

ZEITSCHRIFT FÜR SEXUALMEDIZIN, SEXUALTHERAPIE UND SEXUALWISSENSCHAFT

Deutsche  
Gesellschaft  
für Sexualmedizin  
Sexualtherapie und  
Sexualwissenschaft

# Sexuologie

ISSN 0944-7105  
Band 23 / 2016  
S. 113-224

3-4

*Schwerpunkt*  
Jugendsexualität



**Herausgeber:** Ch. J. Ahlers, Berlin · K. M. Beier, Berlin · M. Dietrich, Ravensburg · A. Gauruder-Burmester, Berlin · F. Hausmann, Kappelrodeck · F. M. Köhn, München · A. Korte, München · D. Rösing, Stralsund

[www.sexuologie-info.de](http://www.sexuologie-info.de)

In Kooperation  
mit der  
Österreichischen  
Akademie für  
Sexualmedizin

# Sexuologie

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

---

## INHALT

### Editorial

- 115 Zweierlei Aufklärung  
*Rainer Alisch*

### Themenschwerpunkt – Jugendsexualität

- 117 Behandlung von Geschlechtsidentitätsstörungen (Geschlechtsdysphorie) im Kindes- und Jugendalter – Ausgangsoffene psychotherapeutische Begleitung oder frühzeitige Festlegung und Weichenstellung durch Einleitung einer hormonellen Therapie?  
*Alexander Korte, Klaus M. Beier, Hartmut A.G. Bosinski*
- 133 Hirnentwicklung in der Adoleszenz und deren Implikationen für das Sexualverhalten im Jugendalter  
*Miriam Schuler, Laura Daedelow*
- 141 Suizidalität und psychiatrische Erkrankungen von LGBT-Jugendlichen  
*Umut C. Oezdemir, Tobias Hellenschmidt*
- 147 Krise als Chance – Partnerschaftliche und sexuelle Lernprozesse im Jugendalter  
*Anja Henningsen, Mirja Beck*
- 155 Sexual- und Verhütungsverhalten Jugendlicher und junger Erwachsener  
*Angelika Hefßling, Heidrun Bode*
- 167 Mädchensprechstunde – Primär- und Sekundärprävention in Schule und gynäkologischer Praxis  
*Christine Klapp, Cordula Layer, Heike Kramer, Andrea Mais*
- 177 Jung, schüchtern, ungeküsst? – Erste sexuelle Erfahrungen von Jugendlichen mit Beeinträchtigungen  
*Anja Seidel, Laura Retznik*
- 189 Sexuelle Bildung in der universitären Lehramtsausbildung in Nordrhein-Westfalen  
*Pia Kollender*

### Fortbildung

- 195 Testosteron induzierte wahnhafte Störung bei Klinefelter-Syndrom  
*Uwe Kinzel*

### Aktuelles

- 197 „Mit Sicherheit Verliebt“ – Ein Aufklärungs- und Präventionsprojekt von (Medizin-)Studierenden für Jugendliche  
*Lukas Chinczewski*
- 199 Prostata-Kooperatives MRT-Projekt Berlin (ProKOMB)  
Eine neue Studie zur Verbesserung der Diagnostik des Prostatakarzinoms  
*Frank König, Bernd Hamm*
- 201 Prävention und Lebensstil – Sexuelle Gesundheit stärken und damit Sexuell Übertragbare Infektionen (STI) verringern  
*Judith Coenenberg*
- 203 Rezensionen



**Harri Wettstein**  
**Sexualaufklärung und Herausforderung Pornographie**  
**Zur digitalen Wirklichkeit des Porno-Konsums bei Jugendlichen**  
**Geleit- und Nachwort von Jakob Pastötter**  
**Springer-Verlag 2017**  
**140 Seiten, kart, 24,99 / eBook 19,99 €**

Das Buch bietet auf der Grundlage einer wissenschaftlichen Studie Orientierungswissen zum Phänomen des digitalen Konsums von Pornos bis hin zur Sexsucht im Jugendlichenalter. Das Werk stellt das Thema kontrastierend, manchmal auch provozierend in den Kontext eines natürlichen Verständnisses von Sexualität. Es geht um Primärprävention im Sinne von psychischen Schutzmaßnahmen, die einen aufgeklärten Umgang mit dem Thema ermöglichen. Damit hilft das Werk, die Sprach- und Hilflosigkeit staatlicher Institutionen zu überwinden. Aufgrund der besonderen Expertise des Autors werden dabei auch Fragen der Fruchtbarkeit ausgehend vom Frauenzyklus behandelt. Ein einführender wie auch ein ergänzender Beitrag von Jakob Pastötter ordnen die Ergebnisse in den Forschungskontext ein. Ein dauerhaft aktuelles Thema, ein anregendes Buch, das Eltern, Psychologen, Ärzte und Pädagogen informiert – und der gesellschaftspolitischen Diskussion förderlich sein dürfte.

#### Anschrift der Redaktion

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

Anzeigen: Rainer Alisch, Taunusstraße 8, D-12161 Berlin, Tel.: 0173 249 3575, e-mail: [sexuologie@dgsmtw.de](mailto:sexuologie@dgsmtw.de)

Anzeigenpreise: Gültig ist die Preisliste vom 1. Januar 2016

Lieferkonditionen (2016): Volume 23 (1 Band mit 4 Hefen, Auslieferung in zwei Doppelheften)

Abopreise\* (2016): Deutschland, Österreich, Schweiz: Institutionelle Abnehmer 156,00 €; Einzelpersonen 90,00 €; Student\_innenabo 30,00 €, für Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft ist ein Abonnement im Mitgliedsbeitrag von 120,00 € enthalten

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

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

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

Bankverbindung: Deutsche Ärzte und Apothekerbank, Account No. 010 8784647 (BLZ 300 606 01);

IBAN: DE40 30060601 0108784647; BIC/SWIFT: DAAEDED

Bitte geben Sie bei der Zahlung Ihre vollständigen Daten an.

Copyright: Alle Artikel, die in dieser Zeitschrift veröffentlicht werden, sind urheberrechtlich geschützt, alle Rechte vorbehalten. Ohne schriftliche Erlaubnis der Deutschen Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft ist es verboten, Teile der Zeitschrift in irgendeiner Form zu reproduzieren. Dies beinhaltet ebenso die Digitalisierung, als auch jede andere Form der elektronischen Weiterverarbeitung, wie Speichern, Kopieren, Drucken oder elektronische Weiterleitung des digitalisierten Materials aus dieser Zeitschrift (online oder offline). Für den allgemeinen Vertrieb von Kopien für Anzeigen- und Werbezwecke, für die Neuzusammenstellung von Sammelbänden, für den Wiederverkauf und andere Recherchen muss eine schriftliche Erlaubnis von der Akademie eingeholt werden.

Satz: Rainer Alisch · [www.rainer-alisch.de](http://www.rainer-alisch.de)

Coverfoto: Franziska Barth · [www.streifenblicke.de](http://www.streifenblicke.de)

Die Redaktion war bemüht, sämtliche Rechteinhaber von Abbildungen zu ermitteln. Sollte dennoch der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar gezahlt.

Druckerei, Bindung: Gutenberg Druckerei GmbH Weimar

(∞) Seit Band III, Heft 1 (1996) erfüllt das Papier, das für diese Zeitschrift genutzt wurde, die Anforderungen von ANSI/NISO Z39.48-1992 (Beständigkeit von Papier). Hergestellt in Deutschland

Alle Rechte vorbehalten.

© Deutschen Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft



## Zweierlei Aufklärung

„Die vollends aufgeklärte Welt strahlt im Zeichen triumphalen Unheils.“

Theodor W. Adornos u. Max Horkheimers

*Dialektik der Aufklärung*

### Liebe Leserinnen und Leser,

2017 wird es siebzig Jahre her sein, dass die im amerikanischen Exil geschriebene *Dialektik der Aufklärung* auf deutsch erschienen ist. Auf zweihundert Seiten werden zweitausend Jahre Geschichte verhandelt, dies in einer Weise, die selbst nicht geschichtlich ist. Es ist ein historisches Buch, dem nichts Historisches anhaftet und das auch nicht historisch wird, denn es erinnert die Paradoxien einer aufgeklärten, aber gedächtnislosen Gesellschaft, die im Spiegel ihrer eigenen Gewissheiten nur noch sich selbst erkennt. Auf diesen Ausflug in die Philosophie komme ich noch zurück.

Die Spannweite der nachfolgenden Texte zur *Jugendsexualität* wird von zwei Beiträgen abgesteckt. Einmal durch den Text von *Alexander Korte, Klaus M. Beier & Hartmut A.G. Bosinski*, der der Frage nachgeht, welches therapeutische Vorgehen bei Kindern und Jugendlichen im Falle einer Geschlechtsdysphorie angezeigt sein könnte. Im Fokus steht damit die Fragilität und Krisenhaftigkeit jugendlicher Entwicklung, die unter je verschiedenen Aspekten *Miriam Schuler & Laura Daedelow* sowie *Umut C. Oezdemir & Tobias Hellenschmidt* gleichfalls benennen, aber auch die Ausführungen von *Anja Henningsen & Mirja Beck*. Den anderen Pol des thematischen Schwerpunktes bildet *Pia Kollenders* Blick auf die universitäre Lehramtsausbildung, womit die Thematik der Wissensvermittlung und das damit implizierte Verhalten – also eine gelingende sexuelle Aufklärung im weitesten Sinne – aufgerufen wird, wie sie auch der Beitrag von *Angelika Heßling & Heidrun Bode*, der Text von *Christine Klapp, Cordula Layer, Heike Kramer & Andrea Mais* und die Ausführungen von *Anja Seidel & Laura Retznik* thematisieren. Zusammenfassend gesehen, bilden die Heftbeiträge somit das breite Spektrum eines erfolgreichen Zusammenspiels von Wissenschaft, Praxis und Politik auf dem Feld jugendlicher Sexualität ab.

Deutschland gilt als vorbildlich, was die sexuelle Aufklärung Jugendlicher betrifft: niedrige Rate der Schwangerschaftsabbrüche, hohe Rate der Verhütung. Ist Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern also eine „Insel der Seligen“? Diese Frage wird von Jakob Pastötter in seinem Nachwort zu dem kleinem Bändchen von



Harri Wettstein, *Sexualaufklärung und Herausforderung Pornographie*, aufgeworfen (vgl. gegenüberliegende Seite), wobei Pastötter die Wirksamkeit der aufgeklärten sexualpädagogischen Anstrengungen in Abrede stellt: Sie würden weniger auf „sexualwissenschaftlichen und entwicklungspsychologischen Erkenntnissen“ beruhen als vielmehr auf den „sexualphilosophischen Annahmen“ einer Fachdisziplin, deren „Verbindung“ zur Sexualwissenschaft und „Begründung“ durch diese „im besten Fall lose ist“. Seine Kritik entfaltet ihre Schärfe im Kontext der mehr als gewagten These Wettsteins vom „Pornographiekonsum als Folge oder zumindest als Begleiterscheinung der hormonellen Empfängnisverhütung“.

Nur unzulänglich lässt sich im Rahmen eines Editorials darstellen, entlang welcher Fluchtlinien Pastötter und Wettstein sexualpädagogische Aufklärung, Pornographiekonsum und hormonelle Empfängnisverhütung als miteinander verzahnt erscheinen und was sie dem entgegensetzen. In einem ersten Anlauf vielleicht nur so viel: Wettstein propagiert die „symptomthermale Methode“ der Empfängnisverhütung und versteht sie – abgesehen von ihren antihormonellen Implikationen –, als ein generelles Plädoyer für die innere Wahrnehmung und Achtsamkeit dem Körper gegenüber, ein Plädoyer, das auch den männlichen Partner einbezieht und als ein Schutzfaktor gegen die Surrogatsexualität der Pornographie fungieren soll.

Die Brisanz dieser Überlegungen erwächst somit daraus, dass sie vor dem Hintergrund eines Runs auf vermeintliche Natürlichkeit – die, wie Pastötter vermerkt, allgegenwärtig ist – die biochemische Massenproduktion von Hormonen und die Omnipräsenz von kostenlos und ohne Beschränkungen verfügbaren pornographischen Filmen zu einem interdependenten Phänomen verschmelzen.

Darüber lohnt es sich zu diskutieren und zwar in der Perspektive einer aufgeklärten Aufklärung, die – eigene Gewissheiten überprüfend – die Aufklärung aufklärt.

Rainer Alisch (Redaktion)



**Mathias Hirsch**  
**Mütter und Söhne – blasse Väter**  
**Sexualisierte und andere Dreiecksverhältnisse**  
**Psychosozial Verlag 2016**  
**182 Seiten, kart., 22,90 €**

Mathias Hirsch widmet sich in dem vorliegenden Buch der sexualisierten Übergriffigkeit von Müttern auf ihre Söhne. Er beschreibt differenziert die Psychodynamik und die traumatischen Folgen einer inzestuösen Nähe zur Mutter, die durch einen abwesenden oder schwachen Vater begünstigt wird. Der inzestuös gebundene Sohn muss als Erwachsener entweder Macht über sein Liebesobjekt ausüben, um damit die panische Angst vor Nähe, die durch die ursprüngliche Traumatisierung entstanden ist, abwehren zu können, oder er begibt sich in eine masochistische Position und identifiziert sich mit der Opferrolle.



**Josef Christian Aigner (Hg.)**  
**Der andere Mann**  
**Ein alternativer Blick auf Entwicklung, Lebenslagen und Probleme von Männern heute**  
**Psychosozial Verlag 2016**  
**254 Seiten, kart., 24,90 €**

Was bedeutet Männlichkeit heute? Wie kann eine konstruktive Männerpolitik aussehen? Mit welchen aktuellen Umbrüchen und Schwierigkeiten haben Männer zu kämpfen? Mit diesen und weiteren Fragen beschäftigen sich die Autoren des vorliegenden Buches. Sie werfen einen Blick auf den „anderen Mann“, der empfindsam, engagiert-vital, fürsorglich, aber auch leidend ist und dem ein anderes Geschlechterverhältnis wichtig ist.

Die Autoren gehen auf Probleme und Nöte von Männern, ihren Werdegang, ihre Eigenarten und Wünsche ein. Ihr Ziel ist es, herauszufinden, wie es Männern geht und wie Männlichkeit jenseits von „Geschlechterkampf“, negativen Pauschalurteilen und männerrechtlicher Rhetorik verstanden werden kann. Erwachsenwerden, Vaterschaft, Bildung und Spiritualität, Philosophie und Religion können dem „anderen Mann“ solche alternativen Wege eröffnen.



**Andreas Kraß**  
**Ein Herz und eine Seele**  
**Geschichte der Männerfreundschaft**  
**S. Fischer 2016**  
**480 Seiten, geb., 26,00 €**

Der Brieffreund, der Studienfreund, der „beste“ Freund – es gibt viele Formen der Männerfreundschaft. Der Berliner Kulturwissenschaftler Andreas Kraß untersucht sie in seinem neuen Buch alle, von der Antike bis in die Gegenwart. Zwanzig Geschichten der Männerfreundschaft von Homer bis Wolfgang Herrndorf werden dafür analysiert und mit einem jeweils epochalen philosophischen Text in Beziehung gesetzt. Im Zentrum stehen nichthomosexuelle Freundschaften und ihre Passionsgeschichten, die einem Muster folgen: Warum muss erst der eine Freund sterben, damit der andere in leidenschaftlicher Weise über die Freundschaft sprechen kann? Und wie verändert sich dies im Laufe der Geschichte? Eine literarisch-kulturgeschichtliche Spurensuche voller neuer und überraschender Einsichten.

# Behandlung von Geschlechtsidentitätsstörungen (Geschlechtsdysphorie) im Kindes- und Jugendalter – Ausgangsoffene psychotherapeutische Begleitung oder frühzeitige Festlegung und Weichenstellung durch Einleitung einer hormonellen Therapie?

Alexander Korte, Klaus M. Beier, Hartmut A.G. Bosinski

## The Treatment of Gender Identity (Gender Dysphoria) Disorders in Childhood and Adolescence – Open-Outcome Psychotherapeutic Support or Early Setting of Therapy Course with the Introduction of Hormonal Therapy?

### Abstract

Child and adolescent psychiatrists experience more and more patients who are uncertain or dissatisfied in regard to their birth sex; some wish to join the opposite sex. Within the framework of the recently revised DSM, DSM-5 (2013), this article discusses the diagnostic classification Gender Dysphoria (GD), in particular the question of the persistence of GD and the therapeutic implications. It reviews at length the different approaches for treatment, especially the pros and cons of early hormonal therapy. The study is based on a selective Medline literature search, national and international guidelines, and the results of a debate among experts in multiple relevant disciplines.

Strong evidence indicates that only a minority of children with GD manifest an irreversible transsexualism in adulthood. This indicates the use of age-differentiated therapy with an open outcome, a treatment approach which in the case of younger children primarily aims at strengthening the sense of concordance with their birth sex and which in principle uses developmental tasks beyond the gender identity issue for all age groups, and takes possible comorbid psychiatric disorders into account. For adolescents with transsexualism in *statu nascendi* a real-life test under psychotherapeutical supervision is indicated. The treatment with developmental- and body-altering hormones should be initiated only after the juvenile's somato- and psychosexual development has been completed. The article also debates the medical ethics involved here.

**Keywords:** Gender identity disorder, Gender dysphoria, Trans-

sexuality, Hormone treatment, Puberty suppression, GnRH-Analoga

### Zusammenfassung

Immer häufiger werden bei Kinder- und Jugendpsychiatern und -psychotherapeuten Patienten vorgestellt, die bezüglich ihres biologischen Geschlechts große Unsicherheit bzw. Unzufriedenheit empfinden und den Wunsch äußern, im anderen Geschlecht leben zu wollen. Vor dem Hintergrund der aktuellen DSM-Neuaufgabe (DSM-5) wird zunächst die diagnostische Einordnung Geschlechtsdysphorie (GD) erläutert, was die Frage nach der Persistenz der Geschlechtsstörung aufwirft und wiederum große Bedeutung für das therapeutische Vorgehen hat. Ausführlich wird auf die Kontroverse um unterschiedliche Behandlungsstrategien, insbesondere auf die Vor- und Nachteile frühzeitiger Hormontherapien eingegangen. Die Arbeit basiert auf einer selektiven Medline-Literaturrecherche, Analyse der existierenden (inter-) nationalen Leitlinien und Bezugnahme auf die Ergebnisse einer interdisziplinär geführten Expertendiskussion.

Es gilt als gesichert, dass nur eine Minderheit von Kindern mit Geschlechtsdysphorie im Erwachsenenalter das Vollbild einer (dann transsexuellen) Geschlechtsidentitätsstörung entwickelt. Dies legt einen altersdifferenzierten, ausgangsoffenen Behandlungsansatz nahe, der bei jüngeren Kindern vorrangig auf die Stärkung des Zugehörigkeitsgefühls im Geburtsgeschlecht abzielt und der in allen Altersstufen grundsätzlich auch andere Entwicklungsaufgaben jenseits der Geschlechtsidentitätsproblematik in den Blick nimmt und mögliche komorbide psychiatrische Störungen berücksichtigt. Bei Adoleszenten mit Transsexualität in *statu nascendi* ist eine psychotherapeutisch begleitete Alltagserprobung indiziert. Die Einleitung von entwicklungs- oder körperverändernden Hormontherapien sollte indes nicht vor Abschluss der somato- und psychosexuellen Entwicklung erfolgen. Wesentliche medizinethische Überlegungen dazu werden vorgestellt.

**Schlüsselwörter:** Geschlechtsidentitätsstörung, Geschlechtsdysphorie, Transsexualität, Hormonbehandlung, Pubertätsblockade, GnRH-Analoga

## Einleitung – Zur Intention dieses Beitrags

Erwachsene Patienten, die an einer anhaltenden und profunden Geschlechtsdysphorie (GD) im Sinne einer Transsexualität (ICD-10: F64.0) leiden, berichten mehrheitlich aus ihrer Kindheit und Jugendzeit von Verhaltens- und Erlebnisweisen, die es gerechtfertigt erscheinen lassen, retrospektiv die Diagnose einer Geschlechtsidentitätsstörung (GIS) im Kindesalter (ICD-10: F64.2) zu stellen. Dies bedeutet, dass sie bereits in jungen Jahren ihr Geburtsgeschlecht ablehnten und sich dem anderen Geschlecht angehörig fühlten. Unterschiedlich ist das Ausmaß, in dem die Betroffenen unter dieser Inkongruenz zwischen biologischem Geschlecht und Identifikationsgeschlecht (der angestrebten sozialen Geschlechtsrolle) litten. Oft lassen sich die von den Patienten gemachten Angaben durch fremdanamnestiche Auskünfte, etwa durch Berichte der Eltern bestätigen und anhand von mitgebrachten Photographien validieren, die den Entwicklungsverlauf der Betroffenen entlang der einzelnen Phasen der körperlichen und psychosozialen respektive psychosexuellen Reifung wiedergeben.

Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten ebenso wie Kinderärzte und Sexualmediziner wissen indes sehr wohl, dass keineswegs alle Kinder und (Früh-)Adoleszente mit Geschlechtsdysphorie und Rollen-non-konformem Verhalten zwangsläufig transsexuell werden. Selbst für diejenigen Kinder, die bei einer strengen Auslegung der diagnostischen Kriterien definitiv als „geschlechtsidentitätsgestört“ im Sinne der ICD-10-Kategorie (F64.2) eingeordnet werden können, trifft dies nicht zu. Wenn aber nicht von einer Persistenz der Symptomatik ausgegangen werden kann und diese, wie wir zeigen werden, nur bei einer kleinen Minderheit zu beobachten ist, so ist die GIS/ GD bei Kindern von jener im Jugendalter und von der GIS/GD bzw. Transsexualität erwachsener Patienten gedanklich getrennt zu halten und als eigenständige Entität zu betrachten.

Transsexualität ist in der Regel zunächst eine selbst gestellte Diagnose. Es gibt kein objektives Kriterium zum Nachweis einer Geschlechtsidentitätstransposition im Sinne eines überdauernden „Transsexualismus“. Eine wichtige Aufgabe besteht darin, verlässliche Prädiktoren zu finden, anhand derer vorauszusagen ist, ob das betreffende Kind bzw. der/die Adoleszente eine transsexuelle Entwicklung nehmen wird oder nicht. Dem Nachweis der Irreversibilität der Geschlechtsidentitätstransposition kommt deshalb eine überragende Bedeutung zu, weil dies die Voraussetzung für die Einleitung der somato-medizinischen, d.h. hormonellen Behandlung, und der juristischen Maßnahmen zur Vornamen- und Personenstandsänderung darstellt.

Ziel dieses Beitrags ist es, die besonderen Schwierigkeiten aufzuzeigen, mit denen sich Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten konfrontiert sehen, die Kinder und Jugendliche mit GIS/GD behandeln. Der Fokus liegt dabei auf der kritischen Reflexion der Frage, zu welchem Zeitpunkt bei Adoleszenten mit GIS/GD bzw. Verdacht auf transsexuelle Entwicklung eine diagnostische Festlegung und die damit in der Regel verbundene Weichenstellung erfolgen sollten. Nach einführender Erläuterung des aktuellen Forschungsstands inklusive eines Überblicks über die – zur Beantwortung dieser Frage hoch relevanten – bisherigen Katamnese-Studien und Darstellung der unterschiedlichen Verläufe und Differenzialdiagnosen während der Adoleszenz, soll die Debatte über unterschiedliche Behandlungsstrategien, insbesondere die Kontroverse um die frühzeitige Hormonbehandlung erörtert werden. Dies schließt auch Überlegungen zu medizinethischen Prinzipien ärztlich-therapeutischen Handelns unter Berücksichtigung entwicklungspsychiatrischer Aspekte mit ein.

## GIS/GD im Kindes- und Jugendalter – Klassifikation, Diagnostik, Epidemiologie

GIS und GD können sich mit unterschiedlicher Ausprägung bereits ab dem frühen Kleinkindalter manifestieren (Bradley & Zucker, 1995, 1997). Aus inhaltlichen Gründen ist es erforderlich, die GIS/GD des *Kindesalters* von der des *Jugendalters* zu trennen und von der GIS/GD des *Erwachsenenalters* abzugrenzen. Nachfolgend sollen die Leitsymptome anhand der definierten Diagnosekriterien dargestellt und zugleich auf die Unterschiede zwischen den beiden Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM, insbesondere auf die zuletzt vorgenommenen Änderungen im DSM-5, eingegangen werden.

## Leitsymptomatik und Klassifikation – GIS/GD in der ICD-10 und im DSM-5

Im Klassifikationssystem der WHO, ICD-10 (WHO, 2010), werden die Störungen der Geschlechtsidentität im Kindesalter (F64.2) gesondert neben Transsexualismus (F64.0) und Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen (F64.1) im Kapitel Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgeführt. Kasten 1 gibt einen Überblick über die für Deutschland gültigen ICD-10-Kriterien der GIS im Kindesalter, in Kasten 2 finden sich diese für die anderen Spektrumsdiagnosen. Ausdrücklich wird darauf hingewiesen, dass ein bloßes

### Kasten 1: ICD-10 F64.2: Störung der Geschlechtsidentität im Kindesalter

#### Bei Mädchen:

- A. Andauerndes intensives Leiden daran, ein Mädchen zu sein und erklärter Wunsch, ein Junge zu sein (nicht begründet mit kulturellen Vorteilen für Jungen). Oder das Mädchen besteht darauf, bereits ein Junge zu sein.
- B. Entweder 1. oder 2.
  - 1. Anhaltende deutliche Aversion gegen üblicherweise weibliche Kleidung und Bestehen auf typisch männlicher Kleidung, z.B. männlicher Unterwäsche und anderer Accessoires;
  - 2. Anhaltende Ablehnung weiblicher anatomischer Gegebenheiten, die sich in mindestens einem der folgenden Merkmale äußert:
    - a) Behauptung, einen Penis zu besitzen, oder dass ein Penis wachsen wird;
    - b) Ablehnung, im Sitzen zu urinieren;
    - c) Versicherung, keine Brüste zu bekommen oder nicht menstruieren zu wollen.
- C. Das Mädchen hat bis jetzt nicht die Pubertät erreicht.
- D. Die Störung muss mindestens sechs Monate vorliegen.

#### Bei Jungen:

- A. Andauerndes intensives Leiden daran, ein Junge zu sein sowie intensiver Wunsch oder seltener, Behauptung, bereits ein Mädchen zu sein.
- B. Entweder 1. oder 2.:
  - 1. Beschäftigung mit typisch weiblichen Aktivitäten, z. B. Tragen weiblicher Kleidungsstücke oder Nachahmung der weiblichen Erscheinung, intensiver Wunsch, an Spielen und Zeitvertreib von Mädchen teilzunehmen und Ablehnung von typisch männlichem Spielzeug, Spielen und Aktivitäten;
  - 2. Anhaltende Ablehnung männlicher anatomischer Gegebenheiten, die sich durch mindestens eine der folgenden wiederholten Behauptungen äußert:
    - a) dass er zu einer Frau heranwachsen wird (nicht nur in eine weibliche Rolle);
    - b) dass sein Penis und seine Hoden ekelhaft sind oder verschwinden werden;
    - c) dass es besser wäre, keinen Penis oder Hoden zu haben.
- C. Der Junge hat bis jetzt nicht die Pubertät erreicht.
- D. Die Störung muss mindestens sechs Monate vorliegen.

Abweichen von den kulturellen Geschlechterstereotypen (also Rollen-non-konformes, burschikoses Verhalten bei Mädchen oder mädchenhaftes Verhalten bei Jungen) für die Diagnose GIS im Kindesalter nicht ausreicht. Ferner wird ein Beginn der Symptomatik deutlich vor der Pubertät gefordert, und die Diagnose kann nur bis zum Einsetzen der Pubertät vergeben werden.

### Kasten 2: ICD-10 F64: Störungen der Geschlechtsidentität

#### F64.0 Transsexualismus

- A. Die Betroffenen haben den Wunsch, als Angehörige des anderen Geschlechts zu leben und als solche akzeptiert zu werden, in der Regel verbunden mit dem Wunsch, den eigenen Körper durch chirurgische und hormonelle Behandlungen dem bevorzugten Geschlecht anzugleichen.
- B. Die transsexuelle Identität besteht andauernd seit mindestens zwei Jahren.
- C. Der Transsexualismus ist nicht Symptom einer anderen Erkrankung, wie z. B. einer Schizophrenie und geht nicht mit einer Chromosomenaberration einher.

#### F64.1 Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen

- A. Tragen der Kleidung des anderen Geschlechts (cross-dressing), um sich vorübergehend dem anderen Geschlecht zugehörig zu fühlen.
- B. Fehlen jeder sexuellen Motivation für das Tragen der Kleidung des anderen Geschlechts.
- C. *Kein* Wunsch nach endgültiger Geschlechtsumwandlung.

#### [F64.2 Störung der Geschlechtsidentität im Kindesalter

⇒ siehe Kasten 1]

#### F64.8 Sonstige und F64.9 nicht näher bezeichnete Störung der Geschlechtsidentität

Für diese Diagnosen ist kein spezielles Kriterium definiert.

GD/GIS bei Personen, welche die Pubertät erreicht haben oder gerade erreichen, sind nicht hier, sondern unter Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung (F66.x) zu klassifizieren. Nach Abschluss der Pubertät ist die Diagnose Transsexualismus (F64.0) erst dann gerechtfertigt, wenn der Wunsch, als Angehörige/r des anderen Geschlechts zu leben und der Wunsch nach geschlechtsangleichenden Maßnahmen mindestens zwei Jahre durchgehend bestehen. Sind die diagnostischen Kriterien nur teilweise erfüllt oder liegen intersexuelle Fehlbildungen vor, können die Diagnosen Sonstige Störung der Geschlechtsidentität (F64.8) oder Nicht näher bezeichnete Störung der Geschlechtsidentität (F64.9) zutreffen (siehe Kasten 1 und 2).

Die vierte Fassung des DSM, DSM-IV (APA, 1994), lieferte im Vergleich zur ICD-10 präzisere – differenziert prüfbar – Kriterien für die Diagnose Geschlechtsidentitätsstörung. Der Begriff „Transsexualität“ wurde aufgegeben, da er zu sehr auf das Vorhandensein nach operativer Geschlechtsumwandlung fixiert war. Allerdings wurden

Kasten 3: DSM-5 302.6: Geschlechtsdysphorie bei Kindern

- A. Ausgeprägte Inkongruenz zwischen dem erlebten/ausgedrückten und dem zugewiesenen Geschlecht („gender“), die mindestens 6 Monate andauert und sich durch mindestens 6 der folgenden Kriterien manifestiert (eines davon muss Kriterium A1 sein):
- (1) Starker Wunsch, dem anderen Geschlecht anzugehören oder ein Bestehen darauf, dass er oder sie dem anderen Geschlecht (oder einem alternativen Geschlecht, das von dem zugewiesenen abweicht) angehört.
  - (2) Bei als *Jungen* erzogenen Kindern eine ausgeprägte Bevorzugung für das Tragen gegengeschlechtlicher Kleidung oder die Nachahmung weiblicher Aufmachung; bei als *Mädchen* erzogenen Kindern ausgeprägte Bevorzugung des Tragens ausschließlich jungentypischer Bekleidung und ein starker Widerstand gegen das Tragen typischer Mädchenbekleidung;
  - (3) Ausgeprägte Bevorzugung gegengeschlechtlicher Charaktere in Rollen- oder Fantasiespielen.
  - (4) Ausgeprägte Bevorzugung von Spielzeug, Spielen oder Aktivitäten, die für das andere Geschlecht typisch sind.
  - (5) Ausgeprägte Bevorzugung von Spielgefährten des anderen Geschlechts.
  - (6) Bei als *Jungen* erzogenen Kindern ausgeprägte Ablehnung von Spielzeug, Spielen oder Aktivitäten, die für Jungen typisch sind und eine ausgeprägte Vermeidung von Rauf- und Tobespielen; bei als *Mädchen* erzogenen Kindern starke Ablehnung von Spielzeug, Spielen oder Aktivitäten, die für Mädchen typisch sind.
  - (7) Starke Abneigung gegen die eigenen körperlichen Geschlechtsmerkmale.
  - (8) Starker Wunsch, diejenigen primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmale zu haben, die dem gefühlten Geschlecht („one's experienced gender“) entsprechen.
- B. Der Zustand geht einher mit klinisch bedeutsamem Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, schulischen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

**Spezifiziere, ob:** Mit Störung der sexuellen Differenzierung (DSD): z.B. angeborene adrenogenitale Störung wie 255.2 [E25.0] – Adrenogenitales Syndrom oder 259.50 [E34.50] – Androgen-Insensivitäts-Syndrom.  
**Kodierungshinweis:** Kodiere sowohl die Störung der sexuellen Entwicklung (DSD) als auch die Geschlechtsdysphorie.

die Diagnose-Kriterien für Geschlechtsidentitätsstörung bei Kindern (DSM-IV-TR<sup>1</sup>, 302.6) und Geschlechtsidentitätsstörung bei Jugendlichen und Erwachsenen (DSM-

Kasten 4: DSM-5 302.85: Geschlechtsdysphorie bei Jugendlichen und Erwachsenen

- A. Ausgeprägte Inkongruenz zwischen der erfahrenen/erlebten Geschlechtszugehörigkeit („gender“) und der zugewiesenen Geschlechtszugehörigkeit, die mindestens 6 Monate andauert und sich durch zwei oder mehr der folgenden Kriterien manifestiert (eines davon muss Kriterium A1 sein):
- (1) Eine ausgeprägte Inkongruenz zwischen der erfahrenen/erlebten Geschlechtszugehörigkeit („gender“) und den primären und / oder sekundären Geschlechtsmerkmalen (oder, bei jungen Adoleszenten, den erwarteten sekundären Geschlechtsmerkmalen).
  - (2) Ein starker Wunsch, die primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmalen loszuwerden (oder, bei jungen Adoleszenten, die Entwicklung der erwarteten sekundären Geschlechtsmerkmalen zu verhindern).
  - (3) Ein starkes Verlangen, die primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmale des anderen Geschlechts zu haben.
  - (4) Der starke Wunsch, dem anderen Geschlecht (oder einem alternativen Geschlechts, welches vom zugewiesenen abweicht) anzugehören.
  - (5) Der starke Wunsch, wie ein Angehöriger des anderen Geschlecht (oder eines alternativen Geschlechts, welches vom zugewiesenen abweicht) behandelt zu werden.
  - (6) Die starke (feste) Überzeugung, dass man die typischen Gefühle und Reaktionen des anderen Geschlechts (oder eines alternativen Geschlechts, welches vom zugewiesenen abweicht) habe.
- B. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

**Spezifiziere, ob:** Mit Störung der sexuellen Differenzierung (DSD): z.B. angeborene adrenogenitale Störung wie 255.2 [E25.0] – Adrenogenitales Syndrom oder 259.50 [E34.50] – Androgen-Insensivitäts-Syndrom.

**Kodierungshinweis:** Kodiere sowohl die Störung der sexuellen Entwicklung (DSD) als auch die Geschlechtsdysphorie.

IV-TR, 302.85) gemeinsam aufgeführt, so dass der Eindruck entstehen könnte, das eine sei der automatische Vorläufer des anderen.

Das im Mai 2013 erschienene DSM-5 (APA, 2013) weist einige bedeutsame Änderungen zur Vorgängerversion auf (siehe Kasten 3 und Kasten 4):

- In Erwägung, dass die Geschlechtsidentität der betreffenden Personen per se nicht gestört sei, nur eben nicht zu ihrem körperlichen und Zuweisungsge-

<sup>1</sup> TR: Text Revision

schlecht passe, wird nun der Begriff „Geschlechtsdysphorie“ (*gender dysphoria*) verwendet. Es wird somit auch hinterfragt, ob eine psychiatrische Störung im engeren Sinn vorliegt.

- Die Diagnose für das Kindesalter (DSM-5: 302.6) ist entkoppelt von jener des Jugend- und Erwachsenenalters (DSM-5: 302.85). Beide werden in einem eigenen Kapitel und nicht mehr gemeinsam mit sexuellen Funktionsstörungen und Paraphilien abgehandelt.
- Darüber hinaus werden auch Geschlechtsidentitäten, die sich der binären Kategorisierung als männlich oder weiblich widersetzen, unter dieser Rubrik eingeordnet, sofern das Wunsch- bzw. Identitätsgeschlecht vom biologischen Geschlecht abweicht und ein klinisch signifikanter Leidensdruck vorliegt.
- Außerdem ist Intersexualität („Störungen der somatosexuellen Differenzierung“) kein Ausschlusskriterium mehr für die Diagnose GD.

Gemeinsam ist den aktuellen ICD- und DSM-Klassifikationen, dass sie für das Kindesalter den Begriff „transsexuell“ strikt vermeiden – die Diagnose „Transsexualität bei Kindern/im Kindesalter“ gibt es nicht! – und dass sie die Kriterien für präpuberale Kinder deutlich von jenen für Jugendliche unterscheiden. Ferner betonen sowohl die ICD-10 als auch das DSM-5 den Unterschied zwischen einerseits (lediglich) geschlechtsatypischem bzw. Rollennonkonformem Verhalten, das für sich genommen keinen Störungswert hat, und andererseits der mit Leidensdruck einhergehenden Ablehnung der zugewiesenen Geschlechtszugehörigkeit bzw. dem Wunsch nach Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht. Weil der in der ICD-10 (im Gegensatz zum DSM-5) noch verwendete Terminus „Transsexualität“ für erwachsene Patienten reserviert ist, wird empfohlen, bei Adoleszenten die Umschreibung „wahrscheinliche transsexuelle Entwicklung“ oder „Transsexualität in statu nascendi“ zu verwenden. Eine Subgruppe von jugendlichen Patienten äußert den Wunsch, als Person des Gegengeschlechts leben zu wollen, wünscht jedoch keine operative Geschlechtsangleichung; für diese Jugendlichen wird derzeit üblicherweise der Begriff „Transgender“ verwendet.

## Diagnostisches Vorgehen – Störungsspezifische Symptomatik und Komorbidität

Die Diagnosesicherung sollte durch einen in der Arbeit mit Kindern und Adoleszenten mit GIS/GD erfahrenen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgen, optimalerweise im Rahmen einer interdisziplinären Spezialprechstunde, unter Einbeziehung der erforderlichen sexualmedizinischen Expertise. Des Weiteren sollte im Verlauf eine gründliche körperliche Untersuchung durch

einen pädiatrischen Endokrinologen erfolgen; dieser kann dann auch über die Notwendigkeit weiterer diagnostischer Maßnahmen zum Ausschluss intersexueller Störungen (Störungen der somatosexuellen Differenzierung, DSD) entscheiden. Das diagnostische Vorgehen orientiert sich an den deutschen AWMF-Leitlinien (Meyenburg et al., 2013) sowie den internationalen Leitlinien *Standards of Care* (WPATH, 2011) der World Professional Association for Transgender Health. Zur Diagnosestellung sollten die diagnostischen Kriterien des DSM-5 für Geschlechtsdysphorie bei Kindern (302.6) und für Geschlechtsdysphorie bei Jugendlichen und Erwachsenen (302.85) herangezogen werden (siehe Kasten 3 und 4).

Empfohlen wird die Verwendung spezifischer GIS/GD-Fragebögen und -Interviews, die von der Amsterdamer Arbeitsgruppe entwickelt und inzwischen ins Deutsche übersetzt wurden, selbst wenn eine Validierung der deutschsprachigen Version noch aussteht: *Utrecht Gender Dysphoria Scale, UGDS* (vgl. Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997); *Gender Identity Interview for Children, GIIC* (vgl. Wallien et al., 2009). Alternativ können die in Toronto entwickelten standardisierten Fragebögen bzw. Interviews eingesetzt werden (Johnson et al., 2004; Degraças et al., 2007). Als projektives Verfahren kommt häufig der sog. Mensch-Zeichen-Test (ohne Vorgabe des Geschlechts) zur Anwendung; die Mehrheit der Kinder mit GIS/GD zeichnet eine Person, deren Geschlecht kongruent zur eigenen Geschlechtsidentität ist.

Bei Kindern ebenso wie bei Jugendlichen sind die bisherige psychosexuelle Entwicklung und Entwicklung der Geschlechtsidentität systematisch zu erfragen. Dazu gehört eine ausführliche Exploration beider Elternteile (Steensma & Cohen-Kettenis, 2012), inklusive Klärung von deren Erwartungshaltungen und Reaktionen sowie Aufdeckung eventueller „transsexuologener“ Einflussfaktoren bzw. der Funktionalität, welche der GIS/GD des Kindes möglicherweise im Familiensystem zukommen (Korte et al., 2008). Auf Seiten des Kindes bzw. des Jugendlichen sollte der Fokus auch auf andere Entwicklungsaufgaben jenseits der Geschlechtsidentitätsproblematik gerichtet werden (Möller et al., 2009). Von Interesse sind mögliche unbewusste (oder bewusste) intrapsychische und interpersonelle Konflikte ebenso wie der genaue Kontext, in dem das Unbehagen mit dem eigenen Geschlecht erstmalig geäußert wurde.

Bei Jugendlichen ist die gründliche Exploration bisheriger sexueller Erfahrungen (auch möglicher sexueller Übergriffe), des Körpererlebens vor und während der Pubertät, des Erlebens der eigenen geschlechtlichen Attraktivität sowie die eindeutige Klärung der sexuellen Präferenzstruktur wichtig; Letzteres erfordert i.d.R. auch Gespräche mit den Betroffenen über deren sexuelle (Masturbations-)Phantasien (vgl. Beier et al., 2005).

Wichtig für die Behandlungsplanung ist in sämtlichen Altersstufen die Berücksichtigung möglicher komorbider Störungen, in Abhängigkeit vom Alter vorrangig depressive Syndrome und/oder (Trennungs-)Angststörungen sowie selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität (Aitken et al., 2016; Arcelus et al., 2016); insbesondere bei biologisch weiblichen Jugendlichen mit GIS/GD finden sich des Öfteren Störungen des Sozialverhaltens (Clark et al., 2014; Holt et al., 2014; Reisner et al., 2014).

## Häufigkeit von GIS – Prävalenzanstieg oder angebotsinduzierte Nachfragesteigerung?

Fürs Kindesalter wird eine Prävalenz von unter 1% angegeben (Cohen-Kettenis et al., 2003; Zucker, 2005). Repräsentative Daten zur Häufigkeit von GIS im Kindes- und Jugendalter im deutschsprachigen Raum lieferten Bosinski et al. (1996), die eine vergleichbare Prävalenzrate fanden; allerdings sind diese Daten bereits 20 Jahre alt; neuere, systematische Erhebungen wurden in Deutschland nicht durchgeführt. Unter nationalen und internationalen Experten besteht Konsens, dass es in den letzten zwei Jahrzehnten zu einer signifikanten Zunahme der Inanspruchnahme von Beratungs- und Behandlungsangeboten gekommen ist. Aus Toronto/Canada wurden dazu Zahlen vorgelegt, die eine Zunahme der Neuvorstellungen sowohl von Patienten im Kindes- als auch im Jugendalter dokumentieren (Wood et al., 2013). Auch die Amsterdamer Gruppe um Cohen-Kettenis (Steensma et al., 2012) und die vier wichtigsten deutschen Behandlungszentren mit GIS-Spezialsprechstunden, die Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Universitätskliniken in Frankfurt, Hamburg, Berlin und München bestätigen diesen Trend (Meyenburg, 2013).

Als mögliche Ursachen für den Anstieg der Neuvorstellungsrate werden verschiedene Faktoren diskutiert, die vermutlich zusammenwirken:

- eine bessere Aufklärung und ein größeres Problembewusstsein in der Bevölkerung für Geschlechtsrollen- bzw. Geschlechtsidentitätskonflikte – auch vor dem Hintergrund der wachsenden Bereitschaft eines größer werdenden Kollektivs, vermeintliche Selbstverständlichkeiten und stereotypisierende Rollenzuschreibungen zu hinterfragen;
- die zunehmende mediale Verbreitung von Informationen zu GIS/GD, im Speziellen zu GIS im Kindes- und Jugendalter, einschließlich der besorgniserregenden Vermarktung von und der reißerischen Berichterstattung über immer jüngere Patienten, die wenig seriösen TV-Sendungen („*Transgender – mein Weg in den richtigen Körper*“) oder Internet-Foren,

in denen junge Leute euphorisiert über ihre Behandlung berichten und als Vorbilder fungieren; es kann vermutet werden, dass dies einen Anstieg der Selbstdiagnosen nach sich zieht;

- das Angebot neuer Behandlungsmethoden, insbesondere die vielfach beworbene Möglichkeit einer frühzeitigen Einleitung einer pubertätsblockierenden und/oder konträrgeschlechtlichen Hormonbehandlung (sog. angebotsinduzierte Nachfragesteigerung);
- der sich zunehmend in vielen Bereichen der Medizin durchsetzende „Machbarkeitsgedanke“, also die Annahme, dass eine „Geschlechtsumwandlung“ mittels heutiger medizinischer Möglichkeiten problemlos durchgeführt werden kann, und die Haltung, dass medizinisch Machbares prinzipiell umgesetzt werden sollte, verbunden mit der Überzeugung, dass die Wahl des Geschlechts als eine Art „Grundrecht“ anzusehen ist.

Bezüglich der Geschlechterverteilung ist anzumerken, dass im Kindesalter Jungen als häufiger von einer klinisch relevanten GIS betroffen gelten, wobei die Ursache dafür im Wesentlichen in der größeren Akzeptanz des sozialen Umfelds gegenüber geschlechtsrollentypischem Verhalten bei Mädchen (sog. „Tomboy“-Verhalten) liegen dürfte (Bosinski et al., 1996). Interessanterweise sind die Vorstellungsraten von Mädchen im Kindesalter deutlich geringer und machen nur ca. 20% aus, obwohl in den CBCL-Screening-Fragebögen (*Child Behavior Checklist*) geschlechtsatypisches Verhalten bei Mädchen insgesamt häufiger berichtet wurde als bei den altersgleichen Jungen – was für die vorgeschlagene Erklärung spricht. Bei jugendlichen GIS/GD-Patienten ist seit einigen Jahren eine Verschiebung der Sex-Ratio mit einer signifikanten Zunahme des Anteils biologischer Mädchen zu beobachten, deren Ursachen ungeklärt sind (Aitken et al., 2015; Kaltiala-Heino et al., 2015).

## Über „Desisters“ und „Persisters“ – Was wird aus den Kindern mit GIS/GD?

Die eingangs aufgeworfene Frage, welchen Entwicklungsverlauf Kinder mit GIS/GD im Zuge ihrer weiteren sozio-emotionalen und somato-psycho-sexuellen Reifungsvorgänge nehmen und was aus ihnen wird, wenn sie die Pubertät erreicht haben, ist von größter Relevanz für die Debatte um unterschiedliche Behandlungsstrategien (Steensma & Biemond et al., 2011; Steensma & Cohen-Kettenis, 2011; Zucker, 2008a/b). Deshalb soll darauf im Folgenden ausführlicher eingegangen werden.

## Katamnese-Studien zu GIS/GD im Kindesalter – Auf der Suche nach Prädiktoren

Eine Reihe katamnestischer Untersuchungen liefern Hinweise, wonach geschlechtsatypische Verhaltensweisen im Kindesalter häufig zu einer gleichgeschlechtlichen sexuellen Orientierung im Erwachsenenalter führen (Bailey & Zucker, 1995), nur in max. 15% der Fälle zu einer überdauernden Geschlechtsidentitätsstörung (Green et al., 1987; Davenport, 1986; Zucker & Bradley, 1995; Drummond et al., 2008; Singh, 2012). Auch bei Vorliegen eines deutlichen Unbehagens im eigenen Geschlecht mit Aversion gegenüber den Genitalien (GIS, i.e.S.) ist dies bei betroffenen biologischen Jungen nur bei einer Minderheit von maximal 20% Erstmanifestation einer irreversiblen transsexuellen Entwicklung (Zucker, 2005).

Der Follow-up-Zeitraum betrug bei den meisten dieser Katamnesen ein bis zu drei Jahrzehnten, die Anzahl der nachuntersuchten Kinder lag zwischen 10 (Davenport, 1986) und 139 (Singh, 2012). Lediglich in einer niederländischen Follow-up-Studie mit 77 Kindern erreichte der Anteil der untersuchten biologischen Mädchen mit Vollbild einer GIS/GD im Kindesalter, die nach durchschnittlich 10 Jahren weiterhin die Kriterien einer (dann adoleszenten oder adulten) GIS/GD erfüllten, insgesamt 50% (9 von 18); der Anteil unter den biologischen Jungen betrug auch in dieser Katamnese-Studie, die sich durch enge Einschlusskriterien auszeichnete, lediglich 20,3%, nämlich 12 von 59 (Wallien & Cohen-Kettenis, 2008).

Die Arbeitsgruppe um Steensma und Cohen-Kettenis (2008; 2012; 2013) untersuchte insgesamt 246 Kindern mit GIS/GD unter Verwendung der Utrecht Gender Dysphoria Scale (12 Items, Range 1–5) und der beiden CBCL-Items 5 und 110. Von den 246 Kindern erwiesen sich 39 (15,8%) als „Persisters“ und 207 (84,2%) als „Desisters“. Nach Auswertung der Ergebnisse gelangten auch sie zu der Schlussfolgerung, dass *keine* eindeutige Assoziation zwischen GIS/GD im Kindesalter und GIS/GD im Erwachsenenalter besteht, wohl aber mit einer späteren homosexuellen Orientierung. Subtile Unterschiede zwischen „Persisters“ (7 Jungen, 7 Mädchen; Altersdurchschnitt 16 Jahre) und „Desisters“ (5 Mädchen, 6 Jungen; Altersdurchschnitt 15,7 Jahre) ergaben sich erst nach der Ergebnis-Auswertung eines bei insgesamt 25 Individuen (allesamt älter als 14 Jahre) durchgeführten biographischen Interviews:

- „Persisters“ erfüllten in stärkerem Maße sämtliche diagnostische Kriterien der GIS/GD, als dies bei „Desisters“ der Fall war – wobei auch bei der letztgenannten Gruppe die GIS/GD-Diagnosekriterien bei über der Hälfte der Fälle in vollem Umfang erfüllt waren;
- bei den „Persisters“ zeigte sich das offene Ausleben ge-

schlechtsatypischen (Rollen-) Verhaltens frühzeitiger, deutlicher und anhaltender als bei den „Desisters“;

- bei den „Persisters“ stand während der Kindheit die Inkommensurabilität zwischen biologischem (Körper-) Geschlecht und Identitätsgeschlecht im Vordergrund, bei den „Desisters“ eher die Inkongruenz zwischen der gegengeschlechtlichen Identifizierung und den sozialen Rollenanforderungen.

Ferner zeigte sich ein Unterschied hinsichtlich eines höheren Anteils von Kindern aus bildungsfernen sozialen Schichten in der Gruppe der „Persisters“. Letzteres wird so interpretiert, dass die Akzeptanz einer – differenzialdiagnostisch meist am ehesten in Betracht zu ziehenden – homosexuellen Orientierung als „alternative (Auf-) Lösung“ des bestehenden Identitätskonflikts in bildungsfernen Familien erfahrungsgemäß geringer ist, was mit einer höheren Rate an „Persisters“ in dieser Bevölkerungsschicht einhergehen könnte.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der prozentuale Anteil der „Persisters“, bei denen die GIS/GD fortbesteht, gegenüber dem Anteil der „Desisters“, bei denen im Verlauf eine Identifizierung mit dem Geburts-geschlecht gelingt und meist ein homosexuelles Coming-out (bei Jungen in 80–85% der Fälle) erfolgt, deutlich zurückbleibt. Das Vorliegen einer GIS/GD im Kindesalter ist zweifelsohne ein stärkerer Prädiktor für die spätere Manifestation einer homosexuellen Orientierung als für eine spätere Transsexualität (Steensma et al., 2013; 2011a/b).

Allerdings scheint es Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu geben: Bei biologischen Jungen beträgt der Anteil der „Persisters“ in der Zusammenschau der vorliegenden Katamnesen maximal 20%, bei biologischen Mädchen hingegen bis zu 50% (Wallien & Cohen-Kettenis, 2008; Steensma et al., 2013). Nach dem bisherigen Kenntnisstand lässt sich die Frage, welche Faktoren mit einem Überdauern der GIS/GD bis ins Jugend- und Erwachsenenalter assoziiert sind, für beide Geschlechter nicht mit der notwendigen Sicherheit beantworten. Prognosen über das Fortbestehen oder die Auflösung der GIS/GD-Symptomatik im Entwicklungsverlauf bleiben somit statistische Wahrscheinlichkeitsaussagen.

## Möglicher Verlauf kindlicher GIS/GD und Differenzialdiagnosen in der Adoleszenz

Als die entscheidende Entwicklungsphase, in welcher (unter nativen Bedingungen) die Entscheidung bezüglich des Fortbestehens oder Überwindens der GIS/GD fällt, wird von Steensma et al. (2011a/b; 2012) das Alter zwischen 10 und 13 Jahren, also die frühe Adoleszenz angegeben. Die Gründe dafür liegen in den sich massiv

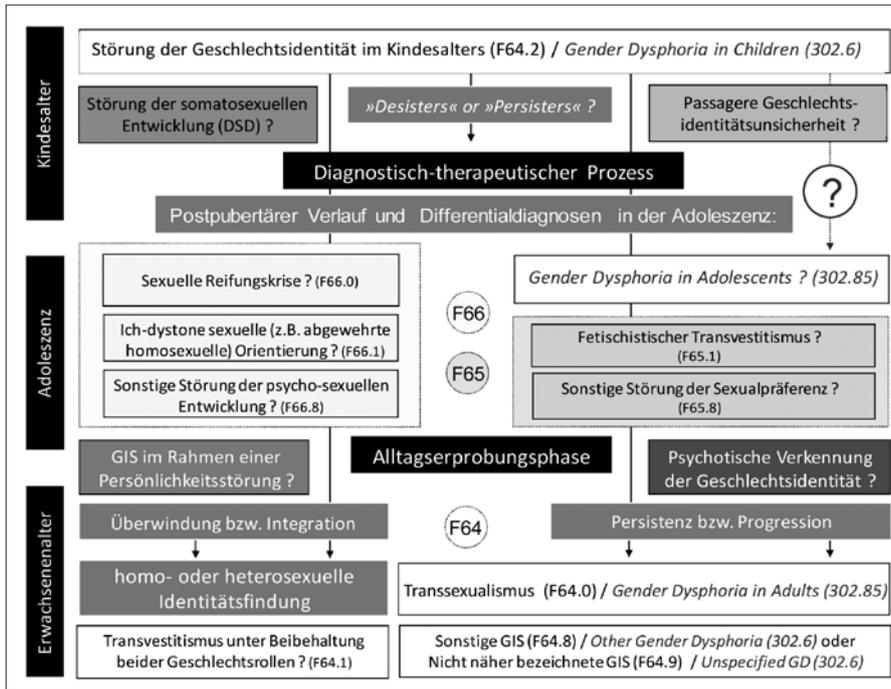


Abb. 1: Möglicher Verlauf von GIS/GD im Kindesalter und Differenzialdiagnosen in der Adoleszenz. Viele Differenzialdiagnosen lassen sich erst im Laufe eines längeren diagnostisch-therapeutischen Prozesses, nach Aufschlüsselung der sexuellen Präferenzstruktur ausschließen oder bestätigen. Grundsätzlich klärt sich die Frage, ob eine transsexuelle Entwicklung vorliegt, über die Verlaufsbeobachtung. Das bedeutet, dass Therapie und Verlaufs- bzw. Differenzialdiagnostik mitunter über mehrere Jahre Hand in Hand gehen müssen.

wandelnden Erwartungen und Rollenanforderungen seitens der sozialen Umwelt wie auch in den dramatischen Veränderungen infolge der Pubertät und der notwendigen Verarbeitung der damit im Zusammenhang stehenden, neuartigen Erfahrungen; letztere beziehen sich auf die Wahrnehmung der körperlichen Veränderungen ebenso wie das (in dieser Qualität) erstmalige Erleben sexueller Attraktion, Verliebtheit und sexueller Erregung. Im Zuge dessen erfolgt die endgültige Konsolidierung der geschlechtlichen Identität und zugleich die der sexuellen Präferenzstruktur.

Abbildung 1 zeigt die möglichen Verläufe, die eine GIS/GD im Zuge der weiteren sozioemotionalen, somato- und psychosexuellen Reifeentwicklung des Kindes nehmen kann; zugleich gibt sie einen Überblick über die wichtigsten Differenzialdiagnosen von GIS/GD während der Adoleszenz. Neben den DSM-5-Diagnosen sind hier auch die entsprechenden ICD-10-Diagnosen/-Bezeichnungen aufgeführt:

- *Störungen der somatosexuellen Differenzierung* („Intersexuelle Störungen“) können mittels körperlicher Untersuchung, ggf. durch eine zusätzliche endokrinologische und genetische Diagnostik frühzeitig festgestellt werden. Das Vorliegen einer somatosexuellen Entwicklungsstörung schließt nicht grundsätzlich aus, dass eine hormonelle und/oder chirurgische Anpassung an das psychische Geschlecht indiziert ist, falls hier belastende Diskrepanzen zum äußeren Erscheinungsbild bestehen.
- *Vorübergehende Geschlechtsidentitätsunsicherheit im Kindesalter*: Bei beiden Geschlechtern sind – im Vor-

schulalter deutlich häufiger als später – bisweilen Wünsche des Kindes, dem anderen Geschlecht anzugehören, und *Geschlechtsrollen-nonkonformes Verhalten*, insbesondere *Cross-dressing* zu beobachten. Meist verschwinden diese Wünsche und Verhaltensweisen spontan. Sie sind in der Regel deutlich weniger intensiv ausgeprägt als bei Störungen der Geschlechtsidentität i.e.S., führen aber dennoch häufiger zur Fehldiagnose einer GIS.

- *Sexuelle Reifungskrise* (F66.0): Störungen der Geschlechtsidentität bei Individuen kurz vor oder während der Pubertät. Die betroffene Person leidet unter einer Unsicherheit hinsichtlich ihrer Geschlechtsidentität oder ihrer sexuellen Orientierung. Nach klinischer Erfahrung sind Mädchen davon häufiger betroffen. Mehrheitlich besteht in diesen Fällen eine Diskrepanz zwischen deren mentaler, sozio-emotionaler und psychosexueller Entwicklung einerseits und der bereits fortgeschrittenen körperlichen Reife andererseits; die betroffenen Mädchen entwickeln – nicht zuletzt auch wegen der Reaktionen ihrer männlichen Umwelt – einen Geschlechtsidentitätskonflikt, der eigentlich ein Altersrollenkonflikt ist. Hierzu können neben fehlenden, positiven weiblichen Rollenmodellen im besonderen Maße auch Missbrauchserfahrungen beitragen.
- *Ich-dystone Sexualorientierung* (F66.1): Die Geschlechtsidentität oder sexuelle Präferenz ist eindeutig, aber die betroffene Person hat den Wunsch, diese wäre anders, und möchte sich einer Behandlung unterziehen, um sie zu verändern. Es geht hier vor allem um die Abwehr einer unerwünschten homosexuel-

len Orientierung, die sich häufiger in Familien mit muslimischen und osteuropäischen soziokulturellen Hintergrund findet. Im Islam gilt Homosexualität als „Sünde“, Transsexualität hingegen als „Krankheit“.

- *Andere psychosexuelle Entwicklungsstörungen* (F66.8): Beispielsweise die Abwehr der aufkeimenden Sexualität durch Ungeschehen-machen der sexuellen Attraktivität im eigenen biologischen Geschlecht; auch dies tritt bei beiden Geschlechtern auf.
- *Beginnende Persönlichkeitsstörungen*, insbesondere die *Borderline-* (F60.3) und die *Histrionische Persönlichkeitsstörung* (F60.4) sowie die *Schizotype Störung* (F21): Sind die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung oder einer Schizotypen Störung erfüllt, so ist bei Formulierung der Diagnose einer Geschlechtsidentitätsstörung höchste Vorsicht geboten; der Grund dafür liegt darin, dass die gegengeschlechtliche Identifizierung Teil der Persönlichkeitsstörung sein und sich im Verlauf verändern oder auflösen kann.
- *Fetischismus* (F65.0) und *Fetischistischer Transvestitismus* (F65.1): kommen im Jugendalter als Differenzialdiagnosen in Betracht, wenn sich unter dem Einfluss der nativen Sexualhormone die sexuelle Präferenzstruktur, also die sexuelle Orientierung (welches Geschlecht?), Ausrichtung (welches Körperschema?) und Neigung (welche konkreten Vorlieben?) konsolidieren. Betroffen sind überwiegend nur biologisch männliche Personen.
- *Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen* (F64.1): Es wird ein Cross-dressing betrieben, um zeitweilig die Erfahrung der Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht zu erleben, jedoch ohne dass der Wunsch nach einer langfristigen Geschlechtsangleichung bestünde. Wird im Jugendalter eher selten beobachtet.
- *Psychosen – Schizophrenie oder wahnhaftige Störungen* – (F20, F22): Bei Vorliegen einer akuten Psychose ist eine entsprechende multimodale Behandlung indiziert. Die Diagnose einer Schizophrenie oder wahnhaften Störung ist nicht notwendigerweise ein Grund, eine geschlechtsangleichende Behandlung per se abzulehnen, denn eine GIS kann hier komorbid vorliegen, mithin auch unabhängig von der Grunderkrankung bestehen. Diese Konstellation ist aber im Jugendalter extrem selten.

Hinsichtlich der Relevanz der genannten Ausschluss- und Differenzialdiagnosen ist auf Grundlage empirischer Erfahrungen festzuhalten, dass im Kindesalter die vorübergehende Geschlechtsidentitätsunsicherheit mit geschlechtsatypischem Rollenverhalten zahlenmäßig am wichtigsten ist, während im Jugendalter am häufigsten die unterschiedlichen Formen der reifungsbedingten, psychosexuellen Entwicklungskonflikte, insbesondere eine

abgewehrte homosexuelle Orientierung, aber auch übergeordnete Persönlichkeitsentwicklungsstörungen differenzialdiagnostisch in Betracht zu ziehen sind (Korte et al., 2014).

## Behandlung Minderjähriger mit GIS/GD – Auf der Suche nach der „best practice“

Wie eingangs dargestellt, wird in der ICD-10 die GIS im Kindesalter von der Transsexualität erwachsener Patienten aus inhaltlichen Gründen getrennt gehalten und losgelöst von dieser betrachtet. Auch das DSM-5 unterscheidet die *Geschlechtsdysphorie bei Kindern* (302.6) explizit von der *Geschlechtsdysphorie bei Jugendlichen und Erwachsenen* (302.85). Mit der separaten Kodierung und der Formulierung unterschiedlicher Diagnosekriterien wurde verdeutlicht, dass es sich um eigenständige klinisch-diagnostische Entitäten handelt und dass keineswegs ein Übergang der GD des Kindesalters in eine GD des Adoleszenten oder Adulten vorprogrammiert ist. Dieser Logik folgend sollte auch die Behandlung der Betroffenen verschiedener Altersstufen grundsätzlich unter anderem Vorzeichen und unter strenger Berücksichtigung entwicklungspsychiatrischer Aspekte erfolgen. Letzteres bedeutet vor allem, der großen Variabilität und Plastizität im Entwicklungsverlauf Rechnung zu tragen.

Die Forderung nach einer den Entwicklungsstand der Betroffenen berücksichtigenden, differenzierten Vorgehensweise fand auch Eingang in die überarbeiteten, von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) konsentierten S1-Leitlinien zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit GIS/GD (Meyenburg et al., 2014). Empfohlen wird eine ausgangsoffene, unterstützende Begleitung der Entwicklung des Kindes oder des Jugendlichen; dies erfolgt im Rahmen einer Einzelpsychotherapie in einem der anerkannten Richtlinienverfahren (tiefenpsychologisch fundierte, psychoanalytische oder kognitiv-behavioral orientierte Therapie). Die Auswahl des Verfahrens muss vom Patienten (Alter, Reflexions- und Introspektionsvermögen) abhängig gemacht werden.

Ziel der psychotherapeutischen Behandlung ist nicht vorrangig die Beseitigung der GIS/GD; eine Auflösung der GIS/GS bzw. Aussöhnung mit dem Geburtsgeschlecht ist in Einzelfällen möglich, wird des Öfteren im Kindesalter beobachtet. Ein früher Therapiebeginn ist daher sinnvoll. Bei Adoleszenten dient die Therapie auch der Klärung, ob sich eine transsexuelle Entwicklung abzeichnet. Erfahrungsgemäß nimmt die Wahrscheinlichkeit einer transse-

xuellen Entwicklung mit fortschreitendem Alter deutlich zu; bei GIS/GD-Patienten im Kindesalter ist dies, wie bereits dargestellt (s.o.), nur bei einer Minderheit der Fall.

Bei präpubertären Kindern, die psychopathologisch wenig auffällig sind und nur einen geringen Leidensdruck haben, kann die Psychotherapie zunächst niederfrequent erfolgen; der Fokus richtet sich darauf, die psychosoziale Entwicklung zu fördern und die sich aus dem „Anders-sein“ entwickelnden Konflikte zu vermindern. Ein Schwerpunkt liegt auf der Beratung der Eltern, die häufig Unsicherheiten zeigen, ob und in welchem Umfang sie geschlechtsatypisches Rollenverhalten und Cross-dressing erlauben sollen. Sie sind über den wahrscheinlichen Verlauf von GIS/GD im Kindesalter aufzuklären. Auch die KindergartenerzieherInnen und LehrerInnen sollten über das Vorliegen einer GIS/GD informiert werden, um zu verhindern, dass Druck auf das Kind ausgeübt wird, sich geschlechtstypisch zu verhalten. Für den Alltag gilt, dass (bezogen aufs Geburtsgeschlecht) geschlechtstypische Aktivitäten des Kindes verstärkt werden sollten, ohne jedoch Rollen-non-konforme Verhaltensweisen negativ zu sanktionieren. Nicht indiziert ist eine prophylaktisch-präpubertäre Hormonbehandlung!

Bei postpubertären Jugendlichen mit einer hoch wahrscheinlichen transsexuellen Entwicklung folgt die Behandlung den Standards der Behandlung erwachsener transsexueller Patienten (vgl. Becker et al., 1997). Wie auch bei erwachsenen transsexuellen Patienten ist das Hauptziel eine längerfristige Begleitung des Patienten, um die Stabilität der transsexuellen Entwicklung mit größtmöglicher Sicherheit beurteilen zu können. Falls der Wunsch nach geschlechtsangleichenden Maßnahmen besteht bleibt, ist eine psychotherapeutisch begleitete Alltagserprobungsphase von mindestens einjähriger Dauer zu durchlaufen, während derer der Patient vollständig in der angestrebten Geschlechtsrolle leben soll; dieses Vorgehen dient der Klärung, ob somato-medizinische Maßnahmen oder eine Vornamens- und Personenstandsänderung indiziert sind. Bei psychopathologisch wenig auffälligen Patienten kann die Psychotherapie auch niederfrequent (zwei bis vierwöchig) durchgeführt werden.

In der wissenschaftlichen Literatur und den vorliegenden internationalen Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von GIS/GD bei Kindern und Jugendlichen finden sich gleichwohl divergierende Ansichten, welche zu unterschiedlichen, unter Fachleuten kontrovers diskutierten Therapiestrategien führen. Die Diskussion erstreckt sich zum einen auf die grundsätzliche (sozio-)therapeutisch-pädagogische Haltung gegenüber Kindern mit GD/GIS; zum anderen bestehen verschiedene Ansichten in der Frage nach dem Stellenwert und dem frühestmöglichen Zeitpunkt für die Einleitung somato-medizinischer Maßnahmen.

## Zur Kontroverse um unterschiedliche Behandlungsstrategien bei Kindern mit GIS/GD

Gegenwärtig lassen sich im Wesentlichen drei verschiedene Positionen bzw. klinisch-therapeutische Vorgehensweisen unterscheiden (vgl. Zucker, 2008a, 2008b; Möller et al., 2009; Byne et al., 2012; Meyenburg, 2013; Bosinski, 2013; Ristori & Steensma, 2016):

- (1) Eine *multimodale Psychotherapie*, die darauf ausgerichtet ist, erstens die GIS/GD-typischen psychosozio-emotionalen Folgen und begleitenden Probleme zu lindern, und zweitens das Risiko einer Persistenz der GIS/GD mit konsekutiver transsexueller Entwicklung zu minimieren. Dies bedeutet jedoch nicht, vorrangig das Ziel einer „Umpolung“ der Geschlechtsidentität zu verfolgen. Es geht vielmehr um eine – allenfalls moderat direktive – therapeutische Unterstützung des Kindes (bzw. Jugendlichen) bei der Auslotung des tiefgreifenden Identitätskonfliktes; im Vordergrund stehen die Bearbeitung und Relativierung von Geschlechtsrollenstereotypen, Illusionen, unrealistischen Hoffnungen und Erwartungen sowie das Aufzeigen möglicher Alternativen zur „Umwandlungsbehandlung“. Neben der therapeutischen Arbeit, welche auch die Peer-Group-Beziehungen berücksichtigt, werden die Eltern intensiv miteinbezogen. Diese Vorgehensweise wird in den S1-Leitlinien der DGKJP favorisiert.
- (2) Eine *abwartende Haltung* entsprechend der Devise „watch and wait“: Das therapeutische Bemühen richtet sich ausschließlich auf die Behandlung der häufig vorliegenden komorbiden Störungen, die Förderung von Coping-Strategien zur Bewältigung von Ausgrenzungserfahrungen und Selbstwertdefiziten sowie auf eine allgemeine Verbesserung der Sozialkompetenz und Selbsteinschätzung der Betroffenen, wohingegen jedwede psychotherapeutische Interventionen, welche direkt auf die geschlechtsatypischen Verhaltensweisen und die Konsolidierung der Geschlechtsidentität Einfluss nehmen würden, gänzlich ausbleiben.
- (3) Eine *das Kind in seiner „Transidentität“ bestärkende Haltung*: Diese schließt die Empfehlung mit ein, dem Kind frühzeitig ein Cross-dressing und Auftreten in der Aufmachung des Wunschgeschlechts zu gewähren und es mit dem gewünschten (gegengeschlechtlichen) Vornamen anzusprechen; mithin wird sogar befürwortet, das Kind in Schule oder Kindergarten vollständig unter dem gewünschten Geschlecht zu führen. Dieser Position zugrunde liegen

die Annahme einer regelhaften Persistenz von GIS/GD bis ins Erwachsenenalter und die Überzeugung von einer vorrangig oder ausschließlich neurobiologisch-genetischen Determinierung der Geschlechtsidentität.

Die zuletzt beschriebene Strategie erscheint aus zweierlei Gründen als die ungünstigste der genannten Optionen. Zum einen basiert das therapeutische Vorgehen auf Grundannahmen, die empirisch nicht belegt sind bzw. angesichts der Datenlage als unhaltbar bezeichnet werden müssen; zum anderen schafft dies für das Kind eine Situation, die es ihm beinahe unmöglich macht, im Falle einer Überwindung des Identitätskonflikts wieder in seinem Geburtsgeschlecht aufzutreten (Steensma & Cohen-Kettenis, 2011a/b). Anstelle der von den meisten Autoren (im Übrigen auch in der Behandlung von erwachsenen Patienten) geforderten „ausgangsoffenen therapeutischen Begleitung“ läuft der Behandler hier Gefahr, die „normative Kraft des Faktischen“ zu übersehen, und, gewollt oder ungewollt, eine spätere transsexuelle Entwicklung als die vermeintlich einzige Option für den/die Betroffene/n aktiv zu forcieren. Außerdem läuft dieser therapeutische Ansatz mehr oder weniger automatisch auf eine pubertätsblockierende Hormonbehandlung hinaus (die von den Befürwortern dieses Vorgehens als medizinisch unbedenklich und ethisch unproblematisch dargestellt wird). Dieser Ansatz „präjudiziert somit eine Persistenz der GIS/GD zur Transsexualität und damit eine – mit Risiken und Nebenwirkungen behaftete – Transformationsbehandlung“ (Bosinski, 2013).

## Das zentrale Dilemma – Pro und Contra einer frühzeitigen Hormontherapie

Insbesondere der Zeitpunkt des Beginns einer hormonellen Behandlung wird unter Fachleuten kontrovers diskutiert. Die Debatte fand auch Eingang in die Diskussionen der Leitlinien-Kommission für GIS/GD im Kindes- und Jugendalter und wird in dem Konsenspapier (S1-Leitlinien) explizit erwähnt. Anknüpfend an die Ausführungen zu den Katamnese-Studien und die im Ergebnis dieser getroffene Unterscheidung zwischen „Persisters“ und „Desisters“ lässt sich ein zentrales, ethisches *Dilemma* formulieren: Dieses besteht darin, dass eine frühzeitige hormonelle Intervention für eine Minderheit von Patienten – die „Persisters“, bei denen die GIS/GD später in eine transsexuelle Identität des Erwachsenen einmünden wird – zweifelsohne segensreich ist, während eine derartige

Behandlung für eine Mehrheit der Kinder mit GIS/GD der falsche Weg wäre; das Problem ist, dass bislang keine verlässlichen Prädiktoren verfügbar sind, anhand derer eine sichere Vorhersage des Fortbestehens oder Vergehens einer GIS/GD im individuellen Fall möglich wäre.

**Pro-Argumente:** Die Vorteile einer frühzeitigen hormonellen Behandlung, die im ersten Schritt in dem Einsatz von pubertätsblockierenden GnRH-Analoga besteht, lägen für die „Persisters“ – allerdings ausschließlich für diese Gruppe! – darin,

- dass die Entwicklung irreversibler Körpermerkmale (bei biologischen Mädchen vor allem die Brustentwicklung und Menses, bei Jungen Barthaarinduktion und Stimmbruch, Veränderung der Körperproportionen bei beiden Geschlechtern) verhindert würde;
- dies ermöglichte bessere kosmetische Ergebnisse im Falle einer späteren, frühestens nach Vollendung des 18. Lebensjahres durchzuführenden, geschlechtsangleichenden Operation sowie ggf. eine Reduktion der chirurgischen Eingriffe.
- Außerdem brächte ein solches Vorgehen für die Betroffenen eine rasche Reduktion des Leidensdrucks (Cohen-Kettenis et al., 1997; 1998; de Vries et al., 2011a/b; Ristori & Steensma, 2016).

**Contra-Argumente:** Für „Desisters“ würde die frühzeitige Festlegung durch Einleitung einer GnRH-Analoga-Behandlung gravierende Nachteile mit sich bringen:

- Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die pubertätshemmende Therapie nachhaltig zu einer Beeinträchtigung der psychosexuellen Entwicklung führt und mögliche nicht-transsexuelle Entwicklungen, insbesondere ein homosexuelles Coming-out und andere Variationen der sexuellen Identität, hierdurch erschwert werden (Korte et al., 2014).
- Eine derartige Behandlung beeinflusst das sexuelle Erleben in Fantasie und Verhalten und verhindert aufgrund der Beeinträchtigung der sexuellen Appetenz und Funktionsfähigkeit, dass die Betroffenen altersgerechte (sozio-)sexuelle Erfahrungen sammeln und diese im Rahmen des diagnostisch-therapeutischen Prozesses auswerten können (Korte et al., 2008; Bosinski, 2008).

