruch in den letzten 20 Jahren nicht dezidiert erforscht wurde. Die Schwangerschaftsabbruchstatistik des Statistischen Bundesamtes ist die einzige aktuelle Quelle zum Thema. Ende 2013, nach Abschluss der Auswertung der

Studie „frauenleben IV“, die das Sozialwissenschaftliche Frauenforschungsinstitut Freiburg im Auftrag der BZgA durchführt, werden erstmals wieder aktuelle Daten auch zu Schwangerschaftsabbrüchen vorliegen.

Der Forschungstradition der BRD der 70er Jahre folgend, die die vermeintliche Psychopathologie abbrechender Frauen im Fokus hatte, ging es auch in den 80er Jahren zunächst um die *Charakteristik von Frauen*, die eine Schwangerschaft abbrechen. Betreffende Frauen galten als defizitär. Im Laufe der 80er Jahre ließen sich laut **Helfferrich** andere Dimensionen des Forschungsinteresses ausmachen. Im Fokus lag die *Funktion* eines Schwangerschaftsabbruchs. Erforscht wurde die Psychodynamik von Konflikten, die mit einem Abbruch wachgerufen und gegebenenfalls bearbeitet werden konnten, wie z.B. Ablösungs-, Trennungskonflikte oder Konflikte um Weiblichkeit und Generativität. Um die *Rationalität* von Schwangerschaftsabbrüchen zu belegen, wurden situative Rahmenbedingungen, wie ökonomische oder gesundheitliche Probleme, die Ausbildungssituation oder die Anzahl bereits vorhandener Kinder erhoben. Und schließlich mündete dieses Forschungsjahrzehnt in eine *Kontextualisierung* ein, wie es **Helfferrich** nannte. Es rückten Einflüsse auf die Entscheidung zum Austragen einer Schwangerschaft z.B. durch Partner_innen, Beratungsstellen, das Gesetz oder der ärztliche Rat in den Mittelpunkt wissenschaftlicher Studien. (Helfferrich 2012, Pro Familia Magazin, Ausgabe 04/2012). Zusammenfassend meinte **Helfferrich**, dass im wissenschaftlichen Diskurs der 80er Jahre Schwangerschaftsabbruch als soziale und psychologische Abweichung galt, die zu erklären das Forschungsziel war. „[...] der gesellschaftliche Kontext der Forschung nach der Reform der §§218f in der Bundesrepublik mit einer klaren Missbilligung von Abbrüchen reproduzierte vor allem Rechtfertigungsdruck und Begründungszwänge und führte zu einer spezifischen Konstruktion des Forschungsgegenstands Schwangerschaftsabbruch.“ (Helfferrich 2012, Pro Familia Magazin, Ausgabe 04/2012). **Helfferrich** kritisierte, dass das Phänomen Schwangerschaftsabbruch isoliert und parzelliert betrachtet wurde. Es wurde als individuelles Problem von Frauen gesehen und mit moralisierendem Subtext auf die Entscheidungssituation fokussiert. Der Kontext, in dem Schwangerschaften zu ungewollten werden, wurde ausgeblendet, z.B. Sexualität, Selbstbestimmung und Macht, Geschlechterbeziehungen und nicht zuletzt gesellschaftliche Bedingungen.

Abschließend forderte sie, die Forschung solle die „jeweils zeitgeschichtliche bedingte Verständnis des Gegenstandes ‚Abbruch‘ sowie die eine Schwangerschaft abbrechenden Frau reflektieren und ggf. die eigenen wertgebundenen Vorannahmen als solche ausweisen. Der Forschungsgegenstand sollte biografisch (Sexualität

– Kinderwunsch – Verhütung – Schwangerschaft – Entscheidung über Ausgang der Schwangerschaft, Frau-Mann-Beziehungen in der Lebensphase) sowie in den gesellschaftlichen Kontext eingebettet werden.“ (Helfferrich 2012, Pro Familia Magazin, Ausgabe 04/2012).

Das Dreiecksverhältnis Staat – Berater_in – Klientin

Auch der rechtliche Diskurs konstruiert seinen Gegenstand selbst, was Auswirkungen auf die konkrete Praxis im Beratungsalltag hat. **Jutta Franz**, Diplom Pädagogin, Leiterin der *pro familia* Beratungsstelle in Hettstedt und langjährig in der Schwangerschafts-, Partnerschafts- und Sexualberatung tätig, referierte über das brisante Dreiecksverhältnis in der Schwangerschaftskonfliktberatung.

In der Pflichtberatung nach §219 StGB handle es sich laut Franz um eine spezielle triadische Beziehung, die sich von der klassischen psychosozialen Beratung unterscheidet. Im Gegensatz zu einer Beratung in einem dyadischen Setting kommen betroffene Frauen in die Schwangerschaftskonfliktberatung nicht wirklich freiwillig und haben eventuell kein eigenes Beratungsanliegen. Somit können die üblichen Richtlinien, wie Vertraulichkeit, Freiwilligkeit, Klientenzentriertheit in diesem Setting nicht uneingeschränkt umgesetzt werden. Hinzu kommt, dass neben der/dem Berater_in und der Klientin, der Gesetzgeber sozusagen mit am Tisch sitzt. Somit sind in der Beratung, trotz geforderter Ergebnisoffenheit, bestimmte Inhalte und Ziele, die gesetzlich klar vorgeschrieben sind, aufzugreifen. **Franz** stellte fest, wie spannungsgeladen der Begriff Schwangerschaftskonfliktberatung ist. Vordergründig geht es um den möglichen inneren Konflikt, den eine ungewollt schwangere Frau austrägt, aber auch um den gesellschaftlichen Konflikt zwischen dem Schutz des ungeborenen Lebens und dem Recht auf reproduktive Selbstbestimmung von Frauen und Paaren. Aber auch um das Dilemma, dass etwas als Beratung verkauft wird, was den professionellen Kriterien nicht entspricht. Und schließlich darum, dass Berater_innen in einer Situation stecken, es allen Seiten recht machen zu wollen.

Sie fordert die Beendigung dieses Dreiecksverhältnisses, was für alle Beteiligten ein Gewinn an Würde, Integrität und Professionalität wäre. Ziel sollte es sein, diese Situation so zu bewältigen, dass die Integrität der Klientin, die Authentizität der/des Berater_in und der Intention des Gesetzes gewahrt bleibt. Um diese Herausforderung zu meistern, ist es für die Berater_innen wichtig, von Anfang an Transparenz herzustellen. Die Loyalität zum Gesetz sollte vor der Klientin nicht verheimlicht werden, stattdessen darf der schwangeren Frau diese Offenheit auszuhalten, zugetraut und zugemutet werden. Andererseits gelten die gesetzlichen Regelungen auch für die Klientin, zumindest für eine kurze Zeitspanne. Diese Abhängigkeit in Bezug auf die gesetzlichen Vorgaben

sollte in dem Konfliktgespräch angesprochen und nicht verharmlost werden. Oftmals ist es Frauen nicht bewusst, dass es strafrechtliche Regelungen für einen Abbruch gibt. Sie wissen nicht, welche Konsequenzen diese für ihr persönliches Leben haben können.

Die Offenlegung des Dreiecksverhältnisses birgt die Chance, eine Beziehung zwischen Berater_in und der betroffenen Frau herzustellen, ohne dass ein Machtgefälle entsteht: Die Frau ist dem Gesetz, aber nicht der/dem Berater_in gegenüber abhängig.

Für **Franz** ist die Pflichtberatung eine Zumutung, wenn auch eine relativ kleine. In dieser steckt der Mut einer Frau, eine Entscheidung zu treffen und die Kraft, den gewählten Weg zu gehen und zu bewältigen. Aufgabe ist es im Beratungsgespräch, diesen Mut zu stärken.

