

Sexuologie

Herausgegeben von der Akademie für Sexualmedizin

Inhalt

3	Editorial		Nachruf
	Originalarbeiten	50	Prof. Dr. med. Hans Lehfeldt <i>W. Eicher</i>
6	Sexualmedizin - Sexualwissenschaft - Sexuologie		Kasuistik
	<i>R. Wille, W. Eicher, H. Molinski, H.-J. Vogt</i>	52	Adoleszente Sexualität in der Lebensmitte nach 25 Jahren Impotenz - Psychoanalytische Rekonstruktion der erfolg- reichen Behandlung eines Prolaktinoms
12	Sexuologie heute		<i>B. Bardé, O.Jürgensen, E. Jungmann</i>
	<i>J. Money</i>		Aktuelles
20	Sexualstörungen und Symptombildung		60 AIDS in der Bundesrepublik Deutschland
	<i>I. Rechenberger</i>	63	Mitteilungen der Akademie für Sexualmedizin
27	Transkulturelle und evolutions- biologische Aspekte von Schwangerschaft und Geburt		64 Veranstaltungskalender
	<i>W. Schiefenhövel</i>	65	Buchbesprechungen
38	Möglichkeiten und Grenzen urologischer Operations- techniken zur Behandlung der erektilen Dysfunktion des Mannes		
	<i>M. Sohn</i>		

Beilagenhinweis
Dieser Ausgabe liegt eine Werbebeilage
unseres Hauses bei.

Bezugsbedingungen: Vier Hefte bilden einen Band. Bezugspreis pro Band inkl. Porto- und Versandkosten DM 142,- (Inland), DM 138,- (Ausland); ermäßigter Preis für persönliche Abonnements DM 79,- (zzgl. Porto- und Versandkosten), Einzelheft DM 39,- (zzgl. Porto- und Versandkosten).

Anzeigenpreise: Es gilt die Anzeigen-Preisliste Nr. 1 vom 1.3.1994.

Verlag: Gustav Fischer Verlag GmbH & Co. KG, Wollgrasweg 49, D-70599 Stuttgart, Tel. 07 11 / 45 80 30.

Die in der Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte, insbesondere das der Übersetzung in fremde Sprachen, vorbehalten. Kein Teil dieser Zeitschrift darf ohne schriftliche Genehmigung des Verlages in irgendeiner Form – durch Fotokopie, Mikrofilm oder andere Verfahren – reproduziert oder in eine von Maschinen, insbesondere von Datenverarbeitungsanlagen, verwendbare Sprache übertragen werden. Auch die Rechte der Wiedergabe durch Vortrag, Funk- und Fernsehsendung, im Magnettonverfahren oder ähnlichem Wege bleiben vorbehalten. Fotokopien für den persönlichen oder sonstigen Gebrauch dürfen nur von einzelnen Beiträgen oder Teilen daraus als Einzelkopien hergestellt werden.

© Gustav Fischer Verlag · Stuttgart · Jena · New York · 1994

Satz: dtp-Satz Ralf Bogen, Stuttgart

Druck: Gulde-Druck GmbH, Tübingen; gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier.

Verarbeitung: F.W. Held, Rottenburg am Neckar

Editorial

Wer heute angesichts der Fülle bereits vorhandener wissenschaftlicher Journale eine neue Fachzeitschrift ins Leben ruft, muß dies überzeugend begründen können. Die Unmöglichkeit, mit dem immer mehr expandierenden Leseangebot auch nur annähernd Schritt halten zu können und die Schwierigkeit, Lesenswertes vom nicht Lesenswerten zu unterscheiden, sind nur zu gut bekannt.

Folgende Überlegungen waren für die Herausgabe von *Sexuologie* entscheidend:

Die systematische Erforschung menschlicher Sexualität und davon abgeleitete Konzepte praktisch-sexualmedizinischer Tätigkeit sind nicht mehr wegzudenkende Errungenschaften unserer Zeit. Der Standpunkt, sich als Arzt zwar mit der reproduktiven Seite der Sexualität zu befassen, die nicht-reproduktive, sozialkommunikative Seite aber als „Privatsphäre“ auszublenden, war nicht durchzuhalten. Gerade der naturwissenschaftlich-technische Fortschritt der modernen Reproduktionsmedizin, z.B. in Kontrazeptionsberatung oder Infertilitäts-Sprechstunde, aber auch das Auftreten von HIV/AIDS und weiteren sexuell übertragbaren Krankheiten machte es notwendig, sich auch mit Fragen der sexuellen Kommunikation zu befassen. Die Entwicklung, erfolgreiche Anwendung und rasche mediale Verbreitung sogenannter Sexualtherapien zur Behebung sexueller Funktionsstörungen weckte neue Erwartungen an die Medizin und den jeweils behandelnden Arzt, bzw. die behandelnde Ärztin. Vertiefte und verfeinerte Einsichten in psychosomatische Zusammenhänge ließen die Bedeutung sexueller Kommunikation in Partnerbeziehungen für Gesundheit und/oder Krankheit, in summa die Bedeutung von Sexualität für die Lebensqualität insgesamt erkennen. All dies beschränkt sich natürlich nicht auf die Medizin. Die große Zahl der verschiedensten Beratungsstellen dokumentiert sowohl den Wandel im öffentlichen Bewußtsein, als auch die manifeste Not, die Hilfe sucht. Damit diese Hilfe jeweils auf der Höhe ihrer Zeit sein kann, ist sexualmedizinische Forschung, Aus- und Weiterbildung ein unabdingbarer Bestandteil der umfassenderen sexualwissenschaftlichen Erforschung menschlicher Sexualität.

Es genügt jedoch nicht, daß nur den praktisch Tätigen aus ihrer täglichen Arbeit die Notwendigkeit bewußt ist, über sexualmedizinische Kenntnisse zu verfügen und sie auch anwenden zu können. Ohne akademische Anerkennung sexualmedizinischer Forschung und Lehre wird es auch keinen akademischen Nachwuchs geben und werden letztlich die in steigendem Ausmaß an (noch?) die Ärzteschaft herangetragenen Erwartungen bezüglich sexualmedizinischer Beratung und Behandlung nicht erfüllbar sein. Natürlich handelt es sich hier um ein sehr komplexes Phänomen. Geschichte und Gegenwart beweisen zur Genüge, daß auch die akademische Welt keineswegs Strömungen des Zeitgeistes entzogen ist bzw. daß Mythen, Vorurteile, Tabus und Ideologien, gerade was die Sexualität betrifft, auch auf akademischem Boden gedeihen. Damit wird sich die Sexualmedizin auch weiterhin auseinander setzen müssen. Was aber getan werden kann, ist die Beseitigung eines bisher gravierenden Mangels durch Schaffung einer - akademischen Standards entsprechenden - sexualwissenschaftlichen Fachzeitschrift.

Wer immer an der Universität sexualmedizinisch tätig ist, hat diesen Mangel in mehrfacher Weise zu spüren bekommen: es fehlt bisher ein wissenschaftliches Kriterium entsprechendes Publikationsorgan, um eigene Arbeiten qualitativ prüfen zu lassen und vorzustellen. Es fehlt das Kommunikationsorgan unter fachverwandt Interessierten, welches mithelfen könnte, sexualmedizinische Forschung, Gedankenaustausch und persönliche Kontakte zu fördern, letztlich Sexualmedizin universitär zu etablieren. Es fehlt das vorrangig sexualmedizinisch ausgerichtete „Zentralblatt“, welches die in der gesamten Fachliteratur verstreuten sexualmedizinischen Arbeiten sammeln könnte. Diese Lücke soll durch *Sexuologie* geschlossen werden. Die Herausgeber meinen also, einem echten Bedarf zu entsprechen und erhoffen sich wesentliche Impulse und konkrete Fortschritte auf dem Weg zu einer zwar eindeutig in die Medizin integrierten, aber dennoch interdisziplinär offenen Sexualmedizin.

Selbstverständlich hat es seit der Eröffnung des weltweit ersten „Institut(es) für Sexualwissenschaft“ 1919 durch Magnus Hirschfeld in Berlin immer wieder Vorstöße in diese Richtung gegeben und wirkten und wirken nach der Zäsur durch das Dritte Reich zahlreiche Pioniere auch heute an den verschiedenen Universitäten und Institutionen. Die Notwendigkeit kritischer sexualwissenschaftlicher und sexualmedizinischer Forschung und Lehre verlangt jedoch angesichts der bereits erwähnten komplexen Probleme und ihrer praktisch-klinischen Relevanz nach genereller akademischer Verankerung, Anerkennung und Integration. Das bedeutet konkret die Einrichtung sexualmedizinischer Lehrveranstaltungen, Abteilungen oder Lehrstühle als festen Bestandteil des Medizinstudiums, wie dies an praktisch allen Medical Schools der Vereinigten Staaten längst der Fall ist. Auch im deutschsprachigen Raum müßte die Zeit der Pioniere und „einsamen Wölfe“ allmählich zu Ende sein.

Dies umso mehr, als seit Hippokrates immer wieder Ärzte an der Erforschung der menschlichen Sexualität maßgeblich beteiligt waren. So finden sich auch unter den Pionieren der modernen Sexualwissenschaft um die Jahrhundertwende die Namen großer Ärzte wie v. Krafft-Ebing, Hirschfeld, Steinach, Moll, Eulenburg, Bloch, Marcuse, Freud, Forel usw., um nur die bekanntesten aus dem deutschen Sprachraum zu nennen. Der Terminus Sexualwissenschaft selbst stammt vom Berliner Dermatologen Iwan Bloch (1907). Wenn auch menschliche Sexualität nicht primär eine Domäne der Ärzte und Sexualmedizin nur eine Sparte der umfassenderen Sexualwissenschaft ist, zu der alle Humanwissenschaften ihren Beitrag zu leisten haben, so darf doch die Medizin nicht fehlen.

Zudem hat mit der allmählichen Verschiebung des Interesses vom Pathologischen, (z.B. Krafft-Ebings *Psychopathia sexualis* 1886) zum Physiologischen und Gesunden (z.B. Masters und Johnsons *Human sexual response* 1966) und in der Folge zu wirkungsvollen Interventionsmöglichkeiten auch innerhalb der Sexualmedizin ein grundsätzlicher Wandel stattgefunden. Sie versteht sich heute eindeutig als eine interdisziplinär offene, bio-psycho-soziale Medizin, welche sich nicht nur klinischen, sondern auch prophylaktischen Gesichtspunkten und einem umfassenden Gesundheitsbegriff verpflichtet fühlt. Vor allem versucht sie, mehr zu verstehen als zu beurteilen und sich von Wertungen, damit auch von Ideologien freizuhalten. Damit hat sich auch der Krankheits- und Therapiebegriff gewandelt und konnte der „Patient“ zum „Klienten“ werden. Wenn

unter dem „homo patiens“ aber wieder mehr der gerade an etwas „leidende“ Mensch, nicht der an sich „Kranke“ oder Gestörte, und unter dem Therapeuten im ursprünglichen Wortsinn wieder der „Pfleger“ verstanden wird, so lassen sich die alten Begriffe von Arzt, Patient und Therapie auch nach heutigem Verständnis sinnvoll gebrauchen.

S*exuologie* wird herausgegeben von der Akademie für Sexualmedizin. Diese wurde im April 1993 von sexualmedizinisch/sexualwissenschaftlich tätigen Kolleginnen und Kollegen aus verschiedenen Disziplinen und (Bundes-)Ländern gegründet. Vorrangiges Ziel dieser Akademie ist die interdisziplinär ausgerichtete Förderung von sexualmedizinischer Forschung und Lehre sowie auch die berufliche Fortbildung der Ärzteschaft auf dem gesamten Gebiet der Sexualmedizin. Sie will als ein in dieser Form in Deutschland neuartiges akademisches Forum für die Kommunikation und für die Information über vorhandene sexualwissenschaftliche Forschung die Vermittlung adäquater präventiver, diagnostischer und therapeutischer Grundkenntnisse der Sexuologie in der Ärzteschaft organisieren und vorantreiben. Die Einführung der Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ durch die Bundesärztekammer wird angestrebt, ein diesbezüglicher Qualifikations- und Anforderungskatalog ist in Vorbereitung.

Die Akademie für Sexualmedizin kann an zahlreiche Vorarbeiten anknüpfen, wie sie z.B. durch die Gesellschaft für Praktische Sexualmedizin (GPS), die Gesellschaft zur Förderung sexualmedizinischer Fortbildung (GFSF) sowie durch die in den neuen Bundesländern 1990 gegründete Gesellschaft für Sexualwissenschaft geleistet wurden. Darüber hinaus strebt die Akademie für Sexualmedizin ihren Satzungen entsprechend auch eine Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen in anderen sexualwissenschaftlichen Gesellschaften im deutschsprachigen Raum an. Deren Mitglieder sind herzlich zur Veröffentlichung in dieser Zeitschrift eingeladen. Vielleicht wird es auf diese Weise gelingen, bisher bestehende Gräben, die der Arbeit mit den Patienten gewiß nicht zuträglich waren und sind, in Zukunft überwindbarer zu machen.

Dem Gustav Fischer Verlag, vertreten durch Herrn Dr. von Lucius, sei ausdrücklich für sein Engagement und Entgegenkommen gedankt. An Sie alle ergeht nochmals die Einladung, in *Sexuologie* mitzuarbeiten, damit Sexualmedizin in der täglichen Arbeit des Arztes/der Ärztin und auf akademischem Boden mehr „Ort“ (topos) bekommt, aus U-topie ein fester Platz werden kann.

Die Redaktion

Sexualmedizin - Sexualwissenschaft - Sexuologie

Sexual Medicine - Sexual Science - Sexuology

R. Wille, Kiel; W. Eicher, Mannheim; H. Molinski, Düsseldorf; H.-J. Vogt, München

Zusammenfassung

Ausgehend vom umfassenden Heil- und Hilfsauftrag der Medizin werden Grundzüge einer anthropologisch begründeten Sexualmedizin als notwendig eigenständige Fachdisziplin mit interdisziplinärer Ausrichtung dargelegt. Historische Entwicklungen der Beschäftigung mit Sexualität und Geschlechtlichkeit werden ebenso aufgezeigt wie aktuell an die Medizin gerichtete Fragen zu diesem Lebensbereich.

Schlüsselwörter: Sexualmedizin - ärztliche Weiterbildung - Sexualanthropologie - Geschlechterverhältnisse

Abstract

Based on the idea that medicine is serving a wide ranged purpose of healing, essential features of anthropologically founded sexuology as a necessarily independent scientific discipline with interdisciplinary orientation are explained. Besides historical developments of scientific work on topics of sexuality and gender, current questions of medical relevance in this issue are discussed.

Key words: Sexual Medicine - Anthropology - Medical Service - Gender Issues

Die Medizin stellt innerhalb der modernen Wissenschaften eine besondere Einheit von theoretischer Erkenntnis und praktischem Wissen dar - eine Einheit, die nicht als Anwendung von Wissenschaft auf Praxis mißverstanden werden darf. Ihr Wissen und ihre diagnostisch-therapeutischen Anwendungsmöglichkeiten sind in den letzten Jahren so immens gewachsen, daß nicht einmal durch Spezialisierung auf umschriebene Fachgebiete die ständig zunehmenden Aufgaben erfüllt werden können. Im Prozeß dieser unvermeidlichen Subspezialisierung gewinnt jeder Bereich sein eigenes fachspezifisches Profil, so auch die Sexualmedizin.

Sie beschäftigt sich mit der Sexualität des Menschen, die sich keineswegs nur auf Körperregionen, etwa die primären und sekundären Geschlechtsmerkmale beschränken läßt, sondern von ihrem Wesen her als ein den ganzen Menschen umfassender Daseinsaspekt gesehen werden muß. Sie prägt ab ovo jeden Menschen über die ganze Spanne seines Lebens und definiert ihn als Frau oder als Mann mit einer höchst subjektiven Sexualsphäre von Vorlieben, Sehnsüchten und Erfüllungen. Aber seine individuelle Sexualität hat jeder prinzipiell nicht nur für sich, sondern auch stets für einen anderen. Sexualität ist teleologisch auf Partnerschaft angelegt.

Die Teilung in eine weibliche und männliche Menschheitshälfte ist eine unveränderliche und hinzunehmende *conditio humana*, der die Menschheit ihre Existenz und Weiterexistenz verdankt. Auf diesem anthropologischen Tatbestand beruht die menschliche Sexualität. In

der vorgegebenen Ungleichheit der Geschlechter wurzeln Interessensunterschiede und Mißverständnisse, sexuell-erotische Ambivalenzen und gegengeschlechtliche Uneinfühlbarkeiten, Rivalitäten und Rankünen, Verschmelzung und Auseinandersetzung der Geschlechter, aber auch der Kampf um Positionen und Privilegien, um Dominanz und Unterwerfung, um Krieg und Unterdrückung. Die Forderung nach Gleichberechtigung, Gleichwertigkeit und Gleichstellung, wie sie dem Art. 3 des Grundgesetzes zugrunde liegt, wäre ohne seinsmäßige Ungleichheit sinnentleert und überflüssig. Zu ihrer Durchsetzung kann und muß Sexualwissenschaft fundierte Erkenntnisse liefern.

Die Sexualität als Triebfeder für Glück und Elend des Menschen beeinflußt nicht zuletzt wegen des Werbens um den passenden Partner den Wettbewerb in Wirtschaft und Wissenschaft. Dies bedeutet notwendig, daß sich das ärztliche Denken über das Individuum hinaus auch auf das 'Paar' richten muß. Die in der 'Wir-Bildung' zum Ausdruck kommenden Prozesse komplementärer Vervollkommnung zweier Individuen entsprechen als „Trieb der Verbundenheit“ (Buber 1964: 18) einer anthropologischen Voraussetzung. Gerade dadurch aber, daß sich Geschlechtlichkeit in einer sozialen Struktur organisieren muß, 'spielen' auch die gesellschaftlichen Verhältnisse in die Beziehung der Geschlechter hinein. Das geschlechtstypische Schicksal ist nicht abzukoppeln von der Kultur- und Sozialordnung. Geschlechterverhältnisse durchziehen alle Sphären einer Gesellschaft; sie sind damit immer Angriffspunkte ideologischer Positionierungen. Auch das ist eine anthropologische Voraussetzung: „Die Ideologie ist ewig, ebenso wie das Unbewußte ewig ist“ (Althusser 1977: 133).

Die Frage, warum erst so spät Begriff und Vieldimensionalität des Sexuellen erkannt und umschrieben wurde, ist sicher eines kulturhistorischen Diskurses wert. Wir müssen insbesondere über die Gründe nachdenken, warum die Sexualwissenschaft - sei es die mehr humanwissenschaftliche oder die mehr geisteswissenschaftliche Richtung - diesen zentralen Arbeits- und Aufgabenbereich bisher nur so unvollkommen wahrgenommen und ihn über Jahrhunderte den Philosophen und Dichtern überlassen hat. Das kann zum einen an dem fachspezifischen Inhalt liegen, zum anderen an uns 'Fachleuten', den Sexualforschern; aber auch Wechselwirkungen zwischen beiden Faktoren sind wahrscheinlich.

Sexualität zeigt eine einzigartige Janusköpfigkeit: Sie ist im Menschen allgegenwärtig, körperlich zu greifen und doch nur schwer begrifflich zu fassen, zugleich sublim und sinnlich, verkörpert und vergeistigt; sie vermittelt intensivste Gefühle höchster Glückseligkeit und heftigste Aversionen. Sie läßt Archetypisierungen erahnen, manifestiert sich zugleich in mehrdimensionaler und höchst individuellen Übergängen, etwa in der hetero-, bi- und homosexuellen Orientierung oder zwischen den Polen „maskulin-feminin“ sowie in transvestitisch - transsexuellen Zwischenstufen. Zu wesentlichen Teilaspekten zählt neben der Geschlechtsidentität, die im Laufe der Entwicklung einem Bewußtwerdungsprozeß unterliegt, die bewußtseinsdominante Sehnsucht nach sexuell-erotischer Selbstverwirklichung, die sich meist in einer zwischenmenschlichen Beziehung verwirklicht. Je ausgereifter und eigenständiger das Ich und auch das Du, desto tragfähiger die gegenseitige Wir-Brücke. Aber gerade in der spätadoleszenten Lebensphase sind Selbsterkenntnis und Selbstkritik spärlich entwickelt. Keiner von uns kann das Irrationale in seinem sexuell-erotischen Verhalten rational beurteilen, weil sich die spontane Emotionalität der Verliebten medial ereignet. Fehlt es an Selbsterkenntnis, beeinträchtigt dies auch die Einfühlung in die Gegenseite, das Kennenlernen und auch das Erkennen des Partners und noch mehr das gegenseitige Anerkennen. Dieser wertende Subjektivismus gilt in gleicher Weise auch für den Sexualforscher, etwa bei der Auswahl seines Forschungsgegenstandes, bei den ange-

nommenen Hypothesen und den angewandten Methoden. Aus nicht bewußtseinsdominanten Motiven stoßen wir gerade auf die Forschungsprojekte, die uns mit 'Leib und Seele' interessieren.

1907 hat Iwan Bloch, ein hochgebildeter und vielseitig interessierter Dermatologe, aus subtiler Einsicht in die Besonderheiten des Faches sein Arbeitsgebiet als „Wissenschaft vom Sexuellen, von den Erscheinungsformen und Wirkungen der Sexualität in körperlicher und geistiger, in individueller und sozialer Beziehung“ definiert. Er fordert die Ärzte auf, „jene sozialen und kulturellen Aspekte umso weniger zu vernachlässigen, als sie stets ein biologisches Substrat haben“.

„Deshalb hat die 'Ärztliche Gesellschaft für Sexualwissenschaft' in ihren Satzungen *ausdrücklich den Beitritt von Naturforschern, Philosophen, Theologen, Juristen, Soziologen, Kunst- und Kulturhistorikern, Pädagogen usw. vorgesehen*, aber sie hat auch betont, daß die *Biologie* immerdar die *Grundlage*, den eigentlichen *Kern* der Sexualwissenschaft bildet, daß aus den biologischen Phänomenen der Sexualität sich die geistigen und kulturellen erklären. Ein wahrhaft wissenschaftliches Studium der Probleme ist nur auf dieser biologischen als der *primären* möglich“ (Bloch 1919: 778; Hervorheb. im Original). Sexualität und Liebe, Somato-Psychisches und Sozio-Kulturelles veranschaulicht Bloch mit einem Baum, der seine Wurzeln im Körperlichen habe, der seine Äste aber hoch über der körperlichen Welt, in der Sphäre des Geistigen immer mehr ausbreitet und immer reicher verzweigt.

Die biologischen Vorgänge in den Wurzeln und die Säfte des Stammes sind nur die Basis für die gewachsene Vielfalt der Verzweigungen, bei denen man auch die abgestorbenen Äste wissenschaftshistorisch nicht vernachlässigen sollte. Rhythmisch vergänglich sind die Blüten und faszinierend sind die Früchte am Baum der Sexualwissenschaft. In ihnen stecken einzigartige Erkenntnismöglichkeiten über den Menschen, weil der Vergleich zwischen Mann und Frau anthropologische Einsichten in das Zusammenspiel von (unterschiedlichem) Körper und Seele, in die Wechselwirkung von Natur und Kultur erlaubt. Dies gilt nicht nur für das unterschiedliche emotionale Erleben der Sexualität, sondern auch für Ästhetik und Ethik, die über das Rechtsgefühl (Suche nach dem richtigen Recht) auch das geschriebene und angewendete Recht korrigieren kann.

Dieser fächerübergreifende Aspekt und Forschungsansatz macht eine Besonderheit der Sexualmedizin als zwar stets interdisziplinär orientiertes, aber doch notwendig eigenständiges Fach innerhalb der Gesamtmedizin aus: So sind in mehreren medizinischen Fächern - als Beispiel sei die Pädiatrie genannt - geschlechtsspezifische Unterschiede in den anthropometrischen und endokrinologischen Parametern zwar im Klinikalltag geläufig, aber kaum in ihrer komplexen Bedeutung bekannt. Wenn sie allerdings - wie etwa ergometrische Geschlechtsdifferenzen in der Sportmedizin - über Leistung und Erfolg entscheiden, liegen Manipulation und Mißbrauch nahe. Nur die Sexualmedizin beschäftigt sich mit dem Geschlechtervergleich, zu dem auch die synoptische Auswertung psychosomatischer Erkenntnisse aus Gynäkologie und Andrologie gehören.

Nicht nur medizinisch, auch sexualwissenschaftlich erscheint es kurzfristig, wenn man den reproduktiven Anteil der Sexualität aus dem Sexualitätsbegriff zu eliminieren versucht. Es bedeutet eine Verkürzung des Wertes und der Würde der Frau, wenn ihre einzigartige Kreativität außer Betracht bleiben sollte, was sich gesellschaftlich geradezu verhängnisvoll auswirken muß. Welches Fach sonst außer der Sexualmedizin könnte die Gefahren einer einseitigen gynäkotechnischen Reproduktionsmedizin erkennen und bändigen, gerade

indem hier das Paar zur diagnostischen Kategorie erhoben und auch die Reproduktion aus dem Sexualitätsbegriff nicht ausgeklammert wird?

Die christlich-abendländische Mystifizierung der Sexualität als Sünde, die nur durch ihren reproduktiven Zweck gerechtfertigt sei, unter jahrhundertelanger sträflicher Mißachtung der übrigen Qualitäten der weiblichen Menschheitshälfte muß endgültig überwunden werden, darf allerdings nicht zu einer neuen, diesmal umgekehrten Schiefelage in der Rollenbalance der Geschlechter führen.

Der verpflichtende Leitspruch von Magnus Hirschfeld: „*Per scientiam ad justitiam*“ sollte sich nicht auf die notwendige Anerkennung und Eingliederung der sexuellen Minderheiten, speziell der homosexuellen beschränken. Die Weltliga für Sexualreform kämpfte auch für Kontrazeption und Geburtenregelung. Für die Sexualmedizin ist Reproduktion essentieller Bestandteil des Fachgebietes, ohne den die Motivation zum Schwangerschaftsabbruch und seine Auswirkungen auf Psyche und Partnerschaft gar nicht ins Blickfeld geraten würde. Das gleiche gilt für das kaum nachvollziehbare, keineswegs extrem seltene Phänomen der nicht erkannten Schwangerschaft, die in einer überraschenden Überforderungssituation zur Kindstötung unter der Geburt (§ 217 StGB) führen kann. Das dafür noch fehlende Problembewußtsein der Geburtshelfer macht dringlich auf die sexualmedizinischen Defizite einer noch keineswegs bio-psycho-sozial orientierten Medizin aufmerksam. Ein Räsionieren gegen eine angebliche Medikalisierung der Sexualität enthält daher nur dann einen berechtigten Kern, wenn eine somatisch verkürzte Medizin gemeint ist. Diese allerdings sollte in der Tat, dem eigentlichen ärztlichen Grundauftrag gemäß, überwunden werden.

Auch die Diskreditierung einer angeblichen Pathologisierung der sexuellen Minderheiten zielt daneben: denn, so paradox es zunächst anmutet, nur über die Forensik öffneten sich die ersten Erkenntiskanäle über - damit notgedrungen inkriminiertes - Sexualverhalten in der sprichwörtlich sexualitätsverdrängenden, frühen Viktorianischen und Wilhelminischen Epoche der europäischen (Kultur-)Geschichte. Ohne die „*Psychopathia sexualis*“ des Psychiaters v. Krafft-Ebing (1886) wäre unser Wissensstand über die sog. Paraphilien so dürftig wie der heutige über die in Deutschland nie strafbare lesbische Liebe.

Die weitgehende Ausblendung des so wichtigen menschlichen Lebensbereiches Sexualität aus der Optik der Medizin, die unter anderem dazu führte, daß erst im letzten Drittel unseres Jahrhunderts elementare physiologische Prozesse der sexuellen Reaktion und des Koitus wissenschaftlich untersucht wurden (Masters und Johnson 1966), mag einer transkulturell verbreiteten Scham entspringen, erscheint aber vor dem Hintergrund des ganzheitlichen Heilauftrages der Medizin heute nahezu unverständlich. Dieser Umstand wurde vielen Verantwortlichen erst angesichts des Anschwellens der AIDS-Epidemie deutlich, als sie - wie beispielsweise die damalige deutschen Familienministerin bei der Eröffnung des 8. Weltkongresses für Sexologie 1987 in Heidelberg - Grundlagenforschung zum menschlichen Sexualverhalten einforderten.

Diese Beispiele sollen nur die These untermauern, daß eine psychologistische oder soziologistische Einengung der Sexualwissenschaft genauso einseitig und für eine humane Gesellschaft verhängnisvoll wäre, wie eine angeblich biologistische Verkürzung auf eine Körpermedizin.

Ohne das biologisch-medizinische Fundament - Sigmund Freud spricht vom „biologischen Felsen“, auf dem seine Psychoanalyse gewachsen ist - kann keine Sexualwissenschaft gesicherte Erkenntnisse erarbeiten. Die Blüten am Baum der Sexualwissenschaft sind bunt und entfalten für Menschen mit autobiographischen Konflikten eine ganz spezielle Anzie-

hungskraft. Die teils süßen, teils schwer verdaulichen Früchte fordern heraus zu Diskursen auf hohem Abstraktionsniveau, bei deren Lektüre die intellektuelle Freude nicht selten in Zweifel über die Validität der wechselnden Aussagen umschlägt. Diese Zweifel über den Aussagewert steigern sich zur Verzweiflung bei dem Gedanken, wie dringend innerstaatlich und in einer zusammenwachsenden Europäischen Union auch überstaatlich sexualwissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse benötigt werden. Deutschland könnte hier schnell ins Hintertreffen geraten, wenn sich in Brüssel nur die weit besser universitär etablierten Nachbarstaaten (wie Holland, Belgien, Frankreich und Italien) vernehmlich machen. Wenn tatsächlich die andrologischen Befunde über ein Abnehmen der Spermaqualität - etwa aufgrund spermatoxischer Umweltbelastung - zuträfen und sich verdichten sollten, käme auf die Andrologen unter den Sexualmedizinern die Rolle eines Frühwarnsystems für einen sich eventuell anbahnenden demographischen Kollaps mit nicht absehbaren weltpolitischen Konsequenzen zu.