Den *Standards of Care* der World Professional Association for Transgender Health (WPATH) folgend sollte eine pubertätsblockierende Hormontherapie (bei biologisch männlichen Patienten mit GnRH-Analoga oder Antianandrogenen, bei weiblichen mit GnRH-Analoga) frühestens nach Erreichen des Tanner-II-Stadiums begonnen wer-

den, nicht prophylaktisch präpubertär (Hembree, 2011). Voraussetzung ist, dass mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit eine transsexuelle Entwicklung vorliegt. Im Einklang mit den Empfehlungen der WPATH weist auch die Amsterdamer Arbeitsgruppe darauf hin, dass in jedem Fall beide Elternteile miteinbezogen werden sollten, und dass jugendliche Patienten, bei denen eine Hormonbehandlung in Betracht gezogen wird, keine schwerwiegenden psychosozialen Probleme aufweisen sollten, welche mit dem diagnostischen und therapeutischen Vorgehen in negativer Weise interferieren (Cohen-Kettenis et al., 2008; Steensma & Cohen-Kettenis, 2012).

Eine konträrgeschlechtliche Hormontherapie sollte in der Regel nicht vor dem 16. Lebensjahr begonnen werden. Es ist kritisch anzumerken, dass nicht das kalendarische, sondern vielmehr das Entwicklungsalter beurteilungsrelevant ist: Ein Abschluss der somato- und psychosexuellen Entwicklung kann in Einzelfällen bereits mit 16 Jahren vorliegen, die meisten Jugendlichen sind aber mit 16 noch mitten in ihrer sexuellen Identitätsfindung, die zunächst diagnostisch-therapeutisch begleitet werden sollte. Bezüglich des praktischen Vorgehens im Falle der Entscheidung für eine frühzeitige hormonelle Intervention, einschließlich konkreter Dosierungsangaben und der zu erwartenden kurz- oder langfristigen Nebenwirkungen, verweisen wir auf entsprechende Empfehlungen von pädiatrisch-endokrinologischer Seite (Übersicht: Korte & Wüsthof, 2015). Geschlechtsangleichernde operative Eingriffe sollten frühestens nach dem 18. Geburtstag erfolgen (Hembree, 2011).

## Diskussion und Ausblick – Was ist zu tun (und was zu unterlassen)?

Hinsichtlich der Indikation für eine Hormontherapie bei Minderjährigen mit GIS/GD und des „richtigen“ Zeitpunkts für die Einleitung körperverändernder Maßnahmen können aufgrund erheblicher Forschungslücken und des vollständigen Fehlens prospektiver, randomisiert-kontrollierter Studien gegenwärtig kaum evidenz-basierte Empfehlungen gegeben werden. Nachuntersuchungen jugendlicher Patienten mit GIS/GD, die frühzeitig hormonell behandelt wurden, zunächst mit pubertätshemmenden und anschließend mit gegengeschlechtlichen Hormonen, zeigen zwar einen positiven Verlauf hinsichtlich psychiatrischer Komorbidität, des psychosozialen Funktionsniveaus und des physischen Erscheinungsbilds (de Vries et al., 2011a/b). Jedoch kann nach unserer Auffassung selbst bei einem retrospektiv als erfolgreich bewerteten Behandlungsfall nicht zwangsläufig

davon ausgegangen werden, dass ursprünglich eine sichere transsexuelle Determinierung vorlag und nicht auch ein anderer Verlauf mit homosexuellem Coming-out möglich gewesen wäre. Hierzu kontrollierte Studien durchzuführen stößt auf große Schwierigkeiten; gleichwohl sehen wir hier großen Forschungsbedarf.

Systematische Untersuchungen, wie sich eine frühe hormonelle Behandlung vor Pubertätsabschluss auf die weitere Entwicklung der Geschlechtsidentität auswirkt bzw. inwiefern hierdurch iatrogen eine Persistenz der GIS/GD induziert wird, liegen bislang nicht vor. Die Annahme, dass die Wirkung von GnRH-Analoga vollständig reversibel sei, ist mit Blick auf die etwaigen zentralnervösen Auswirkungen einer solchen hormonellen Pubertäts-suppression keineswegs belegt. Giedd et al. (2012) haben gezeigt, dass die Pubertät eine Phase erheblicher Umbau- und Reorganisationsprozesse des reifenden Gehirns ist. Es bleibt allemal unklar, was die Pubertätsblockade in dieser Phase bewirkt (s. a. Meyer-Bahlburg, 2013).

## Offene Fragen, zukünftige Forschungsaufgaben und ethische Aspekte

Aus Sicht der Autoren ist es erforderlich, in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit GIS/GD deutschlandweit zu einem einheitlich-transdisziplinären Vorgehen zu gelangen. Das vorrangige Ziel sollte darin bestehen, mittels prospektiver Beobachtungen des Entwicklungsverlaufs der in ihrer sexuellen Identitätsfindung psychotherapeutisch begleiteten, minderjährigen GIS/GD-PatientInnen und durch systematische Auswertung von Kasuistiken genauere Kenntnis darüber zu erlangen, ob und – wenn ja – welche verlässlichen Kriterien es gibt, die einen frühzeitigen Einsatz pubertätsblockierender oder auch konträrgeschlechtlich-hormoneller Maßnahmen zumindest bei einer umschriebenen Subgruppe vertretbar scheinen lassen.

Bei Reflexion dieses Problems sollte man sich jedoch darüber im Klaren sein, dass die Ansprüche an die Richtigkeit der zu treffenden Entscheidung ausgesprochen hoch sind und angesichts der weitreichenden Folgen ein besonderes Maß an Verantwortungsbewusstsein auf Seiten des behandelnden Arztes voraussetzen. Für die Methodik der Entscheidungsfindung und die „Interdependenz der Fehler“ heißt das, dass bei der Auswahl derjenigen Individuen, bei denen frühzeitig die Weichenstellung in Richtung Geschlechtsangleichung erfolgt, eine klare Akzentuierung zugunsten der Spezifität erforderlich ist – gegebenenfalls auch um den Preis einer geringeren Sensitivität. In Hinblick auf die vorrangig auszuschließende Irrtumswahrscheinlichkeit bedeutet dies, dass die Anzahl der „falsch positiven“, d.h. ungerechtfertigt zu

frühzeitig erfolgter Festlegungen, so gering wie möglich zu halten ist, da es unnötige Transformationsbehandlungen und eine irreversible Beeinträchtigung des Entwicklungsverlaufs des Kindes (und dessen Hirnreifung) unbedingt zu vermeiden gilt.

Wenngleich das Dilemma falsch getroffener Entscheidungen in *beide* Richtungen, also auch bei „falsch negativen“ Fällen besteht – im Falle einer späteren transsexuellen Entwicklung bringt das Vorenthalten einer hormonellen Behandlung im Jugendalter eindeutige Nachteile mit sich – ist aus medizinischen Überlegungen dem ärztlichen Grundsatz *primum non nocere* in seiner ursprünglichen Bedeutung für die Risikoabwägung von Interventionen zu folgen. Denn die Pubertätssuppression mittels GnRH-Analoga stellt den ersten Schritt einer somato-medizinischen „Umwandlungsbehandlung“ dar, die bei anschließendem Einsatz konträrgeschlechtlicher Hormone mit einer dauerhaften Infertilität infolge ausbleibender Reifung der Gonaden und des Reproduktionstrakts verbunden ist. Abgesehen davon, dass ein Kind bzw. Jugendlicher selbst in der Regel nicht die nötige emotionale und kognitive Reife besitzt, um in eine mit lebenslangen Konsequenzen verbundene Behandlung einzuwilligen, ist auch kritisch zu hinterfragen, ob der Entschluss zur Durchführung solcher Interventionen durch die Eltern des Kindes getroffen werden kann bzw. sollte. Es gibt durchaus Eltern, die sich dessen bewusst sind und deshalb davor zurückschrecken. Entscheidungen von derartiger Tragweite würden bei anderen Patientengruppen vermutlich ausführliche Diskussionen einer eigens dazu einberufenen Ethikkommission voraussetzen (Sadjadi, 2013).

## Konsequenzen für die klinische Praxis – Vorläufiges Fazit aus Sicht der Autoren

Aus den bisherigen Ausführungen ergeben sich – trotz oder gerade wegen der vielen offenen, nach dem gegenwärtigen Stand der Forschung noch nicht zu beantwortenden Fragen – einige folgenreiche Schlüsse, die es in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit GIS/GD nach Auffassung der Autoren unbedingt zu berücksichtigen gilt.

Erstens, nur eine Minderheit von Kindern mit GIS/GD erweist sich im Verlauf ihrer Entwicklung als „Persisters“ und zeigt im Erwachsenenalter das Vollbild einer (dann) transsexuellen GIS/GD; dieser Minderheit steht eine Mehrheit von „Desisters“ gegenüber, von denen (unter der Bedingung eines nativen Hormonstatus) ein Großteil später zu einer homosexuellen Orientierung bei

Identifikation mit dem Geburtsgeschlecht findet. Eine transsexuelle, d.h. überdauernde und irreversible GIS/GD kann aufgrund der hohen Plastizität der Geschlechtsidentitätsentwicklung erst nach Abschluss der Pubertät sicher diagnostiziert werden.

Zweitens, unter diesem Gesichtspunkt betrachtet erscheint ein Behandlungsansatz, welcher vorrangig darauf basiert, die (vermeintliche) Transidentität der Kinder und deren vollständigen Geschlechtsrollenwechsel bereits in jungen Jahren aktiv zu fördern, und der dementsprechend eine transient-verstärkende Haltung des Therapeuten propagiert, äußerst fragwürdig. Es dürfte klar sein, dass unter solchen Umständen die betroffenen Kinder im Laufe ihrer weiteren Entwicklung nur schwer zu einer Aussöhnung mit ihrem Geburtsgeschlecht und einer homosexuellen Identitätsfindung gelangen können.

Drittens, mit GIS/GD im Kindesalter gehen häufig erhebliche emotionale Belastungen der betroffenen Kinder (und ihrer Eltern) sowie eine hohe psychiatrische Komorbidität, insbesondere mit affektiven Störungen, einher. Deshalb benötigt die Mehrzahl der Kinder eine psychiatrisch-psychotherapeutische Unterstützung. Neben der Verringerung des Leidensdrucks und Verbesserung der Sozialkompetenz des Kindes ist das vorrangige Ziel die Stärkung des Zugehörigkeitsgefühls zum Geburtsgeschlecht, ohne atypisches Rollenverhalten negativ zu sanktionieren. Die Hilfsangebote richten sich dazu explizit auch an die Eltern.

Viertens, als die entscheidende Phase für die Differenzierung von „Persisters“ und „Desisters“ wurde die Frühadoleszenz mit ihren tiefgreifenden Veränderungen infolge der eintretenden Pubertät und deren vielfältigen Entwicklungsaufgaben ausgemacht. Von immanenter Bedeutung für die endgültige Konsolidierung der Geschlechtsidentität wie auch der sexuellen Identität und sexuellen Präferenzstruktur sind die in dieser Zeit erfolgenden Reifungsschritte der somato- und psychosexuellen Entwicklung (erstmaliges Erleben sexueller Attraktion, Verliebtheit und sexueller Erregung, Auseinandersetzung mit neuem Körperbild etc.).

Fünftens, von den Befürwortern frühzeitiger hormoneller Interventionen wird argumentiert, dass die Effekte einer pubertätsblockierenden Behandlung vollständig reversibel seien. Zutreffend ist dies allenfalls bezogen auf die somatischen Folgen, nicht jedoch in Hinblick auf die irreversible Störung des normalen Ablaufs der psychosexuellen Entwicklung. GnRH-Analoga und Antiandrogene beeinflussen das sexuelle Erleben in Fantasie und Verhalten und verhindern aufgrund der Beeinträchtigung der sexuellen Appetenz und Funktionsfähigkeit, dass die Betroffenen altersgerechte sozio-sexuelle Erfahrungen sammeln können.

Sechstens, infolgedessen ist unter den Bedingungen einer Pubertätssuppression auch die (differenzialdiagnostisch wichtige) Aufschlüsselung der sich unter dem Einfluss der nativen Sexualhormone in dieser Zeit konsolidierenden sexuellen Präferenzstruktur und endgültigen geschlechtlichen Identität nahezu unmöglich. Es spricht vieles dafür, dass im Falle einer (zu) frühzeitigen diagnostischen Festlegung und Weichenstellung mögliche andere, nicht-transsexuelle Entwicklungen, insbesondere ein homosexuelles Coming-out und andere Variationen der sexuellen Identität, nachhaltig erschwert oder sogar unmöglich gemacht werden.

Siebtens, unter ethischen Aspekten erscheint die Verhinderung der Entwicklung von Homosexualität zugunsten einer Transsexualität inklusive der damit verbundenen Transformationsbehandlung (lebenslange Hormonsubstitution, geschlechtsangleichende chirurgische Maßnahmen) höchst bedenklich. Es ist in diesem Zusammenhang wichtig zu erwähnen, dass in nicht wenigen Familien – insbesondere unter dem Einfluss religiöser oder sonstiger konservativer Bekenntniskulturen – die Akzeptanzbereitschaft *in puncto* Homosexualität bisweilen deutlich geringer ist als gegenüber transsexuellen Lebensentwürfen.

Achtens, die Einleitung von entwicklungs- (GnRH-Analoga) oder körperverändernden (Östrogene/Androgene) Hormontherapien sollte aus Sicht der Autoren nicht vor Abschluss der somato- und psychosexuellen Entwicklung erfolgen. Bezüglich letzterem besteht ein großer Altersspielraum; sichere Kriterien, die den Abschluss der psychosexuellen Entwicklung markierten, lassen sich gleichwohl nur schwer definieren. Die Reifebeurteilung und die damit verbundene Entscheidung über die Indikation hormoneller Interventionen sollten individuell, auf den einzelnen Patienten bezogen und grundsätzlich interdisziplinär getroffen werden.

Neuntens, die Indikation zur Einleitung einer Hormonbehandlung lässt sich des Weiteren nur durch eine sorgfältige Verlaufsbeobachtung und als Ergebnis eines länger währenden diagnostisch-therapeutischen Prozesses stellen; dabei kommt insbesondere der Alltagserprobungsphase, während derer der Patient vollumfänglich in der gewünschten Geschlechtsrolle leben soll, eine entscheidende Bedeutung zu. Dieser mindestens einjährige, psychotherapeutisch begleitete Alltagstest soll dem/der Jugendlichen mit GIS/GD Aufschluss geben über

- die innere Stimmigkeit und Konstanz des Identitätsgeschlechts,
- die Lebbarkeit der gewünschten sozialen Geschlechtsrolle sowie
- die Möglichkeiten und Grenzen somatischer Behandlungen (Hormone, Operationen).

Zehntens, dieselben Anforderungen sind zu stellen, wenn es um die Frage der Einleitung juristischer Schritte zur Vornamens-/Personenstandsänderung geht. Dies ist – losgelöst von medizinischen Maßnahmen zur Geschlechtsangleichung – bereits vor Erreichen der Volljährigkeit möglich; erforderlich ist jedoch, dass die Sorgeberechtigten den Antrag des/der Jugendlichen beim zuständigen Amtsgericht unterstützen und das Anliegen von zwei Gutachtern medizinisch begründet wird. In der kürzlich angestoßenen Debatte (Meyenburg et al., 2015) über eine Abschaffung der Begutachtung zur Vornamensänderung auch bei Minderjährigen mit GD/GIS haben wir unsere Skepsis an anderer Stelle dargelegt und ausführlich begründet (Korte et al., 2016).

## Schlussbetrachtung

Abschließend ist noch auf einen letzten, nach Auffassung der Autoren überaus kritischen Aspekt hinzuweisen: Der Anteil derjenigen Patienten, die nach dem ersten „vollständig reversiblen“ Schritt einer Pubertätssuppression (mittels GnRH-Analoga) im zweiten Schritt dann auch mit konträrgeschlechtlichen Hormonen behandelt werden, beträgt nach Angaben der behandelnden Zentren – in Übereinstimmung mit den Daten diesbezüglicher Publikationen – nahezu 100%. Das bedeutet, dass mit der Indikationsstellung zur Pubertätsblockade, ob nun beabsichtigt oder nicht, wohlmöglich bereits auch die Entscheidung für eine „partiell irreversible“ Intervention (die Einnahme von Östrogen/Testosteron) fällt.

Zwar ist zu konzedieren, dass zumindest diejenigen Institutionen, die eine Pubertätssuppression in großem Umfang durchführen, über viel Erfahrung verfügen und infolgedessen sicherlich in der Lage sind, enge Einschlusskriterien für eine Zulassung zur GnRH-Analoga-Behandlung zu definieren (was sich folglich in einer geringen Anzahl „falsch positiver“ niederschlagen dürfte). Aber die Absolutheit, mit welcher Kinder mit GIS/GD, bei denen die Pubertät unterdrückt wurde, sich dann auch für die Einnahme gegengeschlechtlicher Hormone entscheiden, weist unseres Erachtens eindeutig darauf hin, dass eine derartige Behandlung die Entwicklung der Geschlechtsidentität nachhaltig beeinflussen und zu einer Persistenz der GIS/GD beitragen könnte.

Sollte dies der Fall sein, so ginge mit der Entscheidung für eine GnRH-Analoga-Behandlung frühzeitig die Chance einer – prinzipiell möglichen – Aussöhnung des betroffenen Kindes mit seinem Geburtsgeschlecht unwiederbringlich verloren. Dies jedoch würde gegen den Grundsatz einer neutralen Haltung und ausgangsoffenen psychotherapeutischen Begleitung von GIS/GD-Patien-

ten verstoßen. Ein solches Vorgehen ginge in puncto exogener Einflussnahme über die konsentiertere Verfahrensweise bei erwachsenen GIS/GD-Patienten weit hinaus. Aus kinder- und jugendpsychiatrischer, entwicklungspsychologischer und medizinethischer Sicht erscheint diese Entwicklung bedenklich.

## Literatur

- Aitken, M., Steensma, T.D., Blanchard, R., 2015. Evidence for an Altered Sex Ratio in Clinic-Referred Adolescents with Gender Dysphoria. *J Sex Med* 12, 756–763.
- Aitken, M., VanderLaan, D.P., Wassermann, L., Stojanovski, S., Zucker, K.J., 2016. Self-Harm and Suicidality in Children Referred for Gender Dysphoria. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 55(6), 513–520.
- American Psychiatric Association, 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed., DSM-5. American Psychiatric Press, Washington, DC.
- Arcelus, J., Claes, L., Witcomb, G.L., Marshall, E., Bouman, W.P., 2016. Risk Factors for Non-Suicidal Self-Injury Among Trans Youth. *J Sex Med* 13, 402–412.
- Bailey, J.M., Zucker, K.J., 1995. Childhood Sex-Typed Behavior and Sexual Orientation: A Conceptual Analysis and Quantitative Review. *Developmental Psychology* 31(1), 43–55.
- Becker, S., Bosinski, H.A.G., Clement, U., Eicher, W., Goerlich, T.M., Hartmann, U., Kockott, G., Langer, D., Preuss, W.F., Schmidt, G., Springer, A., Wille, R., 1997. Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Sexualwissenschaft. *Z Sexualforsch* 10, 147–156.
- Beier, K.M., Bosinski, H.A.G., Loewit, K., 2005. Sexualmedizin, 2. Aufl. Urban & Fischer, München/Jena, 409–412.
- Bosinski, H.A.G., 2008. Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindesalter. In: Lauth, G.W., Linderkamp, F., Schneider, S., Brack, U. (Hrsg.). Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, 2. Aufl. Beltz-PVU, Weinheim, 432–443.
- Bosinski, H.A.G., 2013. Geschlechtsidentitätsstörung/Geschlechtsdysphorie im Kindesalter. *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* 23 (2), 3–25.
- Bosinski, H.A.G., Arndt, R., Sippell, W.G., Wille, R., 1996. Geschlechtsidentitätsstörungen bei Kindern und Jugendlichen: Nosologie und Epidemiologie. *Monatsschr Kinderheilkd* 144, 1235–1241.
- Bradley, S.J., Zucker, K.J., 1997. Gender Identity Disorder: A Review of the Past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36 (7), 872–80.
- Byne, W., Bradley, S.J., Coleman, E., Eyler, A.E., Green, R., Menvielle, E.J., Meyer-Bahlburg, H.F., Pleak, R.R., Tompkins, D.A., 2012. Report of the American Psychiatric Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder. *Arch Sex Behav* 41(4), 759–796.
- Clark, T.C., Lucassen, M.F., Bullen, P. et al., 2014. The Health and Well-Being of Transgender High School Students: Results from the New Zealand Adolescent Health Survey (Youth '12). *J Adolesc Health* 55 (1), 93–99.
- Cohen-Kettenis, P.T., Delmarre-van de Waal, H.A., Gooren, L.J., 2008. The Treatment of Adolescent Transsexuals: Changing insights. *J Sex Med* 5 (8), 1892–1897.
- Cohen-Kettenis, P.T., Pfäfflin, F., 2003. Transgenderism and Intersexuality in Childhood and Adolescence. *Developmental Clinical Psychology and Psychiatry*. Sage, London.
- Cohen-Kettenis, P.T., van Goozen, S.H., 1997. Sex reassignment of adolescent transsexuals: a follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36(2), 263–71.
- Cohen-Kettenis, P.T., van Goozen, S.H., 1998. Pubertal delay as an aid in diagnosis and treatment of a transsexual adolescent. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 7(4), 246–8.
- Davenport, C.W., 1986. A follow-up study of 10 feminine boys. *Ach Sex Behav* 15(6), 511–517.
- Deogracias, J.J., Johnsons, L.L., Meyer-Bahlburg, H.F.L., Kessler, S.J., Schober, J.M., Zucker, K.J., 2007. The Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents and Adults. *J Sex Res* 44 (4), 370–379.
- De Vries, A.L.C., Doreleijers, T.A.H., Steensma, T.D., Cohen-Kettenis, P.T., 2011a. Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *J Child Psychol Psychiatr* 52, 1195–1202.
- De Vries, A.L.C., Steensma, T.D., Doreleijers, T.A.H., Cohen-Kettenis, P.T., 2011b. Puberty Suppression in Adolescents with Gender Identity Disorder: A Prospective Follow-Up study. *J Sex Med* 8, 2276–2283.
- Drummond, K.D., Bradley, S.J., Peterson-Badali, M., Zucker, K.J., 2008. A Follow-Up Study of Girls with Gender Identity Disorder. *Dev Psychol* 44(1), 34–45.
- Giedd, J.N., Raznahan, A., Mills, K.L., Lenroot, R.K., 2012. Review: magnetic resonance imaging of male/female differences in human adolescent brain anatomy. *Biology of Sex Differences* 3 (19), 1–9 .
- Green, R., Roberts, C.W., Williams, K., Goodman, M., Mixon, A., 1987. Specific Cross-Gender Behaviour in Boyhood and Later Homosexual Orientation. *Br J Psychiatry* 151, 84–88.
- Hembree, W.C., 2011. Guidelines for pubertal suspension and gender reassignment for transgender adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 20, 725–732.
- Holt, V., Skagerberg, E., Dunsford, M., 2016. Young people with features of gender dysphoria: Demographics and associated difficulties. *Clin Child Psychol Psychiatry* 21 (1), 108–18. Ahead of print 2014.
- Johnson, L.L., Bradley, S.J., Birkenfeld-Adams, A.S., Kuksis, M.A., Maing, D.M., Mitchell, J.N., Zucker, K.J., 2004. A Parent-Report Gender Identity Questionnaire for Children. *Arch Sex Behav* 33 (2), 105–116.
- Kaltiala-Heino, R., Sumia, M., Työljärvi, M., Lindberg, N., 2015. Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 9-9.
- Korte, A., Beier, K.M., Vukorepa, J., Mersmann, M., Albiez, V., 2014. Heterogenität von Geschlechtsidentitätsstörungen bei Jugendlichen: Zur differenziellen Bedeutung der psychiatrischen Komorbidität und individuellen Psychodynamik. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 63, 523–41.
- Korte, A., Schmidt, H., Bosinski, H.A.G., Mersmann, M., Beier, K.M., 2016. Zur Debatte über das TSG: Abschaffung der Begutachtung zur Vornamensänderung auch bei Minderjährigen mit der Diagnose Geschlechtsidentitätsstörung? *Z Sexualforsch* 29, 48–56.

- Korte A., Wüsthof A., 2015. Geschlechtsdysphorie (GD) und Störungen der Geschlechtsidentität (GIS) bei Kindern und Jugendlichen. In: Oppelt, Dörr (Hrsg.), *Kinder- und Jugendgynäkologie*. Thieme, Stuttgart, 452–469.
- Korte, A., Goecker, D., Krude, H., Lehmkuhl, U., Grüters-Kieslich, A., Beier, K.M., 2008. Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter. Zur aktuellen Kontroverse um unterschiedliche Konzepte und Behandlungsstrategien. *Dtsch Arztebl* 105, 834–839.
- Kreukels, B.P.C., Cohen-Kettenis, P.T., 2011. Puberty suppression in gender identity disorder: The Amsterdam experience. *Nat Rev Endocrinol* 7, 466–472.
- Meyenburg, B., 2013. Sexuelle und Geschlechtsidentitätsstörungen bei Kindern und bei Jugendlichen. In: Briken, P., Berner, W. (Hg.). *Praxisbuch sexuelle Störungen*. Thieme, Stuttgart.
- Meyenburg, B., Renter-Schmidt, K., Schmidt, G., 2015. Begutachtung nach dem Transsexuellengesetz. Auswertung von Gutachten dreier Sachverständiger 2005-2014. *Z Sexualforsch* 28, 107–120.
- Meyenburg, B., Romer, G., Möller, B., Korte, A., 2013. AWMF-Leitlinien Störungen der Geschlechtsidentität im Kindes- und Jugendalter (F64) – Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/028-014l\\_S1\\_Störungen\\_Geschlechtsidentität\\_2013-08.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-014l_S1_Störungen_Geschlechtsidentität_2013-08.pdf)
- Meyer-Bahlburg, H.F., 2013. Sex Steroids and Variants of Gender Identity. *Endocrinol Metab Clin N Am*, 42, 435–452.
- Möller, B., Schreier, H., Li, A., Romer, G., 2009. Gender Identity Disorder in Children and Adolescents. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 39, 117–143.
- Reisner, S.L., Veters, R., Leclers, M. et al., 2014. Mental Health of Transgender Youth in Care at an Adolescent Urban Community Health Center: A Matched Retrospective Cohort Study. *J Adolesc Health* 56 (3), 274–279.
- Ristori, J., Steensma, T.D., 2016. Gender Dysphoria in Childhood. *Int Rev Psychiatry* 28, 13–20.
- Sadjadi, S., 2013. The Endocrinologist's Office – Puberty Suppression: Saving Children from a Natural Disaster? *J Med Humanit* 34(2), 255–260.
- Singh, D., 2012. A Follow-Up Study of Boys with Gender Identity Disorder. Doctoral Thesis. Department of Human Development and Applied Psychology, Ontario Institute for Studies in Education.
- Steensma, T.D., Biemond, R., de Boer, F., Cohen-Kettenis, P.T., 2011. Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clin Child Psychol Psychiatry* 16 (4), 499–516.
- Steensma, T.D., Cohen-Kettenis, P.T., 2011. Gender Transitioning before Puberty? *Arch Sex Behav* 40, 649–650.
- Steensma, T.D., Cohen-Kettenis, P.T., 2012. Dutch Approach to Gender Dysphoria in Children and Adolescents. *Journal of Homosexuality* 59, 301–320.
- Steensma, T.D., McGuire, J.K., Kreukels, B.P.C., Beekman, A.J., Cohen-Kettenis, P.T., 2013. Factors Associated With Desistence and Persistence of Childhood Gender Dysphoria: A Quantitative Follow-Up Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 52(6), 582–590.
- Steensma, T.D., van der Ende, J., Verhulst, F.C., Cohen-Kettenis, P.T., 2012. Gender Variance in Childhood and Sexual Orientation in Adulthood: A Prospective Study. *J Sex Med* 10 (11), 2723–2733.
- Wallien, M.S., Cohen-Kettenis, P.T., 2008. Psychosexuell Outcome of Gender-Dysphoric children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 47(12), 1413–1423.
- Wallien, M.S., Quilty, L.C., Steensma, T.D., Singh, D., Lambert, S.L., Leroux, A., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S.J., Bradley, S.J., Cohen-Kettenis, P.T., Zucker, K.J., 2009. Cross-national replication of the gender identity interview for children. *J Pers Assess* 91 (6), 545–552.
- WPATH – The World Professional Association for Transgender Health, 2011. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, 7th version. [www.wpath.org](http://www.wpath.org)
- Zucker, K.J., 2005. Gender Identity Disorders in Children and Adolescents. *Annu Rev Clin Psychol* 1, 467–92.
- Zucker, K.J., 2008a. Children with gender identity disorder: Is there a best practice? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 56 (6), 358–364.
- Zucker, K.J., 2008b. On the „Natural History“ of Gender Identity Disorder in Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 47, 1361–1363.
- Zucker, K.J., Bradley, S.J., 1995. *Gender Identity Disorders and Psychosexual Problems in Children and Adolescents*. Guilford Press, New York/London.
- Zucker, K.J., Bradley, S.J., Ben-Dat, D. N., Ho, C., Johnson, L., Owen, A., 2003. Psychopathology in the parents of boys with gender identity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42 (1), 2–4.
- Zucker, K.J., Bradley, S.J., Sanikhani, M., 1997. Sex Differences in Referral Rates of Children with Gender Identity Disorder: Some Hypotheses. *J Abnorm Child Psychol* 25(3), 217–27.

---

## Autoren

- Dr. med. Alexander Korte, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Klinikum der Universität München (LMU), Nußbaumstr. 5a, D-80336 München, e-mail: alexander.korte@med.uni-muenchen.de
- Prof. Dr. med. Dr. phil Klaus M. Beier, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Luisenstraße 57, D-10117 Berlin, e-mail: klaus.beier@charite.de
- Prof. Dr. med. Hartmut A.G. Bosinski, Praxis für Sexualmedizin, Dreiecksplatz 5, D-24105 Kiel, bosinski@sexualmedizin-kiel.de
-

# Hirnentwicklung in der Adoleszenz und deren Implikationen für das Sexualverhalten im Jugendalter

Miriam Schuler, Laura Daedelow

## Adolescent Brain Development and Its Implications for Juvenile Sexual Behavior

### Abstract

Adolescence marks the transition from childhood to physical maturity and the psychological development into an independent, responsible person with individual sexual preferences. Recent neuroscientific findings have shown that this period is characterized by a fundamental re-organization of the brain. The maturation of the brain first occurs in the sub-cortical brain areas, e.g. the reward center, and is finalized with the formation of the prefrontal cortex. Steroid hormones, the levels of which significantly rise with the beginning of puberty, play an essential part in the re-organization of the brain during adolescence. The influence of neuronal development and steroid hormones on the manifestation of a sexual preference structure has yet to be investigated empirically, with the exception of the influence on sexual behavior, where a connection between adolescent brain development and increased sexual risk-taking has been verified. The present paper presents a selective review of the literature on brain development during adolescence and its implications for adolescent sexuality.

**Keywords:** Brain development, Adolescence, Structural brain development, Functional brain development, Steroid hormones, Sexuality

### Zusammenfassung

Die Adoleszenz umfasst sowohl physische Reifungsprozesse als auch die psychische Entwicklung zu einem selbständigen, verantwortungsbewussten Menschen mit individuellen sexuellen Präferenzen. Erkenntnisse aus der Neurowissenschaft zeigen, dass dieser komplexe Lebensabschnitt von einer grundlegenden Reorganisation des Gehirns geprägt ist. Die Reifung des Gehirns erfolgt zunächst in subkortikalen Hirnarealen, wie beispielsweise dem Belohnungszentrum, und wird mit der Ausbildung der präfrontalen Kontrollareale abgeschlossen. Steroidhormone, die mit Beginn der Pubertät rasant ansteigen, spielen eine wesentliche Rolle bei der adoleszenten Umstrukturierung des Gehirns. Der Einfluss von neuronalen Reifungsprozessen und Steroidhormonen auf die Manifestation

der sexuellen Präferenzstruktur ist kaum empirisch untersucht worden. Allein hinsichtlich des Sexualverhaltens konnte eine Verbindung zwischen Hirnentwicklung und der gesteigerten sexuellen Risikobereitschaft während der Adoleszenz nachgewiesen werden. Der vorliegende Beitrag gibt einen selektiven Überblick der Literatur zur Hirnentwicklung in der Adoleszenz und deren Implikation für die Sexualität im Jugendalter.

**Schlüsselwörter:** Hirnentwicklung, Adoleszenz, strukturelle Hirnentwicklung, funktionelle Hirnentwicklung, Steroidhormone, Sexualität

## Einleitung

Die Adoleszenz beschreibt die Lebensphase zwischen der späten Kindheit und dem Erwachsenenalter. Auf der Verhaltensebene ist die Adoleszenz gekennzeichnet durch eine zunehmende Selbständigkeit und Verantwortungsübernahme sowie den Aufbau intimer Beziehungen und die Entwicklung der eigenen Identität. Auf der neurobiologischen Ebene lässt sich neben einem markanten Anstieg der Geschlechtshormone auch eine grundlegende Reorganisation des Gehirns feststellen (Dahl & Gunnar, 2009; Patton & Viner, 2007). Synaptische Verbindungen werden abgebaut (Konrad, 2009), die weiße Substanz nimmt von posterioren zu anterioren Gehirnarealen zu (Reiss et al., 1996) und das Neurotransmitter-System verändert sich und wirkt sowohl aktivierend als auch organisierend auf die Struktur und Funktion des adoleszenten Gehirns ein (Peper & Dahl, 2013). Es gibt Hinweise, dass die adoleszenzspezifischen Verhaltens- und Denkweisen, wie beispielsweise die gesteigerte Risikobereitschaft und Affektinstabilität, diesen dynamischen hirnarchitektonischen Veränderungen entspringen (Casey et al., 2008; Konrad, 2009). Zudem wurden die adoleszenten Umstrukturierungsprozesse mit der Vulnerabilität für sowohl positive als auch negative Einflussfaktoren und der Entwicklung psychischer Störungen in Verbindung gebracht (Andersen, 2003).

Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit den Erkenntnissen aus der Neurowissenschaft zur Hirnentwicklung in der Adoleszenz und deren Implikationen für

das Sexualverhalten während dieser Entwicklungsphase. Hierfür wurden in den Datenbanken PubMed und Psyc-Info unter den Suchbegriffen „puberty/adolescence“, „juveniles/adolescents“, „brain/neural“, „sexual development“, „sexual behaviour“ und „sexuality“ sowie in deutscher Fachliteratur nach relevanten Artikeln recherchiert.

## Adoleszenz: Eine Phase der Reorganisation des Gehirns

Die weitverbreitete Annahme, dass sich die menschliche Hirnentwicklung auf die Pränatalzeit bis zu den ersten Lebensjahren beschränkt, konnte durch bildgebende Längsschnittstudien widerlegt werden (z.B. Giedd et al., 1999a). Untersuchungen belegen, dass die Adoleszenz eine Phase der strukturellen und funktionellen Veränderung des Gehirns darstellt. Reifungsprozesse, die sich im Laufe der Adoleszenz auf neuronaler Ebene vollziehen, haben eine Entsprechung auf der Verhaltensebene. So unterscheiden sich Jugendliche in kognitiv-emotionalen und sozialen Fähigkeiten von Erwachsenen, beispielsweise durch eine höhere Beeinflussbarkeit durch Emotionen beim Treffen von Entscheidungen (Crone & Dahl, 2012). Zudem zeigen Jugendliche im Vergleich zu Erwachsenen eine gesteigerte sexuelle Risikobereitschaft (Weinstock, 2004). Es konnte nachgewiesen werden, dass sich Jugendliche neben risikoreichem Konsumverhalten (Rauchen, Alkohol trinken) im sexuellen Kontext durch eine größere Bereitschaft auszeichnen, ungeschützten Geschlechtsverkehr zu haben und damit eine ungewollte Schwangerschaft oder die Übertragung von Geschlechtskrankheiten zu riskieren (Reyna & Farley, 2006). Neuronale und behaviorale Unterschiede zwischen Erwachsenen und Jugendlichen treten auch hinsichtlich der Wirksamkeit von verhaltenstherapeutischen oder pharmakologischen Maßnahmen auf (Hazell, 2007; Taylor et al., 2004). In diesem Zusammenhang konnte beispielsweise gezeigt werden, dass eine kognitiv-behaviorale Therapie bei erwachsenen Patienten mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung wirksam ist (Safren, 2006), bei Jugendlichen hingegen nicht die gleichen Erfolge verzeichnet (Taylor et al., 2004). Als mögliche Ursache hierfür werden noch nicht voll entwickelte Hirnstrukturen, die für bestimmte Lernprozesse unabdingbar sind, herangeführt (Konrad, 2009). Die Fortschritte der letzten Jahre in der Neurowissenschaft ermöglichen neuartige molekular-biologische und neuropsychologische Einsichten in Entwicklungsprozesse während der Adoleszenz. Im Folgenden werden die Erkenntnisse zur regelhaften strukturellen und funktionellen Hirnentwicklung dargestellt.

## Strukturelle Hirnentwicklung bis in die Adoleszenz

Für die Hirnentwicklung ist die Embryonalzeit eine bedeutsame Phase, da durchschnittlich 250.000 Neuronen pro Minute gebildet werden (Kandel et al., 2000, 1227-1246). Die vier Phasen der embryonalen Gehirnentwicklung sind neuronale Proliferation (Neuronenbildung durch Zellteilung), Migration (Wanderung zu Lokalisation), Differenzierung und Reifung sowie Apoptose und Synapsenreduktion (Zelltod; „pruning“). Diese Phasen sind primär genetisch bedingt, wobei die Synapsenelimination von der Umwelt und Lernerfahrungen beeinflusst werden kann (Huttenlocher & Dabholkar, 1997). Mit dem 5. Lebensjahr erreicht das Gehirn sein nahezu endgültiges zerebrales Gesamtvolumen, das sich nicht mehr signifikant verändert. Es finden jedoch bis zum Jugendalter hinein parallele Volumenvergrößerungen und -verminderungen statt (Giedd et al., 1997). So nimmt beispielsweise aufgrund der fortschreitenden Isolierung der Axone (Myelinisierung) das Volumen der weißen Substanz bis in die Adoleszenz hinein zu (Reiss et al., 1996). Die Myelinisierung erfolgt von hinten nach vorne (posterior nach anterior) und von innengelegenen nach außengelegenen Strukturen (inferior nach superior). Eine Ausnahme bildet hierbei das Corpus callosum, der querverlaufende Hirnbalken zwischen den beiden Hemisphären, dessen weiße Substanz zuerst in den anterioren Arealen reift (Giedd et al., 1999b). Neben der adoleszenztypischen Zunahme der weißen Substanz weisen Befunde auf eine Abnahme der grauen Substanz ab dem Jugendalter bis ins Erwachsenenalter hin (Giedd et al., 1999a; Rabinowicz, 1986). In den Basalganglien, zu deren Kernaufgaben die Regulation von motorischen, affektiven und kognitiven Funktionen gehören (Fisher et al., 2006; Miyagawa et al., 2007), konnte beispielsweise gezeigt werden, dass sich der Kopf des Nucleus caudatus, welcher bei der Kontrolle willkürlicher Bewegungen mitverantwortlich ist, im Verlauf der Adoleszenz verkleinert (Thompson et al., 2000). Luna und Sweeney (2001) weisen zudem darauf hin, dass die Adoleszenz eine kritische Periode in der Reifung der neuronalen Regelkreise zwischen Basalganglien und Frontalhirn darstellt. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Reifung der Hirnareale, die mit eher basalen sensorischen und motorischen Prozessen assoziiert sind, vor der Reifung der Hirnstrukturen stattfindet, welche mit höheren kognitiven Funktionen, wie z.B. Handlungskontrolle und Problemlösen verknüpft sind (Konrad et al., 2013). So reichen Reifungsprozesse des präfrontalen Kortex (PFC) bis in die späte Adoleszenz hinein (Casey et al., 2000).

## Funktionelle Hirnentwicklung in der Adoleszenz

Die oben beschriebenen anatomischen Reifungs- und Reorganisationsprozesse des adoleszenten Gehirns wirken sich ebenfalls auf die Verarbeitung von emotionalen und kognitiven Stimuli aus. Studien haben gezeigt, dass Jugendliche sowohl bei kognitiven als auch bei emotionalen Aufgaben ein größeres Hirnnetzwerk aktivieren als Erwachsene (Casey et al., 2005). In Übereinstimmung damit wurde eine verstärkte Konnektivität des PFC mit subkortikalen und sensorischen Arealen nachgewiesen (Liston et al., 2006; Nagy et al., 2004). Dies bedeutet, dass die Netzwerkstrukturen im Jugendalter noch nicht vollständig ausgereift sind und daher eher auf eine diffuse Art und Weise Stimuli verarbeiten. So konnten Blakemore und Kollegen (2006) zeigen, dass sich exekutive Funktionen, wie z.B. das Kontrollieren des eigenen Handelns und Denkens, die Anpassung an neue und komplexe Aufgabensituationen, sowie die damit assoziierten frontalen Hirnareale durch die Adoleszenz hinweg entwickeln. Des Weiteren wurden adoleszente Reifungsprozesse in den sozial-affektiven Fähigkeiten und den verbundenen Hirnstrukturen gefunden, wie beispielsweise in der Empathie, Gesichtserkennung und dem Zuschreiben von mentalen Zuständen anderen Personen (Blakemore et al., 2008; Sebastian et al., 2011). Weitere adoleszenztypische Unterschiede wurden im limbischen System gefunden, dem u.a. die Verarbeitung von emotionalen Stimuli zugeschrieben wird. So scheinen Jugendliche in emotionalen Situationen eine verstärkte Aktivierung in limbischen Arealen zu verzeichnen (Casey et al., 2008). In diesem Zusammenhang wurde im Vergleich zu Kindern und Erwachsenen bei Jugendlichen eine gesteigerte Aktivierung während der Antizipation von Belohnungsreizen im Nucleus accumbens (NA) gefunden, dem sogenannten Belohnungszentrum. Dies weist darauf hin, dass Jugendliche stärker auf belohnende Stimuli reagieren (Galvan et al., 2006). Zudem gibt es Hinweise, dass die gesteigerte NA-Aktivierung bei Jugendlichen im Vergleich zu Erwachsenen und Kindern in Zusammenhang mit der individuellen Risikoneigung steht, die im Jugendalter gesteigert ist (Galvan et al., 2007). Daraus lässt sich schließen, dass Jugendliche in emotionalen und/oder belohnenden Situationen stärker durch emotionale bzw. belohnende Faktoren beeinflusst sind, als durch rationale Denkweisen (Konrad et al., 2013). Des Weiteren spielen in dem Prozess der Reifung von kognitiven und affektiven Fähigkeiten die Wirkung und Interaktion von genetischen Faktoren und Umweltbedingungen ebenfalls eine große Rolle. So wurde beispielsweise nachgewiesen, dass die Eltern-Kind-Interaktion auf Affektregulation und de-

ren zugrundeliegende Hirnstrukturen einwirkt (Whittle et al., 2008). Zudem gibt es Hinweise, dass kortikale Veränderungen auch durch Erfahrungs- und Lernprozesse beeinflusst werden, wie z.B. bei Trainingsstudien im Bereich des motorischen Lernens (Ungerleider, 1995). Auch Stresserfahrungen während der Adoleszenz können sich auf die Verarbeitung bestimmter Stimuli auszuwirken. Hierbei steht das Belohnungssystem im Fokus, welches während der Hirnreifung besonders vulnerabel für Stresserfahrungen ist (Arnsten & Rubia, 2012; Forbes & Dahl, 2005; Spear, 2013), wodurch sich die Ansprechbarkeit auf belohnende Reize verringern kann (Koob & Le Moal, 1997; Koob & Le Moal, 2005). Eine genaue Differenzierung zwischen der kortikalen Umgestaltung durch adoleszente Reifungsprozesse und der Umgestaltung durch Erfahrungs- bzw. Lernprozesse kann dementsprechend nicht vorgenommen werden.

## Einfluss von Steroidhormonen auf die Gehirnentwicklung und assoziierte Verhaltensweisen

Steroidhormone spielen eine wesentliche Rolle bei der adoleszenten Umstrukturierung des Gehirns (Sisk & Foster, 2004). Die Produktion und Sekretion von Steroidhormonen werden durch ein Kreislaufsystem reguliert, welches den Hypothalamus, die Hypophyse sowie die endokrinen Drüsen umfasst (genannt HPG-Achse). Die neuroendokrinen Zellen des hypothalamischen paraventriculären Nukleus produzieren das Gonadotropin-Releasing Hormon (GnRH), welches an die Rezeptoren im Hypophysenvorderlappen bindet. Diese Rezeptoren wiederum stimulieren die Ausschüttung von Follikelstimulierendem Hormon (FSH) und Luteinisierendem Hormon (LH), die in den Hoden bzw. Eierstöcken die Produktion von Steroidhormonen anregen (Östrogene, Gestagene, Androgene). Innerhalb der Keimdrüsen sind Steroidhormone beteiligt bei der Spermien- bzw. Follikelreifung und der Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale. Innerhalb des Gehirns beeinflussen Steroidhormone über einen negativen Feedbackmechanismus an den Hypothalamus und die Hypophyse die Regulation des Kreislaufsystems (Beier et al., 2005; Sisk & Foster, 2004). Die HPG-Achse obliegt keiner gleichmäßigen Aktivierung. Die GnRH-Freisetzung verläuft pulsatil und der Abstand zwischen der pulsartigen Freisetzung ist u.a. abhängig von Lebensalter, Tageszeit und Zyklusphase. Mit Beginn der Adoleszenz kommt es zu einem plötzlichen Anstieg der GnRH-Sekretion und resultierenden robusten Hormonausstößen (Beier et al., 2005; Peper &

Dahl, 2013; Plant & Barker-Gibb, 2004). Eine Vielzahl an wissenschaftlichen Studien der letzten Jahre hat wesentlich dazu beigetragen, das Phänomen des plötzlichen Anstiegs zu ergründen. Neben Melatonin, Körperfett und Leptin scheinen auch psychosoziale Signale Auswirkung auf die GnRH-Sekretion zu haben (Sisk & Foster, 2004). Die größte Aufmerksamkeit haben das Neuropeptid Kisspeptin und der Rezeptor GPR54 erhalten (Ojeda et al., 2006). Kisspeptin wird durch das Sättigungshormon Leptin stimuliert, bindet an neuroendokrine Zellen des Hypothalamus und kann sich somit auf die Aktivierung und Stimulation von GnRH auswirken. Studien konnten zeigen, dass die Transkription von Kisspeptin kurz vor Beginn der Pubertät drastisch ansteigt (Gottsch et al., 2004; Ramaswamy et al., 2008). Assoziiert sind Genmutationen von Kisspeptin oder dem Rezeptor GPR54 auch mit einem geringen Level an GnRH und Steroidhormonen und einem Ausbleiben der Pubertät sowohl beim Menschen als auch in Nagetier-Modellen (Oakley et al., 2009).

Im adoleszenten Gehirn haben Steroidhormone sowohl organisierende als auch aktivierende Effekte auf neuronale Netzwerke. So wirkt sich die Aktivität von Steroidhormonen nicht nur dauerhaft auf die Struktur des Gehirns aus (z.B. Myelinisierung, Neuronenzahl – i.e., organisierend), sondern kann ebenfalls vorübergehend die Aktivität neuronaler Netzwerke verändern (z.B. Auswirkung auf weiblichen Zyklus – aktivierend) (Peper & Dahl, 2013). Tierstudien haben beispielsweise gezeigt, dass Steroidhormone während der Adoleszenz Auswirkungen auf die Anzahl der Neuronen im Hypothalamus und der Amygdala haben (Ahmed et al., 2008). Im adoleszenten menschlichen Gehirn sind Steroidhormone assoziiert mit der Abnahme der grauen Substanz und der Zunahme der weißen Substanz (Ladocour et al., 2012). Zudem wurden Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen in der Auswirkung der Steroidhormone gefunden (Naninck et al., 2011). Bei Jungen scheint der Androgen-Anstieg einen hemmenden, Stress-resilienten Effekt auf die Hypothalamus-Hypophyse-Nebennieren-Achse (HPA-Achse), die sogenannte Stress-Achse, zu haben. Bei Mädchen scheinen Östrogene einen steigernden Effekt auf die HPA-Achse zu besitzen, was wiederum zu einer erhöhten Stressanfälligkeit führen kann (Konrad et al., 2013). In der Jugend durchlebte Stresserfahrungen spiegeln sich zudem in einer veränderten Dichte von Östrogen-Rezeptoren in Hirnarealen mit hoher Östrogenkonzentration wieder (Brown et al., 1988).

Der Einfluss von Steroidhormonen auf die sexuelle Präferenzstruktur ist im Humanbereich kaum belegt worden. In Tiermodellen konnte dafür gezeigt werden, dass beispielsweise eine in utero durchgeführte endokrinologische Manipulation des Nucleus präopticus des Hypothalamus die Geschlechtspräferenzen umkehren kann

(Adkins-Regen, 1988). Im menschlichen Gehirn wird vermutet, dass die HPG-Achse einen Einfluss auf das sexuelle Erleben und Verhalten hat (Gaffney & Berlin, 1984; Davidson et al., 1977). Insbesondere das Androgen Testosteron wurde mit sexuellem Verlangen in Verbindung gebracht (Rubinow & Schmidt, 1996). Auf neuronaler Ebene wird dem Testosteron eine entscheidende Rolle in der Aktivierung des sexuell stimulierenden dopaminerg-noradrenergen und des sexuell hemmenden serotoninergen Systems zugeschrieben (Frajese et al., 1990; Suzuki et al., 2007). Bei pädophilen Männern wurde zudem im Vergleich zu Kontrollpersonen eine dysfunktionale HPG-Achse nachgewiesen (Gaffney & Berlin, 1984). Vor diesem Hintergrund werden LH-Agonisten oder Antiandrogene bei der Behandlung von paraphilen Sexualverhalten zum Einsatz gebracht (Briken et al., 2003). Empirische Studien zum Einfluss der HPG-Achse auf das Sexualverhalten bei Jugendlichen fehlen bislang. Hier bedarf es wissenschaftlicher Forschung, um die Manifestation der sexuellen Präferenzstruktur neurobiologisch verstehen zu können.

## Neurobiologisches Erklärungsmodell des sexuellen Erlebens

Die sexuelle Präferenzstruktur manifestiert sich auf drei Achsen: (1) hinsichtlich des präferierten Geschlechts, (2) hinsichtlich des präferierten Alters und (3) hinsichtlich der Art und Weise der sexuellen Interaktion. Dabei gilt, dass sich die sexuelle Präferenzstruktur im Jugendalter manifestiert und in ihren Grundzügen über die Lebensdauer bestehen bleibt (Beier et al., 2005). So geht aus wissenschaftlichen Studien zu paraphilen Erwachsenen hervor, dass diese die sexuell devianten Fantasien bereits in ihrer Jugend wahrnahmen (Abel et al., 1987; Marshall et al., 1991). Bislang gibt es keine Studien, die die Manifestation der sexuellen Präferenzstruktur in der Adoleszenz neurowissenschaftlich analysiert hätten. Studien zu Erwachsenen, die mittels funktioneller Magnetresonanztomographie (fMRT) beim Verarbeiten von sexuellem Stimulusmaterial untersucht wurden, haben Aktivierungen sowohl in kortikalen Arealen, die an Emotions-, Saliens- und Aufmerksamkeitsverarbeitung beteiligt sind (Mouras et al., 2003; Walter et al., 2008) als auch in subkortikalen Strukturen wie dem Hypothalamus, Thalamus und dem Hirnstamm nachgewiesen (Stoléru, 1999; Redouté et al., 2000; Holstege et al., 2003; Walter et al., 2008).

Ein umfassendes Modell, welches die unterschiedlichen Dimensionen sexueller Verarbeitung mithilfe von

vier Komponenten beschreibt, wurde im Jahr 2000 von Redouté und Kollegen beschrieben. Das „Vier-Komponenten-Modell“ unterscheidet bei der Verarbeitung sexueller Reize zwischen einer kognitiven, motivationalen, emotionalen und autonomen Komponente. Diese vier Komponenten sind mit verschiedenen Hirnarealen assoziiert. Die konkrete Einordnung eines Stimulus als sexuellen Reiz, die entsprechende kognitive Bewertung und steigende Aufmerksamkeit für sexuelle Reize werden u.a. mit Aktivierungen im Orbitofrontalkortex, im superioren Parietalkortex (Ferretti et al., 2005; Mouras, 2003) und im anterioren cingulären Kortex (ACC) (Arnow et al., 2002; Ponseti et al., 2006) assoziiert. Aktivierungen im Bereich der Basalganglien sind vor allem für die motivationale Zuwendung und entsprechende Verhaltensausrichtung verantwortlich (Redouté et al., 2000; Fisher et al., 2005). Die Bewertung des Reizes, in Form von wie angenehm oder unangenehm der Stimulus empfunden wird, wird der Aktivität im rostralen ACC, in der Amygdala und dem im Zwischenhirn befindlichen mediodorsalen Thalamus zugeschrieben (Walter et al., 2008; Metzger et al., 2010). Befunde zur Amygdala, dem Kerngebiet des limbischen Systems, sind jedoch inkonsistent und reichen von Aktivierung (Hamann et al., 2004) über Deaktivierung (Georgiadis & Holstege, 2005) bis zu keinem Effekt während sexueller Stimulation (Stoléru et al., 1999; Moulier et al., 2006). Bei der emotionalen Verarbeitung wird der mediodorsale Thalamus mit der affektiven Bewertung von sexuellen Reizen in Verbindung gebracht (Redouté et al., 2000), wohingegen sich im ACC eine Interaktion von sexueller Intensität und emotionaler Valenz finden lässt (Walter et al., 2008). Zuletzt werden der autonomen Komponente, mit kardiovaskulären, respiratorischen oder genitalen Effekten, Aktivierungen des im Zwischenhirn befindlichen Hypothalamus, der anterioren Insula auf der Großhirnrinde und des rostralen Teils des ACC zugeschrieben (Moulier et al., 2006; Redouté et al., 2000).

Neben den beschriebenen vier beteiligten Komponenten darf der Prozess der willkürlichen und unwillkürlichen Inhibition von sexueller Erregung, die gerade im experimentellen Setting eine wichtige Rolle spielt, nicht außer Acht gelassen werden. Inhibition im sexuellen Kontext wurde mit Aktivierung im rechten superioren Frontalkortex und dem rechten ACC in Verbindung gebracht (Beauregard et al., 2001) und dient der Kontrolle sexueller Impulse. Demzufolge kann man zwischen Hirnarealen unterscheiden, die an der Verarbeitung sexueller Erregung beteiligt sind, und den diese kontrollierenden präfrontalen Hirnarealen. Diese Erkenntnisse legen nahe, dass das Erleben sexuellen Verlangens ein multidimensionaler Prozess ist, der durch verschiedene neuronale Prozesse beeinflusst wird.

## Implikationen für die Sexualität im Jugendalter

Empirische Studien zur Entwicklung der sexuellen Präferenzstruktur im Jugendalter sind kaum existent. Aus Studien zur Hirnentwicklung und der Verarbeitung sexueller Reize lassen sich jedoch Implikationen für die Jugendsexualität ableiten. Wie bereits erwähnt, geschieht die Reifung des Gehirns „von hinten nach vorne“ (Reiss et al., 1996). Dementsprechend reifen die subkortikalen Strukturen vor den kortikalen. Insbesondere die präfrontalen Hirnareale, die für Planung, Verhaltenskontrolle und Risikoeinschätzung zuständig sind, reifen zuletzt (Blakemore et al., 2006). So kann ein gewisses Ungleichgewicht dahingehend entstehen, dass Jugendliche in emotionalen Situationen eher durch die weitergereiften subkortikalen Belohnungs- und limbischen Areale beeinflusst werden, als durch die frontalen Kontrollareale (Konrad et al., 2013). Dies kann sich auf das Sexualverhalten von Jugendlichen auswirken. Studien legen dar, dass Jugendliche ein gesteigertes sexuelles Risikoverhalten aufzeigen (Steinberg, 2007; Weinstock, 2004). Dieses Risikoverhalten äußert sich dahingehend, dass Jugendliche im Vergleich zu Erwachsenen häufiger Partnerwechsel (Steinberg, 2004) und eine größere Bereitschaft zu ungeschütztem Geschlechtsverkehr aufzeigen, was zu einer häufigeren Ansteckung von sexuell übertragbaren Krankheiten führt (Reyna & Farley, 2006). Dieses gesteigerte sexuelle Risikoverhalten wurde mit dem noch nicht vollständig ausgereiften frontalen Kontrollsystem in Verbindung gebracht (Collins & Steinberg, 2006; Johnson & Gerstein, 1998). Neben dem noch reifenden Kontrollsystem wurde auch das limbische System und die Basalganglien mit der gesteigerten sexuellen Risikobereitschaft assoziiert (Galvan et al., 2007). So zeigen Jugendliche eine größere subjektiv empfundene Freude in belohnenden Situationen und solchen mit positiver Valenz. Im Vergleich zu Erwachsenen liegt diesem Verhalten ebenfalls eine größere neuronale Aktivität in den Belohnungs- und emotionalen limbischen Arealen zugrunde (Somerville et al., 2010). Wegen des antizipierten belohnenden Effekts von Sexualität wird davon ausgegangen, dass im Jugendalter ebenfalls das Belohnungs- und limbische System verstärkt aktiv ist, so dass eventuelle Risiken oder Gefahren minimiert bzw. unterschätzt werden (Doremus-Fitzwater et al., 2010).

In Bezug auf das „Vier-Komponenten-Modell“ und die Kontrolle sexueller Erregung kann man erwarten, dass im jugendlichen Gehirn die Areale, die der Kontrolle sexueller Erregung zugeschrieben werden, noch nicht ausgereift sind und sich dadurch noch nicht vollständig in der Lage befinden, die Gehirnareale, welche mit sexueller Erregung in Verbindung stehen, kontrollieren zu

können. Dementsprechend geht aus einer Untersuchung bei Jugendlichen hervor, dass sexuelles Risikoverhalten negativ mit Aktivierung in frontalen Regionen korreliert ist (Goldenberg et al., 2013). Ferner konnte gezeigt werden, dass die sexuelle Risikobereitschaft, wegen fortschreitender Reifung kognitiver Kontrollareale, bis ins Erwachsenenalter abnimmt (Steinberg, 2008).

Um empirisch fundierte Aussagen bezüglich Jugendsexualität treffen zu können, bedarf es neurowissenschaftlicher Forschung mit jugendlichen Studienteilnehmern. Insbesondere sollte das „Vier-Komponenten-Modell“ hinsichtlich Validität im Jugendalter überprüft werden. Neben der regelhaften Entwicklung einer normativen Sexualität können Paraphilien, die sich bekanntlich bereits im Jugendalter manifestieren (Beier et al., 2015), ebenfalls zur Erforschung menschlicher Sexualität beitragen und sollten demzufolge neurowissenschaftlich beleuchtet werden.

## Fazit

Die Adoleszenz stellt eine Phase der grundlegenden Reorganisation des Gehirns dar. Diese Umstrukturierung erfolgt sowohl auf funktioneller als auch auf struktureller Ebene. Neben Umwelteinflüssen spielen Steroidhormone eine wichtige Rolle bei Reorganisations- und Umstrukturierungsprozessen. Neurobiologische Erklärungsmodelle des sexuellen Erlebens bei Erwachsenen sprechen von Erregungsarealen und Kontrollsystemen. Bis dato wurde die Validität dieser Erklärungsmodelle im Jugendalter noch nicht erforscht. Es lassen sich jedoch Implikationen für neuronale Prozesse, die sexueller Erregung bei Jugendlichen zugrunde liegen, ableiten. Jugendliche zeigen z.B. erhöhtes sexuelles Risikoverhalten, welches mit noch nicht ausgereiften Kontrollarealen im Frontalkortex und den weitergereiften Belohnungsarealen und Basalganglien in Verbindung gebracht werden kann. Diese Erkenntnisse bieten Ansatzpunkte für die Entwicklung von Theorien zu den neurowissenschaftlichen Grundlagen der Sexualität bei Jugendlichen, die dringend nötig sind, um genaue Aussagen über beteiligte Prozesse treffen zu können. Ein weiterer wichtiger Aspekt der neurowissenschaftlichen Entwicklungsforschung sollten daher die Sexualität und die damit zusammenhängenden Prozesse sein.

## Literatur

Abel, G.G., Becker, J.V., Mittelman, M., Cunningham-Rather, J., Rouleau, J.L., Murphy, W.D., 1987. Self-Reported Sex

- Crimes of Nonincarcerated Paraphiliacs. *J Interpers Violence* 2 (1), 3–25.
- Adkins-Regan, E., 1988. Sex hormones and sexual orientation in animals. *Psychobiol* 16 (4), 335–347.
- Ahmed, E.I., Zehr, J.L., Schulz, K.M., Lorenz, B.H., DonCarlos, L.L., Sisk, C.L., 2008. Pubertal hormones modulate the addition of new cells to sexually dimorphic brain regions. *Nature Neurosci* 11, 995–997.
- Andersen, S.L., 2003. Trajectories of brain development: point of vulnerability or window of opportunity? *Neurosci Biobehav Rev* 27 (1), 3–18.
- Arnou, B.A., Desmond, J.E., Banner, L.L., Glover, G.H., Solomon, A., Polan, M.L., Lue, T.F., Atlas, S.W., 2002. Brain activation and sexual arousal in healthy, heterosexual males. *Brain* 125 (5), 1014–1023.
- Arnsten, A.F., Rubia, K., 2012. Neurobiological Circuits Regulating Attention, Cognitive Control, Motivation, and Emotion: Disruptions in Neurodevelopmental Psychiatric Disorders. *J Am Acad Child Psy* 51 (4), 356–367.
- Beauregard, M., Levesque, J., Bourgouin, P., 2001. Neural Correlates of Conscious Self-Regulation of Emotion. *J Neurosci* 21, RC165 (1–6).
- Beier, K.M., Bosinski, H.A.G., Loewit, K., 2005. *Sexualmedizin. Grundlagen und Praxis* (2. Aufl.). Elsevier und Urban & Fischer, München/Jena.
- Beier, K.M., Oezdemir, U.C., Schlinzig, E., Kuhle, L.F., Henkel, E., Hupp, E., Peter, A., Groll, A., Hellenschmidt, T., 2015. „Du träumst von ihnen“ – Das Projekt Primäre Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch durch Jugendliche (PPJ). *Sexuologie* 22 (1–2), 25–41.
- Beier, K.M., Oezdemir, U.C., Schlinzig, E., Groll, A., Hupp, E., Hellenschmidt, T., 2016. „Just dreaming of them“: The Berlin Project for Primary Prevention of Child Sexual Abuse by Juveniles (PPJ). *Child Abuse Negl* 52, 1–10.
- Blakemore, S.J., 2008. The social brain in adolescence. *Nat Rev Neurosci* 9 (4), 267–277.
- Blakemore, S.J., Choudhury, S., 2006. Development of the adolescent brain: implications for executive function and social cognition. *J Child Psychol Psyc* 47 (3–4), 296–312.
- Briken, P., Hill, A., Berner, W., 2003. Pharmacotherapy of Paraphilias with Long-Acting Agonists of Luteinizing Hormone-Releasing Hormone: A Systematic Review. *J Clin Psychiatry* 64 (8), 890–897.
- Brown, N.T.J., Hochberg, R.B., Zielinski, J.E., Maclusky, N.J., 1988. Regional Sex Differences in Cell Nuclear Estrogen-Binding Capacity in the Rat Hypothalamus and Preoptic Area\*. *Endocrinology* 123(4), 1761–1770.
- Casey, B.J., Giedd, J.N., Thomas, K.M., 2000. Structural and functional brain development and its relation to cognitive development. *Biol psychol* 54 (1–3), 241–257.
- Casey, B.J., Tottenham, N., Liston, C., Durston, S., 2005. Imaging the developing brain: what have we learned about cognitive development? *Trends Cogn Sci* 9 (3), 104–110.
- Casey, B.J., Jones, R.M., Hare, T.A., 2008. The Adolescent Brain. *Ann NY Acad Sci* 1124, 111–126.
- Collins, W.A., Steinberg, L., 2006. Adolescent development in interpersonal context. In: Damon, W., Eisenberg, N. (Hg.). *Handbook of Child Psychology*, Vol. 4. Wiley, New York, 1003–1067.
- Crone, E.A., Dahl, R.E., 2012. Understanding adolescence as a period of social-affective engagement and goal flexibility. *Nat Rev Neurosci* 13 (9), 636–650.

- Dahl, R.E., Gunnar, M.R., 2009. Heightened stress responsiveness and emotional reactivity during pubertal maturation: Implications for psychopathology. *Dev Psychopathol* 21 (1), 1–6.
- Davidson, J.M., Smith, E.R., Damassa, D.A., 1977. Comparative analysis of the roles of androgen in the feedback mechanism and sexual behavior. In: Marini, L., Motta, M. (Hg.). *Androgens and Antiandrogens*. Raven, New York, 137–149.
- Doremus-Fitzwater, T.L., Varlinskaya, E.I., Spear, L.P., 2010. Motivational systems in adolescence: Possible implications for age differences in substance abuse and other risk-taking behaviors. *Brain Cogn* 72 (1). doi: 10.1016/j.bandc.2009.08.008.
- Ferretti, A., Caulo, M., Del Gratta, C., Di Matteo, R., Merla, A., Montorsi, F. et al., 2005. Dynamics of male sexual arousal: distinct components of brain activation revealed by fMRI. *Neuroimage* 26 (4), 1086–1096.
- Fisher, H., Aron, A., Brown, L.L., 2005. Romantic love: an fMRI study of a neural mechanism for mate choice. *J Comp Neurol* 493 (1), 58–62.
- Fisher, H.E., Aron, A., Brown, L.L., 2006. Romantic love: a mammalian brain system for mate choice. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B: Biological Sciences* 361 (1476), 2173–2186.
- Forbes, E.E., Dahl, R.E., 2005. Neural systems of positive affect: relevance to understanding child and adolescent depression? *Dev Psychopathol* 17 (3), 827–850.
- Frajese, G., Lazzari, R., Magnani, A., Moretti, C., Sforza, V., Nerozzi, D., 1990. Neurotransmitter, opiodergic system, steroid-hormone interaction and involvement in the replacement therapy of sexual disorders. *J Steroid Biochem Mol Biol* 37, 411–419.
- Gaffney, G.R., Berlin, F.S., 1984. Is there hypothalamic-pituitary-gonadal dysfunction in paedophilia? A pilot study. *Br J Psychiatry* 145, 657–660.
- Galvan, A., Hare, T.A., Parra, C.E., Penn, J., Voss, H., Glover, G., Casey, B.J., 2006. Earlier Development of the Accumbens Relative to Orbitofrontal Cortex Might Underlie Risk-Taking Behavior in Adolescents. *J Neurosci* 26 (25), 6885–6892.
- Galvan, A., Hare, T., Voss, H., Glover, G., Casey, J., 2007. Risk-taking and the adolescent brain: who is at risk? *Dev Sci* 10 (2), 8–14.
- Georgiadis, J.R., Holstege, G., 2005. Human brain activation during sexual stimulation of the penis. *J Comp Neurol* 493 (1), 33–38.
- Giedd, J.N., Castellanos, F.X., Rajapakse, J.C., Vaituzis, A.C., Rapoport, J.L., 1997. Sexual dimorphism of the developing human brain. *Prog Neuro-Psychoph* 21 (8), 1185–1201.
- Giedd, J.N., Blumenthal, J., Jeffries, N.O., Castellanos, F.X., Liu, H., Zijdenbos, A., Paus, T., Evans, A.C., Rapoport, J.L., 1999a. Brain Development During Childhood and Adolescence: A Longitudinal MRI Study. *Nat Neurosci* 2 (10), 861–863.
- Giedd, J.N., Blumenthal, J., Jeffries, N.O., Rajapakse, J.C., Vaituzis, A.C., Liu, U. et al., 1999b. Development of the human corpus callosum during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study. *Prog Neuro-Psychoph* 23 (4), 571–588.
- Goldenberg, D., Telzer, E.H., Lieberman, M.D., Fuligni, A., Galván, A., 2013. Neural mechanisms of impulse control in sexually risky adolescents. *Dev Cogn Neurosci* 6, 23–29.
- Gottsch, M.L., Cunningham, M.J., Smith, J.T., Popa, S.M., Acohido, B.V., Crowley, W.F., Seminara, S., Clifton, D.K., Steiner, R.A., 2004. A role for kisspeptins in the regulation of gonadotropin secretion in the mouse. *Endocrinology* 145 (9), 4073–4077.
- Hamann, S., Herman, R.A., Nolan, C.L., Wallen, K., 2004. Men and women differ in amygdala response to visual sexual stimuli. *Nat Neurosci* 7 (4), 411–416.
- Hazell, P., 2007. Does the treatment of mental disorders in childhood lead to a healthier adulthood? *Cur Opin Psychiat* 20 (4), 315–318.
- Holstege, G., Georgiadis, J.R., Paans, A.M., Meiners, L.C., van der Graaf, F.H., Reinders, A.S., 2003. Brain Activation during Human Male Ejaculation. *J Neurosci* 23 (27), 9185–9193.
- Huttenlocher, P.R., Dabholkar, A.S., 1997. Regional differences in synaptogenesis in human cerebral cortex. *J Comp Neurol* 387 (2), 167–178.
- Johnson, R.A., Gerstein, D.R., 1998. Initiation of use of alcohol, cigarettes, marijuana, cocaine, and other substances in US birth cohorts since 1919. *Am J Public Health* 88 (1), 27–33.
- Kandel, E.R., Schwartz, J.H., Jessell, T.M., 2000. *Principles of Neural Science*, 4th ed., McGraw-Hill, New York.
- Konrad, K., 2009. Biologische Grundlagen. In: Schneider S., Margraf, J. (Hg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg, 43–54.
- Konrad, K., Firk, C., Uhlhaas, P.J., 2013. Hirnentwicklung in der Adoleszenz: Neurowissenschaftliche Befunde zum Verständnis dieser Entwicklungsphase. *Dtsch Arztebl Int* 110 (25), 425–431.
- Koob, G.F., Le Moal, M., 1997. Drug abuse: hedonic homeostatic dysregulation. *Science* 278 (5335), 52–58.
- Koob, G.F., Le Moal, M., 2005. Plasticity of reward neurocircuitry and the 'dark side' of drug addiction. *Nat Neurosci* 8 (11), 1442–1444.
- Ladouceur, C.D., Peper, J.S., Crone, E.A., Dahl, R.E., 2012. White matter development in adolescence: the influence of puberty and implications for affective disorders. *Dev Cogn Neurosci* 2 (1), 36–54.
- Liston, C., Watts, R., Tottenham, N., Davidson, M.C., Niogi, S., Ulug, A.M., Casey, B.J., 2006. Frontostriatal Microstructure Modulates Efficient Recruitment of Cognitive Control. *Cereb Cortex* 16 (4), 553–560.
- Luna, B., Sweeney, J.A., 2001. Studies of brain and cognitive maturation through childhood and adolescence: a strategy for testing neurodevelopmental hypotheses. *Schizophrenia Bull* 27 (3), 443–455.
- Marshall, W.L., Barbaree, H.E., Eccles, A., 1991. Early Onset and Deviant Sexuality in Child Molesters. *J Interpers Violence* 6 (3), 323–335.
- Metzger, C.D., Eckert, U., Steiner, J., Sartorius, A., Buchmann, J.E., Stadler, J., Tempelmann, C. et al., 2010. High Field fMRI Reveals Thalamocortical Integration of Segregated Cognitive and Emotional Processing in Mediodorsal and Intralaminar Thalamic Nuclei. *Front Neuroanat* 4, 138.
- Miyagawa, Y., Tsujimura, A., Fujita, K., Matsuoka, Y., Takahashi, T., Takao, T., Matsumiya, K. et al., 2007. Differential brain processing of audiovisual sexual stimuli in men: comparative positron emission tomography study of the initiation and maintenance of penile erection during sexual arousal. *Neuroimage* 36 (3), 830–842.
- Moulier, V., Mouras, H., Péligrini-Issac, M., Glutron, D., Rouxel, R., Grandjean, B. et al., 2006. Neuroanatomical cor-

- relates of penile erection evoked by photographic stimuli in human males. *Neuroimage* 33 (2), 689–699.
- Mouras, H., Stoléro, S., Bittoun, J., Glutron, D., Pélégri-issac, M., Paradis, A.L., Burnod, Y., 2003. Brain processing of visual sexual stimuli in healthy men: a functional magnetic resonance imaging study. *Neuroimage* 20 (2), 855–869.
- Nagy, Z., Westerberg, H., Klingberg, T., 2004. Maturation of White Matter is Associated with the Development of Cognitive Functions During Childhood. *J Cognitive Neurosci* 16(7), 1227–1233.
- Naninck, E.F., Lucassen, P.J., Bakker, J., 2011. Sex Differences in Adolescent Depression: Do Sex Hormones Determine Vulnerability? *J Neuroendocrinol* 23 (5), 383–392.
- Oakley, A.E., Clifton, D.K., Steiner, R.A., 2009. Kisspeptin Signaling in the Brain. *Endocr Rev* 30 (6), 713–743.
- Ojeda, S.R., Lomniczi, A., Mastronardi, C., Heger, S., Roth, C., Parent, A.S., Matagne, V., Mungenast, A.E., 2006. Minireview: The Neuroendocrine Regulation of Puberty: Is the Time Ripe for a Systems Biology Approach? *Endocrinology* 147 (3), 1166–1174.
- Patton, G.C., Viner, R., 2007. Pubertal transitions in health. *Lancet* 369 (9567), 1130–1139.
- Peper, J.S., Dahl, R.E., 2013. Surging Hormones: Brain-Behaviour Interactions During Puberty. *Curr Dir Psychol Sci* 22 (2), 134–139.
- Plant, T.M., Barker-Gibb, M.L., 2004. Neurobiological mechanisms of puberty in higher primates. *Hum Reprod Update* 10 (1), 67–77.
- Ponseti, J., Bosinski, H.A.G., Wolff, S., Peller, M., Jansen, O., Mehdorn, H.M., Büchel, C., Siebner, H.R., 2006. A functional endophenotype for sexual orientation in humans. *Neuroimage* 33 (3), 825–833.
- Rabinowicz, T., 1986. The Differentiated Maturation of the Cerebral Cortex. In: Falkner, F., Tanner, J.M., (Eds.). *Postnatal Growth Neurobiology*. Springer, New York, 385–410.
- Ramaswamy, S., Guerriero, K.A., Gibbs, R.B., Plant, T.M., 2008. Structural Interactions between Kisspeptin and GnRH Neurons in the Mediobasal Hypothalamus of the Male Rhesus Monkey (*Macaca mulatta*) as Revealed by Double Immunofluorescence and Confocal Microscopy. *Endocrinology* 149 (9), 4387–4395.
- Redouté, J., Stoléro, S., Grégoire, M.C., Costes, N., Cinotti, L., Lavenne, F. et al., 2000. Brain processing of visual sexual stimuli in human males. *Hum Brain Mapp* 11 (3), 162–177.
- Reiss, A.L., Abrams, M.T., Singer, H.S., Ross, J.L., Denckla, M.B., 1996. Brain development, gender and IQ in children. *Brain* 119 (5), 1763–1774.
- Reyna, V.F., Farley, F., 2006. Risk and rationality in adolescent decision-making: Implications for theory, practice, and public policy. *Psychol Sci Public Interest* 7 (1), 1–44.
- Rubinow, D.R., Schmidt, P.J., 1996. Androgens, brain, and behavior. *Am J Psychiatry* 153 (8), 974–984.
- Safren, S.A., 2006. Cognitive-behavioral approaches to ADHD treatment in adulthood. *J Clin Psychiatry* 67 (8), 46–50.
- Schwarzer, R., 2004. *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Einführung in die Gesundheitspsychologie (3. überarbeitete Aufl.). Hogrefe, Göttingen.
- Sebastian, C.L., Fontaine, M.G., Bird, G., Blakemore, S.J., De Brito, S.A., McCrory, E.J.P., Viding, E., 2011. Neural processing associated with cognitive and affective Theory of Mind in adolescents and adults. *Soc Cogn Affect Neurosci*. doi:10.1093/scan/nsr023.
- Sisk, C.L., Foster, D.L., 2004. The neural basis of puberty and adolescence. *Nat Neurosci* 7 (10), 1040–1047.
- Somerville, L.H., Jones, R.M., Casey, M.S., Casey, B.J., 2010. A time of change: Behavioral and neural correlates of adolescent sensitivity to appetitive and aversive environmental cues. *Brain Cogn* 72 (1), 124–133. doi: 10.1016/j.bandc.2009.07.003.
- Spear, L.P., 2013. Adolescent Neurodevelopment. *J Adolescent Health* 52 (2), S7–S13.
- Steinberg, L., 2004. Risk Taking in Adolescence: What Changes, and Why? *Ann Ny Acad Sci* 1021(1), 51–58.
- Steinberg, L., 2007. Risk Taking in Adolescence: New Perspectives from Brain and Behavioral Science. *Curr Dir Psychol Sci* 16 (2), 55–59.
- Steinberg, L., 2008. A Social Neuroscience Perspective on Adolescent Risk-Taking. *Dev Rev* 28 (1), 78–106.
- Stoleru, S., Gregoire, M.C., Gerard, D., Decety, J., Lafarge, E., Cinotti, L., Collet, C., Lavenne, F. et al., 1999. Neuroanatomical Correlates of Visually Evoked Sexual Arousal in Human Males. *Arch Sex Behav* 28 (1), 1–21.
- Suzuki, N., Sato, Y., Hisasue, S., Kato, R., Suzuki, K., Tsukamoto, T., 2007. Effect of Testosterone on Intracavernous Pressure Elicited with Electrical Stimulation of the Medial Preoptic Area and Cavernous Nerve in Male Rats. *J Androl* 28 (2), 218–222.
- Taylor, E., Döpfner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Coghill, D. et al., 2004. European clinical guidelines for hyperkinetic disorder – first upgrade. *Eur Child Adol Psy* 13 (Suppl. 1), 7–30.
- Thompson, P.M., Giedd, J.N., Woods, R.P., MacDonald, D., Evans, A.C., Toga, A.W., 2000. Growth patterns in the developing brain detected by using continuum mechanical tensor maps. *Nature* 404 (6774), 190–193.
- Ungerleider, L.G., 1995. Functional MRI evidence for adult motor cortex plasticity during motor skill learning. *Nature* 377 (6545), 155–158.
- Walter, M., Bermppohl, F., Mouras, H., Schiltz, K., Tempelmann, C., Rotte, M., Heinze, H.J. et al., 2008. Distinguishing specific sexual and general emotional effects in fMRI – Subcortical and cortical arousal during erotic picture viewing. *Neuroimage* 40 (4), 1482–1494.
- Weinstock, H., Berman, S., Cates, W., 2004. Sexually Transmitted Diseases among American Youth: Incidence and Prevalence Estimates, 2000. *Perspect Sex Repro H* 36 (1), 6–10.
- Whittle, S., Yap, M.B., Yücel, M., Fornito, A., Simmons, J.G., Barrett, A., Sheeber, L., Allen, N.B., 2008. Prefrontal and amygdala volumes are related to adolescents' affective behaviors during parent-adolescent interactions. *P Natl Acad Sci USA* 105 (9), 3652–3657.