Ultrakonservative als zahnlöse Tiger

Wie schätzt eine engagierte Rechtswissenschaftlerin den Status Quo um die Gesetzgebung zum Schwangerschaftsabbruch ein? Prof. Dr. **Monika Frommel**, Professorin für Rechtsphilosophie und Strafrecht an der Universität Frankfurt am Main, Direktorin des Instituts für Sanktionenrecht und Kriminologie an der Universität Kiel, nahm keine entspannte Liberalität oder gelungene Entkriminalisierung wahr. Der verfassungsrechtliche Schutzauftrag des Staates für das ungeborene Leben in Form der §§ 218 und 219 hat sich etabliert. Jedoch hält Frommel eine ersatzlose Streichung vom juristischen Standpunkt aus für problematisch. Bei einem Wegfall des Strafrechts, mit dem Schwangerschaftsabbrüche unter den Straftaten gegen das Leben geregelt sind, würde ein länderspezifisches Verwaltungsrecht wirksam, welchem mit juristischen Mitteln schwer beizukommen sei.

Frommel forderte die Frauen dazu auf, selbstbewusst die Stimme gegen die ultrakonservativen „zahnlösen Tiger“ zu erheben. Gleichzeitig zeigte sie sich jedoch davon überzeugt, dass die konservativen Kräfte, die vehement gegen Abtreibung und das Selbstbestimmungsrecht von Frauen und Paaren opponieren, im Aussterben begriffen seien und sich deswegen die Auseinandersetzung nicht lohne. Zudem werde eine selbstbewusste Debatte erschwert, wenn man sich defensiv an ultrakonservativen Meinungen abarbeite. *Pro Choice*-Aktivist_innen argumentierten sehr schnell auf dem Niveau der Konservativen und blieben gefangen in deren einseitigem Diskurs, wenn lediglich feministische und liberale Argumente entgegengesetzt würden.

Generell die Zustimmung des Publikums erntend, wurde **Frommels** selbstsichere Ansicht aber dennoch eher als eine Bagatellisierung verstanden, die Zweifel hinterließ, anstatt einer Kampfansage mit Gewinnaussicht. Denn die Konservativen träten, obwohl eine Minderheit, sehr aktiv auf. Die Gefahr durch Ultrakonservative sei

nicht zu unterschätzen. Frauen, die die Beratungsstellen aufsuchten, nutzten die Terminologie der Abtreibungsgegner_innen, die durch die Medien verbreitet wird. Zudem wurden Bedenken darüber geäußert, dass Schwangerschaftsabbrüche bald nicht mehr von einzelnen Ärzt_innen in Privatpraxen sondern in Krankenhäusern mit institutioneller Organisation durchgeführt werden könnten. **Frommel** dazu: „Abtreibung in der Klinik ist das Ende. Deswegen wurde für eine ambulante Lösung frei von Hierarchie gekämpft.“

Sie betonte, dass die reproduktive Freiheit eine Paarangelegenheit sei und wirbt für juristischen Rat, wenn es um die Wahrung von Patientenrechten gehe, die durch patriarchale Institutionen wie z.B. die Bundesärztekammer bedroht werden. Abschließend fordert Frommel zum Widerstand auf, mit einem entschlossenen „Wehrt Euch!“

Podium der jungen Generation

Den Abschluss der Tagung bildete das „Podium der jungen Generation“, moderiert von **Katja Krolzik-Matthei**, Diplom-Sozialpädagogin und Referentin für sexuelle Bildung. Damit schlug die Tagung nicht nur eine Brücke zwischen der Geschichte des Schwangerschaftsabbruchs und heutigen Diskursen, sondern vereinte auch gestandene Expert_innen und jüngere Aktivist_innen, Interessierte und künftige *Pro Choice*-Unterstützer_innen. Im Rahmen der Podiumsdiskussion wurde ein Ausschnitt aus dem Film „Meine Entscheidung“ von **Janina Heckmann** und **Gitte Hellwig** gezeigt. Fünf junge Frauen erzählen von ihren Erfahrungen um den Schwangerschaftskonflikt und die Abtreibung. Ihre Erzählungen verlassen die abstrakte Diskussion des Für und Wider des Schwangerschaftsabbruchs: Sie sind persönlich und ehrlich. Der Film zeigt nicht das Bild von durch Abtreibung traumatisierten Frauen, sondern vielmehr einen Umgang mit dem Thema, der einen Abbruch bewusst in die Biographie einbindet.

Dass auch heute junge Frauen (wieder) schweigen, wenn es um persönliche Erfahrungen mit dem Thema Abtreibung geht, wurde deutlich, wenn **Janina Heckmann** von den Anstrengungen berichtete, die es kostete, Frauen zu finden, die mutig genug waren, um vor die Kamera zu treten.

Warum schweigen Frauen? Was muss passieren, damit Frauen reden? Was brauchen sie?

Heckmann merkte an, dass gesellschaftlich das Thema Schwangerschaftsabbruch zwar verhandelt, individuell jedoch eher geschwiegen wird, aus Angst vor Rechtfertigungsdruck. Sie fragte, ob es unter Betreffenden überhaupt ein Bedürfnis zu reden gäbe. Als Voraussetzung sei Intimität und Nähe erforderlich. **Kirsten Achtelik**, Jour-

nalistin und selbst Aktivistin gegen die „Märsche für das Leben“ beklagte, dass selbst innerhalb politischer Gruppen, die sich als *Pro Choice*-Unterstützer_innen verstehen, das Thema nicht persönlich besprochen werde. Die Publizistin und Filmemacherin Sarah Diehl hielt es für wichtig, Frauen klar zu machen, was ein illegaler Schwangerschaftsabbruch bedeutet, gerade im Blick auf andere Länder. Sie berichtete über die internationalen Initiativen, das Abbruchsmedikament Misoprostol bekannt zu machen und Frauen zur Verfügung zu stellen (Info: www.misoprostol.org). In Indien ist es rezeptfrei erhältlich und ermöglicht es, Frauen selbstbestimmt und ohne Mitwirkung von Institutionen, einen Abbruch durchzuführen. Es sei die „Angst vor einer Charakterhinrichtung“ konnte Daniel Hoffmann nach seinen Recherchen zur überwältigenden Internetpräsenz der Abbruchsgegner_innen berichten. Denn Frauen, die sich für einen Abbruch entscheiden, sind nicht in Netzwerken oder sogar in einer Lobby, wie die selbsternannten „Lebensschützer_innen“, organisiert, sondern vereinzelt. Dass gesellschaftliche Sensibilisierung und Bewusstsein für dieses Thema fehlt, zeigte auch die Erfahrung von Agnieszka Malach, Erzieherin und Studentin der Sozialen Arbeit, die berichtete, dass der §218 im Curriculum ihres Studiengangs nicht vorgekommen sei.

Sollte der §218 abgeschafft werden?

In dieser Frage herrschte Konsens – das patriarchale Gesetz muss ersatzlos aus dem StGB gestrichen werden. Sarah Diehl gibt zu bedenken, dass es momentan allerdings dringlicher ist, über die erstarkende Bewegung der Abtreibungsgegner_innen zu informieren, um Schuld und Scham zu beenden. Sie rief dazu auf, über das Internet Gegeninfos zur Propaganda dieser Bewegung zu verbreiten und Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden, Argumente zu liefern und sie somit zu stärken. Sie machte darauf aufmerksam, dass am 28. September, am Tag der Podiumsdiskussion, der „Free Womb Day“ – *International Decriminalization of Abortion Day* begangen wurde und warb für internationale Vernetzung von Organisationen, die sich für reproduktive Rechte und somit für die Legalisierung von Schwangerschaftsabbruch einsetzen – weltweit.

Es gibt konkrete Vorschläge und Zukunftsvisionen von einem selbstbestimmten Leben in allen Bereichen. Aus diesem Grund bleibt zu wünschen, dass die Motivation der Tagung in Öffentlichkeit, Praxis und Alltag ausstrahlt und die Ideen in politischen, sozialen und juristischen Veränderungen münden.