Bei der Würdigung der seinswissenschaftlichen Erkenntnisse könnte auch der methodische Ansatz eine Rolle spielen, wie nahe man an die Erkenntnisquellen herankommt: Das körperliche Dasein und So(-beschaffen-)sein zu untersuchen und zu erforschen, ist nun einmal Domäne und Vorrecht der Medizin; sie zu diskreditieren, ihr die Kompetenz abzuspochen, wäre genau so töricht wie die Vernachlässigung der Besonderheiten der Psychosexualität. Als vor 500 Jahren die Kirche an ihrer spezifischen Kompetenz für die Seele des Menschen festhielt, sprach sie damit der Medizin die Zuständigkeit für diesen menschlichen Seinsbereich ab. Die im 19. Jahrhundert sich etablierende Psychologie und Psychotherapie brachte wichtige neue Erkenntnisse, in der Folgezeit zugleich aber auch eine Zersplitterung der psychotherapeutischen Kompetenzen mit sich. Die von der Psychosomatik (G. v. Bergmann, V. v. Weizsäcker und J.L. Halliday) ausgehenden Anstöße stärkten die psychosoziale und psychotherapeutische Kompetenz der Psychiatrie.

Aber nicht nur diese institutionelle Zersplitterung, sondern die Eigenart der menschlichen Psyche bestimmt den kontroversen Dialog über die normale und erst recht durch sexuellen Mißbrauch oder andere Widerfahrnisse gestörte sexualpsychologische Entwicklung. Welche Einflüsse das frühkindliche Umfeld hat, wie häufig und gegebenenfalls bei welchen Tatmerkmalen pädophilen Mißbrauches (Gewalt, Altersdifferenz etc.) psychische Traumatisierung auftritt, ist weder für die Entstehung noch für die Therapieerfolge wissenschaftlich gesichert. Selbst wenn der Streit der Gegenpositionen letztlich eine Interpretations- und Glaubenssache bleiben sollte, darf sich die sexualmedizinische Seite nicht einfach zurückziehen. Sie muß zumindest das *Pari des Unentschieden* und zur Zeit noch Unentscheidbaren aufrechterhalten, u.zw. nicht aus Prinzipienstarrsinn, sondern der wissenschaftlichen Wahrheit wegen. Ein dem gegenwärtigen Wissensstand entsprechendes Offenhalten dient auch der Glaubwürdigkeit der Sexualwissenschaft.

Die Sexualmedizin gibt freimütig fachimmanente Defizite an psychosozialer Kompetenz und spezifischer Theoriebildung der Medizin zu, die immer noch ihren Schwerpunkt im naturwissenschaftlich-somatischen Denken findet. Sie ist auch (noch) der sozialwissenschaftlichen Methodik vieler gut ausgebildeter Psychologen und insbesondere der Sprachgewalt der geisteswissenschaftlichen Soziologen/Politologen unterlegen. Die Notwendigkeit eines medizinischen, speziell sexualmedizinischen Beitrages im Konzert aller sich um den Menschen, die Menschheit und die Menschlichkeit bemühenden Kräfte und Fachgebiete liegt sowohl in dem medizinspezifisch unmittelbaren Zugang zum Kranken oder sich krank wählenden Mitmenschen, als auch in ihrer therapeutischen Berufsorientierung.

Stets steht im Zentrum der ärztlichen Bemühungen der Homo patiens und nur marginal, mehr als Bezugsrahmen, auch die Gesellschaft, mag sie aus der Sicht so manchen Arztes noch so krank sein. Die Sexualmedizin geht von der Gewißheit aus, daß sie nicht nur auf die medizinischen Nachbardisziplinen, sondern auch auf die schon von Bloch genannten akademischen Nachbarfächer angewiesen ist, um ihre vielfältigen Aufgaben zu erfüllen und insbesondere den Bedürfnissen ihrer Patienten gerecht zu werden.

Sie erwartet aber sowohl für die besonders sensible Arzt- Patienten-Begegnung als auch für ihre Forschung einen juristisch definierten und allseits respektierten Freiraum. Dieser muß von ethischen Selbstbeschränkungen, darf aber nicht von tagespolitischen Desideraten eingeschränkt werden. Wünschenswert wäre nicht nur innerfachlich, sondern auch fachübergreifend ein Klima wohlwollender Toleranz und gegenseitiger Achtung. Da Wünsche in unserer heutigen Zeit nicht einklagbar sind, benötigt die Sexualmedizin ein Forum, auf dem sie sich neben dem wissenschaftlichen Austausch gegebenenfalls auch gegen Intoleranzen oder gar Invektiven verständlich machen kann.

Diesem Zweck dient einmal die 1993 gegründete *Akademie für Sexualmedizin* und auch die wissenschaftliche Zeitschrift *Sexuologie*. Ihr Titel soll betonen, daß die *conditio humana* der Geschlechterteilung und die daraus sich ergebenden bio-psycho-sozialen Geschlechterverhältnisse Inhalt einer sexualmedizinisch fundierten Sexualwissenschaft sind. Die auch programmatische Bezeichnung „Sexuologie“ entspricht eher der europäischen Tradition; sie leitet sich sprachlich von Sexus und nicht von Sex ab und herrschte auch in jenen Ländern unseres europäischen Kulturkreises vor, die im Prozeß der deutsch-deutschen und auch europäischen Einigung dem Fach neue Impulse für eine akademische Etablierung (wie in Prag und Warschau) versprechen. Für den aktuellen Stand der deutschen Sexualmedizin trifft das Goethe-Wort zu:

„Wenn Wissen reif ist, Wissenschaft zu werden, so muß notwendig eine Reise entstehen; denn es wird die Differenz offenbar zwischen denen, die das Einzelne trennen und getrennt darstellen und solchen, die das Allgemeine im Augen haben und gern das Besondere an- und einfügen möchten.“

Literatur

- Althusser, L.: Ideologie und ideologische Staatsapparate. Hamburg, Berlin: VSA Verlag 1977
 Bloch, I.: Das Sexuelleben unserer Zeit. 2. Aufl. Berlin: L. Marcus 1919 (1. Aufl. 1907)
 Buber, M.: Reden über Erziehung. 8.Aufl. Heidelberg: L. Schneider 1964
 Masters, W. H.; Johnson, V. E.: Human sexual response. Boston: Little, Brown 1966
 Krafft-Ebbing, R. v.: Psychopathia sexualis. Stuttgart 1886

Anschriften der Autoren

Prof. Dr.med.et jur. Reinhard Wille, Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle am
 Klinikum der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Arnold-Heller-Str. 12, D-24105 Kiel
 Prof. Dr. med. Wolf Eicher, Diakonissenkrankenhaus Mannheim, Lehrkrankenhaus der Universität
 Heidelberg, Speyerer Str. 91, D-68163 Mannheim
 Prof. Dr. Hans Molinski, Psychosomatische Abteilung der Frauenklinik der Heinrich-Heine-
 Universität, D-40225 Düsseldorf
 Prof. Dr. med. Hermann - J. Vogt, Dermatologische Klink & Poliklinik der Technischen
 Universität, Biedersteinerstr. 29, D-80802 München

Sexuologie heute

Sexology Today

J. Money, Baltimore / USA

Zusammenfassung

Die oft problematische Beziehung zwischen der wissenschaftlichen Beschäftigung mit Sexualität (Sexuologie) und ideologisch-philosophischen Positionen zur Sexualität (Sexosophie) wird in ihren historischen und aktuellen Bezügen dargestellt. Verschieden begründete Erklärungsansätze menschlichen Sexualverhaltens werden einander gegenübergestellt, wobei die Vermittlung zwischen 'Natur' und 'Kultur' durch die Theorie der sensiblen Phasen herausgearbeitet wird. Grundzüge einer ätiologisch begründeten sexuologischen Nosologie und Taxonomie werden vorgestellt und aktuelle Anforderungen moderner Sexuologie benannt.

Schlüsselwörter: Sexuologie - Sexosophie - Ätiologie - Nosologie - Interdisziplinarität

Abstract

Sexual research as science has historically had a sometimes concordant, sometimes discordant relationship with sexual reform as doctrine. Sexual science is sexology, whereas sexual doctrine is sexosophy. Sexology is rent asunder by three rival explanations, namely, the legal, the biological, and the social constructionist. The outmoded nature/nurture dualism has to be overcome by an interactive view, which factors in a third term: nature/critical period/nurture. There is an urgent need for a scientifically based nosology in sexology, which has to take aetiological principles into account. Sexology as a whole has to be developed into an interdisciplinary science with full departmental status in humanities and health in the universities.

Key words: Sexology - Sexosophy - Aetiology - Nosology - Interdisciplinarity

1. Wissenschaft und Ideologie

Die Geschichte der Sexuologie weist zwei wesentliche Entwicklungsschübe auf: Vor gut 100 Jahren, in den Anfängen der Sexualwissenschaft, die massenhaften Auswirkungen von Syphilis, Gonorrhoe und Kindbettfieber, gegenwärtig die der HIV/AIDS-Epidemie. In beiden Perioden war es das Schicksal der Sexuologie, als empirische Wissenschaft nur unzureichend auf die epidemiologischen Herausforderungen ihrer Zeit vorbereitet zu sein. Dies leistete dem doktrinären Eifer der 'Sexosophie', dem ideologischen Gegenstück der Sexuologie, Vorschub, dessen Grundprinzip ein reformerischer Aktionismus ist: Hauptsache, es geschieht irgend etwas.

Am Ende des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts gab es im wesentlichen drei solcher ideologisch motivierten Kampagnen:

- der Feldzug gegen die Masturbation als 'lebenszehrende Säfteverschwendung', die zur Degeneration führe;

- die Bewegung für soziale Eugenik, deren Ziel die Eliminierung der 'Sozialversager' und die 'Reinhaltung der Rasse' war;
- die Familienplanungs- und Kontrazeptions-Kampagne, die sich gegen die negativen Auswirkungen zu häufiger Schwangerschaften und Geburten wandte.

Heute, am Ende des 20. Jahrhunderts, ist das politisch-ideologische Klima in Reaktion auf die emanzipatorischen Errungenschaften der sogenannten sexuellen Revolution durch eine massive Gegenreformation gekennzeichnet. Erneut haben wir es mit drei ideologischen Feldzügen zu tun: Da ist zum einen die 'Viktimologie-Kampagne', die sich dem Kampf gegen ubiquitäre Vergewaltigung, sexuellen Kindesmißbrauch und rituellen Mißbrauch in Satanskulten verschrieben hat. Da ist der Feldzug zur Rettung traditioneller Moralvorstellungen, der gegen Sexualerziehung, Kontrazeption und Abtreibung agitiert in der irrigen Hoffnung, damit sowohl die Schwangerschaft Jugendlicher als auch die Geburt unehelicher Kinder zu verhindern. Und schließlich gibt es die Kampagne zur Eindämmung der HIV/AIDS-Epidemie mittels Verhaltensmodifikationsprogrammen.

In beiden Epochen waren die derartigen moralischen Feldzügen zugrundeliegenden Prinzipien Ausfluß ideologischer Überzeugungen, welche zwar nicht empirisch abgesichert waren, dafür aber um so eifriger propagiert wurden. In der ersten Ära hatte lediglich die Familienplanung eine ausreichende wissenschaftliche Basis, so daß sie einige Wirksamkeit bekam und - trotz andauernder politischer und klerikaler Angriffe - bis heute überleben konnte. Die antiquierte Degenerationslehre wurde durch die nach 1870 sich rasch entwickelnde Bakteriologie ad absurdum geführt, welche die Verursachung von Syphilis und Gonorrhoe durch Keime und nicht durch 'Samenverlust' nachwies. Die Bewegung der sozialen Eugenik fand ihren furchtbaren Abschluß in den Gaskammern des Holocaust. Auch die gegenwärtigen, die Sexualität betreffenden Kampagnen basieren auf nur ungenügend verifizierten, sozialwissenschaftlich geprägten Annahmen über die Motivation und die Veränderbarkeit menschlichen Verhaltens.

So fehlt der Viktimologie-Kampagne ein verlässliches Methodeninventar, das es ermöglichen würde, sicher zwischen falschen und richtigen Aussagen über Vergewaltigung, sexuellen Kindesmißbrauch oder rituellen Mißbrauch im Rahmen von Satanskulten zu unterscheiden. Gerade bei den angeblichen Beweisen für sexuelle Mißbrauchspraktiken bei Satanskulten handelt es sich allzuhäufig um eine Mischung aus Konfabulation und professionellen Fehlurteilen. Folgerichtig kommt es dann auch zu einer Reihe von Festnahmen und Verurteilungen fälschlich Beschuldigter. Frauen und Kinder werden von selbsternannten Experten geradezu einer Gehirnwäsche unterzogen, so lange, bis sie Angaben über Traumen machen, die sie tatsächlich nie erlebt haben, für die sie dann aber noch jahrelang behandelt werden.

Der Feldzug zur Bewahrung traditioneller Werte geht von der Überzeugung aus, daß Sexualerziehung, zusammen mit der Zugänglichkeit von Kontrazeptiva und Abtreibung, die Ursache für die Schwangerschaften Jugendlicher und für die Geburt unehelicher Kinder ist. Diese Überzeugung ist ebensowenig empirisch gesichert wie ihr Gegenteil, nämlich die Annahme, daß das Fehlen von Sexualerziehung und die Unerreichbarkeit von Kontrazeptiva oder Abtreibung die Ursachen für die selben Erscheinungen wären. Beide Denkfiguren blenden in ihrer Simplizität schlicht die Tatsache aus, daß zwischen dem Erwerb von theoretischen Kenntnissen und deren Anwendung in realen Situationen Welten liegen können. Gerade im Bereich des Sexuellen wirken doch eine Fülle von irrationalen

Momenten, unberechenbaren Einflüssen, intervenierenden Variablen, die zudem von Mensch zu Mensch verschieden sein können. Ebenso wenig wie jemand, der rechnen gelernt hat, deshalb gleich erfolgreich an der Börse spekuliert, ebenso wenig muß jemand, der etwas über Sexualität lernt, deshalb gleich schwanger werden! Oder eben nicht schwanger werden!

Die dritte der gegenwärtigen Kampagnen, die Versuche der Eindämmung der HIV/AIDS-Epidemie durch Aufrufe und Verhaltensveränderung, ist an sich durchaus verdienstvoll. Diese Verdienste werden jedoch durch die Tatsache geschmälert, daß gerade den sexuell aktiven und finanziell minderbemittelten Teilen der Bevölkerung, wie z.B. Oberschülern oder Arbeitslosen, Kondome immer noch nicht frei und unentgeltlich zur Verfügung stehen. Ebenso werden Erfolge im Kampf gegen AIDS durch die mangelnde Versorgung von Fixern mit Einwegspritzen begrenzt. Dessen ungeachtet muß aber auch hier klar sein: Die freie Verfügbarkeit von Spritzen oder Kondomen alleine garantiert ebenso wenig wie die diversen Trainingsprogramme zur Verhaltensmodifikation die automatische Entwicklung eines infektionsverhindernden Verhaltens: Menschen sind nun einmal keine rationalen Maschinen. Sie zeigen vielmehr allzu häufig selbstzerstörerische, irrationale Tendenzen, darunter eben auch solche, die zur HIV-Infektion führen. Erst die Entwicklung von effektiven Methoden zur Abtötung oder Immobilisation des Virus wird die HIV-Epidemie tatsächlich wirkungsvoll bekämpfen können.

2. Ursachenforschung und Theorienbildung

Auf dem Höhepunkt der zweiten Entwicklungsschubes der Sexuologie kreierten Masters und Johnson (1970) ein neues Prinzip für die Behandlung sexueller Funktionsstörungen. Sie applizierten verhaltenstherapeutische Prinzipien auf den explizit sensuellen und sexuellen Bereich, wobei die Behandlung durch einen weiblichen und einen männlichen Therapeuten das Paar, und nicht nur eine Person mit gestörtem Verhalten, einbezog.

Diese Art der Sexualtherapie als medizinische Spezialdisziplin errang zunächst viel Popularität und trug zu Zeiten der sexuellen Revolution in den sechziger und siebziger Jahren, zusammen mit anderen Bewegungen, wie beispielsweise den SAR-Seminaren (*Sexual Attitude Reassessment*; Seminare zur Neubewertung oder Änderung sexueller Einstellungen), zur Etablierung des Lehrfaches Sexuologie (sog. 'Human Sexuality Program') innerhalb medizinischer Fakultäten in den USA bei. Im weiteren Verlauf verlor diese Form der Sexualtherapie jedoch viel von ihrer Anziehungskraft, vielleicht, weil sie nicht alle ursprünglich in sie gesetzten Erwartungen erfüllte, vielleicht aber auch, weil sie nur unzureichend theoretisch fundiert war.

Diese ungenügende wissenschaftlich-theoretische Fundierung scheint jedoch ein Problem der gesamten Sexuologie zu sein, um die sich drei divergente und auch rivalisierende Erklärungsansätze mühen: Der rechtlich-juristische Ansatz, der biologische Ansatz und der Ansatz des sozialen Konstruktivismus.

Die Rechtsauslegung ist im wesentlichen noch der alten Anschauung von der freien Willensentscheidung als Grundlage jeglichen menschlichen Verhaltens verhaftet. Indem die freie Willensentscheidung des Einzelnen auch als Ursprung der, wie auch immer gearteten, sexuellen Verhaltensweisen betrachtet wird, erscheinen alle weiteren Erklärungen, seien sie wissenschaftlich noch so begründet, überflüssig. Diese Denkungsart zeichnet

auch das volkstümliche Verständnis (z.B. in den Massenmedien) des menschlichen Sexualverhaltens aus, findet sich jedoch ebenfalls in akademischen Diskursen zur Sexualität. Vor 1992 war beispielsweise im militanten Flügel der Schwulenbewegung die Auffassung von der 'freien Wahl der sexuellen Präferenz' die einzig 'politisch korrekte' Erklärung. Jetzt, mit der rasanten Entwicklung der Hirnforschung (Allen und Gorski 1992; LeVay 1991; Swaab und Hofman 1990) und des Genom-Mappings (Hamer et al. 1993), hat sich der Wind in Richtung biologischer Erklärungen gewendet.

Derartige biologische Erklärungsansätze sind in der Sexuologie lange verteufelt worden. Ursächlich hierfür war die Fortschreibung des antiquierten und durchaus artifiziellen Dualismus zwischen 'Anlage oder Erziehung', 'Natur oder Kultur', '*nature or nurture*'. Die Einführung eines dritten, vermittelnden Gliedes in Gestalt der Theorie von den kritischen oder sensiblen Phasen in diesen Dualismus ist längst überfällig. Unter dem Entwicklungsaspekt betrachtet sind kritische Perioden der Ontogenese die Schnittstellen für die Interaktion von 'Natur' und 'Kultur'. Diese Interaktion ist ebenso phylogenetisch überkommen wie die jeweiligen sensiblen Perioden, vor denen eine solche Interaktion wirkungslos bleibt, und nach deren Abschluß irreversible Prozesse abgelaufen sind. Die 'Kultur' existiert bereits pränatal in der uterinen Umwelt des Feten. Postnatal bezieht sie nicht nur die gesamte materielle Umwelt des Kindes mit ein, sondern auch seine soziale Lernumwelt. Sowohl die materielle als auch die Lernumwelt des Kindes enthalten Elemente, die in den wachsenden Organismus inkorporiert werden - beispielsweise in Form von Nahrungsbestandteilen oder von Sprachelementen. Gelerntes wird biologisch im Gehirn verankert und kann dort unverändert überdauern. Auch sexuelles Lernen folgt den Gesetzen der Biologie des Lernens und Erinnerns.

Gegenwärtig ist die Auseinandersetzung über 'nature' oder 'nurture' in der Sexuologie vor allen Dingen ein Revierstreit, ein Kampf um Stellen und Mittel. Dabei fällt auf, daß die zumeist den Sozialwissenschaften entstammenden Vertreter einer reinen Sozialisations-, Lern- oder Erziehungstheorie, die sich in den siebziger Jahren kurzzeitig 'Labeling-Theoretiker' nannten, sich inzwischen aber - in Nachfolge des späten Michel Foucault - als 'Konstruktivisten' bezeichnen, in ihrer Argumentation wesentlich extremer antibiologisch und antimedinisch auftreten, als dies umgekehrt für diejenigen zutrifft, die eher biologische Erklärungsmechanismen für das Sexualverhalten angeben, also die, um es im sozialwissenschaftlichen Kontext zu formulieren, 'Anti-Konstruktivisten'.

Die Theorie des sozialen Konstruktivismus hat ihre Vorläufer aus der Zeit vor Beginn der dreißiger Jahre unseres Jahrhunderts, nämlich in der 'Soziologie des Wissens' und, älter noch, im 'Dialektischen Materialismus'. Wiewohl sie dabei nicht die einzigen sind, unterstützen Anhänger des sozialen Konstruktivismus energisch das Dogma, daß die angeborene Geschlechtszugehörigkeit ('sex') biologisch sei, während die Geschlechtsidentifikation und -rolle ('gender') ein Produkt kultureller und sozialer Konstruktion sei. Dem muß aber entgegengehalten werden, daß seinerzeit (Money 1955, 1985) die Prägung des Begriffes '*gender role*' (Geschlechterrolle) durchaus auf die Interaktion von beidem abzielte, nämlich sowohl darauf, womit man geboren wird, als auch darauf, was die weitere postnatale Entwicklung daraus macht - einen Mann, eine Frau oder irgendetwas dazwischen. Im Unterschied dazu bezieht sich der Begriff '*sex role*' (Sexualrolle) ganz spezifisch auf den Einsatz der Genitalien im sexuellen Vollzug. So kann es beispielweise bei Hermaphroditen zu einem Auseinanderfallen der Geschlechterrolle und der Sexualrolle kommen.

Betrachtet man jedoch die gegenwärtige Diskussion, so scheint es, als ob die Trennung von biologischem Geschlecht (*sex*) und sozialem Geschlecht (*gender*) so tiefgehend ist, daß wenig Aussicht besteht, sie in näherer Zukunft wieder zu vereinen. Und so wird wohl weiterhin die biologische Geschlechtszugehörigkeit als intellektuelles Eigentum der Biologie charakterisiert werden, während die soziale Geschlechtlichkeit als Domäne der Sozialwissenschaften und der Frauenforschung ausgegeben wird. Eines der intellektuell verwirrenden Ergebnisse dieser Trennung ist die Behauptung, daß die soziale Konstruktion der Geschlechtlichkeit einzig für den Menschen zutrifft, was zur Abschottung des Studiums der Geschlechtlichkeit gegen alle Erkenntnisse der sexuologischen Tierverhaltensforschung führt. Soziale Konstruktivisten mißverstehen Tiersexuologie als ausschließlich biologisch und schneiden damit die Sexuologie von ihrem wesentlichen experimentellen Erbe ab (Sitsen 1988).

Gefährdet wird die theoretische Einheit der Sexuologie auch durch die Reinkarnation der Verführungstheorie des frühen Freud (Masson 1985). Diese Verführungstheorie war seinerzeit von Freud auf der Basis wortwörtlich genommener Berichte seiner Patienten über inzestuöse und Mißbrauchserlebnisse in der Kindheit konstruiert worden. In der Nachfolge wandelte sich die Theorie zu der vom Ödipuskonflikt, deren Konstruktion auf der Interpretation derartiger Berichte als entwicklungstypische Phantasien beruhte. Die feministische Theorie von den Frauen und Kindern als Opfern und den Vätern als Tätern übernehmend beschuldigte Masson Freud der bewußten Fälschung und Unterdrückung von Daten. Das Wiederentdecken unterdrückter Erinnerungen an stattgehabten sexuellen Kindesmißbrauch und die Gültigerklärung sämtlicher Mißbrauchsanschuldigungen ist mittlerweile zur Hauptstütze einer ganzen 'viktinologischen Industrie' geworden. Die Entstehung einer Fülle von psychopathologischen Varietäten, insbesondere aber des Störungsbildes der multiplen Persönlichkeit ('*multiple personality*'), wird undifferenziert als posttraumatische Streßreaktionen auf früheren sexuellen Mißbrauch erklärt. Diese überzogenen und generalisierenden Behauptungen sind im Endeffekt ein unverantwortlicher Mißbrauch der Sexuologie.

3. Phänomenologie, Ätiologie und Taxonomie

Sexuologie ist eine der vielen Disziplinen der Medizin, deren aktueller Kenntnisstand nicht ausreicht, um alle in ihr Blickfeld gelangenden Störungen nach einem ätiologischen Prinzip zu klassifizieren. Zwar gibt es eine Reihe von Syndromen oder Störungsbildern, bei denen die Ätiologie teilweise oder auch vollständig bekannt ist, jedoch handelt es sich hierbei eher um Ausnahmen, die es nicht gestatten, eine komplette und alles umfassende, ätiologisch fundierte Nosologie zu etablieren. Folglich ist die gegenwärtige sexuologische Nosologie phänomenologisch begründet. Webster's New World Dictionary definiert Phänomenologie als „die wissenschaftliche Beschreibung vorfindlicher Phänomene unter Vermeidung jeglicher Interpretation, Bewertung oder Erklärung.“

Ungeachtet ihrer Vielfalt und Besonderheiten sollten die durch die sexuologische Nosologie erfassten Syndrome jedoch möglichst umfassend bezüglich ihrer sowohl einzelnen als auch zusammenwirkenden Ursachen betrachtet werden. Es ist durchaus nicht unüblich, daß zwei oder mehr Ursachen zur Entwicklung eines Syndroms beitragen. Nehmen wir zum Beispiel das Phänomen der sexuellen (und speziell koitalen) Unerregbarkeit, Lustlosigkeit oder '*Anhedonie*'. Hier kann folgendes Ursachenszenario ablaufen: Die sexuelle Lustlosigkeit

und mangelnde Befriedigung beim Geschlechtsverkehr erweist sich als refraktär gegenüber einer hormonellen Behandlung, welche verordnet wurde, da bei dem betreffenden Patienten im Rahmen eines chromosomal bedingten kongenitalen Gonadendefektes ein Sexualhormondefizit vorlag. Die Chromosomenanomalie ist ihrerseits, wie weitergehende Untersuchungen dann zeigen, die Ursache für Sterilität und ungewollte Kinderlosigkeit. Der dadurch verursachte ungestillte Kinderwunsch und ein sich über die Zeit entwickelnder 'Schwangerschaftsneid' führt nun dazu, daß der Sexualakt vom Patienten als dysfunktional und damit lustlos erlebt wird.

Bei der ätiologischen Einordnung jeder individuellen sexuell-erotischen Störung bzw. jedes Syndroms sollten die folgenden Ursachenkategorien berücksichtigt werden, die für die notwendige Erstellung einer umfassenden Nosologie noch vielfältig unterteilt und ergänzt werden müßten:

- genetische (genomische oder chromosomale) Anomalien
- angeborene Defekte des Reproduktionsapparates
- hormonelle Anomalien der pränatalen Gehirndifferenzierung
- hormonelle Anomalien der postnatalen Gehirndifferenzierung
- hormonelle Anomalien der pubertären Zielorgane
- toxische Wirkungen ärztlicher oder selbst verordneter Pharmaka
- mikrobielle Infektionen des Genitales
- genitale Neoplasien
- konsumierende systemische Erkrankungen
- postoperative Störungen
- Funktionsstörungen als Folgen von Unfalltraumen
- Gefäßerkrankungen und Durchblutungsstörungen
- Störungen der peripheren Nerventätigkeit
- Läsionen des Spinalmarkes
- Hirnerkrankungen oder -läsionen
- intrapsychische Verarbeitungsstörungen
(„*endopsychic dysfunction of ideation and imagery*“)

Zur letztgenannten Kategorie gehören die üblicherweise als 'psychogen' bezeichneten Störungen. Die Attribuierung eines sexuell-erotischen Störungsbildes als 'psychisch bedingt' oder 'psychogen' verdeutlicht, daß es sich hierbei um die Folge einer Erfahrungs- oder Erlebnisfehlverarbeitung handelt. Idealerweise sollten derartige Erfahrungen und Erlebnisse durch eine möglichst objektive Datenerhebung unter Einbeziehung auch fremdanamnestischer Angaben validiert werden, da bekanntlich retrospektive Erinnerungen Gegenstand einer Vielzahl von Umwertungen, Verzerrungen, Auslassungen und Ausschmückungen sind. In vielen Fällen wird es auch angezeigt sein, anstatt von einer 'psychogen bedingten Störung' besser von einer Störung unklarer Genese oder vielleicht auch einer 'idiopathischen Störung' zu sprechen.

Jede Taxonomie benötigt per definitionem Klassifikationskriterien. Man kann wohl Mitgliederlisten alphabetisch ordnen, aber das Alphabet dürfte ein doch recht willkürliches und dürftiges Taxonomieprinzip für die Etablierung einer sexuellen Nosologie sein. Ein ebenso willkürliches Prinzip wäre die Einordnung nach forensischen Kriterien, also danach, ob ein Störungsbild zu sexuellen Übergriffen führt oder nicht. Wie bereits erwähnt, beruht

ein weiteres Klassifikationsprinzip sexueller Syndrome auf der Mutmaßung über ihre 'organische' oder aber 'psychogene' Ursache. Diese Unterscheidung kann zwar aus pragmatischen Gründen gemacht werden, sollte jedoch nicht als taxonomisches Ordnungskriterium herangezogen werden.