---

#### AutorInnen

M.Sc. Miriam Schuler, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Luisenstraße 57, D-10117 Berlin, e-mail: miriam.schuler@charite.de

Dipl.-Psych. Laura Daedelow, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Luisenstraße 57, D-10117 Berlin, e-mail: laura.daedelow@charite.de

---

# Suizidalität und psychiatrische Erkrankungen von LGBT-Jugendlichen

Umut C. Oezdemir und Tobias Hellenschmidt

## Suicidality and Mental Health Problems of LGBT-Youth

### Abstract

Sexual minority youth still experience distress. They face problems at school and sometimes at home as well. In the worst case, they experience physical and verbal assaults. It is striking that many sexual minority youth report suicidality and psychiatric problems. Most of the psychiatric problems can be assigned to depressive syndromes, posttraumatic stress disorder, eating disorders and substance abuse respectively. With this article, which reviews current research on the suicidality and psychiatric disorders of LGBT youth, the authors want to sensitize clinicians to assess these topics to provide the best possible help.

Keywords: Coming Out, LGBT, Juveniles, Adolescents, Comorbidity, Suicidality

### Zusammenfassung

Jugendliche, die einer sexuellen Minderheit angehören, erleben immer noch Distress. Viele Probleme ergeben sich im schulischen, manche auch im häuslichen Umfeld – im schlimmsten Falle mit physischen oder psychischen Übergriffen. Auffällig ist hierbei, dass viele Jugendliche, die sexuellen Minderheiten angehören, von Suizidalität und psychiatrischen Problemen berichten. Die häufigsten psychiatrischen Probleme lassen sich dem depressiven Formenkreis, einer posttraumatischen Belastungsstörung, Essstörungen sowie dem Substanzabusus zuordnen. Mit diesem Artikel, der die aktuelle Forschung über die Suizidalität und psychiatrischen Erkrankungen von LGBT-Jugendlichen sichtet, möchten die Autoren klinisch tätiges Fachpersonal sensibilisieren, ein besonderes Augenmerk auf die Erfassung dieser Problembereiche zu richten, um diesen Jugendlichen die bestmögliche Hilfe anbieten zu können.

Stichwörter: Coming Out, LGBT, Jugendliche, Adoleszenz, Komorbidität, Suizidalität

## Einleitung

Durch eine Steigerung der gesellschaftlichen Akzeptanz von sexuellen Präferenzen und (sexuellen) Identitäten außerhalb der Norm sind LGBT-Personen<sup>1</sup> heutzutage akzeptierter und gesellschaftlich integrierter denn je (vgl. Sielert & Timmermanns, 2011). LGBT-Personen werden mittlerweile auch medial präsenter und finden immer mehr Beachtung, so z.B. die Transition von Bruce Jenner zu Kylie Jenner und diverse Coming-Outs von gleichgeschlechtlich orientierten Berufssportlern.

Eine gesteigerte Akzeptanz und Integration sind jedoch nicht gleichzusetzen mit der Abwesenheit von Vorurteilen und negativen Einstellungen gegenüber LGBT-Personen: Vor allem gegengeschlechtlich orientierte, heterosexuelle Männer scheinen eher und vermehrt negative Einstellungen gegenüber LGBT-Personen im Allgemeinen und gegenüber Männern aus der LGBT-Gruppe im Speziellen zu haben (Herek & McLemore, 2013). Ein Extrembeispiel hierfür ist die Geschichte des Lawrence King (1993-2008), ein 15-jähriger, gleichgeschlechtlich orientierter Junge aus Kalifornien, USA. Zwei Tage, nachdem Lawrence King einen 14-jährigen gegengeschlechtlich orientierten Mitschüler fragte, ob beide am Valentinstag ein Rendez-vous miteinander haben könnten, wurde er von diesem Mitschüler erschossen. Dieses Beispiel bestätigt wissenschaftliche Ergebnisse: Zu den Sozialisationsbedingungen von Jugendlichen gehören auch heute noch Homophobie, Diskriminierung und Gewalt (Sielert & Timmermanns, 2011).

Die Autoren stellen sich daher folgende Fragen: Wie sieht die Situation heutzutage für LGBT-Jugendliche aus? Welche Erfahrungen machen LGBT-Jugendliche in ihren Umfeldern und was bewirken diese erlebten Erfahrungen bei LGBT-Jugendlichen? Vor dem Hintergrund dieser Fragen war das Ziel des vorliegenden Artikels, über das Suizidrisiko und die psychiatrischen Erkrankungen von LGBT-Jugendlichen zu berichten.<sup>2</sup> Hierfür wurde

<sup>1</sup> LGBT ist ein aus dem Englischen stammendes Akronym und steht für „Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender/-sexual“.

<sup>2</sup> Gerne hätten die Autoren psychiatrische Probleme und Suizidalität getrennt nach sexueller Orientierung bzw. transgeschlechtlicher

aktuelle Fachliteratur nach den Stichwörtern „LGBT“, „MSM“, „Trans“, „lesbian“, „youth“, „juveniles“, „adolescents“, „psychiatric problems“, „comorbidities“, „suicide“ auf einschlägigen Datenbanken (PsycInfo und PubMed) durchsucht und gesichtet.

## LGBT-Jugendliche

Obwohl man nicht genau weiß, wie sich die sexuelle Präferenz manifestiert, ist davon auszugehen, dass sie sich in der Pubertät ausbildet (Beier & Loewit, 2011). Daher muss es LGBT-Jugendliche zu allen Zeiten gegeben haben. Nur waren sie für die Allgemeinheit kaum bis gar nicht wahrnehmbar, da Coming-Outs in diesem Alter kaum stattfanden. Studien haben gezeigt, dass heutzutage Coming-Outs in einem jüngeren Alter stattfinden als dies bei früheren Kohorten der Fall war (Floyd & Bakeman, 2006; Ryan & Futterman, 1998). D’Augelli et al. (2006) ermittelten bei ihrer Stichprobe von 528 LGBT-Jugendlichen zwischen 15 und 19 Jahren ein durchschnittliches Alter von 15 Jahren beim Coming-Out. Diese Stichprobe wurde auch nach Kindheitserlebnissen befragt. Etwa drei Viertel der Befragten gaben an, sich schon beim Heranwachsen anders gefühlt zu haben als die Menschen in ihrer Umgebung. Das erste Mal sei ihnen das mit durchschnittlich 8 Jahren bewusst geworden; mehr als der Hälfte der befragten Jugendlichen sei das „anders sein“ auch von Dritten mitgeteilt worden.

Gleichzeitig gaben die von D’Augelli und Kollegen befragten LGBT-Jugendlichen an, dass sie Opfer von Übergriffen verschiedenster Art geworden seien: 80% berichteten von verbalen, 11% von physischen und 9% von sexuellen Übergriffen. Während die Jugendlichen durchschnittlich 13 Jahre alt waren, als sie Opfer von Übergriffen wurden, lagen die jüngsten Altersangaben für den ersten Übergriff bei sechs (für verbale Übergriffe), acht (physische Übergriffe) oder neun Jahren (sexuelle Übergriffe) (D’Augelli et al., 2006). Die Übergriffe kamen in verschiedensten Kontexten vor – manche Jugendlichen erlebten Angriffe in ihrer Familie, andere nur außerhalb des Elternhauses. In der Studie von Carver, Younger & Perry (2003) erzählten vor allem männliche Jugendliche, die

sich Geschlechtsstereotypen nicht beugten, von negativen Reaktionen ihrer Peers und Familienmitglieder. Dies wurde auch von Jugendlichen bestätigt, die sich als schwul identifizierten (D’Augelli et al., 2006). Bei einer Befragung über Opfererfahrungen während der Schulzeit (Russell et al., 2011) meldeten vor allem Männer, dass sie Übergriffe erlebt hatten. Signifikant mehr Opfererfahrungen hatten diejenigen, die sich als „queer“<sup>3</sup> identifizierten, also nicht in die Schublade „LGBT“ passten. Die Studie von Timmermanns (2013) ergab, dass viele als schwul identifizierte Jugendliche unter Einsamkeit litten, und die Schule als ein problematischer Ort für einen offenen Umgang mit der sexuellen Orientierung erlebt wurde. Mobbing Erfahrungen schienen besonders bei schwulen Jugendlichen verbreitet zu sein (Timmermanns, 2013).

Obwohl viele LGBT-Jugendliche negative Erfahrungen in unterschiedlichen Kontexten machen und zum Teil Opfer von Übergriffen werden, und obwohl die meisten sich bewusst sind, anders zu sein als andere Jugendliche, fällt es ihnen trotzdem schwer, sich Hilfe zu suchen. Wenn sie sich doch Hilfe suchen, dann eher von anderen LGBT-Jugendlichen als von den Eltern oder anderen Erwachsenen (McDermott, 2015). LGBT-Jugendliche stellen sich eher alleine den erlebten Belastungen, die mitunter alarmierende Resultate wie Suizidalität oder psychische Erkrankungen zur Folge haben können.

## Suizidalität

Diverse Studien haben signifikante Zusammenhänge zwischen einer gleichgeschlechtlichen sexuellen Orientierung von Männern und ihrer Suizidalität (fantasiertem, geplantem oder ausgeübtem Suizid) ergeben. Das Suizidrisiko von gegengeschlechtlich und beidgeschlechtlich orientierten Männern war in den Studien signifikant höher als das von gegengeschlechtlich orientierten Männern (u.a. Legleye et al., 2010; Plöderl et al., 2010; McDaniel et al., 2001; Russell, 2003). In einem systematischen Review konnte berechnet werden, dass – über die Lebensspanne betrachtet – die Prävalenz von suizidalem Verhalten bei Männern mit einer gleichgeschlechtlichen sexuellen Orientierung vier Mal höher ist als bei Männern mit einer gegengeschlechtlichen sexuellen Orientierung (King et al., 2008).

Zugehörigkeit behandelt. Für gewöhnlich teilen Studien aber die Teilnehmer dichotom in Gruppen auf: Jugendliche, die einer sexuellen Minderheit angehören oder nicht angehören. Wünschenswert wäre ein exakteres Vorgehen der Forschung. Für eine genauere Betrachtung von möglichen spezifischen Problemen wäre es auch zu begrüßen, wenn man gleichgeschlechtlich orientierte junge Männer und Frauen getrennt betrachtete. Bisher könnte man Gefahr laufen, Problemfelder zu übersehen, weil Jugendliche verschiedener sexueller Minderheiten in einen Topf geworfen werden.

<sup>3</sup> Da die Begriffe „Lesbian“, „Gay“ und „Bi“ in LGBT alle eine sexuelle Präferenz definieren und „Trans“ eine Zugehörigkeit bzw. Nicht-Zugehörigkeit zu einer dichotomen Geschlechtskategorisierung darstellt, gibt es Menschen, die für sich das Wort „queer“ bevorzugen. „Queer“ bedeutet hierbei entweder das sexuelle Begehren jeglichen Geschlechts und/oder die Ablehnung von kategorialen Geschlechtsdichotomien.

Dieses erhöhte Suizidrisiko konnte in anderen Studien auch für LGBT-Jugendliche bestätigt werden. Russel & Joyner (2001) befragten eine repräsentative Stichprobe von 6.254 weiblichen und 5.686 männlichen Jugendlichen, von denen etwa 7% von einer gleichgeschlechtlichen Orientierung berichteten. Verglichen mit gegengeschlechtlich orientierten Jugendlichen derselben Geschlechtskategorie wurde für diese LGBT-Jugendlichen anhand der erhaltenen Antworten ein doppelt so hohes Suizidrisiko errechnet (Russel & Joyner, 2001). Bei einer weiteren Befragung über suizidale Gedanken und suizidales Verhalten von 350 Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 14 bis 21 Jahren konnte der Zusammenhang zwischen sexueller Orientierung und Suizidalität ebenfalls dargestellt werden (D'Augelli, Hershberger & Pilkington, 2001). Insgesamt gaben 42% der Befragten an, manchmal oder oft Suizidgedanken zu haben, und von diesen konnten 22% ganz klar artikulieren, dass ihre Suizidgedanken mit ihrer sexuellen Orientierung zusammenhängen. Weitere 26% gaben einen teilweisen Zusammenhang an. Etwa die Hälfte der Befragten mit Suizidgedanken stellte einen moderaten bis starken Zusammenhang zwischen der eigenen sexuellen Orientierung und den suizidalen Gedanken her. Von allen 350 Befragten hatten 116 (35%) mindestens einen tatsächlichen Suizidversuch in ihrem Leben gemacht. Das höhere Suizidrisiko für Jugendliche mit einer gleichgeschlechtlichen Orientierung verglichen mit Jugendlichen mit einer gegengeschlechtlichen Orientierung konnte in weiteren Studien bestätigt werden (u.a. Faulkner & Cranston, 1998; Garofalo et al., 1999; Remafedi, 2002).

## Risikofaktoren für Suizidalität

Aufgrund der vielfachen Bestätigung des erhöhten Suizidrisikos bei LGBT-Jugendlichen fokussierten neuere Studien mögliche Risikofaktoren für Suizidalität bei gleichgeschlechtlich orientierten Jugendlichen. D'Augelli et al. (2005) fanden bei gleichgeschlechtlich orientierten männlichen Jugendlichen einen Zusammenhang zwischen suizidalem Verhalten und Coming-Out bei den Eltern. Andere Autoren suchten spezifischere Risikofaktoren. In einer prospektiven Longitudinalstudie befragten Mustanski & Liu (2013) insgesamt 237 LGBT-Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 16-20 Jahren, und kamen zu dem Schluss, dass folgende Risikofaktoren für Suizidalität unter LGBT-Jugendlichen und jungen Erwachsenen beachtet werden sollten: Hoffnungslosigkeit, depressive Symptome, Störungen des Sozialverhaltens, Impulsivität, Opfererfahrung, geringe familiäre Unterstützung und das Alter, zu dem man sich das erste Mal zu einem gleichgeschlechtlichen Partner hingezogen fühlte.

Depressive Symptome als Risikofaktor für Suizidalität bei LGBT-Jugendlichen wurden schon von Marshall et al. (2011) identifiziert. Hier wurden Odds Ratios (OR) berechnet, um herauszufinden, ob die Zugehörigkeit zu einer sexuellen Minderheit die Auftretenswahrscheinlichkeit von Suizidalität begünstigt. In dieser Stichprobe berichteten 28% der LGBT-Jugendlichen, aber nur 12% der gegengeschlechtlich orientierten Jugendlichen von Suizidalität (Gedanken oder Versuch) in der Vergangenheit. Es wurden in einem Analyseschritt Kontrollvariablen, wie z.B. das Geschlecht, eingefügt. Die Wahrscheinlichkeit, dass LGBT-Jugendliche von Suizidalität erzählten, blieb dennoch erhöht. LGBT-Jugendliche hatten in den Analysen durchgängig erhöhte Raten von Suizidalität (OR = 2.92) verglichen mit gegengeschlechtlich orientierten Jugendlichen. Ein signifikanter Moderator war eine selbstidentifizierte sexuelle Orientierung auf beide Geschlechter. Vergleicht man diese Jugendlichen mit ausschließlich gegengeschlechtlich orientierten Jugendlichen, so ergeben sich fünfmal höhere Berichterstattungsraten von Suizidalität bei den Jugendlichen, die sich zu beiden Geschlechtern hingezogen fühlten. Das Suizidrisiko erhöhte sich bei allen LGBT-Jugendlichen, die zusätzlich von depressiven Symptomen berichteten (Marshall et al., 2011). In einer anderen Studie identifizierte man einen weiteren Risikofaktor: einen vorhandenen Suizidversuch in der Vergangenheit (Liu & Mustanski, 2012).

Die in all diesen Studien identifizierten Risikofaktoren legen Vermutungen nahe, weshalb unter LGBT-Jugendlichen ein erhöhtes Suizidrisiko herrscht. Ein Grund könnte das Zusammenwirken von allgemeinen Risikofaktoren (z.B. Impulsivität), sowie LGBT-spezifische Risikofaktoren (z.B. Opfererfahrung) sein (Liu & Mustanski, 2012).

Zwei neuerliche Studien zur Suizidalität bei männlichen LGBT-Jugendlichen deuten darauf hin, dass das Suizidrisiko dieser Gruppe altersspezifisch differenziert ist. In ihrer Studie inkludierten Russell und Toomey (2012) 3.415 männliche Jugendliche zwischen 12 und 19 Jahren (Altersmedian: 15.31), zu denen Informationen zu vier Befragungszeitpunkten vorlagen. Sie fanden heraus, dass das Suizidrisiko für männliche LGBT-Jugendliche in der Adoleszenz erhöht sei und sich nicht ins Erwachsenenalter übertrage. Cardom et al. (2013) konnten dieses Ergebnis replizieren und bestätigten, dass Suizidfantasien im frühen Erwachsenenalter, verglichen mit dem Jugendalter, abnehmen – und das für fast alle sexuellen Orientierungen.

## Psychiatrische Erkrankungen

In der Forschung zur Suizidalität von LGBT-Jugendlichen wurden von verschiedenen Autoren psychiatrische Erkrankungen identifiziert (z.B. Marshall et al., 2011; Mustanski & Liu, 2013). Gut belegt sind höhere Depressionswerte bzw. Diagnosen von Störungen aus dem depressiven Formenkreis bei LGBT-Personen als bei gegengeschlechtlich orientierten Menschen (z.B. Russell et al., 2011; Russell & Joyner, 2001). Strukturierte diagnostische Interviews mit LGBT-Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 16 bis 20 Jahren ergaben, dass ein Drittel der 246 Befragten die Kriterien für eine psychiatrische Störung erfüllten (Mustanski, Garofalo & Emerson, 2010). Im Speziellen erfüllten 17% der Befragten die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens, 15% für eine Depression, 9% für eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Ungefähr ein Drittel dieser Stichprobe hatte mindestens einen Suizidversuch gemacht. Für das Auftreten von Symptomen einer PTBS fand sich ein Zusammenhang mit Opfererfahrungen von LGBT-Jugendlichen im Rahmen von physischen Übergriffen (D'Augelli et al., 2006).

## Essstörungen

Eine Kategorie von psychiatrischen Erkrankungen, von der man weiß, dass die Identifikation einer gleichgeschlechtlichen Orientierung einen spezifischen Risikofaktor – zumindest bei Männern – darstellt, sind Essstörungen (vgl. u.a. Carlat et al., 1997; Hospers & Jansen, 2005; Russell & Keel, 2011). Dies zeigt sich auch bei Jugendlichen. Bei einer Befragung von 7.843 männlichen und 9.039 weiblichen Jugendlichen konnten Vergleiche zwischen gleichgeschlechtlich bzw. beidgeschlechtlich orientierten Jugendlichen und gegengeschlechtlich orientierten Jugendlichen gezogen werden. So ergab sich, dass gleich- und beidgeschlechtlich orientierte Jungen signifikant mehr versuchten, auszusehen wie medial dargestellte Männer, und signifikant mehr zu Binge Eating (OR = 15.2) neigten als gegengeschlechtlich orientierte Jungen. Interessant war hier ein genau gegenläufiger Trend für Mädchen der LGBT-Gruppe: gleich- und beidgeschlechtlich orientierte Mädchen waren im Vergleich zu gegengeschlechtlich orientierte Mädchen signifikant zufriedener mit ihren Körpern und signifikant weniger waren damit beschäftigt, auszusehen wie in den Medien dargestellte Frauen (Austin et al., 2004). Diese Ergebnisse konnten aber fünf Jahre später, zumindest bei weiblichen Teilnehmerinnen, nicht repliziert werden (Austin et al., 2009). Bei einer Befragung von fast 14.000 Jugendlichen

waren gleich- oder beidgeschlechtlich orientierte Jugendliche eher in der Gefahr des Binge Eating – und zwar unabhängig vom Geschlecht. Zusätzlich war der Einsatz von Laxantien bei beidgeschlechtlich orientierten Mädchen erhöht (Austin et al., 2009).

## Substanzmissbrauch

Ein weiterer Problembereich für LGBT-Jugendliche ist der Substanzmissbrauch. So konnten bereits 2001 Russell und Joyner herausarbeiten, dass, im Vergleich mit gleichaltrigen Peers, LGBT-Jugendliche signifikant höhere Raten von Alkoholabusus zeigen. Für eine genauere Betrachtung versuchten Marshall et al. (2007) mit einer meta-analytischen Herangehensweise die Odds Ratio und Effektstärken in Cohen's d zu berechnen. Hierfür wurden 18 Studien eingeschlossen mit insgesamt 125 berichteten Effektstärken für den Zusammenhang von sexueller Orientierung und Substanzabusus. Missbrauchte Substanzen in den inkludierten Studien waren legale Drogen (Tabak und Alkohol) sowie illegale Drogen (Marihuana, Kokain, Crack, Methamphetamin, Ecstasy und Heroin). Ein Augenmerk wurde hier auf die sexuelle Orientierung gelegt, weshalb Ergebnisse für LGB-Jugendliche berichtet wurden. (Transgender-Jugendliche wurden nicht befragt.)

Über alle Substanzen hinweg, ergaben sich für LGB-Jugendliche höhere Raten von Substanzabusus verglichen mit gegengeschlechtlich orientierten Jugendlichen (OR = 2.89, Cohen's d = 0.59). Durchschnittlich war die Wahrscheinlichkeit, dass ein LGB-Jugendlicher eine Substanz missbraucht, um 190% höher als für einen gegengeschlechtlich orientierten Jugendlichen. Aber innerhalb der LGB-Gruppe gab es Schwankungen: am gefährdetsten zeigten sich Jugendliche, die sich als beidgeschlechtlich orientiert, und Mädchen, die sich als gleichgeschlechtlich orientiert identifizierten. Beidgeschlechtlich orientierte Jugendliche hatten eine um 340% erhöhte Wahrscheinlichkeit, gleichgeschlechtlich orientierte Mädchen eine um 400% erhöhte Wahrscheinlichkeit, Substanzen zu missbrauchen. Die größten Effekte fanden sich bei LGB-Jugendlichen für Tabakkonsum und dem Konsum von Injektionssubstanzen (z.B. Heroin) – hier lagen die Effektstärken bei jeweils  $d > 0.8$ .

## Diskussion und Fazit

Obschon sich die Situation für LGBT-Personen heutzutage verbessert hat, erleben immer noch viele LGBT-Jugendliche Distress. Sich öffentlich als Angehörige(n) einer Minderheit erkennen zu geben, ist auch im 21.

Jahrhundert nicht selbstverständlich. Das Coming-Out ist mit Ängsten bezüglich eventueller Benachteiligungen verbunden (vgl. Timmermanns, 2013). Die Schule wird von vielen als problematischer Ort erlebt und ein großer Teil wird Opfer von physischen oder psychischen Übergriffen (vgl. D'Augelli et al., 2006). Vor dem Hintergrund dieser Negativerfahrungen verwundert es nicht, dass eine ernstzunehmende Zahl von LGBT-Jugendlichen über Suizidgedanken und -verhalten berichten, was in Studien immer wieder repliziert wurde (vgl. D'Augelli, Hershberger & Pilkington, 2001; Faulkner & Cranston, 1998; Garofalo et al., 1999; Remafedi, 2002; Russel & Joyner, 2001). Zusätzlich wurden immer wieder Zusammenhänge zwischen der Zugehörigkeit zu einer sexuellen Minderheit und dem Auftreten von psychiatrischen Erkrankungen gefunden (vgl. Austin et al., 2009; Carlat et al., 1997; Hoppers & Jansen, 2005; Marshall et al., 2007; Marshall et al., 2011; Mustanski et al., 2010; Mustanski & Liu, 2013; Russell et al., 2011, Russell & Joyner, 2001; Russell & Keel, 2011). Gründe hierfür können aktuell nur Spekulationen sein. Jedoch liegt die Vermutung nahe, dass erlebter Distress sowohl zur Suizidalität als auch zu psychiatrischen Erkrankungen führen könnte.

Klinisch tätiges Fachpersonal, das mit Jugendlichen arbeitet, sollte sich der Risiken bewusst sein, denen LGBT-Jugendliche beider Geschlechter ausgesetzt sind, aber auch offen sein für mögliche spezifische Probleme für gleichgeschlechtlich orientierte Jungen und Mädchen. Es gibt eine Vielzahl von Risikofaktoren, die anamnestisch erfasst und psychotherapeutisch bearbeitet werden sollten, um dem Risiko von Suizidalität und/oder psychiatrischen Erkrankungen entgegenzuwirken. Gerade LGBT-Jugendliche mit depressiven Symptomen sollten genauer über vergangene und aktuelle Suizidalität sowie über Substanzabusus befragt werden, um einen genauen Interventionsplan in Notfällen erstellen zu können.

## Literatur

- Austin, S.B., Ziyadeh, N.J., Corliss, H.L., Rosario, M., Wypij, D., Haines, J., Camargo Jr., C.A., Field, A.E., (2009). Sexual orientation disparities in purging and binge eating from early to late adolescence. *Journal of Adolescent Health* 45 (3), 238–245.
- Austin, S.B., Ziyadeh, N., Kahn, J.A., Camargo Jr., C.A., Colditz, G.A., Field, A.E., 2004. Sexual orientation, weight concerns, and eating-disordered behaviors in adolescent girls and boys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 43 (9), 1115–1123.
- Beier, K.M., Loewit, K., 2011. *Praxisleitfaden Sexualmedizin: Von der Theorie zur Therapie*. Springer, Heidelberg.
- Cardom, R., Rostovsky, S., Danner, F., 2013. Does „It Get Better“ for Depressed Sexual Minority Youth in Young Adulthood? *Journal of Adolescent Health* 53, 671–673. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.07.023
- Carlat, D.J., Camargo Jr., C.A., Herzog, D.B., 1997. Eating Disorders in males: A Report on 135 Patients. *Am J Psychiatry* 154, 1127–1132.
- Carver, P.R., Yunger, J.L., Perry, D.G., 2003. Gender Identity and Adjustment in Middle Childhood. *Sex Roles* 49 (3/4), 95–109.
- D'Augelli, A.R., Grossman, A.H., Salter, N.P., Vasey, J.L., Starks, M.T., Sinclair, K.O., 2005. Predicting Suicide Attempts of Lesbian, Gay, and Bisexual Youth. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 35 (6), 646–660.
- D'Augelli, A.R., Grossman, A.H., Starks, M.T., 2006. Childhood gender atypicality, victimization, and PTSD among lesbian, gay, and bisexual youth. *Journal of Interpersonal Violence* 21 (11), 1462–1482.
- D'Augelli, A.R., Hershberger, S.L., 1993. Lesbian, Gay, and Bisexual Youth in Community Settings: Personal Challenges and Mental Health Problems. *American Journal of Community Psychology* 21 (4), 421–448.
- D'Augelli, A.R., Hershberger, S.L., Pilkington, N.W., 2001. Suicidality patterns and sexual orientation-related factors among lesbian, gay, and bisexual youth. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 31 (3), 250–264.
- Faulkner, A.H., Cranston, K., 1998. Correlates of Same-Sex Sexual Behavior in a Random Sample of Massachusetts High School Students. *American Journal of Public Health* 88 (2), 262–266.
- Garofalo, R., Wolf, C., Wissow, L.S., Woods, E.R., Goodman, E., 1999. Sexual Orientation and Risk of Suicide Attempts Among a Representative Sample of Youth. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 153, 487–493.
- Hoppers, H. J., Jansen, A., (2005). Why homosexuality is a risk factor for eating disorders in males. *Journal of Social and Clinical Psychology* 24 (8), 1188–1201.
- King, M., Semlyen, J., See Tai, S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., Nazareth, I., 2008. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BioMed Central Psychiatry* 8, 1–17.
- Legleye, S., Beck, F., Peretti-Watel, P., Chau, N., Firdion, J.M., 2010. Suicidal ideation among young French adults: Association with occupation, family, sexual activity, personal background and drug use. *Journal of Affective Disorders* 123 (1–3), 108–115.
- Liu, R.T., Mustanski, B., 2012. Suicidal Ideation and self-harm in lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *American Journal of Preventive Medicine* 42 (3), 221–228.
- Marshall, M.P., Dietz, L.J., Friedman, M.S., Stall, R., Smith, H.A., McGinley, J., Thoma, B.C., Murray, P.J., D'Augelli, A.R., Brent, D.A., 2011. Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: A meta-analytical review. *Journal of Adolescent Health* 49, 115–123.
- Marshall, M.P., Friedman, M.S., Stall, R., King, K.M., Miles, J., Gold, M.A., Bukstein, O.G., Morse, J.Q., 2007. Sexual orientation and adolescent substance use: A meta-analysis and methodological review. *Addiction* 103, 546–556.
- McDaniel, J.S., Purcell, D., D'Augelli, A.R., 2001. The Relationship Between Sexual Orientation and Risk for Suicide: Research Findings and Future Directions of Research and Prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 31 (1), 84–105.
- McDermott, E., 2015. Asking for help online: Lesbian, gay, bisexual and trans youth, self-harm and articulating the ‚failed‘

- self. *Health* 19 (6), 561–577.
- Mustanski, B.S., Garofalo, R., Emerson, E.M., 2010. Mental Health Disorders, psychological distress, and suicidality in a diverse sample of lesbian, gay, bisexual and transgender youths. *American Journal of Public Health* 100 (12), 2426–2432.
- Mustanski, B., Liu, R.T., 2013. A longitudinal study of predictors of suicide attempts among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Archives of Sexual Behavior* 42, 437–448.
- Plöderl, M., Kralovec, K., Fartacek, R., 2010. The relation between sexual orientation and suicide attempts in Austria. *Archives of Sexual Behavior* 39 (6), 1403–1414.
- Remafedi, G., 2002. Suicidality in a venue-based sample of young men who have sex with men. *Journal of Adolescent Health* 31 (4), 305–310.
- Russell, S.T., 2003. Sexual Minority Youth and Suicide Risk. *American Behavioral Scientist* 46 (9), 1241–1257.
- Russell, C.J., Keel, P.K., 2001. Homosexuality as a specific risk factor for eating disorders in men. *International Journal of Eating Disorders* 31, 300–306.
- Russell, S.T., Joyner, K., 2001. Adolescent Sexual Orientation and Suicide Risk: Evidence From a National Study. *American Journal of Public Health* 91 (8), 1276–1281.
- Russell, S.T., Ryan, C., Toomey, R.B., Diaz, R.M., Sanchez, J., 2011. Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Adolescent School Victimization: Implications for Young Adult Health and Adjustment. *Journal of School Health* 81 (5), 223–230.
- Russell, S.T., Toomey, R.B., 2012. Men's sexual orientation and suicide: Evidence for U.S. adolescent-specific risk. *Social Science & Medicine* 74, 523–529.
- Sielert, U., Timmermanns, S., 2011. Expertise zur Lebenssituation schwuler und lesbischer Jugendlicher in Deutschland. Deutsches Jugendinstitut, München.
- Timmermanns, S., 2013. Sehnsucht nach Wärme in kalten Zeiten. Forschungsergebnisse und Betrachtungen zur Lebenssituation schwuler Jugendlicher in Deutschland. *BZgA-Forum* 1, 23–26.

## Autoren

Dipl.-Psych. Umut C. Oezdemir, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Universitätsklinikum Charité Campus Mitte, Freie Universität und Humboldt-Universität zu Berlin, Luisenstraße 57, D-10117 Berlin-Mitte, E-Mail: umut.oezdemir@charite.de

Tobias Hellenschmidt, FA für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und Psychotherapie, Vivantes Klinikum im Friedrichshain, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Landsberger Allee 49, D-10249 Berlin-Friedrichshain



**Katharina Jacke**

**Widersprüche des Medizinischen**

**Eine wissenssoziologische Studie zu Konzepten der „Transsexualität“**

**Beiträge zur Sexualforschung – Psychosozial-Verlag 2106**

**450 Seiten, br., 36,90 €**

Wie erkennt die Medizin ihre Gegenstände, wie passt sie ihnen ihre Prozeduren an und welchen Einfluss haben wiederum die Gegenstände auf die Medizin? Am Beispiel des klinischen Konzeptes der „Transsexualität“ zeigt die Autorin, wie Depathologisierung neue Formen von Krankheit hervorbringt und wie Liberalität zugleich regressiv wirken kann. Sie stellt das zeitgenössische Wissen der Medizin als genauso kontingent heraus wie die wissensproduzierenden Disziplinen selbst.

Katharina Jacke untersucht das Krankheitskonzept Trans\* und deckt dabei mannigfaltige Widersprüche des Denkens in der Medizin auf. Somit leistet die Studie an der Schnittstelle zwischen Wissenschaftsforschung und Gender Studies einen grundlegenden empirischen Beitrag zu den Bedingungen des Denkens und der Wissensproduktion.

# Krise als Chance – Partnerschaftliche und sexuelle Lernprozesse im Jugendalter

Anja Henningsen, Mirja Beck

## Crisis as Opportunity – Relationship and Sexual Learning in Adolescence

### Abstract

Crises play a fundamental role in learning processes. Teenagers are often not provided the opportunity to learn through crises, especially in sexual contexts. This seems to be one of the more limiting side effects of the current prevention and protection discourses, in which young people are presented as overwhelmed, endangered or oversexualized. The present study, which is based on indepth interviews with teenagers, investigates the coping strategies of young people in their sexual relationships. It represents a counterbalance to the public image of young people and provides insight into their acquiring of self-confidence and active social strategies.

**Keywords:** Youth sexuality, Relationship experience, Sexual education, Crisis

### Zusammenfassung

Krisen besitzen eine elementare Funktion bei Lernprozessen. Jugendlichen wird allerdings ein Lernen durch Krisen insbesondere in sexuellen Bezügen wenig zugestanden. Dies scheint ein hinderlicher Nebeneffekt des aktuellen Präventions- und Schutzdiskurses zu sein, in dem Jugendliche vordergründig als überfordert, gefährdet oder übersexualisiert dargestellt werden. Um über ihre Bewältigungskompetenzen Näheres zu erfahren, dient die vorgestellte Studie, die auf qualitative Interviews mit Jugendlichen basiert. Sie stellt ein Gegengewicht zum öffentlichen Bild Jugendlicher dar und gibt darüber Auskunft, wie sie zu selbstbewussten Eigenbetrachtungen und aktiven Handlungsstrategien gelangen.

**Schlüsselwörter:** Jugendsexualität, Beziehungserfahrungen, sexuelle Bildung, Krise

## Haben Jugendliche ein Recht auf sexuelle Krisen?

Schon seit immer blickt die Gesellschaft kritisch auf das Lebensalter Jugend. Mit der „Sturm und Drang-Phase“ wird vielfältiges Fehlverhalten assoziiert: Die Jugendlichen sind zu wild, zu risikobereit, denken zu wenig nach.

Besonders brisant wird es, wenn es um ihre Sexualität geht. Der gesellschaftliche Blick auf sie wird aktuell stark durch Schutzdebatten gelenkt. Jugendliche werden als gefährdet wahrgenommen: sei es durch eine sexualisierte Außenwelt, in der sie „oversexed“ (Osswald-Rinner, 2011) und „overscripted“ (Schmidt & Matthiesen, 2012, 253) aufwachsen, oder weil nach Jahren des Schweigens bewusst wurde, wie viele Kinder und Jugendliche sexuelle Gewalterfahrungen in ihrem Leben machen mussten. Erfreulich an den Schutzdebatten ist, dass sie ein allgemeines Bewusstsein für ein gesundes und gewaltfreies Aufwachsen befördern.

Weniger erfreulich ist, dass Sexualität im Kontext jugendlicher Erfahrungswelten zunehmend als Gefährdung gelesen wird. Es durchdringen sich folglich Tendenzen, Jugendliche vor einem „zu viel“ an Sexualität bewahren zu wollen, als auch ihnen ein „zu viel“ an sexueller Aktivität vorzuwerfen (Schetsche & Schmidt, 2010). Insbesondere im Zusammenhang mit Medialisierung und Sexualisierung macht sich eine ‚moral panic‘ breit (Hipfl, 2016). Das Resultat der wiederkehrenden Konjunktur sexualbezogener Gefahrendiskurse ist der pädagogische Impetus, sexuelle Erlebnisräume Jugendlicher einzuschränken, um sie vor sexuellen Risiken und Misserfolgen zu bewahren (Sielert, 2014). Dabei entstehen kontraproduktive Nebeneffekte: Sexuelle Krisen, die zu sexuellen Lernprozessen zählen, verlieren ihre Legitimation. Pädagogisches Handeln richtet sich auf eine Krisenvermeidung. Für Jugendliche wäre es allerdings hilfreicher, eine Krisenbegleitung anzubieten, und ihnen damit ein Recht auf sexuelle Erfahrungen ebenso zuzugestehen wie ein Recht auf Scheitern und ein gewisses Maß an Risiko.

## Die Studie

Der Ausgangspunkt des vorliegenden Artikels ist die Annahme, dass (sexuelle) Krisen in einem gewissen Ausmaß positiv zur Identitätsentwicklung beitragen können. Der Beitrag bietet krisenbehaftete sexuelle Erfahrungen von Jugendlichen in Beziehungen und zeigt, wie sie Misserfolge und Scheitern in ein positives Selbstbild integrieren. Beziehungskrisen stellen lediglich einen Ausschnitt aller möglichen Erfahrungskonflikte junger Menschen dar.

Um Bewältigungsstrategien abzubilden sind sie aber sehr ertragreich, weil sich in ihnen nicht nur ein selbstreflexiver Lernprozess nachzeichnen lässt, sondern auch ein Zuwachs an kommunikativen Kompetenzen.

Die Datengrundlage des Beitrags beruht auf Aussagen Jugendlicher in einer explorativen qualitativen Studie über sexuelle Bildungsprozesse und Kompetenzentwicklung im Jugendalter, die an einer Gesamtschule in Deutschland 2015 stattfand. Die hier fokussierten Analysen basieren auf ausgewählten Ergebnissen. Aufgrund des explorativen Forschungsansatzes der Studie erfolgte keine repräsentative Zusammensetzung, sondern die Interviewten nahmen freiwillig und interessengeleitet daran teil. Weder sexuelle Orientierungen, ethnische Herkunft oder sonstige „soziale Merkmale“ wurden gezielt gesucht oder ausgeschlossen. Durch die Selbstauswahl der Befragten ergab sich eine zufällige Stichprobe, die beispielsweise keine geouteten homosexuellen oder migrierten Jugendlichen vertritt. Unter den Jugendlichen waren allerdings einige mit belastenden, z.T. auch therapeutisch bearbeiteten Erfahrungen.

Es floßen insgesamt 18 Interviews mit Jugendlichen zwischen 16 und 19 Jahren in die Studie ein, darunter zwölf junge Frauen und sechs junge Männer im Altersdurchschnitt von 17 Jahren. Die Jugendlichen wurden mithilfe biografisch-narrativer Interviews (in Anlehnung an Schütze, 1983) befragt. Daher kamen nicht alle sexuellen Erfahrungen zur Sprache, sondern nur diejenigen, die von den Jugendlichen aktiv eingebracht wurden. In den Erzählungen der Jugendlichen wird eine breite Palette an Krisen- und Konfliktthemen innerhalb ihrer partnerschaftlichen Kontakte offenbar: Darunter fallen flirten, anbahnen, gestalten und aufrechterhalten von Beziehungen sowie oftmals auch ihr zu Ende gehen.

Von den 18 Interviews wurden für diesen Artikel 6 ausgewählt. Die Auswahl erfolgte aufgrund der ausführlichen Beziehungserzählungen. Den Jugendlichen war gemein, dass sie sich aus destruktiven Beziehungen lösen und einen persönlichen Fortschritt aus der Bearbeitung ziehen konnten.

## Krisen – Chancen und Misserfolge

Um Krisen nicht nur eindimensional als zerstörerische und bedrohliche Ereignisse zugänglich zu machen, legen wir den Begriff breiter aus. Krisen sind in ihrer Qualität und der Art der individuellen Bewältigung zu dimensionieren. Sie bewegen sich zwischen alltäglichen und schwerwiegenden problematischen Situationen. Es gibt verschiedene Formen von Krisen: solche, die produktiv und förderlich sind und individuelle Entwicklungsprozesse vorantreiben,

und gefährdende Krisen, die den „gesunden“ biografischen Verlauf negativ beeinflussen, hemmen oder gar stagnieren lassen können. Die Deutungs- und Bearbeitungsweise ist dabei höchst subjektiv. Überwundene Krisen bergen das Potential, Selbsterkenntnis und Selbstwirksamkeit zu fördern. Sie werden als Bewältigungs- oder auch Copingstrategien bezeichnet und markieren einen Lernprozess innerhalb dessen Personen neue Kompetenzen erlangen. Dabei ist nicht jede Bearbeitungsform von Krisen eine sozial verträgliche. Neben den funktionalen Strategien können auch dysfunktionale Copingstrategien ausgeprägt werden, wenn problembehaftete Situationen Flucht und Leugnung hervorrufen, und Überforderung und Handlungsunfähigkeit als zentrale Erfahrungen hinterlassen.

In entwicklungspsychologischen, psychoanalytischen und pädagogischen Betrachtungen besitzen Krisen eine zentrale Bedeutung für die identitäre Entwicklung von Menschen (vgl. Erikson, 1973; Adl-Amini, 1992). Die Spannungsfelder der Identitätskonstruktion bewegen sich hierbei auf verschiedenen Ebenen, die bereits Krisendimensionen in den Vordergrund rücken: Selbstsicherheit versus Selbstwertverlust, psychosozialer Rückhalt versus Eigensinn sowie Orientierungsschwierigkeiten versus Experimentierinteresse (vgl. Erikson, 1973; Keupp, 1999). Ihre intra- und interaktive Bearbeitung gehört als konstitutiver Teil zum Lebenslauf.

Interessanterweise ist die „Krise“ in der erziehungswissenschaftlichen Fachdebatte bisher wenig beachtet worden (vgl. Mennemann, 2000). In dem sozialpädagogischen Konzept der Lebensbewältigung (Böhnisch, 2012) geraten die psychosozialen und soziostrukturellen Ressourcen und Hindernisse von Individuen in die nähere Betrachtung. Menschen bei ihrer Krisenbewältigung zu unterstützen und Wege zu einer gelingenden Lebensgestaltung zu ebnet, wird in diesem Konzept zum handlungsleitenden Fokus von SozialpädagogInnen. Ihre Aufgabe ist es folglich, sich als eine Art Unterstützungsleistende zu verstehen, die individuelle Schief lagen verhindern oder auch ausgleichen. Insofern ist ein dichtes Arbeiten am potentiellen Scheitern notwendig.

## Sexuelles Lernen durch Krisenbewältigung im Jugendalter

In einigen sexual- und erziehungswissenschaftlichen Studien ist der problem- und krisendurchwachsene sexuelle Identitätsentwicklungsprozess ausgeleuchtet worden (BZgA, 2002; Schmidt, 2003; Schmidt & Schetsche, 2009). Die potentiell darauf aufbauenden Bewältigungsstrategien sind hingegen weitestgehend nicht bearbeitet worden.

Sexuelle Identitätsentwicklung birgt verschiedene Lernfelder und Krisenpotentiale und zählt zu den zentralen Herausforderungen des Jugendalters. Dabei geht es um eine Auseinandersetzung mit der eigenen Geschlechtlichkeit, der Körperlichkeit, den Beziehungserfahrungen und dem eigenen Begehren. Das sexuelle und geschlechtliche Selbst entwickelt sich im Abgleich mit der sozialen Umwelt. Sexuelle Sozialisation, Enkulturation und Individuation werden oftmals zu einem Drahtseilakt des Erwachsenwerdens (vgl. Schmidt & Matthiesen, 2012). In Anbetracht der häufig ambivalent erlebten Konflikt- und Krisenerfahrungen streben besonders Jugendliche im Kontext sexueller Identität nach „Normalisierung“ im Sinne einer Identitätsbalance bzw. des Wiedererlangens von Handlungssicherheit. Dieser Prozess verläuft sowohl kognitiv als auch emotional und ist häufig geprägt vom „gleich sein“ Wollen, aber auch „ganz besonders und anders sein“ Wollen.<sup>1</sup> Jugendliche erreichen Handlungsfähigkeit wie auch -sicherheit gemeinhin im Rahmen funktionaler Lernleistungen, v.a. auch in Aushandlungsprozessen.

## Partnerschaft lernen – Krisen innerhalb Beziehungserfahrungen

Grundsätzlich hat die partnerschaftliche Beziehung unter Jugendlichen einen hohen Stellenwert. Jugendliche sind auf der Suche nach exklusiven Beziehungen, die solange aufrechterhalten werden, wie sie beiden einen emotionalen Gewinn verschaffen (Schmidt et. al., 2006, 151). Feste Beziehungen werden durch ein klares Bekenntnis zueinander, Liebe, Treue und Vertrauen definiert (BZgA, 2013, 224). Dementsprechend kann die Beziehungsform Jugendlicher in den häufigsten Fällen als serielle Monogamie bezeichnet werden; solange beide Jugendliche ein Treueversprechen geben können und sich emotional verbunden fühlen, bleibt die Beziehung bestehen. In jüngeren Jahren gehört Sex für Jugendliche nicht zwingend in eine feste Beziehung hinein.

Jugendliche befinden sich in einem Stadium, in dem einerseits Experimentieren notwendig ist, um Erfahrungswissen zu generieren, andererseits folgen sie einem hohen Beziehungsideal, das von romantischer Liebe geprägt ist. Dadurch sind normative und anspruchsvolle Korridore für sexuelle Erfahrungen gesteckt, die Sexualität im Jugendalter näher an eine Erwachsenen-Sexualität

rücken lassen und sich ebenso an Liebe und Beziehung orientieren. Jugendsexualität verliert damit etwas an dem Charakter eines psychosozialen Moratoriums, in dem sexuelle Begehrens- und Beziehungsformen ausgetestet werden (Klein & Sager, 2010, 112f).

## Partnerschaftliche Kommunikation als große Herausforderung

Wenn intime Beziehungen erstmalig eingegangen werden, mischen sich bei Jugendlichen Wunsch und Neugierde, neue sexuelle Erfahrungen zu machen, mit einer potentiellen Unsicherheit und der damit verbundenen Angst vor ungewohnten Situationen. Folglich erscheint ihnen die eigene Gefühlslage als ambivalent: Wie stehe ich eigentlich zu meinem Gegenüber? Was möchte ich selbst und was auf keinen Fall? Was wünscht sich mein/e PartnerIn? Wie spreche ich über meine Vorstellungen und Grenzen?

Die in den Interviews befragten Jugendlichen schilderten überwiegend, dass Vertrauen dringend notwendig war, um ihre Unsicherheiten und mangelnden Erfahrungen preisgeben zu können. Interessanterweise entsteht im Fall von David<sup>2</sup> der Aufbau eines tiefen Vertrauens zu seiner Partnerin durch das gemeinsame Erleben einer Situation, die für männliche Jugendliche zu den größten Ängsten gehört – nämlich sexuell zu „versagen“ (vgl. BZgA, 2002, 87ff).

„Also ich hatte – also wir haben da – deswegen ist es vielleicht auch gescheitert, wir haben halt nicht darüber richtig geredet und ähm, ich wusste halt von ihr, dass sie schon mal Geschlechtsverkehr hatte und ich hatte ja bis dahin leider keinen. Was heißt leider[...]?! [lacht] Und deswegen war ich halt auch, also, um es jetzt mal auf Hochdeutsch zu sagen, ich hatte Todesschiss, so. [...] Aber ich glaube, dass wir daraus auch so ein bisschen stark geworden sind, weil das also auf meiner Seite und auch auf ihrer, unheimlich verbunden hat, weil gut, dann lagen wir halt nebeneinander, es hatte nicht wirklich funktioniert

<sup>1</sup> Zu einer ausführlichen Erläuterung des Begriffs „sexuelle Identität“ siehe Sielert (2014) und in diesem Zusammenhang zu einer differenzierten Auseinandersetzung mit sexuellem Lernen siehe Simon & Gagnon (2000).

<sup>2</sup> David ist 19 Jahre alt, kommt aus einem AkademikerInnenhaushalt. Die Bindung zu seiner Familie ist sehr eng. Als jüngstes Kind von vier (eine Schwester, zwei Brüder) wohnt er noch allein bei seinen Eltern. Nach dem Abitur würde er am liebsten Lehramt studieren. Schule/Bildung nimmt für ihn einen sehr hohen Stellenwert ein. Zum Zeitpunkt des Interviews war er seit 1,5 Jahren in einer festen Beziehung. Insgesamt war dies bislang seine zweite Beziehung. Er selbst beschreibt sich als recht offen und vernünftig. David wirkt sehr besonnen und teilt seine Erfahrungen und Gefühle sehr aufgeschlossen mit.

und wir wussten, ja, gut, nächstes Mal probieren wir es halt wieder und haben halt so ein bisschen drüber gelacht. Ja, ähm, natürlich war es mir auch peinlich, ihr aber auch und trotzdem würde ich halt behaupten, dass wir daraus, sag ich mal gestärkt hervorgegangen sind, weil es jetzt halt nicht mehr schlimmer kommen konnte. Wir haben es jetzt schon verkackt, sozusagen, und ja, es konnte halt nicht mehr schlimmer werden, sondern nur noch besser. Und dann hat es halt irgendwann geklappt und seitdem klappt's halt immer.“

(David, 19 Jahre)

David beschreibt hier, dass die Partnerschaft aus einer gemeinsam erlebten sexuellen Krise als eine exklusive, sichere Verbindung erstarkt hervorging. Vertrauen bildet sich also durch einen Stresstest für Beziehungen und definiert über diese Belastbarkeit eine Beziehungsqualität. Die große Angst vor dem ersten Mal wird durch seine Wortwahl „Todesschiss“ deutlich. Dennoch besaß er den Mut im Rahmen der Beziehung – auch entgegen seiner Unerfahrenheit – die Grenze des Unbekannten zu überschreiten. Die Einstellung gegenüber der misslungenen Situation – nämlich im Rückblick über die Situation zu lachen – vertiefte die Liebesbeziehung und die Kommunikationsbereitschaft. Obwohl er zunächst die Schilderung subjektiv beginnt – „also ich hatte“, reflektiert er schnell den Parameter des Gemeinsamen – „also wir haben da“.

Auch am Beispiel von Marie<sup>3</sup> wird deutlich, dass die Bereitschaft in der Partnerschaft zu kommunizieren als essentiell betrachtet wird, um Konflikte zu bearbeiten.

<sup>3</sup> Marie ist 17 Jahre alt und wuchs mit ihrem älteren Bruder bei ihren Eltern in einem kleinen Dorf auf. Das Familienklima ist schlecht. Weder zu den Eltern noch zu ihrem mittlerweile ausgezogenen Bruder hat sie ein enges Verhältnis. V.a. die Kindheit bis hin zum Ende der Grundschulzeit war geprägt von ihrem gewalttätigen Vater. In Marias Erzählungen scheint hervor, dass er alkoholsüchtig ist. Seit ein paar Jahren treten keine Gewaltsituationen mehr auf, aber die Beziehungen sind geprägt von fehlendem Vertrauen und fehlender familialer Wärme. Die Interviewerin nimmt eine sehr zurückgezogene, scheue und nachdenkliche Marie wahr, die gleichzeitig in bestimmten Momenten äußerlich sehr bestimmt und selbstbewusst auftritt. Zum Zeitpunkt des Interviews ist sie seit einem Jahr in einer festen Partnerschaft mit einem jungen Mann aus Ägypten. Sie haben sich durch das Internet kennengelernt und aufgrund der Distanz real noch nicht getroffen. Marias Umfeld rät ihr vehement von der Beziehung ab, weil die Entfernung zu groß ist und ihr Freund gläubiger Muslim ist. Sie lässt sich jedoch nicht beirren, beschäftigt sich viel mit dem Koran und fastet gerade das erste Mal im Monat des Ramadan. Zudem haben sie und ihr Freund feste Zukunftsvorstellungen. Er wird nach Deutschland kommen, beide studieren, heiraten und bekommen Kinder. Die Werte ihres Partners sind Marie sehr wichtig. Beide wollen auf Sex vor der Ehe verzichten.

„Ach so, ich habe das erst mal nur mit mir ausgemacht, aber dann habe ich gemerkt: Das bringt nichts, wenn ich das alles mit mir ausmache und dann habe ich mit ihm gesprochen und dann sind wir sozusagen gemeinsam da durchgegangen und wir haben gesehen, wie sich das entwickelt und dann habe ich gemerkt, dass ich Tag für Tag meinen Freund mehr mag und das ist immer noch so und mittlerweile habe ich keine Sorgen mehr, dass ich ihn doch nicht lieben würde oder so, weil ich bin mir hundertprozentig sicher, dass ich ihn liebe, ja.“

(Marie, 17 Jahre)

Als für Marie ein Problem in ihrer Beziehung besteht, wird ihr klar, dass sie es allein nicht lösen kann, sondern es eine gemeinsame Aus- und Verhandlung braucht. Auch hier basiert die Qualität der Beziehung auf Vertrauen. Die gemeinsame Erfahrung, Unsicherheiten und Differenzen zu meistern, erhöht grundlegend das Sicherheitsgefühl sowie eine Verbundenheit im Sinne einer (romantischen) Liebe. Marie gewann an Kommunikationskompetenz, was sie nun bewusst in einen Zusammenhang mit intensivierte Emotionen und einer Klarheit über ihre Gefühle zusammenbringt.

## Umgang mit Trennungen – Konflikte durch emotionale Verstrickungen

Aber auch die Auflösung einer Beziehung – besonders, wenn diese nicht in beidseitigem Einvernehmen geschieht – ist eine schwierige Aufgabe. Eine enge Verbindung sukzessive wieder aufzulösen bedeutet, zwiespältige Gefühle auszuhalten. Einerseits soll die gewünschte Trennung vollzogen werden, andererseits fällt ein Abschied auch nicht leicht. So beschreibt es Julian<sup>4</sup> im Folgenden.

„Also ich hab gelernt auf jeden Fall, dass es nicht geht. Dass man, wenn man sich dafür entscheidet, das zu beenden, wie ich es gemacht habe, dass man dann

<sup>4</sup> Julian ist 17 Jahre alt und lebt mit seinen Eltern sowie seinen beiden älteren Brüdern zusammen. Das Verhältnis zu seinen Eltern ist innig. Sie sind ihm gute GesprächspartnerInnen. Zu den Brüdern hat er keine derart enge Bindung, versteht sich aber gut mit ihnen. In Julians Familie haben nahezu alle Mitglieder eine Krankheit. Oftmals handelt es sich um eine Stoffwechselerkrankung. Er selbst hat eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. Die Mutter leidet an einer schweren chronischen Erkrankung. Nach eigenem Erzählen ist Julians Gefühlswelt dominiert von Ängsten vor Verlust, Tod und Loslassen. Zum Zeitpunkt des Interviews hat er gerade eine zwölfmonatige Partnerschaft beendet.

noch so wie ich das jetzt mache, so noch nachhakt immer. Ich finde es auch ein Stück weit unfair von mir, dass ich jetzt immer wieder zu ihr komme und ihr damit natürlich auch Hoffnungen mache, dass es wieder was geben könnte. Das merke ich immer wieder und das sollte ich nicht machen, ich kann aber nicht anders. Das weiß ich. Und das würde ich halt nicht noch mal machen. Wenn ich noch einmal in der Situation bin, wenn es beendet ist, sollte es auch beendet sein. Dann nicht noch treffen und hier und da. Das ist das, was ich gelernt habe.“

(Julian, 17 Jahre)

Am Beispiel von Julians Trennungskrise lässt sich erkennen, dass er diese trotz der aktuellen Widrigkeiten als Chance begreift. Aus den begangenen Fehlern will er für künftige Situationen gelernt haben. Er reflektiert die Konsequenzen seiner Entscheidung, aber auch die des inkongruenten Umgangs damit. Für ihn besagt das Beziehungsende nicht notwendig den völligen Abbruch des Kontaktes zu seiner Ex-Partnerin. Das Problembewusstsein darüber, dass dieser Umstand die Trennung für sein Gegenüber schwer(er) akzeptieren lässt, leitet ihn dazu an, künftig sein Handeln zu ändern. Julian hat einen hohen Anspruch an sich selbst und wünschte, sich trennen zu können, ohne seine Partnerin zu verletzen. Durch sein Verantwortungsgefühl und seine gleichzeitige Handlungsunfähigkeit befindet er sich in einer „Trennungsklemme“. Julian ist noch in der Phase der Problembewältigung, hat aber bereits Ansätze gefunden.

Finn<sup>5</sup> ist bereits einen Schritt weiter als Julian, da er die Trennung von seiner Freundin vollständig vollzogen und die emotionale Verstrickung hinter sich gelassen hat.

„[...] ich wusste auch, dass es so lange dann auch nicht mehr gegangen wär‘, glaub‘ ich, weil sie einfach wusste, dass ich halt irgendwie andere Prioritäten gesetzt hab‘ in dem Fall [...] und ja [...] sollte nicht mehr sein und dann hab‘ ich das auch [...] hab‘ ich’s auch gesehen und hab‘ dann [...] sie war da ähm zwar ‘n bisschen verletzt, das ist klar [...] aber [...] so an mir ist die Zeit auch nicht ganz vorbeigegangen

[...] aber das war ganz gut, glaub‘ ich, dass ich das da beendete.“ (Finn, 17 Jahre)

In der Retrospektive bewertet Finn seine Entscheidung als richtig, auch wenn diese zum Zeitpunkt der Trennung noch von Unsicherheiten durchzogen war. Er erlangte das Problembewusstsein, dass sich im Laufe der Beziehung seine Prioritäten geändert hatten, sodass es nicht mehr stimmig gewesen wäre, die Beziehung weiterzuführen. Dieses Bewusstsein bildete den Anlass, eine Trennung aktiv einzuleiten. Obwohl er die treibende Kraft war und er die Entscheidung freiwillig getroffen hat, stellte er fest, dass der Abschied nicht nur seine ehemalige Partnerin verletzte, sondern auch ihn emotional angriff. Er lernt in diesem Moment, dass auch wenn man sich löst, trotzdem emotionale Verstrickungen noch existieren und ein Beziehungsende nicht gleichbedeutend mit dem direkten Auflösen von Gefühlen ist.

Im Vergleich zu Julian und Finn scheint Hanna<sup>6</sup> am weitesten in ihrer Trennungsbearbeitung vorangeschritten zu sein. Sie deutet den Beziehungsbruch inzwischen als ein positives Ereignis.

„Dann habe ich immer mehr gemerkt, wie gut mir das auch eigentlich geht ohne ihn. Dann bin ich immer freier geworden und dann wollte ich das auch selber genießen und dann habe ich auch wieder angefangen sozusagen zu leben.“ (Hanna, 19 Jahre)

Hannas Erzählung zeigt deutlich, dass die Reflexionsphase nach einem Beziehungsende zum Trennungsprozess gehört und diese Phase durch eine abschließende Deutung verlassen werden kann. In Hannas Fall erfolgt eine positive Deutung des Beziehungsabbruchs. Die Partnerschaft erscheint in der Retrospektive als einschränkend. Hanna geht als gestärkte Persönlichkeit aus der Trennung hervor und erlebt die bewältigte Trennungskrise nach und nach als Zurückgewinn ihrer eigenen Unabhängigkeit und Lebensfreude.

<sup>5</sup> Finn ist 17 Jahre alt, lebt mit seinem kleineren Bruder und seinen Eltern zusammen. Der familiäre Zusammenhalt ist groß. Nach dem Abitur strebt er eine Karriere als Fußballspieler an. Seine bisherigen Beziehungen währten bis zu drei Monaten. Derzeit hat er keine feste Freundin, sondern ab und an Affären. Sex ist für ihn nicht zwangsläufig an Liebe oder eine Partnerschaft gebunden. Er bezeichnet sich selbst als „Beziehungstyp“, lehnt jedoch seit ca. anderthalb bis zwei Jahren (seitdem er Leistungsfußball spielt) eine feste Bindung ab, da er dieser zeitlich nicht ausreichend gerecht werden könnte. Der Sport, seine Familie, Freunde und die Schule sind derzeit die wichtigsten Inhalte seines Lebens. Während des Interviews ist er sehr höflich, fröhlich und aufgeschlossen.

<sup>6</sup> Hanna ist 19 Jahre alt und lebt mit ihrer Mutter sowie ihrem Zwillingbruder zusammen. Ein älterer Bruder ist bereits ausgezogen. Besonders zu ihrem Zwillingbruder und ihrer Mutter ist die Beziehung sehr vertrauensvoll. Als Hanna vier Jahre alt war, verließ der Vater die Familie und nahm ohne Kenntnis der Mutter den Zwillingbruder mit ins Ausland. Zurückblieben die Mutter, der ältere Bruder und die Schulden, was den Verlust des Hauses mit sich zog und die Unsicherheit, ob sie den Zwillingbruder jemals wieder sehen würde. Nach einem dreijährigen Prozess konnte der Zwillingbruder zurück nach Deutschland reisen. Dieser „Kampf“ – wie Hanna diese Zeit selbst bezeichnet – beeinflusst sie bis heute stark. Hannas Beziehungen dauerten bis zu acht Monaten. In ihrer prägendsten Beziehung beschreibt sie ihre emotionale Abhängigkeit vom Partner, der sie mehrmals betrog und zu dem sie trotz eines drohenden Zerwürfnisses mit ihrer Familie lange Zeit hielt.

## Partnerschaft – Quelle für psychosozialen Rückhalt sowie gestärkten Eigensinn

Bei Jugendlichen dienen Partnerschaften als psychosozialer Rückhalt für einen Selbstfindungsprozess sowie als zuverlässige Unterstützung bei Problemkonstellationen (vgl. BZgA, 2002, 112ff). Auch hier wird wieder ein Exklusivitätsanspruch an feste Partnerschaften erhoben, die sukzessive einen höheren Rang einnehmen als die besten FreundInnen. Partnerschaften sind dann die Beziehungsform innerhalb der eine größtmögliche Vertrautheit aufgebaut wird (vgl. ebd; BZgA, 2013, 33; Klein, 2011). Trotz dieser romantisch-symbiotischen Vorstellungen, die Jugendliche oftmals bei ihrem Beziehungsüben überfordern mögen, unterstützen sie aber auch die Suche nach Eigenständigkeit und Identität. Durch Peer- und feste Beziehungen gelingt es, intime Kontakte selbst zu wählen, zu gestalten und damit einen eigenen Lebensweg zu begehen. Die schon zitierte Marie drückt ihren Wunsch nach einem Rückhalt folgendermaßen aus:

„[...] also wenn wirklich dann so etwas ist, dann gehe ich auch sofort zu meinem Freund oder zu meiner Freundin und dann erzähle ich ihr das auch. Also ich bin nicht so der Typ, der jetzt viel mit anderen Leuten spricht oder so, weil ich bin einfach ein bisschen ruhiger und ja irgendwie hat sich das dann so entwickelt, dass ich nicht unbedingt allen Leuten immer alles erzählen muss.“ (Marie, 17 Jahre)

Für Sophie<sup>7</sup> ist der wichtigste Aspekt in ihren Beziehungen die Kommunikation, die sie über äußerliche Merkmale eines Partners stellt.

„[...] ähm ich find' es gibt immer 'n Unterschied zwischen normalen Gesprächen und wirklich tiefgründigen innigen Gesprächen [...] und ich glaub, halt ganz viele von diesen innigen tiefen Gesprächen müssen auf jeden Fall da sein [...] also wenn's zum

Beispiel nicht klappen sollte, und ich merke, natürlich ich find' den total toll und ich kann mir was richtig Tolles mit dem vorstellen [...] aber ich selber merke, irgendwie du vertraust dem vielleicht nicht ganz.“ (Sophie, 16 Jahre)

Für eine gute Partnerschaft reicht es nicht, jemanden anziehend zu finden. „Tiefgründige“ Gespräche sind ein konkreterer Parameter für die Beziehungsqualität. Sophie zeigt durch ihre Überlegungen ein klares Bewusstsein für einen Unterschied zwischen Schwärmerei und vertrauter Verbindung. Hier wird zudem deutlich, dass für ein wachsendes Vertrauen in eine andere Person Selbstvertrauen nötig ist: Wenn Sophie „selber merkt, irgendwie [vertraut sie] dem vielleicht nicht ganz“, vertraut sie damit auf ihre eigene Erfahrung. Wenn sie sich also im Konflikt zwischen „toll finden“ und der Sehnsucht nach „innigen Gesprächen“ befindet, ist sie in der Lage, ihre Entscheidungen auf Grund ihres Selbstvertrauens zu treffen. Hier deutet sich ein gestärkter Eigensinn an, der als positiver Lernprozess hervorgehoben werden kann.

## Positive Wendung erlebter Beziehungskrisen und Ressourcen zur Krisenbewältigung

In ihren geschilderten Erfahrungen mändrieren die Jugendlichen zwischen einer neu gewonnenen Selbstsicherheit und tiefen Eindrücken des Selbstwertverlustes. Ihre selbstreflexiven Lernprozesse stellen sich verschieden dar. Einerseits sind sie unterschiedlich weit in der Bearbeitung vorangeschritten – wie beispielsweise bei Beziehungsabbrüchen deutlich wurde. Andererseits waren in den erzählten Auseinandersetzungen mit den Partnerschaften bedrohliche Erfahrungen, die das individuelle Maß an Bearbeitungsfähigkeit überschritten. In ihnen steckt ein zerstörerisches Potential, das Selbstwirksamkeit und Selbstwert bei Jugendlichen stark herabsetzen kann. In diesen Fällen sind Jugendliche auf anderweitige Hilfe angewiesen. Wenn Gespräche oder Lösungen in den Paarkonstellationen nicht mehr möglich waren, wandten sich die befragten Jugendlichen in erster Linie an vertraute Freunde bzw. Freundinnen oder gesprächs- und hilfsbereite Erwachsene wie Elternteile oder SozialarbeiterInnen. Das Erkennen und Benennen von Krisen ist dabei bereits als ein erster Schritt zur Bewältigung zu bezeichnen. Hanna hat für sich den Punkt erkannt, an dem es wichtig ist, sich von außen Hilfe zu holen.

<sup>7</sup> Sophie, 16 Jahre alt, lebt mit ihren Eltern und ihrem jüngeren Bruder zusammen. Das Verhältnis zu ihren Eltern ist herzlich. Sie macht einen sehr fröhlichen, sympathischen sowie selbstbewussten Eindruck. Ihre Ausführungen wirken sehr reflektiert. Sophie beschäftigt ihr Trennungsschmerz, da sie sich zum Zeitpunkt des Interviews nach neun Monaten von ihrem untreuen Freund trennte. Die Enttäuschung über den Betrug ist groß und das Loslösen von ihm wie auch von seiner Familie, zu der sie ein enges Verhältnis hatte, fällt ihr sehr schwer. Im Verlauf des Interviews wird deutlich, dass sie mit ihren 16 Jahren schon viele schlechte Beziehungserfahrungen gemacht hat. Darunter körperliche Gewalt, wie Schläge und Tritte und auch sexuelle Gewalt.

„Meine Mama hat mir geholfen. Also ich habe am Ende gesagt: „Mama, ich will das nicht mehr, aber ich schaffe das nicht alleine.“ (Hanna, 19 Jahre)

In diesem Fall übernahm ihre Mutter die unterstützende Rolle. Hanna suchte sich eine Ansprechperson, die ihr für das Problem als hilfreich erschien. Ihre eigene Überforderung wurde ihr klar. Allerdings blieb sie handlungsfähig, indem sie ihre Unterstützung initiierte.

Teilweise mussten die Jugendlichen auch sehr schwere, von Gewalt durchzogene Krisenerfahrungen in Partnerschaften bearbeiten.

„Ähm ich war/ich hatte ganz viele blaue Flecken am kompletten Körper übersät [...] und dann stand ich den einen Morgen vorm Spiegel [...] und hab' mich mal so betrachtet [...] und dann hab' ich halt gedacht, wirklich so will kein Mädchen aussehen [...] so will ich nicht aussehen [...] und es tut natürlich alles weh [...] so körperlich aber auch psychisch, [...] ja jemand hat deine ganze kleine Welt so auseinandergebrochen [...] und dann hab' ich mich halt betrachtet und hab gesagt, so kann das nicht weitergehen, du siehst aus [...] wie n Krümelmonster so blau und einfach so zertrümmert.“ (Sophie, 16 Jahre)

Bei Sophie wuchs die Erkenntnis, dass sie ihre Gewalterfahrungen beenden möchte. Dieser Schlüsselmoment verschaffte Sophie einen Weg aus der Gewaltspirale hinaus, indem sie sich ebenfalls ihren Eltern offenbarte. Auch wenn diese einschneidenden Erfahrungen gemacht wurden, konnten sie durch ein aufmerksames Umfeld und dessen Rückhalt bearbeitet werden.

In homöopathischen Dosen werden die Krisenerfahrungen von vielen der befragten Jugendlichen als persönlich relevant eingestuft. Ohne explizit danach zu fragen, bilanzieren sie Krisen als einen Weg in ein sexuell selbstbestimmtes Leben. Auch Hanna findet einen zentralen Zugang zu einer selbstbestimmten Position, indem sie feststellt:

„Und das habe ich dann auch selber gemerkt und von da an habe ich halt gesagt: „Das will ich nie wieder. So wie ich das möchte, geht es mir gut damit.““ (Hanna, 19 Jahre)

Hanna hat durch eine Krisensituation im ersten Schritt gelernt, ihre Grenzen bewusst wahrzunehmen und im zweiten Schritt, diese zu vertreten. Der Selbsterfahrungs- und Reflexionsprozess erscheint außerordentlich wichtig hierbei. Hanna erfährt, dass ihre eigenen Bedürfnisse ein Indikator für ihr Wohlbefinden sind. Sie drückt durch ihre Äußerung aus, Unabhängigkeit und Selbstwert erfahren bzw. gelernt zu haben.

Marie betont ebenfalls, dass durch Selbstreflexion eine zukunfts- und lösungsorientierte Problembearbeitung sukzessive realisierbar wird.

„Das hat sich einfach so entwickelt. Das ist wahrscheinlich so, dass man mit der Zeit über verschiedene Dinge nachdenkt und wenn man jetzt zum Beispiel negative Erlebnisse gehabt hat, dass man dann tatsächlich darüber nachdenkt: Wie mache ich das in der Zukunft besser oder wie gehe ich damit um? Und dann entwickelt sich das einfach so Stück für Stück.“ (Marie, 17 Jahre)

Sie hat internalisiert, dass Krisen bzw. negative Erlebnisse zum Leben gehören und als Lernprozesse zu beachten sind. Das Nachdenken über eine Krise stellt für sie eine Chance dar, und das Gefühl, eine Krise bewältigt zu haben, fördert ihre Handlungsfähigkeit in sexuellen und partnerschaftlichen Verhandlungen.

## Jugendlichen sexuelle und partnerschaftliche Erfahrungen zugestehen – sie haben das Recht darauf!

Die vorgestellten Einblicke in partnerschaftliche Krisenerfahrungen zeigen, dass sich der von Sorge geprägte Blick nicht per se durch die Erfahrungswelten der Jugendlichen bestätigen lässt. In ihren Erzählungen durchdringen sich helle und dunkle Kapitel, die meist im Rahmen psychosozialer Bewältigungspotentiale liegen. Vielfach sehen die befragten Jugendlichen die hervorgetretenen Probleme als eine Chance, an selbstbestimmter Handlungsfähigkeit zu gewinnen. Sie scheinen sich neugierig optimistisch, neue Lebenserfahrungen aneignen zu wollen.

Diese Tatsache lässt eine pädagogische Begleitung keinesfalls überflüssig werden. Offene und gesprächsbereite Erwachsene dienen in vielfältiger Weise als Ressource – als Vorbilder, als begleitende GesprächspartnerInnen oder als letzte Rettung, wenn kein Ausweg mehr da zu sein scheint. Voraussetzung dafür ist, dass Erwachsene junge Menschen in ihrer Suche ernst nehmen, ihnen ein Recht auf Lernchancen zugestehen und auch das Scheitern als eine Möglichkeit verstehen. Das bedeutet, Jugendliche weder als ohnmächtige und halbfertige Laien zu degradieren noch als omnipotente übersexualisierte ExpertInnen zu begreifen. Erst wenn ihnen sexuelle und partnerschaftliche Erfahrungen erlaubt werden, können Erwachsene sie dabei freundlich und weniger bevormun-

dend begleiten. Ohnehin kommen erwachsene Personen nur dann als GesprächspartnerInnen in Frage, wenn von ihnen eine konstruktive Unterstützung zu erwarten ist. Optimalerweise kommen Erwachsene mit Jugendlichen nicht erst dann in ein Gespräch, wenn es um eine Krisenbegleitung geht. Junge Menschen profitieren vielmehr von sexualpädagogischen Gesprächen über Beziehungserfahrungen und -gestaltung, weil dort eine klärende Reflexion stattfindet, die eine präventive Wirkung auf Jugendliche haben kann. Ihnen werden somit Wege zu sexueller Selbstbestimmung geebnet.