Christine Czygan, Anja Kruber (Leipzig)

Rituelle Beschneidung

in Judentum und Islam
aus juristischer, medizinischer und
religionswissenschaftlicher Sicht

Tagung

des Interdisziplinären Wissenschaftlichen Zentrums
Medizin-Ethik-Recht
der Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg
und des Max-Planck-Instituts für ethnologische Forschung
in Kooperation mit der
Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina –
Nationale Akademie der Wissenschaften
Halle

14. bis 16. Oktober 2012

Veranstaltungsort:

Leopoldina
Hauptgebäude, Jägerberg 1, 06108 Halle (Saale)
Wegbeschreibung:
<<http://www.leopoldina.org/de/service/kontakt/>>
Kontakt:
<mer@jura.uni-halle.de>



Rituelle Beschneidung in Judentum und Islam aus juristischer, medizinischer und religionswissenschaftlicher Sicht – Ein Tagungsbericht

Vom 14. bis 16. Oktober 2012 hatten sich unter dem Dach des Interdisziplinären Wissenschaftlichen Zentrums „Medizin-Ethik-Recht“ (IWZ) der Martin-Luther-Universität (MLU) 14 Vortragende unterschiedlicher Provenienz in der Nationalen Akademie der Wissenschaften *Leopoldina* versammelt, um vor einem größtenteils universitärem Publikum, ihre Standpunkte zur rituellen Beschneidung zur Diskussion zu stellen. Die erklärbare Eile der Vorbereitung brachte manch Defizit in der Öffentlichkeitsarbeit mit. Die Tagung fand in der örtlichen Presselandschaft daher kaum Erwähnung.

Spannend aus humanistischer Sicht war die zu erwartende Diskursfähigkeit der Teilnehmer. Für die weitere Entwicklung der bundesweiten Diskussion ist es notwendig, die Gründe zu verstehen, warum intellektuelle und auch emotional unverdächtige Menschen bei dem Thema der Beschneidung häufig aus einer religiösen Betroffenheit heraus keine ergebnisoffene Diskussion führen. Eine Erfahrung, die sich bitter durch die letzten Wochen zieht.

Eröffnet wurde die Tagung am Sonntag durch den sachsen-anhaltinischen Staatssekretär Marco Tullner.

Eine (un)gewollte Einstimmung auf die Debattenperspektive in Deutschland leisteten sich die Organisatoren mit der nachfolgenden Musikaufführung und mündlichen Einführung der „Kantate zum Fest der Beschneidung Christi“ von J. S. Bach (BWV 248, Teil 4).

In der Folge wird nicht auf alle Referate eingegangen werden. Das erste Referat vom Sonntag über die theologische Begründung der Beschneidung in der hebräischen Bibel von Prof. Dr. **Ernst-Joachim** zählt hierzu ebenso, wie ein Vortrag über die medizinischen Techniken der Zirkumzision von Dr. med. **Monika Milzsch** und die Ausführungen des Rabbiners der Jüdischen Gemeinde Berlin, **Tovia Ben-Chorin** über die jüdische Beschneidung.

Der Montag wurde mit einem Grußwort der Präsidentin der Landesärztekammer, Dr. med. **Simone Heine-mann-Meerz** eröffnet. Sie zielte vor allem daraufhin, dass ein medizinischer Eingriff ausschließlich von approbierten Ärzten zu erfolgen habe. Ihre Worte „Befragen Sie für potentielle Nebenwirkungen aber bitte auch die Ärzte!“ sollte dann auch eine der Klammern der Veranstaltung bilden. An diesem Tage folgten neun weitere, halbstündige Vorträge, die mit einer jeweiligen kurzen Diskussion abgeschlossen wurden.

Den Anfang machte Prof. Dr. iur. **Hans Lilie** vom Lehrstuhl für Strafrecht an der MLU mit „Vom Flügel-schlag eines Schmetterlings zum Sturm – vom Landgericht Köln zu der Debatte um die Beschneidung“. Als Direktor des IWZ gehörte er zu den Mitorganisatoren der Tagung. Er klassifizierte das Urteil des Landgerichtes Köln als nicht präjudizierend für Deutschland. Auch wenn seiner Meinung nach das Landgericht „jegliches Fingerspitzengefühl“ hat vermissen lassen, so sei es unstrittig, dass strafrechtlich die Beschneidung Körperverletzung sei. Es bedarf schon einer erheblichen Rechtfertigung für diesen Eingriff, der mit seiner, wenn auch im vorliegenden Gesetzesentwurf versteckten religiösen Begründung, sofort eine Grundrechtsdebatte nach sich ziehe. Die Debatte sei eben darum noch lange nicht zu Ende. Der Entwurf der Regierung leide zudem an drei Schwächen. Die Rede von der „ärztlichen Kunst“ kaschiere, dass es immer nur um medizinische Standards gehen könne. Die Aufforderung, dass Eltern sich mit dem Kindeswohl auseinandersetzen müssen, sei viel zu schwammig und die 6-Monatefrist für die Einsetzung jüdischer Mohels werfe u.a. die Frage nach einer eigentlich notwendigen Dokumentationspflicht auf. Im Übrigen verstoße eben auch das Heilpraktikergesetzes gegen medizinische Standards.

Im Verlauf des Tages kamen weitere Juristen zu Wort. Prof. Dr. iur. **Günter Jeroschek** vom Lehrstuhl für Strafrecht an der Rechtswissenschaftlichen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena legte mit klaren Worten dar, dass wir uns an einem juristischem Scheideweg be-

fänden. Wem schenken wir unsere Empathie? Dem Kind und dessen körperlicher Unversehrtheit oder den Eltern und deren Religionsfreiheit? Für **Jeroschek**, der sich als Jurist und Psychoanalytiker seit 2005 mit diesem Thema befasst, sei die Seite des Kindes eindeutig zu bevorzugen. Denn im Kontext einer psychoanalytischen Perspektive verwundere es auch gar nicht, dass die Risiken klein und die positiven Aspekte groß geredet werden. Diese Strategie entspreche der Verleugnung und Marginalisierung von erlittenen Schmerzen, Traumata und Störungen.

Ihm folgte direkt Prof. Dr. **Michael Germann** vom Lehrstuhl für Öffentliches Recht an der MLU. Er wies daraufhin, dass sämtliche juristischen Diskurse irgendwann verfassungsrechtlich relevant werden. Dabei sei dann eine verfassungsrechtliche Dogmatik wichtig. Deren Rahmen dürfe man nicht verlassen.

Sein Redebeitrag wurde im Folgenden von Prof. Dr. **Winfried Kluth**, ebenfalls vom Lehrstuhl für Öffentliches Recht an der MLU, um die Vorgaben der UN-Kinderrechtskonvention (KRK) ergänzt. Nach einem kurzem Rekurs auf die Geschichte der KRK machte er deutlich, dass durch das Ziel der KRK, die rechtliche Subjektstellung des Kindes zu stärken, hier ein Perspektivenwechsel auch für das Grundgesetz vollzogen wird. Er argumentiert mit Prof. Dr. iur. **Bea Verschraegen** von der Universität Wien, dass dem Kind Rechte zustehen, weil es Kind ist und nicht verwehrt werden, weil es noch kein Erwachsener ist. Vor diesem Hintergrund beurteilte er die rechtlichen Konsequenzen der Art. 3 KRK (Beachtung des Kindeswohles), Art. 5 (Elternrecht) und Art. 24 (Gesundheitsschutz und Überprüfung von Bräuchen). Die beiden Art. 5 und Art. 24 besitzen in Deutschland gesetzlichen Charakter. Dagegen besitzt Art. 3 als Querschnittsklausel eine verfassungsrechtliche Dimension. Für ihn sprechen gute Gründe gegen eine pauschale Freigabe der Beschneidung, wie im Gesetzesentwurf geplant. Die KRK geht über die Betrachtung medizinischer Aspekte weit hinaus. Sie stellt das Kind als Subjekt in den Mittelpunkt. Somit kommt es mit der nach **Jürgen Habermas** detektivistischen Funktion der Menschenrechte und neuen Evidenzen zu modernen Herausforderungen an die Religionsgemeinschaften. Prof. **Kluth** schloss mit der Aufforderung an die Politik, sich Zeit in ihrer Arbeit zu nehmen, um so ein Sonderrecht für religiöse Bräuche zu vermeiden.