Eine gute und handhabbare Taxonomie sollte so beschaffen sein, daß ihr Geltungsbereich möglichst umfassend ist und ihre einzelnen Items einander ausschließen. Diese Anforderungen werden in der sexuologischen Nosologie durch eine Taxonomie mit multivektoriellen Klassifikationsprinzipien erfüllt. Insgesamt können fünf Vektoren unterschieden werden (s. Money 1986, 1988, 1991), von denen jeder jeweils eine der sexuell-erotischen Grundkomponenten beinhaltet, nämlich

- der Vektor der 'Philien', also der Vektor der sexuellen Vorlieben, Gestimmtheiten und Funktionsfähigkeit, die sich dann, orientiert am Maßstab von zeitlicher, räumlicher und situativer Adäquanz in Hypophilien, Hyperphilien und Paraphilien unterteilen ließen
- der Vektor des Körperbildes (maskulin, feminin oder androgyn, konkordant oder diskordant mit dem Geburtsgeschlecht)
- der Altersvektor des Störungsbegins (pränatal, juvenil, adoleszent, adult oder geriatrisch)
- der Partnerschaftsvektor
- der Vektor der kulturellen Einbettung.

4. Zusammenfassung und Ausblick: Anforderungen an eine moderne Sexuologie

Eines der Hauptfordernisse heutiger Sexuologie ist eine kohärente Theorie, die sowohl krankhafte wie normale Erscheinungen, sowohl individuelle wie gesellschaftliche Probleme der Sexualität in den Blick nimmt. Biologistische Theorien können dies alleine ebensowenig leisten wie konstruktivistische, es ist vielmehr nötig, hier eine vermittelnde Beziehung aus beiden divergierende Theoriesystemen zu entwickeln. Mein eigener Beitrag zu diesem Unterfangen bestand in dem Versuch, ein Theorie der universellen Grundbedürfnisse des Menschen zu etablieren (Money 1994). Dabei ist mir daran gelegen, in solch einer theoretischen Fundierung nicht ideologiegeleitete Behauptungen über Kausalitäten aufzustellen oder Kausalität mit zeitlichen Abfolgen zu verwechseln. Vielmehr kann die Aufnahme kausaler Erklärungen in ein Theoriengebäude erst nach ihrer wissenschaftlich-empirischen Prüfung, und zwar Item für Item, Befund für Befund, möglich sein.

Des weiteren benötigt die Sexuologie heute, wie bereits oben angedeutet, eine eigene, rational begründete Nosologie, wobei nochmals nachdrücklicher Wert auf die Vermeidung der falschen Dichotomie zwischen 'organisch bedingt' und 'psychogen' gelegt sei. Gerade die Sexuologie ist aufgrund ihres Gegenstandes stärker noch als viele andere humanwissenschaftliche Disziplinen dazu berufen und geeignet, die Einheit von Leib und Seele zu berücksichtigen und zugleich zu exemplifizieren. Bildlich gesprochen: Sex und Erotik spielen sich sowohl zwischen den Ohren als auch zwischen den Schenkeln ab.

In diesem ganzheitlichen Ansatz liegt auch die Identität und das Selbstverständnis der Sexuologie als der Wissenschaft von der Sexualität, der Geschlechtlichkeit und des erotischen Empfindens und Verhaltens. Die Sexuologie ist als eigenständige Wissenschaft

zugleich notwendig interdisziplinär und überschneidet sich mit vielen Einzeldisziplinen, ohne jedoch von diesen abgedeckt zu werden. Genannt seien hier von den eher theoretischen Fächern die Genetik, die Molekularbiologie, die Reproduktionsbiologie, die Endokrinologie, die Neurowissenschaften, die Psychologie, die Ethologie, die Soziologie und die Ethnographie; und natürlich die Fülle der praktisch-medizinischen Disziplinen.

Und schließlich braucht Sexuologie heute, um wirksam arbeiten zu können, ihre institutionelle Eigenständigkeit und akademische Anerkennung. Das bedeutet unter anderem, daß an den Universitäten sexologische Einrichtungen mit Institutscharakter existieren müssen und auf administrativer Ebene Sexuologie als das anerkannt werden muß, was sie tatsächlich ist: Eine Humanwissenschaft im Bereich der Gesundheitsforschung und Gesundheitspflege.
Aus dem Englischen von H. A. G. Bosinski

Literatur

- Allen, L. S.; Gorski, R. A.: Sexual orientation and the size of the anterior commissure in the human brain. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*. 1992;89:7199-7202
- Hamer, D. H.; Hus, Magnuson, V. L.; Hun; Pattatucci, A.M.L.: A linkage between DNA markers on the X chromosome and male sexual orientation. *Science*. 1993;261:321-327
- Le Vay, S.: A difference in hypothalamic structure between heterosexual and homosexual men, *Science*. 1991;253:1034-1037
- Masson, J. M.: *The Assault on Truth: Freud's Suppression of the Seduction Theory*. New York: Penguin 1985
- Masters, W. H.; Johnson, V. E.: *Human Sexual Inadequacy*. Boston: Little, Brown 1970
- Money, J.: Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: Psychologic findings. *Bulletin of The Johns Hopkins Hospital*. 1955;96:253-264
- Money, J.: Gender: History, theory and usage of the term in sexology and its relationship to nature/nurture. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 1985;11:71-79
- Money, J.: *Lovemarks: Clinical Concepts of Sexual/Erotic Health and Pathology, Paraphilia and Gender Transposition in Childhood, Adolescence, and Maturity*. New York: Irvington Publishers 1986
- Money, J.: *Gay, straight and In-between. The sexology of erotic orientation*. New York: Oxford University Press 1988
- Money, J.: Nosological sexology: A prolegomenon. *Journal of Psychology and Human Sexuality*. 1991; 4(4):111-120
- Money, J.: *Unspeakable Monsters in All Our Lives: The Complete Interviewer and Clinical Biographer, Exigency Theory, and Sexology*. New York: Continuum 1994 (in press)
- Sitsen, J. M. A. (ed): *Handbook of Sexology, Vol. VI: The Pharmacology and Endocrinology of Sexual Function* (Series eds Money, J.; Musaph, H.). Amsterdam: Elsevier 1988
- Swaab, D. F.; Hofman, M. A.: An enlarged suprachiasmatic nucleus in homosexual men. *Brain Research*. 1990;537:141-148

Anschrift des Autors

John Money, The Johns Hopkins University and Hospital, Psychohormonal Research Unit,
 Baltimore, Maryland, USA.
Korrespondenzadresse: Suite LL20 Old Town Office Center, 1235 E. Monument Street, Baltimore,
 MD. 21202, USA.

Sexualstörungen und Symptombildung

Sexual Disturbance and Somatization

I. Rechenberger, Düsseldorf

Zusammenfassung

1. „Nicht abgeführte“ sexuelle Erregung kann bei der Frau und dem Mann die Vermehrung von Krankheitserregern (Papillomaviren und Candida) begünstigen. Durch Vasokongestion und Lubrikation bei der Frau und durch Sekretion der Cowper'schen Drüsen beim Mann entsteht eine vermehrte Feuchtigkeit, welche den Nährboden für die Vermehrung von Papillomaviren, Candida albicans, Herpes simplex und Bakterien schaffen können.

2. Sexuelle Potenzstörungen des Mannes können durch verdrängtes Unbefriedigtsein der Frau zu einer larvierten Depression und dysfunktioneller Blutung führen. Dysfunktionelle Dauerblutungen werden häufig durch eine Hysterektomie behandelt, in deren Folge unklare Unterbauchbeschwerden resultieren können.

Schlüsselwörter: Papillomavirus-Infektion - Candida-Mykose - Herpes genitalis - dysfunktionelle Blutungen bei Sexualstörungen

Abstract

1. Sexual excitement which is not released may favour the growth of papilloma viruses and Candida albicans in both women and men. Through vasocongestion and lubrication in women and secretion of the Cowper's glands in men, an increase in moisture develops, which promotes the multiplication of papilloma viruses, candida albicans, and bacteria.

2. Male sexual dysfunction can result in a repressed dissatisfaction of the woman and thus in a masked depression and dysfunctional bleeding. Dysfunctional continuous bleeding is often stopped by a hysterectomy, which may result in unclear pain in the lower abdomen.

Key words: Sexual disturbance - Human-papillomavirus - Candida albicans - masked depression - dysfunctional bleeding - pelvic pain

Sexualstörungen können psychische und körperliche Symptome hervorrufen. Aber auch ein körperliches Symptom kann eine Sexualstörung mit sich bringen.

Condylomata acuminata, Candida-Mykosen und unspezifische Vaginitiden

Betrachtet man Condylomata acuminata, so ist es naheliegend, daß die Patientin Schmerzen beim Verkehr haben kann. Unter dieser Perspektive erscheinen die Papillome dann als die Ursache der Sexualstörung.

Die Deskription des Lokalbefundes aber legt die Frage nahe, ob es sich nur um die Manifestation einer Papillomavirus-Infektion (HPV-Infektion) handelt, oder ob diese nur die

sichtbare Manifestation eines psycho-somatischen Zusammentreffens mehrerer Faktoren ist. Der Lokalbefund ist charakterisiert durch einzeln stehende oder beartig angeordnete Effloreszenzen, Rötung, Schwellung, Nässen, Mazeration und Foetor. Das Nässen ist aber nicht nur durch Sekretabsonderung durch die Papillome zu verstehen, sondern es ist Ausdruck von Lubrikation bei der Frau bzw. Sekretion der Cowper'schen Drüsen beim Mann.

Die Symptome Vasokongestion, Lubrikation, Anschwellen der äußeren Genitalien, Vulvodynie und Dyspareunie entsprechen einer dysfunktionellen Sexualstörung mit Störung der Erregungsphase. Nach dem Diagnostischen und Statistischen Manual psychischer Störungen (DSM-III-R) zeichnet sich diese aus durch eine Hemmung des sexuellen Antriebes oder durch psychophysiologische Veränderungen, die mit dem sexuellen Reaktionszyklus einhergehen. Die die dysfunktionelle Sexualstörung verursachende psychische Störung kann im Einzelfall tiefenpsychologisch erfaßt und der somatische Faktor durch Morphologie, Histologie und Virusnachweis bestimmt werden.

Psychische Faktoren und Infekte

1976 habe ich beschrieben, daß eine psychische auslösende Situation der Manifestation von *Condylomata acuminata* vorausgehen kann (Rechenberger 1976). Es handelte sich um eine Patientin, bei der mehrere Condylom-Abtragungen in Vollnarkose durchgeführt worden waren. Die tiefenpsychologisch-orientierte Untersuchung zeigte, daß die Erkrankung manifest wurde, als die Patientin nach langer invasiver Diagnostik wegen unerfüllten Kinderwunsches erfuhr, daß nicht sie, sondern der Ehemann unfruchtbar war. Bei der Aufklärung hatte sie plötzlich Blutandrang und Brennen in der Scheide erlebt und entwickelte von diesem Zeitpunkt an Beschwerden. Zwischen psychodiagnostischem Erstgespräch und Beginn der Psychotherapie verschwanden die Condylome ohne weitere gynäkologisch-dermatologische Behandlung.

Gehen wir einmal davon aus, daß beim Vorliegen einer Papillomavirus-Infektion die Manifestation oder das Verschwinden der Papillome von psychischen Faktoren mit-determiniert sein könnten, so könnte im Einzelfall einer Sexualstörung eine zentrale Rolle zukommen (Rechenberger 1976, 1991, 1992). Für diese Hypothese spricht die Beobachtung vieler Patientinnen und Patienten während meiner dermatologischen Tätigkeit. Als Beispiel möge die Beobachtung eines Patienten dienen, der drei Jahre in halbjährlichen Abständen zur Abtragung von *Condylomata acuminata* im Sulcus coronarius kam. Er klagte über ständige Sekretion (wahrscheinlich aus den Cowper'schen Drüsen) und eine permanente unterschwellige sexuelle Erregung. Seine Frau litt an einer Querschnittslähmung bei Multipler Sklerose. Er liebte seine Frau sehr, konnte aber nur sehr eingeschränkt mit ihr sexuelle Befriedigung erleben, weswegen er in einer permanenten sexuellen Dauerspannung lebte. Nach ihrem Tode verschwanden bei dem Ehemann die Condylome spontan. Bei der Ehefrau waren nie makroskopisch HPV-Papillome feststellbar gewesen.

Wie vor 50 Jahren, als Daphne Du Maurier in Rebecca Favell fragen läßt: „Krebs - Weiß jemand von euch, ob es ansteckend ist?“ haben wir auch heute noch keine eindeutige Antwort auf diese Frage. Auch wenn Patientinnen Publikationen wie „Bowenoide Papulose und Carcinoma in situ der Cervix uteri bei Sexualpartnern“ (Gross et al. 1986) nicht kennen, so sind solche Beobachtungen dennoch im Denken der behandelnden Ärzte wirksam und fließen

unterschwellig mit in die Beratung der Patientinnen und ihrer Partner ein. Wie gefährlich oder harmlos sind Papillomaviren bei der meist symptomlos verlaufenden Verbreitung wirklich? Welche entscheidende Rolle kommt den bisher bekannten Kofaktoren zu? Wie können gegenseitige Schuldzuweisungen vermieden werden? Petersen und Clad (1992) warnen vor einer unnötigen Verunsicherung und Verängstigung der Patientinnen durch ungerechtfertigte Screeninguntersuchungen und unkritische Interpretation von HPV-Befunden. Jablonska (1991) empfiehlt die genaue Untersuchung auf subklinische Infektion der Partner von Patientinnen mit festgestellten externen oder zervikalen Condylomen. Patientinnen mit Vulva-Karzinomen haben oft eine Vorgeschichte mit Condylomata acuminata.

Während man HPV-11 eine geringe onkogene Potenz zuschreibt, wird HPV-16 und HPV-18 eine signifikante Rolle in der Entwicklung der zervikalen intraepithelialen Neoplasie zugeschrieben. Aus dem morphologisch-klinischen Befund kann man den HPV-Typ nicht ablesen. Da aber bisher kaum HPV-Bestimmungen bei Condylomata acuminata durchgeführt wurden, kann man im Einzelfall hierüber nur Vermutungen anstellen, welcher HPV-Typ während der Manifestation vorlag.

So wurde eine Patientin nach intensiver Behandlung wegen eines ausgedehnten vaginalen Befalls mit Condylomata acuminata symptomfrei und über sieben Jahre jährlich mehrfach überwacht. Makroskopisch war die Patientin erscheinungsfrei. Aufgrund ihrer Enttäuschung mit ihrem ersten Partner war sie keine neue Partnerschaft eingegangen. Als sie sich nach siebenjähriger Abstinenz einem neuen Partner zuwandte, kam es vor dem ersten körperlichen Kontakt zu einem disseminierten vaginalen Befall mit Papillomen, die wie Condylomata acuminata aussahen und deren Virustypisierung HPV-16 ergab. Es fanden sich an mehreren Stellen Dysplasien und ein Carcinoma in situ.

In der abschließenden Falldarstellung sollen

1. die Psychogenese der dysfunktionellen Sexualstörung mit den Symptomen Dyspareunie und Vulvodynie und
2. das klinische Bild mit Condylomata acuminata, Vasokongestion, Schwellung des äußeren Genitales und Lubrikation in Form von profusem Ausfluß mit reiner Döderlein-Flora dargestellt werden und
3. gezeigt werden, wie die Patientin durch eine synoptische-psychosomatische Konzeptualisierung ihrer körperlichen und seelischen Beschwerden auf dem Wege ist, beschwerdefrei zu werden.

Behandlungsverlauf

Die junge Patientin lebt seit 4 Jahren in einer festen Partnerschaft. Sie kennt und liebt ihren Freund seit der Kindheit und möchte seit Abschluß ihrer Ausbildung gerne heiraten und Kinder bekommen. Mit diesem Wunsch habe sie sich ihrem ruhigen und besonnenen Freund nicht recht verständlich machen können und hat resigniert, da sie wegen ihrer seit 2 1/2 Jahren bestehenden Condylomata acuminata Insuffizienzgefühle habe. Es waren mehrere Abtragungen in Vollnarkose vorangegangen. Bei der jetzigen stationären Aufnahme bestand nur noch ein Minimalbefund. Die Patientin war auf einer Lasertherapie eingestellt, nur von dieser erhoffte sie sich eine Befreiung von ihren Beschwerden. Anstatt eine Lasertherapie zu bekommen, wurde sie auf die Psychosomatische Station verlegt, wozu sie nur ungern

zustimmte. Sechs Wochen begann sie die täglichen tiefenpsychologisch-orientierten Gespräche, indem sie sich beklagte, daß sie nicht das bekäme, weswegen sie gekommen sei; ihre Hände waren dabei naßgeschwitzt und sie zitterte. Dennoch ließ sie sich auf die Gespräche ein. Noch vor der Entlassung nahm sie den Geschlechtsverkehr mit ihrem Partner wieder beschwerdefrei auf.

Einige Monate nach Abschluß der Behandlung schrieb sie einen Brief, aus dem ihre Psychodynamik und der innerpsychische Prozeß sichtbar wurden. Auszugsweises Zitat:

„Ich möchte mich herzlich für das Engagement und die Hilfe bedanken. Mein Aufenthalt in der Klinik hat sich wirklich gelohnt, denn ich bin jetzt fast beschwerdefrei. Ich hätte früher nie gedacht, daß so eine Krankheit seelische Ursachen haben könnte. Sicher - ich habe manchmal noch ein wenig Schmerzen, aber lange nicht so stark und intensiv wie früher und ich glaube fest daran, daß auch diese minimalen Beschwerden in absehbarer Zeit verschwinden werden. Ich habe mir schon einen Therapeuten am Heimatort gesucht. Nächste Woche findet meine zweite Sitzung bei ihm statt. Es tut gut, mit jemandem über meine Probleme zu sprechen, der außerhalb meiner Familie steht und der objektiv urteilen kann. Der Hauptgrund, weswegen ich zum Therapeuten gehe, sind nicht meine Unterleibschmerzen, sondern 'das große Zittern'. An die Bauchschmerzen denke ich fast gar nicht mehr. Es tritt bei allen möglichen Personen auf und macht mir das Leben schwer, aber ich denke, daß ich auch diese Sache in den Griff bekommen werde. Ich merke, wie sich mein Leben zum Positiven verändert hat, und ich mich auch verändert habe. Ich bin irgendwie reifer geworden, mutiger und selbständiger. Ich denke jetzt über manche Sachen ganz anders als früher und kann meine Gefühle manchmal beim Namen nennen. Oft sage und tue ich einfach was ich will, natürlich möglichst ohne jemandem dabei weh zu tun oder die Gefühle des anderen entscheidend zu verletzen. Die Hauptsache ist, daß es mir wieder gut geht und ich will nie wieder so schlecht drauf sein, wie seiner Zeit in der Klinik. Ich muß endlich davon abkommen mich so zu verhalten, wie andere das von mir erwarten, mir ist klar geworden: ich bin ich! Ich muß bestimmt noch ernsthaft an mir arbeiten, denn mir ist deutlich geworden, daß ich meine Umgebung nicht umerziehen kann, sondern nur mich selbst. Für all diese Erkenntnisse bin ich dankbar, denn nur Sie haben es mir möglich gemacht, daß ich so und nicht anders über meine Krankheit denke.“

Zusammenfassend kann die Hypothese formuliert werden, daß bei einer sexuellen Dauerspannung durch Vasokongestion und Lubrikation das Terrain für Papillomaviren begünstigt wird.

Dysfunktionelle Blutungen bei Sexualstörungen des Partners

Anhand von klinischen Beobachtungen wird die Frage aufgeworfen, ob eine Sexualstörung des Mannes eine dysfunktionelle Blutung und deren Folgen bei der Frau auslösen kann. Zum Verständnis dieser Hypothese soll zunächst eine Standortbestimmung vorgenommen werden. Es war eine Frage der Perspektive, diesen Zusammenhang zu erkennen. Zunächst begegnete mir diese Thematik im Rahmen andrologisch-psychosomatischer Untersuchungen. Es fiel mir auf, daß Männer mit einer Sexualstörung bei der vorisichtigen Frage, welche Auswirkung die Sexualstörung auf die Frau habe, häufig sagten: „Das ist kein so großes

Problem, meine Frau blutet häufig“, so daß sich aus Gründen beider Partner eine Reduzierung des Verkehrs ergab.

Aus andrologischer Perspektive stellte sich dieses Faktum zunächst als ein zufälliges Zusammentreffen von Symptomen bei beiden Partnern dar. Weiterführende Fragen ergaben sich aus dieser Perspektive zunächst nicht. Als Kontrastprogramm erhielt ich später in meiner Tätigkeit auf der Psychosomatischen Station der Frauenklinik von Frauen mit dysfunktionellen Blutungen und/oder Schmerzen ohne hinreichend erklärenden organischen Befund (pelvic pain) die Antwort: „*Mein Mann nimmt Rücksicht, Verkehr findet nur noch wenig statt*“. Auch aus gynäkologisch-psychosomatischer Perspektive erschien mir die Argumentation der Patientin zunächst plausibel. Erst aus einer dritten Perspektive wurde für mich synoptisch der Zusammenhang erkennbar: aus der Psychoanalyse eines Patienten. Dieser Mann war wegen funktioneller Herzrhythmusstörungen von den Internisten zu mir geschickt worden. In der mehrjährigen Analyse konnte man erkennen, wie die Ehefrau auf die Sexualstörung des Mannes mit dysfunktionellen Blutungen reagierte. Vor dem Beginn der dysfunktionellen Blutungen hatte die Frau wegen unerfüllten Kinderwunsches die entsprechenden Untersuchungen über sich ergehen lassen. Als sich kein klärender Befund bei der Frau ergab, bestand der Gynäkologe auf einer Abklärung des Mannes in der selben Institution. Bis zu diesem Zeitpunkt hatte der Mann behauptet, er habe sich untersuchen lassen, bei ihm sei alles in Ordnung, sein Arzt habe gesagt, er habe ein „*prächtiges Gemächt*“. Bis dahin war eine Sexualstörung des Mannes nicht verbalisiert worden. Ausgelöst durch die dann erfolgte intensive Befragung der Frau durch den Gynäkologen wurde erstmals die Erektionschwäche und Unfähigkeit Samen zur medizinischen Diagnostik zu ejakulieren, benannt. Da die Frau durch ihre religiöse Bindung sexuell unerfahren war, hatte der Mann seine Sexualstörung durch allerlei nonkoitale Manipulationen überspielt. In unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit diesem diagnostischen Evidenzerlebnis begannen bei der Frau schwere dysfunktionelle Blutungen, die Abrasionen und Transfusionen erforderten. Eine endokrinologische Störung war nicht nachweisbar. Es stellt sich nun die Frage, ob eine Sexualstörung die Ursache oder Folge einer dysfunktionellen Blutung ist. Diese Frage kann nur individuell beantwortet werden. In den Krankenblättern steht wenig zur „*Vita sexualis*“. Eine Depression als Ursache einer dysfunktionellen Blutung wurde schon in der belletristischen Literatur von Marie Cardinal in „*Schattenmund*“ am Verlauf ihrer eigenen Analyse eindrucksvoll beschrieben. Vielleicht wird etwas eigentlich Ungeheurliches zur Diskussion gestellt - nämlich daß gelegentlich eine Sexualstörung des Mannes bei der Frau Krankheit in Form von dysfunktionellen Blutungen, Hysterektomie und Schmerzen ohne hinreichend erklärenden organischen Befund (pelvic pain) zur Folge haben kann. Es ist schwer zu verifizieren, was aus psychosomatischen Gründen im Körper der Frau abläuft; Blutungen kann man sehen, den Eisprung messen und den Hormonhaushalt überprüfen. Indem man mit den Emotionen umgeht, verändern sich die Gleichzeitigkeitskorrelate des Organismus.

Fallbeispiele

Bei Frau A. begannen die Blutungen unmittelbar nach einer urologischen Operation des Mannes. Dieser litt bei ungestörter Potenz unter Harnträufeln. Die Beschmutzung der Wäsche war für die Frau der Anlaß, den Mann zur operativen Behandlung zu bewegen. Danach hatte er eine Impotentia coeundi und die vorher gesunde Frau begann zu bluten.

Patientin B., eine gesunde 27 Jahre alte Frau, kam mittellos aus der früheren DDR. Sie lernte hier einen jungen Mann kennen und baute mit Hilfe seiner Mutter ihre Existenz auf. Über seine Impotentia coeundi sah die sexuell erfahrene Frau hinweg. Blutungen, Laparoskopien und Schmerzen ohne hinreichend erklärenden organischen Befund (pelvic pain) führten sie nach zweijähriger Diagnostik und Behandlung auf die Psychosomatische Station.

Manche Frau hat dysfunktionelle Blutungen, wenn sie eigentlich mit dem Mann Verkehr haben möchte, aber stattdessen resigniert. So Frau C., die zu unterschiedlichen Zeiten ihres Zyklus stets Minuten vor der gynäkologischen Untersuchung zu bluten begann. Sie liebte ihren Gynäkologen, einen attraktiven Junggesellen, der sich abstinente verhielt und ihr die Befriedigung versagen mußte. Dieses Beispiel kann zum Verständnis beitragen, wie eine ausbleibende sexuelle Befriedigung ein Symptom auslösen kann.

Psychische Bedingungen bei Blutung

Formuliert man ein fiktives Krankheitsbild einer blutenden Frau, so findet man häufig, daß die Frau im manifesten Erleben anders als im Unbewußten froh ist, daß der Mann keine sexuellen Ansprüche stellt. Sie schämt sich, ihrem Mann ihren blutenden Körper zuzumuten, sie hat Schuldgefühle, daß er nicht befriedigt wird, sie realisiert nicht, daß es auch an seiner Potenzstörung liegen kann. Es ist deshalb wichtig hervorzuheben, daß Sexualität eine interaktionelle Angelegenheit ist und daß eine Beziehungsstörung des Paares einen somatopsychisch-psychosomatischen Circulus vitiosus auslösen kann. Informationen über frühere Partnerschaften sind wichtig, da die Potenz des Mannes in verschiedenen Partnerschaften unterschiedlich ausgeprägt sein kann. Es ist problematisch, über die Patientin die Potenzstörung des Mannes zu verifizieren. Ein derartiges Vorgehen kann für das Paar Folgen haben. Es handelte sich oft um attraktive und begehrte Männer, die bei der Frau im Vorfeld des sexuellen Vollzugs Lubrikation und Vasokongestion auslösen. Die Frau wagt nicht, sich zu beklagen aus Furcht, daß der Mann dann fremdgeht. Von der Abteilung für Andrologie wurde ein Mann vorgestellt, dessen drei Partnerinnen dysfunktionelle Blutungen hatten. Was kann man therapeutisch tun? Zunächst muß man realisieren, daß das Symptom seinen Sinn hat, die Frau aber nicht spontan darüber sprechen kann, da ihr der Zusammenhang unbewußt ist. Bei diesem Krankheitsbild geht es um Affekte: unbefriedigtes sexuelles Verlangen und reaktive Depression. Den depressiven Anteil in der Symptomatik kann man gelegentlich mit einem Antidepressivum mildern. Die Therapie hängt auch von der tiefenpsychologisch-orientierten Diagnose ab, bei der Frau und beim Mann. Diese ist aus verschiedenen Gründen nicht immer möglich und kann sogar gelegentlich eine Kontraindikation für ein aufdeckendes Vorgehen ergeben.

Wenn eine Psychotherapiefähigkeit nicht gegeben ist, ist die zwar nicht optimale aber oft lebensnotwendige Behandlung eine symptomatische Therapie.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß dysfunktionelle Blutungen ein Korrelat von emotionalen Dauerspannungen sein können. Im Erleben sind depressive Affekte wirksam. Der Körper reagiert mit Lubrikation, Vasokongestion und Spasmen des Beckenbodens, die zu Dyspareunie und funktionellen Blasenbeschwerden führen können. Vegetative Dysregulation und hormonelle Veränderungen sind denkbar. Schwere dysfunktionelle Blutungen können zur Hysterektomie und Schmerzen ohne hinreichend erklärenden organischen Befund (pelvic pain) führen. Dafür spricht die anamnestiche Angabe, daß bei pelvic pain manchmal eine

Hysterektomie wegen Blutungen vorangegangen ist. 65% der Patientinnen unserer Psychosomatischen Station mit Schmerzen ohne hinreichend erklärenden organischen Befund sind junge Frauen zwischen 20 und 40 Jahren. Das Gefühlsspektrum dieser Patientinnen umfaßt oft sexuelles Verlangen und reaktive Depression. Sexuelles Unbefriedigtsein bei dieser Konstellation kann Frauen aggressiv machen. Die Wendung der Aggression gegen sich selbst ist die zentrale Bedingung einer Depression aus tiefenpsychologischer Sicht. Darüber hinaus ist es denkbar, daß Blutungen nach erfolgreicher reproduktionsmedizinischer Hilfe auftraten, weil z. B. durch Behandlung des Spermas und Insemination die *Potentia generandi* des Mannes in Frage gestellt wurde. In meinen Ausführungen habe ich Fragen formuliert, durch einschlägige Forschung müssen diese aber verifiziert oder falsifiziert werden.

Literatur

- Gross, G.; Wagner, D.; Hauser-Brauner, B.; Ikenberg, H.; Gissmann, L.: Bowenoid Papulose und Carcinoma der Cervix uteri bei Sexualpartnern. *Der Hautarzt*. 1985;36:465-489
- Jablonska, S.: Die Therapie der Papillomavirus-Infektion, hautnah dermat. 1991:49-50
- Petersen, E.E.; Clad, A.: Klinische Bedeutung der Papillomviren in der Gynäkologie. *Gynäkologie*. 1992;25:20-25
- Rechenberger, I.: Tiefenpsychologisch ausgerichtete Diagnostik und Behandlung von Hautkrankheiten. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht 1986
- Rechenberger, I.; Brenninkmeyer, E.: Psychosomatic factors in herpes genitalis and condylomata acuminata. In: Nijs P., Leysen B., Richter D. (eds). *Advanced research in psychosomatic obstetrics and gynaecology*. Leuven: Uitgeverij Peeters, 1991:138-142
- Rechenberger, I.: Sexuelle Probleme nach gynäkologisch-onkologischer Therapie. *Gynäkologie*. 1992;25:76-81.