## Literatur

- Adl-Amini, B., 2004. Krisenpädagogik. Syllabu, Darmstadt.
- Böhnisch, L., 2012. Sozialpädagogik der Lebensalter. Eine Einführung. 6., überarb. Aufl. Beltz Juventa, Weinheim.
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), 2002. Sexuelle Erfahrungen im Jugendalter. Aushandlungsprozesse im Geschlechterverhältnis. Eine qualitative Studie. Unter Mitarbeit von C. Dannenbeck und J. Stich. BZgA, Abt. Sexualaufklärung, Verhütung, Familienplanung (Bd. 23), Köln.
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), 2013. Jugendsexualität im Internetzeitalter. Eine qualitative Studie zu sozialen und sexuellen Beziehungen von Jugendlichen. Unter Mitarbeit von Silja Matthiesen, A. Aude, J. Mainka, U. Martyniuk, G. Schmidt und A. Wermann. Bzga, Köln.
- Erikson, E.H., 1973. Identität und Lebenszyklus. Drei Aufsätze. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Hipfl, B., 2016. Medialisierung und Sexualisierung als Assemblagen gegenwärtiger Kultur – Herausforderungen für eine (Medien)-Pädagogik jenseits von „moral panic“. In: Aigner, J., Hug, T., Schuegraf, M., Tillmann, A. (Hg.). Medialisierung und Sexualisierung. Vom Umgang mit Körperlichkeit und Verkörperungsprozessen im Zuge der Digitalisierung. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 15–32.
- Keupp, H., 1999. Identitätskonstruktionen. Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg.
- Klein, A., Sager, C., 2010. Wandel der Jugendsexualität in der Bundesrepublik. In: Schetsche, M., Schmidt, R.-B. (Hg.), Sexuelle Verwahrlosung. Empirische Befunde, gesellschaftliche Diskurse, sozialetische Reflexionen. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 95–117.
- Klein, A., 2011. Sexuelle Verwahrlosung oder Moralpanik? Sexuelle Erfahrungen und Beziehungswerte junger Frauen und Männer. In: Oelerich, G. (Hg.), Empirische Forschung und Soziale Arbeit. Ein Studienbuch. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 165–178.
- Mennemann, H., 2000. Krise als ein Zentralbegriff der (Sozial-) Pädagogik – eine ungenutzte Möglichkeit? Neue Praxis 30 (3), 207–226.
- Osswald-Rinner, I., 2011. Oversexed and underfucked. Über die gesellschaftliche Konstruktion der Lust. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Schetsche, M., Schmidt, R.-B., 2010. Sexuelle Verwahrlosung. Empirische Befunde – Gesellschaftliche Diskurse – Sozialetische Reflexionen. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Schmidt, G., Matthiesen, S., 2012. Pornografiekonsum von Jugendlichen. Fakten und Fiktionen. In: Schuegraf, M., Tillmann, A. (Hg.). Pornografisierung von Gesellschaft. UVK, Konstanz, 245–257.
- Schmidt, G., Matthiesen, S., Dekker, A., Starke, K. (Hg.), 2006. Spätmoderne Beziehungswelten. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Schmidt, R.-B., 2003. Lebensthema Sexualität. Sexuelle Einstellungen. Erfahrungen und Karrieren jüngerer Frauen. Springer Fachmedien, Wiesbaden.
- Schmidt, R.-B., Schetsche, M., 2009. Sexuelle Sozialisation. Sechs Annäherungen. Logos Verlag, Berlin.
- Schütze, F., 1983. Biographieforschung und narratives Interview. Neue Praxis 13 (3), 283–293.
- Sielert, U., 2014. Das sexuelle Selbst. ajs informationen 50 (1), 11–14.
- Simon, W., Gagnon, J., 2000. Wie funktionieren sexuelle Skripte? In: Schmerl, C. (Hg.), Sexuelle Szenen. Inszenierungen von Geschlecht und Sexualität in modernen Gesellschaften. Leske + Budrich, Opladen, 70–95.

## Autorinnen

Prof. Dr. Anja Henningsen, Institut für Pädagogik, Philosophische Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Olshausenstr. 75, D-24118 Kiel, e-mail: henningsen@paedagogik.uni-kiel.de

Dipl.-Pädagogin Mirja Beck, Institut für Pädagogik, Philosophische Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Olshausenstr. 75, D-24118 Kiel, e-mail: beck@paedagogik.uni-kiel.de

# Sexual- und Verhütungsverhalten Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland

Ausgewählte Ergebnisse der repräsentativen Wiederholungsbefragung Jugendsexualität 2015 der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Angelika Heßling, Heidrun Bode

## Sexual and Contraceptive Behavior of Teenagers and Young Adults in Germany

Selected Results of the Representative Follow-up Study Youth Sexuality 2015 of the Federal Centre for Health Education

### Abstract

The German Federal Centre for Health Education's follow-up study Youth Sexuality 2015 traces the changes that have occurred in the sexual and contraceptive behavior of teenagers in Germany over the last 35 years, especially in regard to gender relations, family communication about contraception, sexuality and sexual behavior. The most recent survey extended the target group (previously, 14 to 17 year-olds) to include young adults up to age 25. Since 2005 teenagers (and young adults) with migration backgrounds have been included in the sample.

The long-term comparison of German youth confirms that there has been a major convergence between the two genders regarding their sexual activities and their contraceptive behavior. Currently young people tend to become sexually active later. There are different patterns regarding sexual contacts among girls and boys from migrant backgrounds. Boys from migrant families become sexually active earlier, girls from migrant families are generally much more reserved than girls of German origin. The proportion of young Germans who take no contraceptive precautions when they have intercourse for the first time is now 8% for girls and 6% for boys, the lowest figures ever recorded.

Keywords: Contraception, Sexuality, Sexuality education, Youth, Sexual orientation, Monitoring

### Zusammenfassung

Die BZgA-Wiederholungsbefragung Jugendsexualität 2015 zeigt den Wandel im Sexual- und Verhütungsverhalten bei Jugendlichen in den letzten 35 Jahren. Das gilt besonders für das Geschlechterverhältnis, die familiäre Kommunikation über Verhütung und Sexualität und das Sexualverhalten. In der aktuellen Studie wurden zudem auch junge Erwachsene im Alter von 18 bis 25 Jahren befragt, sodass mit der Studie ein Gesamtbild der Jugend zwischen 14 und 25 vorliegt. Einbezogen in die Stichproben seit 2005 sind auch Jugendliche und junge Erwachsene mit Migrationshintergrund.

Im Langzeittrend zeichnet sich bei Jugendlichen deutscher Herkunft eine Egalisierung der Geschlechter ab, sowohl beim Einstieg ins Sexualleben als auch bei der Verhütung. Aktuell gibt es eher eine Tendenz zu einem späteren Einstieg in sexuelle Aktivitäten. Es gibt unterschiedliche Verhaltensmuster bei sexuellen Kontakten von Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund: Jungen mit Migrationshintergrund sind früher sexuell aktiv, Mädchen mit Migrationshintergrund sind deutlich zurückhaltender als Jugendliche deutscher Herkunft. Der Anteil der Nicht-Verhütenden beim ersten Koitus ist mit 8/6% bei den Mädchen/Jungen deutscher Herkunft so niedrig wie nie zuvor.

Schlüsselwörter: Verhütung, Sexualverhalten, Sexuaufklärung, Jugendliche, sexuelle Orientierung, Monitoring

## Einleitung

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist seit 1992 gesetzlich beauftragt, zur Vermeidung von Schwangerschaftskonflikten nationale Konzepte und Maßnahmen zur Sexuaufklärung zu entwickeln und über Verhütung zu informieren. Bei der konzeptionellen Umsetzung stehen die Information über Verhütung und die Förderung von Motivation und Handlungskompetenz zur sicheren Nutzung von Verhütungsmitteln im Vordergrund. Seit 1992 entwickelt die BZgA hierzu

massenmediale und personalkommunikative Medien und Maßnahmen für Jugendliche und junge Erwachsene (BZgA, 2011a). Um diese wissenschaftlich abzusichern, konzipiert und fördert die BZgA Studien, die das Sexual- und Verhütungsverhalten von verschiedenen Zielgruppen analysieren. Differenzierte und repräsentative Erhebungen liegen z.B. für Schwangere unter 18 Jahren, für Jugendliche mit und ohne Migrationshintergrund, für sexuell aktive Erwachsene im Alter von 18 bis 25 bzw. 18 bis 49 Jahren und für 20- bis 44-jährige Frauen mit türkischem und osteuropäischem Migrationshintergrund vor. Qualitative Studien ergänzen die Analysen zum Verhütungsverhalten und zur Sexualaufklärung, aber auch Forschungen zu Familienplanung und ungewollten Schwangerschaften (BZgA, 2010; BZgA, 2011b, Helfferich et al., 2011; Matthiesen et al., 2009; Matthiesen, 2012).<sup>1</sup>

Als wissenschaftliche Basis für die Maßnahmen der BZgA ist das Monitoring zum Sexual- und Verhütungsverhalten Jugendlicher besonders bedeutsam. Seit fast 35 Jahren werden die Einstellungen und Verhaltensweisen von 14- bis 17-jährigen deutschen Jugendlichen und deren Eltern in Bezug auf Aufklärung, Sexualität und Verhütung repräsentativ erhoben. Die erste dafür zugrunde gelegte Studie fand 1980 statt; Jugendsexualität 2015 ist die achte Studie dieser Untersuchungsreihe im Auftrag der BZgA (BZgA, 2011c; BZgA, 2016). Bei der Studie Jugendsexualität 2015 handelt es sich um eine Replikationsstudie zu den sieben vorhergehenden Erhebungen (1980, 1994, 1996, 1998, 2001, 2005 und 2009). Seit 2005 liegen auch Daten zu Jugendlichen mit Migrationshintergrund vor. Ein Novum der aktuellen Studie ist die Ausweitung der Befragungsgruppe auf junge Erwachsene im Alter von 18 bis 25 Jahren. Methodisches Design, Durchführung und Evaluation der Ergebnisse lagen in der Verantwortung von TNS Bielefeld, heute Kantar Emnid.

Die Indikatoren der Studie Jugendsexualität (wie beispielsweise Verhütungsberatung, Quellen der Sexualaufklärung, Verhütung beim ersten Mal/beim letzten Geschlechtsverkehr, Bekanntheit mit dem Partner/der Partnerin, aber auch Erleben des ersten Mals) sollen dazu beitragen, die Erfolge der Sexualaufklärung und das Verhütungsverhalten zu messen und ggf. Defizite zu erkennen.

Im Nachfolgenden sollen ausgewählte Ergebnisse aus der Studie Jugendsexualität 2015 vorgestellt werden. Der Fokus liegt dabei auf den 14- bis 17-Jährigen, an einigen Stellen ergänzt durch Ergebnisse zur anschließenden Altersgruppe der jungen Erwachsenen bis 25 Jahre. Langzeittrends bis zurück in die 80er und 90er Jahre beziehen sich stets nur auf Jugendliche deutscher

Herkunft, da Jugendliche nichtdeutscher Herkunft damals noch nicht befragt wurden. Soweit nicht explizit auf Geschlecht und/oder Herkunft Bezug genommen wird, beziehen sich die dargestellten Ergebnisse auf die Gesamtgruppe der Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen.

## Jugendsexualität 2015 – methodische Aspekte

Das methodische Grundkonzept der Studie blieb in allen acht Erhebungen erhalten. Befragt wurden Mädchen und Jungen deutscher Staatsangehörigkeit im Alter von 14 bis 17 Jahren sowie ein gleichgeschlechtliches Elternteil. Seit 2005 werden zusätzlich zu den deutschen Jugendlichen auch Mädchen und Jungen ausländischer Herkunft einbezogen, allerdings ohne Elternbefragung, und in der aktuellen Studie wurde das Altersband zudem erstmals ausgeweitet auf junge Erwachsene bis 25 Jahre. Das Erhebungsinstrument ist ein kombiniert mündlich-schriftlicher Fragebogen, die Zielpersonenauswahl erfolgt über das Quota-Verfahren.

In der aktuellen Befragung 2014/2015 wurden im Zeitraum April bis August 2014 insgesamt 6.065 Interviews mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen durchgeführt. Im Alter zwischen 14 und 17 Jahren wurden 3.568 Mädchen und Jungen befragt, darunter 537 Mädchen und 519 Jungen mit Migrationshintergrund; im Alter zwischen 18 und 25 Jahren 2.497 junge Frauen und Männer, darunter 506 junge Frauen und 308 junge Männer mit Migrationshintergrund.<sup>2</sup> Unter den befragten Jugendlichen mit Migrationshintergrund stellten junge Türkinnen und Türken mit rund 27% die größte einzelne Nationalitätengruppe.

Die Entscheidung für (unterschiedliche) fixe Sollzahlen für die einzelnen Teilgruppen liegt darin begründet, dass im Stadium der Auswertung auch für bestimmte Untergruppen noch eine ausreichend große Fallzahl zur Verfügung stehen sollte – zum Beispiel die Untergruppe der sexuell Erfahrenen –, um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten.

<sup>1</sup> Siehe hierzu auch die weiteren Angaben zu Forschungen im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: [www.forschung.sexualaufklaerung.de](http://www.forschung.sexualaufklaerung.de)

<sup>2</sup> Migrationshintergrund: Jugendliche und junge Erwachsene, die selbst nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen oder bei denen mindestens einer der Elternteile bei Geburt nichtdeutscher Staatsangehöriger war.

## Kommunikation über Sexualität und Verhütung

Wichtige Faktoren, die zu einem verantwortungsvollen, aber auch selbstbewussten Sexual- und Verhütungsverhalten beitragen, sind die Möglichkeit, über Sexualität im Elternhaus reden zu können, sowie Vertrauenspersonen zu haben, mit denen Kinder und Jugendliche über intime Fragen reden können. Die Studienergebnisse der Jugendsexualitätsstudie belegen diesen Zusammenhang. Bei männlichen wie weiblichen Jugendlichen/jungen Erwachsenen schlägt sich – unabhängig vom Migrationshintergrund – die Unterstützung seitens des Elternhauses auch im Kontrazeptionsverhalten nieder: Dort, wo zu Hause über Sexualität und Verhütung gesprochen wird, funktioniert die Verhütung beim ersten Mal besser (BZgA, 2006).

Kommunikation über sexuelle Themen ist heutzutage in deutschen Elternhäusern weitgehend Realität: 75% der Mädchen und 65% der befragten Jungen sagten, dass im Elternhaus über Sexualität und Partnerschaft gesprochen wird. Und 63/51% bejahten, ihre Eltern hätten sie schon einmal ausführlich über Möglichkeiten der Empfängnisverhütung beraten. Das sind deutliche Veränderungen gegenüber der Erstmessung im Jahre 1980: Damals erfuhr nur eine Minderheit elterliche Verhütungsberatung (37% der Mädchen und 25% der Jungen).

In Familien mit Migrationshintergrund werden Sexualität und Verhütung weniger kommuniziert (Abbildung 1). Die Studie Jugendsexualität 2015 zeigt wie ihre Vorgängerstudien, dass Jugendliche mit Migrationshintergrund, besonders aber die Jungen, bei der Sexuaufklärung sehr viel weniger Rückhalt im Elternhaus haben als Jugendliche deutscher Herkunft. Nur plus/minus die Hälfte der Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund gibt an, dass im Elternhaus Sexualität und Partnerschaft thematisiert werden (52/47%). Und noch einmal

geringer sind die Anteile derer, die von den Eltern speziell über Verhütung beraten wurden (41/36%). Besonders in türkischstämmigen Familien ist eine offene Kommunikation darüber selten – die Angaben dieser Mädchen und Jungen weichen noch einmal deutlich vom Schnitt der Jugendlichen mit Migrationshintergrund ab.

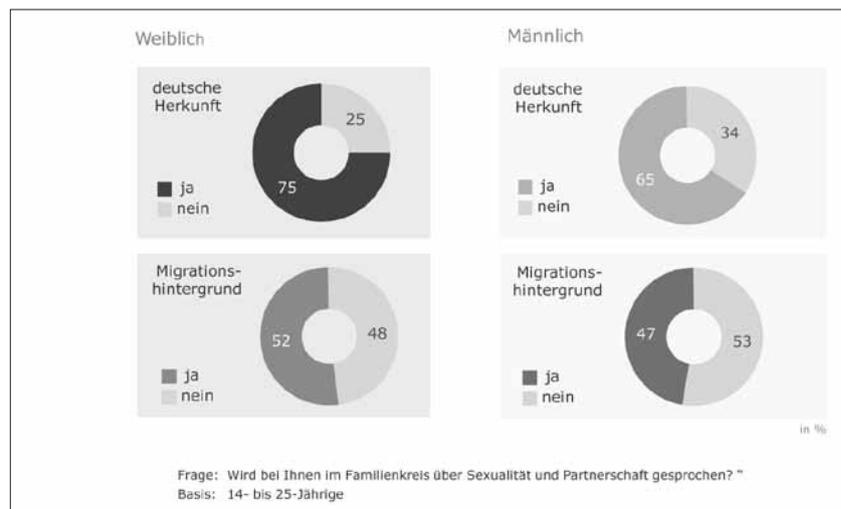
Ergebnisse anderer Studien bestätigen, dass es insbesondere in traditionell muslimischen Familien kaum eine Sexualerziehung gibt (BZgA, 2010; Boos-Nünning & Karakasoglu, 2007; von Winsierski & Lübecke, 2007). Für viele Musliminnen, insbesondere türkische Musliminnen, hat zudem Jungfräulichkeit vor der Ehe einen hohen Stellenwert, und Sexualität ist eng mit Ehe und Fortpflanzung verknüpft. Das Sprechen über Sexualität in der Familie ist oftmals stark tabuisiert, im religiös eng verwurzelten Milieu auch deutlich angstbesetzt und ein oft verdrängtes Thema.

Hinzu kommt der Bildungshintergrund als Schlüsselfaktor: Bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund ist der Anteil der Elternhäuser mit offener Gesprächsatmosphäre für sexuelle Themen, wenn sie bildungsferneren Schichten angehören, nach den Ergebnissen der Studie Jugendsexualität 2015 nur etwa halb so groß wie bei Jugendlichen, die ein Gymnasium besuchen, und der Anteil der zu Verhütung Beratenen sinkt unter 30%. Aber auch in deutschen Familien erfahren Jungen aus diesen Schichten weniger elterliche Unterstützung. Eine positive Ausnahme bilden Mädchen deutscher Herkunft: Bei ihnen ist unabhängig vom Bildungshintergrund eine Verhütungsberatung im Elternhaus gegeben.

Ein weiterer Ort der Sexuaufklärung ist die Schule. Deutschland ist eines der wenigen Länder in Europa, das Sexuaufklärung früh (1968) verpflichtend in der Schule implementiert hat (BZgA & WHO, 2006; IPPF, 2006; WHO & Federal Centre for Health Education, 2010).

Die Schule ist für viele Jugendliche eine kompensatorische Vermittlungsinstanz im Bereich Sexuaufklärung.

Abb. 1: Sexualität und Partnerschaft Thema im Elternhaus (nach Herkunft, BZgA, 2016)



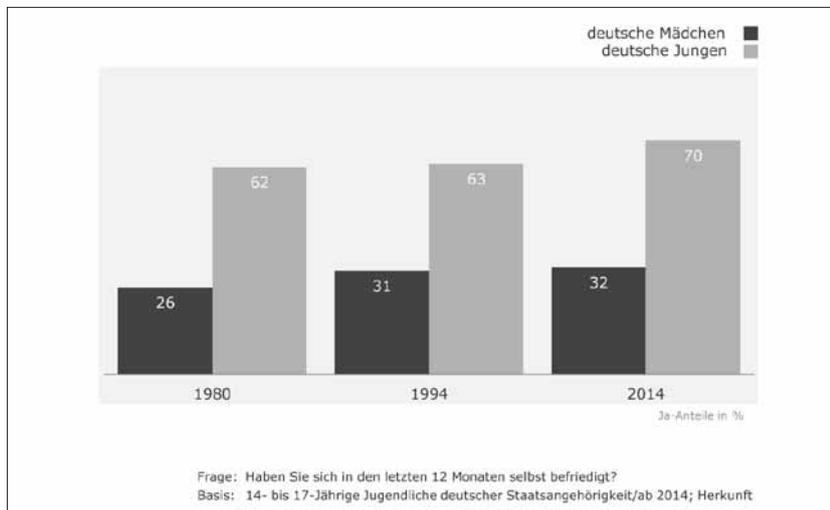


Abb. 2: Erfahrungen mit Masturbation (Langzeit-Trend deutsche Jugendliche, BZgA, 2016)

Lehrkräfte sind für Jungen – insbesondere mit Migrationshintergrund – heute die wichtigsten Personen der Sexualaufklärung.

len, relevanter als für Mädchen. Jungen mit Migrationshintergrund nennen zusätzlich das Problem, dass ihre Partnerin sich weigerte (23%).

## Aufnahme erster heterosexueller Kontakte

Mädchen mit Migrationsgeschichte sind sehr viel zurückhaltender in der Aufnahme erster Kontakte zum anderen Geschlecht als Mädchen deutscher Herkunft. Die Studie Jugendsexualität 2015 zeigt, dass mit 17 Jahren lediglich 8% der deutschen Mädchen keinerlei Kuss- und/oder Pettingerfahrungen haben; Mädchen aus Migrantenfamilien, insbesondere Musliminnen, zeigen hier mit 20% größere Zurückhaltung. Das Fehlen des oder der „Richtigen“ ist unabhängig von Geschlecht und Herkunft der Hauptgrund für Zurückhaltung unter den 14- bis 17-Jährigen. Für Mädchen aus Migrantenfamilien spielen daneben moralische Bedenken eine wichtige Rolle. Beispielsweise geben 22% das Motiv „vor der Ehe finde ich das nicht richtig“ als Grund für die sexuelle Zurückhaltung an. Auch die Antwort „finde ich unmoralisch“ wird verhältnismäßig häufig angeführt (15%). Mädchen deutscher Herkunft sind diese Argumente recht fremd (3 bzw. 1%).

Und noch ein anderes Motiv hat für Mädchen mit Migrationsgeschichte viel größere Relevanz als für Mädchen deutscher Herkunft: die Angst, „dass die Eltern davon erfahren“, ein Motiv, das übrigens bis ins Erwachsenenalter hinein in dieser Gruppe seine Bedeutung behält (14- bis 17-Jährige mit Migrationshintergrund: 32%, deutscher Herkunft: 6%; 18- bis 25-Jährige mit Migrationshintergrund: 25%). Für Jungen sind dafür die eigene Schüchternheit und die Angst, sich ungeschickt anzustellen,

## Masturbation

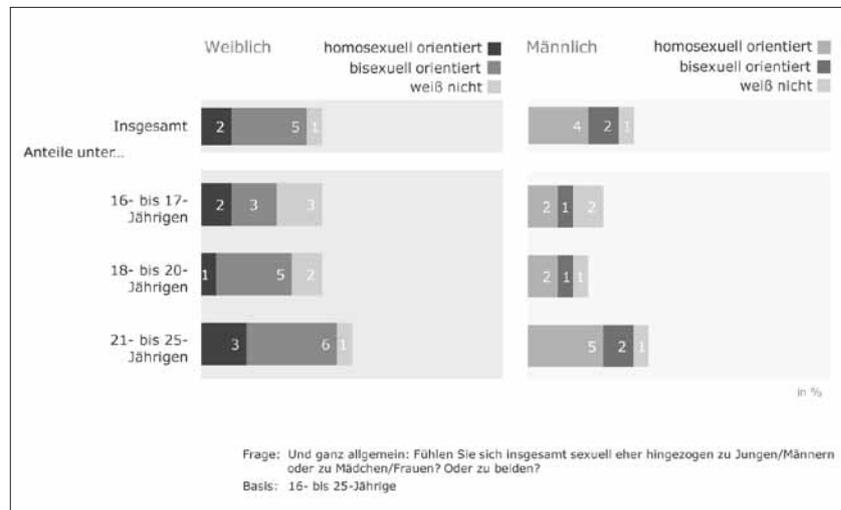
Masturbation ist eine Form sexueller Aktivität, mit der der männliche Teil der Jugend nicht nur weitaus mehr, sondern auch frühere Erfahrungen hat. Ab dem Alter von 16 Jahren masturbieren mindestens vier von fünf Jungen – unter 16-/17-jährigen Mädchen ist es noch weniger als die Hälfte. Masturbation ist unter Angehörigen höherer Bildungsschichten mehr verbreitet. Bei Mädchen nimmt zudem die Zahl der Masturbierenden mit der sexuellen Reife deutlich zu. Im Langzeit-Trend hat sich – gemessen am Zeitraum von fast 35 Jahren – am Verhalten der Jugendlichen deutscher Herkunft recht wenig geändert (Abbildung 2).

## Gleichgeschlechtliche Orientierung

Ab 16 Jahren<sup>3</sup> wurden die jungen Frauen und Männer zusätzlich danach gefragt, ob sie sich sexuell eher zum eigenen oder zum anderen Geschlecht (oder zu beiden) hingezogen fühlen. 4% der männlichen und 2% der weiblichen Befragten zwischen 16 und 25 Jahren bejahten in der Erhebung eine eindeutige Präferenz für das eigene Geschlecht. Die Gruppe der bisexuell Orientierten ist von

<sup>3</sup> Die 14- und 15-jährigen deutschen Jugendlichen wurden hierzu nicht befragt.

Abb. 3: Gleichgeschlechtliche sexuelle Orientierung (nach Altersgruppen, BZgA, 2016)



ähnlicher Größe, aber mit umgekehrter Geschlechterrelation: Hier sind es mehr Mädchen/Frauen als Jungen/Männer (5/2%) (Abbildung 3). Mindestens die Hälfte der homo- oder bisexuell Orientierten hat auch in den letzten 12 Monaten enge körperliche Kontakte zu Personen des eigenen Geschlechts unterhalten. Dabei blieb es meistens nicht beim Küssen oder Schmusen (11/10%), sondern die Kontakte gingen in aller Regel darüber hinaus (89/87%; Antworten der Erwachsenen ab 18 Jahren, Jüngeren wurde diese Zusatzfrage nicht gestellt).

Auch junge Menschen mit nicht eindeutig heterosexueller Orientierung machen im Übrigen erste Erfahrungen mit körperlichen Kontakten zum anderen Geschlecht. Kuserfahrung haben die allermeisten, weitergehende Annäherungen wurden nicht mehr unbedingt ausprobiert. Insbesondere die eher homosexuell ausgerichteten jungen Männer verzichteten häufig auf weitergehende Erfahrungen mit dem anderen Geschlecht.

## Einstieg ins (heterosexuelle) Sexualeben

Während sexuelle Aktivitäten unter den 14-Jährigen insgesamt mit durchschnittlich 6% die Ausnahme sind, hat im Alter von 17 Jahren mehr als die Hälfte aller Jugendlichen Geschlechtsverkehr-Erfahrung. Hier bietet die Ausweitung des Altersbandes auf 25 Jahre der aktuellen Studie die Chance, die weitere Entwicklung abzubilden: In welchem Alter kann man in der Regel von sexueller Aktivität ausgehen (hier definiert als 90-Prozent-Quote)?

Bei der Antwort ist nach Geschlecht und Herkunft zu unterscheiden. Junge Frauen deutscher Herkunft haben im Alter von 19 Jahren zu 90% das „erste Mal“ erlebt. Für junge Männer deutscher Herkunft gilt dies erst

zwei Jahre später: erst von den 21-Jährigen geben 89% an, Geschlechtsverkehr gehabt zu haben. Junge Frauen mit ausländischen Wurzeln üben viel länger Zurückhaltung: Im Alter von 21 Jahren sind sie erst zu gut zwei Dritteln sexuell aktiv geworden (70%); die Zahl von 90% Koituserfahrenen ist bei ihnen in der Altersgruppe von 24 Jahren erreicht. Bei den 25-Jährigen sinkt der Anteil allerdings wieder unter 90% – aufgrund der doch relativ kleinen Fallzahlen pro Altersjahrgang unterliegen die Angaben stärkeren Schwankungen. Bis zum Alter von 16 Jahren gilt: Jungen aus Migrantenfamilien sind früher sexuell aktiv als ihre deutschen Geschlechtsgenossen. In höherem Alter kehren sich die Relationen jedoch um. Der Anteil der sexuell erfahrenen jungen Männer aus Migrantenfamilien liegt über etliche Altersjahre immer leicht unter dem der jungen Männer deutscher Herkunft, das gilt auch noch zu Beginn der 20er Lebensjahre. Die 90-Prozent-Marke erreichen bzw. überschreiten junge Männer nichtdeutscher Herkunft erst mit 23 Jahren und damit etwas später als junge Männer deutscher Herkunft (Abbildungen 4 und 5).

Wie in allen Bereichen sexueller Kontakte sind junge türkische Mädchen besonders zurückhaltend. Der Anteil der Koituserfahrenen ist bei den 14 bis 25jährigen Türkinnen nur halb so groß wie bei Mädchen/jungen Frauen mit Migrationshintergrund insgesamt (30% gegenüber 56%).

In den vergangenen Jahren wurde medial immer wieder beklagt, dass Jugendliche immer früheren Sex hätten (z.B. Süddeutsche Zeitung Magazin, 2009). Diese Behauptungen können wissenschaftlich klar widerlegt werden. Zwar war über etliche Jahre eine kontinuierliche Zunahme zu beobachten, und auch aktuell gilt für die Jugendlichen deutscher Herkunft – nur für sie ist der Langzeitvergleich zurück bis Anfang der 1980er Jahre möglich – dass das erste Mal heute früher stattfindet als im Jahr der Erstmessung 1980. Seit der Jahrtausendwende verlangsamt sich diese Entwicklung jedoch bereits und

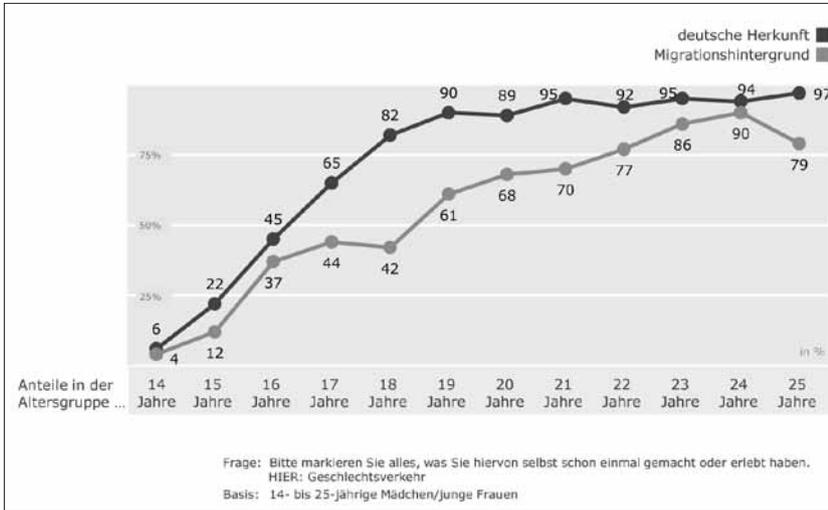


Abb. 4: Geschlechtsverkehr-Erfahrungen (Mädchen/Frauen nach Altersjahren, BZgA, 2016)

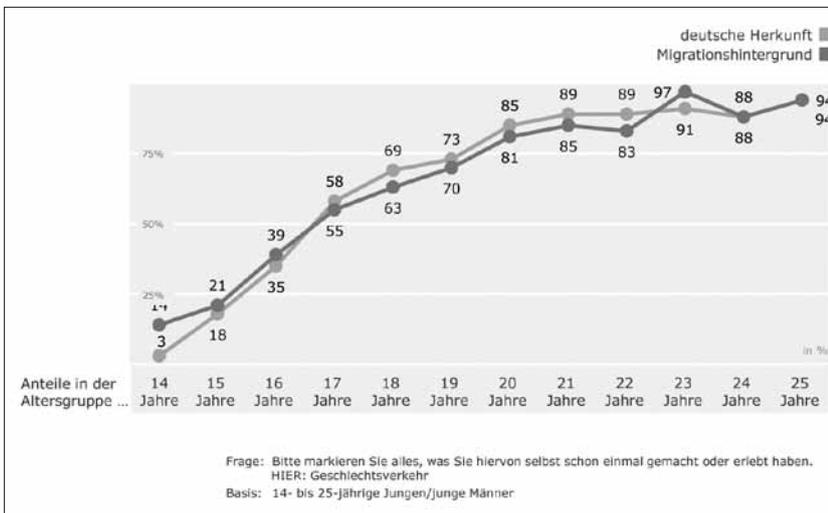


Abb. 5: Geschlechtsverkehr-Erfahrungen (Jungen/Männer nach Altersjahren, BZgA, 2016)

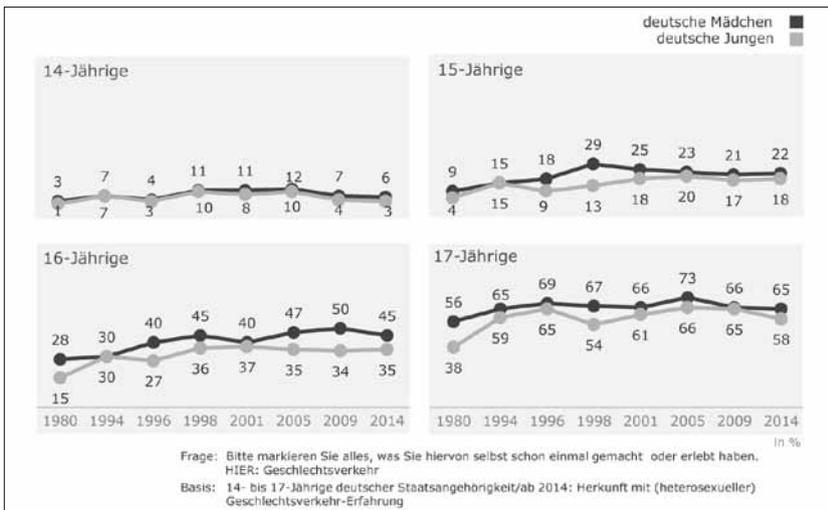


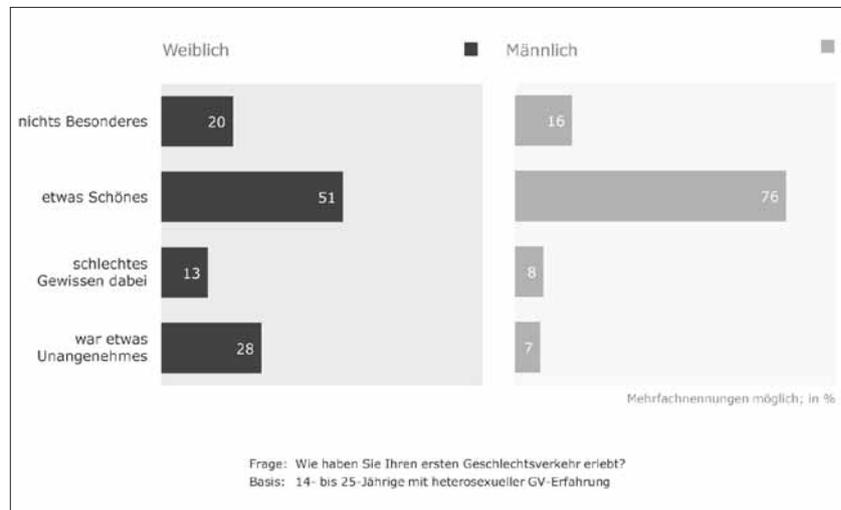
Abb. 6: Geschlechtsverkehr-Erfahrungen (Langzeit-Trend deutsche Jugendliche nach Altersjahren, BZgA, 2016)

2009 war erstmals eine rückläufige Tendenz zu beobachten. Diese hat sich mit der aktuellen Messung bestätigt (Abbildung 6).

Am deutlichsten wird dies einerseits bei den 14-Jährigen, bei denen die Anteile der bereits koituserfahrenen

Mädchen und Jungen nach mehreren Messungen mit Angaben im zweistelligen Bereich (1998, 2001 und 2005: zwischen 10 und 12%) auf heute 6% (Mädchen) bzw. 3% (Jungen) zurückgegangen sind. Und andererseits bei den 17-Jährigen: 2005 wurde für diese Altersgruppe mit 73%

Abb. 7: Erleben des ersten Geschlechtsverkehrs (BZgA, 2016)



der Höchstwert sexuell aktiver Mädchen gemessen, heute liegt er bei 65%. Bei den 17-jährigen Jungen war der Höchstwert ebenfalls 2005 erreicht (damals 66%), heute beträgt der Anteil 58% und liegt damit um 8% niedriger.

Die Ergebnisse der Jugendsexualitätsstudie 2015 zeigen auch, dass Jungen deutscher Herkunft in den letzten 35 Jahren die größeren Entwicklungssprünge getan haben. Gerade bei den 17-Jährigen wird das deutlich: 1980 war ein Anteil von 38% sexuell aktiv, 2005 war in dieser Altersgruppe mit 66% der Höchstwert erreicht, 2009 lagen (durch die bei den Mädchen bereits eingeleitete Trendwende zu wieder späterem Einstieg ins Geschlechtsleben) beide Geschlechter mit 65/66% kurzzeitig gleichauf. Heute hat sich der Abstand zu den Mädchen wieder vergrößert, da auch die Jungen zwischenzeitlich die Wende vollzogen haben (Anteile heute: 17-jährige Mädchen: 65%, 17-jährige Jungen: 58%). Die in der Vergangenheit beobachtete Angleichungstendenz im Verhalten der Geschlechter setzt sich damit aktuell nicht fort.

Für die Mehrzahl der Jugendlichen bedeutet der erste Geschlechtsverkehr den Schritt in ein regelmäßiges Sexualleben. Entscheidend dafür ist eine feste Beziehung. Auch die Mehrzahl der 18- bis 25-Jährigen ist regelmäßig sexuell aktiv – aber es gibt durchaus einen beträchtlichen Anteil unter ihnen, für den dies nicht zutrifft (36% „nur zeitweise/gelegentlich“, 7% „nie“).

## Einstellung der Eltern

Sexuelle Kontakte von Minderjährigen sind von Eltern deutscher Abstammung heute klar akzeptiert. Die Ergebnisse der Elternbefragung innerhalb der Studie Jugendsexualität 2015 zeigen auch hierzu deutliche Einstellungsveränderungen gegenüber der Zeit vor 35 Jahren: 1980 waren fast drei Viertel der Eltern, deren Sohn oder Tochter nach Wissen oder Vermutung der Eltern noch nicht sexuell ak-

tiv war, gegen sexuelle Kontakte ihrer Kinder eingestellt. Und auch wenn die Größenordnung mit zunehmendem Alter der Kinder sank, so blieb doch immer die Mehrzahl bei einem prinzipiellen Nein, selbst noch bezüglich der 17-jährigen Söhne und Töchter (52%). Die heutigen 17-Jährigen rechnen mit Akzeptanz auf breiter Basis, lediglich 16% der Eltern sind prinzipiell dagegen eingestellt. Auch die Eltern 16-Jähriger würden heute zu zwei Dritteln und damit auf breiter Basis Sexualverkehr akzeptieren.

Deutliche Ablehnung legen nach wie vor Eltern 14-Jähriger an den Tag; sie sprechen sich auch heute noch mit klarer Mehrheit gegen sexuelle Aktivitäten ihres 14-jährigen Sohnes/ihrer 14-jährigen Tochter aus (76% dagegen; 1980: 84%).

## Erleben des „ersten Mal“

Das erste Mal ist heute weniger ungeplant als ein Jahrzehnt zuvor. Bei der Beschreibung der Empfindungen beim ersten Mal spielte die Herkunft nur eine geringe Rolle, viel dominierender war die Geschlechtszugehörigkeit. Drei von vier Jungen und jungen Männern (76%) gaben an, ihr erstes Mal als „etwas Schönes“ erlebt zu haben. Bei den Mädchen und jungen Frauen lag der Anteil niedriger (51%); sie äußern zum Teil auch widerstreitende Gefühle, zum Beispiel hatten 13% ein schlechtes Gewissen dabei (Abbildung 7). In der Mehrzahl der Fälle kam es zum ersten Sexualkontakt, weil beide Beteiligten den Wunsch danach hatten.

Das erste Mal in einer festen Beziehung zu erleben, ist für die Jugendlichen wichtiger geworden. Für Mädchen gilt dies weiterhin stärker als für Jungen: 73% der Mädchen deutscher Herkunft – ein neues Hoch nach Jahren der Konstanz – und 71% derer mit Migrationshintergrund haben das erste Mal innerhalb einer festen

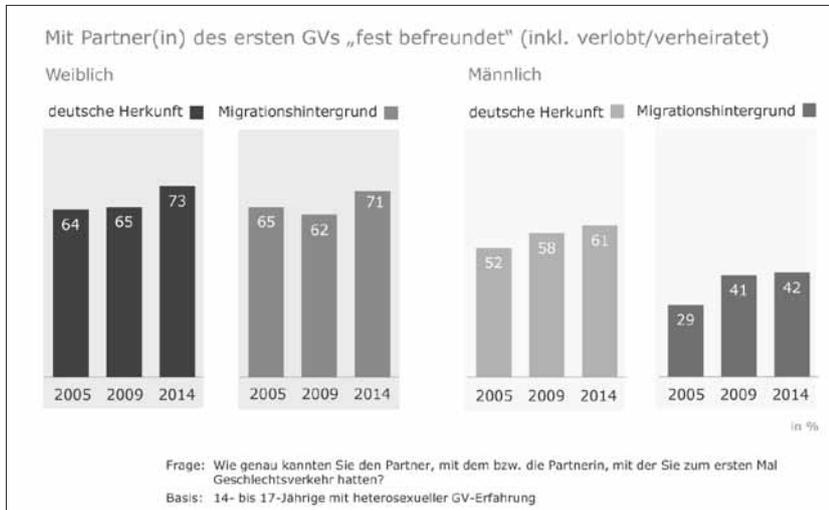


Abb. 8: Bekanntheit mit Partner des ersten Geschlechtsverkehr (Trend Jugendliche, BZgA, 2016)

Partnerschaft erlebt. Die Angaben der Jungen bleiben dahinter zurück, Jungen deutscher Herkunft um 12 Prozentpunkte (erster Geschlechtsverkehr mit einer festen Partnerin: 61%), Jungen mit Migrationshintergrund noch sehr viel weiter (nur 42%) (Abbildung 8). In den letzten Jahren hat der Anteil der Jungen, die ihren ersten Geschlechtsverkehr mit einer festen Partnerin erlebten, zugenommen. Für Jungen aus deutschen Familien ist aktuell mit 61% ein neuer Höchstwert zu verzeichnen (1980 nur 41%). Den deutlicheren Sprung haben die Jungen aus Elternhäusern mit Migrationshintergrund (aktuell 42%) getan, bei denen gleichzeitig auch der Anteil derer zurückging, die ihre erste Sexualpartnerin überhaupt nicht oder nur flüchtig kannten (2005 noch 37%, aktuell 22% – in der Grafik nicht dargestellt).

Ein Ergebnis aus der im Auftrag der BZgA durchgeführten Studie Sexualität und Migration (BZgA, 2010) unterstreicht: In der Migrantenpopulation ist die Einstellung gegenüber sexuellen Erfahrungen noch deutlich genderspezifisch ausgeprägt. Die 14- bis 17-jährigen Jungen betonen sehr viel stärker den Lustfaktor, die Mädchen wünschen hingegen Verantwortung und Kontinuität. So stimmen nur 41% der Jungen, aber 75% der Mädchen aus der Migrantenpopulation der Aussage zu: „Sexualität ist nur schön mit einem festen Partner/einer festen Partnerin“.

Konsequenz der größeren Zahl erster sexueller Erfahrungen innerhalb einer festen Partnerschaft: Das erste Mal kommt seltener „völlig überraschend“. Der Trend bei den Jungen deutscher Herkunft zu einem immer ungeplanteren Einstieg ins Sexualeben ab Mitte der 1990er Jahre (Höchstwert für die Antwort „war völlig unerwartet“ 2005: 37%) wurde 2009 gebrochen, und das neue, sehr viel niedrigere Level hat sich mit der aktuellen Zahl (18%) bestätigt. Auch bei den Mädchen deutscher Herkunft sank die Zahl derer, bei denen es völlig überraschend zum ersten Geschlechtsverkehr gekommen ist (jetzt 15%). Allmählich nimmt sogar der Anteil der Jugendlichen wieder zu, die ihr erstes Mal gezielt angehen.

## Sexuelle Treue

Sexuelle Treue innerhalb der Partnerschaft hat – das zeigen die Antworten der 18- bis 25-Jährigen in der Studie – unter jungen Menschen einen hohen Stellenwert. Kaum eine oder einer hält die Forderung nach sexueller Treue für falsch (3/4%), und junge Frauen deklarieren sexuelle Treue zu einem großen Teil als unbedingte Notwendigkeit (80%; junge Männer: 67%; sie erklären sexuelle Treue dafür häufiger als „wünschenswert“) (Abbildung 9).

Bestätigt wird dies auch durch andere Studien: Die qualitative Studie von Matthiesen und Mitarbeiter zeigt, dass Sexualität bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen vor allem in Beziehungen stattfindet, Singlesex – so die qualitative Studie – ist eher selten. Romantische Vorstellungen, Liebe und Vertrauen sowie Treue sind heute wichtige Elemente der Beziehungen Jugendlicher und junger Erwachsener (Matthiesen, 2012).

## (Keine) Verhütung beim ersten Mal

Einen historischen Wandel gibt es beim Verhütungsverhalten der Jugendlichen deutscher Herkunft: Die heutigen Anteile der nicht-verhütenden 14- bis 17-Jährigen beim ersten Geschlechtsverkehr sind bei beiden Geschlechtern mit 8 bzw. 6% die niedrigsten bisher gemessenen Werte (Abbildung 10). 1980 war der Anteil mit 20% (Mädchen) bzw. 29% (Jungen) bedeutend höher als heute.

Für Jugendliche mit Migrationshintergrund kann der Trend noch nicht über so viele Jahre zurückverfolgt werden, aber die Veränderungen in den letzten zehn Jahren sind für diese Gruppe bemerkenswert. Jugendliche mit Migrationshintergrund verhüten heute gewissenhafter. 2005 erfolgte der erste Geschlechtsverkehr noch bei jedem fünften Mädchen und sogar jedem dritten Jungen

Abb. 9: Sexuelle Treue innerhalb einer Partnerschaft (Junge Erwachsene, BZgA, 2016)

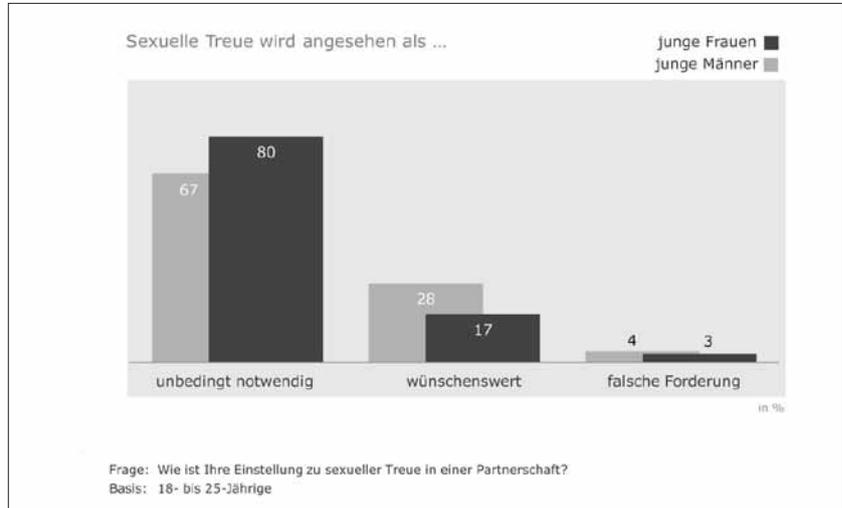


Abb. 10: Keine Verhütung beim ersten Geschlechtsverkehr (Langzeit-Trend deutsche Jugendliche, BZgA, 2016)

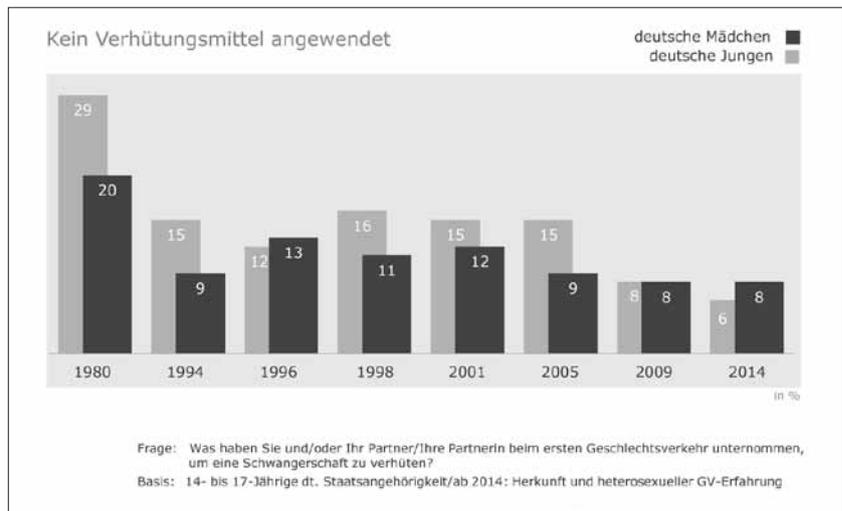
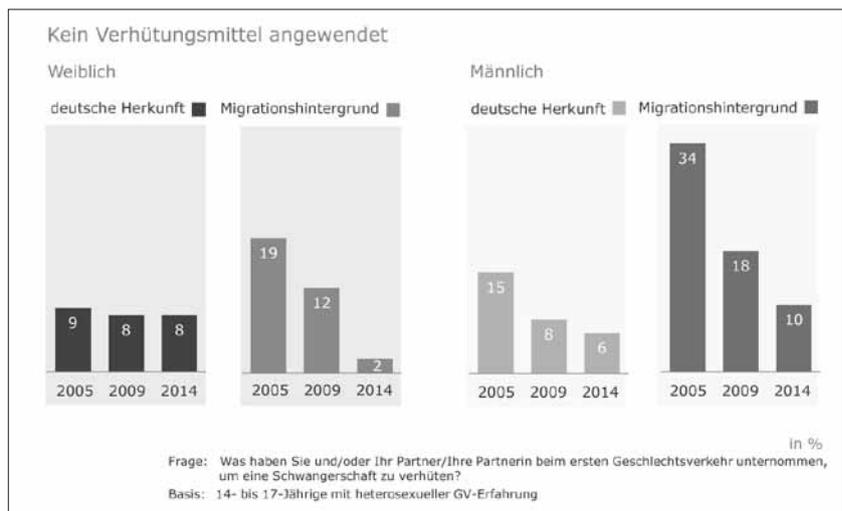


Abb. 11: Keine Verhütung beim ersten Geschlechtsverkehr (Trend Jugendliche, BZgA, 2016)



mit Migrationshintergrund ohne Verhütungsvorkehrungen, heute liegen die Zahlen nur noch leicht über (Jungen, 10%) oder sogar unter (Mädchen, 2%) den Anteilen der Jugendlichen deutscher Herkunft (Abbildung 11). Im gesamten Altersband 14 bis 25 Jahre sind die Anteile

Nicht-Verhütender bei Jugendlichen/jungen Erwachsenen mit Migrationshintergrund jedoch immer noch höher als bei Gleichaltrigen deutscher Herkunft (weiblich/männlich: 9/13% gegenüber 6/9%), da die Anteile bei den jungen Erwachsenen etwas stärker differieren.

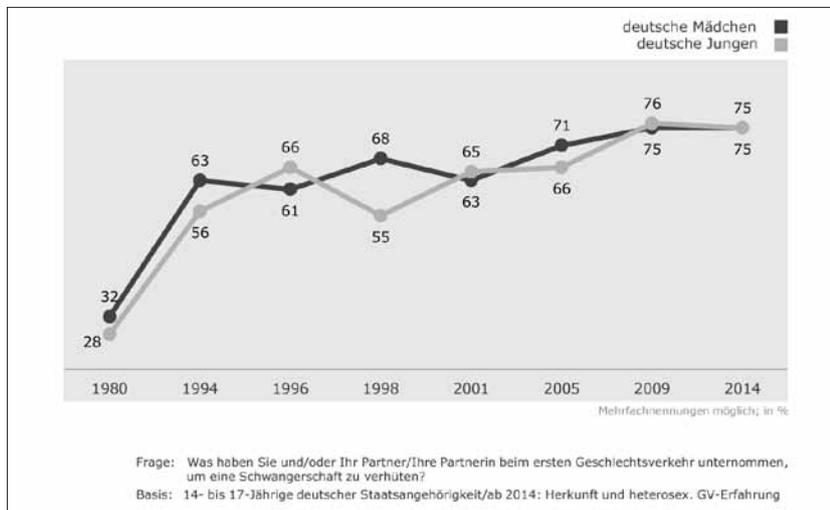


Abb. 12: Verhütung beim ersten Geschlechtsverkehr (Langzeit-Trend Kondombenutzung deutsche Jugendliche, BZgA, 2016)

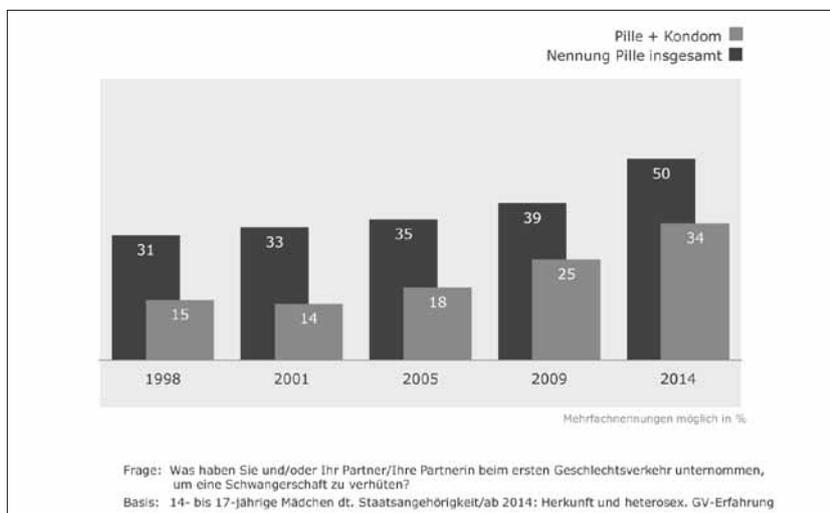


Abb. 13: Verhütung beim ersten Geschlechtsverkehr (Kombinierte Benutzung Pille/Kondom sowie Pille insgesamt Trend Mädchen, BZgA, 2016)

Das Haupthindernis, das sorgfältiger Verhütung entgegensteht, ist die Spontaneität des Geschehens. Wer von den Ereignissen überrascht wird, und das sind eher diejenigen ohne feste Partnerschaft und u.a. auch diejenigen mit niedrigem Bildungshintergrund, kommt nicht dazu, Kontrazeptionsmaßnahmen vorzubereiten. Erster Sexualverkehr unter Einfluss von Alkohol/Drogen kommt vor allem in spontanen Sexualbeziehungen vor (wenn der/die Sexualpartner/in nicht näher bekannt war, wurde dies von knapp 30% als Grund für mangelnde Verhütung genannt).

## Verwendetes Verhütungsmittel

Seit 1994 ist das Kondom bei Jungen wie Mädchen mit deutlichem Abstand vor allen anderen Alternativen das Verhütungsmittel Nummer eins für den Einstieg ins Sexualleben. Aktuell verwenden 75% der Jugendlichen deutscher Herkunft beim ersten Mal ein Kondom (Abbildung 12). Dies ist

eindeutig auf die 1987 gestartete Aidskampagne der Bundesrepublik zurückzuführen, insbesondere die massenmediale Kondomwerbung durch die „machs' mit“ Kampagne der BZgA (von Rüden, 2010). Gleichzeitig wächst aber seit Jahren auch der Anteil derjenigen, die von Anfang an auf die Pille setzen, dies aber eher bei deutscher Herkunft; Jugendliche aus deutschen Elternhäusern haben eine höhere Affinität zur Pille. Die Pille ist aber der Studie zufolge nicht nur bei jungen Erwachsenen, sondern bereits bei Jugendlichen immer häufiger Ergänzung und nicht Alternative: Bei der Mehrzahl der Pillennutzerinnen wurde gleichzeitig auch ein Kondom beim Einstieg ins Sexualleben benutzt; Indiz dafür, dass neben dem Wunsch nach Kontrazeption auch die Aidsprävention häufiger mitbedacht wird (Abbildung 13).

Im Laufe der Zeit, mit zunehmender Erfahrung, verändert sich das Kontrazeptionsverhalten. Dabei gibt es unterschiedlich schnelle Entwicklungen je nach Geschlecht und Herkunft, aber die Grundaussagen gelten für alle sexuell Erfahrenen: Spätestens ab dem zweiten Geschlechtsverkehr wird in aller Regel verhütet; die Zahl derer, die nichts zur Kontrazeption unternehmen,

ist gegenüber dem ersten Mal nochmals rückläufig. Mit der Zeit verliert das Kondom aber an Bedeutung als Verhütungsmittel und wird zunehmend durch die Verwendung der Pille abgelöst.

Bei den Jungen und jungen Männern mit Migrationshintergrund behält das Kondom allerdings auch mit zunehmender Erfahrung weiterhin seine Bedeutung, gerade auch als alleiniges Verhütungsmittel: Beim letzten erfolgten Geschlechtsverkehr verwendeten 36% der Jungen/jungen Männer nichtdeutscher Herkunft (ausschließlich) ein Kondom, aber nur 19% der Jungen/jungen Männer ohne Migrationshintergrund. Auch die Partnersituation beeinflusst in starkem Maße, ob beim zuletzt erfolgten Geschlechtsverkehr ein Kondom zum Einsatz kam oder nicht. Wer keinen festen Partner/keine feste Partnerin hat, für den ist das Kondom weiter von hoher Bedeutung. Jungen/junge Männer ohne Partnerin haben beim letzten Geschlechtsverkehr immer noch zu 72% ein Kondom benutzt, je zur Hälfte als alleiniges Verhütungsmittel bzw. in Kombination mit der Pille.

Egal ob Kondom oder Pille Verwendung fanden: Das Hauptmotiv für das beim letzten Mal verwendete Verhütungsmittel war nach Angaben der 18- bis 25-Jährigen der Sicherheitsgedanke (Jugendlichen wurde diese Frage wegen ihrer insgesamt geringeren Erfahrung noch nicht gestellt).

Junge Menschen sprechen heutzutage gegenüber ihrem Partner/ihrer Partnerin das Thema Verhütung offen an. Rund 90% der sexuell Erfahrenen bejahten die entsprechende Frage und selbst diejenigen zwischen 14 und 25, die noch nicht koituserfahren sind, haben zu 70% und mehr schon einmal beim Partner das Thema Verhütung angeschnitten (Ausnahme: Jungen und junge Männer mit Migrationshintergrund nur zu 58%). Und mehr als die Hälfte der sexuell aktiven Jugendlichen und jungen Erwachsenen beweisen Verantwortungsgefühl: „Wir beide sind für die Verhütung verantwortlich“ antworten 60% der Jungen/Männer und 54% der Mädchen/Frauen, die aktuell in fester Partnerschaft sind.

Positiv wirkt sich aus, wenn konkret von Elternseite zum Thema Verhütung beraten wurde. Haben sich die Eltern diesbezüglich engagiert, wird die Verhütung verantwortlicher betrieben. Die seinerzeit beratenen Jugendlichen und jungen Erwachsenen wählen die Antwort „achte immer sehr genau darauf“ um durchschnittlich 12 Prozentpunkte häufiger, als wenn das nicht der Fall war.

Die Analysen der BZgA zeigen, dass Jugendliche und junge Erwachsene sich auch in der Lage fühlen, in sexuellen Situationen die Kondomnutzung einzufordern. Dies spricht für eine hohe Kommunikations- und Handlungskompetenz bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen heute (vgl. European Society of Contraception and Reproductive Health, 2011). Die Kommunikation über

Verhütung im Elternhaus und in der Partnerschaft trägt erheblich zu dem verantwortlichen Verhütungsverhalten Jugendlicher und junger Erwachsener bei. Neben familiärer und schulischer Sexuaufklärung beeinflussen aber auch strukturelle Gründe die positive Kontrazeptionsbilanz in Deutschland. Dennoch gibt es noch Zielgruppen, die weniger gut erreicht werden. Nach wie vor wissen jugendliche Migranten und Migrantinnen weniger gut über körperliche Vorgänge Bescheid, verhüten schlechter und sind insofern benachteiligt, als sie weniger Unterstützung im Elternhaus erwarten können. Hier sind weitere Präventionsbemühungen notwendig. Das Verhütungsverhalten von Jugendlichen mit Migrationshintergrund hat sich im Zehnjahrestrend dennoch ebenfalls deutlich verbessert.

## Fazit

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Die Studienergebnisse belegen, dass wir in der Bundesrepublik Deutschland in Hinblick auf Aufklärung und Verhütungsbewusstsein der jungen Generation insgesamt gut aufgestellt sind. Die heute 14- bis 25-Jährigen machen vielfach sehr überlegt den Schritt ins Sexualleben und zeigen dabei viel Verantwortungsbewusstsein in puncto Verhütung. Eine starke Säule ist dabei die Aufklärungsarbeit in den Elternhäusern – hier ist allerdings noch Unterstützungsbedarf bei den Eltern mit Migrationshintergrund –, und eine weitere wichtige Säule ist mit dem flächendeckend gegebenen Sexualkunde-Unterricht gegeben. Im Blick behalten werden müssen kulturelle Unterschiede je nach Herkunft ebenso wie genderspezifische Differenzen in Einstellung und sexuellem Verhalten, damit unterstützende Angebote zielgruppengerecht entwickelt werden können.

## Literatur

- Boos-Nünning, U., Karakasoglu, Y., 2007. Sexuelle Normen und Erfahrungen mit sexueller Aufklärung von jungen Frauen mit Migrationshintergrund. In: BZgA (Hg.). Forum Sexuaufklärung und Familienplanung, H. 3, 28.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2003. 7. unveränderte Auflage (Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, 1983). Sexualität und Kontrazeption aus der Sicht der Jugendlichen und ihrer Eltern, Band 32. <http://www.sexualaufklaerung.de/cgi-sub/fetch.php?id=415>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2006. Jugendsexualität. Repräsentative Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern. Ergebnisse der Repräsentativbefragung aus 2005. <http://www.forschung>

- sexualaufklaerung.de/fileadmin/fileadmin-forschung/pdf/ Fragebogen\_Jugendsexualitaet\_2006.pdf
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2010. Sexualität und Migration: Milieuspezifische Zugangswege für die Sexualaufklärung Jugendlicher. [http://www.bzga.de/bot\\_med\\_13319300.html](http://www.bzga.de/bot_med_13319300.html)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2011a. Rahmenkonzept zur Sexualaufklärung. <http://www.sexualaufklaerung.de/cgi-sub/fetch.php?id=500>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2011b. Verhütungsverhalten Erwachsener 2011. [http://www.forschung.sexualaufklaerung.de/fileadmin/fileadmin-forschung/pdf/BZGA-11-00988\\_Verhuetungsverhalten\\_Erwachsener\\_DE\\_low.pdf](http://www.forschung.sexualaufklaerung.de/fileadmin/fileadmin-forschung/pdf/BZGA-11-00988_Verhuetungsverhalten_Erwachsener_DE_low.pdf)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2011c. Jugendsexualität 2010. Repräsentative Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern. Aktueller Schwerpunkt Migration. <http://www.forschung.sexualaufklaerung.de/fileadmin/fileadmin-forschung/pdf/Jugendsexualit%C3%A4t.pdf>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2012. Webseite „machs mit“. <http://www.machsmit.de/>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2016. Jugendsexualität 2015. Die Perspektive der 14- bis 25-Jährigen. Ergebnisse einer aktuellen repräsentativen Wiederholungsbefragung. <http://www.forschung.sexualaufklaerung.de/4923.html>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, WHO Regional Office for Europe, 2006. Country papers on youth sex education in Europe. <http://www.sexualaufklaerung.de/cgi-sub/fetch.php?id=489>
- Currie, C. et al. (Hg.), 2012. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International Report from the 2009/2010 Survey. Health Policy for Children and Adolescents, No. 6. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications/2012/social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.-health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc-study>
- European Society of Contraception and Reproductive Health, 2011. The reproductive health report. The state of sexual and reproductive health within the European Union. Final report July 2011. In: The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care 16, Suppl 1.
- Helfferich, C., Klindworth, H., Kruse, J., 2011. frauen leben. Familienplanung und Migration im Lebenslauf. In: Schriftenreihe Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung, Band 34. BZgA, Köln.
- IPPF, 2006. Sexuality Education in Europe. A Reference Guide to Policies and Practices. The SAFE Project. <http://www.ippfen.org/resources/sexuality-education-europe-reference-guide-policies-and-practices>
- Matthiesen, S., 2012. Jugendsexualität im Internetzeitalter. In: Schriftenreihe Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung 37, BZgA, Köln.
- Matthiesen, S., Block, K., Mix, S., Schmidt, G., 2009. Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen. Eine Studie im Auftrag der pro familia, gefördert durch die BZgA. In: Schriftenreihe Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung 32, BZgA, Köln.
- Süddeutsche Zeitung Magazin, 2009. Jugend ohne Jugend. Sie sehen Pornos mit 12, haben Sex mit 13, sind schwanger mit 14. Warum haben es unsere Kinder so eilig mit dem Erwachsenwerden? Nr. 35, 28. August 2009. <http://sz-magazin.sueddeutsche.de/texte/liste/h/200935>
- Rüden, U. von, 2010. Kondomnutzung als Schutz vor HIV/ Aids und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) bei Jugendlichen in Deutschland. In: BZgA, Forum Sexualaufklärung und Familienplanung, H. 2, 13ff.
- Wensierski, H-J. von, Lübcke, C., 2007. Junge Muslime in Deutschland. Lebenslagen, Aufwuchsprozesse und Jugendkulturen. Budrich, Opladen.
- WHO Regional Office for Europe, Federal Centre for Health Education Cologne, 2010. Standards for Sexuality Education in Europe. A framework for policy makers, educational and health authorities. <http://www.bzga-whocc.de/?uid=e4c3b5b19109095c59f617504f57a476&id=Seite4489>

---

#### AutorInnen

Angelika Heßling, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Nationale und internationale Zusammenarbeit, Forschung, Fortbildung, Maarweg 149–161, 50825 Köln, e-mail: [angelika.hessling@bzga.de](mailto:angelika.hessling@bzga.de)  
 Heidrun Bode, Kantar Emnid, Teil der TNS Deutschland GmbH, Stieghorster Str. 90, 33605 Bielefeld, [heidrun.bode@kantaremnid.com](mailto:heidrun.bode@kantaremnid.com)

---

# Mädchensprechstunde – Primär- und Sekundärprävention in Schule und gynäkologischer Praxis

Christine Klapp, Cordula Layer, Heike Kramer, Andrea Mais

## Consultation Hour for Girls – Primary and Secondary Prevention in Schools and Outpatient Clinics

### Abstract

Despite well-established school sex education programs and information provided by the media, the number of pregnancies and abortions among school-aged girls in Germany rose between 1990 and 2004. In addition to government sex education programs, the NGO *Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung* (ÄGGF e.V.) (Medical Society for Health Promotion) intensified its efforts in public schools by introducing „Doctor's Lessons“, at which medical doctors visit school classes, answer questions and give advice and/or assistance especially to young girls. The aim was to make teenagers more comfortable seeking out the services offered by outpatient clinics and counseling centers. In 2005, the ÄGGF, together with the Association of Outpatient Gynecologists (BVF) and the Grünenthal Company (today Gedeon Richter) developed a training program for gynecologists, the *Initiative Girls' Consultation Hours*, which focuses on the special „holistic“ needs of young girls concerning sexual and reproductive health and prevention. This article discusses the organization and practice of the „Doctor's Lessons“ given by visiting gynecologists in schools and the training program for gynecologists to better meet the needs of girls.

**Keywords:** Sexual prevention, Sex education, Reproductive health, *Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung*, „Doctor's Lessons“ in schools, Initiative Girls' Consultation Hours

### Zusammenfassung

Trotz etablierter schulischer Sexuaufklärung und vielfältiger Informationen in den Medien stieg die Zahl der Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche bei Mädchen in Deutschland zwischen 1990 und 2004 an. Neben staatlichen Aufklärungsaktionen intensivierten die Ärztinnen der NGO *Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung* (ÄGGF e.V.) ihre bisherigen Aktivitäten in Schulen. Dort bieten sie mit der Hauptzielgruppe „Mädchen und junge Frauen“ „Ärztliche Informationsstunden“ an, um u.a. vielfältige Fragen zu beantworten und Barrieren zur Inanspruchnahme von

Gesundheitsleistungen in Arzt-Praxen und Beratungsstellen zu senken. In Ergänzung entwickelte die ÄGGF 2005, zusammen mit dem Berufsverband der Frauenärzte (BVF) und der Firma Grünenthal (heute mit der Firma Gedeon Richter) ein Fortbildungsprogramm für Frauenärztinnen und -ärzte, das die speziellen „ganzheitlichen“ Bedürfnisse junger Mädchen fokussiert – die *Initiative Mädchensprechstunde*. Dieser Beitrag beschreibt die Organisation und praktische Umsetzung der Ärztlichen Informationsstunden in Schulen und des Fortbildungsprogramms für Gynäkologinnen in Klinik und Praxis.

**Schlüsselwörter:** Sexuelle Prävention, Sexuaufklärung, reproduktive Gesundheit, *Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung*, ärztliche Informationsstunden in Schulen, Initiative Mädchensprechstunde

## Einleitung

Folgende Situation ist schon 30 Jahre alt, hat aber noch immer Gültigkeit: Mutter und 15jährige Tochter sitzen im Auto. Die Mutter sagt: „Ich denke, wir sollten mal über Sexualität reden [...]!“ Die Tochter verdreht die Augen und ist sichtlich genervt: „Okay – was willst du wissen?“ Hier, wie auch oft im realen Leben denkt die Tochter, sie weiß alles, weil sie alles schon mal gehört hat – und die Mutter meint, das wird wohl stimmen, und macht einen Rückzieher.

Viele Eltern/Erziehungsberechtigte, nicht wenige ErzieherInnen und LehrerInnen sowie manche Ärzte und Ärztinnen würden hier auch klein beigeben oder womöglich wegen befürchteter eigener Informationsdefizite gar keinen Aufklärungsversuch machen, denn auch sie glauben, dass Jugendliche heute so viel besser aufgeklärt sind, mit all den medialen Informationsmöglichkeiten und der schulischen Sexualerziehung. Sie denken oft, die Teenager wissen besser Bescheid als sie selbst. Auch BiologielehrerInnen lassen sich oft täuschen, wenn Jugendliche mit Begriffen wie „Oralsex“, „Gang-Bang“, „blasen“, „fisting“ etc. um sich werfen, und vermuten, dass diese nicht nur darüber Bescheid wissen, sondern natürlich erst recht über Basiswissen wie z.B. zur Verhütung verfügen.



Abb. 1: Szene aus der Ärztlichen Informationsstunde in einer Schule

Fakt ist aber, dass Jugendliche längst nicht „alles“ – und oft auch nicht das, was für sie wichtig ist, – über Sexualität wissen, dass sie in vielem unsicher sind, Fragen haben, die sie oft nicht zu stellen wagen, und sich über vertrauliche Beratung freuen. Jugendliche im allgemeinen und Mädchen insbesondere haben großes Interesse, sich über ihre körperliche und auch psychosoziale Entwicklung zu informieren und sich mit den dazugehörigen Möglichkeiten und Problemen auseinander zu setzen.

Zwei verschiedene, ineinandergreifende Settings zu ärztlicher Prävention als Ergänzung elterlicher, schulischer und medialer Sexualaufklärung und Gesundheitsförderung haben sich innerhalb der letzten 10 Jahre erfolgreich etabliert: die Ärztliche Informationsstunde in der Schule mit Schwerpunkt Mädchen (vgl. Gille & Klapp, 2006; Klapp, 2016) und die Mädchensprechstunde in der frauenärztlichen Praxis (Gille, 2009). Beide gehen auf Initiativen der Non Governmental Organization (NGO) „Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung“ zurück.

## Die Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung (ÄGGF)

Die ÄGGF e.V. wurde bereits 1952 von der Gynäkologin Dr. med. Judith Esser Mittag als „Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung der Frau“ gegründet und ist seit 1956 als gemeinnütziger Verein anerkannt. Der unmittelbare Zweck der Arbeit ist, durch ärztliche Informationsstunden im Interesse der Gesundheit insbesondere Mädchen und junge Frauen zu beraten und zu gesundheitsbewusstem Handeln zu befähigen (vgl. [www.aeggf.de](http://www.aeggf.de)).<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Die ÄGGF initiierte und leitet/e auch Projekte wie „Interkulturelle Frauengesundheit“ zur frauenärztlichen Gesundheitsförderung für Migrantinnen und ihre Familien (vgl. Hinzpeter et al., 2010), „Ungeplant

Die Ärztinnen der ÄGGF arbeiten unter der Schirmherrschaft der gynäkologischen, urologischen und pädiatrischen Fachgesellschaften (DGGG, DGU und DGKJ). Die Finanzierung erfolgt durch Spenden und Zuwendungen, die sowohl aus dem öffentlichen Bereich, wie von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, dem Bundesministerium für Gesundheit, Landesärztekammern, Kultusministerien, wie auch aus verschiedenen Bereichen der Industrie und von schulischen Fördervereinen kommen. Die mitwirkenden Ärztinnen engagieren sich zum Teil ausschließlich in der ÄGGF-Arbeit, zum Teil neben ihrer Arbeit u.a. im Öffentlichen Gesundheitswesen, in Praxen oder Krankenhausstellungen. Sie erhalten ein kleines Honorar in Höhe einer Aufwandsentschädigung und leisten somit einen hohen ehrenamtlichen Anteil.

Seit der Gründung vor mehr als 60 Jahren hat die ÄGGF Kontakt zu mehr als 4.000 Schulen in 11 Bundesländern aufgebaut; ca.140.000 doppelstündige Veranstaltungen sind durchgeführt und weit mehr als 2 Millionen Kinder und Jugendliche erreicht worden. Aktuell geben mehr als 70 Ärztinnen der ÄGGF jährlich bis zu 8.000 Informationsstunden in Schulen, inklusive Berufsschulen, ab der 4. Klasse. 2015 nahmen 75.000 Schülerinnen an Informationsstunden teil. Die Nachfrage ist steigend.

### Setting Schule: Die Ärztliche Informationsstunde

Die Ärztinnen stellen ihre ärztliche Kompetenz – als Ergänzung und Brücke nach außen – der elterlichen und schulischen Sexualerziehung an die Seite: entwicklungsbegleitend und eingebettet in vielfältige Themen der sich erweiternden Lebenswelt (Klapp et al., 2005, Abbildung 1).