Kulturwissenschaftliche Beiträge legten weitere Aspekte der Debatte offen. Aus dem Vortrag von Prof. Dr. theol. **Stefan Schorch** vom Institut für Bibelwissenschaften der MLU konnten die Zuhörer nicht nur Wissen über die hermeneutischen, historischen und religionsgesetzlichen Hintergründe des Beschneidungsgebotes im Judentum erfahren, sondern auch die Erkenntnis mitnehmen, dass zwar das Gebot ein „a priori“- Gesetz sei,

es allerdings aus dem Judentum selbst heraus jederzeit Möglichkeiten gab und gibt, dieses Gebot in ein anderes Selbstverständnis zu transformieren. Die Frage nach einer medizinischen Indikation sei so historisch schon immer ein innerjüdischer Debattengeber gewesen. Zudem sei der jüdische Diskursraum größer als die bisherigen Einlassungen, z. B. von Frau **Charlotte Knobloch**. Mit seinen Ausführungen zur Geschichte des kulturellen Brauches des Epispasmus, des Wiederherabziehens der beschnittenen Vorhaut über die Eichel in hellenistischen Zeiten, lenkte er den Blick auf die innerjüdische Veränderbarkeit der Ausführungen der *Brit Mila*.

Die Darstellung der Perspektive auf die Beschneidung aus der Sicht des Islam oblag dem Islamwissenschaftler Prof. Dr. **Ralf Elger** vom Seminar für Arabistik und Islamwissenschaften der MLU. Im Gegensatz zu der in der deutschen Öffentlichkeit von Vertretern der muslimischen Verbände immer wieder vorgetragenen Haltung, dass die Beschneidung auch im Islam einen „a priori“-Charakter ohne Wenn und Aber habe, führte Prof. **Elger** über die Geschichte der Hadithen und der Koranexegese aus, dass die islamische Rechtsauslegung seit je her dynamisch und unklar und der juristische Dissens im Islam der Normalfall ist. Anschaulich machte er dies über eine mögliche „wissenschaftlich“ titulierte Koranexegese, die die Hadithen als „menschlich und daher fehleranfällig“ betrachte. Aus dieser religiös-orthodoxen Perspektive, die textlich älter als die meisten anderen islamischen Strömungen ist, folgt, dass die Beschneidung nicht „göttlich“ begründet werden kann. Denn die „Unversehrtheit“ des Menschen ist ein Gebot (Sure 2:256) und Beschneidung ist aus dieser Perspektive ein Werk des „Satan“. Er machte deutlich, dass diese Perspektive nur eine von vielen möglichen ist. Angesichts dieser Heterogenität des Islam, ist es wichtig, danach zu fragen, was deutsche Muslime denken. Bekannt sind momentan hauptsächlich die Meinungen von Verbandsvertretern. Bei einer zu vermutenden sehr hohen Anzahl von nicht organisierten, daher „schweigenden Geburtsmuslimen“ unter den 3,4 Millionen Muslimen in Deutschland, ergeben die Äußerungen von Verbänden im Rahmen politischer Veranstaltungen wie der „Islamkonferenz“ immer nur ein Partikularbild.

Ein Partikularbild ganz anderer Art ergab sich aus den durch Dr. med. **Richard Stern** vorgetragenen „Erfahrungen am Jüdischen Krankenhaus Berlin“. Die Neigung des Arztes zu Anekdoten lockerte den Vortrag in Bezug auf die Historie des Krankenhauses auf, ließ aber argumentative Kraft an entscheidenden Stellen vermissen und legte so offen, woran es der Debatte in der Öffentlichkeit an vielen Stellen fehlt – an intellektueller Redlichkeit. Seiner Behauptung, als Vertreter evidenzbasierter Medizin zu sprechen, ließ er fast ausschließlich fehlerhafte Argumentationsketten folgen. Er verwies immer wieder

auf eine groß angelegte israelische Studie, die belegt, dass die Komplikationsrate bei Beschneidungen durch ausgebildete Mohels unter 0,5 % liege und dies hinnehmbar sei. Dabei reflektierte er nicht, dass bei einem nicht-indizierten medizinischen Eingriff an Nichteinwilligungsfähigen aus medizin-ethischer Sicht dieses halbe Prozent immer noch 0,5 % zu viel ist. Die von Prof. **Jerouschek** vorher ins Feld geführten Überlegungen zu Schmerztraumata blendete er völlig aus. Als klassisches Autoritätsargument baute er dann die aktuelle Empfehlung der „American Academy of Pediatrics“ (AAP) auf. Eine kritische und datenbasierte Darstellung fehlte ebenso wie der Verweis auf die überwiegende Mehrheit von Kinderarztverbänden weltweit mit gegenteiligen Schlüssen. Der Hinweis darauf, dass weltweit 1/3 der Männer beschnitten sei, durfte leider nicht fehlen und bleibt eben nur ein leeres argumentum ad populum. Seine abschließende Bemerkung, dass er als Arzt sich im persönlichen Konflikt zwischen staatlichen und religiösen Gesetzen bewege, machte an seiner Person deutlich, wo das Problem in der Debatte genau liegt.

Dr. med. **Richard Stern** führte aus, dass Art. 4 Abs 2 (Religionsfreiheit) und Art. 6 Abs. 2 GG (Elternrecht) eine Abwehrdimension beinhalten, währenddessen Art. 2 Abs. 2 (Unverletzlichkeit) eine Schutzpflichtdimension in sich trägt. Die Anwendung des Verhältnismäßigkeitsprinzip mache es dem weltanschaulich strikt neutralen Staate nicht möglich, in die Religionsfreiheit des Kindes einzugreifen, indem er es für dieses auf ein bestimmtes Alter hin verschiebt. Das Recht des Kindes lässt sich hier nicht mit dem der Eltern verrechnen. Er gehe davon aus, dass nach jetzigem Stand der Diskussion eine strafrechtliche Freistellung der rituellen Beschneidung grundgesetzkonform möglich und auch geboten ist. Dabei wies er aber darauf hin, dass das Elternrecht „ehern“ sei, also bei weitem älter als das Grundgesetz, der Begriff des Kindeswohles dagegen ein sehr evolutionärer und dynamischer. In Folge könne es zu neuen Abwägungen kommen, wenn die verfassungsrechtlichen Teilnehmer von Seiten der Verfechter der jeweiligen Grundrechtsparagrafen mit neuem Wissen und neuen Argumenten versorgt werden, vor allem durch die Integration evidenzbasierter medizinischer Forschungsergebnisse in die juristische Argumentation.

Die persönliche Höhergewichtung religiöser Annahmen und gruppenspezifischer „Gesetze“ über die Grundverfassungen des bürgerlichen Staates birgt in der Entwicklung juristischer Standards eben genau die Gefahr, die Prof. Dr. **Winfried Hassemer** in seinem Abendvortrag zu dem Schluss kommen ließ, dass die Einführung von Sonderrechten das Recht an sich verdirbt und das Vertrauen der Bürger als eigentliche Verfassungsvoraussetzung untergräbt. Seine vorgetragene These: „Wenn

wir das Beschneidungsverbot aufheben, bekommen wir Probleme!“ ist vorher von ihm in der Zeitung für Rechtspolitik (ZRP) – der *Humanistischer Pressedienst (hpd)* berichtete schon – dargelegt worden. Gerade weil der politische Tenor darauf hinaus laufe, dass das strafrechtlich bestehende Beschneidungsverbot mit einem zwar technisch sauberen Gesetz aufgehoben werden solle, sei es wichtig, an die Konsequenzen zu erinnern. Ob eine Beschneidung „richtig“ oder „falsch“ sei, ist unerheblich. Eine pragmatische Rechtsauslegung ist eine Gefahr für eine konsistente Rechtssprechung. „Wir sind kein Gottesstaat“, so sein immer wieder eingebrachter Hinweis. Den bestehenden Konflikt „Schadenskultur“ vs. „Brauchtumskultur“ kann man nur mit der Vermeidung von Sonderrechten für Teile der Bevölkerung, welcher Art auch immer, entschärfen.

Der Dienstag brachte dann noch drei weitere Vorträge und eine Abschlussdiskussion, die allerdings recht müde und kurz ausfiel. Ziemlich viel aufmunterndes Feuer lag zuvor aber im vorgetragenen Entwurf einer normativ sich einmischenden Ethnologie durch die Juristin Prof. Dr. **Marie-Claire Foblets**. Die ethnologische Perspektive sei gemeinhin bisher eine Beschreibende. Ohne nur auf die Beschneidungsdebatte abzielen, forderte sie die Ethnologie und die Justiz auf, stärker normativ zusammen zu arbeiten. So können ethnologische Expertisen vor Gericht zur „Aufdeckung erfundener Traditionen“ führen.