Anschrift des Autors

Prof. Dr. Ilse Rechenberger, Psychosomatik der Frauenklinik, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Moorenstraße 5, D-40225 Düsseldorf

Transkulturelle und evolutionsbiologische Aspekte von Schwangerschaft und Geburt

Cross-Cultural and Biological Aspects of Pregnancy and Birth

W. Schiefenhövel, Erling-Andechs

Zusammenfassung

Auf der Grundlage ethnomedizinischer und humanethnologischer Untersuchungen bei den Eipo - einer traditionellen Kultur von Bergpapua im Hochland von West-Neuguinea - werden transkulturelle Befunde zu Eheschließung, Schwangerschaft und Geburt vorgestellt und unter evolutionsbiologischer Perspektive diskutiert.

Schlüsselwörter: Ethnomedizin - Eipo/Neuguinea - Schwangerschaft - Geburtsverhalten

Abstract

The current ethnomedical state of knowledge about marriage, pregnancy and birth behaviour of the Eipo - a traditional Papuan culture in the Highlands of West-New Guinea - is introduced and used as a basis for evolutionary and biopsychological reflections concerning modern obstetrics and sexology.

Key words: Ethnomedicine - Eipo/New Guinea - pregnancy - birth behaviour

Wer sich heute mit Sexuologie, also der Wissenschaft von menschlicher Sexualität, Geschlechtlichkeit und Partnerschaft beschäftigt, wird nicht umhin können, die anthropologischen Implikationen der Sexualität, wie sie durch Schwangerschaft und Geburt mitgesetzt sind, zu berücksichtigen. Nun ist unsere Umgangsweise mit diesen natürlichen Bereichen menschlichen Lebens nicht immer dazu angetan, hier wirklich unverstellte Einblicke in die 'conditio humana' zu geben. Der Blick auf andere Kulturen mag für uns völlig neue, evolutions- und kulturhistorisch aber alte Aspekte eröffnen, die uns durch teilweise fehlgeleitetes Bemühen des 'Bessermachens' verlorengegangen sind.

Methoden

Die Binnensicht einer Kultur kann der fremde Untersucher, bei allem Bemühen um die Sprache, gedanklichen Konzepte, symbolischen Repräsentationen und religiösen Verankerungen seiner Gastgeber, naturgemäß nur unvollkommen wiedergeben. Zum Verzweifeln angesichts dieser Aufgabe besteht aber kein Grund, denn aussagefähige Annäherungen sind mittels der 'emischen Zugangsweise' (vgl. Harris 1968) möglich, also des Hineinversetzens in die Informanten und damit des Versuchs, die Welt der natürlichen, gemachten und gedachten Dinge mit ihren Augen zu sehen. Dieser emische Zugang erfolgt typischerweise durch teilnehmende Beobachtung und mündlich erhaltene Informationen; denn in der Regel existiert ja in traditionellen Kulturen kein schriftlich niedergelegtes Korpus an Ideen, Erklärungen und Regeln. Ergänzend dazu wurde der 'etische' Zugang genutzt, also die Analyse der gewonnenen Daten mit den Methoden unserer wissenschaftlichen Disziplinen.

Im Verlauf 22monatiger ethnologischer, ethnomedizinischer und humanethologischer Felduntersuchungen bei den *Eipo*, einer Gruppe von Bergpapua in Irian Jaya (Hochland von West-Neuguinea) wurden zwischen 1974 und 1980 Schwangerschaftsverläufe und Geburten begleitet sowie ausführlich mittels Foto, Tonband und Ereignisprotokoll dokumentiert (vgl. Schiefenhövel 1988).

Eheliche Beziehungsformen

Bei den *Eipo* sind folgende Formen des Eheschlusses verbreitet:

1. Die durch die jeweiligen Eltern bzw. Familien des potentiellen Brautpaares arrangierte Ehe. Dieses ist die von der Gesellschaft präferierte Heiratsform; es wird dabei eine Kreuz-Cousinen-Verbindung angestrebt ('cross-cousin-marriage'; vgl. Hirschberg 1988). Die Söhne und Töchter der betroffenen Familien sind häufig nicht einverstanden mit der Festlegung ihrer Heiratspartner und suchen sich selbst ihren Lebensgefährten bzw. ihre Lebensgefährtin im Sinne der zweiten Möglichkeit.

2. Wahl des Ehepartners auf der Basis von Zuneigung und/oder anderen Erwägungen durch die betroffenen Frauen und Männer selbst, häufig im Sinne einer Liebesheirat. Dieses ist ebenfalls die Basis der

3. Entführungs-Ehe. Hierbei entführt der Mann eine bereits verheiratete Frau. Am häufigsten findet sich das in Konstellationen, bei denen eine jüngere Frau von einem älteren Mann als zweite, sehr selten auch als dritte Frau geheiratet wurde.

Diese Frauen sind häufig mit ihrem Los unzufrieden, verlieben sich in jüngere unverheiratete Männer und lassen sich von ihnen 'rauben'. Diese spektakulären Entführungen ziehen oft Streit und bewaffnete Auseinandersetzungen zwischen den Angehörigen des verlassenen Ehemannes und jenen des Bräutigams nach sich. In einem Fall wurde ein junger Mann medizinisch behandelt, der je einen Pfeil-Steckschuß im unteren Abdomen, bzw. im rechten Oberschenkel erlitten hatte. Die von ihm entführte junge Frau kümmerte sich in reizender Weise um den Verletzten. Wenn, wie in diesem Fall, das neue Paar unmißverständlich klar macht, daß es zusammen bleiben will, wird diese an sich unrechtmäßige Form der Heirat von der Gesellschaft akzeptiert. Auch die 'beraubten' Männer fügen sich in ihr Schicksal.

Entgegen der weitverbreiteten Ansicht, daß die 'romantisch-sexuelle Liebe' ein Produkt der bürgerlichen Gesellschaft sei, finden sich in traditionellen Kulturen praktisch genau dieselben von Liebe und Eifersucht geprägten Verbindungen wie bei uns. *Eipo*-Frauen dichten formal auch uns sehr ansprechende und in ihren kräftigen Metaphern kühne Liebeslieder, in denen sie die Begegnung mit einem Mann schildern. Es ist offenbar ein universales menschliches Bedürfnis, emotional stark aufwühlende Erlebnisse in nicht-prosaischer Sprache auszudrücken und über den Tag hinaus zu erhalten. Als besonders gelungen empfundene Liebeslieder werden bei den *Eipo* in die nächste Generation weiter gegeben. Der eigentliche Eheschluß ist, wie in allen Gesellschaften, auch bei den *Eipo* formalisiert. Im Idealfall tauschen die Familien der Brautleute verschiedene kostbare Gaben in der Phase vor der Heirat. Sie wird durch eine besondere Brautgabe besiegelt: ein Beuteltier, das der junge Mann im Bergwald erlegt und seiner Braut zum Geschenk macht. Im Falle einer Wiederheirat von Witwen oder Witwern ist diese Formalisierung weniger ausgeprägt bis fehlend.

Die Rolle des Ehemannes

Bei Beginn einer Liebesbeziehung ist nach unseren Erhebungen die Koitusfrequenz mit etwa 1 pro Tag deutlich höher als bei der Gesamtheit der sexuell aktiven Bevölkerung, wo sie bei 1-2 pro Woche liegt. Während der Menstruation halten sich die Frauen in den Frauenhäusern auf, und Geschlechtsverkehr ist in diesem Zeitraum streng tabuiert. Eine Verunreinigung des Mannes mit Menstrualblut gehört zu den schwersten Bedrohungen seiner Gesundheit (Schiefenhövel 1992). Überhaupt wird das weibliche Genitale als Sitz potentiell gefährlicher Emanationen angesehen. Aus diesem Grunde beginnen Männer meist erst jenseits des 20. Lebensjahres Geschlechtsverkehr zu haben. Man muß sich erst sicher und gefestigt in seiner männlichen Rolle fühlen. Wir haben zwischen Ehepartnern, die schon länger verheiratet waren, Zuneigung und Achtung beobachtet. Allerdings gibt es auch Streit und Zerwürfnisse. Frauen ab etwa 35 beginnen nicht selten Liebesbeziehungen mit anderen, oft jüngeren Männern, was in den meisten Fällen zu heftigen Reaktionen der Ehemänner führt.

Nach allgemeiner Überzeugung entsteht das Kind im Uterus der Mutter durch die Verbindungen des stockenden Menstrualblutes mit dem Sperma. Bei Kinderwunsch ist es daher notwendig, häufig Geschlechtsverkehr zu haben. Etwa ab dem letzten Schwangerschaftsdrittel ist der Geschlechtsverkehr tabuisiert. Begründet wird das mit der Sorge, das Kind könne Schaden erleiden, entweder durch Druck auf das Abdomen oder den eingeführten Penis.

In der Eipo-Gesellschaft, wie in sehr vielen anderen Ethnien (vgl. Schiefenhövel 1986) ist die Geburt ein Geschehen in der weiblichen Sphäre. Männern ist der Zutritt zum Frauenhaus untersagt. In einem Fall durchbrach ein Mann diese Regel, weil er sich Sorgen um seine Frau machte. Die Gebärende selbst und die sie betreuenden Frauen ließen seine Anwesenheit zunächst zu. Seine Frau schickte ihn dann aber zurück ins Dorf. Wenn die Geburtshelferinnen der Meinung sind, daß der Fortschritt der Geburt durch übernatürliche Mächte behindert wird, holen sie bisweilen männliche Heilkundige hinzu. Eine Couvade (vgl. Bonin 1983) findet sich im gesamten Hochland von Neuguinea nicht. Das regelrechte „Männerkindbett“ ist ohnehin äußerst selten in traditionellen Kulturen. Wenngleich der Eipo-Ehemann von der eigentlichen Geburt ausgeschlossen ist, nimmt er doch Anteil. Es ist üblich, daß er seiner Frau ein Geschenk macht, sobald er vom glücklichen Ausgang der Geburt gehört hat, z.B. einen Vogel, mit dessen Fett die Wöchnerin ihre Brüste bestreicht und auch das neugeborene Kind einreibt. Durch diese religiöse Zeremonie soll sichergestellt werden, daß es Mutter und Kind weiterhin gut geht und der Milchfluß in Gang kommt.

Schwangerschaft bei den Eipo

Die Eipo und ihre Nachbarn können als außerordentlich gut an die in ihrer Heimat herrschenden Lebensbedingungen angepaßt gelten (vgl. Schiefenhövel 1982). Das trifft insbesondere für den Gesundheits- und Trainingszustand der Frauen zu, die wegen der von ihnen ausgeführten Sammeltechniken und der sie begünstigenden Ernährungstabus für die Männer mehr hochwertiges tierisches Eiweiß erhalten als die männlichen Jugendlichen und Erwachsenen und darüber hinaus durch die tägliche Arbeit mit ihren Kraft- und Ausdauerbelastungen muskulär und vor allem von der Leistungsfähigkeit ihres Herz- Kreislaufsystems her gesehen sehr günstige Voraussetzungen für die Geburtsarbeit mitbringen. Wie weit diese physische Leistungsfähigkeit das Geburtsverhalten beeinflusst, etwa bezüglich der Fähigkeit, anstren-

gende Körperhaltungen wie Hocken etc. einzunehmen, kann hier nicht letztlich beantwortet werden. Die Geburtsverläufe in manchen unserer Kliniken (vgl. Odent 1979, 1983 und bei Hausgeburten, Sack 1993) zeigen jedenfalls, daß auch Mitteleuropäerinnen ähnlich gebären können.

Für die letzte Phase der Schwangerschaft bei Eipo-Frauen konnte festgestellt werden, daß sie bis zum Tag der Niederkunft auch anstrengende körperliche Arbeiten verrichten, sich aber keine der sonst üblichen Höchstleistungen abverlangen. Dieses Muster deckt sich mit den Erhebungen von Jimenez-Houdek und Newton (1979), die anhand der ethnographischen Darstellungen von 202 Gesellschaften fanden, daß die Schwangeren bis zur Geburt arbeiten, danach jedoch eine mehr oder weniger lange Periode der Schonung genießen. Auch das scheint also eines der interessanten Muster zu sein, die aufzudecken die kulturenvergleichende Geburtsforschung in der Lage ist. Auch aus den Industrieländern ist bekannt, daß die Mehrzahl eventueller Beschwerden im Laufe der Schwangerschaft zurückgeht, deren Ende von meist gutem Wohlbefinden und körperlicher Leistungsfähigkeit gekennzeichnet ist. Hier darf man wohl vor allem endogene Steuerungsmechanismen annehmen, die gewissermaßen dafür sorgen, daß die Frauen zum Zeitpunkt der Geburt besonders belastbar sind.

Wie in vielen anderen traditionellen Kulturen auch sind die Eipo-Frauen mit ihrer Rolle als potentielle Schwangere und Mütter prinzipiell einverstanden. Ihre Position in der Gesellschaft bestimmt sich zum Teil dadurch, daß sie Kinder haben. Einige wenige Frauen im Dorf Munggona waren kinderlos; sie selbst bedauerten diese Tatsache. In der Ranghierarchie der Dorfgesellschaft nahmen sie untere Plätze ein. Die Schwangeren, die wir während unserer Aufenthalte beobachteten, machten einen fröhlichen und zufriedenen Eindruck. Unter der psychischen Belastung des Gebärens äußerte eine Frau, daß ihr Mann Schuld an ihren Schmerzen sei, denn er habe sie schwanger gemacht. Ob dies ein verbreitetes Muster ist oder nicht, könnte nur durch eine ausreichend große Stichprobe beantwortet werden.

Alle Schwangeren hatten, spätestens im letzten Trimenon, ein mehr oder weniger ausgeprägtes *Caput medusae* in der Abdominalhaut um den Nabel. Diese varizenähnliche Erweiterung der Venen führte offenbar zu dem typischen Juckreiz, denn in etlichen Fällen war die Haut etwas aufgekratzt und bisweilen dadurch leicht infiziert. Eine mögliche Erklärung dieses überraschenden Befundes, der einzigen festgestellten Pathologie in der Schwangerschaft, könnte in folgender Tatsache liegen: Alle Eipo haben einen sehr niedrigen systolischen und diastolischen Blutdruck. Die Messungen von Horst Jüptner (1983) ergaben, daß bei männlichen Probanden aller Altersgruppen der systolische Blutdruck um oder unter 100, der diastolische zwischen 50 und 75 lag. Bei Frauen dürften die Werte entsprechend niedriger liegen. Vermutlich entspricht diesen Druckverhältnissen im artiiellen Schenkel ein ebenfalls sehr niedriger Druck auf der venösen Seite. Das könnte zu einem ausgeprägten Vena-cava-Syndrom führen. Die periumbilikal angetroffenen Venenerweiterungen wären demnach als venöser Umgehungskreislauf anzusehen.

Prinzipien eines archetypischen Modells des Gebärens

Der Geburtsverlauf bei den unter neolithischen Bedingungen lebenden Eipo ist in hohem Maße naturbelassen und kann somit als archetypisches Modell des Gebärens bei *Homo sapiens* gelten. In unseren Kliniken sind natürliche, das heißt von pharmakologischen und medizintechnischen Eingriffen freie Geburten immer noch die Ausnahme. Insbesondere

bezüglich der Gebärhaltungen und der psychosozialen Einbettung des Geburtsgeschehens sind die Befunde aus den Bergen Neuguineas daher aufschlußreich.

Die Erstgebärenden, etwa zwischen 20 und 23 Jahre alt (das Menarchealter liegt bei 17-18 Jahren) und die Mehrgebärenden bis zum Alter von etwa 45 Jahren sind zumeist sehr gesund und körperlich wohltrainiert. Sie haben den Vorteil, geistig und emotional gut für die bevorstehende Geburt gerüstet zu sein. Unter anderem liegt das daran, daß junge Frauen, seit dem sie als Mädchen kleinere Handreichungen bei Geburten verrichtet haben, wiederholt unmittelbare Zeugen des Geburtsgeschehens bei anderen Frauen sind. So erleben sie aus eigener Anschauung, daß sich Schmerz, Agonie, Erholung und Erleichterung abwechseln, und daß die Kinder schließlich doch geboren werden. Die Eipo-Frauen betrachten ihre Rolle als Schwangere, Gebärende und als diejenigen, die die Kinder großziehen, als naturgegeben - seien sie verheiratet (zum Zeitpunkt der Geburt des ersten Kindes sind es die meisten von ihnen) oder nicht. Schwangerschaft und Geburt sind auch Bestandteil der mythischen Berichte, die sinngebend in den Alltag hineinwirken.

Sobald sie regelmäßige Wehen fühlt, begibt sich die Gebärende in das Frauenhaus, das in den meisten Fällen am Rande des Dorfes steht. In diesen zumeist sehr kleinen Hütten, deren Innenraum noch zusätzlich durch große Bündel von Feuerholz beschränkt ist, das von den Frauen im voraus dort hingebacht wird, verbringen die Frauen die Tage der Menstruation und des Puerperiums. Bisweilen leben auch solche Frauen dort, die an einer schweren Krankheit leiden. In diesen Frauenhäusern sind oft Besucherinnen anwesend, die den Frauen während der Menstruation oder des Wochenbettes Gesellschaft leisten. Die Menstruierenden sind in dieser Zeit frei von allen schweren Arbeiten und beschäftigen sich mit Handarbeiten, wie etwa dem Herstellen von Netzen oder Schmuck. Die Menstruations-/Geburtshäuser sind also so etwas wie ein Treffpunkt der Frauen und Mädchen, das Gegenstück zum Männerhaus, zu dem wiederum den Frauen und Mädchen der Zugang verwehrt ist. Der etwa 3-4tägige menstruationsbedingte Aufenthalt im Frauenhaus, losgelöst von der Verpflichtung, für die Familie sorgen zu müssen, ist eine Art Kurzurlaub. Allerdings liegt die Gesamtanzahl an Menstruationen bei den Eipo-Frauen wesentlich unter jener in Industrieländern, da das lange Bruststillen zu einer etwa zweijährigen Amenorrhoe führt und die Anzahl an Schwangerschaften höher ist.

Unsere westliche Kultur prägt die Mädchen, wie Ernst Pöppel darlegt, in folgender Weise: „Geburt ist... ein angstbesetzter Vorgang. Diese Beziehung zwischen Geburt und Angst und Schmerz wird im Sinne einer Prägung von den Mädchen von früh an erfahren, und sie können sich dieser Dimension nicht entziehen, da sie ein Teil unserer Kultur ist, der nicht einfach abgestreift werden kann“ (Pöppel 1982: 244). Daß Schmerz und Angst Bestandteil des Gebärens sind, lernen die Eipo-Mädchen ebenfalls; durch das Teilnehmen am Gebären kreißender Frauen kommt jedoch die Erfahrung hinzu, daß und wie man damit fertig werden kann.

Erstgebärende werden besonders aufmerksam behandelt: Eine traditionelle Geburtsbetreuerin - meist die Mutter der Gebärenden, die Schwiegermutter oder eine andere weibliche Verwandte oder eine Freundin, in jedem Fall eine Frau, die selbst bereits Kinder bekommen hat - sitzt ganz in ihrer Nähe, hält sie, streichelt sie, spricht zu ihr und bringt neue Famblätter, die man als Vor- und Unterlage zur Aufnahme von Fruchtwasser, Schleim und Blut verwendet.

Ein Element dieses Prinzips, es der Gebärenden so angenehm wie möglich zu machen, besteht darin, daß die Kreißende den Ort, an dem sich die Geburt abspielt, sehr gut kennt. Viele Male ist sie während ihrer Menstruation und der Besuche bei anderen Frauen dort gewesen. Sie

kennt die Hütte selbst, die Büsche und Bäume in ihrer Nachbarschaft, und sie kennt die Frauen, die ihr Beistand leisten. Die bedeutsame Rolle des eigenen Territoriums für die Gebärende wird derzeit bei uns neu entdeckt (vgl. Sack 1993). Ein weiteres Element des beschriebenen Prinzips besteht darin, daß man die Geburtsschmerzen mit den archaischen Methoden der Massage und des Bestreichens der Haut behandelt, d.h. mittels Ausnutzung kutoviszeraler Reflexe, und darin, daß der Gebärenden, vor allem auf dem Wege nonverbaler Kommunikation, das Gefühl vermittelt wird, nicht allein zu sein. Diese Sozialisierung einer individuellen Last oder Bedrohung ist typisch für traditionale Gesellschaften - man denke beispielsweise an den Trance-Tanz der Kalahari San (Eibl-Eibesfeldt 1973; Katz 1976). Seit einigen Jahrzehnten wird dieses Prinzip durch einige Formen der Psychotherapie re-etabliert.

Die religiösen Anteile solcher pragmatischen Behandlungsmethoden bestehen u.a. darin, daß die Geister der Verstorbenen angerufen werden, damit sie die Blockade des Geburtskanals wegnehmen, die nach Vorstellung der Eipo von übel gesinnten Kräften verursacht werden kann. Derartige Zaubersprüche, die man in die unsichtbare (aber in der Vorstellung der Eipo unzweifelhaft existierende) Sphäre des Außermenschlichen, Jenseitigen sendet, sind auch im Zusammenhang mit der Geburt nichts Außergewöhnliches - viele Alltagshandlungen werden von derartigen Anrufungen und Gebeten begleitet; 'Natürliches' und 'Übernatürliches' haben in der Gesellschaft der Eipo denselben Realitätsgehalt. Die Gebete zu den Geistern tragen ebenfalls dazu bei, eine Atmosphäre der Ruhe und Zuversicht zu schaffen.

Das zweite Prinzip besteht darin, daß die Gebärenden vertikale Körperhaltungen einnehmen. Wie von Kirchhoff in seinen anregenden Arbeiten (Kirchhoff 1977; 1983) gezeigt wurde, sind aufrechte Körperhaltungen die „klassische“ Geburststellung. Die Eipo-Frauen stehen, sitzen, knien, hocken oder wählen Kombinationen aus diesen vier Grundmöglichkeiten.

Ein drittes Prinzip ist diesem zweiten angefügt: die Gebärende wählt sich ihre Körperhaltung selbst. Hier könnte man einen möglichen Widerspruch entdecken: Wie, wenn sie nun vorzieht, sich hinzulegen, vielleicht sogar, in der Rückenlage zu verweilen? In der Tat kommt es bisweilen vor, daß die Eipo-Frauen unter der Geburt die Vertikale verlassen und sich auf die Seite legen oder auch für kurze Perioden auf den Rücken, wenn sie von einer seitlichen Liegehaltung zur anderen überwechseln. In den frühen Phasen der Geburt haben wir sie auch Knie-Ellbogen-Lagen einnehmen sehen, bei denen sie, den Oberkörper zum Teil nach unten geneigt, die aufrechte Körperhaltung also vollständig verlassen hatten. Doch bilden diese Körperhaltungen bei weitem die Minderheit, die Frauen wählten über die meiste Zeit Stehen, Sitzen und Hocken. Tatsächlich haben wir in keinem einzigen Fall eine Eipo-Frau ihr Kind in Rückenlage zur Welt bringen sehen. In ähnlicher Weise, wie es Odent (1976; 1980) für Frankreich gezeigt hat, sprechen die Ergebnisse unserer Beobachtungen bei den Eipo dafür, daß Frauen, seien sie nun Mitglieder einer vorindustrialisierten oder einer industrialisierten Gesellschaft, sehr wohl in der Lage sind, ideale oder zumindest günstige Körperhaltungen unter der Geburt zu finden und einzunehmen, wobei sie offenbar nach dem Kriterium des relativ geringsten Schmerzes handeln. Die Eipo-Frauen, gelenkt durch das Gefühl für die angenehmste Körperstellung, wechseln ihre Positionen oft, sie stehen auf, gehen herum, knien, legen sich nieder, sitzen und hocken. Wenn eine Wehe einsetzt, richten sie ihren Körper zumeist noch etwas mehr in die Vertikale; in den Wehenpausen, in denen sie sich offensichtlich gut erholen, lehnen sie sich ein wenig zurück.

Wir hatten das Gefühl, daß sie Entspannungstechniken in ganz individueller, d.h. nicht normierter Weise nutzten - ihre Gesichter wurden sehr ruhig, die Pulsfrequenz ging zurück. Es liegt jedoch kein Tabu auf der Äußerung des Schmerzes, auf Weinen oder Schreien während

der Wehen. Bisweilen drückten die Gebärenden ihren Schmerz in einer Art Sing-Sang aus, der in seiner fallenden Melodie sozusagen einen musikalischen Ausdruck des Weinens darstellt, wie er im übrigen auch in den Klagegesängen vieler Kulturen zum Ausdruck kommt. Die Frauen empfinden durchaus Angst; Angst, daß die Geburt zu lange dauern könne, daß sie bei der Geburt sterben könnten. In den 6 Jahren, die wir bisher überblicken können, ereignete sich bei insgesamt 79 Geburten kein mütterlicher oder kindlicher Todesfall während der Geburt. Allerdings wurden etwa 30% der Neugeborenen, meist Mädchen, nach der Geburt durch Aussetzen getötet (vgl. hierzu ausführlich Schiefenhövel 1988). Abgesehen davon beträgt die Mortalität im ersten Lebensjahr etwa 10% und ist damit im Vergleich zu anderen Drittwelt-Ländern sehr niedrig.

In allen Fällen, die wir beobachtet haben, sprachen weder die Gebärenden selbst noch die betreuenden Frauen über das Befinden, das Wohlergehen des Kindes im Uterus; für sie schien ausschließlich der Zustand der Gebärenden von Bedeutung zu sein, auf die sich alle Sorge und Aufmerksamkeit richtete. Man versuchte, es ihr so angenehm wie möglich zu machen, ihr Schmerz und Angst zu nehmen. Die Eipo haben wenig Möglichkeiten, etwas über den Zustand des Fetus in Erfahrung zu bringen. Die Sorge für das Kind beginnt daher erst mit dem Augenblick der Geburt. Die Frauen trinken oder essen normalerweise nicht, selbst wenn die Geburt sehr lange dauert. Es hat uns überrascht, daß die Frauen bis auf eine Ausnahme ihre kleinen, aus Riedgrasstengeln gefertigten Schamuschürzen nicht abnehmen. Die Schnüre, die die verschiedenen Schichten dieser Schürzen an ihrem Platz halten, werden allerdings etwas gelöst. Die Vulva ist auch dann noch bedeckt, wenn der kindliche Kopf erscheint.

Geburtshilfliche Maßnahmen beschränken sich auf äußere Handlungen, wie Massage des Abdomens, der Flanken und des Rückens der Gebärenden. Im Genitaltrakt werden keinerlei Manipulationen oder Untersuchungen durchgeführt, auch nicht am Introitus vulvae. Nur in seltenen Fällen, und zwar in der Austreibungsphase, wurde die Vulva inspiziert. Es wurden keine Vorkehrungen getroffen, das Perineum zu schützen, doch die etwa 140 Frauen, die wir im dörflichen Zusammenleben über fast zwei Jahre beobachten konnten, schienen nicht unter den Folgen alter Geburtsverletzungen zu leiden.

Die Gebärenden begannen allem Anschein nach erst dann mit voller Kraft mitzupressen, wenn sie den Drang dazu verspürten. Dann hielten sie ihren Atem für eine Weile an und benutzten die Bauchpresse zum Teil in so starkem Maße, daß sie durch die Kraftanstrengung kurzfristig erschöpft waren. Gegen Ende der Geburt machten die Frauen den Eindruck, als seien sie entschlossen, das Kind jetzt aus dem Geburtskanal herauszupressen. In dieser Phase hörten wir zwar bisweilen kurze Schmerzensschreie, länger anhaltendes Weinen haben wir jedoch nicht gehört, zu diesem Zeitpunkt auch keine Resignation oder Verzweiflung bemerkt.

Ohne von jemandem berührt zu werden, wurden die Kinder entweder auf den aus Erde bestehenden Boden der Menstruationshütte, auf den man einige Blätter gelegt hatte, oder in das Gras der Umgebung geboren. Da die Vulva nie weiter als höchstens 10cm vom Erdboden entfernt war, traf das kindliche Köpfchen relativ sanft auf dem Boden auf. Die Neugeborenen, die, wie bei allen dunklen Populationen üblich, noch eine sehr helle, wenig pigmentierte Haut haben, wurden kurz nach der Geburt rosig, auch wenn sie zunächst etwas zyanotisch gewesen waren. Der kleinere Teil der Neugeborenen gab kurz nach der Geburt Schreie von sich, ein männliches Kind urinierte sofort.

Domestikation und Geburt. Evolutionsbiologische Aspekte

Lorenz (1965) lenkte die Aufmerksamkeit auf die interessante Frage, ob *Homo sapiens* nicht als Lebewesen anzusehen sei, das etliche der für Domestikationsprozesse typischen Erscheinungen morphologischer und ethologischer Art aufweise, wie Hang zum Fettansatz, Schwäche des Muskel- und Bindegewebes, auffällige „Hypersexualisierung“ u.a. (vgl. Eibl-Eibesfeldt 1978:292-294). Im Falle der letzteren Eigenschaft sind die meisten Verhaltensbiologen sich einig darüber, daß hier eine Anpassung an die Notwendigkeit der langen Jugenaufzucht durch sexuelle Bindung der Eltern erfolgte (vgl. Morris 1967). Domestikationserscheinungen sind also nicht a priori als negative Entwicklungen anzusehen.

Für das Geburtsverhalten verschiedener Tierarten, auch der Haustiere des Menschen, sind die Arbeiten der holländischen Schule der vergleichenden Geburtkunde (De Snoo 1943; Slijper 1960; Naaktgeboren & Slijper 1970; Naaktgeboren & Bontekoe 1976; Naaktgeboren 1983) bahnbrechend. Bezüglich des Domestikationseffektes stellt Naaktgeboren zwar bei einigen, dem züchterischen Willen des Menschen besonders unterworfenen, Tierrassen Störungen fest, etwa wenn wegen ausgeprägter mandibulärer Prognathie Doggen-Welpen die Fruchthülle nicht mehr aufbeißen können (Naaktgeboren und Slijper 1970:90), betont aber, daß vor allem im Bereich des Geburtsverhaltens Domestikationsfolgen fehlen.