Die 90-minütigen Veranstaltungen werden primär geschlechtshomogen, teilweise aber auch koedukativ, abgehalten. Sie finden ohne Beisein von LehrerInnen und unter Zusicherung der ärztlichen Schweigepflicht statt. Sie sind an die Auffassungsgabe und den Bildungsstand (ggf. „einfache Sprache“) der Altersgruppe angepasst, und ganzheitlich eingebettet in den Lebens- und Erfahrungshintergrund der Zielgruppe (Klapp, 2016). Die Vermittlung der Inhalte erfolgt ideologiefrei und nach aktueller medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnis. Die Stunden sind strukturiert und semistandardisiert (Layer et al., 2004) und orientieren sich am Rahmenkonzept zur Sexualaufklärung der BZgA (BZgA, 2012).

schwanger – wie geht es weiter?“ zur Primär- und Sekundär-Prävention von Teenagerschwangerschaften (vgl. BZgA, 2015a) und „Schwanger! Mein Kind trinkt mit. Alkohol? Kein Schluck, kein Risiko“ zur Prävention des Fetalen Alkoholsyndroms (FASD) (vgl. [www.aeggf/unser-engagement/themen/fasd-praevention.de](http://www.aeggf/unser-engagement/themen/fasd-praevention.de)) – mit Förderung der EU, der BZgA bzw. des BMG.

Die Ärztinnen suchen die Schülerinnen und Schüler in ihrem Klassenverband auf, wo sie anschaulich über gesundheitlich relevante Themen mit dem Schwerpunkt Prävention in der Sexualität informieren. Daher sind die Themen gynäkologisch/urologisch ausgerichtet und ganzheitlich, sozialkompensatorisch an den vielfältigen Lebensweisen („diversity“) orientiert.

Verlässliches Wissen, in vertraulicher, leistungsfreier und nicht direkter Atmosphäre erworben, ist die Basis für Handlungssicherheit in Krisensituationen. Ärztinnen/Ärzte können hier als präferierte Wissensvermittler einen wichtigen Beitrag leisten (BZgA 2015b, Abbildung 2).

In den jüngeren Mädchenklassen geht es eher um Fragen zur körperlichen und psychosexuellen Entwicklung, Menstruation, Menstruationsprobleme – was ist noch „normal“? (Klapp, 2000) (Abbildung 3)

Bei den etwas älteren Schülerinnen wird u.a. über Schwangerschaftsverhütung, Prävention von Sexuell Übertragbaren Infektionen (STI), Krebsprävention bzw. -früherkennung und Sexualverhalten von Jugendlichen gesprochen. So bringt z.B. die Information Erleichterung, dass die wenigsten Mädchen mit 14 Jahren schon sexuell aktiv sind, obwohl es doch, wie sie es verstehen, „vom Gesetz her erlaubt ist“. Dies ist die Umdeutung des Gesetzes § 176 STGB, das sagt, dass sexuelle Handlungen an Jugendlichen unter 14 Jahren verboten/strafbar sind, und damit für manche Mädchen – unbeabsichtigt – Handlungsdruck bringt. So wird interpretiert, dass es also normal sei, mit 14 Jahren schon Sex zu haben, und sie dann eben nicht normal sind, wenn sie damit z.B. noch warten wollen, oder keine Gelegenheit dazu hatten.

Hier kann die ÄGGF nicht nur auf ihre eigenen langjährigen Erfahrungen, sondern auch auf Untersuchungen der BZgA zur Jugendsexualität zurückgreifen, die im Verlauf vieler Jahre zeigen, dass die sexuelle Aktivität sich altersmäßig in den letzten 10–20 Jahren kaum verändert hat. Es ist die Ausnahme, wenn 14-jährige Mädchen schon sexuell aktiv sind – nämlich aktuell zu 6% (Mädchen deutscher Herkunft) bzw. zu 4% (Mädchen mit Migrationshintergrund). Mit 16 Jahren ist es noch nicht einmal die Hälfte. Solche Tatsachen entlasten sehr – auch die Jungen, bei denen mit 14 Jahren nur 3% und auch mit 16 Jahren erst 39% aktiv sind. Frühere Annahmen, wonach immer mehr junge Menschen immer früher sexuell aktiv werden, bestätigten sich nicht, wie die neuesten BZgA-Ergebnisse zeigen (BZgA, 2015b, Abbildung 4). Die Daten zeigen übrigens auch, dass Jugendliche im Allgemeinen gut verhüten.

Kulturelle Unterschiede finden sich je nach Herkunft. Dies zeigen die aktuellen Ergebnisse der neuen BZgA Studie Jugendsexualität 2015. Waren es 1996–2004 noch zwischen 11 und 13% der Mädchen, die beim ersten Geschlechtsverkehr keine Verhütungsmittel benutzten, so



Abb. 2: Szene aus der Ärztlichen Informationsstunde in einer Schule

sind dies aktuell nur noch 8%, bei den Jungen war diese Verbesserung noch deutlicher: von bis zu 16% auf 6%. Im Langzeit-Verhütungsverhalten geben drei Viertel der Mädchen an „immer sehr genau auf Verhütung zu achten“, dies sind bei den Jungen mit 66% deutlich weniger (BZgA, 2015). Hier zeigt sich noch Optimierungsbedarf, dem die Ärztinnen in den schulischen Informations- und Beratungsstunden nachkommen.

Die Anregungen und Beratungen von Ärztinnen und Ärzten, die aus ihrem Erfahrungsbereich erwachsen sind und glaubwürdig dargestellt werden, werden von den SchülerInnen sehr gut angenommen. In zunehmend mehr Elternhäusern findet Sexualerziehung schon früh statt, und in den Schulen steht sie fest im Lehrplan. Aber es ist normal, dass Heranwachsende ihren Erlebnisbereich und schon gar die erwachende Sexualität zunehmend aus dem elterlichen Beobachtungs- und Einflussbereich zurückziehen (Löbner, 2013) und andere – mitunter fragwürdige – Informationsquellen nutzen.

Antworten auf ihre Fragen könnten Jugendliche natürlich auch in Broschüren oder im Internet finden, aber nur wenige können Gehörtes oder Gelesenes alleine zu verlässlichen Informationen verarbeiten. Hier genießt eine Ärztin, die sich zwei Schulstunden für die Klasse Zeit nimmt und Fragen kompetent beantwortet, großes Vertrauen. Oft bestehen die Jugendlichen darauf die Pause

Themen	≤ 10 Jahre	11-14 Jahre	15-18 Jahre	≥ 19 Jahre
Körperakzeptanz				
Pubertät				
Menstruation, Zyklus, Fruchtbarkeit				
Hygiene, Menstruationshygiene				
Zeugung, Schwangerschaft, Geburt				
Empfängnisverhütung	-			
Impfungen				
Sexuell übertragbare Infektionen STI	-			
J1, J2, Frauenarzt-, Urologenbesuch	-			
Krebsprävention, Krebsvorsorge	-			

Wichtiges Thema   
  Schwerpunktthema

Abb. 3: Themen in Abhängigkeit vom Alter (BZgA, 2015b)

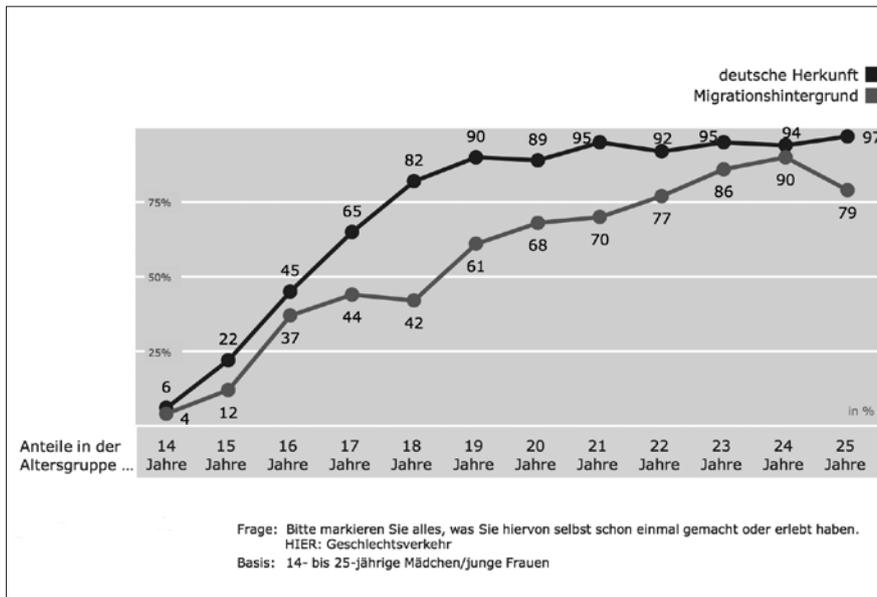


Abb. 4: Geschlechtsverkehr-Erfahrung von Mädchen/Frauen nach Alter (BZgA, 2015b)

durchzumachen, und immer wieder hören die ÄGGF-Ärztinnen die Frage: „Können Sie nicht bald wiederkommen?“ In einer Evaluation bestätigte das Robert-Koch-Institut der ÄGGF einen „signifikanten Erfolg“, sowohl bezüglich des Wissenszuwachses als auch bezüglich der Akzeptanz des Unterrichtsgesprächs (Gille et al., 2004).

Es kann nicht ausbleiben, dass die Ärztinnen in solchen Zusammenhängen immer wieder von Sorgen, Fragen und auch körperlichen, seelischen, und sexuellen Nöten erfahren, die die Möglichkeiten dieses Settings übersteigen und auch nicht mit einer Einzelberatung vor Ort zu lösen sind. Hier greift jetzt das Netzwerk, das sich jede mitarbeitende Ärztin nach den Gegebenheiten vor Ort aufgebaut hat: Beratungsstellen (Schwangerschaftskonflikt, Sucht, psychosoziale Probleme), Ärzte/Ärztinnen sowie PsychologInnen. Denn dies ist immer wichtiger Gesprächsinhalt: Wo gibt es Rat und Hilfe – akut oder für den Fall der Fälle (BZgA, 2015a). Zu empfehlen ist hier die BZgA Webseite für Jugendliche: [www.loveline.de](http://www.loveline.de).

## Angst vor dem Frauenarzt/der Frauenärztin

Ein immer wiederkehrender Punkt in den von ÄGGF-Ärztinnen besuchten Mädchenklassen ist das Thema Frauenarzt/-ärztin: „Wann ‚muss‘ man da hin, was wird dort gemacht, erfahren die Eltern, wenn man die Pille will, muss man gynäkologisch untersucht werden?“ Sehr oft können Brücken zum niedergelassenen Arzt/zur niedergelassenen Ärztin, ggf. auch Beratungsstellen gebaut werden: wenn z.B. ein Mädchen über eine seit Monaten bestehende Amenorrhoe berichtet; wenn gestern beim Sex das Kondom abgerutscht ist; wenn ein komischer Hautausschlag beunruhigt; wenn Regelbeschwerden immer wieder zu Fehlzeiten in der Schule führen; wenn die Richtigkeit der eigenen körperlichen Entwicklung angezweifelt wird; wenn eine ungeplante Schwangerschaft vermutet wird; wenn sexuelle Übergriffe stattgefunden

haben; wenn unklare Unterbauchschmerzen zunehmend Probleme machen und akut abklärungsbedürftig erscheinen und natürlich immer, wenn je nach Alter eine Jugendgesundheitsvorsorgeuntersuchung und/oder Impfung ansteht.

Angst vor dem Besuch beim Frauenarzt bzw. -ärztin ist schon seit vielen Jahren ein zentrales Thema in der Informationsstunde. Es kursieren viele Geschichten von ungunstigen, peinlichen und auch schmerzhaften Erfahrungen. Noch vor gut 10 Jahren war die Vermeidung einer solchen Situation eine wichtige Ursache für mangelnde Verhütung und eine hohe Teenagerschwangerschaftsrate. Junge Frauen haben sich oft erst deutlich nach ihrem sexuellen Debut und oft auch nur notgedrungen in einer frauenärztlichen Praxis vorgestellt und sich dann vorwiegend zur Verhütung untersuchen und beraten lassen. Zeit für Fragen gab es oft nicht und sie wurde auch nicht eingefordert.

## Initiative Mädchensprechstunde: Fortbildung für Gynäkologinnen und Gynäkologen

Schon lange sahen die Ärztinnen der ÄGGF den Bedarf, in Frauenarzt/-ärztinnenpraxen ein besonderes Angebot für Mädchen vorzuhalten – und vielen niedergelassenen Frauenärzten/-ärztinnen ging es ähnlich. Bereits in den 80er/90er Jahren gab es vereinzelte Initiativen, eine spezielle Teenager-Sprechstunde in der allgemeinen frauenärztlichen Praxis einzurichten. Die sollte neben und vor den spezialisierten kinder- und jugendgynäkologischen Angeboten stehen. Als dann durch gesellschaftlich akzeptierte frühere sexuelle Aktivität und „Freigabe“ der Pille immer mehr junge Frauen und Mädchen in die Sprechstunden kamen, fühlten viele Frauenärztinnen und -ärzte, dass sie deren Bedürfnissen oft nicht gerecht werden konnten – auch wegen Mangel an konkreter Fortbildung hierzu.

Die ÄGGF und ihr damaliger Vorstand waren maßgeblich daran beteiligt, als dann schließlich 2004 anlässlich der gestiegenen Schwangerschaftsabbruchraten bei unter 18-Jährigen die Idee einer systematischen Fortbildungsreihe für Frauenärzte/-ärztinnen als „Initiative Mädchensprechstunde“ Form annahm (Abbildung 5). Sie wurde mit den vielfältigen Erfahrungen und Anregungen aus der Ärztlichen Informationsstunde in Schulen angereichert – und 2005 erstmalig umgesetzt.

Dies geschah in enger Zusammenarbeit mit der Firma Grünenthal (heute mit Firma Gedeon Richter) und in Abstimmung mit dem Berufsverband der Frauenärzte (BVF). Es entstand ein fächerübergreifendes, thema-

tisch ganzheitlich über den Tellerrand schauendes Fortbildungskonzept – dessen Erfolg sich in der günstigen Entwicklung zur Verhütung und damit auch weniger Schwangerschaftsabbrüchen in dieser Altersklasse zeigte.

Aus den Anfängen 2005 ist eine regelrechte Bewegung geworden: In verschiedenen größeren Städten mit jährlich 4–6 Veranstaltungen werden inzwischen bis zu 500 Ärztinnen und Ärzte erreicht. Wenn man die „Mehrfachnutzer“ berücksichtigt, die sich im Lauf der Jahre immer wieder zu den unterschiedlichen Themenschwerpunkten angemeldet haben, konnten hier seit Beginn weit über 3.000 Frauenärzte und Frauenärztinnen ihre Erfahrungen austauschen und neue Einsichten gewinnen. Interessanter- und bedauerlicherweise waren hier die Männer bislang deutlich in der Minderzahl.

Seit 2013 bietet die ÄGGF hier parallel eine Fortbildung für die medizinischen Fachangestellten (MFA) an, denn das ganze Team – Ärztin/Arzt und MFA – muss überzeugt sein. Die Praxisatmosphäre – „Ihr seid uns hier und jetzt besonders willkommen“ – beginnt bzw. steht und fällt bei der Anmeldung.

Im Vordergrund der Motivation zum Aufbau einer Mädchensprechstunde sollten Freude, professionelle Neugier, Empathie und die Bereitschaft stehen, sich auf das jeweilige Mädchen und dessen Bedürfnisse und Erwartungen einzulassen, und dabei die eigenen Erwartungen und das persönliche Verhalten kritisch zu reflektieren. Auf die Zielgruppe zugeschnittene Literatur, Poster und Broschüren, Menstruationsartikel wie Mini- oder Normal-Tampons, Binden und Slipeinlagen auf der Toilette unterstreichen, dass man die Bedürfnisse dieser Altersgruppe kennt und ernst nimmt (Voß-Heine, 2005).

Verhütung ist der häufigste Grund für das Aufsuchen einer frauenärztlichen Praxis, wobei der Anlass bei gut einem Fünftel auch erst nach dem „ersten Mal“ genutzt wurde (Abbildung 6).

Aber mit ausschließlich verhütungszentrierter Aufklärung würden wir den tatsächlichen Bedürfnissen von Mädchen nicht gerecht. Vielmehr brauchen sie Handlungskompetenz, die auf einem stabilen Körpergefühl und Akzeptanz der Körpersignale und der Äußerungen des weiblichen Körpers aufbaut. So kann und sollte die Aufnahme sexueller Beziehungen einen Schritt in Richtung Autonomie darstellen und die Verschreibung der Pille Selbstbestimmung und nicht Fremdbestimmung durch Mutter, Freund, Medien oder gar den Frauenarzt/die Frauenärztin symbolisieren (Klapp & Rauchfuß, 2005).

Kompetenz und Eigenverantwortung zu stärken ist nicht nur wichtig, um den Gefahren einer früh beginnenden, ungeschützten Sexualität zu begegnen. Im Alter zwischen 10 und 16 Jahren beginnen sich auch andere gesundheitsschädigende Verhaltensweisen wie Rauchen, Essstörungen, Alkoholmissbrauch, Drogenkonsum so-

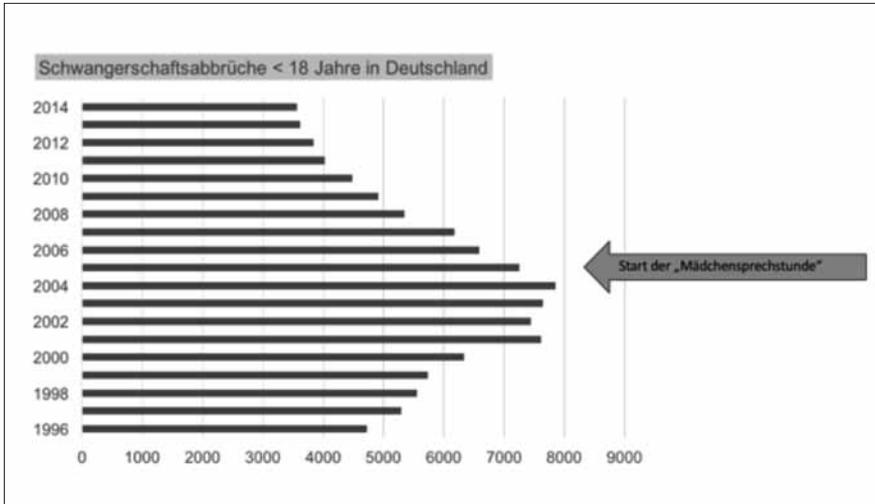


Abb. 5: Schwangerschaftsabbrüche bei < 18 jährigen 1996–2014 (Quelle: www.destatis.de)

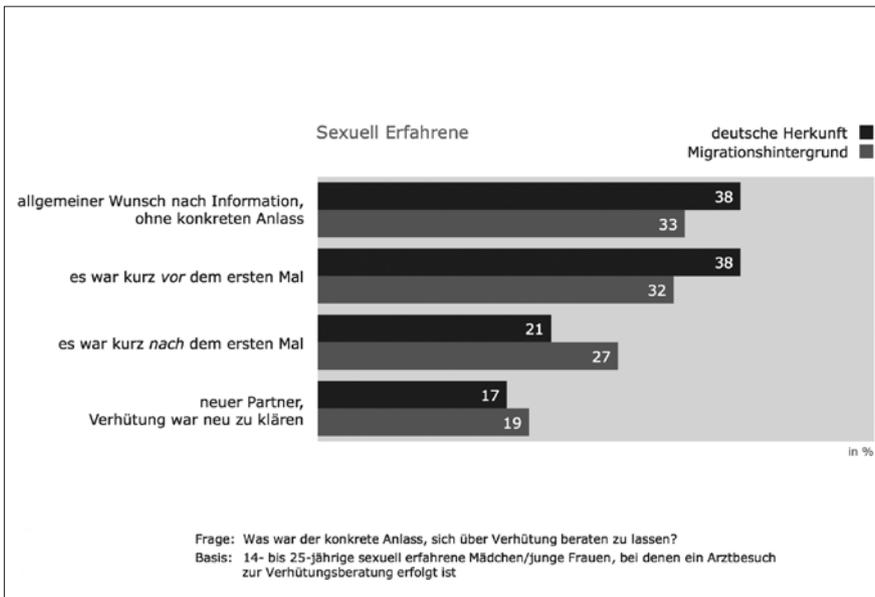


Abb. 6: Anlass für das Aufsuchen ärztlicher Verhütungsberatung (BZgA, 2015b)

wie Gleichgültigkeit gegenüber Impfungen (Gille, 2009; Klapp & Rauchfuß, 2005) zu manifestieren. Auch in diesem Zusammenhang ist der frühzeitige Aufbau einer vertrauensvollen Arzt/Ärztin-Patientin-Beziehung wichtig, zumal Mädchen in diesem Alter meist auch keine kinder- und jugendärztliche Anbindung mehr haben.

### Die frauenärztliche Fortbildung „Initiative Mädchensprechstunde“

In den ärztlichen Fortbildungen der „Initiative Mädchensprechstunde“ wird know how vermittelt, das es Frauenärztinnen/-ärzten erleichtert, Mädchen mit ihren unterschiedlichen Temperamenten, Erwartungen und Bedürfnissen gerecht zu werden und dafür zu sorgen, dass die Gesprächsinhalte gut angenommen werden. Dies ist ein wichtiger Beitrag, damit Jugendliche ihren Körper besser verstehen und schützen lernen.

### Ganzheitlicher Ansatz – Vielfältige Themen

Basale Themen wie Organisation einer Mädchensprechstunde und deren inhaltliche Ausrichtung, sowie die passende stimmige Kommunikation und die rechtliche Situation bei der Beratung und Behandlung Minderjähriger stehen zu Beginn der Weiterbildung im Vordergrund und werden immer wieder aufgefrischt. Inzwischen sind – auch auf Wunsch der TeilnehmerInnen – noch viele andere Themenbereiche hinzugekommen: dies sind genuin gynäkologische wie Blutungsstörungen, Dysmenorrhoe, hormonelle Störungen, STI (vorwiegend Chlamydien – vgl. Griesinger et al., 2007 – HIV, HPV) und Verhütung, zusätzlich Essstörungen, Infektionen, Impfen, Verdacht auf Gewalterfahrung, Adipositas, und vieles andere mehr. Diese Themen wurden/werden in Form eines Vortrags bzw. interaktiven Seminars angeboten oder in workshops erarbeitet.

## Kommunikation: „Wie kann man mit Mädchen reden?“

Für die Umsetzung der Mädchensprechstunde in der gynäkologischen Praxis gibt es im Fortbildungskurs u.a. Tipps zur Kommunikation (Klapp & Rauchfuß, 2005) – von der Terminanfrage und dem ersten Erscheinen der jungen „Patientin“ bis zum Beratungsgespräch. In diese Inhalte gehen viele Erfahrungen mit und Rückmeldungen von Mädchen aus der ÄGGF-Arbeit in Schulen, aber auch Praxiserfahrungen von Ärztinnen und Ärzten ein.

## Anmeldung

Die medizinische Fachangestellte (MFA) hat hier eine Schlüsselposition. Freundlichkeit und Geduld helfen, die Aufregung der jungen Anruferin zu dämpfen, und machen es möglich, wichtige Information bereits im Vorfeld zu bekommen. Vorab-Informationen zum Alter und dem genauen Grund für den Besuchswunsch lassen abschätzen, wie dringlich der Termin ist, ob zeitnahes Handeln, wie z.B. für die „Pille danach“ oder die Feststellung einer Schwangerschaft, anliegt.

Die MFA sollte anregen, einen eventuell vorhandenen Regelkalender, gern auch einen Fragezettel mitzubringen und anbieten, sich von einer Person ihres Vertrauens begleiten zu lassen. Ein kurzes Skizzieren des Ablaufs entlastet: „Erst findet ein Gespräch statt und dann kann, wenn es nötig erscheint und gewünscht wird, eine vorsichtige Untersuchung folgen, bevor ein abschließendes Beratungsgespräch geführt wird.“ Dass oft aus (vorschneller) Rücksicht auf das Mädchen keine Untersuchung angeboten wird, kann nämlich auch zur Enttäuschung führen, weil diese eigentlich erwartet wurde, das Mädchen sich dazu „durchgerungen“ hat und die erhoffte Bestätigung, dass alles „normal“ ist, damit verbunden wird (Voss-Heine, 2005).

## Die Mutter als Begleiterin

Wenn die Mutter im Sprechzimmer dabei sein möchte, kann dies für sehr junge und ängstliche Mädchen eine Hilfe sein. Sexualität ist aber auch ein Zeichen des Aufbruchs. Sie zieht eine Grenze zwischen Eltern und ihren Kindern (Löbner, 2013). Bei allem Kontrollbedürfnis und auch dem verständlichen Wunsch, die Tochter zu beschützen: die meisten Mädchen können im geschützten Rahmen der Praxis diese neuen Erfahrungen allein machen.

## Gesprächseinstieg

Manche Mädchen sprudeln von sich aus einfach heraus, andere sind erst einmal abwartend oder verlegen, und wissen nicht, wie sie anfangen sollen. Wenn das Mädchen nicht von sich aus ein Anliegen nennt, ist z.B. folgende Formulierung hilfreich: „Mädchen deines Alters kommen aus ganz verschiedenen Gründen zu mir: z.B. weil sie wissen wollen, ob das, was bei ihnen in der Pubertät passiert, normal ist; oder weil sie Probleme mit ihrem Körper allgemein oder der Regel haben, vielleicht eine Entzündung vermuten, weil sie die Pille wollen, oder ganz einfach weil sie Fragen zur Entwicklung haben – wie ist es bei Dir?“ Der Tenor der Botschaft soll sein: „Es geht vielen Mädchen so, dass sie Fragen haben; es kommen deshalb öfter Mädchen zu mir, du bist also nicht unnormale mit deinen Fragen und Problemen.“

## Das Gespräch

Mädchen sollten die frauenärztliche Praxis als Anlaufstelle für Informationen erleben, die helfen, scheinbar Unerklärliches erklärbar, begreifbar und umsetzbar zu machen, und ihnen somit bei all den Anpassungsanforderungen dieses Alters wieder ein Stück mehr Situationskontrolle ermöglicht. So kann z.B. die Erklärung, dass man auch als „Jungfrau“ ab der ersten Regel Tampons verwenden darf und wie man diese benutzt, ein Stück praktischer Lebenshilfe sein. Die offene Frage: „Wie gut kommst Du mit der Regel zurecht?“ kann ein Gespräch hierzu einleiten. Bildtafeln und ein Beckenmodell, an dem die Größe und Lage des inneren und äußeren Genitales gezeigt werden können, Fotos oder Zeichnungen zu den verschiedenen Formen des Hymens, ebenso wie Papier für einfache Skizzen, sollten griffbereit auf dem Besprechungstisch liegen.

Damit ein Gespräch nicht ausufert, kann es allen Beteiligten helfen, den Zeitrahmen früh zu klären („ich kann mir heute für dich/Sie so und so viel Zeit nehmen“), und deutlich zu machen, dass dies nicht das einzige Gespräch sein muss. Wenn noch Fragen ungeklärt sind, wird ein neuer Termin ausgemacht oder, wenn nötig, ein Hinweis gegeben, an wen und wohin sich das Mädchen wenden kann. Bei kurzen Antworten lohnt es sich oft, nachzufragen, um das Ausmaß der subjektiven Beeinträchtigung zu erfahren.

Die Ärztin bzw. der Arzt soll vermitteln, dass sie/er die Fragen und Sorgen ernst nimmt und als wichtig schätzt. Es kann durchaus sein, dass dieses Angebot nicht gleich aufgegriffen wird, aber es bleibt im Kopf und manchmal ist allein das Gefühl, es wäre möglich, hier über wirkliche Probleme zu sprechen, ausschlaggebend, sich gerade hier Hilfe zu holen.

## Zur Verhütung und ihrem möglichen Misslingen

Der Arzt/die Ärztin sollte die Wichtigkeit der Verhütung unterstreichen. Eine mögliche Formulierung wäre: „Es ist sehr verantwortungsvoll, dass du dich um Verhütung kümmerst und ich möchte dich dabei beratend unterstützen, rechtzeitig, wenn es für Dich in Ordnung ist, und du dich soweit fühlst, einem Partner so viel Nähe zu geben.“ Gleichzeitig heißt es, die Angst vor Pannen – dem abgerutschten Kondom oder der vergessenen Pille – zu mindern, mit dem Anbot der ärztlichen Beratung und dem Wissen um die rezeptfreie „Pille danach“ als Notfallverhütung.

## Feedback der Mädchen

Mädchen fühlen sich bei niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen, die eine Mädchensprechstunde anbieten, gut und kompetent unterstützt („das war voll in Ordnung“, „man brauchte keine Angst zu haben“, „es war alles gut erklärt“, „ich brauchte gar nicht auf den Stuhl“, „da gehe ich wieder hin“, „die Untersuchung auf dem Stuhl war gar nicht so schlimm“).

## Fazit

Seit mehr als 10 Jahren schreibt die Initiative Mädchensprechstunde mit ihrem Fortbildungskonzept eine „Erfolgsstory“ – diese ist nicht nur an der großen Zahl weitergebildeter Kolleginnen und Kollegen und ihrer MFAs ablesbar, sondern auch an den Rückmeldungen, die wir von den Mädchen selbst bekommen. Die gynäkologische Praxis wird zunehmend als geschützter Raum wahrgenommen, wo man hingehen kann, auch wenn man nur ein paar Fragen hat und wo man sich dann, wenn es „ernst“ wird, gut aufgehoben weiß. Inzwischen hat sich ein großer Teil der ärztlichen TeilnehmerInnen mit ihrem Praxisangebot im PLZ-Suchsystem der website [www.maedchensprechstunde.de](http://www.maedchensprechstunde.de), die von Gedeon Richter Pharma herausgegeben wird, eingetragen, so dass Mädchen selbständig klären können, wo es ein solches Angebot möglichst wohnortnah gibt.

Die Basis hierzu wurde und wird durch die Ärztlichen Informationsstunden der ÄGGF in den Schulen gelegt. Junge Menschen fühlen sich wertgeschätzt, wenn eine solche Ärztin zu ihnen in die Schule kommt und für ihre Themen und oft unausgesprochenen Fragen und Bedürfnisse Zeit hat. Fast 30% nennen Arzt oder Ärztin als präferierte Partner für Wissensvermittlung – noch weit vor LehrerInnen und Beratungsstellen (BZgA, 2015b).

Die Informationen der ÄGGF-Ärztinnen hierzu werden verstanden und lange behalten. Sie erweitern die Handlungskompetenz und unterstützen die Selbstwirksamkeit – das schafft eine gute Grundlage für Prävention im Rahmen sexueller und reproduktiver Gesundheit.

Diese aufsuchende, entwicklungsbegleitende Prävention kommt bei den Heranwachsenden, aber auch bei LehrerInnen und Eltern sehr gut an. Der Erfolg dieser strukturierten ärztlichen Informationsstunden ist in Evaluationen mehrfach als signifikant belegt. Das Ziel ist ein flächendeckendes Angebot in verschiedenen Altersstufen in allen Schultypen. Die Nachfrage übersteigt bei weitem die finanziellen Möglichkeiten des auf Spenden und Zuwendungen angewiesenen gemeinnützigen Vereins. Ein vielfach nachgefragtes entsprechendes Projekt mit Jungen in der Schule (Pilot in Bayern) wurde gerade erfolgreich evaluiert, ein vergleichbares zur Jungensprechstunde in der urologischen Praxis ist in Vorbereitung (Kramer, 2015).

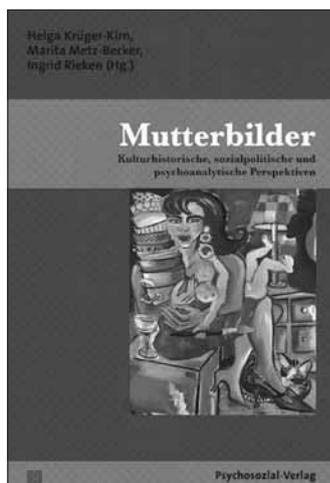
## Literatur

- Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e.V. <http://www.aeggf.de/unser-engagement/themen/fascd-praevention/>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2012. Rahmenkonzept zur Sexualaufklärung (18.10.2012), 1–20. <http://www.bzga.de/infomaterialien/sexualaufklaerung/rahmenkonzept-zur-sexualaufklaerung>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2015a. Ungeplant schwanger – wie geh es weiter? Online verfügbar unter <http://www.forschung.sexualaufklaerung.de/4913.html>.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2015b. Jugendsexualität. Die Perspektive der 14–25 Jährigen. Online verfügbar unter <http://www.forschung.sexualaufklaerung.de/fileadmin/fileadmin-forschung/pdf/Jugendendbericht%2001022016%20.pdf>.
- Gille, G., 2009. Die „Initiative Mädchen-Sprechstunde“ – Wo liegt ihr Stellenwert? *Gynäkologische Praxis* 33, 297–306.
- Gille, G., Klapp, C., 2006. Frauenarzt und Schule. *Frauenarzt* 47, 8.
- Gille, G., Klapp, C. et al., 2004. Evaluation des Präventionskonzeptes der Ärztlichen Gesellschaft zur Gesundheitsförderung der Frau (ÄGGF). *Prävention* 3, 85–88.
- Griesinger, G., Gille, G. et al., 2007. Sexual behaviour and Chlamydia trachomatis infections in German female urban adolescents. *Clinical Microbiology and Infection* 13 (4), 436–439. Online verfügbar unter <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-0691.2006.01680.x/full>.
- Heusinger, K., 2014. Chlamydien-Screening. In: Oppelt, P. et al. (Hg.), *Kinder- und Jugendgynäkologie. Mädchen sind anders*. Thieme, Stuttgart.
- Hinzpeter, B., Layer, C. et al., 2010. Wir müssen die Frauen erreichen – in unserer oder in ihrer Sprache. Ärztliche Präventionsgespräche mit Frauen aus Drittstaaten – Erfahrungen mit einem EU-geförderten Projekt. *Der Gynäkologe* 43 (4), 355–360.
- Gedeon Richter Pharma GmbH (Hg.), o.J. Initiative Mäd-

- chensprechstunde: Portal für die Jugendlichen. Online verfügbar unter [www.maedchensprechstunde.de](http://www.maedchensprechstunde.de).
- Klapp, C., 2000. Willkommen im Club der Frauen. Beratungsbedarf junger Mädchen zu Beginn der Pubertät. Korasion 1. Online verfügbar unter <http://www.kindergynaekologie.de/fachwissen/korasion/2000/beratungsbedarf-junger-maedchen-zu-beginn-der-pubertaet>.
- Klapp, C., 2016. „Aber – wissen die nicht schon alles?“ Ärztliche Präventionsangebote an Berliner Schulen. Berliner Ärzte, 1, 25–27.
- Klapp, C., Gille, G. et al., 2005. Der präventiv-ärztliche Blick auf Risiken in der Sexualität junger Mädchen – wie wirksam ist Aufklärung? Psychomed 17 (3), 132–139.
- Klapp, C., Rauchfuß, M., 2005. Gesprächsführung in der Mädchensprechstunde. Frauenarzt 46 (9), 778–785.
- Kramer, H., 2015. Jungengesundheitsförderung – Vom Jungen zum Mann – gesund erwachsen werden. UroForum 4, 41–43.
- Layer, C., Gille, G. et al., 2004. Prävention der Hepatitis B bei Jugendlichen. Medizinische Klinik 12, 703–707.
- Löbner, I., 2013. Körpererleben und Sexualität im Kindes- und Jugendalter. Jugendliche in der Pubertät. 3. Aufl., edition walbaum, Reutlingen.
- Voß-Heine, I., 2005. Mädchen-Sprechstunde – Teil 2. Frauenarzt 46, 6.

#### AutorInnen

- Dr. med. Christine Klapp, Oberärztin der Klinik für Geburtsmedizin Charité Centrum 17, Frauen-, Kinder- & Jugendmedizin mit Perinatalzentrum & Humangenetik, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin, Vorstandsmitglied, Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung (ÄGGF e.V., [www.aeggf.de](http://www.aeggf.de)), e-mail: [klapp@aeggf.de](mailto:klapp@aeggf.de) bzw. [christine.klapp@charite.de](mailto:christine.klapp@charite.de)
- Dr. med. Cordula Layer, Vorstandsvorsitzende, Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung, Pickhuben 2, 20457 Hamburg
- Dr. med. Heike Kramer, Vorstandsmitglied, Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung, Pickhuben 2, 20457 Hamburg
- Andrea Mais, Ärztin, Vorstandsmitglied, Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung, Pickhuben 2, 20457 Hamburg



**Helga Krüger-Kirn, Marita Metz-Becker, Ingrid Rieken (Hg.)**  
**Mutterbilder – Kulturhistorische, sozialpolitische und psychoanalytische Perspektiven**  
 Forum Psychosozial – Psychosozial-Verlag 2106  
 200 Seiten, br., 24,90 €

Das Bild der Mutter ist sowohl traditionell geformt als auch einem stetigen Wandel unterworfen. Kulturelle Ideale und Leitbilder sowie das individuelle Selbstverständnis prägen unser Bild von Mutterschaft. Vor diesem Hintergrund ist zu fragen: Wie „natürlich“ sind Muttersein und Mutterliebe? Wie wirken sich gesellschaftliche Anforderungen – zum Beispiel die Vereinbarkeit von Beruf und Familie – auf die Rolle der Frau und Mutter und die neu zu definierende Rolle des Vaters aus? Die Autorinnen gehen diesen Fragen nach und beleuchten sowohl die historische Dimension der jeweiligen Mutterbilder als auch gegenwärtige Probleme und Phänomene des Mutterschaftsmythos. Sie hinterfragen Stereotype und Familienleitbilder, untersuchen die körperlichen und psychischen Dimensionen von Mutterschaft und zeigen Handlungsspielräume und Gestaltungsmöglichkeiten für selbstbestimmtes Mutter- und Vatersein auf.



Neele Reiss /  
Friederike Vogel /  
Claudia Knörnschild

### **Schematherapie bei Patienten mit aggressivem Verhalten**

Ein Therapieleitfaden  
(Reihe: „Therapeutische Praxis“)  
2016, 181 Seiten,  
Großformat, inkl. CD-ROM,  
€ 39,95 / CHF 48.50  
ISBN 978-3-8017-2622-5  
Auch als eBook erhältlich

Das Buch beschreibt praxisorientiert die schematherapeutische Arbeit mit Patienten mit aggressiven Verhaltensmustern. Für die spezielle Klientengruppe werden moduspezifische Interventionen, wie z.B. imaginatives Überschreiben, empathische Konfrontation von Bewältigungsmodi und Stuhl-Techniken, beschrieben.



Christian Stiglmayr / Hans Gunia

### **Dialektisch- Behaviorale Therapie (DBT) zur Behandlung der Borderline-Persön- lichkeitsstörung**

(Reihe: „Therapeutische Praxis“)  
2017, 165 Seiten,  
Großformat, inkl. CD-ROM,  
€ 49,95 / CHF 65.00  
ISBN 978-3-8017-2424-5  
Auch als eBook erhältlich

Das Therapiemanual beschreibt erstmals ausführlich das konkrete therapeutische Vorgehen innerhalb der ambulanten DBT. Anhand zahlreicher Beispieldialoge wird das therapeutische Vorgehen in den einzelnen Sitzungen detailliert beschrieben.



Rainer Sachse / Meike Sachse /  
Jana Fasbender

### **Grundlagen Klärungsorientierter Psychotherapie**

2016, 171 Seiten,  
€ 24,95 / CHF 32.50  
ISBN 978-3-8017-2789-5  
Auch als eBook erhältlich

Das vorliegende Buch stellt die Rahmenkonzeption der Klärungsorientierten Psychotherapie (KOP) dar: Die grundlegenden Prinzipien, Vorgehensweise und Strategien, die zum Verständnis des Ansatzes erforderlich sind. Es stellt Anwendungsgebiete von KOP dar sowie die störungsspezifischen Varianten.



Rainer Sachse /  
Stefanie Kiszkenow-Bäker /  
Sandra Schirm

### **Klärungsorientierte Psychotherapie der zwanghaften Persönlichkeitsstörung**

(Reihe: „Praxis der Psychotherapie  
von Persönlichkeitsstörungen“,  
Band 7). 2015, 100 Seiten,  
€ 22,95 / CHF 29.90  
ISBN 978-3-8017-2713-0  
Auch als eBook erhältlich

Therapeuten erhalten durch diesen Band ein vertieftes Verständnis der Problematik von Klienten mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung und erfahren, wie man ihnen helfen kann, ihre Lebensqualität deutlich zu erhöhen.

# Jung, schüchtern, ungeküsst? – Erste sexuelle Erfahrungen von Jugendlichen mit Beeinträchtigungen\*

Anja Seidel, Laura Retznik

## Young, Shy, Never Been Kissed? – Adolescents with Disabilities and Their First Sexual Experiences

### Abstract

In 2010 the Federal Center for Health Education in Germany commissioned the pilot study „Youth Sexuality and Disability“ with the goal of developing and implementing scientifically valid, appropriate sex education for adolescents with disabilities. A survey of adolescents with visual, hearing and physical impairment was carried out in special schools in Saxony between December 2010 and May 2011. It was the first German study to use a survey instrument which was specially adapted to question adolescents with disabilities about their sexuality. The present article analyses in detail the first sexual experiences of these adolescents and compares the results with national and international research findings as well as with adolescents without disability. The results indicate that adolescents with disabilities have less sexual experience than adolescents without disabilities. These findings can be explained not only as the consequence of their individual physical disadvantages, but also as the result of major social barriers which still exist in Germany for people with disabilities. The still prevalent separation of adolescents with disabilities in special schools and their reduced mobility lead to less sexual experience and sexual self-determination. **Keywords:** Sexuality, Impairment, Disability, Adolescents, Sexual behavior

### Zusammenfassung

2010 gab die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die Pilotstudie „Jugendsexualität und Behinderung“ in Auftrag mit dem Ziel, wissenschaftlich abgesicherte zielgruppengerechte Sexuaufklärung für Jugendliche mit Beeinträchtigungen zu entwickeln und bereitzustellen. In dieser zwischen Dezember 2010 und Mai 2011 an Förderschulen in Sachsen durchgeführten Studie wurden erstmals Jugendliche mit Seh-, Hör- und körperlicher Beeinträchtigung mit einem speziell

angepassten Erhebungsinstrument zu ihrer Sexualität befragt. Der vorliegende Beitrag fokussiert auf die ersten sexuellen Erlebnisse von Jugendlichen mit Beeinträchtigungen. Die in der Pilotstudie gestellten Fragen werden schwerpunktmäßig analysiert und die Ergebnisse mit dem nationalen und internationalen Forschungsstand sowie mit Gleichaltrigen ohne Beeinträchtigungen verglichen. Die Ergebnisse zeigen, dass Jugendliche mit Beeinträchtigungen sexuell unerfahrener sind als Jugendliche ohne Beeinträchtigungen. Die gesellschaftlichen Behinderungen, die eine individuelle Beeinträchtigung nach sich zieht, sind weiterhin groß. So tragen beispielsweise die Separierung in Förderschulen und die eingeschränkte Mobilität der Jugendlichen mit Beeinträchtigung dazu bei, dass sie weniger sexuelle Erfahrungen sammeln können und in ihrer sexuellen Selbstbestimmtheit eingeschränkt werden.

**Schlüsselwörter:** Sexualität, Beeinträchtigung, Behinderung, Jugendliche, Sexualverhalten

## Einleitung

Die gesellschaftliche Einstellung gegenüber Menschen mit Beeinträchtigungen, ihren Rechten und ihrer Sexualität unterlag in den letzten drei Jahrzehnten einem steten Wandel.<sup>1</sup> Bis in die 1990er Jahre hinein wurden Menschen mit Beeinträchtigungen im Allgemeinen nicht als sexuelle Wesen, sondern als kindlich und unschuldig wahrgenommen (vgl. Stevens et al., 1996; Suris et al., 1996; Joyner et al., 1998). Sie wurden auf ihre fehlenden Fähigkeiten reduziert, und aufgrund der vorherrschenden defizitären Sichtweise blieb ihr Bedürfnis nach Partnerschaft und Sexualität unberücksichtigt. Es herrschte die Annahme, dass Sexualität und das Eingehen in eine Partnerschaft aufgrund ihrer Beeinträchtigung für sie kein wichtiges Anliegen wäre (vgl. Specht, 2010; Berman et al., 1999; Alemu & Fantahun, 2011).

<sup>1</sup> In diesem Beitrag wird durchgängig der Begriff „Beeinträchtigung“ genutzt, wenn auf die körperliche Funktionseinschränkung hingewiesen wird. Der Begriff „Behinderung“ wird nur dann benutzt, wenn Menschen mit Beeinträchtigung aufgrund sozialer und räumlicher Barrieren daran gehindert werden, gleichberechtigt am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen oder wenn von rechtlichen Grundlagen oder Eigennamen wie „Schule für Blinde und Sehbehinderte“ die Rede ist, da hier der Begriff „Behinderung“ noch Anwendung findet.

\* Unter Mitarbeit von Sabine Wienholz, Dr. Marion Michel, Dr. Ines Conrad und Prof. Dr. Steffi G. Riedel-Heller. Die Grundlage der hier dargestellten Ergebnisse bildet die Pilotstudie „Jugendsexualität und Behinderung“ (BZgA, 2013), der auch die Tabellen und Grafiken entnommen worden sind.

Erst in den 1980er/1990er Jahren wurden durch die Öffentlichkeitsarbeit von Selbsthilfegruppen Missstände öffentlich thematisiert mit dem Ziel, die Sichtweise auf Menschen mit Beeinträchtigungen zu verändern. Dabei war die Erkenntnis zentral, dass sie sich nicht in ihren Bedürfnissen von anderen Menschen unterscheiden, sondern in ihren Möglichkeiten, diese Bedürfnisse umzusetzen. Es kam zu einem entscheidenden Perspektivenwechsel: Menschen mit Beeinträchtigungen wollten nicht mehr nur als Objekte der Fürsorge betrachtet werden, sondern als selbstbestimmte Subjekte. Ihre Beeinträchtigung sollte als eines von vielen Wesensmerkmalen innerhalb ihrer gesamten Persönlichkeit begriffen werden. Die Umsetzung dieses offeneren Umgangs mit Sexualität und Partnerschaft erwies sich und erweist sich noch heute wegen der langanhaltenden Tabuisierung als eine schwierige Aufgabe (vgl. Berman et al., 1999; Arnade, 2010; Specht, 2010). Trotz der Fortschritte existieren noch soziale Normen und Befangenheiten hinsichtlich der Sexualität von Menschen mit Beeinträchtigungen. So werden sie daran gehindert, ein gesundes Körpergefühl zu entwickeln und Partnerschaften einzugehen.

Sexuelle Selbstverwirklichung und Selbstbestimmung ist aber ein Grundrecht, das für alle Menschen gleich gilt (vgl. IPPF, 1996). Dies wurde auch durch das UNO-Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) bestätigt, welches 2009 in Deutschland ratifiziert wurde. Das Ziel der UN-BRK ist die uneingeschränkte Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen an allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens. Im Artikel 23 der UN-BRK wird das Recht auf sexuelle Selbstverwirklichung und Selbstbestimmung, Partnerschaft und Elternschaft als Grundrecht formuliert (BMAS, 2011, 34). Die UN-BRK war das erste internationale Dokument, welches die Behindertenpolitik konsequent aus einer Menschenrechtsperspektive betrachtet. Durch sie konnte endlich der Paradigmenwechsel dahin vollzogen werden, dass Menschen mit Beeinträchtigungen nicht länger als PatientInnen, sondern als BürgerInnen betrachtet werden, für die alle Menschenrechte genauso gelten wie für alle anderen Menschen auch (vgl. Arnade, 2010).

## Aktuelle Studienlage

Bisher gibt es auch international nur wenige Studien, die das Thema sexuelle Erfahrungen von Menschen mit Beeinträchtigungen untersuchen. Die wenigen existierenden Studien beschränken sich hauptsächlich auf Menschen mit Seh- (vgl. Hicks, 1980; Kef & Bos, 2006; Pinquart & Pfeiffer, 2012) oder körperlichen Beeinträchtigungen (vgl. Berman et al., 1999). Spezifische körperliche Erkrankungs- bzw. Beeinträchtigungsformen wie Spina Bifida

(vgl. Verhoef et al., 2005) oder Zerebralaparese (vgl. Wiegerink et al., 2010) werden häufiger untersucht.

In ihrer Studie zu blinden niederländischen Jugendlichen kamen Kef & Bos (2006) zu dem Ergebnis, dass die blinden ProbandInnen weniger sexuelle Erfahrungen hatten als die ohne Beeinträchtigungen, und bei ihren ersten Erfahrungen auch älter waren. Dieses Resultat wurde begründet mit den Schwierigkeiten von Jugendlichen mit Sehbeeinträchtigung mit ihrer Außenwelt in Verbindung zu treten, sowie mit ihrer eingeschränkten Mobilität – Probleme, worauf Susan Hicks in den 1980er Jahren aufmerksam gemacht hat (Hicks, 1980, 166ff). Die deutsche Studie von Pinquart & Pfeiffer (2012) ergab, dass Jugendliche mit Sehbeeinträchtigung bei der Aufnahme der ersten Partnerschaft zwar älter waren als sehende Heranwachsende, sich jedoch hinsichtlich des Zeitpunktes des ersten Geschlechtsverkehrs nicht unterschieden. Sie suchten sich zudem häufiger PartnerInnen, die ebenfalls eine Sehbeeinträchtigung aufwiesen (143).

Die niederländische Untersuchung von Wiegerink et al. (2006) über die sexuellen Beziehungen von Jugendlichen mit zerebraler Lähmung zeigte, dass die Betroffenen weniger Partnerschaften eingingen als Gleichaltrige, weil sie weniger sexuelles Selbstvertrauen besaßen. Eine spätere Studie von Wiegerink et al. (2010) beobachtete bei Jugendlichen mit Zerebralaparese eine geringere Aktivitätsrate bei gleichem Interesse an Sexualität (1423ff). Die Studie von Michel et al. (2003) kam zu dem Ergebnis, dass Eltern von Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen das Lebensziel Partnerschaft für ihre Kinder als weniger bedeutsam ansehen, da sie größere Schwierigkeiten beim Ablösungsprozess ihrer Kinder aus dem Elternhaus haben (175f). Zudem gaben insbesondere Kinder und Jugendliche mit körperlicher Beeinträchtigung an, am meisten mit einem Elternteil ihre Freizeit zu verbringen und weniger Kontakte mit Gleichaltrigen zu haben (132). Die Untersuchung von Seidel et al. ergab, dass das Angebot der Sexualaufklärung von dem Schweregrad der körperlichen Beeinträchtigung beeinflusst wird: Umso schwerwiegender die körperliche Beeinträchtigung bei den Jugendlichen, desto weniger wird ihnen Sexualaufklärung überhaupt angeboten (Seidel et al., 2014, 439).

## Das Pilotprojekt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) untersucht seit 1980 in regelmäßigen Abständen die Einstellungen und das Sexualverhalten von Jugendlichen im Alter zwischen 14 und 17 Jahren in der Bundesrepublik. Um auch gültige Aussagen zur Sexualität junger

Menschen mit Beeinträchtigungen treffen zu können, gab die BZgA 2010 die Pilotstudie „Jugendsexualität und Behinderung“ in Auftrag (BZgA, 2013). Diese Studie wurde zwischen 2010 und 2012 am Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health der Universität Leipzig von Sabine Wienholz, Anja Seidel und Marion Michel unter der Leitung von Steffi G. Riedel-Heller durchgeführt und bezog sich auf den Freistaat Sachsen. Jugendliche mit Beeinträchtigungen wurden erstmals u.a. nach ihrem Wissenserwerb von sexuellen Themen, ihrem Sexualverhalten und ihren Zukunftsvorstellungen befragt.

## Forschungsdesign der Pilotstudie „Jugendsexualität und Behinderung“

Von Dezember 2010 bis Mai 2011 wurden im Rahmen der BZgA-Studie 169 Jugendliche mit Beeinträchtigungen im Alter zwischen 12 und 18 Jahren zu ihrer Sexualität befragt. Die Rekrutierung der Jugendlichen fand in neun sächsischen Förderschulen für Menschen mit Seh-, Hör- und körperlicher Beeinträchtigung bzw. in zwei Berufsbildungswerken mit gleichen Schwerpunkten statt.<sup>2</sup> Die Studienteilnahme war anonym und freiwillig. Die Durchführung der schriftlichen Befragung fand in den Klassen 6 bis 10 im Klassenverband statt.

Im Vorfeld der Erhebung wurde die Studie durch die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig geprüft und die Genehmigung der Sächsischen Bildungsagentur zur Befragung in Schulen eingeholt. Die Eltern der SchülerInnen mussten ihre schriftliche Zustimmung geben, wie es bei jeder Befragung Minderjähriger notwendig ist.

## Erhebungsinstrument

Der Fragebogen der Studie „Jugendsexualität und Behinderung“ basierte zu großen Teilen auf den Fragen der Erhebung zur Jugendsexualität (BZgA, 2006). So eröffnete

<sup>2</sup> In dieser Studie konnten keine Jugendlichen mit schweren körperlichen Beeinträchtigungen erreicht werden, da sie aufgrund ihrer Beeinträchtigung den Fragebogen nicht selbstständig ausfüllen konnten. Ebenfalls nicht erreicht werden konnten Jugendliche mit kognitiver Beeinträchtigung, welche ein speziell an ihre Fähigkeiten angepasstes Erhebungsinstrument benötigten. Um auch valide Aussagen zur Sexualität von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung machen zu können, gab die BZgA 2014 die Studie „Teilhabechancen an sexueller Bildung von Jugendlichen mit kognitiven Einschränkungen in Sachsen“ in Auftrag, welche derzeit am Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health der Universität Leipzig durchgeführt wird.

sich die Möglichkeit, die Ergebnisse der beiden Studien miteinander zu vergleichen (siehe Diskussionsteil).

Ergänzt wurde der Fragebogen durch Fragen zu beeinträchtigungsspezifischen Themen, die bereits in vorhergehenden Studien zum Einsatz kamen (vgl. Michel et al., 2003). Der Fragebogen wurde sprachlich vereinfacht und somit auch SchülerInnen mit Lernförderbedarf zugänglich gemacht. Dabei wurden die Regeln der Leichten Sprache des „Netzwerks Leichte Sprache“ zugrunde gelegt. Es wurde u.a. auf einen klaren Satzaufbau geachtet, überwiegend Hauptsätze zur Texterstellung genutzt und auf Fremdwörter verzichtet. Darüber hinaus wurde auf die besonderen kommunikativen Anforderungen schwerhöriger und gehörloser Jugendlicher geachtet. Der Fragebogen wurde auch den Bedürfnissen von Jugendlichen mit Sehbeeinträchtigung angepasst. In der Papierversion sorgte man für eine ausreichende Schriftgröße und klare Kontraste. Ferner bestand die Möglichkeit, den Fragebogen am PC auszufüllen. Blinde SchülerInnen konnten die Fragen so mittels Braillezeile lesen und beantworten. So standen für die Erhebung sechs Versionen des Fragebogens zur Verfügung: Jeweils für beide Geschlechter ein Fragebogen in normaler Sprache, in vereinfachter Sprache und angepasst an die Bedürfnisse der Jugendlichen mit Sehbeeinträchtigung.

## Rücklauf

Im Vorfeld der Erhebungen der Pilotstudie „Jugendsexualität und Behinderung“ fanden Gespräche mit den SchulleiterInnen der Förderschulen statt, um das Vorgehen bei der Erhebung abzusprechen und die genaue Anzahl der SchülerInnen in den 6. bis 10. Klassen zu ermitteln. Aus der Grundgesamtheit von 410 SchülerInnen erhielt knapp die Hälfte das Einverständnis der Eltern zur Befragung. Von diesen 195 SchülerInnen konnten 169 schließlich befragt werden. Die Teilnahmequote betrug damit 41,2%. Die Quoten, sowohl der Einverständniserklärungen der Eltern als auch der letztendlichen TeilnehmerInnen, waren an den Förderschulen für Hörbehinderte am höchsten (71,1% Einverständnisse der Eltern und davon 91,8% TeilnehmerInnen). Die geringste Rücklaufquote hatten die Schulen für Sehbehinderte (40%). Von den SchülerInnen mit Sehbeeinträchtigung, deren Eltern ihr Einverständnis zur Studienteilnahme gaben, nahmen 88,9% der SchülerInnen an der Erhebung teil. Die Eltern der SchülerInnen mit körperlicher Beeinträchtigung stimmten zur Hälfte der Befragung zu, 75,9% der SchülerInnen nahmen teil. An den Förderschulen konnten insgesamt die meisten TeilnehmerInnen rekrutiert werden. Aus den beiden Berufsbildungswerken wurden 52 Auszubildende bzw. deren Eltern um Teilnahme gebeten, sieben Jugendliche (14,7%) nahmen schließlich daran teil.

## Soziodemografie

Der erhöhte Anteil junger Männer mit Schwerbehinderung im Allgemeinen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2014) zeigte sich auch bei dieser Erhebung. Der Anteil der männlichen Teilnehmer an der Befragung lag mit  $n = 104$  ein Drittel höher als der der Mädchen ( $n=65$ ) (Tabelle 1).

Am häufigsten nahmen SchülerInnen im Alter von 15 Jahren mit 24,9% an der Befragung teil, dicht gefolgt von den 16-Jährigen (21,3%). Nahezu gleich vertreten waren die 14- und 17-jährigen SchülerInnen mit 17,8 und 17,2%. Die 13-Jährigen machten einen Anteil von 14,2% aus, die Jüngsten mit 12 Jahren und Ältesten mit 18 Jahren waren mit einem Prozentanteil von jeweils 2,4 vertreten.

Nach Art der Beeinträchtigung und Schultyp ergab sich folgendes Bild: SchülerInnen, die eine Förderschule für Hörgeschädigte besuchten, bildeten mit 43,2% den größten Anteil. Innerhalb dieser Gruppe war der größte Anteil der TeilnehmerInnen mit 18 Personen bei den 15-jährigen SchülerInnen zu finden. Nach diesen bildeten die 14-jährigen SchülerInnen mit Hörbeeinträchtigungen die zweitstärkste Altersgruppe ( $n = 15$ ). Den dritten Rang nahmen die 17-Jährigen mit 13 TeilnehmerInnen ein. 38,5% der Befragten, die zweitstärkste Gruppe, besuchten Schulen für Körperbehinderte. Aus den Schulen für Körperbehinderte beteiligten sich am häufigsten die 15-, 16- und 17-jährigen SchülerInnen (47,6%, 44,4% und 37,9%). Mit 20 TeilnehmerInnen bildeten die 15-Jährigen die größte Gruppe einer Altersstufe unter allen Schülern.

An den Schulen für Blinde und Sehbehinderte wurden mit 18,3% die wenigsten TeilnehmerInnen rekrutiert. Aus diesen Schulen nahmen am häufigsten 16-jährige SchülerInnen an der Erhebung teil ( $n=8$ ). Die absolute Verteilung der SchülerInnen der Schulen für Blinde und Sehbehinderte ergab eine Beteiligung von 23,3% der 14-Jährigen, gefolgt von den 13- und 17-Jährigen (20,8% und 17,2%).

Tabelle 1: Teilnahme an der Stichprobe, Quelle: BZgA, 2013, 63

	n	%
<b>Befragte Jugendliche</b>	169	100
Jungen	104	61,5
Mädchen	65	38,5
<b>Alter</b>		
12-13 Jahre	28	16,6
14 Jahre	30	17,8
15 Jahre	42	24,9
16 Jahre	36	21,3
17-18 Jahre	33	19,6
<b>SchülerInnen einer Schule für</b>		
Körperbehinderung	65	38,5
Sehbehinderung	31	18,3
Hörbehinderung	73	43,2

## Detaillierte Analyse einzelner Fragen der Pilotstudie

Der jetzige Beitrag beschäftigt sich mit den Ergebnissen der in der Pilotstudie gestellten Fragen nach den sexuellen Erfahrungen, die 12- bis 18jährige Jugendliche mit Beeinträchtigungen bereits gesammelt hatten. Dabei wurden die Aktivitäten Küssen, Berühren der Geschlechtsteile, Geschlechtsverkehr und Masturbation erhoben und nach Geschlecht, Art der Beeinträchtigung und Alter ausgewertet. Weiterhin erfolgte eine Analyse des Partnerschaftsstatus der Jugendlichen beim ersten Geschlechtsverkehr, des subjektiven Erlebens und der verwendeten Verhütungsmittel.

Zur Frage über die ersten sexuellen Erfahrungen waren die Antwortmöglichkeiten „ja“ oder „nein“: „Hast du schon einmal mit einem Jungen/Mädchen geküsst oder geschmust?“ Haben die Jugendlichen mit „nein“ geantwortet, wurden sie gebeten, die Gründe hierfür zu nennen. Daneben konnten sie angeben, ob sie sich in den letzten 12 Monaten selbst befriedigt hätten. Weitergehende sexuelle Erfahrungen wurden mit der Frage „Was hast du selbst schon einmal gemacht oder erlebt?“ eruiert. Als Antwortmöglichkeiten waren folgende Abstufungen sexueller Handlungen vorgegeben: „Küssen“, „Ein Junge streichelt meine Brust/Ich streichle die Brust eines Mädchens“, „Ein Junge/Mädchen berührt meine Geschlechtsteile“, „Ich berühre die Geschlechtsteile eines Jungen/Mädchens“ und „Geschlechtsverkehr“. Wenn die Jugendlichen bereits Geschlechtsverkehr gehabt hatten, konnten sie Auskunft über ihre Verhütung beim ersten Mal geben. Wenn sie angaben, nicht verhütet zu haben, wurden die Jugendlichen gebeten, die Gründe dafür zu nennen. Wenn sie noch über keine koitalen Erfahrungen verfügten, sollten sie auch hierfür die für sie entscheidenden Gründe nennen. Die Auswertung der hier vorgestellten Fragen erfolgte – innerhalb der Studie „Jugendsexualität und Behinderung“ und als erweiterte Analysen für den vorliegenden Beitrag – deskriptiv unter Verwendung des Statistikprogramms SPSS.

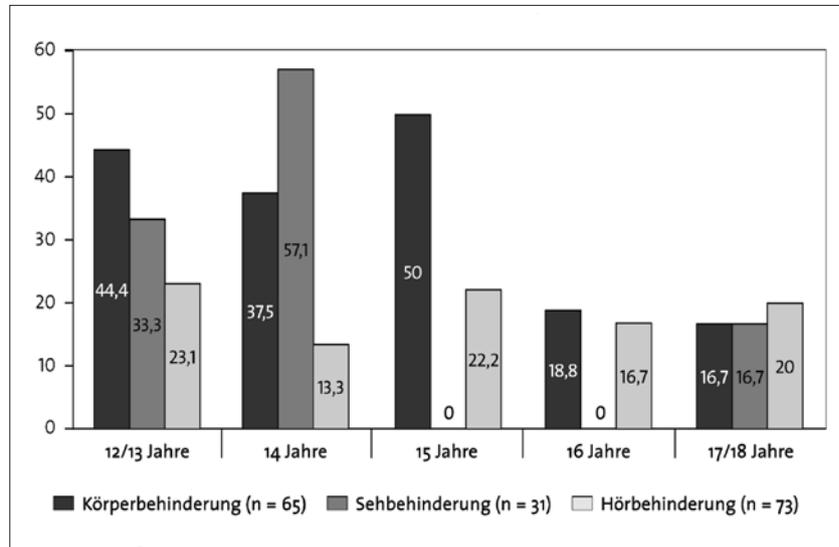
## Ergebnisse

### Erste Erfahrungen im Küssen und Schmusen

Die Frage, ob sie bereits geküsst hätten, wurde von 73,8% der Jugendlichen bejaht. Mit 76,9% hatten mehr Mädchen als Jungen (71,2%) Kuserfahrungen, wobei die Zahlen dicht beieinander liegen. Auch nach Art der Beeinträchtigung unterschieden sich die Zahlen nur leicht signifikant.

Abb. 1: „Hast du schon einmal einen Jungen/ein Mädchen geküsst oder mit einem Jungen/Mädchen geschmust?“ „Nein“-Antworten, nach Alters- und Beeinträchtigungsgruppen (n = 44) (Angaben in %)

Quelle: BZgA, 2013, 95



Zum Zeitpunkt der Befragung hatten 66,2% der Jugendlichen mit körperlicher Beeinträchtigung schon geküsst. Heranwachsende mit Sehbeeinträchtigung hatten diese Erfahrung zu 74,2% gemacht. Die Gruppe der Jugendlichen mit Hörbeeinträchtigung war die erfahrenste, hier hatten 79,5% Kusserfahrungen.

Weitergehende sexuelle Erfahrungen, im Sinne von Petting, gaben 38,5% aller befragten Jugendlichen an, die Jungen etwas häufiger als die Mädchen (40,8% vs. 35,4%). Auch hier lagen die Jugendlichen mit Hörbeeinträchtigung, die beinahe zur Hälfte (49,3%) Pettingerfahrungen hatten, vorn. Unter den befragten Jugendlichen mit Seh- und körperlicher Beeinträchtigung hatte jeweils knapp ein Drittel bereits die Geschlechtsteile des Partners bzw. der Partnerin berührt und war dort berührt worden (30% und 30,8%).

Rund ein Viertel aller befragten Jugendlichen (25,4%) hatte noch keinerlei Petting- und Kusserfahrungen gemacht. Der Anteil unerfahrener Jungen lag leicht über dem der Mädchen (27,2% vs. 23,1%). Insgesamt wuchs mit steigendem Alter die Erfahrung mit Küssen und Petting. Besonders nahm der Anteil der Jugendlichen mit dieser Erfahrung ab dem Alter von 16 Jahren rapide zu. Während unter den bis 15-jährigen Befragten 37,2% angaben, keine solchen Erfahrungen zu haben, traf das nur auf 19,3% der 16- bis 18-Jährigen zu. Unterschiede fanden sich auch zwischen den Beeinträchtigungsgruppen. Der Anteil der Unerfahrenen nahm mit Ausnahme der 15-Jährigen unter den körperlich beeinträchtigten Jugendlichen mit steigendem Alter ab. Unter den Jugendlichen mit Hörbeeinträchtigung blieb er auf niedrigem Niveau relativ konstant. Bei den Jugendlichen mit Sehbeeinträchtigung gaben sowohl die 15- als auch die 16-Jährigen an, sexuelle Erfahrungen gesammelt zu haben. Der Anteil der befragten Jugendlichen mit Sehbeeinträchtigung ohne sexuelle Erfahrungen war in der Altersgruppe der 14-Jährigen am höchsten (Abbildung 1).

Insgesamt gaben Jugendliche mit körperlicher Beeinträchtigung am seltensten an, sexuelle Erfahrungen gemacht zu haben (33,8%). Jugendliche mit Sehbeeinträchtigung waren zu fast einem Viertel unerfahren (23,3%). Innerhalb dieser Gruppe ließ sich keine lineare Zunahme der Erfahrungen mit steigendem Alter feststellen. Als Hauptgrund für die Zurückhaltung gaben mehr als zwei Drittel der Jugendlichen (70,2%) das Fehlen des richtigen Partners bzw. der richtigen Partnerin an. An zweiter Stelle wurde von beiden Geschlechtern die eigene Schüchternheit genannt, dabei etwas häufiger von den männlichen Befragten (48,3% vs. 42,9%). Als dritthäufigsten Grund gaben die Jugendlichen an, Angst zu haben, etwas falsch zu machen (37,2%). Diese Angst verspürten vor allem Jungen (48,2% vs. 21,4%) und sie nahm mit steigendem Alter zu. Im prozentualen Vergleich wurde der Grund am häufigsten von Jugendlichen mit Hörbeeinträchtigung genannt (46,7%), gefolgt von Jugendlichen mit körperlicher Beeinträchtigung (38,1%) und in nur einem Fall von einem Jugendlichen mit Sehbeeinträchtigung. Ein weiterer Grund war vor allem für Mädchen relevant: die Sorge, ihre Eltern könnten von ihren sexuellen Erfahrungen erfahren (21,4% vs. 10,3%). Vor allem ältere weibliche Jugendliche gaben diese Sorge als Ursache dafür an, bisher keine oder wenig sexuelle Erfahrung gesammelt zu haben. Von Jungen wurde die eigene Zurückhaltung häufiger als von Mädchen mit mangelndem Interesse begründet (17,2% vs. 7,1%). Zwischen den einzelnen Beeinträchtigungsgruppen ließen sich hier kaum Unterschiede finden.

## Gleichgeschlechtliche sexuelle Kontakte

Auf die Frage, mit wem sie ihre sexuellen Erfahrungen gesammelt haben, gaben die Mädchen signifikant mehr Erfahrung mit gleichgeschlechtlichen Aktivitäten

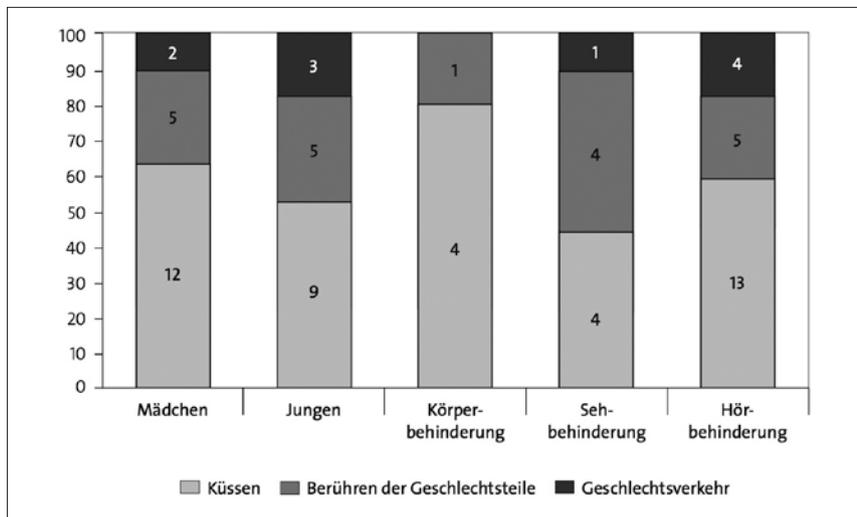


Abb. 2: „Was hast du selbst schon einmal mit einem Mädchen oder einer Frau gemacht oder erlebt?“ bzw. „Was hast du selbst schon einmal mit einem Jungen oder einem Mann gemacht oder erlebt?“ nach Geschlecht und Behinderungsart (Absolute Zahlen), Mädchen: n = 13, Jungen: n = 10. Körperliche Beeinträchtigung: n = 5, Sehbeeinträchtigung: n = 5, Hörbeeinträchtigung: n = 13, Quelle: BZgA, 2013, 105

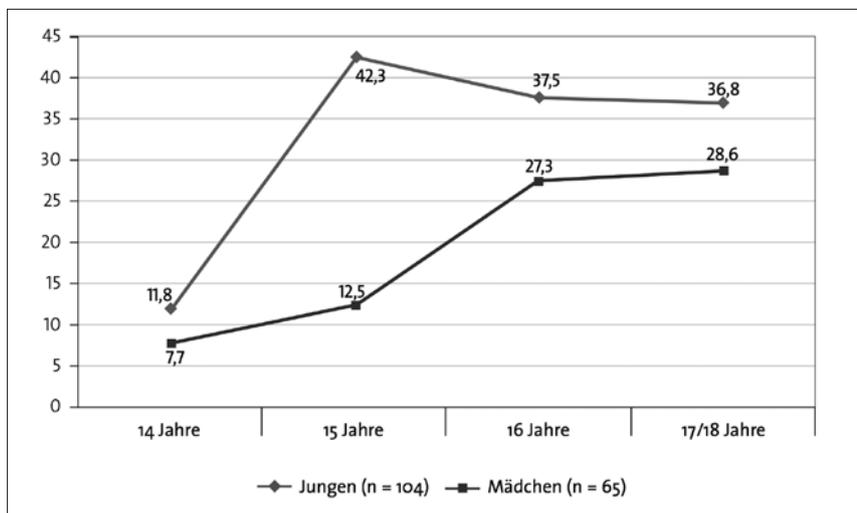


Abb. 3: Anteil an Geschlechtsverkehr-Erfahrenen nach Alter und Geschlecht (Jungen n = 104, Mädchen n = 65) (Angaben in %), Einschließlich gleichgeschlechtlicher Koituserfahrener, Quelle: BZgA, 2013, 101

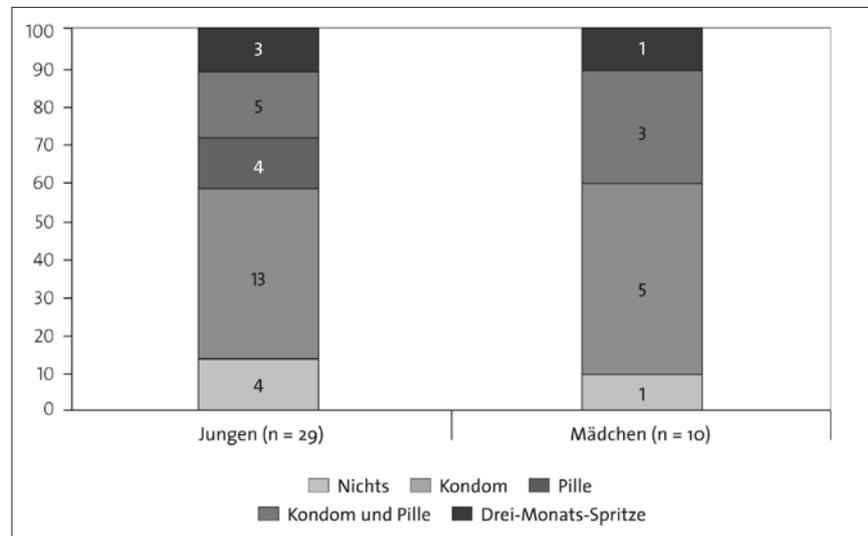
(20,3%) an als die Jungen (9,8%). Unterschiede zwischen den Geschlechtern und einzelnen Beeinträchtigungsgruppen finden sich bei der Art der sexuellen Kontakte (vgl. Abbildung 2). In der BZgA Pilotstudie wird allerdings davor gewarnt, die Ergebnisse als Indikation einer festen gleichgeschlechtlichen Orientierung zu verstehen, da sexuelle Kontakte mit dem eigenen Geschlecht in der Pubertät keine Seltenheit sind und auch in der Neugier Heranwachsender in Bezug auf die Variationsbreite zwischenmenschlicher Kontakte begründet liegen. Der relativ niedrige Anteil der homosexuellen Erfahrungen bei den Jungen könnte auch auf deren Angst, als schwul zu gelten, zurückzuführen sein (BZgA, 2013, 105).

Die berichteten Erfahrungen bezogen sich hauptsächlich auf das Küssen und das zärtliche Berühren der Geschlechtssteile (s. Abb. 2). Die Jungen hatten zwar insgesamt weniger homosexuelle Erfahrungen angegeben, jedoch hatte ein Drittel (n = 3 von 10) Erfahrung mit gleichgeschlechtlichem Koitus. Bei den Mädchen war es jedes sechste (n = 2 von 13).