Nachdem Rabbiner **Ben-Chorin** seine vom bisher bekannten religiösen Diskurs nicht abweichende Darstellung der jüdischen Beschneidung vortrug, kam mit Prof. Dr. phil. **Florian Steger** vom Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der MLU ein nächster Stichwortgeber einer ethischen Perspektive. Er referierte über „Medizinethische Annahmen zur Beschneidung“. Die exklusiv religiöse Begründung einer nicht-indizierten Beschneidung an nichteinwilligungsfähigen Dritten weise mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf die volle Verantwortung dem an sich schützenswerten Berufsstand des Arztes zu. Dieser sei an ethische Normen gebunden. Ängste, Traumata und Schmerz seien aus ethischer Perspektive eindeutig als medizinischen Schaden zu klassifizieren. Es gibt keine belastbaren Studien, die die rituelle Beschneidung als medizinische Indikation ausweisen. Beides in Verbindung mit einer bestehenden Komplikationsrate lassen die pädiatrischen Verbände die rituelle Beschneidung aus medizinisch-ethischen Prinzipien heraus ablehnen.

Falls es zu einer Rechtslage kommt, die diese Form der Beschneidung juristisch erlaube, so bleibe es letztendlich dem Gewissen des einzelnen Arztes – und nur diesem! – überlassen, ob er den Kinderschutz nun neu verschärft unter das Elternrecht ordnet, wie rechtlich ge-

plant. Niemand könne Ärzte zwingen, eine medizinisch nicht indizierte Beschneidung vorzunehmen. In seinem zweiten Teil des Vortrages entwickelte Prof. **Steger** die heute unter der Ärzteschaft bestehende Annahme, dass Kinder vollständige Menschen seien. Er verwies auf die Ethik von **Claudia Wiesemann** und die Arbeiten des dänischen Therapeuten **Jesper Juul** zur präfigurabler Moralität von Kindern. Unter Berücksichtigung auch dessen, sei nicht das Recht der zukünftigen Erwachsenen auf einen unbeschnittenen Körper zu beachten (!), sondern das Recht der Kinder auf Selbstbestimmung. Dieses auszuhebeln, bedarf schon sehr starker Rechtfertigungsgründe. Diese sind nicht zu sehen. Prof. **Steger**: „Soziokulturelle Ansprüche sind hier nicht zu würdigen. Sie sind untergeordnet, weil das Kind jetzt Patient ist.“ Im Rahmen einer folgenden Diskussion widersprach er klar den angesprochenen Studien von **Dr. Stern**. Diese Studien seien vom Deutschen Ethikrat begutachtet und als nicht hinreichend klassifiziert worden.

Aus der anschließenden Diskussion lässt sich vor allem das Statement von Rabbiner **Ben-Chorin** hervorheben. Er habe „heute zum ersten Male verstanden“, so wandte er sich an Prof. **Steger**, „dass es in der Diskussion einen Gegensatz zwischen den Standpunkten der Gruppenerfahrung / Erfahrungsgemeinschaft und dem einer anthropologischen Zentrumsstellung gibt.“

Denn hilflos, fast trotzig wird in der bestehenden Debatte von religiöser Seite immer wieder gesagt: „Es ist so! Ich habe es nicht zu verantworten! Es ist Tradition. Ich kann nicht anders!“ Die Subjektivierung des Kindes als Rechtsträger steht aktuell der versuchten Nivellierung der säkularen Autonomie durch religiöse Gruppenmerkmale gegenüber. Einen pragmatischen Ausgleich kann es so nur auf Kosten des Rechtssubjektes Kind geben. So sehr auch die Tagung die Erkenntnis zulässt, dass es momentan weitaus wichtiger ist, sachlich und gemeinsam eine breit gefächerte Debattenkultur zu pflegen, als schnell Gesetze zu erlassen, so unverrückbar ist auch die Erkenntnis, dass der Weg zu einer gemeinsamen ethischen Basis, für religiöse Befürworter der Beschneidung weiter und viel schwieriger ist, als für die Gegner der Beschneidung. Diesen Weg aber gibt es sehr wohl. Er ist leicht zu erkennen. Vielleicht muss man aus humanistischer Sicht den religiösen Verteidigern von „a priori“ Argumenten nur mehr stoisch und beharrlich das Licht zu einer anthropologischen Zentrumsstellung halten. Die besseren Argumente dafür sind da.

Thomas Jeschner (Halle)

Erstveröffentlichung unter <http://hpd.denode/14171>,
 einzelne Beiträge der Tagung finden sich unter:
http://www.jura.uni-halle.de/lehrstuehle_dozenten/lehrstuhl_germann/aktuelles/tagung_beschneidung/



Heineman, Elizabeth D.: *Before Porn Was Legal. The Erotica Empire of Beate Uhse*. Chicago: University of Chicago Press 2011, XI, 225 S., EUR 28,94, ISBN 978-0-226-32521-7

Das wissenschaftliche Arbeiten über intime Themen wie Sexualität ist nach wie vor eine Herausforderung für Historikerinnen und Historiker, insbesondere, wenn sie die selbst oder von Mitlebenden erfahrene Vergangenheit untersuchen. In den vergangenen Jahren sind mehr Studien erschienen, die sich der Sexualitätsgeschichte nach dem Zweiten Weltkrieg widmen, meist unter kulturwissenschaftlicher Fragestellung.¹ Elizabeth Heineman knüpft hieran an und erweitert die Perspektive noch, insbesondere um Fragestellungen aus der Wirtschafts- und Unternehmensgeschichte. Dabei ist der Titel des Buches ein wenig irreführend: Es geht nicht (nur) um Pornografie und deren Legalisierung, sondern vielmehr um den Umgang mit Erotik und damit verbundenen Konsumgütern, aber auch um moralische Vorstellungen und den Aushandlungsprozess darüber. Zudem steht zwar das Erotikunternehmen Beate Uhse im Mittelpunkt der Analyse, Heineman will aber explizit nicht eine Firmengeschichte schreiben, sondern sieht die Firma als einen -

¹ Sybille Steinbacher, *Wie der Sex nach Deutschland kam. Der Kampf um Sittlichkeit und Anstand in der frühen Bundesrepublik*, München 2011; Peter-Paul Bänziger, *Sex als Problem. Körper und Intimbeziehungen in Briefen an die „Liebe Marta“*, Frankfurt am Main u.a. 2010; Eva-Maria Silies, *Liebe, Lust und Last. Die Pille als weibliche Generationserfahrung in der Bundesrepublik 1960-1980*, Göttingen 2010, sowie der ausführliche Forschungsbericht: Peter-Paul Bänziger, Julia Stegmann: *Politisierungen und Normalisierung: Sexualitätsgeschichte des 20. Jahrhunderts im deutschsprachigen Raum*, in: *H-Soz-u-Kult*, 05.11.2010, <<http://hsozkult.geschichte.hu-berlin.de/forum/2010-11-001>> (09.11.2012).

wenn auch den erfolgreichsten - Akteur auf dem breiten Feld bundesrepublikanischer Erotikunternehmen nach 1945. Gerade diese Öffnung der Perspektive und die Einbeziehung von Vergleichen zwischen Erotikunternehmen machen den Mehrwert dieses Buches aus.