Für den Menschen, der in der weitaus längsten Zeitspanne seiner Existenz als Bewohner oft unsicherer Habitate und Nischen hohen Selektionsdrücken ausgesetzt war, ist festzustellen, daß es in seiner Evolution erstens infolge der Aufrichtung zu einer geburtsmechanisch ungünstigen Krümmung des Geburtskanals kam und zweitens das stark gestiegene Gehirnvolumen den Geburtsvorgang weiter erschwerte. Im Kosten-Nutzen-Spiel der Evolution waren Intelligenz und geistige Anpassungsfähigkeit dieses neuen Wesens offenbar gegen die Nachteile seiner gefährlichen Geburt aufgewogen. Eine der morphologisch-physiologischen Antworten auf das entstehende Mißverhältnis kindlicher Kopf/mütterliches Becken war die relative Frühgeburtlichkeit des Menschenjungen, das heißt sein ausgeprägtes Wachsen und Reifen nach der Geburt, das sich nicht nur auf das Gehirn auswirkt, sondern nach dem Prinzip der Neotenie, dem langen Erhalten jugendlicher Züge, für andere Eigenschaften ebenfalls nachweisen läßt.

Die Betrachtung des Gebärmuttertraktes und des Geburtsverhaltens traditionell lebender Gesellschaften mag uns, so lange sie vor den akkulturationsbedingten Veränderungen dokumentiert wurden, weitere Aufschlüsse darüber geben, wie angepaßt an die Bedingungen und Möglichkeiten menschlicher Existenz die Geburt ist.

Gerade für den Zeitpunkt der Geburt gilt, daß er eine Art evolutionären Flaschenhalses darstellt, einen „selection funnel“ (Konner 1977), eine Situation, in der eine besondere Gefährdung sowohl des Lebens des Kindes als auch, in geringerem Maße, der Mutter besteht. Wann immer existentielle Gefährdungen auftreten, die das physische oder soziale Überleben des Individuums bedrohen, bleibt wenig Spielraum für mutationsbedingte Änderungen oder gelerntes Verhalten, denn zu leicht könnten sich Letalfaktoren ergeben oder nicht-adaptive Verhaltensweisen auftreten. Für die Geburtssituation trifft das in besonderem Maße zu, denn hier geht es nicht nur um ein, sondern um zwei Individuen, deren Unversehrtheit möglichst zu erhalten ist. Daraus kann man folgern, daß sowohl für die physiologisch-medizinischen als auch die erlebnis- und verhaltensmäßigen Prozesse um die menschliche Geburt eine evolutiv abgesicherte biologische Basis besteht.

Ausblick

Von den biokybernetischen Steuerungsprozessen im Geburtsgeschehen haben wir noch völlig unzureichend Kenntnis. Was genau führt zum Einsetzen der ersten Wehen, was bedingt Stillstand und Fortschritt beim Tiefertreten der Frucht, der Erweiterung von Muttermund und Damm, wie wirken Regression und Autonomie, Kraftgefühl, Schmerz und Angst, wann und in welchem Maße werden Endorphine ausgeschüttet, sowie körpereigene Wehenhormone, was führt zu dem starken, quasi orgasmischen Glücksgefühl gleich nach dem Durchtritt des Kindes, von dem manche Frauen berichten, was bestimmt sie, fürsorglichen Kontakt mit dem eigentlich abstoßenden Neugeborenen aufzunehmen, was treibt sie in unseren Breiten so häufig in die völlig unbiologische, afunktionale Wochenbettdepression? Mehr als ein paar Details wissen wir dazu nicht.

Aber die moderne, noch immer sehr invasive Geburtsmedizin hat dessen ungeachtet die Tendenz, während aller Phasen des Gebärens in dieses unzweifelhaft existierende, komplexe Gefüge einzugreifen - mit Medikamente transportierenden Infusionsschläuchen, Daten übermittelnden Kabeln an und in Mutter und Kind, mit den Vorschriften und Routinen einer sich nur allmählich wandelnden Disziplin. Ein letztes Optimum werden wir nicht erreichen, weder in der Geburtshilfe noch in anderen Bereichen. Doch auch das vorletzte Wort ist noch längst nicht gesprochen zum Gebären. Auffällig ist, daß von lokalen Ausnahmen abgesehen, der perinatale Wandel hin zu mehr Institutionalisierung und Medikalisation des Geburtsgeschehens seine Advokaten vor allem auf der Seite der Ärzteschaft hat, während jener, der auf Berücksichtigung des „natürlichen“ Gebärens zielt, vor allem von den Frauen selbst und den Hebammen angestrebt wird.

Die Beobachtung, daß man in Situationen der Belastung durch Schmerz und Angst bei einem vertrauten Menschen Zuflucht sucht, ist sicherlich mit dem infantilen Verhalten der Schutzsuche bei der Mutter oder einer anderen engen Bezugsperson zu erklären. Es gehört meines Erachtens zu den schwerwiegendsten Mißverständnissen, die unsere „moderne“ Geburtshilfe belasten, daß im Zuge des achtstündigen Arbeitstages auch die Hebammen, für den Großteil der Kreißenden die wichtigsten Bezugspersonen, nach Ende der „Schicht“ die ihnen anvertrauten Gebärenden verlassen und einer Nachfolgerin übergeben, die sich in einem oft mühsamen Prozeß erst zur neuen Bezugsperson entwickeln muß. Bei einer Erstgeburt von durchschnittlicher Dauer kann es im ungünstigen Fall geschehen, daß dieser Wechsel sogar zweimal notwendig wird, das heißt drei Hebammen „Bezugspersonen“ sein müssen.

Ob die unbestreitbaren Erfolge bezüglich der perinatalen Mortalität, die zu einem nicht geringen Teil darauf zurückzuführen sind, daß früher todgeweihte Frühgeborene heute durchgebracht werden können, gewichtigstes Argument sein können oder ob in Zukunft Proliferation der Überlebenswahrscheinlichkeit weniger Überzeugungskraft haben werden als andere Gesichtspunkte, wird sich zeigen. Eine große Gefahr für die Bestrebungen, den evolutionsbiologischen Mechanismen, insbesondere der Eigensteuerung des Gebärens mehr Raum zu geben, sehe ich in der Judikalisierung der Geburtshilfe, die in den USA erschreckende Ausmaße angenommen hat. Trotzdem habe ich die Hoffnung, daß die künftige Medizin Europas nicht durch Rechtsanwälte und Richter weiter in unsinnige Entwicklungen getrieben, sondern durch die Ärzteschaft und ihre Klientel den anthropologischen Bedürfnissen angenähert wird und damit pluralistisch und auswahlermöglichend bleibt.

Literatur

- Bonin, W.: Ethnologische und anthropologische Überlegungen zur Couvade. In: Schiefenhövel, W.; Sich, D. (eds) Die Geburt aus ethnomedizinischer Sicht. Braunschweig/Wiesbaden: Vieweg, 1983:121-126
- De Snoo, K.: Das Problem der Menschwerdung im Lichte der vergleichenden Geburtshilfe. Jena: Fischer 1943
- Eibl-Eibesfeldt, I.: !ko Buschleute (Kalahari)-Trancetanz. *Homo* 1973; 23 (3/4):245-252
- Eibl-Eibesfeldt, I.: Grundriß der vergleichenden Verhaltensforschung. 5. Aufl. München, Zürich: Piper 1978
- Harris, M.: The Rise of Anthropological Theory. London: Rountledge & Kegan Paul 1968
- Hirschberg, W.: Neues Wörterbuch der Völkerkunde. Berlin: Reimer 1988
- Jimenez Houdek, M.; Newton, N.: Activity and work during pregnancy and the postpartum period. A cross-cultural study of 202 societies. *Am. J. Obst. Gynecol.* 1979;135:171-176
- Jüptner, H.: Tropenmedizinische Untersuchungen der Eipo im zentralen Bergland von Irian Jaya (West-Neuguinea), Indonesien. Berlin: Reimer 1983
- Katz, R.: Education for transcending - !kia healing with the Kalahari!kung. In: Lee, R.; De Vore, I. (eds.) Kalahari Hunter-Catherers. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1976:281-301
- Kirchhoff, H.: Die Geburt in senkrechter Körperhaltung - Kultur- historische Anmerkungen und mögliche geburtshilfliche Vorteile. In: Schiefenhövel, W.; Sich, D. (eds) Die Geburt aus ethnomedizinischer Sicht. Braunschweig/Wiesbaden: Vieweg, 1983:93-94
- Kirchhoff, H.: The woman's posture during childbirth - from prehistoric times to the present. *Organorama* 1977;14:11-19
- Konner, M.: Evolution of human behavior development. In: Leidermann, P. H.; Tulkin, S. T.; Rosenfeld A. (eds) Culture and Infancy. New York: Academic Press, 1977:69-109
- Lorenz, K.: Über tierisches und menschliches Verhalten. Aus dem Werdegang der Verhaltenslehre. München: Piper 1965.
- Morris, D.: The Naked Ape. London: Jonathan Cape 1967.
- Naaktgeboren, G.; Bontekoe, E. H. M.: Vergleichend-geburtkundliche Betrachtungen und experimentelle Untersuchungen über psychosomatische Störungen der Schwangerschaft und des Geburtsablaufs. *Zeitschrift für Tierzüchtung und Züchtungsbiologie* 1976;3:264-320
- Naaktgeboren, G.; Slijper, E.: Biologie der Geburt. Einführung in die vergleichende Geburtkunde. Hamburg, Berlin: Parey 1970
- Naaktgeboren, G.: Über die Hausgeburt in den Niederlanden. In: Schiefenhövel, W.; Sich, D. (eds) Die Geburt aus ethnomedizinischer Sicht. Braunschweig/Wiesbaden: Vieweg, 1983:65-70
- Odent, M.: Bien naitre. Paris: Le seuil 1976
- Odent, M.: Les positions de la mère pendant l'accouchement. In: Rapoport, D. (ed) Corps de mère corps d'enfant. Paris: Edition Stock, 1980:13-28
- Pöppel, E.: Lust und Schmerz: Grundlagen menschlichen Erlebens und Verhaltens. Berlin: Severin und Siedler 1982
- Sack, A.: Verlauf von 855 Hausgeburten im Münchner Raum von 1981-1987. Dissertation. Medizinische Fakultät der Universität München 1993
- Schiefenhövel, W.: Der ethnomedizinische Beitrag zur Diskussion um die optimale Geburtshilfe. In: Schiefenhövel, W.; Sich, D. (eds) Die Geburt aus ethnomedizinischer Sicht. Braunschweig Wiesbaden: Vieweg (2. Aufl.), 1986:241-246
- Schiefenhövel, W.: Geburtsverhalten und reproduktive Strategien der Eipo. Berlin: Reimer 1988
- Schiefenhövel, W.: Results of ethnomedical fieldwork among the Eipo, Daerah Jayawijaya, Irian Jaya, with special reference to traditional birthgiving. *Medika* 1982;11(8):829-843
- Schiefenhövel, W.: Verarbeitung von Schmerz und Krankheit bei den Eipo, Hochland von West-Neuguinea - Ethnomedizinische und humanethnologische Aspekte. *Medizinische Psychologie* 1980; 6:219-234
- Schiefenhövel, W.: Zwischen Patriarchat und Matrilinearität - melanesische Antworten auf ein biopsychologisches und soziokulturelles Problem. In: Wessel, K. F.; Bosinski, H. A. G. (Hrsg.)

Interdisziplinäre Aspekte der Geschlechterverhältnisse in einer sich wandelnden Zeit. Bielefeld: Kleine-Verlag 1992:144-164
Slipjer, E. J.: Die Geburt der Säugetiere. In: Kükenthal, W. (ed) Handbuch der Zoologie: Bd. 8. Berlin: de Gruyter 1960

Anschrift des Autors:

Prof. Dr. W. Schiefenhövel, Forschungsstelle für Humanethologie in der Max-Planck-Gesellschaft,
Von-der-Tann-Str. 3-5, D-82346 Erling-Andechs

Thema **Arzthonorare**

Abwehr von Arzneimittelregressen und Honorarkürzungen

Ratschläge und Hinweise aus der Praxis für den Vertragsarzt

Von Dr. Heinrich KELLNER, Peine
4., bearb. Aufl. 1993. XII, 290 S., kt. DM 49,-

Das Gesundheitsstrukturgesetz registriert den Kassenarzt als sogenannten Vertragsarzt. Damit sind eine Reihe von belastenden Bestimmungen verbunden, mit denen der Gesetzgeber eine finanziell einschneidende Praxisumorganisation und intensive Dokumentation auslöst. Der Vertragsarzt kann den Auflagen des SGB V nur nachkommen, wenn er vielfältige Unannehmlichkeiten in Kauf nimmt. Es ist für den Vertragsarzt kaum mehr möglich, den „Gesetzesdschungel“ zu durchschauen. Unbekannt bleiben ihm meist Gesetzestexte und Gerichtsurteile, die ihm Schutz oder Verteidigungsmöglichkeiten bieten könnten.

Die notwendige und dringende Aufklärung des Vertragsarztes leistet wiederum dieser bewährte Ratgeber in seiner vierten, hochaktuellen Auflage. Berücksichtigt wurden das Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992 sowie zusätzliche Gerichtsurteile der letzten Zeit.

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung im Vertragsarztrecht

Herausgegeben von Dr. Dr. Alexander P.F. EHLERS und
Dr. Dr. Christian DIERKS, München

Lieferung 1. 1993. VI, 118 S., mit Ringordner DM 89,-

Das Loseblattwerk kann nur zur Fortsetzung bezogen werden. Es erscheinen 2 Lieferungen pro Jahr mit je 40-60 Seiten zu je etwa DM 34,-

Honorarkürzungen und Arzneimittelregresse sind in den letzten Jahren zum Schreckgespenst für die Kassenarztpraxis geworden. Die Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren kann in der Regel nur derjenige bestehen, der bestens informiert ist. Dieses neue Loseblattwerk vermittelt daher dem niedergelassenen Arzt und dem Rechtsanwalt knapp und stets aktuell die notwendigen Kenntnisse für die Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren. Dargestellt werden sowohl die allgemeinen Grundlagen der Prüfverfahren als auch die Praxis der Wirtschaftlichkeitsprüfung, für die zahlreiche Fallbeispiele und Argumentationshilfen gegeben werden. Die Form des Loseblattwerkes ermöglicht es dabei, die sich häufig ändernden Rechts- und Vertragssituationen umgehend zu berücksichtigen.

Möglichkeiten und Grenzen urologischer Operationstechniken zur Behandlung der erektilen Dysfunktion des Mannes

Surgical Options in the Treatment of Male Erectile Dysfunction

M. Sohn, Aachen

Zusammenfassung

Neben der Implantation von Penisprothesen haben in den letzten Jahren gefäßchirurgisch-rekonstruktive Verfahren in der Therapie der erektilen Dysfunktion des Mannes an Bedeutung gewonnen. Diese können in penile venöse Sperroperationen und mikrochirurgische Penisrevaskularisationen weiter unterteilt werden. Die Indikationskriterien variieren jedoch ebenso wie die in der Literatur berichteten Erfolgsraten erheblich, desweiteren besteht kein Konsens über Patientenselektion, operative Details und geeignete Follow-up-Kriterien. Nach anfänglich euphorischen Berichten zeigte das Langzeit-Follow-up nach venösen Sperroperationen subjektive Erfolgsraten um 20%. Dementsprechend wurden zunehmend auch Patienten mit gemischt arterio-venös oder nur venös bedingter erektiler Dysfunktion penilen Revaskularisationen zugeführt. Nur wenige Studien schlossen postoperative Objektivierungsversuche im Rahmen der Nachsorge mit ein: Hierbei konnte bei bisher keinem Verfahren eine reproduzierbare Verbesserung der intrapenilen Hämodynamik nachgewiesen werden. In Anbetracht derartig zahlreicher Unklarheiten erscheint die Schwankungsbreite der subjektiven Erfolgsraten zwischen 33 und 100% verständlich. Eine gegenwärtig laufende Multicenterstudie in den USA zeigt den dringenden Bedarf an genau definierten Erfolgskriterien: Entscheidend für die Erfolgsraten-evaluation jedweder chirurgischer Ansätze in der Therapie männlicher Erektionsstörungen ist weniger das Auftreten von Spontanerektionen oder medikamentös induzierter Erektionen als vielmehr die tatsächliche positive Änderung des Sexuallebens unter Einfluß der Partnerre-evaluation. Gegenwärtig können weder penile venöse Sperroperationen noch penile Revaskularisationen als Routineeingriffe bei vaskulär bedingter Impotenz angesehen werden, sondern sollten weiterhin Gegenstand klinischer Forschung mit vom Operateur unabhängiger Auswertung bleiben. Die operative Versorgung mit Penisprothesen bleibt Patienten mit nachgewiesener schwerer degenerativer Schädigung des Endorgans oder Patienten mit neurogener Impotenz vorbehalten.

Schlüsselwörter: Penile Revaskularisation, penile venöse Ligaturen, erektile Dysfunktion

Abstract

Apart from implantation of penile prostheses, penile vascular reconstructive surgery has recently become an important alternative. These procedures can be divided into penile venous ligations and penile revascularizations. According to the records indication criteria concerning these operations vary extremely. Furthermore there is no consensus on patient selection, operative details and postoperative follow-up-criteria. After preliminary euphoric reports, longterm-follow-up after penile venous ligation procedures resulted in a subjective 20% success-rate. With respect to these unfavourable results, indication for penile revascularization was extended from pure arteriogenic impotence to mixed arterio-venogenic or even pure venogenic erectile

dysfunction. Only very few studies included objective follow-up-criteria into their protocols and none of them were able to define a reproducible hemodynamic benefit from the various revascularization techniques. In view of such controversial findings the broad spectrum of subjective success-rates between 33% and 100% becomes understandable. First results of a presently ongoing multicenter-trial in the USA underline the urgent need for well-defined success-criteria: The real change in sexual life with respect to partner evaluation is more important than the simple report on postoperative spontaneous or drug-induced erections, which have been dealt with in most previous studies. At the present time neither penile venous ligations nor penile revascularization can be recommended as standard procedures in the treatment of vasculogenic impotence. These techniques should only be performed in prospective multicenter trials with independent success evaluation. Penile prosthesis implantation remains a viable option for patients with proven severe degenerative intracavernous or neurologic lesions.

Key-words: Penile revascularization - penile venous ligation - erectile dysfunction

Neben medikamentösen Ansätzen wurden seit Beginn dieses Jahrhunderts chirurgische Versuche unternommen, die erektile Impotenz des Mannes zu therapieren. Sämtlichen Verfahren gemeinsam war die fehlende Kenntnis um physiologische und pathologische Grundlagen der penilen Erektion und möglicher Störmechanismen. Das Spektrum der angebotenen Optionen reichte von der Vasoligatur bis zur Injektion von Hodenextrakten oder Hodentransplantationen (Stanley 1922). Jedoch auch die im folgenden diskutierten aktuellen Techniken der penilen venösen Sperroperationen und der mikrochirurgischen Revaskularisation wurden zu einem Zeitpunkt inauguriert, zudem die grundlagenwissenschaftlichen Kenntnisse zur intrapenilen Hämodynamik bei weitem nicht dem heutigen Kenntnisstand entsprechen (Lowsley & Bray 1936; Michal et al. 1973). Allen derartigen chirurgischen Ansätzen war die fehlende Objektivierung der erreichten subjektiven Erfolgsraten gemeinsam. Erst seit der 1982 eingeführten Methodik der medikamentösen intrakavernösen Erektionsauslösung konnten diagnostische Verfahren entwickelt werden, die eine Eingrenzung der Ursachen von Erektionsstörungen ermöglichten (Virag 1982). Als relevanteste Tests für die Diagnose einer arteriellen, venösen oder gemischt arteriovenösen Ursache der erektilen Dysfunktion wurden die Methoden der dynamischen Pharmakocavernosometrie, der dynamischen Pharmakoangiographie und der dynamischen Pharmako-Duplexsonographie etabliert. Die Indikation zu gefäßrekonstruktiven Eingriffen wird seitdem anhand der Befundergebnisse vorgenannter Untersuchungen gestellt, wobei jedoch die Diskussion um die Abgrenzung von Normalwerten und pathologischen Werten weiterhin nicht abgeschlossen ist. Die Bedeutung psychischer oder zentraler erektionsinhibierender Einflüsse auf die Testergebnisse ist bisher nicht quantifizierbar, eine gewisse Rate falsch-positiver Resultate muß in dieser Situation in Kauf genommen werden (Sohn et al. 1993a).

Grundsätzlich orientiert sich das rekonstruktive chirurgische Vorgehen an den zugrundeliegenden postulierten Pathomechanismen: Bei arterieller intracavernöser Minderperfusion kommt es trotz intakter veno-okklusiver Mechanismen nicht zu einem ausreichenden intrapenilen Druckaufbau, andererseits kann bei erhöhtem venösen Abstrom trotz ausreichendem arteriellen Inflow kein entsprechender Druckanstieg erfolgen („failure to fill“ und „failure to store“) (Krane 1988). Dementsprechend konzentrieren sich bisher die chirurgischen Bemühungen auf die Verbesserung der intrakavernösen Blutzufuhr oder, bei Vorliegen venöser Leakagen, auf die Ligatur und/oder Resektion der extrakavernösen venösen Systeme.

me. Aus Tierexperimenten ist inzwischen bekannt, daß umschriebene Leakagen durch erhöhte intrakavernöse Blutzufuhr kompensiert werden können (Aboseif et al. 1990). Liegt jedoch zusätzlich zum venösen Leak eine arterielle Einflußstörung vor, könnte durch eine retrograde venöse Arterialisierung mit proximaler Venenligatur sowohl die intrakavernöse Perfusion verbessert als auch das venöse Leak korrigiert werden (Wespes 1991). Die Rolle des intrakavernösen sinusoidalen Netzwerkes als funktionelles „Endorgan“ der Erektion bleibt bei den bisherigen Modellen vernachlässigt, da außer der Biopsie, deren Wertigkeit noch umstritten ist, kein diagnostisches Routineverfahren zur Verfügung steht, um die Intaktheit der intrakavernösen Hämodynamik jenseits des Niveaus der intrakavernösen Rankenarterien zu überprüfen (Sohn et al. 1992). Anlässlich des „5th World Congress on Impotence“ in Mailand im September 1992 wurden alleine 18 Beiträge zu penilen venösen Ligaturverfahren und 22 Beiträge zu penilen Revaskularisationen vorgestellt, wobei die Erfolgsraten zwischen 24 und 100% schwankten. Die Unsicherheit über den Stellenwert der Gefäßchirurgie spiegelt sich ebenfalls in der Behandlung der Thematik im 1992 von T.F. Lue herausgegebenen „World Book of Impotence“ wieder (Lue 1992): 2 Buchbeiträge mußten um 10 Kommentare namhafter Autoren erweitert werden, um dem Spektrum der aktuell geltenden Meinungen gerecht zu werden. Die bestehenden Unsicherheiten führten letztendlich dazu, daß anlässlich der ersten „Consensus Development Conference on Impotence“ der National Institutes of Health (NIH) vom Dezember 1992 sowohl die Verfahren venöser Sperroperationen als auch peniler Revaskularisationen für noch nicht etablierte Methoden der laufenden klinischen Forschung erklärt wurden (NIH, 1992). In der vorliegenden Übersicht soll nun versucht werden, die bisher vorliegenden Daten zusammenfassend zu werten und Richtlinien für den Einsatz chirurgischer Methoden bei Vorliegen einer erektilen Dysfunktion zu erstellen.

Ergebnisse der penilen venösen Sperroperationen

Sowohl degenerative Prozesse der glatten intrakavernösen Muskulatur als auch adrenerge relaxationsinhibierende zentrale Stimuli können ein venöses Leak hervorrufen (Krane et al. 1989). Venöse Sperroperationen streben die Beseitigung eines Symptoms an, letztendlich nicht die kurative Behandlung der zugrundeliegenden pathogenetischen Faktoren. Desweiteren ist in Kenntnis der enormen Potenz venöser Netzsysteme zur Kollateralbildung bei derartigen Operationen ein langfristiger Erfolg schon vom theoretischen Ansatz her sehr unwahrscheinlich. In den letzten 5 Jahren wurden nichtsdestotrotz erstaunlich hohe subjektive Erfolgsraten nach venösen Sperroperationen berichtet. In einer Zusammenstellung der Resultate aus 30 Publikationen zeigte sich eine mittlere Erfolgsrate von 62% nach 12 Monaten Follow-up (Sohn & Barada 1994). Trotz aufwendiger präoperativer Diagnostik und Patientenselektion entspricht sie genau den schon zu Beginn dieses Jahrhunderts berichteten subjektiven Erfolgsraten nach penilen venösen Ligaturen, denen nach übereinstimmender Meinung keine wissenschaftliche Grundlage zugerechnet werden kann (Gee 1975). Desweiteren fällt eine erhebliche Schwankungsbreite der subjektiven Erfolgsraten zwischen 10 und 95% auf, wobei keine Korrelation zwischen verwendeter Operationstechnik und Erfolgsrate besteht. Einfache Ligaturen der dorsalen Penisvene erzeugten keine signifikant schlechteren Ergebnisse als komplexe perineale und infrapubische Plikatur- und Resektionsverfahren. In der Zusammenschau der Ergebnisse läßt sich bei variierenden Indikations-

kriterien kein präoperativer Parameter von prädiktivem prognostischem Wert für das postoperative Ergebnis ermitteln.

Zieht man zur Erfolgsanalyse jedoch nur Arbeiten mit einer Follow-up-Dauer von mehr als 12 Monaten heran, verschlechtert sich das Ergebnis zusehens bei 22 vom Autor ausgewerteten Studien auf im Mittel 41,4%, wobei auch hier wieder keine Korrelation zwischen subjektivem Erfolg und verwendeter Operationstechnik zu ermitteln ist (Sohn & Barada 1994). Diese Tendenz zur Verschlechterung des subjektiven Erfolges mit Zunahme des zeitlichen Follow-up wird besonders deutlich in einer Zusammenstellung von Arbeitsgruppen, die im gleichen Patientengut Kurzzeit- und Langzeit-Follow-up erfaßten (s. Tabelle 1).

Tab. 1: Studien zu venösen penilen Sperroperationen mit Kurzzeit und Langzeit-Follow-up im gleichen Patientengut

Autor	Ersch.- Jahr	Technik	n = Pat.	Alter (Ja.)	Follow-up Kurzzeit	Follow-up Langzeit
de Almeida	1992	DDVR/Crura	21	53	64% (CR+PR)	38% (CR+PR)
Claes	1991	Lue (mod.)	72	23-62	84,1% (CR+PR)	73,6% (CR+PR)
Freedman	1993	Lue	46	56,5	74% (CR+PR)	41% (CR+PR)
Kromann/ Andersen	1992	DDVR	70	56	51% (CR+PR)	36%
Kropman	1990 ^a 1990 ^b	DDVR	20	50	95% (CR+PR)	60% (CR+PR)
Lunglmayr	1988	DDVR	29	19-60	65% (CR+PR)	31% (CR+PR)
Rossmann	1990	versch. Techn.	16	46	87% (CR+PR)	13% (CR+PR)
Sparwasser	1992	versch. Techn.	159	K.A.	65% (CR+PR)	53,5% (CR+PR)
Bar-Moshé	1992	DDVR/Crura	88	21-72	82% (CR+PR)	20%
Puech-Leao	1992	DDVR	57	K.A.	46%	16%
Knoll	1992	Lue ^a	41	40	66%	46%
Albers	1993	Embolisation	49	49	55%	20%
n = 12 Studien			n = 668		46-95% (=70%)	13-73,6% (=37,3%)

K.A. = Keine Angabe

DDVR = Resektion der tiefen Dorsalvene

Lue = Komplexe venöse penile Resektion

Crura = Crurale Plikaturen, Pexien oder Resektionen

CR = complete response (subjektiver Erfolg)

PR = partial response (lediglich Besserung)

Die angeführten Studien zeigen bei einer Gesamtpatientenzahl von 668 Patienten eine mittlere Kurzzeit-Erfolgsrate von 70%, im Langzeit-Follow-up jedoch nur von durchschnittlich 37%. Mit zunehmender Länge des Follow-up ist eine weitere Verschlechterung auf ca. 20% zu erwarten (Albers et al. 1993; Bar-Moshé & Vandendris 1992). Auffällig bleibt weiterhin die Schwankungsbreite der Langzeit-Erfolgsrate zwischen 13 und 73,6% sowie die fehlende Korrelation zwischen Erfolgsrate und Ausdehnung des operativen Vorgehens.

Die Zusammenfassung der Erfolgsraten verschiedener Arbeitsgruppen zur venösen penilen Gefäßchirurgie ist aus mehreren Gründen problematisch: Indikationsstellung, Patientenselektion, präoperative Diagnostik sowie operative Techniken und postoperative Erfolgsbeurteilung sind in den ausgewerteten Studien weder standardisiert noch reproduzierbar angewendet worden. In der überwiegenden Zahl handelt es sich bei den analysierten Arbeiten um retrospektive Studien, bei denen sowohl Patienten mit isolierten venösen Leaks als auch Patienten mit gemischt arterio-venösen Ursachen der erektilen Dysfunktion eingeschlossen wurden. Die Altersverteilung variiert erheblich, ebenso wie die zur Anwendung kommenden operativen Techniken. Das Hauptproblem einer Erfolgsanalyse scheint jedoch auf der begrifflichen Terminierung des Ausdrucks „Erfolg“ zu beruhen. Auffällig ist, daß hier Begriffe wie „Besserung“, „vollständiges Wiedererlangen spontaner rigider Erektionen“ und „Response auf medikamentöse Schwellkörperinjektionen (SKAT)“ mit subjektivem „Erfolg“ gleichgesetzt wurden. Nicht immer wurde zwischen „Wiedererlangen spontaner Erektionen (CR)“ und „Wiedererlangen medikamentös induzierter Erektionen (PR)“ unterschieden (s. Tabellen). Häufig ist aus den Publikationen nicht ablesbar, wieviele der Patienten schon präoperativ sogenannte SKAT-Responder waren. Es erstaunt, daß in 30 ausgewerteten Studien nur in 4 Fällen versucht wurde, die subjektiven Erfolgsraten durch objektive Tests wie wiederholte Caverosometrien und nächtliche Rigiditätsmessungen zu verifizieren (Kromann-Andersen & Metz 1992; Müller et al. 1991; Rossman et al. 1990; Puech-Leao 1992). In diesen wenigen Studien ließ sich bisher keine reproduzierbare Korrelation zwischen postoperativen Objektivierungen und subjektivem Erfolg ermitteln.