## Erste Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr

Insgesamt hatte mit 23,2% fast ein Viertel der befragten Jugendlichen bereits Geschlechtsverkehr gehabt, fast doppelt so viele Jungen (28,2%) wie Mädchen (15,4%). Bei den Mädchen waren keine Unterschiede unter den Beeinträchtigungsgruppen zu erkennen. Bei den Jungen wiederum ergaben sich signifikante Unterschiede: Bei den Jungen mit Hörbeeinträchtigung war knapp jeder zweite koituserfahren (44,4%), bei den Jungen mit Sehbeeinträchtigung jeder fünfte (20%) und bei den Jungen mit körperlicher Beeinträchtigung etwa jeder zehnte (13,2%). Somit waren Jungen mit Hörbeeinträchtigung nicht nur erfahrener im Küssen und im Petting, sondern auch im Geschlechtsverkehr. Die 15-jährigen Jungen verfügten am häufigsten über Koituserfahrungen. Der Anteil an koituserfahrenen Jugendlichen stieg insgesamt mit zunehmendem Alter an. Dieser Zusammenhang trat bei den sexuellen Aktivitäten ohne Geschlechtsverkehr ebenfalls auf. Besonders ließ sich dieser lineare Anstieg auch bei den befragten Mädchen beobachten (Abbildung 3).

Abb. 4: Verhütungsmittel beim ersten Mal, nach Geschlecht, in absoluten Zahlen, Seitenangaben in % (Jungen n = 29, Mädchen n = 10) Quelle: BZgA, 2013, 111



Der Partner bzw. die Partnerin der Mädchen war bei ihrem ersten Geschlechtsverkehr im Durchschnitt zwei Jahre älter als sie. Im Gegensatz dazu war bei den Jungen diese Tendenz nicht so eindeutig erkennbar. Bei den Mädchen befand sich jede zweite beim ersten Mal in einer festen Partnerschaft, die anderen kannten ihren Partner/ihre Partnerin gut. Rund jede zweite wählte einen Partner/eine Partnerin mit einer Beeinträchtigung.

Drei Viertel der Jungen befanden sich mit ihrer ersten Sexualpartnerin bzw. ihrem Partner in einer festen Partnerschaft, die anderen kannten sie/ihn gut. Drei Viertel der Jungen erlebten ihr erstes Mal mit einer Partnerin/einem Partner ohne Beeinträchtigung. Weiterhin lernten Jungen mit Sehbeeinträchtigung sie/ihn am ehesten in der Schule kennen, Jungen mit körperlicher Beeinträchtigung am ehesten im Freundeskreis und Jungen mit Hörbeeinträchtigung am ehesten im Freizeitbereich, in der Schule und im Internet, was an ihrer größeren Mobilität liegen könnte. Die Hälfte der befragten Mädchen war mit ihrem Partner/ihrer Partnerin des ersten Geschlechtsverkehrs fest befreundet, die andere Hälfte kannte ihn/sie gut. Jede zweite erlebte ihren ersten Koitus mit einem Partner/einer Partnerin mit Beeinträchtigung. Sie lernten ihn/sie am häufigsten im schulischen Bereich und erst an zweiter Stelle im Freundes- und Freizeitbereich sowie im Internet kennen.

### Subjektives Erleben des „ersten Mals“

Insgesamt erlebten drei von vier Jugendlichen ihr erstes Mal als etwas Positives. Besonders Jungen beschrieben ihren ersten Geschlechtsverkehr als „etwas Schönes“. Mädchen im allgemeinen sowie Jugendliche mit Sehbeeinträchtigung beiderlei Geschlechtes beschrieben ihr erstes Mal zu gleichen Anteilen als „etwas Schönes“ und

„nichts Besonderes“. Besonders Jugendliche, die in einer festen Partnerschaft lebten, empfanden ihr erstes Mal als etwas Schönes. Von Jugendlichen, bei denen der erste Geschlechtsverkehr auf einseitigen Wunsch des Partners bzw. der Partnerin stattfand, oder die ihn bzw. sie lediglich gut kannten, wurde das erste Mal als weniger positiv empfunden.

### Verhütung beim „ersten Mal“

Insgesamt haben beinahe neun von zehn Jugendlichen (87,3%) unabhängig von Geschlecht, Alter oder Beeinträchtigung beim ersten Mal verhütet. Am häufigsten kam bei beiden Geschlechtern das Kondom zur Anwendung: Jungen (13), 44,8%; Mädchen (5), 50%, gefolgt von der Verhütungskombination aus Pille und Kondom (20,5%). Die doppelte Verhütung wurde von den Mädchen (3) zu 30% angegeben, von den Jungen (5) zu 17,2%. Die hormonellen Verhütungsmittel Pille bzw. Dreimonatsspritze waren in jeweils 10,3% der Fälle das Verhütungsmittel der Wahl. Ausschließlich die Jungen (4) gaben an, dass ihre Partnerin nur mit der Pille verhütet hätte (vgl. Abbildung 4).

Bei der Verhütung ließen sich zwischen den einzelnen Beeinträchtigungsgruppen Unterschiede feststellen. Befragte mit Hör- und Sehbeeinträchtigung präferierten am häufigsten das Kondom als Verhütungsmittel (56% bzw. 50%). Jugendliche mit körperlicher Beeinträchtigung nutzten am häufigsten die Verhütungskombination aus Kondom und Pille (37,5%). Diese Methode wurde von Jugendlichen mit Hörbeeinträchtigung nur am zweithäufigsten genannt (20%), unter Jugendlichen mit Sehbeeinträchtigung spielte sie keine Rolle. Die Pille wurde von Jugendlichen mit körperlicher und Sehbeeinträchtigung am zweithäufigsten genannt (25% bzw. 33,3%), als alleiniges Verhütungsmittel spielte die Pille bei den Jugendlichen mit Hörbeeinträchtigung keine Rolle. Die

Tabelle 2: „Warum hattest du noch keinen Geschlechtsverkehr?“ (n = 106, Angaben in %) Quelle: BZgA, 2013, 99

Grund	Jungen	Rang	Mädchen	Rang
Dafür bin ich noch zu jung.	27,0	2	41,8	1
Mir fehlte bisher der richtige Junge/das richtige Mädchen.	43,2	1	14,5	5
Ich habe Angst, etwas falsch zu machen.	24,3	3	20,0	4
Ich bin zu schüchtern.	18,9	4	14,5	5
Ich möchte es nicht.	8,1	7	23,6	2
Ich hatte Angst vor einer Schwangerschaft.	9,5	6	21,8	3
Weil meine Eltern es erfahren könnten.	13,5	5	10,9	6
Der Junge/das Mädchen weigerte sich.	6,8	8	1,8	7

Dreimonatsspritze wurde von Jugendlichen mit körperlicher und Hörbeeinträchtigung angewandt (12,5% und 12%). Weitere 12,8% der Befragten gaben an, gar nicht verhütet zu haben. Gründe dafür waren die unvorhergesehene Situation, Ängste, Kondome zu kaufen oder das Thema Verhütung überhaupt anzusprechen.

## Warum warten die Jugendlichen mit dem ersten Mal?

Wie berichtet, hatte lediglich ein Viertel (23,2%) der in der Studie befragten Jugendlichen bereits Geschlechtsverkehr gehabt. Die Gründe, weshalb es bei der großen Mehrheit noch nicht zum Geschlechtsverkehr gekommen war, waren vielseitig und differierten nach Geschlecht und Art der Beeinträchtigung. Gemeinsam für die Jungen und Mädchen war, dass sie sich für Geschlechtsverkehr noch zu jung fühlten. Das war der Hauptgrund der Mädchen (41,8%) und der zweitwichtigste Grund bei den Jungen (27%) (Tabelle 2). An zweiter und dritter Stelle rangierten bei den Mädchen das Argument, es selbst noch nicht zu wollen (23,6%) und die Angst vor einer möglichen Schwangerschaft (21,8%). Der am häufigsten genannte Grund bei den Jungen war, dass bisher das richtige Mädchen dafür fehlte (43,2%), an dritter Stelle die Angst, etwas falsch zu machen (24,3%). Weitere Gründe waren die eigene Schüchternheit (Mädchen, 14,5%; Jungen, 18,9%), die Angst, die Eltern könnten es erfahren (Mädchen, 10,9%; Jungen, 13,5%), sowie die Tatsache, dass sich das Gegenüber verweigerte (Mädchen, 1,8%; Jungen, 6,8%).

Betrachtet man die Unterschiede zwischen den Beeinträchtigungsgruppen ergibt sich folgende Gewichtung der Gründe: Unter den Jugendlichen mit Seh- und körperlicher Beeinträchtigung rangierte das Fehlen der richtigen Person auf Platz eins (41,7% bzw. 31,6%). Daneben wurde die Ansicht, noch zu jung zu sein, von den Jugendlichen mit körperlicher Beeinträchtigung genauso häufig (31,6%) genannt. Sich zu jung zu fühlen war auch bei den Jugendlichen mit Hörbeeinträchtigung der wichtigste Grund (41,7%). Die eigene Schüchternheit und Angst, et-

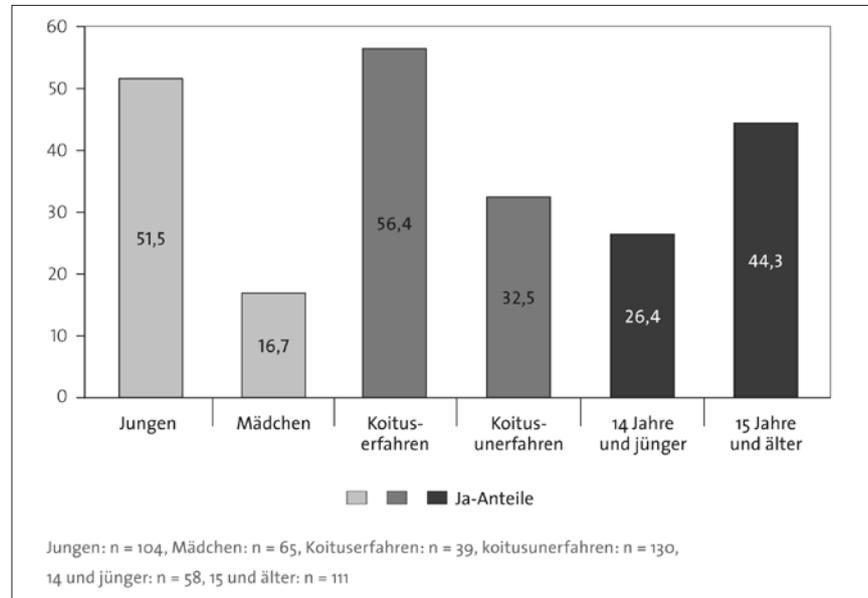
was falsch zu machen, wurde von Jugendlichen mit körperlicher Beeinträchtigung am zweithäufigsten genannt (jeweils 22,8%). Diese Angst teilten sie mit den Jugendlichen mit Sehbeeinträchtigung (25%). Unter den Jugendlichen mit Hörbeeinträchtigung lag die Abwesenheit eines geeigneten Partners bzw. einer geeigneten Partnerin an zweiter Stelle (25%). Die Angst vor einer Schwangerschaft (Jugendliche mit körperlicher Beeinträchtigung 17,5%), sich noch zu jung zu fühlen (Jugendliche mit Sehbeeinträchtigung 20,3%) und fehlendes Interesse unter Jugendlichen mit Hörbeeinträchtigung (22,9%) nahmen den dritten Platz ein. Die Angst, die Eltern könnten etwas erfahren, war unter Jugendlichen mit körperlicher Beeinträchtigung am ausgeprägtesten (15,8%), spielte unter Jugendlichen mit Hörbeeinträchtigung jedoch kaum eine Rolle (8,3%). Von jeweils einem Jugendlichen mit Seh- bzw. Körperbeeinträchtigung wurde als Grund die Einschätzung genannt, Geschlechtsverkehr sei unmoralisch. Unter Jugendlichen mit körperlicher Beeinträchtigung wurde außerdem angegeben, dass sie aufgrund der Wohnsituation im Internat bisher nicht den richtigen Ort für ihr erstes Mal gefunden hätten. Dass es noch nicht der richtige Moment war und das Paar noch nicht so weit war, wurde ebenfalls von einem Jugendlichen mit körperlicher Beeinträchtigung angegeben.

## Masturbation

Unabhängig von der Beeinträchtigungsform hatte knapp mehr als die Hälfte (51,5%) der männlichen Jugendlichen in den letzten zwölf Monaten masturbiert. Der Anteil der masturbationserfahrenen Mädchen war mit 16,7% deutlich geringer. Besonders die Koitusserfahrenen unter den 15–18-jährigen Jugendlichen waren auch signifikant erfahrener mit Masturbation als die Koitusunerfahrenen unter den jüngeren Jugendlichen (Abbildung 5).

Abb. 5: Hast du dich in den letzten zwölf Monaten selbst befriedigt?“ nach Geschlecht, Alter und Koituserfahrung (Angaben in %)

Quelle: BZgA, 2013, 104



## Diskussion

### Vergleich mit Ergebnissen früherer nationaler und internationaler Studien

Insgesamt bestätigen diese Ergebnisse die Resultate der vorhandenen Literatur. Wie die Studie gezeigt hat, machen Heranwachsende mit körperlicher Beeinträchtigung ihre ersten sexuellen Erfahrungen am spätesten von den drei Gruppen. Erst mit Eintritt in die Berufsausbildung (vgl. Michel et al., 2003), welche häufig mit der Unterbringung in einem Internat verbunden ist, treffen sie erstmals auf Gleichaltrige in einem relativ freien Umfeld. Auch Wiegerink et al. (2006) kommen in ihrem Review zu dem Ergebnis, dass für Menschen mit Zerebralparese Sexualität zwar ein wichtiger Lebensaspekt ist, sie aber sexuell weniger aktiv sind als Menschen ohne diese Beeinträchtigungen. Dies wird mit möglichen Schwierigkeiten erklärt, eine Paarbeziehung aufzubauen, was sowohl aus zu geringem Selbstvertrauen, elterlicher Überbehütung als auch einer negativen Einstellung der Umwelt gegenüber ihrer Beeinträchtigung resultiert (1026ff). Verhoef et al. (2005) führen die geringeren sexuellen Erfahrungen auf die sexuellen Funktionsstörungen der befragten Jugendlichen mit Spina Bifida zurück (984).

Diese Gründe erklären vielleicht auch die geringeren sexuellen Erfahrungen der Jugendlichen mit körperlicher Beeinträchtigung in der BZgA-Studie. Die Angst, ihre Eltern könnten davon erfahren, war besonders ausgeprägt unter den Jugendlichen mit körperlicher Beeinträchtigung. Diese Gruppe zeigte sich im Vergleich auch am schüchternsten. Ein Grund für die Angst und das mangelnde Selbstbewusstsein ist möglicherweise die schon erwähnte Überbehütung und Infantilisierung von Ju-

gendlichen mit körperlicher Beeinträchtigung (Berman et al., 1999, 186; Cheng et al., 2002, 49; Potgieter & Khan, 2005, 2; Seidel et al., 2014, 430). Diese ist gegenüber Mädchen mit körperlicher Beeinträchtigung seitens der eigenen Eltern besonders ausgeprägt. Sie wollen ihr Kind vor möglichen zukünftigen Enttäuschungen schützen und vermeiden es, die Themen Sexualität und Partnerschaft anzusprechen. Weiterhin wird Mädchen mit Beeinträchtigungen noch immer frühzeitig vermittelt, sich mehr auf eine gute Berufsausbildung zu konzentrieren als eine Familie zu planen. Diese Negation der Sexualität sowie die mangelnde Sexualerziehung haben Einfluss auf das Selbst- und Körperbild der Mädchen und lassen sie weniger selbstbestimmt sexuell agieren (Ortland, 2008, 84f; Michel et al., 2003, 175). Der eigene Körper wird besonders bei Menschen mit körperlicher Beeinträchtigung als problematisch wahrgenommen. Die Ursache hierfür ist in der medizinisch defizitorientierten Betrachtung ihres eigenen Körpers zu finden, die Jugendlichen mit körperlichen Beeinträchtigung schon sehr früh begegnet (Ortland & Czerwinski, 2009, 7).

Die Gruppe der Jugendlichen mit Hörbeeinträchtigung hatte in unserer Studie am häufigsten Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr gesammelt. Sie wiesen auch beim Küssen und Petting mehr Erfahrungen auf als ihre Altersgenossen mit körperlicher und Sehbeeinträchtigung. Eine Ursache für die über alle Altersstufen hinweg gleichbleibend hohe sexuelle Erfahrung der befragten Jugendlichen mit Hörbeeinträchtigung könnte in der Lebenswelt von Menschen mit Hörbeeinträchtigung zu finden sein. Hintermair beschreibt sie als die am stärksten stigmatisierte Gruppe (Hintermair, 2005, 17). Die erschwerte Kommunikation zwischen hörenden und schwerhörigen bzw. gehörlosen Menschen kann dazu führen, dass Jugendliche

mit Hörbeeinträchtigung hauptsächlich, wenn nicht gar ausschließlich, Kontakt zu ebenfalls höreingeschränkten Personen haben. Diese werden dadurch überwiegend als Freunde wahrgenommen (Langenbach, 1998, 23). Damit ist die Verfügbarkeit von SexualpartnerInnen vergleichsweise höher, und sexuelle Erfahrungen sind frühzeitiger möglich. Ihr relativer Erfahrungsvorsprung könnte aber durchaus auch damit begründet sein, dass sie, im Gegensatz zu Jugendlichen mit Seh- und körperlicher Beeinträchtigung, die häufig auf Begleitung und Fahrdienste angewiesen sind, die Gruppe mit der größten Mobilität sind, und sich unter Gleichaltrigen freier und uneingeschränkter bewegen können, um Kontakte aufzubauen.

Bei den Jugendlichen mit Sehbeeinträchtigung tritt erschwerend hinzu, dass sie nicht auf dieselben Flirt- und Kennlernpraktiken zurückgreifen können wie visuell uneingeschränkte Menschen. Eine Kontaktaufnahme per Blickkontakt – der häufigste Ausgangspunkt von Flirts – ist oft nicht möglich. Hinzu kommt, dass ihnen die üblichen Begegnungsräume, wie Discos oder Clubs, durch ihre eingeschränkte Mobilität nur bedingt zugänglich sind (Hicks, 1980, 167; Michel et al., 2003, 132). In Kef und Bos' Studie werden die geringeren und späteren sexuellen Erfahrungen der blinden jugendlichen Untersuchungsgruppe mit der Überfürsorglichkeit der Eltern sowie ihrer institutionellen Unterbringung begründet (2005, 95f).

## Jugendliche mit Beeinträchtigung und ohne Beeinträchtigung im Vergleich

Die Ergebnisse der besprochenen Studien zeigen, dass Heranwachsende mit Hör-, Seh- und körperlicher Beeinträchtigung eine aktive Sexualität leben. Ihre sexuelle Erfahrung ist aber signifikant geringer als die Erfahrung gleichaltriger Jugendlicher ohne Beeinträchtigung. So hatten Jugendliche mit Beeinträchtigungen in der Pilotstudie zu ca. 23% Geschlechtsverkehr, im Gegensatz zu 39% der Jugendlichen ohne Beeinträchtigungen, die in der 2010 von der BZgA durchgeführten Untersuchung der Sexualität deutscher Jugendlicher befragt wurden (BZgA, 2013, 133).

Für die Zurückhaltung bei sexuellen Aktivitäten von Jugendlichen mit Beeinträchtigungen waren Partnerlosigkeit und Schüchternheit die beiden Hauptargumente (s. oben). Auch unter Jugendlichen ohne Beeinträchtigungen wurde als Hauptgrund angegeben, noch nicht den Richtigen/die Richtige gefunden zu haben (BZgA, 2010, 106).

Es ist insgesamt die Tendenz erkennbar, dass bei Jugendlichen mit Beeinträchtigungen die Jungen zeitiger sexuell aktiv sind und die Mädchen eher dazu neigen, mit ihren ersten Koituserfahrungen noch zu warten. Auch in der hier untersuchten Gruppe waren die Jungen insgesamt

sexuell aktiver (28% vs. 10%). Bei den Jugendlichen ohne Beeinträchtigungen waren es dagegen die Mädchen (43% vs. 36%) (BZgA, 2013, 133). Auch der Anteil der Masturbationserfahrenen Mädchen mit Beeinträchtigungen war deutlich geringer als der Anteil Masturbationserfahrener Jungen mit Beeinträchtigungen. Bei den Jugendlichen ohne Beeinträchtigungen zeigte sich ein ähnlich großer Unterschied in den Masturbationserfahrungen zwischen den Geschlechtern (Mädchen, 29%; Jungen, 76%). Insgesamt haben aber deutlich mehr Jugendliche ohne Beeinträchtigungen Erfahrungen mit Masturbation als Jugendliche mit Beeinträchtigungen (BZgA, 2010, 117). Dieses Ergebnis lässt sich dadurch erklären, dass besonders Menschen mit Beeinträchtigungen eine mangelnde und abwertende Sexualerziehung erfahren und dadurch ein negatives Körperbild und Körpergefühl entwickeln (Berman et al., 1999, 186). So findet eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper oft nicht statt und somit auch keine Masturbationserfahrungen. Zudem fehlt insbesondere Jugendlichen mit Beeinträchtigungen, die in Internaten untergebracht sind, häufig ein Rückzugsort, um diese Erfahrungen machen zu können.

Der Wunsch, das erste Mal in einer festen Partnerschaft zu erleben, ist jedoch bei allen Jugendlichen gleich. Koituserfahrene Jugendliche mit und ohne Beeinträchtigungen erlebten ihren ersten Geschlechtsverkehr überwiegend innerhalb einer festen Beziehung und empfanden den Akt als etwas Schönes (BZgA, 2013, 133ff). Das erste Mal innerhalb einer Partnerschaft wurde von Jugendlichen mit und ohne Beeinträchtigung positiver bewertet als mit Bekannten und in losen Verbindungen. Dies lässt die Schlussfolgerung zu, dass ein positives Empfinden des ersten Geschlechtsverkehrs eng an eine feste Beziehung und den beiderseitigen Wunsch der Partner gekoppelt ist. Auch hier wird deutlich, dass das Bedürfnis einer erfüllten Sexualität in einer Partnerschaft unabhängig von einer bestehenden Beeinträchtigung ist.

Hinsichtlich der Wahl des Verhütungsmittels beim ersten Geschlechtsverkehr unterscheiden sich Jugendliche mit Beeinträchtigungen geringfügig von Jugendlichen ohne Beeinträchtigungen. Das Kondom ist bei allen Jugendlichen, ob mit oder ohne Beeinträchtigung, das Verhütungsmittel der ersten Wahl (vgl. BZgA, 2013, 134). Es bietet umfassenden Schutz vor Geschlechtskrankheiten und einer Schwangerschaft und ist ohne Beratung durch einen Gynäkologen verfügbar. Neben dem Kondom spielte bei den Jugendlichen mit Beeinträchtigungen vor allem die Kombination aus Kondom und Pille eine Rolle, sie war die zweithäufigste Angabe. Besonders von Jugendlichen mit körperlicher Beeinträchtigung wurde sie bevorzugt. Die Drei-Monats-Spritze kam sowohl bei den Heranwachsenden mit körperlicher und Hörbeeinträchtigung vereinzelt zur Anwendung, spielte bei den Jugendlichen ohne Beeinträchtigungen jedoch keine Rolle.

## Fazit

Die Resultate der beiden BZgA Studien (2010, 2013) zeigen, dass eine aktive Sexualität innerhalb einer Paarbeziehung von Jugendlichen mit Beeinträchtigungen wie auch von Jugendlichen ohne Beeinträchtigungen gewünscht wird. Insgesamt sind Jugendliche mit Beeinträchtigungen jedoch sexuell unerfahrener. Die unterschiedlichen individuellen, gesellschaftlichen und institutionellen Einschränkungen erschweren ihnen die Erfüllung dieses Bedürfnisses. Aufgrund des vorherrschenden Förderschulsystems werden Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen schon frühzeitig separiert und teilweise isoliert. Die Immobilität Jugendlicher mit Seh- und körperlicher Beeinträchtigung und das häufige unter sich Bleiben der Jugendlichen mit Hörbeeinträchtigung verstärken die Isolation.

## Empfehlungen für die Praxis

Die vorgestellten empirischen Ergebnisse legen nahe, dass Jugendliche mit Beeinträchtigungen barrierefreie Informationen über Sexualität und Familienplanung brauchen, d.h. Wissen, das ihnen ermöglicht, ein sexuell selbstbestimmtes Leben zu führen. Das Spektrum der Informationen sollte breit gefächert sein und Schwerpunkte für Jugendliche mit Hör-, Seh- und körperlicher Beeinträchtigung beinhalten. So sollten die Informationen z.B. aufzeigen, wie trotz einer bestehenden Beeinträchtigung ein erfülltes Sexualleben möglich ist, und wie Kontakt zu nicht beeinträchtigten Jugendlichen aufgenommen werden kann. Im Bericht der Studie Jugendsexualität und Behinderung werden ausführliche Handlungsempfehlungen dazu gegeben.

Es ist zudem wichtig, dass sexualpädagogische Angebote über vielfältige Möglichkeiten – Workshops, Beratungen, Internet, Printmedien – auch von Jugendlichen mit Beeinträchtigungen genutzt werden können und zusätzliche beeinträchtigungsspezifische Informationen enthalten. Grundsätzlich ist es wichtig, dass bei Workshops, Vorträgen und Beratungen eine barrierefreie Erreichbarkeit der Räume möglich ist. Eine mediale Unterstützung solcher Veranstaltungen für Menschen mit Hör- und Sehbeeinträchtigung ist ebenso notwendig, wie z.B. Gebärdensprach- oder Schriftdolmetscher, Einsatz audiovisueller Medien, Angebote in Leichter Sprache und unterstützte Kommunikation mit Untertiteln. Leider gibt es bisher nur sehr wenige Materialien in einer Form, die auch Menschen mit Beeinträchtigungen nutzen können.

PädagogInnen sowie Eltern sollten in ihrem sexualpädagogischen Handeln nicht nur auf die Prävention sexu-

ellen Missbrauchs eingehen, sondern auch frühzeitig eine selbstbestimmte und aufgeklärte Sexualität fördern. Es sind Möglichkeiten zu schaffen, den eigenen Körper wohlwollend und ressourcenorientiert kennenzulernen und somit das Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein zu stärken. Idealerweise verfügen SexualpädagogInnen über Kenntnisse, die helfen, beeinträchtigungsbedingte Nachteile auszugleichen, wie z.B. ein positives Selbstbild erarbeitet werden kann. Grundsätzlich müssen jedoch die Wünsche und Bedürfnisse von Jugendlichen mit Beeinträchtigungen Beachtung finden und sie im Erkennen und Umsetzen dieser Wünsche und Bedürfnisse gestärkt werden.

Weiterhin sind barrierefreie Zugänge zu Begegnungsräumen wie Diskos und Kinos essentiell für Jugendliche mit Beeinträchtigungen, um an Freizeitmöglichkeiten teilzuhaben und überhaupt Kontakte mit Gleichaltrigen mit und ohne Beeinträchtigungen aufzunehmen. Empfehlenswert ist zudem, Sexualerziehung innerhalb Freizeit- und Bildungsangebote zusammen mit Jugendlichen ohne Beeinträchtigungen anzubieten.

Es bleibt zu hoffen, dass die Unterstreichung der sexuellen Rechte von Menschen mit Beeinträchtigungen durch die UN-BRK dazu führt, dass Deutschland mit Maßnahmen und Gesetzesänderungen weitere Ziele der Behindertenrechtskonvention umsetzt und es bald auch für alle Menschen mit Beeinträchtigungen selbstverständlich wird, ihre Sexualität und Partnerschaft selbstbestimmt zu leben.

## Literatur

- Alemu, T., Fantahun, M., 2011. Sexual and Reproductive Health Status and Related Problems of Young People with Disabilities in Selected Associations of People with Disabilities. *Ethiop Med J* 49 (2), 97–108.
- Arnade, S., 2010. Von der Fremdbestimmung zur Selbstbestimmung. Die UN-Behindertenrechtskonvention und die sexuelle Selbstbestimmung behinderter Menschen. *Forum Sexualaufklärung und Familienplanung* (1), 9–12.
- Berman, H., Harris, D., Enright, R., Gilpin, M., Cahters, T., Bukovy, G., 1999. Sexuality and the Adolescent with a Physical Disability. *Understandings and Misunderstandings. Compr Pediatr Nurs* 22 (4), 183–196.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), 2011. Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung. Bonn.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), 2013. Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigung. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Bonn.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2006. Jugendsexualität. Repräsentative Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern. Köln.

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2010. Jugendsexualität. Repräsentative Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern – aktueller Schwerpunkt Migration. Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.), 2013. Jugendsexualität und Behinderung – Ergebnisse einer Befragung an Förderschulen. Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung, Bd. 36. Köln.
- Cheng, M.M., Udry, J.R., 2002. Sexual Behaviors of Physically Disabled Adolescents in the United States. *J Adolesc Health* 31 (1), 48–58.
- Hicks, S., 1980. Relationship and Sexual Problems of the Visually Handicapped. *Sex Disabil* 3 (3), 165–176.
- Hintermair, M., 2005. Familie, kindliche Entwicklung und Hörschädigung. Theoretische und empirische Analysen. Universitätsverlag Winter, Heidelberg.
- International Planned Parenthood Federation. IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights, 1996. London.
- Joyner, B.D., McLorie, G.A., Khoury, A.E., 1998. Sexuality and Reproductive Issues in Children with Myelomeningocele. *Eur J Pediatr Surg* 8 (1), 29–34.
- Kef, S., Bos, H., 2006. Is Love Blind? Sexual Behavior and Psychological Adjustment of Adolescents with Blindness. *Sex Disabil* 24 (2), 89–100.
- Köbsell, S., 2007. Behinderung und Geschlecht – Versuch einer vorläufigen Bilanz aus Sicht der deutschen Behindertenbewegung. In: Jacob, J., Wollrad, E. (Hg.), *Behinderung und Geschlecht – Perspektiven in Theorie und Praxis. Dokumentation einer Tagung*. BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg, 31–49.
- Langenbach, C., 1998. Die Entwicklung hörbehinderter Kinder – Eine Untersuchung der Akzeptanz der Gebärdensprache bei hörenden und gehörlosen Eltern in Bezug auf die Sozialisation der betroffenen Kinder. Diplomarbeit. [www.taubenschlag.de/cms\\_pics/akzeptanz.pdf](http://www.taubenschlag.de/cms_pics/akzeptanz.pdf) (25.01.2016).
- Michel, M., Häußler-Sczepan, M., Riedel, S., 2003. Lebenswelten behinderter Kinder und Jugendlicher in Sachsen. Sächsisches Staatsministerium für Soziales. Dresden.
- Ortland, B., 2008. Partnerschaft und Sexualität bei Erwachsenen mit Körperbehinderung. In: Jennessen, S. (Hg.). *Leben geht weiter... Neue Perspektiven der sozialen Rehabilitation körperbehinderter Menschen im Lebenslauf*. Juventa, Weinheim/München, 81–103.
- Ortland, B., Czerwinski, T., 2009. Abschlussbericht Projekt KISS. Forschungsprojekt zur Entwicklung einer kompetenten, integrierenden Sexualpädagogik für Menschen mit körperlicher Schädigung an der Förderschule. TU Dortmund. [http://www.kiss.tu-dortmund.de/dokumente/upload/KiSS\\_Abschlussbericht.pdf](http://www.kiss.tu-dortmund.de/dokumente/upload/KiSS_Abschlussbericht.pdf) (16.01.2016).
- Pinquart, M., Pfeiffer, J., 2012. What is Essential is Invisible to the Eye: Intimate Relationships of Adolescents with Visual Impairment. *Sex Disabil* 30 (2), 139–147.
- Potgieter, C.A., Khan, G., 2005. Sexual Self-esteem and Body Image of South African Spinal Cord Injured Adolescents. *Sex Disabil* 23 (1), 1–20.
- Seidel, A., Wienholz, S., Michel, M., Luppä, M., Riedel-Heller, S., 2014. Sexual Knowledge among Adolescents with Physical Handicaps: A Systematic Review. *Sex Disabil* 32 (3), 429–441.
- Specht, R., 2010. Sexualität und Behinderung. *Forum Sexualaufklärung und Familienplanung* (1), 3–7.
- Statistisches Bundesamt, 2014. Statistik der schwerbehinderten Menschen. Wiesbaden. [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/BehinderteMenschen/SozialSchwerbehinderteKB5227101139004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/BehinderteMenschen/SozialSchwerbehinderteKB5227101139004.pdf?__blob=publicationFile) (29.01.2016)
- Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2013. Statistik in Sachsen. Sonderpädagogischer Förderbedarf – Einzelintegration und Förderschulen. Kamenz. [https://www.statistik.sachsen.de/download/030\\_SB-Bildung/Zeitschrift\\_2013\\_3\\_SN\\_45-51\\_Scheibe.pdf](https://www.statistik.sachsen.de/download/030_SB-Bildung/Zeitschrift_2013_3_SN_45-51_Scheibe.pdf) (08.02.2016)
- Stevens, S.E., Steele, C.A., Jutai, J.W., Kalnins, I.V., Bortolussi, J.A., Biggar, W.D., 1996. Adolescents with Physical Disabilities: Some Psychosocial Aspects of Health. *J Adolesc Health* 19 (2), 157–164.
- Suris, J.C., Resnick, M.D., Cassuto, N., Blum, R.W., 1996. Sexual Behavior of Adolescents with Chronic Disease and Disability. *Sex Disabil* 19 (2), 124–31.
- Verhoef, M., Barf, H.A., Vroege, J.A., Post, M.W., van Asbeck, F.W., Gooskens, R.H., Prevo, A.J., 2005. Sex Education, Relationships, and Sexuality in Young Adults with Spina Bifida. *Arch Phys Med Rehab* 86 (5), 979–987.
- Wiegerink, D., Roebroek, M., Donkervoort, M., Stam, H., Cohen-Kettenis, P., 2006. Social and Sexual Relationships of Adolescents and Young Adults with Cerebral Palsy: A Review. *Clin Rehabil* 20 (12), 1023–1031.
- Wiegerink, D., Stain, H.J., Gorter, J.W., Cohen-Kettenis, P.T., Roebroek, M.E., 2010. Development of Romantic Relationships and Sexual Activity in Young Adults with Cerebral Palsy: A Longitudinal Study. *Arch Phys Med Rehab* 91 (9), 1423–1428.
- World Health Organization (WHO), 1980. *Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. Genf.

---

#### AutorInnen

Anja Seidel, Dipl. Soziologin, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health, Universität Leipzig, Philipp-Rosenthal-Str. 55, 04103 Leipzig; Erziehungswissenschaftliche Fakultät, Institut für Förderpädagogik im Bereich geistige Entwicklung, Marschnerstraße 29a, 04109 Leipzig, e-mail: [Anja.Seidel@uni-leipzig.de](mailto:Anja.Seidel@uni-leipzig.de)

Laura Retznik, M.A. Erziehungswissenschaftlerin, M.A. Sexualwissenschaftlerin, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health, Universität Leipzig, Philipp-Rosenthal-Str. 55, 04103 Leipzig, e-mail: [Laura.Retznik@medizin.uni-leipzig.de](mailto:Laura.Retznik@medizin.uni-leipzig.de)

---

# Sexuelle Bildung in der universitären Lehramtsausbildung in Nordrhein-Westfalen

Pia Kollender

## Sexual Education in University Teacher Training Programs in North Rhine-Westphalia

### Abstract

The following article is concerned with the teaching of sexual education in university teacher training programs in North Rhine-Westphalia. It presents the results of nine qualitative interviews with instructors of sexuality-related courses. The information gathered on the conveying of sexual education expertise is not conclusive. Still, the interviews provide insight into sexual education in North Rhine-Westphalia teacher training programs. The eleven universities which offer teacher training have yet to institutionalize sexual education in their curricula. Therefore there are no systematized course offerings in the teaching of sexual education in the schools. For the most part, the existent instruction results from instructors' personal initiatives.

**Keywords:** Sexual education, Teacher training program, Sexuality-related courses, Teaching of competencies

### Zusammenfassung

Im folgenden Beitrag geht es um die Vermittlung von Kompetenzen zur sexueller Bildung in der universitären Lehramtsausbildung in Nordrhein-Westfalen. Es werden die Ergebnisse von neun qualitativen Interviews mit Lehrenden von sexualitätsbezogenen Veranstaltungen vorgestellt. Die gewonnenen Ergebnisse sind nur beschränkt aussagekräftig. Dennoch gewähren sie einen Einblick in die sexualpädagogische universitäre Lehramtsausbildung in NRW. An den elf Lehramtsstudiengänge anbietenden NRW-Universitäten gibt es keine institutionelle Verankerung der Sexualpädagogik. Von einer Integration von Vermittlung sexueller Bildung in der universitären Lehramtsausbildung in NRW kann nicht gesprochen werden. Aus diesem Grund gibt es keine systematisierten Lehrangebote, sondern meist Eigeninitiativen von Lehrenden, die am Thema persönlich interessiert sind.

**Schlüsselwörter:** Sexuelle Bildung, Lehramtsausbildung, sexualitätsbezogene Lehrveranstaltungen, Vermittlung von Kompetenzen

## Einleitung und gesetzliche Rahmenbedingungen

In einer vorausgegangenen Studie wurde bereits ein quantitativer Einblick in die Verteilung von sexualitätsbezogenen Veranstaltungen an den elf nordrhein-westfälischen Universitäten mit Lehramtsstudiengängen vorgenommen (Kollender, 2015). Zur Erhebung der Daten dienten die online verfügbaren Vorlesungsverzeichnisse von Oktober 2013 bis März 2015. Anhand der Veranstaltungsinformationen und mit Hilfe eines weit gefächerten Suchbegriffskanons wurden 651 Veranstaltungen hinsichtlich ihrer wissenschaftlichen Verortung, Inhalte und Themen analysiert. Thematisch standen an allen Universitäten Gender-Thematiken im Vordergrund. Lediglich 61 Veranstaltungen hatten Schule als einen direkt genannten bzw. betitelten Schwerpunkt (Kollender, 2015).

Im März und April 2015 wurden insgesamt zwölf ExpertInnen-Interviews für die aktuelle Untersuchung mit Hilfe von Interviewleitfäden telefonisch durchgeführt. Dabei wurden neun Lehrende von sexualitätsbezogenen Veranstaltungen an verschiedenen Universitäten in NRW, sowie zwei wissenschaftliche Experten aus der Sexualpädagogik und eine Vertreterin des nordrhein-westfälischen Landtages befragt. Mit Hilfe der Inhaltsanalyse nach Mayring (2010), anhand derer die Interviews analysiert wurden, sollte auf den quantitativen Einblick ein qualitativer Einblick erfolgen.

Ergebnisse früherer Studien und Untersuchungen zeigen, dass auch seit 1977 – d.h. das Jahr, in dem das Bundesverfassungsgericht die Rechtmäßigkeit schulischer Sexualerziehung bestätigte – im sexualpädagogischen Lehrangebot an Hochschulen noch Defizite bestehen (vgl. u.a. Sielert & Herrath, 1999; Hopf, 2013; Kollender, 2015; Zeibig, 2015).

Das Bild einer eher zufälligen Information der Lehramtsstudierenden (vgl. Looß, 2001) hat sich bis heute nicht geändert. Ein Grund dafür ist der Mangel an qualifizierten Lehrpersonen (vgl. Herrath, 2003). Dies ist bedenklich, da Sexualerziehung damals wie heute als ein Bildungs- und Erziehungsinhalt in der Schule verstanden wird und in schulischen Richtlinien sowie Curricula verankert ist (vgl. Looß, 2001). Und wie eine der befragten Personen sagte:

„[...] kann man in der Schule darauf nicht eingehen, wenn [man; PK] das in der universitären Ausbildung nicht gelernt hat und dazu gehören natürlich alle möglichen Lernziele. Zum einen kognitiv, dass man überhaupt Wissen darüber erwirbt, zum anderen natürlich auch emotional oder affektiv irgendwo, dass man eine entsprechende Einstellung dazu entwickelt [...] und wenn man damit bereits in der Lehrerbildung anfängt, finde ich, ist das der absolut notwendige Zeitpunkt.“ (L2)

Zudem ist die Schule auch heute noch eine der wichtigsten Informationsquellen für sexuelle Fragen.

„So geben acht von zehn Jungen und Mädchen an, den Großteil ihres Wissens über Sexualität, Fortpflanzung und Verhütung aus dem Unterricht zu haben; wenn sie Wissenslücken entdecken, fragen sie dort am häufigsten nach. Neben Eltern sind Lehrer daher ebenfalls in der Pflicht, ihren Teil zur Aufklärungsarbeit beizutragen – vor allem in Bezug auf Jungen beziehungsweise Jugendliche mit Migrationshintergrund, die ihre Eltern seltener ins Vertrauen ziehen, wenn es um das Thema Sex geht.“ (Zeibig, 2015)

Gesetzlich eingebunden und geregelt ist die schulische Sexualerziehung im Schulgesetz unter § 3 (Landesregierung Nordrhein-Westfalen, 2015). Die Landesregierung in NRW hat zudem Richtlinien für die Sexualerziehung veröffentlicht (Ministerium für Schule und Weiterbildung, Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen, 1999). Vorgaben vom Ministerium für Bildung und Forschung oder vom Wissenschaftsrat zur sexuellen Bildung in der universitären Lehre gibt es nicht. Zu diesem Schluss kamen nicht nur Wrede und Hunfeld in ihrer Untersuchung 1997. Dies ergaben auch die Recherchen für diesen Forschungsbeitrag und gaben zudem viele InterviewpartnerInnen an.

Ein Grund dafür ist die Bildungshoheit der Länder. In § 4 Art. 1 des Hochschulgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen ist die Freiheit in Wissenschaft, Forschung, Lehre und Studium beschrieben (Landesregierung Nordrhein-Westfalen, 2014). Die Gestaltung der Lehrveranstaltungen liegt somit in den Händen der zuständigen Lehrenden bzw. Fakultäten.

In einigen Unterlagen vom Ministerium für Schule und Weiterbildung und der Kultusministerkonferenz wird das Thema Sexualerziehung mehr oder weniger explizit aufgeführt (Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen, 2000; Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland, 2014; Sekretariat der ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik

Deutschland, 2012). Viele konkrete Inhalte ließen sich nicht für die schulische Sexualerziehung finden, was leider nicht verwunderlich ist, da in den Beschlüssen vor allem grundlegende Kompetenzen der jeweiligen Fachwissenschaften und fachdidaktische Anforderungen aufgeführt sind. Da Sexualerziehung kein Fach ist und in den meisten Fachwissenschaften kaum bis gar nicht vermittelt wird, wird sie in solchen Beschlüssen nicht berücksichtigt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Empfehlungen existieren, die das Thema Sexualerziehung auf die Umsetzung in den Schulen, aber nicht auf die universitäre LehrerInnenausbildung beziehen. Konkrete Empfehlungen oder sogar Vorgaben zur Vermittlung von Themen und Kompetenzen zur sexuellen Bildung in der universitären Lehramtsausbildung gibt es somit nicht.

## Einblicke in die universitäre Ausbildung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der neun Interviews der Lehrenden von sexualitätsbezogenen Lehrveranstaltungen in NRW dargestellt. Aufgrund der Anonymisierung der befragten Lehrenden werden die beteiligten Universitäten nicht benannt. Die Dauer der Interviews betrug im Durchschnitt 40 Minuten. Es nahmen an der Befragung vier weibliche und fünf männliche Lehrpersonen teil. Die Anstellungsverteilung der befragten Lehrenden sah folgendermaßen aus. Die Befragten befanden sich zum Teil in zwei verschiedenen Anstellungsverhältnissen, so dass es zu Mehrfach-Antworten kam.

- zwei DoktorandInnen
- sechs Lehrbeauftragte, vier davon für besondere Aufgaben; von diesen vier haben drei eine halbe Stelle
- vier wissenschaftliche MitarbeiterInnen, zwei mit halben Stellen
- eine Juniorprofessorin

Von den Lehrbeauftragten und wissenschaftlichen MitarbeiterInnen waren auch fünf promoviert; von den neun Befragten waren vier habilitiert oder dabei, sich zu habilitieren. In folgenden Fachbereichen, Professuren etc. war das Thema Sexualität durch die interviewten Lehrenden vertreten:

- Allgemeine Zoologie
- Erziehungswissenschaften
- Heilpädagogik (Diagnostik und Förderung)
- Kompetenzzentrum für Lehrerbildung und Lehr-/Lernforschung (Diversität/Differenzen)

- Politikwissenschaft
- Geschichte
- Theologie

Zur Frage nach der Aneignung der Qualifikationen gaben lediglich drei der neun befragten Lehrenden an, dass sie das Thema Sexualität in ihrer eigenen universitären Ausbildung hatten. Die restlichen sechs Befragten hatten ihre Qualifikationen bzw. sexualpädagogische Expertise ausschließlich autodidaktisch erlangt. Dies geschah oder geschieht im Austausch mit KollegInnen, durch das Lesen und die Auseinandersetzung mit Fachliteratur oder mit bestimmten Theorien und Theoretikern. Erfahrungen in der praktischen Sexualpädagogik hatten fünf der Befragten im Rahmen von Praktika und/oder Projekten im Kontext ihrer Lehrveranstaltungen und Forschungsprojekten sammeln können.

Im Rahmen der universitären Qualifizierung gaben fünf der Lehrenden an, über sexualitätsbezogene Aspekte in ihrer Dissertation geschrieben zu haben; lediglich bei zwei (L4 und L7) stand das Thema im Zentrum der Dissertation. Ein Dritter (L3) beschäftigte sich mit Sexualität in Schulen; er befragte LehrerInnen zu ihrer Wahrnehmung und Bewertung von Sexualität in Schulen. Drei der Promovierten befassten sich in Habilitationsschriften ebenfalls mit sexualitätsbezogenen Themen. L9 behandelte Sexualität in der Counter Culture und der sexuellen Revolution. L4 forschte über die Annahmen von Lehrpersonen über SchülerInnen bezogen auf Sexualität und den Umgang damit und die weitere Professionalisierung von Lehrkräften bzgl. sexueller Themen, während bei L7 die Prävention von sexualisierter Gewalt und Behinderung im Fokus ihrer Habilitation stand.

Mit externen KooperationspartnerInnen arbeiteten vier der neun Befragten zusammen. Kooperiert wurde dabei mit ExpertInnen, Vereinen, Initiativen oder Schulen, die unterstützend in die Veranstaltungen kamen. Die eingeladenen Gäste sollten vor allem von ihren Erfahrungen im Umgang mit SchülerInnen und ihrem jeweiligen Themenschwerpunkt berichten. Durch die Kooperationen sollten die Studierenden mögliche PartnerInnen kennenlernen und so eine nachhaltige Sexualerziehung in ihrem späteren Schulalltag ermöglichen. Desweiteren hatten die Studierenden durch die Zusammenarbeit mit Schulen die Möglichkeit, ihr erworbenes Wissen praktisch innerhalb ihres Studiums anzuwenden.

Sieben der insgesamt neun interviewten Lehrenden haben das Thema Sexualität selbstständig und auf ihren eigenen Wunsch in die Lehre eingebracht. Die grundlegende Motivation von vielen Lehrenden war das persönliche und allgemeine Interesse am Thema Sexualität. Auch die Weitergabe von Wissen aufgrund der eigenen thematischen Expertise war Motivation bzw. Intention für die

Thematisierung in der Lehre. Zudem fanden sie es relevant und wichtig für die Ausbildung von angehenden LehrerInnen. Vereinzelt InterviewpartnerInnen nahmen außerdem einen Bedarf seitens der Studierenden bzw. ein Defizit diesbezüglich wahr und fanden die Reflexion der eigenen sexuellen Sozialisation wichtig, um eigene Werte und Einstellungen nicht unüberlegt auf SchülerInnen zu übertragen.

Folgende Themen und Aspekte der Sexualerziehung sollten nach Meinung der befragten Lehrenden in der universitären Lehramtsausbildung behandelt und gelehrt werden:

- Lebenswirklichkeiten von Kindern und Jugendlichen mit besonderem Fokus auf den schulischen Kontext
- Rechtliche Situation
- Körperliche und psychische Entwicklung
- Auseinandersetzung mit sexualwissenschaftlichen und sexualpädagogischen Theorien
- Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Perspektiven auf Sexualität
- Weibliche und männliche Sexualorgane und deren Funktion
- Gefühle bzw. Gefühlswelt
- Werte und Normen
- Sexualbiografische Reflexion
- Theorie (Didaktik und Fachwissen) und Praxis von Sexualerziehung

Folgende Ziele verfolgten die Befragten für die Sexualerziehung in der universitären Lehramtsausbildung:

- Vermittlung von Fachwissen, theoretischen Ansätzen, Didaktik und Methoden
- Lehre von Toleranz und Akzeptanz und Liberalisierung von (sexueller) Vielfalt
- Vorbereitung und Sensibilisierung für die Realität in der Schule
- Wahrnehmung von Sexualität nicht nur als Problem im Kontext von Missbrauch und Gewalt
- Sensibilisierung der Studierenden für das Ansprechen des Themas in der Schule und Kommunikationskompetenz in Bezug auf Sexualität
- Verankerung der Auseinandersetzung angehender LehrerInnen mit dem Thema Sexualität in der Lehre
- Beschäftigung der Studierenden mit ihrer eigenen Sexualität, mit Werten, Normen und möglichen Vorurteilen
- Einbringen von Sexualität in den analytischen Fokus und Kommunikation darüber
- allgemeine und grundlegende Beschäftigung mit Sexualität zur Erhöhung dessen Stellenwertes

Erstaunliche Antworten gab es zu der Frage nach Vorgaben seitens des zuständigen Ministeriums bzw. des

Wissenschaftsrates zum Thema Sexualität in der Lehre. Vier der InterviewpartnerInnen gaben an, solche Vorgaben nicht zu kennen. Weitere vier sagten aus, Sexualität durch die Autonomie der Lehre unter Beachtung gängiger Formalien wie Studienordnungen frei wählen zu können. Lediglich zwei äußerten, dass es Vorgaben durch die bestehenden Richtlinien und Lehrpläne gäbe. Keiner der Befragten hatte Vorgaben seitens der Professorin/des Professors, des Fachbereichs oder der Universität bezüglich der Inhalte und Methoden zum Thema Sexualität.

„Ich begründe das damit, dass es niemanden interessiert. Ich glaube, sobald jemand denkt, das wär ein Thema was irgendwie größere Masse treffen würde, [...], wird es irgendwie prickelnder werden und man das Gefühl hätte, hat es jetzt eine breite Masse, die die [...] Profs auch irgendwie interessieren würde, würde man wahrscheinlich direkt einen Regularienkatalog entwickeln. Ich glaube, dass es eher ein Armutszeugnis ist, dass es da nix gibt und auch nie drüber gesprochen wird, weil man denkt, dass würde einfach gar nicht stattfinden bzw. nicht wirklich ein breites Feld treffen.“ (L7)

Die Einschätzungen der Befragten zur quantitativen Ausbildung schulischer Sexualerziehung in NRW fielen eher schlecht aus. Man könne keine Aussagen darüber machen, weil man sich nicht damit beschäftige oder es schlecht einschätzen könne. Grund dafür sei unter anderem, dass Didaktik allgemein vermindert gelehrt werde und sexualspezifische Didaktik aus dem Konsens der Fachdidaktiken herausfalle. Ein Lehrender stand im Austausch mit KollegInnen anderer Universitäten und wusste, dass es an diesen keine offizielle Implementierung zur schulischen Sexualerziehung gäbe. Einige betrachteten den Stand an ihrer eigenen Universität oder im eigenen Fachbereich kritisch und vermuteten ein ähnliches Bild an anderen Universitäten in NRW. Zur Gesamtsituation in der Bundesrepublik Deutschland gab es folgende Einschätzungen:

„Ich schätze es ähnlich problematisch ein, dass das Thema ganz stark von Personen voran getrieben wird, das heißt es steht und fällt in der Implementierung mit einzelnen Personen und nicht mit einem strukturellen Verständnis, dass das Thema eine Relevanz hat, die einfach institutionell abgesichert werden muss und entsprechend, weil das Thema immer noch ein, auch wenn es populär wird, aber immer noch ein Exotenthema ist und nicht genau einem Fach zuzuordnen, glaube ich, dass in der ganzen Republik es immer noch ein randständiges Thema bildet.“ (L4)

„Sehr schlecht und zwar, weil die 16 Bundesländer unterschiedlich arbeiten, es gibt keine flächendeckende Sexualerziehung.“ (L5)

Auch bei der qualitativen Ausbildung fiel es den Befragten schwer, Aussagen zu treffen. Sie würden die Inhalte der Angebote nicht kennen oder sich selbst nicht für ExpertInnen auf dem Gebiet halten und sich daher kein Qualitätsurteil erlauben können bzw. wollen. Einige der Befragten vertraten die Ansicht, dass die anbietenden Personen meist intrinsisch motiviert seien. Sie vermuteten daher qualitativ hochwertige Veranstaltungen.

## Interessenlage der Studierenden

Bedarf bzw. Interesse seitens der Studierenden sahen alle Befragten. Dies entnahmen sie den Teilnehmer- und Wartelisten oder aber den Fragen, die in ihren sexualitätsbezogenen Lehrveranstaltungen gestellt wurden. Nicht nur Wissenslücken, sondern auch das Bedürfnis nach sachlichen, wissenschaftlichen und reflektierten Auseinandersetzungen mit dem Thema Sexualität bedingten dies. Besonders die Themen „Rechte und Pflichten“, „sexuelle Gewalt“ und aufgrund der Inklusion an Schulen auch „Sexualität und Behinderung“ standen im Fokus. Desweiteren bestanden vor allem Unsicherheiten im Umgang mit sexuell konnotierten Situationen in der Schule.

„Häufig war die Rückmeldung auch, dass sie doch sehr erstaunt waren, was das Thema letztendlich bedeutet hat, also was für eine Breite das Thema hatte, was Sexualität, Sexualerziehung, Aufklärung und so weiter alles umfasst und dass es eben nicht nur, es waren tatsächlich relativ viele Biologie-Studierende im Seminar, dass eben nicht nur Sexualaufklärung beinhaltet, sondern auch dass es um die Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität geht, das es schon durchaus intensiv auch für die Teilnehmer in dem Seminar war, dahingehend mal selbst zu reflektieren. [...] Den Bedarf sehe ich in jedem Fall, zum Teil wird er auch in den Seminaren an mich herangetragen, [...] und ansonsten ist, das glaube ich, häufiger das Interesse am Thema und dann kommt erst in der Veranstaltung häufig die Erkenntnis, dass es doch auch ein tatsächlich wichtiges Thema ist.“ (L3)

Hinsichtlich der Kompetenzen fanden es einige der befragten Lehrenden schwierig, diese im universitären Kontext zu vermitteln. Zum einen seien die Veranstaltungen nicht auf die Vermittlung praktischer Kompetenzen ausgerichtet, zum anderen müsste dies dann idealerweise in

Kooperation mit einer Schule stattfinden, um die erlernten Theorien und Methoden praktisch und mit echten SchülerInnen umsetzen zu können. Denn gerade die Methodenkompetenz im sexualpädagogischen Kontext empfand L4 als nicht vorhanden bei den Studierenden. Diese seien jedoch wichtig für ein professionelles sexualpädagogisches Handeln. Erschwerend käme die Tatsache hinzu, dass der Erfahrungsschatz der Studierenden in und vor Schulklassen bzw. mit SchülerInnen sehr heterogen sei und die Studierenden die Möglichkeit zum selbstständigen Ausprobieren sehr schätzten. L6 war überrascht, wie offen und unvoreingenommen die Studierenden in ihren Projekten mit den SchülerInnen umgegangen sind.

„An sich ist es auch so, dass bei sehr vielen Themen das Wissen, wie wenig man weiß und wie wichtig das wäre, noch mehr darüber erfahren zu haben, erst in der Praxis kommt, dass man in der Ausbildung das Gefühl hat, ‚Ach das stemme ich schon alles.‘“ (L8)

## Zusammenfassung und Fazit

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die meisten Lehrenden das Thema durch Eigeninitiative in die Lehre eingebracht haben. Das persönliche Interesse am Thema, die Weitergabe von Expertise und Wissen und die Relevanz für die Berufstätigkeit der Studierenden waren dafür ausschlaggebende Intentionen.

Die Aneignung der Expertise erfolgte überwiegend durch autodidaktisches Selbststudium und fast gar nicht im Rahmen von Veranstaltungen im eigenen Studium oder einer themenspezifischen Weiter-/Fortbildung. Erfahrungen in der praktischen Sexualpädagogik gaben fünf der Befragten an. Vorgaben zur inhaltlichen und methodischen Gestaltung haben die Lehrenden weder von ministerieller Seite noch seitens der ProfessorInnen oder der zuständigen Fakultät erhalten.

Die meisten Befragten schätzten die quantitative Ausbildung zur schulischen Sexualerziehung schlecht ein. Die Aussagen zur Qualität variierten zwischen Enthaltung und positiven Einschätzungen aufgrund vermuteter intrinsischer Motivation der Lehrenden.

Über die Frage, ob Studierende Bedarfe haben, waren sich die Befragten einig. Es seien allerdings weniger Wissenslücken als das Interesse, sich wissenschaftlich und reflektiert über das Thema unterhalten zu wollen und zu können.

Für eine nachhaltige und erfolgreiche Sexualerziehung in Schulen benötigen angehende LehrerInnen eine sexualpädagogische Ausbildung. Diese soll sich an den Bedürfnissen von ihnen und ihrer Zielgruppe orientieren. In der Forschungsarbeit ließ sich feststellen, dass kei-

ne systematische Anbindung an die LehrerInnenbildung besteht. Die flächendeckend mangelhafte Integration der Sexualpädagogik zeigt, dass ihr immer noch nicht die Beachtung geschenkt wird, die sie aufgrund ihrer Relevanz verdient.

Um eine langfristige und systematische sexualpädagogische Qualifizierung an Hochschulen zu ermöglichen, benötigt die Sexualpädagogik eine institutionelle Verankerung in Form von Lehrstühlen und wissenschaftlich tätigen MitarbeiterInnen an Universitäten. Um eine flächendeckende sexualpädagogische Erstausbildung in Lehramtsstudiengängen zu gewährleisten, müssen zuerst Hochschullehrende sexualwissenschaftlich und -pädagogisch fort- und weitergebildet werden.

Zudem wären bundesweite oder zumindest landesweite Richtlinien zur Sexualerziehung in der Hochschulausbildung förderlich. Durch das Benennen von konkreten Inhalten und Kompetenzen hätten Lehrende von sexualitätsbezogenen Veranstaltungen Handlungsempfehlungen bzw. -anweisungen und die Hochschulen wären zur sexualpädagogischen Ausbildung vor allem von LehrerInnen und auch weiteren pädagogisch tätigen Berufsfeldern verpflichtet.

Da diese Verantwortung bei den einzelnen Bundesländern und zuständigen Ministerien liegt, sind solche Veränderungen langwierig und es gibt auch keine Garantie zur Umsetzung. Daher sollten die einzelnen Universitäten selbst tätig werden und der Sexualpädagogik einen höheren Stellenwert in der Ausbildung durch ein regelmäßiges grundständiges und vielfältiges Lehrangebot geben. Aber auch die Studierenden sollten ihr Recht auf (sexuelle) Bildung einfordern.

## Literatur

- Herrath, F., 2003. Sexualitätsbezogene Qualifizierung für pädagogische und beraterische Handlungsfelder – Konzeption und Erprobung eines Nachdiplomstudienganges. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel.
- Hopf, A., 2013. Sexualpädagogik in der Ausbildung von Lehrerinnen und Lehrern. In: Schmidt, R.-B., Sielert, U. (Hg.), 2013. Handbuch Sexualpädagogik und sexuelle Bildung. 2. erw. u. überarb. Aufl. Beltz Juventa, Weinheim/Basel.
- Kollender, P., 2012. Sexualerziehung im Sekundarbereich I in NRW – Einblicke in die schulische Praxis. Bachelorthesis an der Universität Duisburg-Essen.
- Kollender, P., 2014. Praxisprojekt: Let's talk about Sex – Sexuelle Vielfalt, schulische Sexualerziehung und forschendes Lernen in der Lehrer\_innenbildung. Durchführung und Evaluation des 1. Workshops des Forschungsprojekts der Universität zu Köln. Projektbericht an der Hochschule Merseburg.
- Kollender, P., 2015. Sexualität & ihre Facetten als Thema

- in der universitären Lehramtsausbildung in NRW – Eine quantitative Inhaltsanalyse von Vorlesungsverzeichnissen. Studienbericht an der Hochschule Merseburg.
- Landesregierung Nordrhein-Westfalen, 2014. Gesetz über die Hochschulen des Landes Nordrhein-Westfalen (Hochschulgesetz – HG) vom 16. September 2014. Düsseldorf.
- Landesregierung Nordrhein-Westfalen, 2015. Schulgesetz für das Land Nordrhein-Westfalen (Schulgesetz NRW – SchulG) vom 15. Februar 2005 (GV. NRW. S. 102) zuletzt geändert durch Gesetz vom 25. Juni 2015 (GV. NRW. S. 499). Düsseldorf.
- Looß, M., 2001. Fachdidaktische Konzepte und unterrichtliche Praxis: Eine Untersuchung am Beispiel Sexualerziehung und AIDS-Prävention im Fach Biologie. Julius Klinkhardt, Bad Heilbrunn.
- Mayring, P., 2010. Qualitative Inhaltsanalyse. In: Mey, G., Mruck, K., Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Springer Fachmedien. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 601–613.
- Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen, 2000. Kerncurriculum für die Ausbildung im Vorbereitungsdienst für Lehrämter in den Zentren für schulpraktische Lehrerbildung und in den Ausbildungsschulen. Düsseldorf.
- Ministerium für Schule und Weiterbildung, Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen, 1999. Richtlinien für die Sexualerziehung in Nordrhein-Westfalen. Schule in NRW, Heft 5001, Düsseldorf.
- Sekretariat der ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland, 2012. Empfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15.11.2012.
- Sielert, U., Herrath, F., 1999. „Sexualpädagogik in der Hochschulausbildung“. Abschlußbericht eines Modellprojekts des Instituts für Pädagogik der Universität zu Kiel. Köln.
- Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland, 2014. Ländergemeinsame inhaltliche Anforderungen für die Fachwissenschaften und Fachdidaktiken in der Lehrerbildung. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 16.10.2008 i.d.F. vom 09.10.2014. Berlin/Bonn.
- Wrede, B., Hunfeld, M., 1997. Sexualität – (K)ein Thema in der Hochschulausbildung? Entwicklung einer hochschuldidaktischen Ausbildungskonzeption für Sexualpädagogik. Kleine Verlag, Bielefeld.
- Zeibig, D., 2015. Eine Frage der Aufklärung. Link: <http://www.spektrum.de/news/wie-muss-guter-sexualkundeunterricht-aussehen/1348501>.

#### Autorin

Pia Kollender, M.A., Angewandte Sexualwissenschaftlerin, Sexualpädagogin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Koordinatorin des Bereichs Service Learning, ProfessionalCenter der Universität zu Köln, Albertus-Magnus-Platz, 50923 Köln, e-mail: [piakollender@web.de](mailto:piakollender@web.de)



**Hoffmann, Markus**  
**Schulische Sexualerziehung**  
**Deutungsmuster von Lehrenden**  
 budrich academic 2016  
 480 Seiten, geb., 26,00 €

Vor welchen Herausforderungen stehen LehrerInnen, wenn sie im Unterricht mit Jugendlichen über das Thema Sexualität pädagogisch sprechen sollen? Markus Hoffmann thematisiert zentrale Aspekte schulischer Sexualerziehung und erarbeitet vier generelle Bezugsprobleme, die LehrerInnen im Schulalltag meistern müssen. Hierzu werden unterschiedliche professionelle Wege und Strategien aufgezeigt, verglichen und systematisiert, die helfen, die pädagogischen Schwierigkeiten zu lösen. Wie lösen Lehrer\_innen die an sie gestellte Aufforderung, im Unterricht über das tabuisierte Thema Sexualität pädagogisch sprechen zu müssen?

Dazu widmet sich die Arbeit zunächst den unterschiedlichen Problematiken des Sprechens über Sexualität im Unterricht und fokussiert zwei zentrale Rahmungen schulischer Sexualerziehung: ein für die Unterrichtskommunikation bedeutsames sexualsprachliches ‚Tabu‘ und dessen Funktion für Sprechende und Angesprochene sowie ein problematisierendes Sprechen über Jugendliche und deren Umgang mit Sexualität.

# Testosteron induzierte wahnhaftige Störung bei Klinefelter-Syndrom

Uwe Kinzel

## Testosterone-Induced Delusional Disorder with Klinefelter Syndrome

### Abstract

This case study deals with the treatment of a patient with Klinefelter Syndrome who suffered from depression and paranoia. Both disorders desisted when the testosterone substitution prescribed for the Klinefelter Syndrome was stopped. **Keywords:** Klinefelter Syndrome, Testosterone substitution, Depression, Paranoia

### Zusammenfassung

Diese Fallstudie beschreibt die Behandlung eines Patienten mit depressiver Störung und paranoiden Symptomen bei Klinefelter-Syndrom. Sowohl die paranoiden wie auch die depressiven Stimmungen sistierten, als die für das Klinefelter-Syndrom verordnete Testosteronsubstitution beendet wurde. **Schlüsselwörter:** Klinefelter-Syndrom, Testosteronsubstitution, Depression, Verfolgungswahn

Der 40-jährige Patient war durch den vorbehandelnden Nervenarzt wegen einer depressiven Episode in unsere Tagesklinik eingewiesen worden. Der Patient berichtete, er habe sich von seiner Ehefrau, die ihn betrogen habe, getrennt und sei aus dem gemeinsamen Haus ausgezogen. Im Verlauf mehrerer Monate habe er eine ausgeprägte depressive Stimmung, Antriebsverlust und Hilflosigkeit entwickelt. Der niedergelassene Psychiater habe ihm zur Behandlung Amitriptylin 25 mg und Quetiapin 25 mg pro Tag verordnet, allerdings ohne jegliche Wirkung. Nach nur kurzer Behandlungsdauer in unserer Tagesklinik berichtete der Patient, dass eine Verschwörung gegen ihn im Gange sei. Leute in seiner Nachbarschaft würden ihn für verrückt halten, Kriminalpolizisten würden ihn observieren, sogar im Wartezimmer seines Psychiaters. Im weiteren Verlauf offenbarte er, dass man vor 10 Jahren ein Klinefelter-Syndrom bei ihm diagnostiziert habe. Anlass zur damaligen Untersuchung sei ein unerfüllter Kinderwunsch gewesen. Daraufhin habe man ihm eine Testosteronsubstitution verordnet, die als Nebenwirkungen Kopfschmerz und Aggressivität verursacht habe. Deswegen habe er die Medikation nach nur 2 Monaten Behandlungszeit abgesetzt, woraufhin die Kopfschmerzen und die Aggressivität rückläufig gewesen seien. Nach weiteren 6 Jahren habe er die Testosteronmedikation erneut begonnen, wobei er aber die oben erwähnten paranoiden Symptome entwickelt habe.

Bei unserer Untersuchung des Patienten zeigte sich psychopathologisch Niedergestimmtheit bei erhaltener affektiver Schwingungsfähigkeit, keine Ich-Störungen, jedoch paranoides Erleben. Untersuchungsergebnisse des vorbehandelnden Urologen bestätigten das Vorliegen eines Klinefelter Syndroms. Die körperliche Untersuchung ließ keine Abnormitäten erkennen. Das CCT, wie auch das craniale MRT, EEG, EKG und Laboruntersuchungen ergaben keine Auffälligkeiten. Im Inventar klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen (IKP) und im Eppendorfer Schizophrenieinventar (ESI) fanden sich ebenfalls keine Auffälligkeiten. Wir diagnostizierten eine wahnhaftige Störung mit einer komorbiden mittelgradigen depressiven Störung bei Klinefelter-Syndrom. Die Behandlung erfolgte mit Risperidon 4 mg pro Tag in Kombination mit Bupropion 150 mg pro Tag. Hierunter entwickelte der Patient jedoch eine ausgeprägte Akathisie, woraufhin die neuroleptische Medikation auf Quetiapin ret. 500 mg pro Tag umgestellt wurde. Ein wesentlicher Behandlungserfolg mit Sistieren der paranoiden Symptome, wie auch der depressiven Symptome, ergab sich aber erst als die Testosteronsubstitution beendet wurde. Der Patient war zwar noch immer überzeugt, dass das Verfolgungserleben in der Vergangenheit seine Berechtigung gehabt hätte, klagte aber nicht über gegenwärtiges paranoides Erleben.

## Diskussion

Schon in den 1960er Jahren war ein höheres Auftreten psychischer Erkrankungen unter Patienten mit Klinefelter-Syndrom berichtet worden (Hambert, 1966). Eine dänische Veröffentlichung (Sørensen & Nielsen, 1977) beschrieb ein erhöhtes Auftreten reaktiver Psychosen mit paranoider oder depressiver Symptomatik. Van Rijn und Kollegen berichteten 2006 im British Journal of Psychiatry über ein häufigeres Auftreten von Schizophrenie-Spektrumstörungen bei Patienten mit Klinefelter-Syndrom. In unserem Fall zeigte sich jedoch das Sistieren der psychiatrischen Symptomatik nach wiederholter Unterbrechung der Testosteronsubstitution. Andererseits werden seit langem resultierende psychotische Symptome nach Steroid-Exposition beschrieben (z.B. Pope, 1988; Weiss, 1999). Insbesondere das australische Forschungsteam um Purves-Tyson (2012) berichtete, dass „increased sex steroids in the brain at adolescence may alter substantia nigra

dopamine pathways, increasing vulnerability for the development of psychopathology“ (95).

Unser Fall zeigte ohne Zweifel, dass die Erhöhung von Sexualsteroiden infolge der Testosteronsubstitution zur Entwicklung paranoider Symptome führte, die bei Absetzen der Medikation remittierte.

## Zusammenfassung

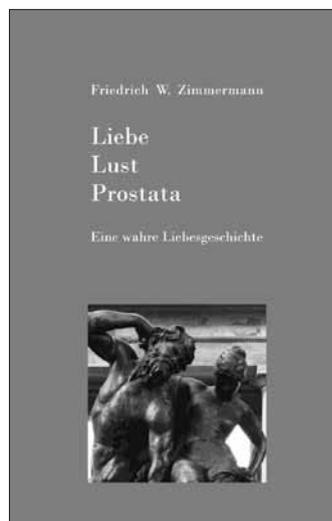
Mit einem Auftreten von einem Fall auf 1000 Neugeborene ist das Klinefelter-Syndrom eine der häufigsten angeborenen chromosomalen Störungen (Lanfranco, 2004). In unserem Fall konnten wir darstellen, dass wiederholte Testosteronsubstitution zu rekurrenten psychiatrischen Symptomen führte. Weitere Untersuchungen zum Auftreten psychiatrischer Symptome bei Patienten, die mit diesen Sexualsteroiden behandelt werden, sind erforderlich.

## Literatur

- Hambert, G., 1966. Males with positive sex chromatin. Akademiforlaget-Gumperts, Gothenburg.
- Lanfranco, F., Kamischke, A., Zitzmann, M., Nieschlag, E., 2004. Klinefelter´s syndrome. Lancet 364, 273–83.
- Pope, H.G., Katz, D.L., 1988. Affective and Psychotic Symptoms Associated with Anabolic Steroid Use. Am J Psych 145 (4), 487–90.
- Purves-Tyson, T.D., Handelsman, D.J., Double, K.L., Owens, S.J., Bustamante, S, Weickert, C.S., 2012. Testosterone regulation of sex steroid-related mRNAs and dopamine-related mRNAs in adolescent male rat substantia nigra. BMC Neurosci 13, 95.
- Sørensen, K., Nielsen, J., 1977. Twenty psychotic males with Klinefelter´s Syndrome. Acta psych Scand 56 (4), 249–55.
- van Rijn, S., Aleman, A., Swaab, H., Kahn, R., 2006. Klinefelter´s Syndrome (karyotype 47, XXY) and schizophrenia spectrum pathology. BJPsych 189 (5), 459–60.
- Weiss, E.L., Bowers, M.B., Mazure, C.M., 1999. Testosterone-Patch-Induced Psychotic Mania. Am J Psych 156 (6), 969.

## Autor

Dr. med. Uwe Kinzel, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, AMEOS Klinikum Osnabrück, Allgemeine Psychiatrie III, Knollstrasse 31, 49088 Osnabrück, e-mail: ukin.psy@osnabrueck.ameos.de



**Friedrich W. Zimmermann**

**Liebe-Lust-Prostata. Eine wahre Liebesgeschichte**

**Berlin, September 2016 (Selbstverlag)**

**173 Seiten, Broschur, Fadenheftung, LVP 23,90 / Book 12,99 €€**

**Bezugsquellen unter [www.liebe-lust-prostata.de](http://www.liebe-lust-prostata.de)**

„Prostatakrebs!“ Vor Schreck und aus lauter Angst fällt Friedrich Zimmermann nur der Stammtischspruch ein: „Lieber tot als impotent!“. Der Hausarzt konterte: „Lieber kreisfrei leben als potent sterben.“

Der Arzt hatte Recht. Leidenschaftlich und zugleich sachlich beschreibt der Autor seine lange Irrfahrt von der Diagnose bis zur Heilbehandlung. Es ist das Bekenntnisbuch eines Journalisten, ein persönlicher Einzelfall, mit Happy End. Eine Liebesgeschichte. Zimmermanns essayistischer Bericht seines erfolgreichen Wegs ist im zweiten Teil des Buches angereichert mit einem wichtigen Findex/Stichwortverzeichnis sowie Interviews mit bedeutenden europäischen Ärzten. Nicht nur zum Verfahren der Früherkennung und den besten Behandlungsmethoden von Prostatakrebs befragt er sie, sondern gemeinsam stoßen sie wieder und wieder darauf, „warum Männer so sind, wie sie sind“ und welche bedeutungsvolle Rolle den Partnerinnen zukommt.

# „Mit Sicherheit Verliebt“ – Ein Aufklärungs- und Präventionsprojekt von (Medizin-)Studierenden für Jugendliche

Lukas Chinczewski

„Wie viele Stunden Sex braucht man, um schwanger zu werden?“

„Sind 2 Kondome sicherer als eines?“

„Muss ich mich wirklich beim Männerarzt ausziehen?“

Auch wenn diese Fragen für uns absurd klingen sollten, sind dies Fragen, mit denen man im Aufklärungsunterricht von Schülerinnen und Schülern konfrontiert wird.

Ursprung und Ziele des Projekts

„Mit Sicherheit Verliebt“ ist ein Projekt der AG Sexualität und Prävention der Bundesvertretung der Medizinierenden in Deutschland e.V. (bvmd), die seit 2004 als Dachverband der 38 medizinischen Fakultäten in Deutschland über 85 000 Studierende vertritt (vgl. [www.bvmd.de](http://www.bvmd.de)). Das Projekt wurde 2001 in Rostock unter Schirmherrschaft des Bundesgesundheitsministeriums gegründet. Seit Gründung der bvmd 2004 ist „Mit Sicherheit Verliebt“ fest in der Arbeit der bvmd verankert.

Insgesamt engagieren sich über 500 Studierende rein ehrenamtlich neben dem Studium für eine bessere Sexuaufklärung und den Abbau von Stigmata. Mit unseren Schulbesuchen erreichen wir jedes Jahr über 14.000 Jugendliche in über 30 deutschen Städten (vgl. [www.sicher-verliebt.de](http://www.sicher-verliebt.de)).

Wir sind davon überzeugt, dass eine gute Sexuaufklärung die Basis für eine gesunde sexuelle Entwicklung ist. Nur mit dem nötigen Wissen sind der Schutz vor sexuell übertragbaren Infektionen und ein gesunder gleichberechtigter Umgang in Beziehungen möglich. Im Fokus unserer Arbeit stehen die spielerische Wissensvermittlung zu medizinisch relevanten Themen, wie sexuell übertragbaren Krankheiten, und eine aufgeklärte Entwicklung der Sexualität im Jugendalter. Mithilfe verschiedener Methoden werden Alltagsprobleme verdeutlicht und die Jugendlichen zur Selbstreflexion angeregt. So können wir umfassendes Wissen altersgerecht für die jeweilige Klassenstufe weitergeben. Die einzelnen Lokalgruppen stehen vor und nach den Schulbesuchen in enger Absprache mit den Lehrerinnen und Lehrern, um den Unterricht individuell auf die jeweilige Klasse anpassen zu können.