Heineman zeichnet darin die Geschichte der Erotik in der Bundesrepublik nach und fragt vor allem nach deren Bedeutung als Konsumware. Im ersten Teil des Buches untersucht sie, wie sich der Boom der Erotikindustrie in den 1950er-Jahren mit der angeblich wertkonservativen Haltung der Bundesdeutschen gegenüber allem Sexuellen in Einklang bringen lässt. In den anschließenden Kapiteln setzt sie den Umgang mit Pornografie und Erotik in den Kontext der „Sexwelle“ der 1960er- und der „Pornowelle“ der 1970er-Jahre. Sie hinterfragt aber diese vermeintlich eindeutigen Deutungsmuster und zeigt stattdessen deren Ambivalenz und Vielschichtigkeit auf. Besonders deutlich wird dies an der Frage nach dem Liberalismus in Bezug auf Sexualität und Erotik in der bundesrepublikanischen Gesellschaft. Immer wieder diskutiert Heineman, wie „liberal“ einzelne Positionen seien; durch das ganze Buch zieht sich die Gegenüberstellung von „liberal“ gegen „konservativ“. Sie weist darauf hin, dass die Zuordnung zu diesen beiden Polen nicht einheitlich zu den politischen Parteilagern erfolgen könne, und am Beispiel von Robert Schilling, dem Vorsitzenden der Bundesprüfstelle für jugendgefährdende Schriften zwischen 1954 und 1966, kann sie zeigen, dass in Organen, die als Hochburgen konservativer Werte galten, liberale Stimmen an Einfluss gewinnen konnten. Heineman geht auf die unterschiedlichen Facetten des Liberalismus ein, der eine politische, eine wirtschaftliche oder auch eine soziale Komponente haben konnte. Ohne dass sie dabei den bundesrepublikanischen Liberalismus konkret definiert, lehnt sie sich an die These von Ulrich Herbert an² und geht wie er von einem linear fortschreitenden Liberalismus aus. Manchmal wäre eine stärkere Konturierung der beiden Lager wünschenswert gewesen, indem deutlicher die Positionen gegenübergestellt oder aber einzelne Personen der jeweiligen Lager skizziert werden. Der Anschaulichkeit bei der Schilderung des Zeitgefühls kommt diese etwas simplifizierende Darstellung aber in jedem Fall zugute.

Die Ankerpunkte der Untersuchung sind Gesetzesänderungen bzw. die Diskussion darüber und die anschließende Umsetzung. Dies sind das „Gesetz über die Verbreitung jugendgefährdender Schriften“ aus dem Jahr 1953 und die sich daran anschließende Einrichtung

² Ulrich Herbert, *Liberalisierung als Lernprozess. Die Bundesrepublik in der deutschen Geschichte – eine Skizze*, in: ders. (Hrsg.), *Wandlungsprozesse in Westdeutschland. Belastung, Integration. Liberalisierung 1945–1980*, Göttingen 2002, 7–49.

der „Bundesprüfstelle für jugendgefährdende Schriften“, der Entwurf eines neuen Sexualstrafgesetzes aus dem Jahr 1962 und die tatsächliche Reform 1969, das „Fanny Hill“-Urteil des Bundesgerichtshofs 1969 oder die Reform des Sexualstrafrechts von 1973, das den Vertrieb von pornografischem Material ermöglichte. Juristische Texte, Gerichtsurteile und Begründungen bilden einen elementaren Teil des analysierten Quellenkorpus. Auch stellt Heineman dar, wie sich Erotikunternehmen vor Gericht für ihre Aktivitäten rechtfertigen mussten und welche juristischen Argumentationslinien sie dabei entwickelten. Besonders aufschlussreich ist dabei die Analyse des 1951 gegründeten „Verbandes deutscher Versandunternehmen“, dem bis Mitte der 1960er-Jahre 50 Unternehmen beitraten. Diese waren zumeist sehr klein, aber daher umso mehr darauf angewiesen, gemeinsame Verteidigungsstrategien zu entwickeln, die sie vor kostspieligen und existenzgefährdenden Gerichtsverfahren bewahren konnten.

Der zentrale Bezugspunkt für die gesamte Analyse ist das Erotikunternehmen Beate Uhse. Heineman differenziert hierbei in gelungener Weise zwischen zwei Strängen: dem Unternehmen selbst, mit der Bezeichnung Beate Uhse, und der Person Beate Rotermund, die das Unternehmen aufbaute und als zentrale Figur gilt. Das Unternehmen Beate Uhse entwickelte seit den 1950er-Jahren eine Vorreiterrolle in der Riege der Erotikunternehmen; in den 1960er-Jahren war es „the face of the West German erotica industry“ (S. 20). Der Erfolg verdankte sich nach Heineman insbesondere der Strategie, mit der das Unternehmen ein breites Publikum – und nicht nur Männer! – anzusprechen vermochte: Beate Uhse stellte das Bild der kameradschaftlichen Ehe in den Mittelpunkt, bei der Mann und Frau mit größerem Wissen durch Ratgeber oder Informationsschriften und gegebenenfalls der Unterstützung durch Hilfsmittel zu einem erfüllten Sexualleben kommen könnten. Die Produktinformationen und die Katalogbebilderung durchzog die Leitlinie, dass eine erfüllte Sexualität der Frau Ehen retten könne – und Beate Uhse bot den Frauen Wissen über ihren eigenen Körper und den Männern Rat, wie die eheliche Sexualität zum einen genussvoller, zum anderen aber auch sicherer werden könne, indem beispielsweise Kondome angeboten wurden. Mit diesem ganzheitlichen Ansatz unterschied sich Beate Uhse von anderen großen Anbietern der 1940er- bis 1960er-Jahre, wie beispielsweise dem Stuttgarter Erotikunternehmer Walter Schäfer, der zwar auch Informationsmaterial für Frauen und Verhütungsmittel anbot, sich mit den Werbetexten aber eher an ein männliches Publikum und dessen sexuelle Interessen richtete.

Besonders lesenswert ist die Analyse des „Beate Uhse-Mythos“. Beate Rotermund habe ihre eigene Bio-

grafie und die (Erfolgs-)Geschichte ihres Unternehmens öffentlich in den Kontext der bundesrepublikanischen Geschichte gestellt und die Erzählung den jeweiligen Zeitströmungen angepasst. Rotermunds Biografie sei exemplarisch geworden und habe sie selbst zu einer Berühmtheit werden lassen. Insbesondere die „Luftwaffestory“ zeigt, wie Beate Rotermund die Ambivalenz ihrer eigenen Biografie einsetzte, um sie für das Unternehmen zu nutzen – ohne dass dabei das Bild einer rein auf den geschäftlichen Gewinn orientierten Frau entstanden sei. So konnte Rotermund ihre Tätigkeit als Luftwaffenpilotin im Dritten Reich erfolgreich zur Geschichte einer modernen, unabhängigen Frau umdeuten, die während der Kriegs- und Nachkriegszeit nicht nur die Leiden einer alleinstehenden, aus dem Osten fliehenden Mutter erlebt hatte, sondern auch die Freiheiten und Nervenkitzel der 1930er- und 1940er-Jahren kannte und diese in das Berufsleben der Nachkriegszeit retten konnte: Sie versprach Aufklärung und sexuelles Vergnügen durch erotische Lektüren und Präparate. In der öffentlichen Wahrnehmung, so die Deutung Heinemans, war Beate Rotermund damit nicht nur eine sexuelle Aufklärerin und eine erfolgreiche, produktive Unternehmerin, „but also a defender of liberty in a fragile democracy“ (100).

Die Verbindung von Mikro- und Makroperspektive, wie sie hier deutlich wird, ist eine der Stärken des Buchs. Gekonnt bringt Heineman die Geschichte von Beate Uhse und anderen Erotikunternehmen, aber auch der Unternehmerin Beate Rotermund in den Kontext der bundesrepublikanischen Geschichte, den Umgang mit der NS-Vergangenheit, dem kulturellen Aufbruch der 1960er-Jahre oder dem Feminismus der 1970er-Jahre. Darüber hinaus ist das Buch lesefreundlich verfasst: knapp, aber prägnant und in einem analytischen Stil.

Man hätte sich vielleicht an einigen Stellen etwas ausführlichere Belege in den Anmerkungen für einzelne Schlussfolgerungen gewünscht, und neben der umfassenden Untersuchung der juristischen Quellen wäre eine noch breitere Einbeziehung der Medienberichterstattung über Erotikunternehmen bestimmt aufschlussreich gewesen. Aber das hätte die Ergebnisse der Studie wohl nicht verändert, und so hat Elizabeth Heineman einen wichtigen Meilenstein zu bundesrepublikanischen (Sexualitäts-)Geschichte gesetzt, den zu lesen nicht nur neue Erkenntnisse und Denkanstöße liefert, sondern auch Freude bereitet.