Ergebnisse peniler Revaskularisationen

Ähnlich der Problematik bei venösen Sperroperationen wurden die Methoden der penilen Revaskularisation zu einem Zeitpunkt inauguriert, als eine nach heutigen Maßstäben akzeptable Differentialdiagnostik der erektilen Impotenz noch nicht möglich war. 1972 berichtete Michal erstmals über eine mikrochirurgische Anastomose der unterhalb des Nabels abgesetzten Arteria epigastrica auf das Corpus cavernosum (Michal et al. 1973). Ähnlich zu später publizierten Varianten unter Zuhilfenahme der arterialisierten Vena saphena magna entstanden sehr hohe Flowraten ins Corpus, die zu Priapismen und frühzeitiger Anastomosenthrombosierung führten. In einer späteren Serie verwandte Michal daraufhin die außerhalb der Tunica der Schwellkörper verlaufende Arteria dorsalis penis als Anschlußgefäß für die Arteria epigastrica (Michal et al. 1986). In einem Patientengut von 257 operierten Patienten publizierte Crespo 1982 eine Erfolgsrate von 76%, wobei er verschiedene subkutane Arm- oder Beinvenen als frei transplantierte Interponate benutzte (Crespo et al. 1982). Der Versuch einer direkten Revaskularisation der tiefen Schwellkörperarterien über die Arteria epigastrica zeigte zwar eine 60%ige Erfolgsrate, ist jedoch aus technischen Gründen nicht weiter verfolgt worden (Konnak et al. 1989). Die heute aktuellen technisch leichteren Revaskularisationsverfahren wurden 1978 von Le Veen eingeleitet: Hierbei wird wiederum die Arteria epigastrica als Bypassgefäß zur Penisbasis gebracht, jedoch auf die Vena dorsalis penis profunda anastomosiert (Le Veen et al. 1990). Die Technik wurde von Virag und Bennett sowie Furlow mehrfach durch zusätzliche venöse Ligaturen oder Schaffung eines veno-korporalen Anastomosenfensters modifiziert (Furlow et al. 1990; Virag & Bennett 1986; Virag et al. 1981).

Als weitere Modifikation publizierte Hauri 1984 die Schaffung einer „Triple-Anastomose“ zwischen Arteria und Vena dorsalis penis mit der Arteria epigastrica, um die zuvor erwähnte Gefahr einer Thrombosierung bei niedrigen Flowraten in der Arteria dorsalis penis zu reduzieren (Hauri 1984). Inzwischen wurden bei letztgenanntem Verfahren Erfolgsraten um 79% bei 130 operierten Patienten berichtet (Hauri 1991). Daneben blieben rein arterioarterielle Anastomosen jedoch aktuell, wie Levine und Goldstein mit einer 70%igen Erfolgsrate bei 188 operierten Patienten aufzeigten (Levine & Goldstein 1990). Eine Zusammenstellung der Publikationen zur penilen Revaskularisation aus den letzten 5 Jahren ist in Tabelle 2 dargestellt (siehe Seite 44).

Auffallend ist in Analogie zur rein venösen Chirurgie die extreme Varianz der subjektiven Erfolgsraten zwischen 33 und 100%. Es besteht keine Vergleichbarkeit unter den Studien, da sich Durchschnittsalter der Patienten, Ätiologie der erektilen Dysfunktion, Einschlusskriterien, operative Details und Dauer des Follow-up erheblich unterscheiden. Die durchschnittliche Erfolgsrate von 72% unterscheidet sich nicht von den Erfolgen der Pionierarbeiten vor Verfügbarkeit differentialdiagnostischer Methoden zur Ätiogenese der erektilen Impotenz.

Nur in sieben Publikationen wurde der Versuch einer Objektivierung des Operationserfolges unternommen, wobei sich die benutzten Methoden erheblich unterscheiden. Einige Schwachpunkte sollten im folgenden dargestellt werden: Biedermann zeigte durch postoperative Angiographien zwar eine 42%ige Verschlußrate nach venösen Revaskularisationen (Virag-OP) auf, fand jedoch auch subjektive Erfolge bei vollständiger Thrombose der Anastomosen (Biedermann 1989). Melman fand bei 78% der von ihm operierten Patienten postoperativ verbesserte Befunde in der Penisplethysmographie, die Einzelbefunde korrelierten jedoch nicht zum subjektiven Erfolg (Melman et al. 1993). Wespes zeigte bei 12 nach verschiedenen Virag-Techniken operierten Patienten, daß eine tatsächlich verbesserte *intrakavernöse* Hämodynamik nur bei Schaffung eines direkten Anastomosenfensters zum Corpus cavernosum auftrat, aber nicht unbedingt mit einem subjektiven Erfolg einhergeht (Wespes et al. 1989). Im eigenen Patientengut von 75 operierten Patienten konnten wir eine subjektive Erfolgsrate von 54% nach einem mittleren Follow-up von 15 Monaten nachweisen (Sohn et al. 1992). Eine Durchgängigkeit der Anastomosen ließ sich in 55% angiographisch beweisen, es bestand jedoch keinerlei signifikante Korrelation zwischen subjektiven und objektiven Befunden. Insbesondere ließ sich auch unter Zuhilfenahme der hochauflösenden Gadoliniumgestützten Kernspintomographie in keinem Fall eine Verbesserung der intrakavernösen Hämodynamik nach Virag- oder Hauri-Technik nachweisen. Intraoperative Druck-Fluß-Messungen zeigten, daß sich über eine arterialisierte Dorsalvene bei physiologischen Flußraten kein intrakavernöser Druckanstieg erreichen läßt (Sohn & Barada 1994). Lediglich zwei Arbeitsgruppen unternahmen bisher den Versuch, in ihren Patientenkollektiven multizentrisch mehrere operative Verfahren anzuwenden und die Ergebnisse standardisiert auszuwerten (Barada 1993; Fitch et al. 1992). Hierbei zeigte sich die Schwierigkeit, den Begriff „subjektiver Erfolg“ genau zu definieren und zu graduieren. Erste Ergebnisse einer noch laufenden Multicenter-Studie aus den USA wurden anlässlich des Amerikanischen Urologen Kongresses (AUA) im Mai 1993 in San Antonio vorgestellt (Barada 1993): Die postoperative Beurteilung der ersten 39 Patienten zeigte die Rückkehr spontaner Erektionen in 43% sowie medikamenteninduzierter Erektionen in 21%, jedoch zeigten sich nur 35% der Patienten mit dem erreichten Erektionsverhalten zufrieden. Ebenfalls nur 35% gaben an, durch die

Tab. 2: Ergebnisse der periphenen Revaskularisation

Autor	Ersch.- Jahr	Technik	n = Pat.	Alter (Ja.)	Follow-up (Mon.)	Erfolg subjektiv	Erfolg objektiv
Biedermann	1989	versch. Techn.	71	46	35	82% (CR)	ja (?)
Bock	1992	versch. Techn.	36	K.A.	>6	80,6% (CR+PR)	-
Constantinides	1992	Virag II	17	20-49	18	70% (CR+PR)	-
Cookson	1993	art-art	50	38	24	88% (CR+PR)	-
Fitch	1992	Virag II-V	124	K.A.	1-48	91,9% (CR+PR)	-
Hatzichristou	1991	art-art	300	K.A.	K.A.	72% (CR+PR)	-
Hatzichristou	1992	art-art/Virag	76	K.A.	12-36	68% (CR+PR)	-
Hauri	1991	Banding + Hauri	24	K.A.	K.A.	83% (CR+PR)	-
Jünemann	1992	Hauri (mod.)	40	K.A.	14	84,6% (CR+PR)	-
Furlow	1990	Virag (mod.)	95	K.A.	26	65% (CR+PR)	-
Konnak	1989	art-art (prof.)	9	26-54	>12	55% (CR)	-
Kovalyov	1992	Hauri	11	23-54	18-40	90% (CR)	-
Kozlov	1992	versch. Method.	5	32-59	K.A.	65% (CR)	-
Levine	1990	art-art	77	K.A.	6-24	70% (CR+PR)	-
Lewis	1992	Virag II (mod.)	60	K.A.	>12	81% (CR+PR)	-
Zorgniotti	1992	Virag V	38	41,7	3	79% (CR+PR)	-
Austoni	1992	Virag/art-art	33	K.A.	12	51-70% (CR)	ja (?)
Lizza	1992	Virag V	42	K.A.	36	50% (CR)	-
Melman	1993	versch. Techn.	18	50	7-32	55% (CR+PR)	ja (73%)
Sarramon	1992 ^a	Virag II	37	48	13	52-92% (CR+PR)	-
Sarramon	1992 ^b	Michal II	72	48	17	64,5% (CR+PR)	-
Scheplew	1992	Hauri	4	K.A.	2-13	100% (CR+PR)	-
Schramek	1992	Hauri	35	K.A.	18	77% (CR+PR)	ja (70%)
Schraudenbach	1992	Hauri	105	41	13	61% (CR+PR)	-
Sethia	1992	Virag V	22	K.A.	6	90% (CR)	-
Sohn	1989	Virag/ Hauri	23	46	12	80% (CR+PR)	-
Sohn	1992	Virag/Hauri	74	44	15	54% (CR+PR)	ja (55%)
Wespes	1989	Virag I-V	12	49	21	33% (CR+PR)	ja (58%)
Knoll	1993	Virag V	12	41	18-23	75% (CR+PR)	-
Knoll	1992 ^b						
Padma-Nathan	1993	mod. Virag	32	29-62	6-12	62% (CR)	ja (78%)
Barada	1993	versch. Techn.	39	37	13,3	59% (CR+PR)	-
Hauri	1992	Banding + Hauri	40	K.A.	12	77% (CR+PR)	-
Hauri et al.	1991	Hauri	130	K.A.	K.A.	79% (CR+PR)	-
Zumbé	1988	Hauri	18	46	8	66% (CR)	-
n = 34 Studien			n = 1782			33-100% (≈72%)	n = 7

Operation eine positive Änderung ihres Sexuallebens erreicht zu haben. Gerade bei jungen Patienten mit posttraumatischer Impotenz - z.B. nach Beckenfrakturen -, die bisher als ideale Kandidaten für eine penile Revaskularisation angesehen wurden, fanden sich subjektiv lediglich 22% mit dem Ergebnis der Operation zufrieden.

Ergebnisse der penilen Prothesenchirurgie

Die Implantation einer Penisprothese geht immer mit einer irreversiblen Zerstörung der intrakavernösen glatten Muskulatur einher und stellt somit keinen rekonstruktiven Eingriff im strengeren Sinne dar. Aus diesem Grund sollte die penile Prothesenchirurgie in diesem Kontext nur kurz behandelt werden. Zur Zeit stehen etwa 15 verschiedene Prothesenmodelle zur Auswahl (Mulcahy 1992). Die bis vor kurzem noch wegen ihrer einfachen Implantationstechnik populären semirigiden Stabprothesen wurden durch funktionsadaptive semirigide und hydraulische Mehrkomponentenprothesen weitgehend ersetzt (Mulcahy 1991). Letzterer Prothesentyp ermöglicht über einen integrierten Pump- und Reservoirmechanismus Flüssigkeitsverschiebungen innerhalb der Prothesenteile, die letztlich dem Patienten erlauben, je nach Bedarf einen Zustand der Rigidität und Flaccidität zu simulieren. Voraussetzung zur Implantation derartiger komplexer Prothesen sind erhaltene manuelle Geschicklichkeit des Patienten sowie das Fehlen schwerster fibrotischer Degeneration im Corpus cavernosum.

Aktuell muß nach Implantation von Penisprothesen mit einer operativen Revisionsrate zwischen 5 und 10% gerechnet werden (Mulcahy 1991). Die Hauptursachen für operative Revisionen sind technische Defekte, Infektionen und Prothesendurchwanderung, gerade bei reduzierter Glanssensibilität durch diabetische Neuropathie oder andere neurologischen Grunderkrankungen (Mulcahy 1990). Bei korrekter Indikationsstellung, Einbezug des Patienten und insbesondere des Sexualpartners in die Auswahl der geeigneten Prothese sowie korrekter operationstechnischer Implantation sind subjektiv ca. 80% der Patienten zufriedenzustellen (Mulcahy 1991). Da es sich um einen irreversiblen Eingriff handelt, ist die Indikationsstellung ausgesprochen streng zu gestalten: Bei Verdacht auf (primäre) psychogene Mitverursachung der Erektionsstörung verbieten sich derartige Eingriffe. Die Hauptindikationen sind bei manifester diabetogener Impotenz, bei neurologischen Erkrankungen und posttraumatischer sowie bei schwerster vaskulärer Impotenz zu sehen (Mulcahy 1992).

Zusammenfassende Beurteilung

Obwohl es der gängigen chirurgischen Praxis entspricht, neue operative Verfahren vor der Anwendung beim Menschen im Tiermodell zu evaluieren, ist dies in der rekonstruktiven Chirurgie bei erektiler Dysfunktion nicht erfolgt. Dies mag mit bedingt sein durch erhebliche speziesspezifische anatomische Besonderheiten der humanen penilen Blutversorgung, die als Tiermodell im strengeren Sinne lediglich das Primatenmodell zulassen. Die spärlichen bisher vorliegenden Studien zur penilen Revaskularisation beim Hund zeigen übereinstimmend, daß eine Veränderung der intrakavernösen Hämodynamik nur bei Schaffung eines veno-kavernösen Anastomosenfensters zustande kommt (Floth et al. 1991; Paick et al. 1991). Daraus resultierende erhöhte intrakavernöse Drücke führen jedoch mittel- bis langfristig zu

glattmuskulärer Degeneration im Anastomosenbereich mit dem Risiko späterer Fibrosierung und Thrombosierung, womit die Empfehlung zu derartigen OP-Verfahren erheblich eingeschränkt wird. Nach alleinigem Anschluß der Arteria epigastrica an dorsale penile Gefäße (Hauri, Virag) fand sich im Tierexperiment keine Änderung intrakavernöser Hämodynamik (Floth et al. 1991). Auch mit umfangreichen und invasiven Testverfahren konnte weder im eigenen Patientengut noch in den wenigen übrigen Studien zur Objektivierung des subjektiven OP-Erfolges nach peniler Revaskularisation eine Verbesserung der intrakavernösen Blutzufuhr nachgewiesen werden (Sohn et al. 1992; Sohn et al. 1993; Wespes et al. 1989). In einer derartigen Situation muß der erreichbare subjektive Erfolg von durchschnittlich 70% den Komplikationen und Risiken der Operation gegenübergestellt werden. Im eigenen Patientengut waren operative Revisionen in 29% der Fälle erforderlich, eine revisionsbedürftige Überdurchblutung der Glans mit beginnender Nekrotisierung wurde alleine in 19% beobachtet (Sohn et al. 1992; Sohn et al. 1993). Ähnlich hohe Komplikationsraten wurden inzwischen auch von anderen Autoren beobachtet (Schraudenbach et al. 1992). Die Methoden der venösen Sperroperationen sind im Tiermodell bisher nicht evaluiert worden. Aufgrund der sich abzeichnenden schlechten Langzeitergebnisse (s. Tabelle 1) und der ebenfalls nicht unbeträchtlichen Komplikationsraten von bis zu 40% bei ausgedehnten Resektionen (Albers et al. 1993, Freedman et al. 1993; Puech-Leao 1992) ist jedoch ein baldiges Verlassen dieses chirurgischen Weges naheliegend, zumal durch Venenresektionen lediglich ein Symptom und nicht die zugrundeliegende intrakavernöse Pathologie angegangen wird.

Eine Trennung zwischen zentral und peripher ausgelösten Relaxationsstörungen der intrakavernösen Muskulatur ist auch mit den aktuell zur Verfügung stehenden diagnostischen Methoden nicht sicher möglich (Sohn & Barada 1994), ebensowenig kann als definiert gelten, welches Ausmaß an hämodynamischen Störungen definitiv eine „vaskuläre“ Impotenz manifestiert. Dem therapeutischen Dilemma im operativen Bereich geht präoperativ ein differentialdiagnostisches Dilemma voraus. Der Einfluß potentieller Placebo-Effekte durch die Operation per se wird ohne Erfassung der zentralen erektionsinhibitorischen Faktoren unkontrollierbar.

Aus dem bisher Dargelegten kristallisiert sich die Forderung, die Anwendung gefäßchirurgischer peniler Eingriffe im Rahmen der Therapie der erektilen Dysfunktion nur in prospektiven Studien mit standardisierter untersucherunabhängiger Auswertung durchzuführen. Eine differenzierte Betrachtungsweise des „subjektiven“ Erfolgsbegriffes unter Einbezug des Sexualpartners ist dringend erforderlich, insbesondere, solange eine Objektivierung postoperativer Erfolge nicht möglich ist. Bei Nachweis schwerer degenerativer Prozesse oder umschriebener neurologischer Schäden bleibt die penile Prothesenimplantation eine zuverlässige Option.

Literatur:

- Aboseif, S. R.; Wetterauer, U.; Breza, J. et al.: The effect of venous incompetence and arterial insufficiency on erectile function: an animal model. *J. Urol.* 1990;144:790-794
- Albers, B.; Müller S. C.; Witzsche, U. et al.: Die Therapie der erektilen Dysfunktion bei venösem Leck. *Akt. Urol.* 1993;24:205-208
- Austoni, C.: Comment on „Arteriovenous surgeries“. In: Lue, T. F. (ed) *World book of impotence*. London: Smith-Gordon, 1992:D.217-218

- Barada, J. H.: The changing role of impotence surgery (Vortrag). *F. Urol.* 1993; 149:No 4, 99A
- Bar-Moshé, G., Vandendris M: Surgical approach of venous leakage. *Urol. Int.* 1992; 49:19-23
- Biedermann, H.: Ergebnisse mikrochirurgischer Eingriffe bei vaskulär bedingten Erektionsstörungen. *Wiener Klinische Wochenschrift* 1989;101:723-728
- Bock, D.; Lewis R. W.: Treatment of vasculogenic impotence: penile revascularization. *Int. J. Impotence Res.* 1992;4:223-230
- Claes, H.; Baert L.: Cavernosometry and penile vein resection in corporeal impotence: an evaluation of short-term and long-term results. *Int. J. Impotence Res.* 1991; 3:129-137
- Constantinides, C.; Petraki, C.; Constantinides, E. et al.: The arterialization of deep dorsal vein (DDV) in the treatment of vascular impotence. *Int. J. Impotence Res.* 1992;Suppl.2:4:190
- Cookson, M. S.; Philips, D. L.; Huff, M. E. et al.: Analysis of microsurgical penile revascularization results by etiology of impotence. *J. Urol.* 1993;149:1308-1312
- Crespo, E. L.; Soltanik, E.; Bove, D. et al.: Treatment of vasculogenic sexual impotence by revascularization of cavernous and/or dorsal arteries using microvascular techniques. *Urology* 1982; 20:271-279
- de Almeida Claro, I.; Netto, N. R.; Ferreira, U.: Evaluation of short and long-term results of the surgical treatment of venoocclusive dysfunction. *Int. J. Impotence Res.* 1992;Suppl.2:4:196
- Fitch, W. P.; Kaufman, J. M.; Borges, F. D. et al.: Analysis of microsurgical penile revascularization on multiple institutions using similar preoperative selection criteria. *Int. J. Impotence Res.* 1992; Suppl.2: 4:161
- Floth, A.; Paick, J. S.; Suh, J. K. et al.: Hemodynamics of revascularization of the corpora cavernosa in an animal model. *Urol. Res.* 1991;19:281-284
- Freedman, A. L.; Neto, J. C.; Mehringer, M. et al.: Long-term results of penile vein ligation for impotence from venous leakage. *J. Urol.* 1993;149:1301-1303
- Furlow, W. L.; Fisher, J.; Knoll, J. D. et al.: Current status of penile revascularization with deep dorsal vein arterialization. Experience with 95 patients. *Int. J. Impotence Res.* 1990; Suppl.2:2:348
- Gee, W. F.: A history of surgical treatment of impotence. *Urology* 1975;5:401-404
- Hatzichristou, D. G.; Goldstein, I.: Arterial bypass surgery for impotence. *Current Opinion in Urology* 1991;1:144-148
- Hatzichristou, D. G.; Goldstein, I.: Penile arterial micro-vascular bypass surgery: Arteriographic patterns and surgical options. *Int. J. Impotence Res.* 1992; Suppl.2:4:184
- Hauri, D.: Therapiemöglichkeiten bei der vaskulär bedingten erektilen Impotenz. *Akt. Urol.* 1984;15:350-356
- Hauri, D.: Revascularization in arterogenic erectile impotence. In: Jonas, U.; Thon, W. F.; Stief, C. G. (eds.) *Erectile dysfunction Berlin-Heidelberg: Springer Verlag*, 1991:260
- Hauri, D.; Alund, G.; Spycher, M. et al.: Venous leakage - A new therapeutical concept. *Urol. Int.* 1992;49:56-62
- Hauri, D., Alund, G.; Spycher, M. et al.; Mühlebach, P.: Das venöse Leakage - ein neues therapeutisches Konzept. *Urologe A.* 1991;30:267-271
- Jünemann, K. P.; Schmidt, P.; Seemann, O. et al.: Modified microsurgical penile revascularization. 2 years experience in CCAT nonresponders. *Int. J. Impotence Res.* 1992; Suppl.2:4:A135
- Knoll, L. D.; Furlow, W. F.; Benson, R. C.: Deep dorsal vein arterialization in the management of cavernosal venous leakage. *Int. J. Impotence Res.* 1992; Suppl. 2 4:A 133
- Knoll, L. D.; Furlow, W. F.; Benson, R. C.: Penile venous ligation surgery for the management of cavernosal leakage. *Urol. Int.* 1992; 49:33-39
- Knoll, L. D.; Furlow, W. F.; Benson, R. C. et al.: Long-term follow-up of penile venous ligation versus dorsal vein arterialization for severe cavernosal venous leakage: Is vascular surgery a treatment option ? *J. Urol.* 1993; No 4 149:321 A
- Konnak, J. W.; Ohl, D. A.: Microsurgical penile revascularization using the central corporal penile artery. *J. Urol.* 1989; 142:305-308
- Kovalyov, V.; Kozlov, V.: The method of microsurgical penile revascularization. *Int. J. Impotence Res.* 1992;Suppl.2:4:189
- Kozlov, V.; Kovalyov, V.: Combined surgical methods in cases of arteriovenous insufficiency of penis. *Int. J. Impotence Res.* 1992;Suppl.2:4:195

- Krane, R.J.: Nomenclature, classification, diagnosis and evaluation of male erectile dysfunction. Boston University, School of Medicine 1988;11-18
- Krane, R.J.; Goldstein, I.; de Tejada, I. S.: Impotence. *New Engl. J. Med.* 1989;29:1648-1658
- Kromann-Andersen, B.; Metz, P.: Penile venous surgery: Correlation of failure or success to post-operative cavernosometry. *Int. J. Impotence Res.* 1992; Suppl.2:4:A146
- Kropman, R. F.; Lycklama, A. A. B.; Hansen, F. H. et al.: Results of repeated cavernosography in ten patients without good clinical late results after partial resection of the deep dorsal penile vein. *World J. Urol.* 1990;8:101-103
- Kropman, R. F.; Lycklama, A. A. B.; Giesbers, A.G. M. et al.: Results of deep penile vein resection in impotence caused by venous leakage. *Int. J. Impotence Res.* 1990;2:29-34
- Le Veen, H. H.; Diaz, C.: Treatment by corpus cavernosum revascularization In: Zorniotto, A.W.; Rossi, G. (eds) *Vasculogenic impotence*. Springfield, Illinois: Charles Thomas 1990:217
- Levine, F. J.; Goldstein, I.: Vascular reconstructive surgery in the management of erectile dysfunction. *Int. J. Impotence Res.* 1990; 2:59-78 Lewis RW: Arteriovenous surgeries: Do they make any sense? In: Lue TF (ed) *World book of impotence*. London: Smith-Gordon, 1992:199-205
- Lizza, E. F.; Zorniotto, A.W.: Long-term results of penile revascularization. *Int. J. Impotence Res.* 1992; Suppl. 2:4:A141
- Lowsley, O. S.; Bray, J. L.: The surgical relief of impotence. *JAMA* 1936; 107:2029-2032
- Lue, T. F. (ed): *World book of impotence*, London: Smith-Gordon, 1992
- Lunglmayr, G.; Nachtigall, M.; Gindl, K.: Long-term results of deep dorsal penile vein transection in venous impotence. *Eur. Urol.* 1988;15:209-212
- Melman, A.; Riccardi, R.: The success of microsurgical penile revascularization in treating arteriogenic impotence. *Int. J. Impotence Res.* 1993;5:47-52
- Michal, V.; Krysl, I.; Klika, T. et al.: Revascularization of the cavernous bodies, Vortrag: Second World Meeting on Impotence 17.-20. Juni 1986; Prag
- Michal, V.; Kramar, R.; Pospichal, J. et al.: Direct arterial anastomosis to the cavernous body in the treatment of erectile impotence. *Rozhl. Chir.* 1973;52:587-592
- Mulcahy, J. J.: Update on penile prostheses. *Current Opinion in Urology* 1991; 1:152-155
- Mulcahy, J. J.: The management of infected penile implants. *World J. Urol.* 1990; 8:111-118
- Mulcahy, J. J.: An evaluation of the types of penile implants. In: Lue TF (ed) *World book of Impotence*. London: Smith-Gordon, 1992:237-244
- Müller, S. C.; Schild, H.; Fritz, T. et al.: Percutaneous transpenile and retrograde venous occlusion for the treatment of venous leak impotence. *Eur. Urol.* 1991;19:101-103
- National Institutes of Health (Bethesda, USA): NIH Consensus Statement. 1992; Volume 10, Number 4, Dez., Bethesda:MD 20892
- Padma-Nathan, H.; Chung, W. S.: The results of the USC combined arterio-venous penile revascularization in the management of vasculogenic impotence. *J. Urol.* No 4 1993;149:320 A
- Paick, J. S.; Donatucci, C.F.; Marc, B. et al.: Hemodynamics of deep dorsal vein arterialization with implantation of a penile venous compression device: initial experience in the canine model. *Int. J. Impotence Res.* 1991;3:173-183
- Puech-Leao, P.: Venous surgery in erectile dysfunction. *Urol. Int.* 1992;49:29-32
- Rossmann, B.; Mieza, M.; Melman, A.: Penile vein ligation for corporeal incompetence: an evaluation of short-term and long-term results. *J. Urol.* 1990;144:679-682
- Sarramon, J. P.; Rischmann, P.; Bertrand, N.; Bennis, S.: Microsurgery reconstruction for pure arterial and mixed vascular impotence. *Int. J. Impotence Res.* 1992; Suppl. 2:4:P 185
- Sarramon, J. P.; Rischmann, P.; Malavand, B.: Deep dorsal vein arterialization in arterial and venous vascular impotence. *Int. J. Impotence Res.* 1992; Suppl. 2:4:A 136
- Scheplew, P.; Borovikow, A.; Dimitriew, D. et al.: Seperate arterio-arterial and arterio-venous anastomoses. *Int. J. Impotence Res.* 1992; Suppl. 2:P 188
- Schramek, P.; Fugelmann, U.; Kaufmann, F.: Microsurgical arteriovenous revascularization in the treatment of vasculogenic impotence. *J. Urol.* 1992;147:1028-1031
- Schraudenbach, L.; Klima, M.; Kraft, G. et al.: Problems of penile revascularization using Hauri's technique: Experience with 105 patients. *Int. J. Impotence Res.* 1992 Suppl. 2:4:A 134

- Sethia, K. K.; Richard, R. S.; Powell, P. H.: Penile revascularization for arteriogenic impotence. *Int. J. Impotence Res.* 1992; Suppl. 2 4:A 139
- Sohn, M.; Barada, J. H.: Ergebnisse der penilen Gefäßchirurgie bei erektiler Impotenz. *Akt. Urol.* 1994; im Druck
- Sohn, M.; Seeger, U.; Sikora, R. et al.: Criteria for examiner - independent nocturnal penile tumescence and rigidity monitoring (NPTR). *Int. J. Impotence Res.* 1993,5:59-68
- Sohn, M. H.; Sikora, R.; Bohndorf, K. K. et al.: Objective follow-up after penile revascularization. *Int. J. Impotence Res.* 1992;4:73-84
- Sohn, M.; Sikora, R.; Bohndorf, K. et al.: Mikrochirurgische Therapie der erektilen Impotenz. *Dtsch. med. Wschr.* 1989;114:1687-1691
- Sohn, M.; Sikora, R.; Bohndorf, K. et al.: Selective microsurgery in arteriogenic erectile failure. *World. J. Urol.* 1990;8:104-110
- Sohn, M.; Sikora, R.; Wein, B. et al.: Penile Revaskularisation. *TW Urologie Nephrologie* 1993;5:46-52
- Sparwasser, C.; Treiber, U.; Gilbert, P. et al.: Long-term results of penile venous surgery in erectile dysfunction caused by cavernous insufficiency. *Int. J. Impotence Res.* 1992; Suppl. 2 4:P 199
- Stanley, L.L.: An analysis of one thousand testicular substance implantations. *Endocrinology* 1922; 6:787-795
- Virag, R.: Intracavernous injection of papaverine for erectile failure (letter). *Lancet* 1982;2:938
- Virag, R.; Bennett, A. H.: Arterial and venous surgery for vasculogenic impotence: a combined French and American experience. *J. Urol.* 1986;135:699-702
- Virag, R.; Zwang, G.; Dermange, H. et al.: Vasculogenic impotence: a review of 92 cases with 54 surgical operations. *Vasc. Surg.* 1981;15:9-15
- Wespes, E.: Diagnosis and treatment of venous impotence. *Current Opinion in Urology* 1991;1:140-144
- Wespes, E.; Corbusier, A.; Decour, C. et al.: Deep dorsal vein arterialization in vascular impotence. *Br. J. Urol.* 1889; 4:535-540
- Zorginotti, A.; Lizza, E.: Comment of „Arterio-venous surgeries“. In: Lue, T. F. (ed) *World book of impotence.* London: Smith-Gordon, 1992:208-209
- Zumbé, J.; Westerdorf, G.; Kierfeld, G.: Die Revaskularisation des Penis bei der vaskulär bedingten erektilen Dysfunktion: Klinische Ergebnisse der Operationsmethode nach Hauri. *Urologe A* 1988; 27:336-339

Anschrift des Autors

Priv.-Doz. Dr. med. M. Sohn, Urologische Klinik, Klinikum der RWTH Aachen, Pauwelsstraße 30, D-52057 Aachen.