Wie sieht der Schulbesuch aus?

Nach dem Prinzip der „Peer Education“ („jung lehrt jung“) treten wir als Studierende den Schülerinnen und

Schülern auf Augenhöhe gegenüber. Durch gleichen Sprachgebrauch, ähnlichen Kleidungsstil und geringen Altersabstand erreichen wir unsere Zielgruppe optimal. Vertrauen kann schnell aufgebaut werden und die Jugendlichen beginnen Fragen zu stellen, die sie sich im normalen Schulunterricht nicht trauen würden. Statt auf Frontalunterricht, setzen wir auf interaktive Methoden, die zur Selbstreflexion anregen, und sehen uns als einen Teil der Gruppe.

Grundsätzlich verbringen wir bei einem Schulbesuch einen Vormittag (4–6 Schulstunden) in einer Klasse. Unser Fokus liegt auf den Klassenstufen 5 bis 10, das Programm wird für die jeweiligen Klassen spezifisch und altersgerecht strukturiert. Um die Privatsphäre der Jugendlichen zu wahren und eine lockere Atmosphäre zu schaffen, ist Lehrpersonal nicht im Raum, aber jederzeit ansprechbar.

Los geht es meistens mit dem Aufstellen von Regeln, die während des Schulbesuches gelten sollen. „Jeder darf lügen“, „Jeder darf so viel sagen, wie er möchte“ und „Niemand wird ausgelacht“ sind drei unserer Grundregeln. Weitere Regeln werden mit den Schülerinnen und Schülern erarbeitet. Als Warm-Up kann beispielsweise das „Sex-ABC“ gespielt werden: Jeder Buchstabe des Alphabets wird von der Klasse mit einem Wort rund um Sexualität versehen. Danach werden unklare Begriffe geklärt und die Klasse einigt sich auf korrekte Begriffe, wie Penis oder Vagina, die im Schulbesuch genutzt werden sollen.

Weiter geht es dann mit inhaltlichen Themen. Angefangen bei den Grundlagen, der Anatomie des Mannes und der Frau, gehen wir über die Themen Menstruationszyklus und Schwangerschaft hin zu Verhütungsmethoden. Sexuell übertragbare Infektionen (STIs) werden ebenfalls angesprochen. Hier liegt uns vor allem eines am Herzen: Die Kinder und Jugendlichen sollen verstehen, dass, sobald ihr Genitalbereich juckt, rot wird, schmerzt oder anders auffällig werden sollte, ein Arztbesuch angebracht ist. Um für eine nachhaltige sexuelle Gesundheit zu sorgen, wollen wir die Angst vorm (ersten) Arztbesuch nehmen.

Nach den oben genannten Themenblöcken werden die Klassen nach Geschlechtern aufgeteilt. Die männlichen Betreuer unserer Studierendengruppe begleiten die Jungen der Klasse in einen anderen Raum, die weiblichen gehen mit den Mädchen. In der getrennten Phase werden geschlechterspezifische Themen genauer beleuchtet, je

nach Nachfrage und Aufklärungsbedarf. In den Mädelsrunden wird viel über den Frauenarztbesuch geredet und Themen wie Verhütung und Menstruation vertieft. Bei den Jungs werden Themen wie beispielsweise Pornographie angesprochen.

Pornographisches Material ist heutzutage leicht verfügbar, die Jugendlichen werden früh damit konfrontiert. Wir versuchen, einen reflektierten und verantwortungsvollen Umgang mit Pornographie zu vermitteln. Aber auch über gesunde Beziehungen, Respekt und Consent kommen wir ins Gespräch. Methoden wie „Fünf Fragen ans andere Geschlecht“ oder die „10 Schritte zur Beziehung“ werden hier oft genutzt. Natürlich lernen die Schülerinnen und Schüler in beiden Gruppen den korrekten Gebrauch eines Kondoms.

Anschließend wird die Klasse wieder zusammengeführt und es können weitere Themen wie LGBTQ+ angegriffen und Stigmata abgebaut werden. Durch eine offene Diskussion zielen wir hierbei darauf ab, ein Bewusstsein für alle möglichen sexuellen Orientierungen und Präferenzen, sexuellen Identitäten oder Geschlechtszugehörigkeit zu schaffen und zum Nachdenken anzuregen.

Das Highlight des Schulbesuchs: Die Blackbox wird eröffnet.

Zu guter Letzt wird dann die Blackbox geöffnet, die eine Woche vor unserem Schulbesuch aufgestellt wird und in die jeder anonym Fragen zum Thema Liebe und Sexualität hineinwerfen kann. Oft können die Schülerinnen und Schüler ihre zuvor gestellten Fragen am Ende des Schulbesuches selbst beantworten. Ungeklärte Fragen werden von den Studierenden beantwortet.

*„Beim Mann wird der Penis steif. Was wird bei der Frau steif?“*

*„Muss man die Pille vor oder nach dem Sex nehmen?“*

*„Ich muss permanent masturbieren. Warum?“*

*„Haben Tiere einen Orgasmus?“*

Wie sieht's mit Qualitätssicherung aus?

Da „Mit Sicherheit Verliebt“ in vielen Unistädten vertreten ist und die Mitglieder studiumsbedingt (Regelstudienzeit 13 Semester) nur für einige Jahre beim Projekt mitarbeiten können, müssen wir die Qualität unserer Schulbesuche sichern. Hierfür gibt es ein national geltendes Ausbildungskonzept. In einem 8-stündigen Basisworkshop soll neuen Mitgliedern Grundwissen über die in unseren Schulbesuchen behandelten Themen vermittelt werden. Dazu gehört auch eine didaktische und pädagogische Einheit. Selbstreflexion und die persönliche Einstellung zu den Themen, die wir besprechen, ist uns ebenfalls von großer Bedeutung, damit sie sicher und kompetent bei Schulbesuchen auftreten können. Schon vorher, aber

auch nach einem Basisworkshop, dürfen neue Mitglieder bei Schulbesuchen hospitieren und in die Arbeit hineinschnuppern. Erfahrene Mitglieder nehmen die neuen an die Hand und lehren während der Schulbesuche weitere Tipps und Tricks.

Zudem gibt es einen Online-Fragebogen, den die Schülerinnen und Schüler jeweils vor und nach einem Schulbesuch ausfüllen müssen. So können wir als Lokalgruppe prüfen, ob die Inhalte adäquat vermittelt wurden und bekommen direkt Feedback von den Klassen. Ebenfalls können wir unsere Schulbesuche nach den im Fragebogen abgefragten Interessen anpassen und inhaltliche Schwerpunkte der Besuche genauer setzen.

*„Wie riecht Sex?“*

*„Kann man beim Sex mit dem Penis in der Scheide stecken bleiben?“*

*„Wie viel mal kann man schwanger sein?“*

*„Warum stehen ein paar Männer (Pädophile) auf Kinder?“*

Gibt es auch nationale und internationale Zusammenarbeit?

Da es unser Projekt mittlerweile in über 30 Unistädten in Deutschland gibt, liegt es nahe, dass auch national organisierte Workshops veranstaltet werden, um die Mitglieder unseres Projektes aus- und weiterzubilden zu können. In Schwerpunktworkshops, die regelmäßig ein bis zwei mal pro Semester in ganz Deutschland stattfinden, laden wir externe Referenten zu verwandten und interessanten Themen ein. Diese Workshops dienen neben der Weiterbildung auch der lokalen Vernetzung unserer einzelnen Gruppen. Somit wird diese immer weiter gefördert und eine enge Zusammenarbeit gewährleistet.

Der Dachverband der bvmd, die International Federation of Medical Students' Association (IFMSA), darunter genau das Standing Committee on Sexual and Reproductive Health including HIV/AIDS (SCORA), organisiert internationale Treffen. Hierunter fällt ebenfalls unser jährliches nordeuropäisches Treffen rund um Sexuaufklärung (Northern European Cooperation on Sex Education: NECSE). Eine Woche lang treffen sich Vertreterinnen und Vertreter der einzelnen Länder, in denen es ähnliche Projekte wie „Mit Sicherheit Verliebt“ gibt, wie zum Beispiel „Sexpression:UK“ aus Großbritannien oder „achtung'liebe“ aus Österreich und der Schweiz, um Methoden auszutauschen und die internationale Zusammenarbeit zu fördern.

Mit der Schweiz und Österreich pflegen wir aus räumlichen und sprachlichen Gründen ein ganz besonderes Verhältnis: Jedes Jahr findet ein Trinationaler Basis- und Schwerpunktworkshop im Frühjahr statt, um auch hier unser Gemeinschaftsgefühl zu stärken und von- bzw. miteinander zu lernen.

# Prostata-Kooperatives MRT-Projekt Berlin (ProKOMB) – Eine neue Studie zur Verbesserung der Diagnostik des Prostatakarzinoms

Frank König, Bernd Hamm

Nach aktuellen Analysen werden zum Nachweis eines Prostatakarzinoms 70–90% der meist ambulant durchgeführten Biopsien unnötigerweise vorgenommen (Bokhorst et al., 2012). Entweder wird kein Tumor gefunden oder es werden frühe, nicht behandlungsbedürftige Karzinome entdeckt. Letztere werden in der Folge häufig übertherapiert (Radikaloperation oder Bestrahlung). Dabei kann es zu den bekannten Folgen wie Impotenz und Inkontinenz kommen. Zusätzlich ist die Treffsicherheit der herkömmlichen transrektalen Prostatabiopsie unzureichend. 20–40% der aggressiven, behandlungspflichtigen Karzinome bleiben unentdeckt (Washington et al., 2012).

Die Biopsie selbst ist nicht frei von Nebenwirkungen (Infektion, Nervenläsion, Blutung). Neuere Studiendaten (Ahmed et al., 2016) führen zu der Hoffnung, dass durch den zusätzlichen Einsatz der modernen MRT (Magnetresonanztomographie) die Diagnostik des behandlungsbedürftigen Prostatakarzinoms (PCa) deutlich verbessert wird, so dass unnötige Biopsien vermieden werden. Deshalb besteht ein enormes medizinisches und öffentliches Interesse, die Wertigkeit des MRT für die PCa-Diagnostik prospektiv zu prüfen.

## Voraussetzungen in Berlin

In Berlin wird mit einer jährlichen PCa-Inzidenz (neue Fälle) von geschätzt 2.500 gerechnet. In der Stadt gibt es eine enge Kooperation zwischen einem Initiativ-Kreis Berliner Urologen (bestehend aus Niedergelassenen und Klinikleitern) und dem Institut für Radiologische Diagnostik an der Charité Berlin (Direktor: Prof. B. Hamm). Der Verbund niedergelassener Urologen besteht aus ca. 80-100 Kolleg(inn)en. Unter Nutzung vorhandener MRT-Kapazitäten an drei Standorten können monatlich bis 30 Patienten auf Zuweisung der Urologen untersucht werden.

## MRT Technik

Mit der Einführung des sog. multiparametrischen (mp) MRT existiert ein Verfahren der Bildgebung, welches nach bisherigen Ergebnissen klinisch bedeutsame Tumore (Größe, Lokalisation und Malignitätsgrad) besser nachweist. Diese spezielle mpMRT-Untersuchung wird an einem hochauflösenden 3-Tesla-Gerät mit T1- und T2-Wichtung vorgenommen – Diffusionsgewichteter (DWI) und mit verstärktem dynamischen Kontrast (DCE). Die

gewonnenen Bildbefunde können auf verschiedene Weise mit dem Biopsievorgang „fusioniert“ werden:

- kognitive (gedankliche) Fusion,
- computergestützte (Software) Fusions-Biopsie,
- direkte MRT-gesteuerte Biopsie.

Eine enge Kooperation zwischen Radiologen (Bildgebung) und Urologen (Biopsie) wird dabei vorausgesetzt. Die qualitativ hochwertigen Bilder werden nach den PIRADS-(Prostate Imaging Reporting and Data System) Kriterien (Update 2.0) bewertet.

Das Ziel einer MRT-Untersuchung als Basis-Maßnahme ist die bessere Erkennung von klinisch bedeutsamen Tumoren. Außerdem wird eine Biopsie bei unauffälligem Bildbefund vermieden.

## Prostata-Kooperatives MRT-Projekt Berlin (ProKOMB)

Im folgenden Abschnitt wird eine Studie in Berlin beschrieben, welche in enger Kooperation zwischen niedergelassenen Urologen und Radiologen der Charité durchgeführt wird und im Oktober 2016 gestartet ist.

## Studienziele

### Primär

- Es wird die Zahl der durch Einsatz des mpMRT vermiedenen Prostatabiopsien ermittelt.
- Die Detektionsrate von klinisch insignifikanten Karzinomen (Gleason 6) bei positivem mpMRT-Befund wird eruiert.
- Es wird die Rate der übersehenen klinisch signifikanten Karzinome bei negativem mpMRT-Befund ermittelt.

### Sekundär

- Bestimmung der Detektionsrate klinisch signifikanter Karzinome mit Hilfe der kognitiven Fusionsbiopsie im Vergleich zu anderen Formen der Fusionsbiopsie.
- Komplikationsraten der verschiedenen Formen der Fusionsbiopsie.
- Korrelation von histologischen Befunden der Biopsie bzw. der Ektomiepräparate nach radikaler Prostatektomie mit dem mpMRT-Ergebnis.

### Studienablauf

Ist eine Prostatabiopsie notwendig, wird der Patient vom niedergelassenen Urologen nach Studieneinschluss zunächst zum mpMRT überwiesen. Insgesamt ist der Einschluss von 600 Patienten geplant. Nach standardisierter MRT-Bildgebung und -Beurteilung gibt es zwei Befundkonstellationen hinsichtlich des weiteren Studienablaufes:

#### Kein Tumornachweis im mpMRT

Diese Patienten werden nicht biopsiert, sondern der Patient wird 3 Jahre lang unter Studienbedingungen kontrolliert. Die Indikation und Art der Durchführung einer eventuell später notwendigen Prostatabiopsie bleibt dem niedergelassenen Urologen überlassen. Die Biopsieform und die histologischen Ergebnisse sind im Rahmen der Studie zu dokumentieren.

#### Tumorverdacht im mpMRT

Bei Hinweis auf einen Tumor wird der Patient vom Urologen in Kenntnis des ausführlichen MRT-Befundes (einschließlich grafischer Darstellung der verdächtigen Herde) unter Dokumentation der jeweiligen Fusionsart biopsiert. Die Biopsie soll nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Urologie unter besonderer Berücksichtigung der MRT-suspekten Areale vorgenommen werden. Alle Formen der Fusion sind dabei möglich. Findet sich in der Erstbiopsie bei vorliegendem PIRADS 4- oder 5-Befund unter Verwendung einer rein kognitiven Fusion kein Karzinom, wird eine 2. Fusionsbiopsie außerhalb der Studie empfohlen, wobei auf die reine kognitive Fusion verzichtet wird (stratifizierte Auswertung außerhalb des Protokolls). So kann die Treffsicherheit der rein kognitiven Fusion im Vergleich zu anderen Formen der Fusion überprüft werden.

Die Histologie des Biopsie-Befundes wird genau dokumentiert, d.h. es werden die positiven und negativen Befunde in die PIRADS-Topographie übertragen. Wird später eine Radikal-OP der Prostata angeschlossen, so werden Tumorgrading und Tumorlokalisierung auf gleiche Weise dokumentiert. Auch in dieser Gruppe werden die Patienten über 3 Jahre nach Biopsie beobachtet.

### Studiendauer

Das 1. primäre Studienziel wird bereits nach Ende der Rekrutierungsphase (ca. 2 Jahre) und nach Zuordnung aller

Patienten in die Studienarme überprüft. Die klinischen Verlaufsdaten werden im Beobachtungsarm und im Biopsiearm für 3 Jahre dokumentiert. Somit ergibt sich eine Gesamtstudiedauer von ca. 5 Jahren (ca. 2 Jahre Rekrutierungs- und 3 Jahre Beobachtungsdauer des letzten eingeschlossenen Patienten).

### Studienorganisation

Zwei wissenschaftliche Studienleiter sind interdisziplinär tätig und verantwortlich (Urologe: PD F. König und Radiologe: Prof. B. Hamm). Alle anderen Aufgaben der Studiendurchführung werden einer professionellen Organisation übertragen (CRO). Die statistische Auswertung wird ebenfalls extern vorgenommen. Die beiden Studienleiter bestimmen und verantworten die Nutzung und Verbreitung der wissenschaftlichen Daten.

### Studienfinanzierung

Öffentliche und private Mittel, u.a. von der

- Berliner Krebsgesellschaft (BKG),
- Berliner Urologische Gesellschaft (BUG),
- Gesellschaft zur Förderung der ambulanten Uroonkologie (GFAUO),
- den Firmen Bayer Siemens,
- Berliner Röntgengesellschaft.

AUO-Studiennummer: AP 95/16 Prostata;

Deutsches Register klinischer Studien: DRKS00010726;  
[https://drks-neu.uniklinik-freiburg.de/drks\\_web/navigate.do?navigationId=trial.HTML&TRIAL\\_ID=DRKS00010726](https://drks-neu.uniklinik-freiburg.de/drks_web/navigate.do?navigationId=trial.HTML&TRIAL_ID=DRKS00010726)

### Literatur

- Ahmed, H.U. et al., 2016. The PROMIS study: A paired-cohort, blinded confirmatory study evaluating the accuracy of multiparametric MRI and TRUS biopsy in men with an elevated PSA. *J Clin Oncol* 34 (suppl; abstr 5000).
- Bokhorst, L.P., Zhu, X., Bul, M., Bangma, Ch.H., Schröder, F.H., Roobol, M.J., 2012. Positive predictive value of prostate biopsy indicated by prostate-specific-antigen-base prostate cancer screening: trends over time in a European randomized trial. *BJU Int. Dec*; 110 (11), 1654–60.
- Washington, S.L., Bonham, M., Whitson, J.M., Cowan, J.E., Carroll, P.R., 2012. Transrectal ultrasonography-guided biopsy does not reliably identify dominant cancer location in men with low-risk prostate cancer. *BJU Int. Jul*; 110 (1), 50–55.

### Autoren

PD Dr. med. Frank König, Urologische Gemeinschaftspraxis, Mecklenburgische Str. 27, 14197 Berlin, [www.aturoberlin.de](http://www.aturoberlin.de), e-mail: [info@aturoberlin.de](mailto:info@aturoberlin.de)

Prof. Dr. med. Bernd Hamm, Centrum für Diagnostische und interventionelle Radiologie und Nuklearmedizin (CC 06), Institut für Radiologie und Neuroradiologie – Forschung CCM, Charitéplatz 1, 10117 Berlin, e-mail: [bernd.hamm@charite.de](mailto:bernd.hamm@charite.de)

# Prävention und Lebensstil – Sexuelle Gesundheit stärken und damit Sexuell Übertragbare Infektionen (STI) verringern – Rückblick zum STI-Kongress 2016

Judith Coenenberg

„Sexuelle Lebenswelten – Wege der Prävention“: Das war das diesjährige Motto des STI-Kongresses, der im Juli 2016 von der Deutschen STI-Gesellschaft (DSTIG) im Berliner Rathaus ausgerichtet wurde.

Das Leitmotiv der DSTIG, die Förderung der Sexuellen Gesundheit, stand beim STI-Kongress 2016 im Zentrum aller Beiträge. Um alle Aspekte der Sexuellen Gesundheit in den Blick zu nehmen, war der Bogen der Kongressthemmen weit gespannt. Er reichte von der Prävention, Diagnostik und Therapie von „klassischen“ Geschlechtskrankheiten über HIV, Hepatitis C bis hin zu speziell in den Tropen vorkommenden Infektionen. Gleichzeitig wurden Themen wie Kommunikation über Sexualität, Beratung zu Sexueller Gesundheit bei verschiedenen Personengruppen, Sexualität Jugendlicher und im Alter sowie Sexarbeit, Migration und Mobilität im Kontext von STI diskutiert.

## Individuelle Präventionskonzepte

Schwerpunkt des dreitägigen Kongresses bildete die Diskussion um neue Präventionsstrategien, die unterschiedliche Lebensstile berücksichtigen und an diese angepasst sind. „Die STI-Prävention muss die unterschiedlichen Zielpersonen, von jungen bis zu alten Menschen, also altersangepasst Menschen in verschiedenen Lebenssituationen und Lebenswelten, berücksichtigen – dies stellt eine ganz besondere Herausforderung dar“, erklärte Prof. Norbert H. Brockmeyer, Präsident der DSTIG. „All diese Menschen sind dadurch gekennzeichnet, dass sie bezüglich Sexualität und STI eigene Vorstellungen, individuelle Probleme und Epidemiologien mitbringen. Um diese Herausforderungen anzugehen, müssen individuell zugeschnittene Aufklärungs- und Präventionskonzepte entwickelt und umgesetzt werden, die auf Persönlichkeitsstärkung durch Wissen und Information und in der Folge zu eigenverantwortlichem Handeln führen.“

## Prävention durch Sprache

Einen wichtigen Eckpfeiler der STI-Prävention bildet das Reden über Sexualität und STI als Normalität. Ärzte und Ärztinnen sowie alle im medizinischen Bereich Arbeitenden und PatientenvertreterInnen müssen auf ein ak-



Judith Coenenberg stellt beim STI-Kongress das neue Fortbildungscurriculum „Sexuelle Gesundheit und STI“ vor, Quelle: DSTIG – Deutsche STI-Gesellschaft

zeptierendes Verhalten bei allen Formen und Fragen zur sexuellen Gesundheit hinarbeiten. Voraussetzung ist das Finden einer Sprache, die verständlich und authentisch ist – Sprachlosigkeit muss überwunden werden. Einzelstrategien sind zudem nicht ausreichend, nur durch vernetzte (sektorenübergreifende) Zusammenarbeit unterschiedlicher Institutionen, Disziplinen und medizinischer Fachrichtungen wird es gelingen, Ansprache und Handlung für alle umfassend und begleitend zu gewähren. Jedem Menschen muss eine Symptom- und Risiko-adaptierte Diagnostik ermöglicht werden mit direktem Therapiezugang für sich und seine Partnerin bzw. seinen Partner.

## Verhinderung von Neuinfektionen

Die Prävention von HIV und anderen STI war auch 2016 das wichtigste Element, um die Zahl der Neuinfektionen zu senken bzw. möglichst frühzeitig die Diagnose zu stellen und die Behandlung zu beginnen. Denn gerade dies macht uns in Deutschland Sorgen: Häufig kommen Betroffene erst mit fortgeschrittenen Infektionen zum Arzt, die Behandlung wird dadurch schwieriger und womöglich haben sich zwischenzeitlich bereits weitere Personen infiziert. Um Infektionsketten zu unterbrechen, müssen Versorgungsangebote geschaffen werden, die gut und einfach angenommen werden. In Bochum wurde das Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin eröffnet, das



Abb. 2: Blick in das Auditorium, Quelle: DSTIG – Deutsche STI-Gesellschaft

„Walk In Ruhr – WIR“, welches beim STI-Kongress auch als Modellprojekt für Deutschland vorgestellt wurde. Gemeinsam mit der Bochumer Aidshilfe, dem Gesundheitsamt, pro familia, Rosa Strippe und Madonna richtet sich dieses neue Zentrum sowohl an die Allgemeinbevölkerung, aber auch speziell an junge Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund und SexarbeiterInnen.

Fazit: Offene Diskussion notwendig

Auf dem Kongress wurden aktuelle, politische und gesundheitsstrukturelle Defizite durch die TeilnehmerInnen postuliert. Zusammenfassend forderte der Kongress und stellte fest:

- Wir brauchen strukturelle Veränderungen! Die Erreichbarkeit der Menschen ist weiterhin ein Problem in der Bekämpfung von STI. Nötig sind niedrigschwellige Angebote, wo die Menschen STI-Therapie und -Diagnostik sowie Beratung zu allen Themen der sexuellen Gesundheit finden, beispielsweise in „Check-Points“ oder „Zentren für Sexuelle Gesundheit“.
- Die Etablierung von delegierbarer ärztlicher Leistung durch bspw. „Health Adviser“ im Versorgungssystem ist ein entscheidender Eckpfeiler zukünftiger Präventionsarbeit.
- Der Kongress hat gezeigt, dass „ChemSex“ (Sex unter Drogen) sich rasant verbreitet, was eine große Her-

ausforderung bedeutet. Denn bei diesen Praktiken ist die Infektionsgefahr erhöht, speziell für Hepatitis C, HIV und andere STI. „Risikoangepasste Prävention“ ist hier ein Stichwort, das für die Erreichbarkeit, Beratung und ggf. Hinführung zur Diagnostik und Behandlung dieser Personen wichtig ist. „ChemSex“, genauso wie das Thema „Sex im Alter“ muss Einzug in die Diskussion über STI finden.

- Gerade auch vor diesem Hintergrund sind die Schulung in der Arzt-Patienten-Kommunikation über Sexualität und ärztliche Fortbildungen zur Diagnose und Behandlung von STI unerlässlich. Nur so können wir die Qualität des Versorgungsangebotes verbessern und die Quantität erhöhen.
- Die gesundheitspolitische Unterstützung zur HPV-Impfung in Deutschland war eine der Hauptforderungen des Kongresses. Denn diese und weitere Vorsorgeuntersuchungen für Frauen und Männer sind wichtig, um die Menschen früher zu diagnostizieren und zu beraten.
- Damit eine ausführliche Arzt-Patienten-Kommunikation über Sexualität keine Theorie bleibt, sondern auch regelhaft umgesetzt wird, ist die Einführung der Abrechnung von STI-Beratungstätigkeiten notwendig.

Der nächste STI-Kongress findet 2018 wieder in Berlin statt. Informationen unter <http://dstig.de/kongresse.html>.

#### Kontakt

Prof. Dr. Norbert H. Brockmeyer, Präsident der Deutschen STI-Gesellschaft, WIR „Walk In Ruhr“ im St. Elisabeth-Hospital, Bleichstraße 15; 44787 Bochum, Tel.: 0234-509 8923, Fax: 0234-509 8924, e-mail: [n.brockmeyer@derma.de](mailto:n.brockmeyer@derma.de)



Clement, Ulrich, *Systemische Sexualtherapie*, Klett-Cotta, Stuttgart 2016, 240 S., brochierte Sonderausgabe mit vielen Abbildungen und Tabellen, 25,00 €

Ulrich Clement ist unbestritten einer der wichtigsten lebenden Vertreter der Sexualwissenschaft und der praktischen Sexualtherapie im deutschen Sprachraum und darüber hinaus. Es ist immer wieder ein Gewinn, seine Veröffentlichungen zu lesen, gerade seine *Systemische Sexualtherapie* (1. Aufl., 2004) ist für jeden, der sich mit dem Thema beschäftigt, verpflichtender Bestandteil der Handbibliothek, auch die hier besprochene Neuauflage des Standardwerkes bestätigt diese Erwartung. Clement legt nicht nur in der ihm eigenen Weise überzeugend Grundlagen und praktische Durchführung der systemischen Sexualtherapie dar, die von überzeugenden Praxisbeispielen unterlegt sind. Er setzt sich darüber hinaus mit „Paarkonflikten im neuen geschlechterpolitischen Gelände“ (Vorwort) grundsätzlich auseinander. Ganz nebenbei beschreibt er Ausgangspunkte und Standardmethoden systemischer Psychotherapie so, dass das Buch auch als Lehr- und Handbuch systemischer Therapie generell zu verwenden ist.

Sein Entwurf einer „Sexualtherapie als Paartherapie des Begehrens“ (2. Kap.), in dem er die Vorarbeiten von David Schnarch aufnimmt, ist innovativ. Weitere Kapitelüberschriften beschreiben schon weitgehend das Programm: „Ein Paar sind zwei Individuen“ (3. Kap.), dann im Rahmen der Erörterung der sexuellen Biographie die „Kulturellen Mythen als Rohstoff der individuellen Geschichten“ (4. Kap.). Mit der Beschreibung von Konfliktdynamik und Lösungsmustern einerseits auf der Balance-, andererseits auf der Entwicklungsachse (5. Kap.) und dem Herausarbeiten der Rolle des systemischen Therapeuten – für den vorwiegend in der Verhaltenstherapie und humanistischen Psychotherapie Erfahrenen immer wieder verblüffend und

erfrischend – gelingt es ihm, dem Therapieprozess Struktur zu geben und damit auch ein gut brauchbares didaktisches Element zu entwickeln. Auch in der abschließenden Frage, wie und ob sich erotische Qualitäten überhaupt definieren lassen, und der implizierten Warnung vor Patentlösungen und Standardrezepten, ist Ulrich Clement nur vehement beizupflichten.

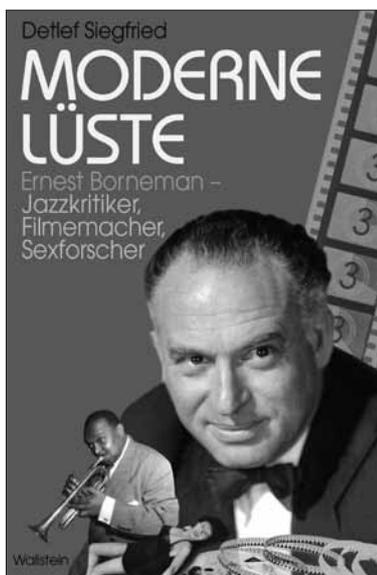
Dennoch kann ich einige kritische Randbemerkungen nicht unterdrücken: Der Abschnitt über die aktuelle geschlechterpolitische Entwicklung und im Weiteren auch die Kasuistiken (vgl. Kap. 3.2) lassen den Verdacht aufkommen, dass der Erfahrungshorizont von Ulrich Clement sich überwiegend auf relativ gebildete Mittelschicht-Paare des gesellschaftlichen Mainstreams bezieht. Dies dürfte übrigens für die gesamte Psychotherapieszene in ähnlicher Weise gelten. Erfahrungen mit anderen Personengruppen – weniger gebildeten, sozial benachteiligten Paaren mit Migrationshintergrund und aus speziellen Milieus – zeigen eine ganz andere Realität auf, in der längst vergessen geglaubte Überzeugungen, Mythen und Ängste immer noch und immer wieder eine Rolle spielen.

Der zweite Einwand bezieht sich auf die kritische Auseinandersetzung Ulrich Clements mit der Paarsexualtherapie nach dem Sensate-Focus-Modell und implizit mit den primär verhaltenstherapeutischen Ansätzen in der Sexualtherapie. Auch hier ist sicher einiges treffend erkannt, Warnungen vor Einseitigkeit und starrer Anwendung von Therapieprinzipien sind allemal gerechtfertigt. Dass Therapieverläufe nach dem Hamburger-Modell dann und wann in eine Sackgasse geraten und erfolglos verlaufen, trifft zweifelsohne zu. Dem ist aber die Erfahrung durchaus erfolgreicher Therapieverläufe in nicht wenigen Fällen aus der Praxis entgegenzusetzen. In katamnesticen Untersuchungen konnten wir auch eine langfristige Stabilität derartiger Therapieerfolge zeigen. Anders als bei Ulrich Clement dargestellt, spielen eben Versagensängste und andere dem Ansatz gut zugängliche Faktoren immer wieder eine maßgebliche Rolle. Eine Vermutung ist, dass Paare mit entsprechendem Bedarf und entsprechenden Problemen eher nicht beim systemischen Therapeuten landen und Clement es insofern mit einer selektierten Stichprobe zu tun hat – so wie das für uns alle sehr wahrscheinlich zutrifft.

Der Weg der Zukunft ist meines Erachtens eher die gegenseitige Wertschätzung verschiedener Therapieschulen, die Einsicht in die Begrenztheit der jeweiligen Ansätze und das gemeinsame Bemühen – ggf. durch Verweisung und Kooperation – einer „allgemeinen Psychotherapie“ im Sinne von Grawe auch auf dem Feld der Sexualität näher zu kommen.

Bei den kritischen Äußerungen zur neuen Medikalisierung der sexualtherapeutischen Praxis bin ich dann wieder voll auf der Seite von Ulrich Clement.

Wolfgang Weig (Osnabrück)



Siegfried, Detlef, *Moderne Lüste. Ernest Borneman – Jazzkritiker, Filmemacher, Sexforscher*, Wallstein, Göttingen 2015, 455 S., geb., 29,90 €

Von allen deutschen Sexualforschern war Ernest Borneman (1915–1995) wohl die schillerndste Persönlichkeit, und mit der vorliegenden Biographie wird der an der Universität Kopenhagen lehrende Historiker Detlef Siegfried der Persönlichkeit Bornemans in weiten Teilen gerecht. Borneman hatte es schon zu Lebzeiten Biographen, Kritikern und Anhängern nicht leicht gemacht: sein Geburtsdatum veränderte er nach Gutdünken, die akademischen Lehrer variierten ebenso wie seine von ihm genannten Aufenthaltsorte, Tätigkeiten oder Publikationen. Selbst seinen Abgang inszenierte er theatralisch – sorgte allerdings im Gegensatz zu all seinen Gegnern für die Ordnung seines Nachlasses, der in der Akademie der Künste in Berlin verwahrt wird. Detlef Siegfried ist der erste Historiker, der diese Papiere, die Einschätzungen der Gegner, die Quellen in staatlichen Archiven und privaten Sammlungen sowie die gewaltige Sekundärliteratur durchgearbeitet und analysiert hat.

Der dem Kommunismus zuneigende Schüler Ernst Wilhelm Julius Bornemann verließ 1933 überstürzt und knapp vor dem Abitur Deutschland, ging nach England ins Exil und entwickelte sich innerhalb weniger Jahre zu einem Kenner der Jazzmusik. Er anglierte seinen Namen, knüpfte Kontakte und lernte in der musikalischen Subkultur seine spätere Ehefrau Eva Geisel kennen, die er in Kanada heiraten sollte, wohin er 1939 als „feindlicher Ausländer“ deportiert worden war. Siegfried schildert anschaulich, wie Borneman in London und später in Kanada bemüht war, die Ursprünge und Implikationen der Jazzmusik zu erkennen, zu deuten und zugleich die Folgen der Kommerzialisierung der Musik für Musiker, Musik, Sprache, Gestus und Publikum zu analysieren.

Bereits in Kanada, vor allem aber nach Kriegsende in London, engagierte sich Borneman in der Filmindustrie. Er

partizipierte eifrig am National Film Board of Canada, bereiste das Land, interviewte Angehörige indigener Völker ebenso wie Arbeiter in der Rüstungsindustrie und drehte Propagandafilme. Große Bekanntheit erlangte er zudem als Autor von Kriminalromanen. Nach einem Zwischenspiel bei der in Gründung befindlichen UNESCO in Paris und als Mitarbeiter von Orson Welles in den späten 1940er Jahren kehrte das Ehepaar Borneman mit dem gemeinsamen Sohn Stephen nach London zurück. Hier wirkte er am Aufbau des Privatfernsehens mit und initiierte ein ansprechendes Konkurrenzprogramm zur BBC. 1960 schließlich begab sich Borneman in die Bundesrepublik Deutschland, um eine führende Stelle beim geplanten Privatsender „Freies Fernsehen“ einzunehmen. Hier musste er erstmals seine Biographie erheblich variieren, da er als exilierter Ex-Kommunist, der in Kanada Anti-Nazi-Propagandafilme gedreht hatte, so überhaupt nicht in die postnazistische Adenauerrepublik passte. Noch vor dem offiziellen Ende des „Freien Fernsehens“ – an dessen Stelle dann das ZDF entstand – wurde Borneman entlassen und wechselte in die Privatwirtschaft zur Werbeagentur Foote, Cone & Belding in Frankfurt am Main.

Erst im Kontext der sich in den 1960er Jahren abzeichnenden „sexuellen Revolution“ beschloss Borneman, die Sicherheiten einer Angestelltentätigkeit hinter sich zu lassen und eine Karriere als Sexualforscher zu beginnen. Den Anfang machte er mit dem *Lexikon der Liebe* im Jahre 1968, dem in den folgenden Jahren umfangreiche Untersuchungen zur Sexualsprache der Kinder folgten. Borneman ging – gestützt auf die Psychoanalyse – davon aus, dass Kinder unabhängig von Erwachsenen einen eigenen Sprachkodex nutzten, um die Sexualsphäre zu beschreiben, ohne die Aufmerksamkeit der Erwachsenenwelt zu wecken. Später dann würden die selbst zu Erwachsenen gewordenen ehemaligen Kodifizierer diese Sprachstufe verdrängen.

Zum „Sex-Papst“ avancierte Borneman jedoch mit seinem Werk *Das Patriarchat*, das 1975 im angesehenen S. Fischer Verlag erschien. Im Kontext dieses Buches positionierte sich Borneman zum Schüler herausragender, bereits verstorbener Wegbereiter von Psychoanalyse, Anthropologie und Ethnologie, wobei Detlef Siegfried herausarbeiten konnte, dass Bornemans Selbstzuschreibungen meist grenzenlos überhöht waren. Die jahrelangen Debatten um das „Patriarchat“ und insbesondere die anschwellende Kritik der Frauenbewegung veranlassten Borneman 1977 sein umstrittenes Buch *Die Ur-Szene* zu publizieren. In *Patriarchat* und *Ur-Szene* zeichneten sich die Bruchlinien zwischen Bornemann, den akademischen Sexualforschern und der Frauenbewegung ab: mangelnde Reproduzierbarkeit der Ergebnisse, Überhöhung subjektiver Erfahrungen, Anerkennung der sexualisierten Kindheit als positiver Faktor bei strikter Trennung von gewaltvollen und gewaltlosen Erfahrungen, Konzentration auf die Heterosexualität und die Bereitschaft zum Kontakt zum „Boulevard“. Borneman publizierte im *Playboy* und schrieb ab 1983 eine wöchentliche Kolumne in der *Neuen Revue*, wodurch er insbesondere den Zorn des Doyens der westdeutschen Sexualforschung, Volkmar Sigusch, auf sich zog.

Daraufhin positionierte sich Borneman als ausdrücklicher Gegner der akademisierten Sexualforschung – und lehrte gleichzeitig selbst als „Professor“ an der Universität Salzburg im Fach Psychologie. Zunehmend jedoch büßte Borneman an Einfluss ein, weil es ihm weder gelang, auf Dauer seine Schüler und Anhänger in einflussreiche Positionen zu bringen noch selbst die eigenen Positionen an die geänderten Rahmenbedingungen der 1980er Jahre (konservativer Rollback, AIDS, Niedergang der sozialistischen Staatenwelt) anzupassen. Der Tod seiner Ehefrau 1987 erschütterte ihn schwer und beschleunigte die Isolation. Am Ende seines Lebens sah er sich mit dem Vorwurf konfrontiert, sexuelle Gewalt gegen Kinder gutzuheißen. Dass seine akademischen Gegner allesamt Schüler von Gelehrten waren, die ihre Karriere im Nationalsozialismus begonnen hatten, und die Akteure der Frauenbewegung nie die Ätiologie der eigenen Ideologie – Ablehnung der kindlichen Sexualität als Kampf gegen die „jüdische“ Psychoanalyse – wird im Buch jedoch nicht thematisiert. Borneman ist bis zuletzt ein Außen-seiter gewesen, der von außen auf die deutsche Wirklichkeit blickte, während seine Kontrahenten die Innenperspektive nie verlassen hatten wollen.

Hiermit wäre auch der zentrale Kritikpunkt an dem im Ganzen wohl gelungenen Werk Siegfrieds benannt: es fehlen die direkten Verknüpfungen zwischen dem die Jazzkultur mit ihrem Slang, Kodex und sozialen Hintergrund erfassenden Musikkritiker Borneman und dem der Kindersprache nachspürenden Sexualforscher Borneman, ebenso wie die Verbindungen zwischen dem Marketinggenie der 1960er Jahre und dem Boulevardsexologen der 1970er Jahre. Der Leser erahnt den Konnex zwischen den einzelnen Stationen von Bornemans Leben, doch direkte Kontaktpunkte fehlen. Auch bleibt die Frage ungeklärt, inwieweit das Exil und die Nicht-Erfahrung des Nationalsozialismus Borneman für die Argumentationslinien seiner bundesdeutschen Zeitgenossen ebenso taub machte wie umgekehrt seine mit der eigenen Lebenserfahrung verbundenen wissenschafts- und gesellschaftstheoretischen Annahmen den Vertretern von Frauenbewegung, Sexualforschung und publizistischen Kritikern unverständlich und nicht nachvollziehbar erschienen.

Borneman unterschied sich so vollständig von seinen Zeitgenossen, dass seine Forschungen niemals weiter geführt wurden. Das macht sie möglicherweise erst so richtig interessant. Durch Detlef Siegfrieds umfassende Untersuchung werden Bornemans Leben und Werk fassbar, sie gestattet interessierten Forschern, auf seinen Spuren zu wandeln, ihn möglicherweise zu widerlegen oder aber zu bestätigen. Der Ansatz mit der „kindlichen Sprache“ erscheint angesichts der Separierung kindlicher und jugendlicher Lebenswelten von der ihrer Eltern durch die Fluchtmöglichkeit in die den Erwachsenen meist verschlossenen digitalen Welten von neuer Brisanz. Bornemans Vermächtnis könnte sein, dass die Überlegungen von Anthropologen, Ethnologen, Psychoanalytikern und Psychiatern aus der Zeit vor 1933 nicht einfach nur historische Lektüre, sondern

auch eine Anregung zum Verständnis der Gegenwart sein können. Detlef Siegfried macht deutlich, dass für Borneman Theorien nicht deshalb an Bedeutung verloren, weil ihre Entdecker auf einem niederen technologischen Niveau agierten – schon allein deshalb nicht, weil sie ja alle Borneman als ihren Schüler gehabt hatten – zumindest in seiner eigenen Erinnerung.

Florian G. Mildemberger (Frankfurt/Oder)



Halling, Thorsten, Friedrich H. Moll u. Heiner Fangerau (Hg.), *Urologie 1945–1990. Entwicklung und Vernetzung der Medizin in beiden deutschen Staaten*, Julius Springer, Berlin/Heidelberg 2015, 275 S., geb., 79,99 €

Es dauerte lang, bis sich Ärzte und insbesondere medizinische Fachorganisationen der eigenen Verwicklungen in den Nationalsozialismus bewusst werden wollten. Dies erfolgte erst dann, als der letzte mögliche Zeitzeuge verstorben war und so ergoss sich das Füllhorn der Aufarbeitungsschriften in den 2000er Jahren über das zunehmend desinteressierte Publikum. Stets blieben die Jahre vor 1933 und nach 1945 ausgespart – so als ob der Nationalsozialismus aus dem Nichts gekommen und schließlich in den Orbit entschwunden wäre. Beziehungen zur pharmazeutischen Industrie und der Medizintechnik blieben unerwähnt. Nur eine Fachrichtung verstieß gegen die unausgesprochenen Diskursgrenzen: die Urologen. 2007 präsentierte die Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU) eine umfassende Gesamtschau der eigenen Geschichte unter Einbeziehung des Nationalsozialismus, der nicht als ein separater Kosmos präsentiert wurde, sondern als immanenter Teil der eigenen Geschichte.<sup>1</sup> Im gleichen Jahr erfolgte eine Darstellung der Verbindungen zwischen

<sup>1</sup> Deutsche Gesellschaft für Urologie (Hg.), 2007. 100 Jahre Deutsche Gesellschaft für Urologie. Julius Springer, Berlin/Heidelberg.

ärztlicher Schaffenskraft und technischer Innovation in der Geschichte der Urologie.<sup>2</sup>

Nun hat die DGU in Kooperation mit Medizinhistorikern durch einen weiteren Sammelband die Wiederauferstehung der eigenen Fachrichtung aus den Trümmern des Nationalsozialismus in der BRD und DDR herausarbeiten lassen. Das bildgewaltige Werk besticht durch sorgsame Themen- und Autorenwahl sowie die Bereitschaft, die Grundlagen des eigenen Schaffens und die Arbeitsweise (auch im vorliegenden Fall) einer kritischen Betrachtung zu unterziehen. Der Leser wird mitgenommen auf eine Reise in zwei sich neu konfigurierende gesundheitspolitische Systeme: auf der einen Seite die sich auf eine generelle Prävention orientierende – und damit eine zunehmende Spezialisierung der Ärzteschaft eher ablehnende – sozialistische DDR und die vor allem auf eine Verbesserung der Versorgungsleistung abzielende, materielle Ressourcen zunächst nicht schonende und innerärztlichen Standesdünkel nicht bekämpfende defensive Gesundheitspolitik der BRD. Akteure und Profiteure des Nationalsozialismus konnten in beiden Staaten ihre Karrieren fortsetzen, die Quellen ihrer wissenschaftlichen Erkenntnis wurden nicht hinterfragt oder gar kritisiert, und nach Ende der Schamfrist von Entnazifizierung und unmittelbarer Nachkriegszeit konnten Karrieren und Netzwerke wieder aufgebaut werden. In der DDR kam hinzu, dass die Staatsmacht bemüht war, die tendenziell nicht der Arbeiterklasse entstammenden medizinischen Spezialisten besonders eng an das System zu binden – und sei es durch Gewinnung von Spitzeln – und andererseits möglichst viele Söhne und Töchter mit proletarischem Familienhintergrund in die Medizin zu bringen. Im Fall der Urologie ging beides weitgehend schief.

Den Urologen in Ost und West gelang die Verankerung an den medizinischen Hochschulen, Universitäten und Akademien, wodurch sie seit den 1960er Jahren in erheblichem Maße an Einfluss innerhalb der Ärzteschaft gewannen und zugleich die fachinterne Professionalisierung und Weiterbildung voranbrachten. Was die Übernahme technischer Fortschritte anging, waren die Urologen in der BRD allerdings in einer ungleich besseren Situation. Am Beispiel der Nierentransplantation macht der Urologe Jürgen Konert deutlich, wie eng trotz offiziöser Systemgrenzen der fachliche Austausch zwischen Ärzten in der DDR und dem „nicht-sozialistischen Ausland“ funktionieren konnte.

Dabei ist auffallend, wie lange die DDR am Primat der „Nierenmaschine“ anstelle der Operation festhielt – die „künstliche Niere“ wurde immer weiter technisch perfektioniert, weil es zum Plan der allumfassenden Umsorgung und Kontrolle des Patienten passte. Die chirurgische Innovation kam erst allmählich zum Tragen, als Kostenfaktoren ideologische Prämissen an Bedeutung überflügelten. Westdeutsche

Urologen profitierten insbesondere vom engen Austausch mit Kollegen und Kliniken in den USA – die Ärzte in der DDR erfuhren hiervon nur fallweise und vorrangig durch die Rezeption der Fachzeitschriften. Dies wird besonders deutlich am Beispiel der Untersuchung von Harnsteinerkrankungen, die der ehemalige Direktor der urologischen Universitätsklinik Tübingen, Karl-Horst Bichler, in einem Kapitel beleuchtet.

Im Ganzen lässt sich so nachvollziehen, wie nach 1945 zunächst zwei unterschiedliche Formen urologischen Handelns in zwei verschiedenen politischen und gesellschaftlichen Systemen Gestalt annahmen, Ausdifferenzierung erfuhren und sich allmählich wieder angleichen. Kostendruck und Innovationszwang überlagerten zunehmend ideologische Vorbehalte auf beiden Seiten, wobei in der DDR höhere Hürden zu überwinden waren als im Westen. Als 1990 die Wiedervereinigung erfolgte, trafen Ärzte aufeinander, die in vielerlei Hinsicht einander in Technikverliebtheit und Rezeptionsbereitschaft ähnlich waren – womit zugleich der wichtigste Kritikpunkt an der vorliegenden Studie angeschnitten wäre: es fehlen zwei für den Gesundheitsmarkt und das ärztliche Selbstverständnis nicht unwichtige Gruppen: alternative Heiler und Patienten. Letztere werden nur cursorisch im Kapitel „Medizin und Öffentlichkeit“ in ihrer Existenz wahrgenommen – Patientenzufriedenheit, Kritik von Patientenorganisationen, Gerichtsverfahren, Petitionen an leitende politische Stellen<sup>3</sup> oder auch Umfrageergebnisse sucht man in der vorliegenden Studie vergeblich. Da ist es nur konsequent, dass die Konkurrenz auf dem Gesundheitsmarkt aus Heilpraktikern, Physiotherapeuten oder Yoga-Experten überhaupt keine Rolle spielt. Alle Akteure außerhalb der eigenen Diskurszonen spielen keine Rolle. Dies trifft offenbar auch auf diejenigen Urologen zu, die nach 1933 Deutschland hatten verlassen müssen; deren mögliche Rückkehr aus dem Exil bleibt in diesem Sammelband ebenfalls unerwähnt.

Gleichwohl handelt es sich bei dem vorliegenden Sammelband um das mit Abstand beste Werk, das Ärzte und Historiker in einer gemeinsamen Kraftanstrengung zur Darstellung der Zeitgeschichte einer ärztlichen Disziplin vorgelegt haben. Ein umfassendes Stichwortverzeichnis und umfangreiche Literaturangaben runden das Gesamtbild positiv ab. Für weitere Forschungen bleibt gleichwohl genügend Raum.

Florian G. Mildnerberger (Frankfurt/Oder)

<sup>2</sup> Arbeitskreis Geschichte der Urologie (Hg.), 2007. Urologie in Deutschland. Bilanz und Perspektiven. Julius Springer, Berlin/Heidelberg.

<sup>3</sup> Dies war in der DDR recht häufig, siehe Bruns, F., 2012. Krankheit, Konflikte und Versorgungsmängel: Patienten und ihre Eingaben im letzten Jahrzehnt der DDR. *Medizinhistorisches Journal* 47, 335–367.



Heider, Ulrike, *Die Leidenschaft der Unschuldigen. Liebe und Begehren in der Kindheit – Dreizehn Erinnerungen*, Bertz+Fischer, Berlin 2015, 204 S., zahlreiche s/w Abbildungen, geb., 17,90 €

In den frühen 1980er Jahren setzte in der Bundesrepublik Deutschland der Trend ein, mittels „Erinnerungsbände“ oder Autobiographien sexuelle Erfahrungen vor oder während der Pubertät grundsätzlich mit Gewalt zu verkoppeln. Die Betroffenen waren stets weiblich – und die Täter erwachsene Männer. Ab 2010 kamen im Gefolge der Aufdeckung der Missbrauchsfälle in katholischen Erziehungsanstalten und der Odenwaldschule im öffentlichen Diskurs dann die Knaben hinzu. Ohne die Bedeutsamkeit dieser Literatur, einschließlich der damit verbundenen Aufarbeitung schmälern zu wollen, zu ihrer Kehrseite gehört, dass sich die Tabuisierung und Pathologisierung kindlichen Begehrens inklusive Schwärmerei, erotischer Tagträume und sexueller Experimente wieder durchzusetzen droht – ermöglicht durch ein Bündnis aus gealterten Feministinnen und kontrollwütigen Konservativen, wie Ulrike Heider bereits in ihrer Einleitung klar herausarbeitet. Man könnte konstatieren, dass je weiter die heutigen Gegner sexueller Selbstfindung biologisch von der eigenen Jugend entfernt sind, desto stärker werden ihre Vorbehalte gegen jede Art von Emanzipation nachfolgender Generationen. Die Geschichte von „fürsorglicher Erziehung“ und „Kontrolle“ wiederholt sich und die vormaligen Kündler von Weltrevolution und sexueller Befreiung gerieren sich in Verhaltensmustern, die sie in ihrer eigenen Jugend stets als „faschistisch“ oder „reaktionär“ titulierte hatten.

Nur mehr „penetrant unschuldige“ Kinder (15) im Stile von „Heidi“ soll es nun geben, vermutet Heider. Welche Konsequenzen eine derart moralisch aufgeladene Stimmung für die sexuelle Selbstfindung und Entwicklung von

Kindern haben kann, zeigen Erinnerungen an die Ära des „Wirtschaftswunders“, die mehrere der Interviewpartner in diesem Buch schonungslos beschreiben. Die Herausgeberin schildert aus eigener Erfahrung die von Tabus überladene Erziehung, die alle Gefühle jenseits keuschen Nebeneinandersitzens auf den Schulbänken im Keim erstickten. Erst allmählich konnte Heider sich, ebenso wie der Schauspieler Holger Franke oder der Maler Gregor Cürten davon befreien – durch Ortswechsel, Selbstfindung und das Sammeln von sexuellen Erfahrungen im Erwachsenenalter. Besonderen Demütigungen waren diejenigen Kinder ausgesetzt, deren Eltern geschieden wurden oder die unehelich geboren worden waren, wie sich eine Dokumentarfilmerin erinnerte (82). War der Vater dann auch noch ausländischer Herkunft wie im Falle eines in der DDR aufgewachsenen Malers, so entfaltete sich das ganze Panoptikum „für alle Fremdenhasser“ (109).

Dass die Entdeckung der eigenen Sexualität den Überlebenswillen ungemein stärken kann, schildert anschaulich die 1937 geborene Psychoanalytikerin Eva Wellisz, die Verfolgungen durch die Nazis und die Flucht auch deshalb überstand, weil sie im Alter von vier Jahren ihr „geheimes Elektrizitätswerk“ zwischen den eigenen Beinen entdeckt hatte (187). Fern ab von der ständigen Überwachung durch Eltern fand Wellisz' Berufskollege Ferdinand Bruner auf dem österreichischen Land in den 1950er Jahren eine gleichaltrige Spielgefährtin, mit der er den Unterleib erkundete. Erst die Pubertät und die damit verbundene verstärkte Aufmerksamkeit der Erwachsenen für den nun sexualisierten Körper des Nachwuchses beendeten diese Beziehung zwischen zwei Menschen, die juristisch als Kinder anzusehen waren und sind.

Vieles änderte sich in den 1970er Jahren, wie sich der Schauspieler und Moderator Dirk Bach erinnerte. Eine liberale Erziehung und die frühzeitige Chance zur Selbstfindung mit Hilfe von Aufklärungsliteratur ermöglichten ihm eine glückliche Selbstentfaltung. Bach bezieht sich direkt auf das Buch *Sex-Front* (1970) von Günter Amendt – das in den 1990er Jahren von verbündeten Sittenwächtern und Feministinnen konfisziert wurde, wie Heider süffisant bereits in ihrer Einleitung notiert (26).

So fließen im ganzen Buch immer wieder eigene Erinnerungen der Interviewpartner an Ängste, Tabus und Auswege mit den von der Herausgeberin skizzierten Entwicklungen in den letzten Jahren zwanglos zusammen. Dass selbst die Hochphase der sexuellen Liberalisierung nicht immer dem kindlichen bzw. jugendlichen Beziehungsglück nützen kann, offenbaren Xavi und Samsabu Gudrich in ihren Erinnerungen (58ff). Die Hippiemutter des Einen hat zwar keine Einwände gegen die schwule Selbstentfaltung des Sohnes, doch verstört sie der Drang zur Monogamie ihres Nachwuchses, der sich ganz auf den einen Jugendfreund und Lebenspartner kapriziert (66).

Sexuelles Erwachen und Entfaltung, so die Botschaft Heiders, ist nicht an Altersgrenzen gekoppelt und kann in ihren Ausformungen selbst die liberalsten Wegbereiter in Erstaunen versetzen. In Heiders Buch verfließen Kindheit und Jugend, eine starre Altersabgrenzung fehlt, was manchen Leser verwirren dürfte und sicherlich auch Kritikern Munition liefert. Vielleicht regt es aber auch zu Debatten an?

Gewalt findet in den autobiographischen Erinnerungen nicht statt, allenfalls die Penetranz kindlicher Wunschkonstellationen wird angesprochen (138ff). Es bedarf, so die Botschaft des Buches, weder eines vielfach halluzinierten „pädagogischen Eros“ noch Empfehlungen, Drohungen, Tabus oder Zwänge durch Erwachsene, damit Kinder – aus unterschiedlichen Milieus zu verschiedenen Zeiten in diversifizierten politisch-gesellschaftlichen Systemen – das „Ding“ oder das „Kraftwerk“ zwischen den eigenen Beinen – und das Gleichaltriger jedes Geschlechts – entdecken.

Was ebenfalls fehlt, ist das psychiatrische Denken im ausgehenden 19. Jahrhundert, wonach kindliche Sexualität in Sexsucht und Degeneration münde. Stattdessen strebten alle Interviewpartner, egal ob sie aus geordneten, zerrütteten, nur nach außen aufrecht erhaltenen oder liberalen Elternhäusern stammten, nach dem, was man gemeinhin als „Monogamie“ bezeichnet. Insofern erscheinen die Kampagnen der Konservativen gegen jede Form von sexueller Selbstfindung bei Kindern besonders dümmlich. Aber mit derartigen Irrsinnigkeiten hatte auch schon Sigmund Freud zu kämpfen gehabt.

Natürlich ist das Buch kein wissenschaftliches Werk. Es ist auch schwer, Begriffe der Erwachsenenwelt auf Kinder zu übertragen. Kann man von „Erotik“, „Masturbation“ oder „Sex“ sprechen, wenn die Akteure selbst noch keine Begriffe für ihr Tun haben? Diese Frage stellen sich die Personen im vorliegenden Buch nicht – ist diese Frage rein akademisch und nicht auf die reale Welt bezogen? Das Diktum meiner eigenen akademischen Lehrer, wonach der Zeitzeuge der „übelste Feind des Historikers“ sei, findet seine ungewollte Bestätigung. Individuelle Erinnerungen sind subjektiv und keine Kohortenstudien. Aber was Heiders Buch auszeichnet, ist die Auswahl der Interviewpartner. Nicht irgendwelche Namenlosen, die man einfach so als Zufälle, Außenseiter, unbedeutende Individuen oder sogar Erfindungen der Herausgeberin diffamieren könnte: Dirk Bach, Klaus Staack, Judith Malina u.a. sind Personen, die man nicht einfach ignorieren kann. Dem Buch sind eine weite Verbreitung und anregende Debatten zu wünschen.

Florian G. Mildnerberger (Frankfurt/Oder)



Wegner, Katrin, *Die Pille und ich. Vom Symbol der sexuellen Befreiung zur Lifestyle-Droge*, C.H. Beck, München 2015, 202 S., br., 14,95 €

Leo, Annette u. Christian König, *Die »Wunschkindpille«. Weibliche Erfahrung und staatliche Geburtenpolitik in der DDR*, Wallstein-Verlag, Göttingen 2015, 313 S., geb., 29,90 €

Oral History ist eine junge Methode in den Geschichtswissenschaften und geht u.a. zurück auf die frühe Frauenforschung der siebziger Jahre, die sich gegen die „Haupt- und Staatsaktionen“ der offiziellen Historiografie in Stellung brachte und das „Subjektive“ der Geschichte betonte. Ihr ist es zu verdanken, dass auch Frauen in den Horizont historischer und sozialwissenschaftlicher Deutung rückten, insbesondere solche, die üblicherweise als „bildungsfern“ gelten. Der „weibliche Lebenszusammenhang“ wurde damals zum Schlagwort und schloss objektive Lebenslagen und subjektive Lebenserfahrungen ein.

Mittlerweile sind die Protagonistinnen von damals selbst schon zu Zeitzeuginnen geworden, sowohl als politische Akteurinnen, vor allem aber auch als Adressatinnen von Strategien, die das „große Ganze“, die Ökonomie und Demografie ihrer jeweiligen Länder im Visier hatten und den Umgang mit Sexualität und Familienplanung regulierten. Eines der markantesten Ereignisse im weiblichen Lebenszusammenhang der letzten 50 Jahre war dabei die Erfindung, Einführung und Popularisierung der Antibaby-Pille. Das Berliner Pharmaunternehmen Schering brachte sie am 1. Juni 1961 auf den westdeutschen Markt, vier Jahre später folgte die DDR mit einem pharmakologischen Nachbau, der sogenannten „Wunschkindpille“ namens Ovosiston. Es handelt sich also höchstens um ein ostdeutsches Jubiläum.

Doch nach drei „Pillengenerationen“ scheint die Zeit reif zu sein für eine an den AkteurInnen und KonsumentInnen orientierte Bestandsaufnahme, wobei diese beiden, fast gleichzeitig erschienenen Studien unterschiedliche Ansätze verfolgen. Der Journalistin Katrin Wegner geht es, wie der Titel „Die Pille und ich. Vom Symbol der sexuellen Befreiung zur Lifestyle-Droge“ schon vermuten lässt, um die veränderte Bedeutung, die die Pille für die verschiedenen Frauengenerationen hatte und heute hat.

Die unterschiedlichen Generationen angehörenden HistorikerInnen Annette Leo (geb. 1948) und Christian König (geb. 1980) unternehmen in ihrer Untersuchung *Die Wunschkindpille* dagegen eine wissenschaftlich-retrospektive Tiefenbohrung in die staatliche Geburtenpolitik in der DDR und stellen ihre Befunde in Relation zu den Erfahrungen, die die Frauen mit der Pille machten. Beide Bücher stützen sich auf Interviews: Wegners Studie geht auf Gespräche mit 267 Frauen und 52 Männern innerhalb von fünf Jahren zurück. Leo und König und ihre MitarbeiterInnen haben im Rahmen eines Forschungsprojekts rund 50 Tiefeninterviews geführt, die teilweise auch dokumentiert werden. In beiden Studien wurden die weiblichen Gesprächspartner in drei Gruppen aufgeteilt, wobei sich die westlichen an Zeitabschnitten bis in die Gegenwart orientieren, die östlichen an DDR-Ereignissen, die mit der Wende enden.

Die Pille, darin sind sich beide Studien einig, hat eine Revolution ausgelöst. Sie war das Symbol der sexuellen Befreiung, weil Sex und Nachkommenschaft durch sie nicht mehr unabdingbar zusammengespannt waren. Gleichzeitig legte sie, und das ist für das neue Geschlechterverhältnis vielleicht noch wesentlicher, die Kontrolle über die Familienplanung einseitig in die Hände der Frauen. Das hatte entlastende Wirkungen, setzte, wie sich zeigen sollte, die Frauen aber auch unter Druck und sie gesundheitlichen Gefährdungen aus, während sich Männer aus der Verantwortung entlassen sahen.

Dabei war das kleine runde Ding anfangs höchst umstritten. Die DDR-Führung verfolgte in den fünfziger und sechziger Jahren eine pronatale Politik, die sich einerseits in einem Abtreibungsverbot niederschlug, andererseits aber auch die

Gleichberechtigung der Geschlechter propagierte. In ihrem sexualpolitischen Konservativismus, der vorehelichen Geschlechtsverkehr verdammt, stand die SED der Adenauer-Ära in der Bundesrepublik nicht nach: Dort hatte ein oberstes Gerichtsurteil 1959 sogar den Kondomautomat aus der Öffentlichkeit verbannt. Schwanger zu werden bedeutete in beiden Teilen Deutschlands in der Regel entweder Heirat oder (illegale) Abtreibung. Sexuelle Aufklärung erschöpfte sich lange Zeit in der Mahnung: „Bring mir bloß kein Kind nach Hause!“.

Kein Wunder, dass ÄrztInnen in Ost und West die Pille am Anfang nur gegen Menstruationsschmerzen oder unregelmäßige Monatsblutungen verschrieben. Im Westen deckte dann die Zeitschrift *Stern* das behütete verhütende Geheimnis auf. Im Osten wurde zwar an der Pille geforscht, und es gab Vorreiter wie den Sozialhygieniker Karl-Heinz Mehlan, der sich für die „geplante Elternschaft“ stark machte. Doch insgesamt blieb die Ärzteschaft skeptisch. Spannend liest sich bei Leo und König dabei der Ost-West-Spionagekrimi über eine geklaute Pillen-Rezeptur und einen Arbeiterinnenaufstand im brandenburgischen Wildau gegen das Abtreibungsverbot: „Wir sind Arbeitstiere, aber keine Frauen“, werden die Frauen in einem Bericht an das ZK der SED zitiert. Längst vergessene Episoden der DDR-Geschichte.

Als Kontrazeptiva blieb die Pille bis in die siebziger Jahre hinein nur verheirateten Frauen mit mehreren Kindern vorbehalten. Als die westdeutsche Frauenbewegung dann gegen den §218 mobil machte, forderte sie auch die Freigabe der Antibaby-Pille. Dass die „Wunschkindpille“ für die „Kinder des Aufbaus“ in der DDR dann doch allgemein verfügbar wurde, geht darauf zurück, dass dem VEB Jenapharm die Entwicklung bzw. der Nachbau einer „volkseigenen Pille“ gelang. Darüberhinaus war der Staat nach dem Mauerbau gehalten, das weibliche Arbeitskräftereservoir zu mobilisieren, und die nach der Einführung der Fristenlösung 1972 staatlich finanzierten Abtreibungen wurden ihm schlicht zu teuer. Die staatliche Familienpolitik und die Interessen der Frauen fielen in diesem Fall zusammen. Dadurch konnte dieser sensible Bereich des DDR-Alltags bis zur Wende befriedet werden.

Im Westen dagegen scheiterten die Frauen an einer entscheidenden Liberalisierung des §218. Die in den 1980er und 90er Jahren heranwachsenden Mädchen wuchsen allerdings ganz selbstverständlich mit der Antibaby-Pille auf. Sie verstanden sie als „Zeichen der Reife“, als Initiation in die Erwachsenenwelt, und sie war mit hohen Erwartungen verbunden. Die Müttergeneration, die die körperlichen und sozialen Nebenwirkungen bereits hinter sich hatte und der Pille, die sie sexuell „allzeit verfügbar“ machte, inzwischen kritischer gegenüberstand, begleitete dieses „sich aus der Hand geben“ mit Sorge.

Doch die Unbeschwertheit frei ausgelebter Sexualität endete ohnehin mit dem Auftritt der AIDS-Infektion. Die nachkommende „Generation Ego“ zeigt, wohl infolge jahrzehntelanger Aufklärungskampagnen, inzwischen ein hohes Verantwortungsgefühl in Bezug auf Verhütung und Schutz vor

AIDS und Geschlechtskrankheiten. Sie ist aber auch schamhafter geworden und hält – auch im Osten – nichts mehr von Libertinage und der einstigen Nacktkörperkultur der Eltern.

Heute nehmen 79 Prozent der 14–17-jährigen Mädchen die Pille, die in Deutschland bis zum 20. Lebensjahr kostenfrei auf Rezept zu haben ist. Sehr oft wird sie gar nicht als Verhütungsmittel eingesetzt, sondern „prophylaktisch“. Die Designerpille soll schlank, attraktiv und verhaltenskonform machen und der Selbstfindung und -verbesserung dienen. „Sie will alles einfach haben und schnell“, sagt eine entnervte Mutter über ihre Tochter.

Interessant ist, dass die Familienplanung in den letzten 50 Jahren aber weder durch ein Abtreibungsverbot noch mittels der Pille völlig kanalisiert werden konnte. Ob Frauen Kinder bekommen, hängt offenbar immer von den Rahmenbedingungen ab. In den sechziger und frühen siebziger Jahren wurden die sozialen Verhältnisse in beiden deutschen Staaten offenbar als so stabil empfunden, dass sie einen „Babyboom“ zeitigten. In der Nachwende-Zeit sank die Geburtenrate im Osten aufgrund der unsicheren Situation dramatisch.

Die Männer, hingegen, denen in beiden Büchern ebenfalls ein Kapitel gewidmet ist, empfanden die Pille, zumindest vordergründig, als „einen Segen“, weil sie sich um Verhütung „keinen Kopp“ mehr machen mussten. Allerdings fühlten sie sich auch an den Rand gedrängt, oft verbunden mit der Angst, ein Kind „untergeschoben“ zu bekommen. Interessant ist, dass ost- und westdeutsche Männer sich durchaus vorstellen können, selbst mittels Pille zu verhüten, wenn es sie gäbe: „Warum nicht?“, sagt ein 29-jähriger Maschinenschlosser. „[Dann] bräuchte ich mir nicht laufend anzuhören, dass sie davon dick wird.“ Dennoch wird an der „Pille für den Mann“ nicht nachdrücklich geforscht.

Ein anderer wichtiger Befund ist, dass die ÄrztInnen, vor allem in der DDR, bei der Akzeptanz der Pille eine wichtige Rolle spielten. Aber schon bald nach ihrer Einführung kursierten Horrormeldungen über Thrombosen, und der Pille wurde nachgesagt, sie verursache Krebs. Außerdem hatten die Frauen von Anfang an mit den heftigen Nebenwirkungen zu kämpfen, die von den ÄrztInnen oft heruntergespielt wurden. Der Contergan-Skandal im Westen trug das seine dazu bei, dass viele Frauen die Pille, oft ohne ihre GynäkologInnen zu informieren, absetzten.

Wegner setzt sich ausführlich mit den verschiedenen Pillengenerationen und ihren Nebenwirkungen auseinander. Ihre dezidiert kulturkritische Analyse zielt auf das irreführende Pharmamarketing und seiner Versprechungen an die jungen Frauen. Bei der ersten Pillengeneration, schreibt die Autorin, sei der Blick noch nach innen gegangen. Die angeblich verschönernden Wirkungen der Pille lenkten den Blick der jungen Frauen heute auf die reine Oberfläche: „Damit“, so Wegner, „verspielen wir langsam das, was uns einst sexuell befreite“.

Die von Leo und König gezeichneten Generationenportraits sind sehr viel differenzierter. Sie leben von der Anschau-

ung, auch wenn sich die Interviewpassagen manchmal etwas mühsam lesen, weil die AutorInnen um der Authentizität willen offenbar auf jegliche Bearbeitung verzichtet haben. Dennoch gelingt ihnen ein ungewöhnliches eindringliches Sittengemälde, das eine „terra incognita“ des DDR-Alltags enthüllt.

Als „Fluch und Segen“ beschreibt eine Gesprächspartnerin die Ambivalenz, die der hormonellen Steuerung innewohnt. „Wir schalten die Frauen monoton“, beschreibt Gunther Görtzlehner, jener Frauenarzt, der für Jenapharm die Hormonpräparate getestet hatte, mit bemerkenswerter Offenheit die Wirkungsweise der Pille. Und das war es eigentlich nicht, was Frauen – und auch Männer – einst von ihr erhofft hatten.

Ulrike Baureithel (Berlin)



Felix, Marcus, *Wer hat Angst vorm Regenbogen? Wie schulische Aufklärungsprojekte Vorurteile gegenüber geschlechtlicher und sexueller Vielfalt reduzieren können*, Tectum, Marburg 2015, 124 S., br., 24,95 €

LSBTI-Aufklärungsprojekte leisten seit vielen Jahren eine unschätzbare Arbeit an Schulen. In seinem Buch *Wer hat Angst vorm Regenbogen?* leitet Marcus Felix analytisch her, warum sie wichtig sind und welche Bedingungen erfüllt sein müssen, damit ihre Aufklärungsarbeit gelingt. Er zeigt, dass die Projekte einen Teil der Bildungsarbeit leisten, den die Lehrkräfte nicht übernehmen können.

Felix gliedert seine Arbeit in drei Teile. Im ersten erläutert er die psychologischen Grundlagen bzgl. Vorurteile und Ablehnung sowie Bearbeitungsmöglichkeiten. Der zweite wendet sich den konkreten Diskriminierungserfahrungen intergeschlechtlicher und transgeschlechtlicher sowie lesbischer, schwuler, bisexueller und multisexueller Menschen zu. Der dritte Teil überträgt die psychologischen Einsichten auf die LSBTI-Aufklärungsprojekte.

Bereits der erste Teil ist sehr lesenswert. Felix erläutert hier, wie Vorurteile wirken, wie sie gerade mit Stereotypisierungen zusammen agieren können und wie hieraus Ablehnung werden kann. Dabei handele es sich nicht um einen festgelegten Prozess vom Vorurteil oder vom Stereotyp zur Ablehnung, Vorurteile und Stereotype müssten nicht notwendig mit Ablehnung verbunden sein. Entlang aktueller Studien zeigt Felix auf, dass mit Vorurteilen und Stereotypen verbundene Ablehnung gerade unter solchen Menschen verbreitet ist, die keinen oder wenig Kontakt zu den Menschen haben, die sie aufgrund eines stereotypen Merkmals ablehnen. Um den Abneigungen zu begegnen, führt Felix die Kontakthypothese nach Gordon W. Allport aus und erweitert sie um Elemente aus Thomas F. Pettigrews Intergruppentheorie. Dabei zeigt Felix, unter welchen Bedingungen der Kontakt zwischen (potenziellen) Ablehnenden und Abgelehnten dazu führen kann, dass Abneigung und ggf. Stereotype und Vorurteile geringer werden.

Der innovative folgende Teil ermöglicht ein kurzes Durchschreiten aktueller Situationen von Minderheiten, die wegen ihrer geschlechtlichen Identität oder sexuellen Orientierung diskriminiert werden. Erfreulich ist hierbei, dass Felix intergeschlechtliche Menschen nicht kurz am Ende „hinzu-fügt“, sondern sie und ihre Situation zentral und gleich an den Anfang stellt. In der BRD unterliegen intergeschlechtliche Menschen noch immer medizinischen Eingriffen, die von Betroffenen als traumatisierend und gewaltvoll beschrieben werden. Felix, der sich an den Positionen der Selbstorganisationen orientiert, stellt die gegebenen Konstellationen ausführlich dar. Im Folgenden beschreibt er die Lage von Trans\*-Personen, um sich anschließend Diskriminierungserfahrungen im Feld sexueller Orientierung zuzuwenden.

Im dritten Teil führt Felix die Perspektiven der ersten beiden Kapitel zusammen. Er wendet nüchtern analytisch die Theorien Allports und Pettigrews auf den Umgang mit LSBTI im schulischen Kontext an. Gerade durch 1) die Statusgleichheit der jungen Leute der Aufklärungsprojekte im Verhältnis zu den Jugendlichen in den Schulklassen, 2) Möglichkeiten der Kooperation im Hinblick auf übergeordnete Ziele (gerade: Wissenserwerb, Verhaltensänderung) und 3) die Unterstützung der Aufklärungsprojekte durch institutionelle Autoritäten (die Aufklärungsarbeit findet eingebunden in den schulischen Kontext statt) werde der nahe Austausch mit den Jugendlichen der Schulklassen möglich und könnten sie dazu beitragen, Vorurteile, Stereotype und Abneigung gegenüber LSBTI abzubauen. Auf dieser Ebene leisteten die Aufklärungsprojekte gute Arbeit – und ergänzten die an den Schulen stattfindende, nötige sexualpädagogische Arbeit und die Förderung von Demokratie und Toleranz. Da in den Aufklärungsprojekten notwendigerweise junge Leute aktiv sind (das ist eine wichtige Bedingung in Bezug auf die Statusgleichheit), seien aber Fort- und Weiterbildungen erforderlich, damit die jungen Leute auch Grundzüge für die pädagogische Arbeit an die Hand bekommen könnten.

Es handelt sich somit um einen guten einführenden Band, der die Bedeutung von LSBTI-Aufklärungsprojekten analytisch herleitet und untermauert. Er leistet genau das, was er sein will: „Ein Buch für Engagierte und Interessierte an Aufklärung und Bildung, die Schule zu einem Erfahrungsraum jenseits eines dichotomen „Normal“ und „Anders“ umgestalten wollen.“ (Klappentext) Für Folgeprojekte wird angeregt, Erkenntnisse intersektionaler Forschungen einzubeziehen und auch in Bezug auf Migration die aktuell in (emanzipatorischer) Praxis und Forschung gebräuchlichen Begriffe zu verwenden.