Eva-Maria Silies
(Freie Universität Berlin)

Erstpublikation, <http://hsozkult.geschichte.hu-berlin.de/rezensionen/2012-4-185>



Byung-Chul Han: Agonie des Eros. Berlin: Matthes & Seitz 2012, 73 Seiten, Klappenbroschur, Euro: 10,00, ISBN: 978-3-88221-973-9

Wo ist die Liebe hin? Wo ist sie zu suchen? Wo zu finden? Nachdem sich Eva Illouz 2011 in *Warum Liebe weh tut* diesen Fragen gewidmet hatte, stellt der südkoreanische Philosoph sie erneut.

Sein Ansatz bildet eher ein allgegenwärtiges Gefühl, denn eine empirisch belegbare Tatsache: Der Autor meint, ein Ende der Liebe in unserer Gesellschaft diagnostizieren zu können. Sie verschwinde – wie auch bei Illouz – im Zuge emotionaler Rationalisierung und unbegrenzter, technologisch gestützter Wahlmöglichkeiten. Daneben gäbe es allerdings einen viel dramatischeren und von vielen unbemerkten Grund, die *Erosion des Anderen*. Der singuläre Andere, in dessen Existenz die Grundbedingung des Eros liege, löse sich auf – unbemerkt. Han beschreibt dieses Phänomen in einer an Sartre erinnernden Wendung. Hieß es bei diesem, „die Hölle, das sind die Anderen“, so spricht Han von einer „Hölle des Gleichen“, in der sich alles ähnele, alles nivelliert werde. Erotische Erfahrung dagegen setze Asymmetrie und Exteriorität eines Anderen voraus. Eine Gesellschaft, in der die Menschen „nicht fähig [sind], den Anderen in seiner Andersheit zu erkennen und diese Andersheit anzuerkennen“ (7), bringe aufgrund des übersteigerten Selbstbezugs lediglich depressiv-narzisstische Subjekte hervor.

Dieses Eingangspostulat deutet Han in den sieben Kapiteln seines Werkes – „Melancholia“, „Nicht-können-

Können“, „Das bloße Leben“, „Porno“, „Fantasie“, „Politik des Eros“ und „Das Ende der Theorie“ – weiter aus.

Zunächst geht es um eine Kritik an der Leistungsgesellschaft, die er unter dem Diktat des „Könnens“ sieht. Zwar sei das Leistungssubjekt „insofern frei [...], als es keinem gebietenden und ausbeutenden Anderen unterworfen ist, aber [nicht] wirklich frei [...], denn es beutet nun sich selbst aus“ (15), es sei ein Subjekt, das Leistung als höchstes Gut betrachte und damit an seinen eigenen Ansprüchen scheitere. Dagegen sei der Eros ein Anderes, denn er sei „jenseits der Leistung und des Können angesiedelt“ (18).

Mit der These vom Diktat des Positiven verfeinert Han nachfolgend diesen Ansatz nochmals. Liebe – die uns „ohne Grund, überfällt [...] und verwundet“ (21) werde auf eine Genussformel reduziert; sie soll angenehm sein und lediglich positive Gefühle erzeugen. „Jede Negativität, jedes Negativgefühl wird vermieden. Leiden und Leidenschaft weichen angenehmen und folgenlosen Erregungen“ (28).

Was damit auf dem Spiel steht – das „bloße“ Leben, statt eines „guten“ – buchstabiert Han in einer weiteren Variation der hegelschen Herr-Knecht-Dialektik aus: Gegenüber dem Herren hat der Knecht keine Angst vor dem Tod: „Sein Begehren nach Freiheit, Anerkennung und Souveränität erhebt ihn über die Sorge um das bloße Leben“ (28). Der Herr allerdings fürchtet nichts mehr als den Tod und klammert sich an das bloße Leben, was ihn zum Knecht werden lässt und die Rollen vertauscht: „Der Eros als Exzess und Überschreitung verneint sowohl die Arbeit als auch das bloße Leben. Daher ist der Knecht, der am bloßen Leben festhält und arbeitet [und der] nicht zur erotischen Erfahrung, zum erotischen Begehren fähig“ ist (30).

Die beiden Kapitel – „Porno“ und „Fantasie“ – veranschaulichen das Fehlen des Anderen, des Negativen am Beispiel der Sexualität. Vor allem die Pornographie als dasjenige, was sich lediglich dem bloßen Leben widmet, erfährt eine völlig negative Bewertung. Han bezeichnet den Porno als „Gegenspieler des Eros“ (40) und als dasjenige, was „die Sexualität selbst zunichte [macht]“ (ebd.). Der reale Sex werde aufgrund der zur Schau gestellten Nacktheit zum Porno, ihm bleibe kein Geheimnis – letzteres sei eine Eigenschaft des Eros.

Genauso wie Negativität und Geheimnis Notwendigkeiten des Eros sind, ist es auch die Fantasie, die im heutigen digitalen Zeitalter der Rationalisierung unterliege und sich in ihrem erotisierenden Potential erschöpft habe. „Der Andere als Objekt des Begehrens entzieht sich der Positivität der Wahl“. Das Ich mit seiner „unerschöpflichen Fähigkeit, Kriterien für die Partnerwahl zu formulieren und zu verfeinern, begehrt nicht“ mehr (49).

Eine *Transparenzgesellschaft*, – so auch der Titel des letzten Buches vom Autor (2012) – wie die gegenwärtige

hypervisible und informationsangereicherte Gesellschaft, kenne keine Übergänge, keine undefinierten Bereiche, nichts Geheimnisvolles oder Rätselhaftes mehr – sie erstarre in Immanenz.

In der Konsequenz ist Liebe auf reine Sexualität reduziert, wodurch ihr der universelle Zug des Eros entweiche. Dieser zerbreche die bestehende Ordnung, beginne mit etwas Neuem, etwas Anderem, forme eine Lochung in dieser Ordnung und könne somit als etwas angesehen werden, was zutiefst notwendig – auch für Politik – sein muss. In dem vorletzten Kapitel – „Politik des Eros“ – wird zum ersten Mal die Kürze der Ausführungen, die bislang der Klarheit der Aussagen diene, zu einem Problem. Der Autor verliert sich in eher schwammigen Worten zum „universellen Eros“ oder zu einem „gemeinsamen Handeln“ (56) und bleibt unklar, was wohl auch in der Schwierigkeit begründet liegt, Alternativen auszuformulieren.

Das Buch schließt mit einem Brief Martin Heideggers an seine Frau Elfriede, in dem Heidegger einen Bezug zwischen Denken und Eros herstellt, sodass Hans Hauptthese nochmals ins Erkenntnistheoretische transformiert wird: Ein Denken ohne Eros sei ein bloß additives und repetitives Denken, das keine Erkenntnis, sondern lediglich folgenlose Kenntnisse hervorbringe. Zur Erkenntnis brauche es Negativität, die verändere und verwandele. Für sich genommen, wirken heideggersche Passagen wie „der Logos ist kraftlos ohne die Macht des Eros“ (66) eher hölzern, doch sollte Heideggers eigener Erfahrungshorizont – etwa seine langjährige Affaire mit Hannah Arendt wohl mitgedacht werden.

Am Zusammenhang von Eros und Kapitalismus hatte sich schon Herbert Marcuse in *Eros und Kultur* (1957) abgearbeitet. Als ein Verdienst des kleinen Büchleins kann somit gelten, an diesen Zusammenhang im Kontext des Neoliberalismus und seiner technologischen Innovationen wieder zu erinnern, wobei es hinter Marcuses umfassenden analytischen Ansatz gleichwohl zurückbleibt.

Julia Lehmann (Berlin)

BB-PI

Beziehungs- und Bindungs-Persönlichkeitsinventar

Von B. Andresen

EINSATZBEREICH:

Für Erwachsene ab 18 Jahren. Das Verfahren wird bei Fragestellungen im Zusammenhang mit Beziehungen und Partnerschaften eingesetzt, darunter u.a. die Partnersuche und -vermittlung, die Partnerschaftsberatung und -therapie sowie die Gender-, Sexualitäts- und Familienforschung. Die befragten Personen sollten partnerschaftliche Mindest Erfahrungen haben. Das Verfahren ist sowohl bei Gebundenen und Singles sowie bei Menschen mit unterschiedlicher sexueller Orientierung (heterosexuell, bisexuell, homosexuell u.a.) einsetzbar.