Prof. Dr. med. Hans Lehfeldt

W. Eicher, Mannheim



Am 18. Juni 1993 starb Hans Lehfeldt im Alter von 93 Jahren in New York. Unermüdlich wirkte er weit über die Altersgrenzen hinaus noch bis ins neunzigste Lebensjahr als Frauenarzt und Pionier der Sexualmedizin.

Geboren als einziges Kind eines praktischen Arztes in Berlin nahm er nach seinem Abitur 1917 dort das Medizinstudium auf, welches er in München und wieder in Berlin fortsetzte, um dort 1923 zum Dr. med. zu promovieren

(“11 Fälle von Colitis paratyphosa im Säuglings- und frühen Kindesalter”). Die Lektüre von Margaret Sangers Buch über Geburtenkontrolle beeinflusste ihn dahingehend, eine Ausbildung in Gynäkologie und Geburtshilfe anzustreben. Diese führte ihn zu Erwin Kehrer in Dresden, der ihn jedoch erst nach einer Weiterbildung von einem Jahr Chirurgie und einem Jahr Pathologie aufnahm. Kehrer selbst geriet in politische Probleme mit der Regierung von Sachsen. Er war nicht bereit, sich von der Linksregierung dirigieren zu lassen und wurde deshalb seines Amtes als Direktor der Dresdener Frauenklinik enthoben. Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie kam Kehrer zu Hilfe und verhinderte, daß ein anderer namhafter Gynäkologe die Direktion der Dresdener Klinik übernahm. Sämtliche Assistenten Kehrsers kündigten, auch Hans Lehfeldt. Kehrer brachte alle seine Assistenten auf gute Positionen, so kam es, daß Lehfeldt zu Strassmann nach Berlin vermittelt wurde, von wo er nach einigen Monaten für 1 Jahr nach Wien ans Lainzer Krankenhaus unter Keidler wechselte. Inzwischen wurde die Kontroverse in Dresden gelöst und Larnekros, ein Assistent Bumm's, übernahm die Leitung der dortigen Klinik. Hans Lehfeldt konnte seine alte Stelle dort wieder aufnehmen. 1928 wurde er Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Im selben Jahr lernte er den australischen Gynäkologen Norman Haire kennen, der in London praktizierte und zu dem ihn von da an eine über dreißigjährige Freundschaft verband. Im selben Jahr hielt er seinen ersten Vortrag bei der International Sexology and Birth Control Conference in London, wo er führende Fachleute wie H. und A. Stone und M. Sanger persönlich kennenlernte. 1928 gründete er in Berlin zusammen mit F. Hirsch und F. A. Theilhaber die Geburtenregelungsstelle der GESEX, der Gesellschaft für Sexualreform, die 1934 von den Nazis geschlossen wurde.

Als Margaret Sanger ihr erstes Weiterbildungsseminar über kontrazeptive Methoden 1929 in Berlin organisierte, wurde Lehfeldt von Gräfenberg eingeladen, die 10-Jahres Ergebnisse über dessen Intrauterin-Spirale zu diskutieren.

1935 emigrierte Hans Lehfeldt als Jude unter dem Druck der Nazi-Herrschaft in die Vereinigten Staaten und assoziierte sich an die New York University, School of Medicine, Department für Geburtshilfe und Gynäkologie. Dort gründete er die Family Planning Clinic am Belevue Hospital und wurde deren Direktor. 1964 wurde er Assistent Clinical Professor, 1969 Clinical Professor für Gynäkologie und Geburtshilfe an der New York University.

1957 gründete Hans Lehfeldt zusammen mit Beigel, Benjamin, Ellis, Guze und Sherwin die Society for the Scientific Study of Sex (SSSS), die heute bedeutendste amerikanische Gesellschaft, die sich mit Fragen der Sexualität beschäftigt, mit 1200 Mitgliedern in den USA, 100 aus anderen Ländern weltweit und dem von ihr herausgegebenen Journal of Sex Research. Von 1962 bis 1964 war er ihr 3. Präsident. 1974 initiierte er den 1. Internationalen Kongreß für Sexologie in Paris, in dessen Folge 1995 der 12. Weltkongreß für Sexologie in Japan stattfinden wird. Hans Lehfeldt nahm seit 1978 regelmäßig an den jährlichen Heidelberger Fortbildungstagen für praktische Sexualmedizin als geladener Referent und Seminarleiter teil. Sein Herz war in Heidelberg, dem Ort, aus dem seine Mutter kam und wo er in der Jugend bei seiner Großmutter in der Bienenstraße seine Ferien verbrachte. Wir haben es seiner Unterstützung zu danken, daß 1987 der 8. Weltkongreß für Sexologie in Heidelberg in der Stadthalle stattfinden und von uns organisiert werden konnte.

Hans Lehfeldts klinische Tätigkeit und seine wissenschaftlich publizistische Aktivitäten erstreckten sich über 65 Jahre. Er veröffentlichte etwa 300 Arbeiten über Familienplanung, Kontrazeption und Geschichte der Sexologie. Bekannt ist seine Idee, eine Portiokappe als Kontrazeptivum zu verwenden, sein Einsatz für das Intrauterinpeessar gemeinsam mit Lippes und Gräfenberg und für eine Liberalisierung der Abortion zusammen mit Tietze. Sein Bericht zusammen mit Tietze vor der New York Academy of Medicine 1961 über die legalen Schwangerschaftsabbrüche in den osteuropäischen Ländern war letztendlich einer der Gründe, warum der US Supreme Court den frühen Schwangerschaftsabbruch für die Vereinigten Staaten legalisierte.

Lehfeldt hatte viele Freunde. Auch Kontakte mit Kollegen in der DDR hatte er nicht abbrechen lassen. Er pflegte über Jahrzehnte hinweg sehr enge, persönliche und freundschaftliche Verbindungen nach Frankreich und Deutschland. Von seinen Freunden wurde er wegen seines Charakters verehrt. Sein freier Geist, sein bescheidenes Auftreten und seine große Gastfreundschaft war uns Vorbild und wir liebten ihn wegen seiner Herzensgüte. Er hatte einen großen Kunstsinn und eine erstaunliche Anzahl von Kunstwerken der berühmtesten Maler seiner Zeit in seiner bescheidenen Wohnung an der Lexington Avenue gesammelt, in der er in zweiter Ehe mit Maria Eisner-Lehfeldt lebte, die aus Paris emigrierte und 1991 gestorben ist. Trotz der fatalen Ereignisse, durch die er seine Heimat verlassen mußte, strahlte er immer Liebe zum Leben aus, hatte seine Freude an Deutschland und seiner Kultur, und fühlte sich als ein Berliner. Die Hoffnung hatte er nie aufgegeben. Seine ungeheure Vitalität zeigte er bis kurz vor seinem Tod, indem er mit seinen Freunden wissenschaftliche Projekte plante. Sein Lebenswerk ist das eines Pioniers. Mit ihm haben wir einen liberalen Geist und gütigen Freund verloren.

Biografische Daten wurden uns von Frau Anneliese Pagel, Berlin und Dr. Connie Christine Wheeler, New York zur Verfügung gestellt.

Anschrift des Autors

Prof. Dr. med. Wolf Eicher, Frauenklinik am Diakonissenkrankenhaus, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Heidelberg, Speyerer Straße 91, D-68163 Mannheim

Kasuistiken und Falldemonstrationen

Adoleszente Sexualität in der Lebensmitte nach 25 Jahren Impotenz - Psychoanalytische Rekonstruktion der erfolgreichen Behandlung eines Prolaktinoms

Adolescent Sexuality in Midlife after Impotence of 25 Years' Duration - Psychoanalytic Reconstruction of Successful Treatment of a Prolactinoma in a Male Patient

B. Bardé, Frankfurt; O. Jürgensen, Frankfurt; E. Jungmann, Frankfurt

Zusammenfassung

Dargestellt werden die Geschichte und Entwicklung eines Mannes innerhalb einer psychoanalytisch orientierten Psychotherapie, bei dem im Alter von 51 Jahren ein Prolaktinom diagnostiziert worden war. Vorausgegangen waren eine eheliche Impotenz von ca. 25 Jahren und eine Gynäkomastie (Tanner 4). Die adäquate Therapie mit Pravidel führte innerhalb weniger Wochen zu einer spektakulären Normalisierung von Körperbau und Libido.

Im psychischen Bereich war dieser Patient dem bisher nie erlebten Triebschub jedoch nicht gewachsen. Das Triebziel verschob sich von der ungeliebten Ehefrau auf teure Prostituierte und junge Mädchen. Die erstmals im Leben so erfahrene Sexualität brach die erstarrte Ehe auf, die eine Fortsetzung mütterlicher dominanter Übergriffe im Sinne rigider Beherrschung durch die Ehefrau gewesen war. Die Ehefrau drohte suizidal zusammenzubrechen.

Die Bedeutung der organischen Impotenz wird im Zusammenhang mit der Fixierung der vorbestehenden Psychopathologie des Patienten diskutiert. Die Problematik eines unreflektierten spektakulären Behandlungserfolges wird hinterfragt.

Schlüsselwörter: Prolaktinom, Gynäkomastie, Impotenz, endokrinologische Behandlung, psychoanalytische Psychotherapie

Abstract

Described are the history and psychological development of a male patient in whom at the age of 51 years a prolactinoma was diagnosed. The diagnosis was preceded by 25 years of matrimonial impotence and a Tanner grade 4 gynecomastia. Adequate therapy with the dopamine-agonist Pravidel within a few weeks lead to a spectacular medical success with normal libido and body-shape.

There was a discrepancy however between physical success and psychological coping: The direction of overwhelming sexual drive was displaced from his unbeloved wife to expensive prostitutes and very young girls. This kind of sexuality, which he had never experienced in his

life before, destroyed his rigid marriage and threatened the maternal dominance of his wife. His wife had a depressive break-down with attempted suicide.

The physical impotence is discussed as a fixation of the preceding psychosexual pathology of this patient. It is emphasized that spectacular medical success in such a case might cause almost unsolvable psychological problems that should be considered *before* treatment.

Key words: Prolactinoma, Gynecomastia, Impotence, endocrinological treatment, psychoanalytical therapy

Medizinische Vorgeschichte: Herr Z. stellte sich bei Herrn Jungmann im März 1991 erstmals im Zentrum für innere Medizin (Abtlg. Endokrinologie) der J. W. Goethe-Universität Frankfurt/M. wegen seit über 20 Jahren bestehender Impotenz und Gynäkomastie vor, wobei die Brust ein Stadium von Tanner 4 aufwies (51 J., 189 cm, 87 kg zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung).

Medizinische Befunde: Leber vergrößert, sonographisch Fettleber mit normalen Transaminasen, Schilddrüse normal. Prolaktin: Ausgangswert: 369 ng/ml (normal bis 25 ng/ml), im TRH-Test Anstieg auf 480 ng/ml. LH-RH-Test: LH 1,1 bis 9,5 U/l (verminderter Anstieg). FSH: 3,1 bis 3,8 U/l (kein Anstieg). Testosteron basal: 354 ng/dl (erniedrigt). Augenbefunde normal. Bei der Kernspintomographie fand sich ein Mikroprolaktinom von 4 mm Größe. Der Hypophysenstiel war nicht disloziert. Es fand sich eine fokale Exkavation des Sellabodens. Innerhalb weniger Wochen führte die einschleichende Behandlung mit Pravidel bis zu 3 x 2,5 mg täglich zu einer Suppression des PRL auf 2,8 ng und einer Erhöhung des Testosterons auf 407 ng/dl. Zur Zeit, d. h. zwei Jahre nach Therapiebeginn, erhält Herr Z. 3 x 1,25 mg Pravidel. PRL ist darunter 6,9 ng/ml, und Testosteron liegt mit 594 ng/dl im Normbereich. Herr Z. hat 10 kg an Gewicht verloren, Penis- und Hodengröße normalisierten sich wenige Wochen nach Therapiebeginn. Potenz und sexuelle Appetenz kehrten zurück.

Überweisungsmodalitäten zur analytischen Psychotherapie: Mit der Wiederherstellung sexueller Normalität brachen bis dahin unterdrückte eheliche Konflikte auf. Herr Z. hatte kein sexuelles Interesse an seiner Ehefrau mehr, sondern wandte sich Prostituierten zu. Das Paar begann eine Ehepaartherapie. Die Therapeutin fühlte sich der Problematik nicht gewachsen und überwies Herrn Z. an Frau Jürgensen. Dort machte er bei einem ersten Kontakt - auf einer Station in der Frauenklinik - einen derart angespannten und innerlich hoch erregten Eindruck, daß eine psychiatrische Konsultation eingeholt wurde, da eine Mitbehandlung mit Neuroleptika indiziert erschien. Der Leiter des Zentrums für Psychiatrie der Universitätsklinik Frankfurt hielt eine psychiatrisch-medikamentöse Therapie jedoch derzeit nicht für indiziert. So wurde Herr Z. von Frau Jürgensen zu Herrn Bardé überwiesen.

Biographie: Herr Z. wurde 1939 als 2. Sohn geboren. (1 Bruder + 6). Der Vater war Beamter in einer Stadtverwaltung, während die Mutter und beide Söhne auf das Land evakuiert wurden. Das Vaterbild durchlief eine Metamorphose von einem jugendlichen "Frauenhelden" zu einem "verdepten Trottel", der alle Aktivitäten aufgab und sich vor der dominanten Mutter (zweite Ehefrau) buchstäblich in den Keller verkroch. Der Vater starb. Der Bruder, zu dem kaum Kontakt besteht, lebt heute - wie der Patient - in einer sehr unglücklichen Ehe.

Wesentlich prägnanter ist das Mutterbild des Patienten. Von ihrem Vater, der den Aufstieg vom Arbeiter bei der Stadt zum Universitätsangestellten geschafft hatte, übernahm sie hochgestochene, wenig assimilierte humanistische Bildungsideale und stülpte sie Herrn Z. erfolgreich über: Sie zwang ihn, die toten Sprachen Latein und Griechisch zu lernen, was später seinen Weg als Professor für Altphilologie an der Universität prägte. Obligatorisch war die Ausbildung am Klavier und anderen Musikinstrumenten, um die Gesangsorgien der Mutter begleiten zu können. Liebeslieder von Schubert und Grieg hatten für die Mutter eine tiefe sinnliche Ausstrahlung, mit der sie den Patienten zu einer scheinbar platonischen Intimität verführte. Diese Sinnlichkeit setzte sie real um, indem sie ihn rund um die Uhr betulich ins letzte Detail verwöhnte und bis zum 22. Jahr selbst badete. Diese entgrenzende Symbiose ging mit heftigsten Entwertungen des physisch noch anwesenden Vaters einher, der z. B. nicht wert befunden wurde, Bildungserlebnisse wie den "Faust" mit dem Patienten zu diskutieren.

Erst als Erwachsener mit eigener Familie hat der Patient sich ein einziges Mal angemessen aggressiv gegen die Übergriffe der Mutter wehren können. Die Schädigungen, mit denen sie bei ihm eine normale pubertäre Entwicklung verhinderte, waren unübersehbar: Sport wie körperliche, schweißtreibende Aktivitäten überhaupt war für ihr hochgestochenes Bildungsideal verpönt. Er präsentierte ihr stolz miserable Leistungen beim Schulsportfest, indem er sich absichtlich trotzig verweigerte.

Altersgemäße sexuelle Erfahrungen mißlangen völlig unter ihrer penetranten Aufsicht: In einem "Schlüsselerlebnis" brachte er es fertig, ein sehr hübsches Mädchen (Ulla) während einer Ferienfreizeit in ein Wäldchen mitzunehmen, wo sie sich freimütig vor ihm auszog. Aber er konnte - völlig gelähmt - diese Geste nicht annehmen, sah sie nie wieder, weil sie sich danach einen anderen Jungen suchte.

Von der Mutter erlaubte sinnliche Triebbefriedigungen fand er im Jazz: Er durfte im Schulorchester Klarinette spielen. Dort lernte er seine spätere Ehefrau kennen. Alle Initiativen gingen von ihr aus, die ihm nachspionierte und mit ihm eine Verabredung traf. Er versetzte sie bei der ersten Verabredung absichtlich um eine Stunde in der vergeblichen Hoffnung, sie damit für immer loszuwerden.

Als sie glaubte, sie haben ihn auf der "sturmfreien" Bude in Abwesenheit der Eltern erobert, spielte er ihr "stattdessen" Klavierstücke vor. Ihrer Hartnäckigkeit gelang es, ihn dann doch noch zu verführen. Es kam zur Schwangerschaft, die Anlaß zur Ehe wurde, jedoch in einer Fehlgeburt endet. Eine spätere Schwangerschaft führte zur Geburt des heute 25jährigen Sohnes.

Die Ehefrau des Patienten wird als die Fortsetzung der dominanten, eindringenden Mutter erlebt. Sie hat die aktive Rolle: Sie ergriff die sexuelle Initiative, verwaltete die Finanzen, traf Entscheidungen bei Problemen in der Schule und organisierte den Kauf einer Immobilie.

Schon vor der Erkrankung wich der Patient dem sexuellen Begehren seiner Frau, das er als eine gefährliche Attacke erlebte, aus und flüchtete sich in das Studium von Sportreportagen oder in die extensive Beschäftigung mit Motorrädern. Die dann folgende organisch bedingte Impotenz zementierte einen Zustand, der im psychischen Bereich durch die Konstellation einer - auf dem Hintergrund eines extrem entwerteten, ja "zerstörten" Vaters - äußerst intimen Bindung zu einer dominanten und eindringenden Mutter längst fixiert war.

Der Impotenz folgte eine erhebliche Gynäkomastie und Gewichtszunahme. Der völlig verweiblichten Brust schämte sich der Patient sehr. Er versuchte, sie durch eine gebeugte

Körperhaltung zu verbergen. Diese extreme, verständliche Scham verhinderte über Jahrzehnte eine adäquate Diagnostik, zu der er schließlich von einem Amtsarzt geradezu gezwungen wurde. Der medizinische Erfolg kann als spektakulär bezeichnet werden, stürzt das Ehepaar aber in schwere existenzbedrohende Konflikte.

Bisheriger Behandlungsverlauf und Lebensentwicklung seit Beginn der analytischen Psychotherapie: Die Rückkehr der sexuellen Potenz nach der Normalisierung des PRL-Spiegels konfrontierte den Patienten mit einer bis dahin nie erlebten ihn überwältigenden Begierde und Triebspannung. Jedoch begehrte er nicht seine Frau, sondern bis zu 30 Jahre jüngere Prostituierte, bei denen er über die Sexualität hinaus vergeblich eine Liebesbeziehung suchte. Es begann mit der 22jährigen Jasmin in München auf einer Studienfahrt, die er mit Kollegen unternommen hatte. Er traf das Mädchen auf der Straße und übernachtete bei ihr für ein nicht unerhebliches Honorar. In ihr sieht er eine engelhafte Erscheinung. Sein Erleben mit ihr gleicht einer göttlichen Offenbarung. Er besuchte sie noch öfters, bis seine Frau in kriminalistischer Kleinarbeit die Kontakte entdeckte und ihn als "perverses Schwein" beschimpfte.

Inzwischen hat er den Schauplatz seiner Begierde von München an seinen Wohnort verlegt, wo er in einem "Etablissement" ein Mädchen namens Maja besucht, die ihm weit mehr als prostituierenden Sex gewährt, indem sie ihm von sich erzählt, Zärtlichkeiten zuläßt und zeitweise in ihm die Illusion einer altruistischen Liebesbeziehung entstehen läßt. Auch diese Liaison wird von seiner Ehefrau entdeckt, die darauf einen dramatischen Suizidversuch unternimmt, indem sie volltrunken mit einer Überdosis Schlaftabletten im Nachthemd durch die Stadt irrt und von der Polizei aufgegriffen wird.

Diese Handlung erzeugt bei Herrn Z. soviel Schuldgefühle, daß eine radikale Trennung von der Ehefrau unmöglich wird. Bislang ist er nicht in der Lage, die Sicherheit in der gemeinsamen Eigentumswohnung und einer festgefahrenen scheinhelichen Vertrautheit zu verlassen. Die scheinbare Verantwortung für das Schicksal seiner Frau dient auch dazu, seine extreme Ambivalenz zu kaschieren.

Er setzt sich während seinen fortgesetzten Besuchen bei Maja immer wieder deshalb sehr schmerzlichen Enttäuschungen aus, weil er die Grenzen der käuflichen Liebe nicht beseitigen kann und die sexuelle Befriedigung in diesem Rahmen eben eine Selbstbefriedigung ist, deren Phantasie sich die gekaufte Frau mehr oder weniger geschickt unterordnet, ohne sich dabei selbst real sexuell und emotional zu erkennen zu geben.

Das Illusionäre beschäftigt den Patienten auch in seiner unglücklichen Liebe zu seiner jungen Studentin Meike, die kurz vor einer Zwischenprüfung steht. Sie ist für ihn eine Offenbarung an Schönheit, Klugheit, Intelligenz und Charme. Er besucht mit ihr regelmäßig Konzerte, Theater- und Operaufführungen und steckt dabei voller sexueller Phantasien (so z. B. daß er die Wochenenden mit ihr in Hotels verbringt). Er ist aber im realen Umgang mit ihr absolut gehemmt. Ein Bild von ihr hat er in einem Safe in der Universität verstaut. Maja und Meike sind für ihn "derselbe Typ", "genau sein Typ". Trifft er an einem Abend Meike, ist er so "aufgeladen", daß er am nächsten Tag Maja besuchen muß, um alle gehemmte aufgestaute Leidenschaft loszulassen. Unter schweren Mühen muß er die schmerzliche Realität anerkennen, daß er für Meike ein "Zweitvater", eine Art "Patenonkel" ist, mit dem sie keine sexuelle Beziehung eingehen möchte, abgesehen von der Peinlichkeit, daß sie tatsächlich real seine Tochter sein könnte und er sich als ihr Professor dem fast gleichaltrigen Vater im Ernstfall als Liebhaber vorstellen müßte. Die spezifische Illusion des Patienten

besteht in einer Verwerfung, die dazu führt, daß er, gleichwohl er real über 50 Jahre alt ist, sich *psychisch* wie ein 17 Jähriger erlebt, der das Trauma, das er mit seiner Jugendfreundin Ulla in der Ferienfreizeit erlebt hatte, rückgängig machen möchte. Tatsächlich ist für ihn jene Ulla vom selben "Typus" wie Meike und Maja, und alle drei Frauen werden vom Patienten in eine Art Ergänzungsreihe gestellt. Die Trennung von Meike versetzte den Patienten in eine schwere Depression, da er sich hier mit der Realität der Generations-schranke konfrontieren und vor allem anerkennen mußte, daß er im Gegensatz zu Meike real nicht mehr der Jüngling der Ferienfreizeit, sondern der über 50 Jahre alte Mann mit einer bestimmten Lebensgeschichte (u. a. auch Vater eines 25jährigen Sohnes) ist, der sich, bedingt durch seine körperliche Veränderung, eher einer inneren psychischen Realität zu stellen hat. Tragisch ist für ihn die Zeitdifferenz von etwa 30 Jahren - der Zeitraum seiner Ehe und der Hyperprolaktinämie, den er als "Dornröschenschlaf" bezeichnet - die ihm in seinem Leben fehlt, und deren Wahrnehmung ihn immer wieder in schwere Selbstwertkrisen stürzt ("Müll", "Schrott" etc.).

Dieses Nichts und diese Leere bringt er vorrangig bei seiner Frau unter, mit der er nach wie vor in der gemeinsam erworbenen Eigentumswohnung zusammenlebt. Zwar ist inzwischen das Ehebett auseinandermontiert und er schläft getrennt von seiner Frau, jedoch gibt es zwischen beiden weiter bestehende Alltäglichkeiten, etwa daß sie ihn noch mitversorgt oder, daß beide in der Küche im Sinne einer alten Gewohnheit gemeinsam Kreuzworträtsel lösen. Hinweise seiner Frau auf freiwerdende Wohnungen kann er nicht verfolgen. Sprachlos lebt er mit ihr gemeinsam in dieser Wohnung und erträgt ihre Vorwürfe, daß er an allem schuld sei, er ihr Leben verpfuscht und als "perverses Schwein" ihre jahrzehntelange Opferbereitschaft undankbar mißbraucht habe. Seine Weigerung, sich seiner Frau gegenüber eindeutig zu entscheiden, führte für ihn überraschend zu heftigen aggressiven Ausbrüchen der Frau. Sie griff ihn in der Wohnung an, so daß er auf den Boden aufschlug. Daraufhin zog er sich wortlos in ein Dachgeschoß zurück und studierte eine Sonate von Scarlatti ein. Außerhalb von sozialen Arrangements, die ihm einen kontrollierten Zugang zu Frauen verschaffen (Universität, Etablissement) hält sich der Patient in Männergesellschaften auf, in denen harter Sport getrieben wird, zu dem Frauen keinen Zugang finden.

Die Übertragungsdynamik: Der Therapeut ist von dem hohen Bildungsgrad des Patienten sozusagen als "Schüler" beeindruckt. Zugleich kann sich Herr Z. aber auch wie ein "schlitzohriger Schüler" aufführen, der seine Aggression gegen die Autorität vor allem durch Dumm-Stellen auslebt. Beim Verabschieden verbeugt er sich mehrmals, redet den Therapeuten mit seinem akademischen Titel an und konstatiert im Sinne humanistischer Bildung die Rolle des tragischen Helden, der ein älterer Mann ist wie Kreon, Orest oder Ödipus, der zu seinen Fehlentscheidungen Stellung nehmen muß. Der Therapeut wird von ihm zum antiken Dichter - wie etwa Sophokles, Euripides oder Epiktet - gemacht, der ihm auf der Bühne des Therapiezimmers zur Sprache verhelfen soll. Eine antike Tragödie, die sein Leben sein soll, wird inszeniert. Übernimmt der Therapeut in analytischer Absicht diese Rolle nicht, ist er irritiert. Dieser Phantasie liegt sowohl die Sehnsucht nach dem väterlichen Freund, den er nie hatte, als auch der Wunsch nach der Sicherheit in einer Männergemeinschaft zugrunde, in der man sich über "die Frau" austauschen kann. Bislang ist es eine durchgehende Verhaltensweise, daß seine Aggression in der Übertragung zum Thera-

peuten als ein sich Dummstellen zum Ausdruck kommt. Viele gemeinsam erarbeiteten Einsichten bleiben folgenlos, fast so, als wäre Herr Z. ein Lernbehinderter. Der Grund hierfür ist eine tiefe Identifikation mit dem von der Mutter extrem dominierten hilflosen Vater, der die letzten zehn Jahre seines Lebens ein Pflegefall war. Ihm bleibt er treu, obwohl er im Gegensatz zu ihm inzwischen von einer intensiven sexuellen Begierde erfüllt ist. Das ist sein zentraler Konflikt.

Überlegungen zur Psychodynamik: Im Zentrum der psychodynamischen Konstellation des Patienten steht eine von der Mutter zugewiesene "Kronprinzenrolle" mit einem extrem körper- und sexualfeindlichen Ideal. Der Patient wurde zum Partnerersatz der Mutter. Dies ist verknüpft mit einer intensiven destruktiven Entwertung des Vaters.

Die narzißtische Aufwertung des Patienten durch die Mutter schlägt allerdings, was die Entwicklung seiner männlichen Geschlechtsidentität und seine sexuellen Beziehungsverhalten in der Pubertät angeht, destruktiv gegen den Patienten selbst um. Er wird im Umgang mit dem anderen Geschlecht extrem gehemmt und in derselben Weise wie der Vater ein "Trottel" und ein "Schatten seiner selbst". Damit ist die Konsequenz verbunden, daß er seine Interessen an Frauen aufgibt und die Beziehung zu Männern (Jazzband, aktuell sportliche Männerbünde) vorzieht.

Typisch innerhalb dieser Konstellation ist, daß nicht er seine künftige Frau erobert, sondern seine Frau ihn. Diese "perverse" Verkehrung von aktiv in passiv ist charakteristisch für die folgenden 30 Jahre Ehe. Nicht nur als Ehemann, sondern auch als Vater gegenüber seinem Sohn versagt er.

Es ist eindrucksvoll, daß die Symptomatik der organisch bedingten Hyperprolaktinämie sich nahtlos in die Psychodynamik einer latenten Homosexualität mit einer passiv-femininen Einstellung des Patienten einfädelt.

Die Hyperprolaktinämie erhält innerhalb der ehelichen Konstellation aus der Sicht des Patienten die Bedeutung der Wiederholung einer "Kronprinzenrolle" gegenüber der dominant verwöhnenden Mutter (= Ehefrau), aus der die Sexualität ausgesperrt werden muß.¹ Die erfolgreiche durchgeführte endokrinologische Behandlung und der dadurch induzierte Libidoschub setzte eine langjährige chronifizierte ichtosyntone psychische Charakterabwehr außer Kraft, ohne daß der Patient aufgrund seiner Identifikation mit einem "zerstörten", extrem passiven Vaterbild vorerst Neuorientierungen für sich psychisch organisieren kann. Die Frauen Meike (Studentin) und Maja (Prostituierte) verweisen auf die frühere Jugendfreundin (Ulla) in der Ferienfreizeit. Diese Szene möchte er mit allen Mitteln wiederholen, nachdem sie 30 Jahre lang im psychischen Raum sozusagen durch die Symptomatik der HPL "eingefroren" war. Dabei muß er immer wieder feststellen, daß diese Szene als Original endgültig verloren ist, gleichwohl ihr sehnsüchtiges scheinbares Wiederfinden ihn ständig umtreibt. Der Einbruch der aktuellen Realität in seine adoleszenten Wunschphantasien führt schließlich zum Verzicht auf die junge Studentin Meike, was ihn in tiefe Traurigkeit

¹ Sobrinho et al. 1984 haben in der psychologisch-biographischen Untersuchung von hyperprolaktinämischen Frauen eine überzufällig häufige Abwesenheit des Vaters festgestellt. Freilich gibt die quantitative Studie von Sobrinho et al. keinen Einblick in die Psychodynamik, die ein solches Faktum jeweils bedingt und wie die HPL funktional darin "eingebunden" ist. Dies wird nur durch detaillierte Einzelfallstudien möglich.

versetzt. Eine besondere Komplikation ergibt sich für Herrn Z. dadurch, daß er in diesem Zusammenhang ausgeprägte pädophile Neigungen gegenüber jungen Mädchen im Alter zwischen 9 und 11 Jahren entwickelt, die er nur durch ein prophylaktisches Vermeidungsverhalten unter Kontrolle halten kann.

In der Analyse der Szene mit Ulla in der Ferienfreizeit kommt der tiefliegende Haß gegen die Mutter zum Vorschein (vergleichbar auch gegen seine Frau), von der er sich durch ein triebfeindliches Bildungsideal hat dominieren lassen. Es kommt zu einer umfassenden nachträglichen Abwertung der Ehefrau, die er unbewußt in die Position dieser Mutter setzte: Aus 30 Jahren Ehe bleibt nichts Gutes mehr übrig, so, als wäre alles nichts gewesen.

Zur Psychodynamik der Hyperprolaktinämie: Die Hyperprolaktinämie, ihre Entstehung und ihre Beseitigung hat in diesem Fall eine nachträglich bestimmbare psychische Bedeutung: Sie erscheint als der körperliche Ausdruck eines psychischen "malignen mütterlichen Introjekts", das die männliche potente Sexualität des Patienten zerstört. Der Patient "opfert" seine sinnliche kreative männliche Potenz diesem psychischen Introjekt, das sozusagen aus dem Niederschlag eines zerstörten, toten und unfruchtbaren Coitus zwischen Mutter und Vater besteht.²

Die erfolgreiche Behandlung läßt ihn seine auf dem Hintergrund der Wirkung dieses malignen Introjekts nie gelebte Pubertät erst mit über 50 Jahren erfahren. Es bleibt bislang offen, ob er diesem extremen Triebansturm erliegt und sein Leben in der ständigen Gier nach unwiederbringlich Verlorenem zerstören muß, oder ob er sich an seiner gegenwärtigen Realität orientieren kann.³

Der Fall von Herrn Z. zeigt aber auch, wie seine medizinisch erfolgreich behandelte Impotenz durch eine persönlichkeitsstrukturell bedingte unbewußte Psychodynamik in einer spezifischen Weise fortbestehen kann (vgl. Althoff und Jungmann 1988:105; Bancroft et al. 1984; Bardé und Jürgensen 1988:140f.).

Unsere Ergebnisse legen nahe, im Zusammenhang mit der endokrinologischen Diagnostik der Hyperprolaktinämie bei Männern eine psychologische Diagnostik voranzuschicken. Diese sollte klären, in welchen psychodynamischen Zusammenhang die Hyperprolaktinämie im Einzelfall eingebettet ist. Eine solche psychosomatisch orientierte Diagnostik erlaubt dann, die zu erwartenden psychischen und sozialen Konsequenzen einer medizinisch-endokrinologischen Behandlung nicht nur zusammen mit dem Patienten abzuklären, sondern ihn auch durch eine psychoanalytische Beratung (ggf. Therapie) auf die dramatischen Veränderungen vorzubereiten, die seinen gesamten bisherigen Lebensentwurf infrage stellen können.

² Diese These ist bereits in einer diagnostischen Untersuchung (Bardé 1985; vgl. Bardé u. Jürgensen 1988; vgl. auch Kutter 1980, 1981) entwickelt worden. Sie kann für den Fall von Herrn Z., in dem ein psychoanalytischer Forschungsprozeß eingeleitet werden konnte, empirisch weiter erhärtet werden.

³ Vgl. einen ähnlichen - allerdings mit "positivem" Ausgang - gelagerten Fall von männlicher HPL, über den Tolis et al. (1979) berichten.

Literatur

- Althoff, P.H.; Jungmann, E.: Klinik und Differentialdiagnose der Hyperprolaktinämiesyndrome bei Männern. In: Jürgensen, O. (Hg.) Hyperprolaktinämie. Berlin, Heidelberg, New York. (Springer), 1988:90-122
- Bancroft, J.; O'Carroll, R.; Mc Neilly, A.; Shaw, R. W.: The effects of bromocriptine on the sexual behavior of hyperprolactinemic man. A controlled case study. Clin. Endocrinol. 1984;21:131-137
- Bardé, B.: Zur Psychodynamik der Hyperprolaktinämie. Diss. J. W. Goethe-Univ. Frankfurt, Inst. f. Psychoanalyse im FB Psychologie 1985
- Bardé, B.; Jürgensen, O.: Psychologische Aspekte der Hyperprolaktinämie. In: Jürgensen, O. (Hg.) Hyperprolaktinämie. Berlin, Heidelberg, New York. (Springer), 1988:134-168
- Jürgensen, O.; Bardé, B.: Zur Psychodynamik der Hyperprolaktinämie. Gynäkologe 1982;15:190-197
- Jürgensen, O.; Bardé, B.: Psychodynamic findings in patients with elevated prolactin. In: Auer, L. M.; Tscherne, G.; Urdl., W.; Walter, G. F. (Hg.) Prolactinomas. An interdisciplinary approach de Gruyter, Berlin, New York, 1988:425-429
- Jürgensen, O.: Psychotherapie der Hyperprolaktinämie? In: Jürgensen, I. (Hg.) Hyperprolaktinämie. Berlin, Heidelberg, New York. (Springer), 1988:210-216
- Kutter, P.: Emotionalität und Körperlichkeit. Prax. Psychother. Psychosomatik 1980;25:131-14
- Kutter, P.: Sein oder Nicht-Sein. Die Basisstörung der Psychosomatose Prax. Psychother. Psychosomatik 1981;26:47-60
- Sobrinho, L. G.; Nunes, M. C. P.; Calhaz-Jorge, C.; Alfonso, A. M.; Peveira, M. S.; Santos, M. A.: Hyperprolactinemia in women with paternal deprivation during childhood. Obstet. Gynecol. 1984;64/4:465-468
- Tolis, F.; Beretrand, G.; Pinter, E.: Divorce and remarriage in a 65-year-old male following transphenoidal surgery and bromocriptine of hyperprolactinemic impotence. A dilemma. Psychosomatic Medicine 1979;41/8:657-659

Anschriften der Autoren

Dr. Dipl. Psych. Dipl. Soz. Benjamin Bardé, Sigmund Freud Institut, Myliusstraße 20, D-60232 Frankfurt

Dr. Akad. Oberärztin/Psychoanalyse (DPV), Ortrun Jürgensen, Abtl. für gyn. Endokrinologie, ZFG Univ. Frankfurt, Theodor Stern Kai 7, D-60590 Frankfurt

Prof. Dr. Eckhard Jungmann, ZIM Abteilung Endokrinologie, Universität Frankfurt, Theodor Stern Kai 7, D-60590 Frankfurt

Epidemiologie sexuell übertragbarer Krankheiten

AIDS in der Bundesrepublik Deutschland

Tab. 1: Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle bei Männern nach Infektionsrisiken und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose (Stand: 31.12.93)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Jan. 92 - Dez. 92	Jan. 93 - Dez. 93	Gesamt
Homo- oder bisexuelle Männer	1037 76,4 %	720 76,3 %	7450 75,6 %
i. v. Drogenabhängige	136 10,0 %	90 9,5 %	1024 10,4 %
Hämophile	33 2,4 %	24 2,5 %	403 4,1 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile)	8 0,6 %	8 0,8 %	106 1,1 %
Heterosexuelle Kontakte (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	43 3,2 %	44 4,7 %	263 2,7 %
Patienten aus Pattern-II-Ländern*	9 0,7 %	15 1,6 %	59 0,6 %
Prä- oder perinatale Infektion	8 0,6 %	1 0,1 %	36 0,4 %
Keine Angaben	84 6,2 %	42 4,4 %	517 5,2 %
Gesamt	1358 100 %	944 100 %	9858 100 %

* Pattern-II-Ländern = Länder, in denen HIV endemisch ist und überwiegend heterosexuell übertragen wird (z. B. Karibik, Zentral- und Westafrika)

Quelle: AIDS-Zentrum des Bundesgesundheitsamtes, Quartalsbericht IV / 93

Tab. 2: Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle bei Frauen nach Infektionsrisiken und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose (Stand: 31.12.93)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Jan. 92 - Dez. 92	Jan. 93 - Dez. 93	Gesamt
i. v. Drogenabhängige	83 45,1 %	54 42,2 %	482 48,2 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile)	13 7,1 %	19 14,8 %	113 11,3 %
Heterosexuelle Kontakte (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	65 35,3 %	33 25,8 %	266 26,6 %
Patienten aus Pattern-II-Ländern*	6 3,3 %	12 9,4 %	34 3,4 %
Prä- oder perinatale Infektion	6 3,3 %	4 3,1 %	35 3,5 %
Keine Angaben	11 6,0 %	6 4,7 %	70 7,0 %
Gesamt	184 100 %	128 100 %	1000 100 %

* Pattern-II-Ländern = Länder, in denen HIV endemisch ist und überwiegend heterosexuell übertragen wird (z. B. Karibik, Zentral- und Westafrika)

Quelle: AIDS-Zentrum des Bundesgesundheitsamtes, Quartalsbericht IV / 93

Tab. 3: HIV-Bestätigungsteste unter Ausschluß erkennbarer Doppelmeldungen nach Infektionsrisiken, Geschlecht und aufgeführten Zeiträumen der Einsendung der Seren (Stand: 31.12.93)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Einsendung des Serums		
	Jan. 92 - Dez. 92	Jan. 93 - Dez. 93	Gesamt
Homo- oder bisexuelle Männer	917 14,2 %	713 14,8 %	6618 14,1 %
i. v. Drogenabhängige / Geschlecht männlich	309 4,8 %	207 4,3 %	3462 5,7 %
i. v. Drogenabhängige / Geschlecht weiblich	136 2,1 %	93 1,9 %	1721 2,8 %

Fortsetzung siehe Seite 62

Infektionsrisiko	Zeitraum der Einsendung des Serums		
	Jan. 92 - Dez. 92	Jan. 93 - Dez. 93	Gesamt
i. v. Drogenabhängige / Geschlecht unbekannt	12 0,2 %	8 0,2 %	325 0,5 %
Hämophile	11 0,2 %	8 0,2 %	1843 3,0 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile) / Geschlecht männlich	25 0,4 %	18 0,4 %	256 0,4 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile) / Geschlecht weiblich	24 0,4 %	21 0,4 %	195 0,3 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile) / Geschlecht unbekannt	3 0,0 %	1 0,0 %	20 0,0 %
Heterosexuelle Kontakte / Geschlecht männlich (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	224 3,5 %	150 3,1 %	1027 1,7 %
Heterosexuelle Kontakte / Geschlecht weiblich (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	180 2,8 %	138 2,9 %	1023 1,7 %
Heterosexuelle Kontakte / Geschlecht unbekannt (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	13 0,2 %	2 0,0 %	69 0,1 %
Patienten aus Pattern-II-Ländern*	30 0,5 %	166 3,4 %	200 0,3 %
Prä- oder perinatale Infektion	67 1,0 %	73 1,5 %	605 1,0 %
Keine Angaben / Geschlecht männlich	3088 47,9 %	2191 45,2 %	27561 45,1 %
Keine Angaben / Geschlecht weiblich	724 11,2 %	566 11,7 %	6310 10,3 %
Keine Angaben / Geschlecht unbekannt	682 10,6 %	490 10,1 %	7839 12,8 %
Gesamt	6449 100 %	4845 100 %	61074 100 %

* Pattern-II-Ländern = Länder, in denen HIV endemisch ist und überwiegend heterosexuell übertragen wird (z. B. Karibik, Zentral- und Westafrika)

Quelle: AIDS-Zentrum des Bundesgesundheitsamtes, Quartalsbericht IV / 93

Mitteilungen der Akademie für Sexualmedizin

Die *Akademie für Sexualmedizin* wurde am 29. April 1993 in Heidelberg von einer Reihe sexualmedizinisch/sexualwissenschaftlich tätiger Kolleginnen und Kollegen aus verschiedenen Disziplinen und Bundesländern gegründet.

Ihr Ziel ist die interdisziplinär ausgerichtete Förderung von sexualmedizinischer Forschung und Lehre sowie die berufliche Fortbildung der Ärzteschaft auf dem gesamten Gebiet der Sexualmedizin.

Angesichts der Tatsache, daß Probleme und Konflikte im Bereich der Partnerschaft und Sexualität nachweislich zu den Hauptursachen einer Fülle psychosomatischer Störungen und Erkrankungen gehören, welche ihrerseits wiederum in erheblichem Maße zur Inanspruchnahme und Bindung medizinischer (diagnostischer und therapeutischer) Kapazitäten führen, muß es beunruhigen, wie wenig die sexualmedizinischen Ursachen dieser Störungen und die Möglichkeiten zu ihrer Behandlung im Blickfeld der Ärzte und Mediziner liegen. Die Überwindung dieses Mißverhältnisses ist zentrales Anliegen der Akademie für Sexualmedizin.

Darüber hinaus sind die Gründungsmitglieder der Akademie der Überzeugung, daß die interdisziplinär fundierte Erforschung der biopsychosozialen Grundlagen und Entwicklungswege menschlicher Geschlechtlichkeit und Sexualität paradigmatischen Charakter für das Verständnis der menschlichen Entwicklung insgesamt haben kann und deshalb gewichtige Beiträge hierzu zu leisten in der Lage ist.

Die Akademie will nicht eine weitere sexualwissenschaftliche Vereinigung in Deutschland neben anderen schon bestehenden sein, sondern als ein in dieser Form in Deutschland neues akademisches Forum für die Kommunikation und für die Information über vorhandene sexualwissenschaftliche Forschungen die Vermittlung adäquater präventiver, diagnostischer und therapeutischer Grundkenntnisse der Sexuologie in der Ärzteschaft organisieren und vorantreiben. Die Einführung der Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ durch die Bundesärztekammer wird angestrebt, da die Lerninhalte in verschiedenen

medizinischen Einzeldisziplinen wie z.B. Gynäkologie, Andrologie, Psychotherapie etc. immer nur Teilbereiche gesunden und gestörten menschlichen Sexualverhaltens abdecken. Ein diesbezüglicher Qualifikations- und Anforderungskatalog ist in Vorbereitung.

Entsprechend der übergreifenden Funktion der Akademie kommen ihre Gründungsmitglieder auch aus verschiedenen sexualwissenschaftlichen Gesellschaften. Zum Vorsitzenden wurde Prof. Dr. med. H.J. VOGT (München) gewählt. Weitere Vorstandsmitglieder sind Prof. Dr. med. K. LOEWIT (Innsbruck), Prof. Dr. med. W. EICHER (Mannheim), Dr. med. Dr. phil. K.M. BEIER und Dr. med. H.A.G. BOSINSKI (beide Kiel).

Die Akademie für Sexualmedizin wendet sich in erster Linie an Ärzte. Wissenschaftler anderer Disziplinen (insbesondere der Psychologie, der Anthropologie, der Biologie und der Soziologie), deren Tätigkeit einen zentralen Bezug zu Sexualmedizin hat, können außerordentliche Mitglieder der Akademie werden. Der Vorstand beruft die Mitglieder eines Beirats der Akademie für Sexualmedizin, dessen Aufgabe es vor allem ist, den Vorstand bei der Erfüllung der Zwecke der Akademie zu beraten und zu unterstützen. Im Beirat ist Wert auf die Mitarbeit auch nicht-ärztlicher Wissenschaftler gelegt worden, um deren je fachspezifische Sicht zum Thema Sexualität und Geschlechtlichkeit den Medizinern zugänglich zu machen und so ihre Perspektiven auf diesen komplexen Lebensbereich zu erweitern.

Die Akademie wird ihre **1. Jahrestagung** im Rahmen der **Fortbildungstage für Sexualmedizin und Psychosomatik vom 2.6. bis 4.6. 1994** in Innsbruck-Igls abhalten.

Sitz der Akademie ist Kiel. **Für weitere Informationen stehen zur Verfügung:**

Dr. med. Dr. phil. Klaus Michael Beier und Dr. med. Hartmut A.G. Bosinski

Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle am Klinikum der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel Arnold-Heller-Str. 12, 24105 Kiel. Tel.: (0431) 597-3650 / 3555, Fax: (0431) 597-3612.

Veranstaltungskalender

- MENOPAUSE 1994 vom 26.- 28. Mai 1994 in Wien - Hotel Intercontinental. Organisation und Auskünfte: Austropa Interconvention, Postfach 30, A-1043 WIEN, Austria. Tel. +43-1-58800-106, Fax: +43-1-5867127.
18. FORTBILDUNGSTAGE FÜR PSYCHOSOMATIK UND SEXUALMEDIZIN vom 2.-4. Juni 1994 in INNSBRUCK-IGLS, Austria. Anmeldung: Univ. Prof. Dr. K. Loewit, Arbeitsgruppe für Fortpflanzungsbiologie und Sexualmedizin c/o Institut für Med. Biologie und Humangenetik der Universität Innsbruck, Schöpfstraße 41, A-6020 INNSBRUCK, Austria. Tel.+43-512/507-2390 oder 2391, Fax: +43-512/507-2333.
4. MÜNCHNER AIDS-TAGE 1994 vom 24.-26. Juni 1994, D-MÜNCHEN: Auskunft: Ecomed Seminardienst, Frau Reithmeier (08191) 125-291.
- CHINA XICHANG INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON SEXOLOGY vom 24.- 30. Juni 1994 in Xichang. Sekretariat: Dr.A-Hai Lu-Jin, Hospital No 1 of Liangshan Prefecture, Shunchen Street, XICHANG (615000) China. Tel. (0834)222384.
- 10th INTERNATIONAL CONFERENCE ON AIDS AND STD. vom 7.- 12. August 1994, YOKOHAMA. Auskunft: Congress Corporation, Namiki Bldg., 5-3 Kamiyama-cho, Shibuya-ku, TOKYO 150, Japan. Fax: +81-3-3466-5929.
5. INTERNATIONALER BERLINER KONGRESS FÜR SEXUALWISSENSCHAFT der Humboldt Universität Berlin: VOM SINN UND NUTZEN DER SEXUALWISSENSCHAFT vom 18.- 21. August 1994. Information: Prof. Dr. E.J. Haeberle, Bundesgesundheitsamt, AIDS-Zentrum, Reichpietschufer 74-76, D-10785 BERLIN
- INFOSAD - (International Forum on Sexuality and Disability) INTERNATIONAL SEMINAR ON WOMEN AND DISABILITY vom 7.- 10. November 1994 in TEL AVIV, Israel. National Secretary Dr. E. Chigier, Israel Rehabilitation Society, 18, David ElazarSt. TEL AVIV 61909.
5. DEUTSCHER AIDS-KONGRESS vom 24.-25. November 1994 in HANNOVER. Informationen: 5.Deutscher AIDS-Kongreß, Postfach 81703, D-MÜNCHEN, Germany.
- 3rd ASIAN CONFERENCE OF SEXOLOGY vom 27. November - 1.Dezember 1994 in NEW DELHI, Japan. Anmeldung: Prof. Dr. Prakash Kothari, 203 A, Sukhsagar, N.S. Patkar Marg, BOMBAY 400 007, India.
- 12th WORLD CONGRESS OF SEXOLOGY vom 12.- 16. August 1995. Sekretariat c/o Japan Convention Services, Inc. Nippon Press Center Bldg., 2-1, 2-chome, Uchisaiwai-Cho, Chiyoda-ku, TOKYO 100, Japan.

Buchbesprechungen

Zetkin-Schaldach Wörterbuch der Medizin. 15. Auflage Berlin (Ullstein Mosby) 1992. 2347 Seiten. Gebunden DM 45.-

Roche Lexikon Medizin. 3. Auflage München, Wien, Baltimore (Urban & Schwarzenberg). 1849 Seiten. Gebunden DM 58.-

Psyhyrembel Klinisches Wörterbuch. 257. Auflage Berlin, New York (de Gruyter) 1994. 1722 Seiten. Gebunden DM 68.-, broschiert DM 56.-

Sexualwissenschaft und Sexualforschung bedienen sich nicht selten seltener Begriffe. Medizinische Wörterbücher spielen gerade für dieses Fach eine Vermittlerrolle - geht es doch einerseits darum, dem ärztlich-medizinisch tätigen Personenkreis, aber auch medizinischen Laien hier gezielt zuverlässige Informationen über Sexualität, Sexualverhalten, sexuell übertragbare Krankheiten und andere Probleme aus dem Bereich der Sexualwissenschaft zugänglich zu machen. Die wichtigsten deutschsprachigen Medizinwörterbücher liegen seit kurzem in aktualisierten Neuauflagen vor. Welche Verständnishilfen also bieten sie an? Hier einige Stichproben:

Wer unter dem Stichwort „Sexualität“ nachschaut, findet im Roche Lexikon eine vorwiegend biologisch geprägte Definition, die aber auch die psychologischen Faktoren - wenngleich auch auf eine etwas unglückliche Weise („Geschlechtstrieb“) - wenigstens nicht ganz unerwähnt läßt. Wer mit diesem merkwürdigen Geschlechtstrieb nichts anzufangen weiß, der kommt vielleicht mit der zwar sehr allgemeinen, aber auch nicht falschen Definition aus dem Zetkin-Schaldach weiter, die mit Hinweisen auf die hilfreichen Stichworte Sexualverhalten und Sexualwissenschaft verbunden ist, in denen weiteres Detailwissen aus medizinischen wie psychosozialen Fachrichtungen zusammengefaßt wird. Im Psyhyrembel hingegen klafft dort, wo Sexualität als Stichwort auftauchen könnte (nämlich zwischen „Sexualhormone“ und „Sexualpilus“) eine empfindliche Lücke.

Auch Erotik, sowohl im Roche Lexikon als auch im Zetkin-Schaldach wenigstens kurz vorgestellt,

kennt der Psyhyrembel nicht. Stattdessen findet sich beim Nachschlagen die Erotomanie als „sog. Liebeswahn als Form der Psychasthenie...“, wobei unter Psychasthenie wiederum auf das psychovegetative Syndrom verwiesen und dort das abgehandelt wird, was in Uralt-Lehrbüchern als vegetative Dystonie bekannt war. Immerhin bringt die dortige Auflistung von Symptomen den Hinweis auf sexuelle Funktionsstörungen, die im Psyhyrembel mit unvergleichlicher Liebe zum Detail und ebenso ausgewogen wie auch im Zetkin-Schaldach dargestellt sind. Inhaltlich, so muß allerdings angemerkt werden, bringt der Jubiläums-Psyhyrembel zum einhundertjährigen Bestehen des Werkes hier gegenüber der Voraufgabe (die im Unterschied zur aktuellen Auflage noch von einem Arzt betreut wurde) keine Neuerungen. Im Roche-Lexikon sind funktionelle Sexualstörungen nur partiell (z.B. kein Stichwort „Erektionsstörung“, aber „Anorgasmie“ und Geschlechtskälte als „Frigidität“) nachweisbar. Am ausführlichsten informiert hier wiederum Zetkin-Schaldach, auch wenn es zum Teil etwas mühsam ist, die Einträge aufzuspueren: Wer aber nur eifrig genug blättert, wird immerhin mit prozentualen Angaben zur Häufigkeit der Anorgasmie bei Frauen aller Länder belohnt. Wie überhaupt dem Zetkin-Schaldach eine Liebe zur Präzision in sexualwissenschaftlich relevanten Fragen eignet: Wird doch unter „Sexualzyklus“ detailliert u.a. zur Orgasmusphase darüber berichtet, daß es „genital“ zu „5-12 Kontraktionen der orgasmischen Manschette in 0,8 s-Intervallen“ komme. Nein, keine 4 und keine 13, sondern 5 bis 12! Genital.

Ideologische und weltanschauliche Überzeugungen prägen oft genug die Terminologie der Sexologie (fällt doch beispielsweise in der 4. Auflage des Medizin-DUDEN unter dem Stichwort „Päderast“ gleich ein ganzer „Homosexueller“ als Definition in's Haus!). Hatte die Erstauflage des Zetkin-Schaldach von 1956 noch das Stichwort „Prostitution“ mit dem Zusatz „in sozialistischen Ländern auf Grund der erlangten Gleichberechtigung der Frau verschwunden“ versehen und hatten spätere, eher am real-sozialistischen Ge-

schehen ausgerichtete Auflagen des Buchs diplomatisch mitunter ganz auf das Stichwort „Prostitution“ verzichtet, so bietet die jetzt unter der Herausgeberschaft von Heinz David völlig modernisierte Auflage eine wenigstens ansatzweise brauchbare Definition, aus der sich die Tatsache, daß es auch männliche Prostitution gibt, immerhin indirekt erschließen läßt. Hatte die 256. Auflage des Pschyrembel noch ausdrücklich auf die beidgeschlechtlich praktizierte Prostitution hingewiesen, so wurde der Eintrag jetzt verkürzt auf die Information „gewerbsmäßiges Sichanbieten z. Geschlechtsverkehr“; das Roche-Lexikon verzichtet vornehm gänzlich auf ein entsprechendes Stichwort.

Die Einträge zu sexuell übertragbaren Krankheiten bleiben bei allen drei Wörterbüchern oftmals an der Oberfläche und können daher kaum mehr als eine allgemeine Orientierung bieten. Besonders bedauerlich ist, daß der seinerzeit hervorragende Eintrag zu „AIDS“ in der 256. Auflage des Pschyrembel nunmehr durch einen Artikel „HIV-Erkrankung“ ersetzt wurde, der zudem nicht immer aktuell und richtig ist (Klassifikation, Prognose, Prophylaxe). Auch beim Zetkin-Schalldach herrscht in bezug auf AIDS ein für den Benutzer unerfreuliches Durcheinander (veraltete Begriffe wie GRID-Syndrom, Fehler bei Angaben zur durchschnittlichen Überlebenszeit); der entsprechende Roche-Artikel ist zwar etwas klarer, aber wohl kaum ausführlich genug.

Wer heute vor der Entscheidung steht, sich ein medizinisches Wörterbuch zu kaufen, der hat es zugegeben nicht leicht; eine klare Empfehlung kann auch hier nicht gegeben werden, denn wie auf dem Gebiet der Sexualwissenschaft, so haben diese drei aktuellen Medizinwörterbücher auch auf allen anderen Fachgebieten ihre Stärken und Schwächen.

Stephan Dressler, Berlin

Schorsch, Eberhard: **Kurzer Prozeß?** Ein Sexualstraftäter vor Gericht. Hamburg (Klein Verlag). 118 S. DM 28,-

Die letzte größere Publikation von Eberhard Schorsch vor seinem Tode ist mit der Absicht geschrieben, den Finger auf eine gesellschaftliche Wunde zu legen: unseren oft genug barbari-

schen Umgang mit schwerstgestörten Menschen, nicht nur durch die Rechtsprechung - die Reflexion wichtiger psychiatrisch-psychologischer Erkenntnisse wird vielfach noch immer ausgeblendet - sondern antreffbar auch bei Gutachtern, die in allzu beflissener Anpassung an bestimmte Erwartungsvorstellungen von Gerichten ihre Gutachten „griffig“ und „bequem“ erstatten. Demgegenüber stellt Schorsch klare Forderungen an den Gutachter: an seine innere Unabhängigkeit gegenüber der Justiz aber auch gegenüber dem Angeklagten, einen Verzicht auf Fachjargon, der das Gutachten transparent macht und zugleich Rücksicht nimmt auf die Anwesenheit eines Angeklagten.

Schorsch bringt eine Falldarstellung, die er weder exorbitant noch exemplarisch verstanden wissen will. In akribischer Dokumentation gelangtes ihm, die Geschichte eines Sexualstraftäters vom Tatgeschehen (das teilweise erst während der Begutachtung gestanden wurde) bis zur sorgfältig begründeten Diagnose und Prognose aufzurollen. Kernstück ist die langwierige, mühsame Zeit der psychiatrisch-psychologischen Begutachtung (beteiligt war auch der Psychologe Dr. Herbert Maisch) in allen ihren Stationen.

Schorsch's Darstellung läßt in jeder Zeile erkennen: die Geduld und menschlich engagierte, behutsam distanzierte Einstellung des Gutachters, die Sorgfalt, mit der Fakten und Interpretationen auseinandergehalten werden, eigene Gefühle nicht verdrängt, sondern reflektiert werden.

Geradezu beispielhaft wird hier also in überaus anschaulicher und unschwer nachvollziehbarer Weise die Fruchtbarkeit des psychodynamischen Ansatzes in der forensischen Psychiatrie vorgeführt. Der Vf. beweist dabei in der für ihn charakteristischen Bescheidenheit, daß er selbst in hohem Maße dem von ihm eingangs formulierten Anspruch an den forensischen Gutachter gerecht geworden ist. Sowohl der alterfahrene Experte wie der (noch) unsichere Anfänger dürfte aus diesem Buch sehr vieles lernen können - nicht zuletzt dieses: sich eben *nicht* mit dem „kurzen Prozeß“ zu begnügen, mit dem es sich auch das erkennende Gericht in diesem Fall nicht leicht gemacht hat.

Elisabeth Müller-Luckmann, Braunschweig