DAS VERFAHREN:

Das BB-PI ist ein faktorenanalytisch entwickeltes Selbstbeurteilungsinstrument, mit dem diejenigen Aspekte der Persönlichkeit erfasst werden, die für Liebesbeziehungen, die Partnerwahl und das partnerschaftliche Zusammenleben bedeutsam sind. Das BB-PI besteht aus 8 Skalen, welche jeweils 18 Items umfassen: 1L (Liebe, Erotik und Verständnis), 2S (Sexualität, Abenteuer und Begehren), 3U (Unsicherheit, Enttäuschung und Zweifel), 4D (Dominanz, Streitbarkeit und Aggressivität), 5B (Bindung, Nähebedürfnis und Abhängigkeit), 6V (Verführung, Charme und Attraktivität), 7T (Treue, Moral und Beständigkeit) und 8M (Marktorientierung, Anspruch und Stolz). Die einzelnen Items sind „partnerschaftsübergreifend“ formuliert, d.h. es wird allgemein das Erleben und Verhalten in Partnerschaften erfragt und kein Bezug auf eine aktuelle Partnerin/ einen aktuellen Partner genommen.

BEARBEITUNGSDAUER:

Die Bearbeitungszeit beträgt etwa 20 bis 25 Minuten, die Auswertungszeit etwa 5 bis 10 Minuten.

BB-PI

01 419 01

Test komplett bestehend aus:
Manual, 2 Testhefte, 10 Antwortbogen, 10 Profilbogen,
Schablone und Mappe € 99,00

Testzentrale · Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG

Herbert-Quandt-Straße 4 · 37081 Göttingen

Tel: (0551) 99950-999 · Fax: -998

E-Mail: testzentrale@hogrefe.de · Internet: www.testzentrale.de

HOGREFE



Themenschwerpunkt		Thematic Focus	
<i>Bremer, Viviane, Christine Winkelmann</i>		<i>Bremer, Viviane, Christine Winkelmann</i>	
Sexuelle Gesundheit in Deutschland – Ein Überblick über existierende Strukturen und Verbesserungspotentiale	93	Sexual Health in Germany – A Survey of Existing Structures and the Potential for Improvement	93
<i>Förster, Gabriele, Andreas Pehnke</i>		<i>Förster, Gabriele, Andreas Pehnke</i>	
Die sexuelle Frage im reformpädagogischen Kontext	29	The sexual question within the context of progressive education	29
<i>Ghosh, Indrajit</i>		<i>Ghosh, Indrajit</i>	
Das Konzept der englischen GUM Kliniken	119	The Concept and History of the GUM Clinics in Great Britain	119
<i>Hafner, Gerhard</i>		<i>Hafner, Gerhard</i>	
Zirkumzision – Der Schnitt in den Knaben	9	Circumcision – The Cut in the Boy	9
<i>Harald Stumpe</i>		<i>Harald Stumpe</i>	
Zwischen Risikoprävention und sexueller Gesundheitsförderung – Salutogenese im Kontext der Sexualaufklärung in Europa	122	Between Risk Prevention and Sexual Health Promotion – Salutogenesis in the Context of Sex Education in Europe	122
<i>Kuhle, Laura F., Janina Neutze, Klaus M. Beier</i>		<i>Kuhle, Laura F., Janina Neutze, Klaus M. Beier</i>	
Alles Porno? – Jugendsexualität und Pornographie	18	All Porn? – Youth Sexuality and Pornography	18
<i>Pott, Elisabeth, Verena Lulei</i>		<i>Pott, Elisabeth, Verena Lulei</i>	
„mach's mit – Wissen und Kondom“ – die Kampagne der BZgA zur Prävention von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI)	105	„join in – Knowledge and Condom“ – the Campaign for the Prevention of HIV and Other Sexually Transmitted Infections (STI) of the Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)	105
<i>Sauerteig, Lutz</i>		<i>Sauerteig, Lutz</i>	
Geschlechtskrankheiten, Gesundheitspolitik und Medizin im 20. Jahrhundert – Europäische Entwicklungen im Überblick	111	Sexually Transmitted Diseases, Public Health Policy and Medicine in the Twentieth Century – A European Overview	111
<i>Seabloom, William L.</i>		<i>Seabloom, William L.</i>	
Die sexuelle Gesundheit des Kindes – Das Fundament der sexuellen Gesundheit des Erwachsenen	3	The Sexual Health of the Child – The Foundation of Adult Sexual Health	3
<i>Uwe Sielert</i>		<i>Uwe Sielert</i>	
Paradigmenwechsel der Sexualpädagogik im Kontext gesellschaftlicher Entwicklungen	128	Paradigm Shifts in Sex Education in the Context of Social Development	128
Fortbildung		Advanced Education	
<i>Becker, Sophinette</i>		<i>Becker, Sophinette</i>	
Sex mit Kindern – Diskurse und Realitäten	135	Sex with Children – Discourses and Realities	135
<i>Schultheiss, Dirk Pablo</i>		<i>Schultheiss, Dirk Pablo</i>	
Picasso und Ernst Ludwig Kirchner – Hypersexualität und Pädophilie?	43	Pablo Picasso and Ernst Ludwig Kirchner – Hypersexuality and Pedophilia?	43
Historia		Historia	
<i>Dahlke, Birgit</i>		<i>Dahlke, Birgit</i>	
Zur Sexualisierung von NS-Tätern und Taten	143	On the Sexualization of Nazi Perpetrators and Their Deeds	143
<i>Förster, Gabriele</i>		<i>Förster, Gabriele</i>	
Die sexuelle Aufklärung der Jugend im Kontext der Sexualreform in der Weimarer Republik	55	The sexual education of youth in the context of the sexual reform in the Weimar Republic	55
Diskussion		Discussion	
<i>Voß, Heinz-Jürgen</i>		<i>Voß, Heinz-Jürgen</i>	
Zirkumzision – die deutsche Debatte und ihre medizinische Basis	154	Circumcision – The German Debate and its Medical Basics	154
Humboldt-Dialog		Humboldt-Dialog	
<i>Rosenstrauch, Hazel</i>		<i>Rosenstrauch, Hazel</i>	
Aufklärung und Sinnlichkeit – Das fatale „und“ bei Wilhelm von Humboldt	66	Enlightenment and Sensibility – The fatal „and“ by Wilhelm von Humboldt	66
Aktuelles		What's New	
<i>Beier, Klaus M.</i>		<i>Beier, Klaus M.</i>	
Das Modul „Sexualität und endokrines System“ im Modellstudiengang Medizin der Humboldt Universität Berlin	170	The Module “Sexuality and Endocrine System” – in the Model Course of the Charité Berlin	170
<i>Czygan, Christine, Anja Kruber</i>		<i>Czygan, Christine, Anja Kruber</i>	
Schwangerschaftsabbruch zwischen reproduktiver Selbstbestimmung und Kriminalisierung – neue / alte Diskurse. Ein Tagungsbericht	179	Abortion between Reproductive Self-Determination and Criminalization – New / Old Discourses. A Conference Report	179
<i>Jeschner, Thomas</i>		<i>Jeschner, Thomas</i>	
„Rituelle Beschneidung in Judentum und Islam aus juristischer, medizinischer und religionswissenschaftlicher Sicht“. Ein Tagungsbericht	184	Ritual Circumcision in Judaism and Islam from the Legal, Medical and Religious Perspective. A Conference Report	184
<i>Quayle, Ethel</i> – Interview	70	<i>Quayle, Ethel</i> – Interview	70
<i>Wagner, Jens</i>		<i>Wagner, Jens</i>	
Zur Bedeutung von Presse- und Öffentlichkeitsarbeit im Präventionsnetzwerk „Kein Täter werden“	163	The Importance of the Press- and Public Relations in the Prevention Network „Don't Offend“	163
<i>Wannaz, Michèle</i>		<i>Wannaz, Michèle</i>	
Die Ökonomie der Liebe – Ein Gespräch mit der Soziologin Eva Illouz	176	The Economy of Love – An Interview with the Sociologist Eva Illouz	176