Heinz-Jürgen Voß (Merseburg)



Sparmann, Julia, *Körperorientierte Ansätze für die Sexuelle Bildung junger Frauen. Eine interdisziplinäre Einführung*, Psychosozial-Verlag, Gießen 2015, 113 S., br., 16,90 €

Bodybuilding, Bodymodifikation, optimierte Körper, Körperpraktiken, Körperarbeit, Körperökonomien, Embodiment, Zwischenleiblichkeit, leibliche Erfahrungswelten, Sexocorporel – der Worte sind sehr viele gedrechselt, nur um herauszuschreien: Es gibt ihn, den Körper! So als hätte es ihn früher nicht gegeben, nicht in der Kunst, nicht in der Wissenschaft, nicht in der Werbung und nicht in den Medien und auch nicht in der Sexualtherapie und der Sexualwissenschaft.

Wenn also jemand über „Körperorientierte Ansätze für die Sexuelle Bildung“ schreibt, dann muss man das Schlimmste befürchten, nämlich einen neuen Körperkult. Oder die Fortsetzung der Instrumentalisierung des Körpers mit anderen technischen Mitteln. Davon kann aber in dem Buch Julia Sparmanns nicht die Rede sein. Vielmehr geht es der Theaterpädagogin mit M.A. in Angewandter Sexualwissenschaft um die ganzheitlichen Zusammenhänge des Körpers und der Sexualität in Sexueller Bildung und Sexualberatung, um das komplexe Geschehen, das mit sexueller Lust verbunden ist, um die „Viel-

dimensionalität der individuellen sexuellen Kompetenzen“ (12). Sie wählt dazu zwei Bereiche aus, den sexualtherapeutischen Ansatz Sexocorporel und die neo-tantrische Arbeit mit Frauen. Ihr Ziel ist „die Erschließung von brauchbaren Quellen aus körperbezogenen Therapieansätzen und Tantra, um die Methoden der Sexuellen Bildung zu erweitern [...] und sinnlich-konkrete Lernanregungen zu schaffen“ (11, 13).

Da wäre dann als erstes zu klären, was unter „Sexueller Bildung“ zu verstehen sei. Julia Sparmann sieht darin eine Erweiterung von Sexualaufklärung und Sexualpädagogik. „Sexuelle Bildung“ nähme die etablierten Qualitäten des kognitiven Wissenstransfers der Sexualaufklärung und der Kompetenzvermittlung der Sexualpädagogik auf, öffne sich aber „konzeptionell einem ganzheitlichen Spektrum von Sexualität“ und integriere alle Lebensalter (12). Im Kern geht es also um mehr Lust und mehr Wohlbefinden für alle.

In dem Kapitel über das sexualtherapeutische Konzept Sexocorporel betrachtet die Autorin Sexocorporel als umfassendes Modell sexueller Entwicklung und Funktionalität, das die Intention sexueller Gesundheit verfolgt (45). Nach der gründlichen Analyse dieses Modells kommt sie zu dem Schluss, dass aus dem Ansatz des Sexocorporel „in seiner Ganzheitlichkeit, in der Zentrierung auf lebenslange sexuelle Lernprozesse und in der hervorgehobenen Körperorientierung“ umfangreiche Ressourcen für die Sexuelle Bildung erschlossen werden können (58). Auf der „energetischen Ebene“ können das Aktivierung und Selbstregulierung sexueller Energien durch Spiel mit Atem und Stimme, mit Muskeltonus, mit Bewegungsraum, mit dem Rhythmus der Bewegung sein, auf der „praktischen Ebene“ konkrete Bewegungen, Ateinsatz, Selbstexploration, qualitative Erforschung unterschiedlicher Berührungsarten und auf der „tieferen körperlichen Ebene“ Selbstwahrnehmungsübungen und Loslassen und Entspannen über die bewusste Regulierung von Muskeltonus und Atmung (59).

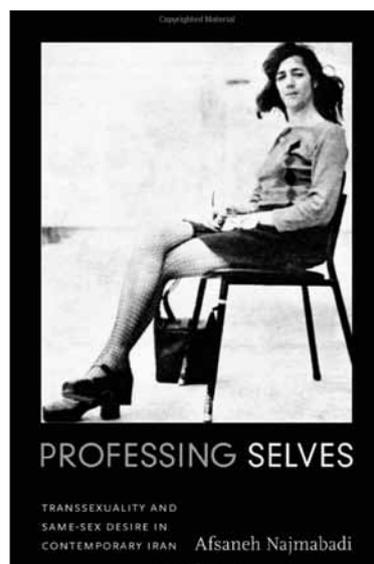
Im sich anschließenden Kapitel wendet sich die Autorin Tantra und dessen differenzierten und diffizilen Aspekten zu. Im gleichen Ressourcenformat wie bei Sexocorporel erscheinen ihr auf der „energetischen Ebene“ als nützlich: Aktivierung durch Atemtechniken, Präsenzübungen, aktive Bewegungsmeditationen, und Entspannungstechniken, die diffundierende Erregung ermöglichen; auf der „praktischen Ebene“, z.B. Tantrische Rituale und Massagetechniken; und auf der „tieferen körperlichen Ebene“ Präsenz- und Achtsamkeitsübungen für ein intensives und authentisches Kontakterleben mit sich selbst und anderen (86).

Bei der Diskussion der Ergebnisse setzt sich Julia Sparmann ausführlich, unverstellt und behutsam mit den Möglichkeiten und Grenzen des Transfers von Sexocorporel- und Tantra-Praktiken in die sexuelle Bildung auseinander, wohl wissend, dass sich Angriffsflächen aller Art bieten und manches als ungewöhnlich und ungewohnt betrachtet werden kann. Dabei umgeht sie auch das heikle Problem von Berührung und Nacktheit, die „Intimität im Bildungsrahmen“ nicht (98 ff).

Den beiden Hauptkapiteln stellt die Autorin zwei überaus informative und teils methodenkritische Übersichtskapitel voraus, zum einen eins zur Körperorientierung in der Sexuellen Bildung mit Blick auf ihre Zielgruppe (Frauen zwischen 18 und 35 Jahren) und zum anderen eins zu Körper(psycho)-therapien. Das alles ist – wie das gesamte Buch – feinfühlig, ausgewogen, solide geschrieben, ein Mustergegenbeispiel für die landläufige Scharlatanerie, Oberflächlichkeit, Geschwätzigkeit und auch Tüchtigkeit im Geschäft mit dem wiederentdeckten Körper.

Reinen Gewissens ist dieses sorgfältige Werk aus dem Merseburger Laboratorium für Angewandte Sexualwissenschaft für die fachliche Weiterbildung zu empfehlen, aber nicht nur dafür, sondern auch als Allgemeinbildung für einen großen Kreis von Fachleuten und Laien, die über Sexualaufklärung und Sexualpädagogik hinaus denken wollen.

Kurt Starke (Zeuckritz)



Najmabadi, Afsaneh, *Professing Selves: Transsexuality and Same-Sex Desire in Contemporary Iran*, Duke University Press, Durham 2013, 432 S., br., \$ 27,95

Afsaneh Najmabadi (geb. 1946) ist Professorin für History and Studies of Women, Gender, and Sexuality in Harvard und gilt als die führende Gender-Expertin für Iran. Ihre Monographie *Women with Mustaches and Men without Beards: Gender and Sexual Anxieties of Iranian Modernity* (2005) verdient neben der hier zu besprechenden Monographie ebenfalls besondere Aufmerksamkeit. Beide Werke wurden von der *American Historical Association* preisgekrönt.

In *Professing Selves* zeichnet Najmabadi grob die iranisch-medizinischen Diskurse zum Thema Geschlecht und Sexualität seit den 1930er Jahren nach und berücksichtigt dabei ausführlich die Wechselwirkungen zwischen Rechtsexegese,

sozialen Vorurteilen, Queer- und Transaktivismus, Medienberichterstattungen und akademischen Trends. Während ihrer iranischen Feldforschung 2006-07 interviewte sie zahlreiche Transsexuelle, Aktivist:innen, Religionsgelehrte sowie Psychiater und Psycholog:innen. Sie fokussiert in ihrer analytischen Betrachtung die Prozesse, die Subjektivitäten im Spannungsfeld unterschiedlicher sozialer, politischer und religiöser Kräfte produzieren, und wie diese ausgehandelt werden. Das sexuelle Feld des Begehrens wird in anderen kulturellen Räumen nach den dort herrschenden Diskurskräften geordnet.

Die biomedizinische Praxis des Geschlechterwechsels ist gegenwärtig für medizinische und juristische Autoritäten Irans sowohl Therapie für Geschlechtsidentitätsstörungen als auch Mittel zur religiös-juristisch geforderten Heteronormalisierung gleichgeschlechtlicher Begehrenspraktiken (1). Als Herrschaftstechnik wird der dortige Transdiskurs zu einer klaren Grenzziehung zwischen illegaler Homo- und legaler bzw. staatlich subventionierter Transsexualität bemüht. Homosexuelle Praktiken können in Iran zu drakonischer Strafverfolgung führen. Geschlechtsangleichende Therapieformen beginnen daher idealtypisch mit einem psychologischen Filterungsprozess (dazu Kapitel 1, 15-37), in dem zu unterscheiden versucht wird, ob ein Patient wirklich trans ist, möglicherweise eine Homosexualität zu verschleiern versucht, oder an einer psychischen Erkrankung leidet. Dieser Filterungsprozess zur Ausübung von Homosexuellen besteht aus einer vier- bis sechsmonatigen Psychotherapie inkl. Hormon- und Chromosomentest. Neben den Selbstnarrativen zu bevorzugter Kleidung, Spielkameraden und -gewohnheiten in der Kindheit und emotionaler Bindung an jeden Elternteil spielen hier gegenderte Alltagshandlungen eine zentrale Rolle: „Legt der Transmann das Kopftuch ab? Reagiert der Patient genderspezifisch auf Aggressionen des Therapeuten? Entspricht die Armbanduhr dem angestrebten Geschlecht? Sind die Beine rasiert oder behaart? Quetscht der Transmann die Zahnpastatube genderkorrekt in der Mitte oder wie eine Frau am Ende?“ (17) Das Ziel für den Patienten ist ein Zertifikat zur Bestätigung der Zulassung zu einer geschlechtsangleichenden Operation. Dieses Zertifikat macht eine Strafverfolgung wegen Homosexualität faktisch unmöglich; es garantiert eine staatliche Krankenversicherung mit Kostenübernahme der Operationen inkl. postoperativer Pflegebetreuung zuhause und Laserbehandlungen zur Haarentfernung etc. Es befreit vom Militärdienst und berechtigt zur Hormontherapie und Beantragung eines neuen Namens sowie neuer Ausweisdokumente. Erhöhte Erfahrungswerte und sehr dichte Kommunikationsnetzwerke unter den Betroffenen erschweren staatlichen Stellen eine Verweigerung der Zertifizierung. Das Filterungsverfahren kann auch durch Eigetherapie mit Hormonen verkürzt werden, d.h. wer bereits selbständig Hormonpräparate konsumiert, erhält dieses Zertifikat im Kurzverfahren nach einer weniger detaillierten Filterung. Wer das Zertifikat zugesprochen bekommen hat, muss aber nicht automatisch eine weitergehende

Behandlung durchlaufen. So entstanden kreative Zwischenräume z.B. von Transpatienten, die geschlechtsangleichende hormonelle oder somatische Eingriffe ablehnen.

Im zweiten Kapitel diskutiert Najmabadi Geschlechtsangleichungen „vor Transsexualität“, d.h. bei Intersexuellen. Die erste geschlechtsangleichende Operation eines Intersexuellen wurde in Iran 1930 durchgeführt (40ff). Intersexuelle mussten heiratsfähig gemacht werden. Die Institution der Ehe ist in Iran von zentraler kultureller Bedeutung. Ayatollah Khomeini hatte 1964 in einer auf Arabisch verfassten Abhandlung am Beispiel von Intersexuellen argumentiert, dass geschlechtsangleichende Therapieformen im Islam erlaubt sind. Dennoch wurden geschlechtsangleichende Operationen in Iran 1976 verboten – nach dem Liebesmord von Mahin (s.u.). 1984 wiederholte Ayatollah Khomeini infolge eines Gesuchs einer Transfrau seine Meinung auf Persisch, nun als höchste politische Autorität der neuen Islamischen Republik. Geschlechtsangleichende Operationen galten von nun an auch für Transsexuelle als erlaubt.

Das theoretische und von staatlichen und religiösen Autoritäten erhoffte Ziel der eindeutigen Grenzziehung zwischen Trans und Homo – der Unterscheidung zwischen akzeptierter und strafrechtlich zu verfolgender Sexualität – war und ist die Schwächung der Homosexuellen. In der Praxis aber schafften es Homosexuelle (MSM) kreativ diesen Grenzbereich zu einer großen Zone neuer sozialer Räume zu erweitern, in der neue und für westliche Beobachter vielleicht ungewöhnliche oder schwer nachvollziehbare sexuelle Identitäten einen sozial akzeptierten Platz finden können.

Im offiziellen Diskurs wurde männliche Homosexualität näher an Gewaltphänomene, Vergewaltigungen – manchmal mit Mordfolge – und Sex mit Minderjährigen gerückt. Bedeutend war hier z.B. der Rückgriff auf Asghar Qatil (Asghar, der Mörder), der mehrere seiner Sexpartner ermordete und 1934 öffentlich exekutiert wurde. 1973 tötete die 19-jährige Mahin ihre Freundin Zahra, nachdem sie erfahren hatte, dass Zahras Familie diese für eine geschlechtsangleichende Operation in die Bundesrepublik Deutschland schicken wollte – die erste aktenkundig gewordene Ermordung einer Frau durch ihre Liebeshpartnerin. Mahin erhielt eine lebenslängliche Freiheitsstrafe. Beide Fälle werden im dritten Kapitel detailliert dargestellt.

Im vierten Kapitel führt Najmabadi durch die schwule Subkultur Teherans. Das Wort „gay“ ist in Iran seit den 1970ern belegt, wurde aber als englische Entsprechung für das im Persischen gebräuchliche *kuni* von MSM als Selbstbezeichnung zunächst abgelehnt. *Kuni* ist eine Beleidigung und bedeutet wörtlich „Arschloch“ als auch figurativ schwul. Mittlerweile wird „gay“ als Selbstbezeichnung verwendet – als deutlich positiver konnotiertes Gegenkonzept zu *kuni*. Obwohl die Islamische Revolution von 1979 eine entscheidende Zäsur bildet und die Islamische Republik Iran nach 1979 nur noch mit großen Einschränkungen als Schwulenparadies

bezeichnet werden kann, gibt es auch Kontinuitäten. Die iranische Sprache unterscheidet zwischen *hamjins-gara'i* (gleichgeschlechtliche Veranlagung) und *hamjins-bazi* (gleichgeschlechtliches Spielen), d.h. jeder kann gleichgeschlechtlichen Sex praktizieren auch ohne dass daher eine entsprechende Veranlagung angenommen werden müsste (121). Najmabadi beschreibt unterschiedliche Phänomene, von tanzenden Jünglingen und Sexarbeitern, die in Bars Männer animieren, mediale Debatten um mutmaßlich gleichgeschlechtlich liebende Politiker und Schauspieler sowie Ehemänner, die in Fitnessstudios männliche Sexualpartner sondieren.

Die Jahre unmittelbar nach der Revolution waren für gender und sexuelle Nichtkonformisten schwierig. Mit der religiösen Rechtfertigung von Geschlechtsumwandlungen durch Staatsoberhaupt und obersten Rechtsgelehrten Ayatollah Khomeini hat sich die kategorische Gegenüberstellung nichtheteronormativer Geschlechtlichkeit in Iran fundamental anders entwickelt als in Europa. Transsexuell, und nicht schwul, wurde dort der sozial akzeptierte Weg für nichtheteronormative Männer (162).

Die völlige Übereinstimmung (*intibaq*) mit den schiitischen Rechtstraditionen avancierte zum Ideal des neuen Staates. Dieses Konzept entfaltete zahlreiche Folgewirkungen auch für Mediziner, die sich vor 1979 nicht zwangsweise mit islamischen Rechtsmeinungen zu medizinischen Themen beschäftigten. Nur Revolutionsführer Ayatollah Khomeini vereinte in sich die religiöse und politische Autorität, seine Auslegung zu Geschlechtsoperationen gesetzlich zu verankern. Daher lohnt sich ein Blick auf die Ausführungen des obersten Rechtsgelehrten, die Najmabadi im fünften Kapitel (163-201) kompakt analysiert: Zunächst legte Ayatollah Khomeini dar, dass es im Islam kein explizites Verbot von Geschlechtsoperationen gibt (wie z.B. für gleichgeschlechtlichen Sex) – weder im Koran noch im Hadith findet sich ein Verbot durch Gott oder den Propheten. Demnach gibt es „kein Verbot“ (165), Intersexuelle (wörtlich: Hermaphroditen) durch Geschlechtsoperationen in eines der beiden Geschlechter einzupassen. Dann erklärte er die Frage der Transsexualität (wenn eine Frau männliche Anlagen verspürt und umgekehrt) und endete mit der Schlussfolgerung (175): „Die prima facie Betrachtung ist, dass der Geschlechtswechsel nicht obligatorisch ist, sofern die Person von einem Geschlecht ist, und der Wechsel ihres oder seines Geschlechts zum Gegengeschlecht ist möglich.“ Zentral sind hier seine Worte „kein Verbot“ und „nicht obligatorisch“. Diese Formulierungen sind geradezu eine Einladung für Homosexuelle, sich eine Geschlechtsidentitätsstörung zertifizieren zu lassen und sich gleichzeitig einer hormonellen oder somatischen Therapie zu entziehen. Nicht nur soll erlaubt sein, was nicht verboten wurde, zusätzlich müssen islamische Rechtsgelehrte notwendige Umstände berücksichtigen, die ein etwaiges Verbot aufheben können. Der Erhalt des Lebens gilt immer höher. Dementsprechend müssten auch Rechtsgelehrte, die Geschlechtsumwandlungen für einen Angriff auf

Gottes Schöpfungsplan halten, diese erlauben, wenn der Patient andernfalls suizidgefährdet wäre.

Totemhafte Bedeutung erhielten in dieser Entwicklung medizinische Zertifikate, die eine Transsexualität bestätigen (166). Die offizielle Linie ist klar: Transsexualität ist keine Abweichung und darf nicht mit Homosexualität verwechselt werden. Transsexuelle sind Patienten, die soziale und familiäre Unterstützung sowie rechtlichen und medizinischen Beistand benötigen (173). Die Semantik medizinischer Krankheit gereicht MtF-Transsexuellen im Kampf gegen Moralpolizisten zum Vorteil (202–230).

Im siebten Kapitel leuchtet Najmabadi diese Ambiguität genauer aus. Während Homosexuelle in Iran häufig unter dem sozialen Radar leben, macht gerade die Legalität und stärkere Sichtbarkeit der Transsexualität FtM- und MtF-Transsexuellen paradoxerweise zur stärkeren Bedrohung für die normative Geschlechterordnung (244). Wer sich zu einer Geschlechtsidentitätsstörung bekennt, ist weder für noch gegen den Staat und kann seine Ansprüche logisch in der Grammatik des dominanten Machtsystems formulieren. Die Teheranerin Leila bringt dies in einem Satz prägnant auf den Punkt: „Ich bin so zu 70 % lesbisch und zu 30 % trans.“ (275) Da sich die Räume des sozialen Zusammenlebens und des sexuellen Agens von Schwulen, Transsexuellen und Lesben in Iran stark überschneiden, ist die Frage „Bin ich homosexuell oder trans?“ in der Praxis mit einer bisweilen hohen ununterscheidbaren Ambiguität begleitet, die in unterschiedlichen sozialen Kontexten unterschiedlich aufgelöst werden kann. Letztlich bleibt das sexuelle Begehren weniger ein Produkt des Individuums als etwas von den Kräften der Kultur, der Geschichte und den Machtverhältnissen Geprägtes. „Gay“ bedeutet heute für viele „Schwule“ Irans soviel wie „Ich bin trans und strebe keinen Geschlechtswechsel an“ (300). Die Legalisierung der Transsexualität resultierte nicht in einer Schwächung gleichgeschlechtlicher Lebensweisen, sondern führte paradoxerweise dazu, dass Homosexuelle unter dem rechtlichen Schatten der Transsexualität biotopische Verhältnisse sozialer Akzeptanz errichten. Das Leben in der Ambiguität kann eine kraftvolle und attraktive Alternative zur klaren Disambiguierung zwischen homo- und transsexuell sein, die westliche Homonormalisierer und die Moralpolizisten der islamischen Republik fordern (301).

Kritisieren kann man an dem Werk lediglich das, was die Autorin nicht macht: Najmabadi ist keine Islamwissenschaftlerin und insbesondere keine Expertin für islamische Rechtsexegese. Sie ist weder Medizinerin noch Psychologin, die die Therapieformen, die sie beschreibt, fachlich beurteilen könnte. Und sie ist keine Anthropologin, da sie ihre eigene Herkunftsgesellschaft untersucht. Sie ist Historikerin für Geschlecht und Sexualität mit dem Schwerpunkt Iran und hat dazu ein weiteres bahnbrechendes Standardwerk platziert: Eine queere Geschichte des modernen Irans.

Thomas K. Gugler (Münster)



Prüll, Livia, *Trans\* im Glück. Geschlechtsangleichung als Chance. Autobiographie, Medizingeschichte, Medizinethik*, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2016, 206 S., br., 20 €

Geboren 1961 als Sohn des Gießener Universitätsprofessors für Neurophysiologie Günther Prüll und einer überfürsorglichen Mutter fand sich der junge Cay-Rüdiger nur mühsam in der ihm zugewiesenen Rolle als künftiger Psychiater und heterosexueller Vorzeigesohn zurecht. Nach Eigenangaben fühlte er sich bereits in der Pubertät in seinem männlichen Körper nicht wohl. Er floh in die Arbeit, nahm in Gießen 1980 das Doppelstudium Medizin und Geschichte/Philosophie auf und schloss dieses 1990 ab. Ein Austausch mit den Eltern über die eigene Psyche und Sexualität fand nicht statt, obgleich der Vater nach Aussage Livia Prülls Gutachten für Transsexuelle angefertigt hat. Anfang der 1990er Jahre in Berlin wagte es Prüll erstmals, sich Frauenkleidung zu kaufen, blieb aber ganz im selbst gewählten Schneckenhaus (29). Erst 2010 im Alter von 49 Jahren als gestandener Universitätsprofessor und verheirateter Familienvater mit zwei Kindern begann eine vertiefende Auseinandersetzung mit dem eigenen Selbst (30). Ein Buch von Udo Rauchfleisch (Rauchfleisch, 2009) half entscheidend. Nun tritt in Prülls Leben die „Herzdame“ auf: das zweite Ich. Der Text nimmt zunehmend pseudoreligiöse Züge an: von „Offenbarung“ ist die Rede, und dass es nur „einen Weg“ geben könne: die Verwirklichung des eigenen Selbst im Körper einer Frau.

Autobiographische Schriften von Trans\*-Personen lesen sich meist so, als ob der Zoologe Bernhard Grzimek in einer populärwissenschaftlichen Abhandlung die Metamorphose von der Raupe zum Schmetterling beschreiben wollte: die Raupe wird in ihrer Entwicklung zwar angeschnitten, aber kaum hat sie sich in einen Schmetterling verwandelt, wird sie aus der Geschichte getilgt. Man könnte nun annehmen,

dass eine Professorin für Ethik der Medizin, die Humanmedizin und Geschichte studiert hat, sich dieser Problematik differenzierter stellt und neben der eigenen Biographie auch gesellschaftliche und soziale Momente in die Darstellung integriert. Aber das eigene Leben, das soziale Umfeld und Verhalten wird von der Autorin unhinterfragt als beispielhaft und zugleich vorgeblich objektiv präsentiert. Zugleich behauptet Prüll, genau zu wissen, wie ihre Umwelt über sie – und somit alle Trans\*personen – denkt: „Ich weiß wie beide Geschlechter ticken“ (109). Das Zweigeschlechterschema wird mehr oder weniger direkt im ganzen Buch verteidigt und beschworen. „Zwischenstufen“, wie sie vielfach ausgelebt werden, kommen in ihrem Denken nicht vor.

Schließlich behauptet Livia Prüll, die historische Perspektive und Erforschung der Transidentitäten habe sie „von Anfang an“ interessiert (148). Das Interesse blieb wohl erstmal privat. Bis vor kurzem hat es sich nicht in wissenschaftlichen Publikationen geäußert. Im Gegenteil. Die Negation des Sexuellen, die Vernachlässigung von Gender und jedem sozialen Moment durchzieht das medizinhistorische Werk Cay Rüdiger Prülls wie ein roter Faden. In seinen umfangreichen Arbeiten über die Entwicklung der deutschen Pathologie und das Lebenswerk Ludwig Aschoffs (1866–1942) fanden alle Forschungsrichtungen, die in irgendeiner Weise mit Sexualität, Gender, sexuellen Variationen oder sozialer Medizin in Bezug standen, keine Erwähnung (Prüll, 1998; Prüll, 2002; Prüll, 2003; Prüll, 2010a). Auch bei einem kritischen Blick auf die Forschungslücken der Medizingeschichte spielte Sexualität für Prüll keine Rolle (Prüll, 2000). 2010 veröffentlichte Prüll einen Aufsatz, in dem er sich mit der Darstellung medizinischer Errungenschaften im Nachrichtenmagazin *Der Spiegel* in den 1950er Jahren beschäftigte (Prüll, 2010b). Das Unterkapitel „Leserbriefe und berühmte Kranke“ nennt einige Beispiele, nicht aber diejenige Person, deren Leben von 1953 bis 1955 mehrfach im *Spiegel* in teilweise gehässiger Weise präsentiert wurde: Christine Joergensen (1926–1989), Amerikas erste offizielle Transfrau. Auch Alfred Kinsey, ab 1950 immer wieder Thema im *Spiegel* findet in Prülls kurserischem Essay keine Erwähnung. Sämtliche Autoren im eigenen Fach, die sich für die Thematik interessierten, sich für die Emanzipation von Trans\*-Personen engagierten, wurden von Prüll in den Jahren vor seiner Personenstandsänderung ignoriert. Ihre Forschungen finden im vorliegenden Buch ebenfalls keine Erwähnung. Weder die Studien von Ulrike Klöppel, Heiko Stoff noch Heinz-Jürgen Voß werden thematisiert (Klöppel, 2010; Stoff, 2004; Voß, 2010; Voß, 2011). Im Falle des wichtigen Buches von Volker Weiß wird nur auf die ursprüngliche Dissertationsfassung verwiesen (Weiß, 2009).

Umso wortreicher wird nun von Livia Prüll das Schweigen der Gesellschaft, der Ärzte und der akademischen Welt beklagt. Die gesamte Schuld für die eigenen Probleme und das Leiden aller Trans\*personen der Welt wird auf der Psychiatrie abgeladen (128). Die Rolle von Endokrinologen,

das Wirken der Verhaltensforscher und die problematischen Seiten der sexuellen Emanzipationsbewegung werden ausgeblendet. Selbstverständlich gab es auch nur ein „Deutschland“ und nicht etwa noch die DDR.

Doch nun, nach vollendetem Wechsel des Geschlechts vor dem Gesetz, positioniert sich Prüll in einem Aufsatz als „redliche Historikerin“, die „sachgemäß und adäquat“ das medizinhistorische Thema der transidenten Frau bearbeitet (Prüll, 2016, 34). Als Beispiel für die transidente Frau nennt Livia Prüll ihr eigenes Leben und beansprucht dieses objektiv aufarbeiten zu können (Prüll, 2016) – nur sie, da Außenstehende nie verstehen könnten, wie Transidente sich fühlen (144).

Trotz der kurzen Phase zwischen Selbsterkenntnis und Coming-Out fühlt sich Prüll in ihrem Werk auch berufen, akademische Kosmetik zu unterrichten. Die auf den Seiten 50 bis 57 gegebenen Schminktipp geben ungewollt Einblick in Unkenntnis und Selbstüberschätzung der Autorin<sup>1</sup>: Makeup wird nicht „wulstartig“ (51) aufgebracht, Puder fixiert grundsätzlich und der Begriff „Fixierpuder“ ist in folgedessen ein unnötiger Pleonasmus (51). Bronzetöne gehören nicht in den Kinnbereich (53) und erste Hinweise sollten nicht im Internet gesucht werden. Die Wimpernklemme ist nicht so einfach zu gebrauchen wie Prüll behauptet (53). Perücken kommen nicht „in die Wäsche“ (56) und der „schwarze Bob“ ist keine „konservative Frisur“ – die Kulturgeschichte des „Bubikopfs“ sollte geläufig sein (56). Die Bezeichnung „Wunschgeschlecht“ und der Drang, möglichst nicht aufzufallen, am besten jedem 50er Jahre weiblichen Klischee zu entsprechen (z.B. 108), machen deutlich, dass Prüll die grundlegenden Elemente von Geschlechtergrenzen, ihrer Überwindung, der Bedeutungen von Gender und der Begriff „Queer“ gänzlich unbekannt sind. Aber das muss frau wohl nicht wissen, wenn sie „Gleichstellungsbeauftragte für den wissenschaftlichen Dienst an der Universitätsmedizin in Mainz“ ist, wie der Text auf dem Buchrücken verrät. Diese Arbeit habe Prüll selbst begonnen (145) – Präzeptoren wie die langjährigen Bemühungen von Selbsthilfegruppen, studentischen Referaten, Klagen von Betroffenen oder die Initiativen anderer Ärzte kann es in ihrem Denken nicht gegeben haben.

Livia Prüll hat ein Buch vorgelegt, das viel über sie selbst verrät, aber wenig über das komplexe Thema Trans\*. Als ein Ratgeber für angehende Transpersonen ist das Buch aufgrund der Voreingenommenheiten eher abzulehnen.

## Literatur

- Klöppel, U., 2010. XX0XY ungelöst. Hermaphroditismus, Sex und Gender in der deutschen Medizin. Eine historische Studie zur Intersexualität. Transcript, Bielefeld.  
 Personalien, 1953. Der Spiegel, Nr. 9, 27.  
 Personalien, 1955. Der Spiegel, Nr. 4, 38.  
 Prüll, C.J., 1998. Holism and German Pathology (1914–1933).

- In: Lawrence, C., Weisz, G. (Hg.). Greater than the Parts. Holism in Biomedicine, 1920–1950. Oxford University Press, New York, 46–67.  
 Prüll, C.J., 2000. Macht und Mythos. Die moderne Medizin an der deutschen Universität und ihre Historiographie. In: Heinig, P.J., Jahns, S., Schmidt, H.J., Schwinges, R.C., Wefers, S. (Hg.). Reich, Regionen und Europa in Mittelalter und Neuzeit. Festschrift für Peter Moraw. Duncker & Humblot, Berlin, 635–652.  
 Prüll, C.J., 2002. Ludwig Aschoff (1866–1942). Wissenschaft und Politik in Kaiserreich, Weimarer Republik und Nationalsozialismus. In: Grün, B., Hofer, H.G., Leven, K.H. (Hg.). Medizin und Nationalsozialismus. Die Freiburger Medizinische Fakultät und das Klinikum in der Weimarer Republik und im „Dritten Reich“. Peter Lang, Frankfurt/M., 92–118.  
 Prüll, C.J., 2003. Medizin am Toten oder am Lebenden? Pathologie in Berlin und in London 1900–1945. Benno Schwabe, Basel.  
 Prüll, C.J., 2010a. Die Bedeutung des Ersten Weltkriegs für die Medizin im Nationalsozialismus. In: Krumreich, G. (Hg.). Nationalsozialismus und Erster Weltkrieg. Klartext, Essen, 363–378.  
 Prüll, C.J., 2010b. Ärzte, Journalisten und Patienten als Akteure von Teilöffentlichkeiten in Westdeutschland. Eine Analyse am Beispiel des Nachrichtenmagazins „Der Spiegel“ (1947–1955). *Medizinhistorisches Journal* 45, 102–133.  
 Prüll, L., 2016. Das Selbstbild der transidenten Frau nach 1945 und die Konsequenzen für den Umgang mit Geschlechtsidentitäten. In: Schochow, M., Gehrman, S., Steger, F. (Hg.). Inter\* und Trans\*identitäten. Ethische, soziale und juristische Aspekte. Psychosozial-Verlag, Gießen, 33–56.  
 Rauchfleisch, U., 2009. Transsexualität – Transidentität. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.  
 Stoff, H., 2004. Ewige Jugend. Konzepte der Verjüngung vom späten 19. Jahrhundert bis ins Dritte Reich, Böhlau, Köln.  
 Voß, H.J., 2010. Making Sex Revisited. Dekonstruktion des Geschlechts aus biologisch-medizinischer Perspektive. Transcript, Bielefeld.  
 Voß, H.J., 2011. Geschlecht. Wider die Natürlichkeit, Schmetterling, Stuttgart.  
 Weiß, V., 2009. ... mit ärztlicher Hilfe zum richtigen Geschlecht? Zur Kritik der medizinischen Konstruktion von Transsexualität. Männerschwarm, Hamburg.

Florian G. Mildenberger (Frankfurt/Oder)

<sup>1</sup> Mein Dank gilt an dieser Stelle Margarete von Untot.



Bejak, Garonne, *Grundlagen und Probleme des Straftatbestandes des sexuellen Missbrauchs von Kindern gemäß §176 StGB*, Duncker & Humblot, Berlin 2015, 357 S., br., 89,90 €

Das auf einer juristischen Dissertation an der Ruhr-Universität Bochum beruhende Werk ist in vielerlei Hinsicht bemerkenswert. In der den Rechtsgelehrten eigenen Sprache gewährt die nun am Amtsgericht Pinneberg tätige Autorin Einblick in die Denkwelt derjenigen Akteure, die Gesetzestexte interpretieren, Urteile fassen und sie am Angeklagten vollstrecken. Dass angehende Juristen seit mehr als zwei Jahrzehnten in ihren Ansichten immer radikaler werden, hat der Erlanger Strafrechtler Franz Streng an der Haltung zur Todesstrafe herausgearbeitet.<sup>1</sup> Bejak macht die Folgen dieser Entwicklung am eigenen Beispiel deutlich. Das Buch ist in drei Teile untergliedert: Historischer Abriss der juristischen Behandlung von sexuellen Vergehen gegen Kinder; Schilderung des Straftatbestandes des §176 im Laufe der Zeit; und Vorschläge zur Reform. Bereits im ersten Teil des Werkes zeigt sich der Mangel an Realitätswahrnehmung außerhalb des eigenen Berufsfeldes: Bejak sieht eine Kontinuität des Reichsstrafgesetzbuches von 1871 über 1918 und 1933 bis in die 1960er Jahre (78), ohne die Reformanstrengungen in den 1920er Jahren zu erwähnen. Infolgedessen bemerkt sie weder die Debatten um die Differentialtrennung zwischen Homosexualität und Pädophilie, noch den generellen Konnex der Paragraphen 175 und 176, der noch lange Jahrzehnte weiter in ärztlichen, politischen und publizistischen Kreisen diskutiert wurde. Die unterschiedlichen Schutzaltersgrenzen für Homo- und Heterosexuelle entge-

hen ihr ebenso wie die Problematik einer ungenauen Trennung von „Kindern“ und „Jugendlichen“.

Gestützt auf ihren formaljuristischen Blick widmet sich die Autorin der Entwicklung des §176 seit den 1970er Jahren und lässt die eigentliche Problematik des Paragraphen erkennen: Geschützt werden soll die sexuelle Selbstbestimmung eines Menschen, der über ein Sexualleben noch überhaupt nicht verfügen dürfe (109). Auch „die *eine* ungestörte sexuelle Idealentwicklung“ existiere nicht (112). Bejak selbst geht davon aus, dass ein Kind über keine sexuelle Selbstbestimmung verfüge, da es den „freiverantwortlichen Willen“ nicht besitze (125). Aber es geht ja um mehr als das Kind, den „Schutz des öffentlichen Friedens“ (105) – insbesondere seit den Strafrechtsnovellierungen 2002. Für Bejak ist ein Mensch unter 14 ein Wesen ohne Unterleib, dessen Keuschheit Voraussetzung für den Rechtsfrieden ist. Daraus folgert sie die Notwendigkeit eines strafrechtlichen Dauerfeuers. Dies wird ihr dadurch erleichtert, da es für sie keinerlei sexuelle Erfahrungen für Menschen unter 14 Jahren geben dürfe, weil sie formaljuristisch nicht existieren. Daher stellt sie gewaltfreie neben gewaltvolle Erfahrungen, und da Sexualität ein komplexes Unterfangen ist, kann es bei ihr auch keine Spontaneität geben: der Täter plant alles immer bis zur letzten Konsequenz und ist infolgedessen immer ein Gewalttäter. Zwar muss sie einräumen, dass für diese gewagte Behauptung „empirisch-wissenschaftliche Beweise“ nicht vorliegen, aber sie seien nicht „ausgeschlossen“ (136), weswegen Bejak von ihrer Existenz und Strafwürdigkeit ausgeht. Dass viele Täter 14 bis 17 Jahre alt sind, ist ihr bekannt, doch ficht sie das nicht weiter an. Lässt ein Mensch unter 14 Jahren sich von einem beinahe-Altersgenossen sexuell berühren, so ist dies allein die aktive Handlung des Älteren (174). Verhält sich der Ältere auch noch passiv, sei dies ein Beweis seiner Schuld (175). Überhaupt seien „straffreie Konstellationen“ extrem selten (179), wodurch die Autorin gleich selbst allein in der Strafrechtsdiskussion (z.B. in der Schweiz) bestehenden Überlegungen, wonach gerade im engen sozialen Umfeld begangene Aktivitäten nicht sogleich ein Vergewaltigungsdelikt darstellen müsse, widerspricht.

Besonders leiden nach Ansicht der Autorin die Mädchen, wenn sie mit 13 Jahren Sex haben – nicht aber umgekehrt die Jungs (193). Eine besondere Rolle kommt den Ärzten zu. Gynäkologen, die unter 14-jährigen Mädchen bei der Verhütung zu Rate stehen, machen sich nach Ansicht von Bejak strafbar: „Der verschreibende Arzt nimmt den Sexualakt nicht nur billigend in Kauf, sondern er ist ihm positiv bekannt.“ (209) Die vollendete Schwangerschaft einer 13-Jährigen erscheint der Autorin zwar unzumutbar, aber die Problematik ist für sie nur formaljuristisch gegeben (210). Oder anders formuliert: da das Kind keine sexuellen Gefühle haben kann, kann es auch keine Konflikte bei der Abtreibung geben. Logischerweise sieht die Autorin die Ärzte in der Pflicht, sexuell interessierte 13-Jährige

<sup>1</sup> Streng, F., 2014. Kriminalitätswahrnehmung und Punitivität im Wandel. Kriminalitäts- und berufsbezogene Einstellungen junger Juristen im Wandel. Befragungen 1989 bis 2012. Kriminalistik Verlag, Heidelberg, 80.

sogleich an das Jugendamt zu überweisen (211). Offenbar sind 13-Jährige auch völlig schmerzempfindlich in psychischer und somatischer Hinsicht, da eine Abtreibung als unproblematischer angesehen wird als eine Unterweisung über die Verwendung von Kondomen. Sogar das Zeigen von Aufklärungsschriften stellt nach Ansicht der Autorin einen Fall von Pornographie dar (279).

Aufgrund der neueren juristischen Bestimmungen gewährt Bezzak dem Leser Einblick in ihre Denkwelten zum Thema „Internet“. Denn hier finden die sexuellen Handlungen meist gar nicht statt, sie werden nur am Bildschirm betrachtet oder aber verabredet. Es fehlt die für die Strafverfolgung zwingend notwendige „räumliche Nähe“ (234) – doch Garonne Bezzak weiß Abhilfe: Die Kontaktaufnahme könne ja auch aus dem Nebenzimmer erfolgen. Offenbar ist die Reichweite des Internets in Pinneberg begrenzt. Dies sei jedoch gar nicht entscheidend, denn die sexuelle Entwicklung des Kindes sei auf jeden Fall in Gefahr (235). Da wirkt es geradezu bizarr, dass die Autorin über fünf Seiten der Frage nachgeht, ob das Beiwohnen einer sexuellen „Live-Darbietung“ strafbar sein könne (236–240).

Am Ende des Buches macht Bezzak Vorschläge zur Reform des §176: sie will die „minderschweren Fälle“ wieder einführen, um so vor allem die Jugendlichen adäquater bestrafen zu können – mit Haft bis zu fünf Jahren. Der Versuch einer Tat könne straffrei bleiben, wenn „das Unrecht der Tat gering ist“ (335). Man kann also offenbar die nicht existierende Sexuelsphäre des nicht-sexuellen Menschen in verschiedener Art und Weise verletzen? Dies bleibt nicht die einzige offene Frage. Andere erscheinen zentraler: Hat die Autorin jemals über die Konsequenzen ihrer Einlassungen nachgedacht? Vielleicht wenigstens 2012, als sie am Bundesjustizministerium tätig war?

„Wegsperrten“ – mehr fällt der deutschen Justiz zu sexuell aktiven Jugendlichen nicht ein? Da die Deliktermittlung für Polizei und Staatsanwaltschaft höchst schwierig ist, müssen da wohl Eltern, Nachbarn, Lehrer oder sonstige vormals als „Vertrauenspersonen“ titulierte Personengruppen Verwendung finden? Ärzte sollen nicht mehr individuellen Patienten helfen dürfen, sondern den Rechtsfrieden über das Wohl des ihnen anvertrauten Menschen stellen? Und jeder, der nicht sofort alles anzeigt, macht sich auch strafbar? Nur das 13-jährige Kind, das nichts weiß über Sex, Schwangerschaft, Geschlechtskrankheiten oder Verhütung, kann sogleich mit seinem 14. Geburtstag zum guten Staatsbürger avancieren? Diese Fragen stellen sich dem Rezensenten, aber nicht der Autorin.

Florian G. Mildenerberger (Frankfurt/Oder)



Steiger, Lara, *Gleiches Recht für alle – auch für Sexualstraftäter? Sonderregelungen für Sexualstraftäter im Strafrecht und ihre kriminologische Bedeutung*, Duncker & Humblot, Berlin 2016, 433 S., br., 109,90 €

Dass allein über die Aussetzung des Gleichheitsgrundsatzes vor dem Gesetz ernsthaft in einer Demokratie diskutiert wird, sagt viel über den Zustand eines Landes und seiner politischen Akteure aus. Es war der sozialdemokratische Bundeskanzler Gerhard Schröder gewesen, der 2001 Sonderstrafen für „Kinderschänder“ öffentlich forderte und damit einen unheilvollen Diskurs salonfähig machte, der bislang allenfalls seitens der extremen Rechten akzeptiert worden war. Lara Steiger gewährt in ihrer als Buch erschienenen juristischen Dissertation (Tübingen, 2015) umfangreiche Einblicke in die Konsequenzen der Schröderschen Einlassungen, das krasse Missverhältnis zwischen herbeigeschriebener Gefahr und Häufigkeit der Sexualstraftaten, die Irrwitzigkeit des Gesetzgebungsprozesses und die Fragwürdigkeit des Diskurses an sich. Das Buch ist in fünf Teile gegliedert: Einleitung, Grundlagen, Analyse der Sonderregeln für Sexualstraftäter, Zusammenfassung der Ergebnisse und Ausblick. Ein etwas knapp gehaltenes Register schließt dieses wichtige und lesenswerte Buch ab.

Steiger macht bereits im ersten Teil des Buches deutlich, dass die Kehrtwende in der deutschen Politik gegenüber Sexualstraftaten 1998 in der Endphase der Ära Kohl mit der Hinwendung zu einem „opferorientierten Sicherheitsdenken“ begann (48). Damit war aber keineswegs ein optimierter Opferschutz gemeint, sondern die Orientierung der politischen und publizistischen Akteure hin zur Überhöhung einzelner Straftaten, aus denen ein Zwang zum Erlass umfassender Verfolgungsgesetze abgeleitet wurde (308). Hiermit verbunden war eine ideologische Kehrtwende hin zu einem Sonderstrafrecht, das sich – wie

die Autorin aufzeigt – argumentativ, sprachlich und inhaltlich direkt an der rassenhygienischen Kriminalpolitik des Nationalsozialismus orientierte: Direktes Vorbild der Gesetzgebung der 2000er Jahre war das Gesetz zur Bekämpfung des Gewohnheitsverbrechertums aus dem Jahre 1934 – heute unter dem Begriff „Feindstrafrecht“ bekannt (327).

Der bereits damals behauptete „Schutz der Familie“ steht in seltsamem Widerspruch zur Herkunft zahlreicher Täter, die Straftaten nach §176 begehen. Die Rückfallstatistiken zeigen auf, dass bei Sexualstraftaten keineswegs mehr Täter spezifisch rückfällig werden – sie werden eher mit anderen Delikten rückfällig (81–91). Die Sonderkategorie des Sexualstraftäters erfährt dadurch eine gewisse Fragilität. Direkt mit diesem Punkt verbunden ist die Frage der Sicherungsverwahrung für Jugendliche. Wenn das Sexualverbrechen nur eine von vielen Möglichkeiten der kriminellen Entfaltung ist, dann kann eine Sicherungsverwahrung schwerlich mit der Gefährlichkeit des „Kinderschänders“ begründet werden (143–146, 205). Steiger weist auch darauf hin, dass der Sexualstraftäter jeder Art – egal ob ein Exhibitionist aus dem Park oder der Vergewaltiger von Kleinkindern – pauschal schlechter gestellt wird als ein schizophrener Mörder (173). Die Übergänge zwischen Prügeln (§223) und sexuellem Missbrauch (§176) bleiben vom vorgeblich familien- und kinderbesorgten Gesetzgeber undefiniert (202).

Die entsprechenden Forschungserkenntnisse von Juristen, Kriminologen und Ärzten – auf die sich die Autorin breit bezieht – spielten in der Gesetzgebungsphase nahezu keine Rolle. Hierfür interessierte sich dann umso mehr der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte, der 2011 zur allgemeinen Überraschung der deutschen Politik die Regelungen für die Sicherungsverwahrung kippte. Die zahlreichen Gesetzesnovellen ließen auch viele Lücken. So kann ein 30-Jähriger mit seiner 15-jährigen Freundin Sex haben, aber er macht sich strafbar, wenn er ihr Sex mit einem 17-Jährigen ermöglicht (53). Auch strafbar macht sich der 30-Jährige, wenn er mit der 15-Jährigen einen Pornofilm ansieht. Hinzu kommt der bundesdeutsche Föderalismus, der je nach Bundesland unterschiedliche Überwachungskonzepte von Sexualstraftätern zulässt (182–183). Es geht eben nicht um wirksame Strafverfolgung eines Massenphänomens, sondern um die Überhöhung von Einzeltaten zur Durchsetzung symbolischer Politik, die von anderen Problemen in der Gesellschaft ablenken soll. Die Autorin schreibt hier von einer „Alibigesetzgebung“ (355).

Zahlreiche Querverweise erschweren bisweilen die Lesbarkeit und manche historische Einschätzungen der Autorin sind disputabel. So dürfte die Liberalisierung des Diskurses in den 1920er Jahren nicht das Ergebnis wirtschaftlichen Aufschwungs gewesen sein – Hyperinflation, Bürgerkrieg und Wirtschaftskrise ab 1929 – sondern eher der Schwäche der staatlichen Organe geschuldet gewesen

sein (46). Die Annahme, allein mit Hilfe der Aussagen von Opfern die verborgenen Straftaten aufzudecken, hätte einer kritischen Begleitbeschreibung des Problems der erfundenen Vergewaltigungen bedurft (z.B. Pascal-Prozess, 2007). Gleichwohl handelt es sich bei dem vorliegenden Werk um eine herausragende Arbeit, die klar aufzeigt, dass Sexualpolitik heute nur noch Instrument unfähiger Politiker, geifernder Journalisten, gehirnbefreiter Bürokraten und ratloser Juristen ist, aber nicht mehr Teil einer größeren Sozial- und Gesellschaftspolitik. Spätere Generationen von Historikern werden einmal dieses Buch lesen und sich fragen, wie man angesichts dieser Vielzahl an Informationen, Tatsachen und Vorurteilen handlungsfrei bleiben konnte.

Florian G. Mildenerberger (Frankfurt/Oder)



Wolfert, Raimund, *Homosexuellenpolitik in der jungen Bundesrepublik*. Kurt Hiller, Hans Giese und das Frankfurter Wissenschaftlich-humanitäre Komitee, Hirschfeld-Lectures Bd. 8, Wallstein, Göttingen 2015, 72 S., br., 8 €

Das Innenleben von Magnus Hirschfelds Wissenschaftlich-humanitärem Komitee (WhK), das Agieren und die Denkweisen seiner Mitarbeiter sowie deren Weiterentwicklung waren bis vor wenigen Jahren so gut wie unbekannt. Einzelne Fragmente an Korrespondenzen ließen nur Vermutungen zu. Die Publikation von Hirschfelds eigenen Aufzeichnungen aus den 1920er Jahren durch Ralf Dose im Jahre 2013 gewährte erstmals größeren Einblick.<sup>1</sup> Der Mitarbeiter der Berliner Magnus Hirschfeld Gesellschaft Raimund Wol-

<sup>1</sup> Dose, R., 2013. Magnus Hirschfeld. Testament II. Hentrich & Hentrich, Berlin.

fert hat nun den Schriftwechsel von Hirschfelds langjährigem Mitarbeiter Kurt Hiller (1885–1972) mit dem Frankfurter Arzt und späteren Hamburger Professor Hans Giese (1920–1970) sowie damit zusammenhängende Briefe aus den Jahren 1949/50 ausgewertet. Hiller hatte sich 1947 mit dem Vortrag „Geistige Grundlagen eines schöpferischen Deutschlands der Zukunft“ in die gesellschaftlichen Debatten in den westlichen Besatzungszonen eingeschaltet. Durch Presseberichte aufmerksam geworden, nahmen eine Reihe von Einzelkämpfern mit ihm Kontakt auf, die eine neue Sexualreformbewegung initiieren wollten.

Wie Wolfert gekonnt herausarbeitet, musste Hiller hierbei eine Reihe von Enttäuschungen erleben und konnte sich letztlich nur auf den früheren WhK-Aktivisten Hermann Weber (1882–1955) verlassen. Erst 1949 kam es zu dem kurzen brieflichen diskursiven Aufeinandertreffen von Hiller und Giese. Hiller gebärdete sich als elitärer, der Subkultur enthobener Kämpfer für eine vollständige Straffreiheit jeder Form homosexuellen Begehrens, während Giese eine Art ärztlich-juristische Lobbyarbeit zugunsten einer schrittweisen Entkriminalisierung anstrebte. Hierüber und bezüglich der eventuellen Instrumentalisierung von Namen und Lebenswerk Hirschfelds kam es schnell zum Bruch. Polizeirazzien in Frankfurt am Main und weitere Verfolgungen, die Zerstrittenheit der wenigen Sexualreformer und nicht zuletzt Kurt Hillers Unfähigkeit zu jeder Form von Kompromiss gegenüber nicht ausdrücklich politisch linksstehenden Zeitgenossen führten zu einem raschen Ende aller Bemühungen, ein „WhK“ zu gründen. Raimund Wolfert gelingt es herauszuarbeiten, welche unterschiedliche Lebenswege die einzelnen Protagonisten auszeichneten und wie fern der Exilant Hiller der Situation im Nachkriegsdeutschland stand, aber weitergehende Untersuchungen, Thesen und Schlüsse sucht man im vorliegenden Werk vergebens.

Denn Hillers Ablehnung der Zusammenarbeit mit Ärzten und politisch Andersdenkenden sowie seine von Wolfert stets beschriebene Verweigerung gegenüber einer schwulen Subkultur stehen in krassem Gegensatz zu seinem eigenen Engagement vor 1933 und den Erfahrungen danach. Hiller hatte in den 1920er Jahren die Erfahrung machen müssen, dass das Pochen auf eine vollständige Streichung von Strafbestimmungen nicht einmal im politisch linken Lager durchsetzbar war. Ohne das Engagement der von ihm abgelehnten Verleger und Partyveranstalter hätte er nie eine langjährige politische Kampagne führen können.

1929 schien die Reform, nicht aber die Streichung des §175 auf den Weg gebracht zu sein – die Zerwürfnisse hierüber im WhK und die Rolle Hillers hätten zum Verständnis der Auseinandersetzungen zwischen Hiller und Giese im vorliegenden Buch aufgeführt werden sollen. Nach 1933 sah sich Hiller mit der Homophobie der internationalen Exil-Linken konfrontiert und in Hamburg, wo er sich nach 1945 immer wieder aufhielt und 1955 ansiedelte, waren es SPD-Politiker, die sich jedem

Wunsch nach homosexueller Emanzipation entgegenstellten.<sup>2</sup> Hillers Ablehnung der Nazis war nicht demokratisch fundiert, er sagte in seiner Rede von 1947 ausdrücklich: „Ich war nie der Meinung, daß eine Nation durch ihre Mehrheiten dargestellt werde.“<sup>3</sup> Die von Wolfert schön beschriebene Ablehnung Hillers gegenüber der Möglichkeit zur Flucht vor Bestrafung durch Zuhilfenahme von Unzurechnungsfähigkeitsparagrafen und psychiatrischem Gutachten (44) steht in erstaunlichem Gegensatz zu Hillers eigener Lebenserfahrung: Nur durch das entsprechend formulierte Wohlwollen eines Nervenarztes war er 1908 der kaiserlichen Armee und einem Strafverfahren wegen Desertion entkommen.<sup>4</sup> Offenbar war Hiller sehr vergesslich, was die eigene Lebenserfahrung anging. Nachfragen bezüglich der Rolle seiner potentiellen Verbündeten in der Zeit vor 1945 unterließ er ebenfalls, um sein Luftschloss der bruchlosen Kontinuität einer linken Sexualreformbewegung vom deutschen Kaiserreich bis in die sich formierende Bundesrepublik nicht zu gefährden.

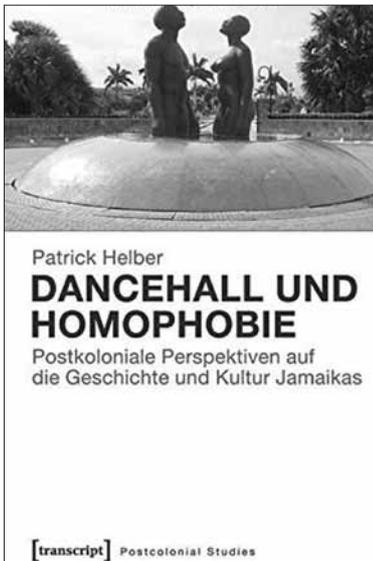
Hans Gieses ambivalente Rolle gegenüber dem Nationalsozialismus, seine Zusammenarbeit mit tief in die Verbrechen des Regimes verstrickten Gelehrten und die Tragweite seiner Annahmen über die Grenzen sozialverträglichen Sexualverhaltens hätten ebenfalls einer kurzen Ausformulierung bedurft.

Ab 1958 lebten und arbeiteten Giese und Hiller nebeneinander in Hamburg. Soll es zu überhaupt keinem Austausch gekommen sein, wie Wolfert suggeriert? Immerhin arbeitete Hiller mit der sich langsam wieder entfaltenden homophilen Presse zusammen, die jedoch unter dem Einfluss des Konstitutionsbiologen Willhart S. Schlegel (1912–2001) stand. Es wäre interessant gewesen zu erfahren, ob Hiller zu diesem bedeutenden Gegenspieler Gieses in den 1960er Jahren in Kontakt stand.

Im Ganzen ist festzuhalten, dass Raimund Wolfert in etwas sehr knapper Form das durch unterschiedliche Lebenserfahrungen begründete Scheitern einer Kooperation zwischen Hirschfeldscher und Giesescher Sexualreformanstrengungen beschreibt und die unterschiedlichen Intentionen, nicht aber deren Hintergründe, zielsicher herausarbeitet. Weitergehende Forschungen am Nachlass Kurt Hillers erscheinen wünschenswert.

Florian G. Mildenberger (Frankfurt/Oder)

- 2 Lorenz, G., 2010. Hamburg als Homosexuellenhauptstadt der 1950er Jahre – die Homophilen-Szene und ihre Unterstützer für die Abschaffung des §175 StGB. In: Pretzel, A., Weiß, V. (Hg.), Ohnmacht und Aufbegehren. Homosexuelle Männer in der frühen Bundesrepublik. Männerschwarm, Hamburg, 117–151, 131.
- 3 Hiller, K., 1966. Geistige Grundlagen eines schöpferischen Deutschlands der Zukunft (1947). In: Hiller, K., Ratioaktiv – Reden 1914–1965. Ein Buch der Rechenschaft. Limes, Wiesbaden, 187–220, 191.
- 4 Laub, B., 2011. „Dennoch glaube ich an den messianischen Geist“. Kurt Hiller (1885–1972). Aspekte einer deutsch-jüdischen Identität. Klartext, Essen, 121.



Helber, Patrick, *Dancehall und Homophobie. Postkoloniale Perspektiven auf die Geschichte und Kultur Jamaikas* (Postcolonial Studies 22), transcript Verlag, Bielefeld 2015, 300 S., br., 32,99 €

Mit dem internationalen Erfolg des Reggae erfuhr auch dessen auf Jamaika populärste Spielart Dancehall (s.u.) eine weltweite Verbreitung, die zu Protesten von LGBT-Organisationen gegen die teils homophoben Songtexte führte. Insbesondere die von der britischen Aktionsgruppe OutRage! in Kooperation mit dem Jamaica Forum of Lesbians, All-Sexuals and Gays (J-FLAG) ins Leben gerufene Kampagne „Stop Murder Music“ führte ab 2004 zu Konzertabsagen und entfachte erstmals eine internationale Debatte um homophobe Populärmusik, die auch auf Jamaika intensiv geführt wurde. In seiner 2015 erschienenen Dissertation, die im Rahmen der Nachwuchsforschungsgruppe „Karibik-Nordamerika und zurück. Transkulturationsprozesse in Literatur, Populärkultur und Neuen Medien“ im Fachbereich Neuere und Neueste Geschichte an der Universität Heidelberg entstand, stellt Patrick Helber diese Diskussion auf eine wissenschaftliche Basis und bettet sie erstmals in den Kontext Postkolonialer Studien. Im Zentrum der Publikation steht die Analyse der medialen Kontroverse um homophobe Dancehall-Texte und Homosexualität in den jamaikanischen Printmedien im Jahr 2004. Dabei schreibt Helber jedoch nicht nur als Historiker, sondern kann als Mitglied eines Sound Systems zudem seinen Einblick in die Dancehall-Szene mit ihren spezifischen Gepflogenheiten einbringen.

Der eigentlichen Untersuchung geht eine umfassende Einführung in den soziohistorischen Kontext und die gewählten methodischen Ansätze voraus. Nach einem kurzen Abriss über die Geschichte Jamaikas und der jamaikanischen Diasporagemeinden folgt eine Einführung in die

Entwicklung der jamaikanischen Populärmusik und eine Beschreibung der wesentlichen Momente des Dancehall. Heute als Bezeichnung für ein spezifisches Musikgenre verwendet, benannte der Begriff Dancehall ursprünglich den tatsächlichen Ort, an dem jamaikanische Tanzveranstaltungen stattfanden und stattfinden. Sowohl der Musikstil als auch der soziokulturelle Raum dienen dabei stets auch der Thematisierung gesellschaftlicher Konflikte. In einem weiteren Schritt folgt eine Einführung in die theoretischen Grundlagen von Geschlecht und Sexualität auf der Grundlage von Judith Butlers Theorien, an die sich eine Beschreibung der Auffassungen von Geschlecht und Sexualität im historischen Verlauf in der jamaikanischen Gesellschaft anschließt. Darauf aufbauend werden die Ausprägung von Homophobie auf Jamaika und ihre Präsenz in der jamaikanischen Populärkultur sowie die Bedeutung von Geschlechterbildern in der Dancehall erklärt.

Die Erläuterung der verschiedenen theoretischen Ansätze, auf die rekurriert wird, sowie einzelner spezifisch verwendeter Begriffe und Konzepte, beispielsweise Schwarzsein/Weißsein oder Diaspora, erweist sich gerade für Leserinnen und Leser ohne fundierte theoretische Vorkenntnisse in Postkolonialen Studien, Diskursanalyse etc. als wertvolle Hilfestellung, die das Vorgehen des Autors gut nachvollziehbar erscheinen lässt. Gleiches gilt für die Erklärung einzelner *Patwah*-Ausdrücke oder Dancehall-Phänomene, etwa des Begriffs *slackness*, der expliziten Zurschaustellung von Sexualität in der Dancehall.

Die anschließende Untersuchung versucht mittels der Diskursanalyse von Michel Foucault die einzelnen Diskurse und Diskursstränge der medialen Kontroverse um homophobe Inhalte der jamaikanischen Populärmusik herauszuarbeiten. Helber stützt sich dabei auf knapp 250 Zeitungsartikel und Leserbriefe, die im Untersuchungszeitraum 2004 in den drei großen jamaikanischen Zeitungen *Jamaica Gleaner*, *Jamaica Observer* und *Jamaica Star* erschienen. Dabei spaltet er den Themenkomplex der Debatte, ausgehend von der Untersuchung wiederholt auftretender Aussagen in den betrachteten Zeitungsartikeln, in die zwei Elemente Homophobie und Dancehall-Musik auf, die jeweils in zwei Diskurse unterteilt und mit ihren jeweiligen Subdiskursen detailliert nachvollzogen werden:

- Der antihomosexuelle Diskurs auf Jamaika
- Der Diskurs gegen Homophobie
- Der Diskurs gegen Dancehall
- Der Diskurs pro Dancehall

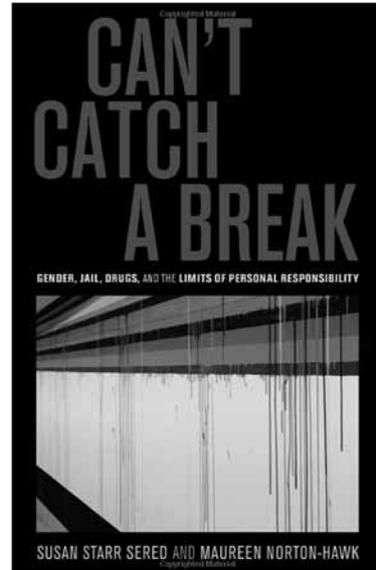
Im Zentrum der Auswertung der Analyse steht die Frage, welche Bedeutung Populärkultur und Diskurse über Populärkultur bei der Aushandlung von Respektabilität haben. Unter Respektabilität wird ein „Leitfaden moralischer Verhaltensweisen und sozialer Praktiken“ verstanden, der

bestimmte Auffassungen von „*race, class, Gender* und Sexualität“ umfasst. Die mediale Debatte kann dabei als ein „Machtkampf“ gelesen werden, in dem unterschiedliche Akteurinnen und Akteure um die nationale und internationale Repräsentation von Jamaika beziehungsweise jamaikanischer Kultur streiten. Helber formuliert daher die These, dass die Kontroverse um Dancehall-Musik und Homosexualität gleichzeitig auch ein Sprechen von der Krise im Sinne eines Verfalls gesellschaftlicher und sittlicher Ordnung darstellt, der die Respektabilität gefährdet.

Die Wahl der Diskursanalyse als Methode erweist sich hier als äußerst fruchtbar, da sie es ermöglicht, Überschneidungen in der Argumentation auch entgegengesetzter arbeitender Gruppen aufzuzeigen und die komplexen Zusammenhänge der teils widersprüchlichen Vorstellungen innerhalb der jamaikanischen Gesellschaft aufzuschlüsseln, sodass sich auch über manche der Darstellungsform geschuldete inhaltliche Wiederholung gerne hinwegsehen lässt. Hilfreich wären Übersetzungen der im originalen *Patwah* wiedergegebenen Dancehall-Texte und Kommentare, insbesondere, da der Autor selbst darauf hinweist, dass die jamaikanische Sprache trotz ihrer Nähe zum Englischen ein spezifisches Vokabular und eine eigene Grammatik aufweist. Auch ein Register wäre eine wünschenswerte Hilfestellung, die es der Leserin oder dem Leser ermöglichen würde, die komplexen Zusammenhänge besser nachzuvollziehen. So bleiben lediglich einzelne Fußnoten in den einleitenden Kapiteln, die auf das Auftauchen der erläuterten Phänomene in der späteren Diskursanalyse hinweisen.

Das vorliegende Buch arbeitet die bedeutende, teils ambivalente Stellung der Populärmusik in der jamaikanischen Gesellschaft heraus und zeigt ihre Bedeutung für die kulturelle Identität im postkolonialen Jamaika. Dabei setzt sich Helber nicht nur kritisch mit der auf Jamaika geführten Debatte auseinander, sondern weist auch auf Alterisierungsprozesse im Zusammenhang mit der Intervention internationaler LGBT-Gruppen hin, die stets die Gefahr beinhalten, die These „White homosexuals are saving Black homosexuals from Black heterosexuals“ zu reproduzieren. Hervorzuheben sind zudem die Interviews mit relevanten LGBT-Aktivistinnen und jamaikanischen Wissenschaftlerinnen, die in die Betrachtungen einfließen. Dem Buch kommt eine besondere Bedeutung durch seine Pionierarbeit zu, da es die erste deutschsprachige Publikation darstellt, die sich wissenschaftlich mit den Phänomenen Dancehall und Homophobie auseinandersetzt und diese durch den transparenten Umgang mit Methodik und soziohistorischem Hintergrund einer breiten Leserschaft zugänglich macht.

Constanze Köhn (Heidelberg)



Sered, Susan Starr and Maureen Norton-Hawk (Eds.), *Can't Catch a Break. Gender, Jail, Drugs, and the Limits of Personal Responsibility*, University of California Press, Oakland 2014, 216 S., br., 29,95 \$

Was die Akzeptanz von „Gender“ als Tatsache durch Verwaltungs- und Sozialbehörden, den Polizeiapparat und die Gesundheitsdienste wirklich bedeuten könnte, gilt hierzulande nicht nur in akademischen Kreisen als Verheißung. In ihrer auf Interviews in sozialen Brennpunkten beruhenden, über fünf Jahre im Großraum Boston geführten Untersuchung kommen die an der Suffolk University of Boston lehrenden Soziologinnen Starr Sered und Norton-Hawk aber zu ganz anderen Ergebnissen. Sie befragten Frauen aus sozial benachteiligten Schichten, wobei sie sich bemühten, alle Minderheiten und auch Angehörige der „weißen“ Mehrheit zu interviewen. Darüber hinaus setzten sich die Autorinnen detailliert mit den Interpretationen von „Gender“ durch staatliche Stellen auseinander und zeigen auf, wie ein emanzipatorisches Konzept sich in ein Instrument von Kontrolle und Ausgrenzung verwandeln kann, u.a. weil die Wegbereiter vor den Realitäten außerhalb der akademischen Hallen die Augen verschließen.

„Gender“ bedeutet für die vielen, meist unkoordiniert arbeitenden Stellen des US-amerikanischen Sozialapparates, dass Frauen aufgrund ihrer sozialen Lebensbedingungen bestimmte Leistungsgrenzen und Kompetenzen besitzen. Dieser Ansatz beinhaltet die Überlegung, dass sich in festgelegte Cluster eingeordnete Frauen ähnlich verhalten und so eine direktere Betreuung erhalten können. So lässt sich auch das interne Verwaltungschaos überspielen.

Die Kombination aus „im Kindesalter missbraucht“, „Minderheit“ und „Drogen“ mündet in der verwaltungsrelevanten Erkenntnis, dass die Personen sich renitent verhalten würden, aber vollkommen in der Lage seien, die Anweisungen der Behörden zu befolgen. Eine Hinterfragung des Versagens

anderer Institutionen, insbesondere des Bildungsbereiches, findet nicht statt. Infolgedessen werden Analphabetinnen mit schriftlichen Bescheiden konfrontiert und bei Nichtbefolgung sogleich kriminalisiert. Ein Eingreifen in die meist nur rudimentär bestehenden Familien findet nicht statt, weil diese als sozial stabilisierend gesehen werden, um eine ideale Genderrolle zu entwickeln. In der Familie missbrauchte junge Frauen sind bei sozialer Auffälligkeit an ihrem Scheitern so selbst schuld, da sie sich einer Stabilisierung und Orientierung widersetzt hätten. Untermauert wird dieses Vorgehen der Behörden durch den Rückgriff auf genderorientierte Sozialforschung in den letzten Jahren. Hier scheinen manche Forscher die Verhältnisse außerhalb der amerikanischen Vorstädte nie wirklich rezipiert zu haben. Der Drang zur Einteilung der Menschen in Kohorten dürfte dazu beigetragen haben, rassistische Vorurteile über das Verhalten von Afroamerikanern zu zementieren.

Um die in ihrer sozialen Geschlechterrolle identifizierten Frauen scheinbar „gendergemäß“ stabilisieren zu können, erfolgt häufig die Verschreibung von Medikamenten, z.B. im Wechsel Ritalin, Oxycodon, Clonazepam und Atavin. Eine individuelle Einstellung der Patientinnen erscheint Ärzten und Sozialbehörden nicht notwendig, die vorherige Einordnung gemäß sozialer Verhältnisse und Geschlechter genügt vollkommen. Ein Entkommen ist für die Frauen nur möglich, wenn sie die äußeren Voraussetzungen ihrer Verortung ändern, z.B. durch preiswerte und nebenwirkungsreiche Operationen aus dem Bereich der plastischen Chirurgie. Dadurch scheint sich für die zuständigen Behörden automatisch das soziale Umfeld zu verändern, wodurch die Betroffenen neuen Festlegungen unterliegen. Eine zuvor als drogenabhängig und daher unselbständig sowie verwahrlost eingestufte junge Frau verändert sich so im Angesicht der genderorientierten Sozialbehörden zu einer ihren eigenen Körper beherrschenden bzw. anbietenden Unternehmerin. Dadurch gerät sie aber automatisch in den Blickwinkel der Polizeibehörden, die in ihr eine Gefahr für die öffentliche Sicherheit erblicken und neuen Kontrollmechanismen aussetzen.

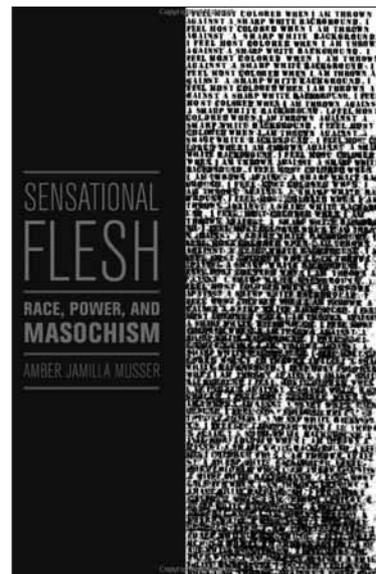
Es sind jedoch bisweilen ganz profane Gründe, warum sich Frauen aus den Unterschichten einer Liposuktion unterziehen. Übergewichtige Frauen werden pauschal als inkompetent in der Organisation des täglichen Lebens angesehen und seitens von Ärzten schlechter behandelt als schlanke Frauen. Doch die verschlankte Afroamerikanerin, von der Gruppe der „Unfähigen“ in die der „Unternehmer“ aufgestiegen, gilt sogleich als prostitutionsverdächtig, selbst wenn sie nur die Voraussetzungen für eine Anstellung als Hilfsarbeiterin schaffen wollte. Ein wirklicher sozialer Aufstieg scheint nicht möglich, da die rassistischen Einordnungen des vorgeblichen Verhaltens der einmal als „drogenabhängig“, „missbraucht“ oder „ledig schwanger“ eingestuften Frauen erhalten bleiben. Es gelingt allenfalls eine temporäre Flucht aus der Umklammerung des soziale Hilfe vorgaukelnden staatlichen Kontrollapparates. Diese Entfernung wird aber im ungünstigen Fall als

dissozial eingestuft. Eine Hinterfragung des eigenen Handelns findet bei den Behörden zu keiner Zeit statt, eine interne Kontrolle existiert nicht, solange die formalen Kriterien der Beachtung von „gender“ eingehalten werden.

Für alle Behörden scheint es gleichgültig zu sein, dass die sich scheinbar neu verankerte Person aus ihrem Wohnumfeld gar nicht entfernt hat – die früheren Grundlagen der Sozialarbeit werden einfach ausgeblendet. Daher entfällt auch der Druck, Stadtteilpolitik oder Jugendarbeit weiterhin zu finanzieren. Gendertheorie und Genderpraxis sind ein vollkommenes Bündnis mit dem Neoliberalismus eingegangen. Als einziges Mittel zur Kontrolle nutzt der Staat das Gefängnis, in welches all jene Personen verbracht werden, die an der eigenen Selbstoptimierung gescheitert sind. Sie gelten nun aber nicht mehr als Opfer sozialer Umstände, sondern als fehlerhaft funktionierende Subjekte in einer scheinbar ganz am Gendergedanken orientierten und sich daher selbst als sozial und hilfsbereit begreifenden Gesellschaft.

Das Buch ist mehr als eine Sozialstudie über die Verwicklungen von „Gender“ und Realität in den Armenvierteln von Boston. Es könnte auch als Warnung für kommende Verhältnisse in Mitteleuropa interpretiert werden. Natürlich kann den Autorinnen unterstellt werden, sie zeigten zu viel Empathie und zu große Nähe zum Untersuchungsgegenstand. Dies geschieht jedoch nicht auf Kosten des Erkenntnisgewinns. Eine umfangreiche Literaturliste und ein hervorragend aufgeschlüsseltes Register runden das Werk ab.

Florian G. Mildnerberger (Frankfurt/Oder)



Musser, Amba Jamilla, *Sensational Flesh. Race, Power, and Masochism*, New York University Press, New York 2014, 255 S., br., 24,00 \$

In den vergangenen Jahrzehnten war wohl kaum eine sexuelle Variation derartig umstritten wie der Masochismus. Von „weiblichem Masochismus“ sprachen Vertreterinnen der Frauenbewegung, der Begriff selbst wurde politisch vielfach instrumentalisiert und die Nutzung für wissenschaftstheoretische Ansätze blieb ebenso marginal wie die Erforschung der Masochisten selbst. Diese Lücke in der Historiographie der Sexualitäten will die an der Washington University in St. Louis lehrende Assistenzprofessorin für Gender und Sexuality Studies Amba Jamilla Musser beheben. Bereits in der Einleitung bekennt sie ihre Überzeugung, wonach Masochismus ein „powerful diagnostic tool“ sei (1). Unter Verwendung der Ausführungen Michel Foucaults, Leo Bersanis und Ludwig Edelmanns als zeitgenössische Bezugspersonen und Sigmund Freuds bzw. Richard v. Krafft-Ebing als historische Wegweiser kommt Musser zu dem Schluss, Masochismus könne auch als ein Nachweis gesehen werden, wie Sexualitäten und soziale Geschlechter Zwangsmechanismen ausgesetzt würden. Das Verbot bzw. die Tabuisierung des Masochismus sei eher ein Hinweis darauf, welche Sprengkraft in seiner Ausübung als sexuelle Spielart und in seiner gesellschaftspolitischen Relevanz liege. Gelebter Masochismus bzw. ein vorbehaltloser Diskurs über seine Implikationen würden – so Musser – neue Einblicke in soziale und sexuelle Zwangsmechanismen in Geschichte und Gegenwart westlicher Gesellschaften bieten. Einer eventuell aufkommenden feministischen Kritik entgegenet die Autorin mit der Schilderung lesbischer SM-Verhältnisse. Die Nutzung eines stets als Synonym patriarchaler Unterdrückungsmechanismen gebrauchten Begriffs bzw. seiner sexuellen Form als Instrument zur eigenen sexuellen Erfüllung scheint emanzipatorischen Gehalt zu besitzen. Erfüllter Masochismus bedarf weder einer sexologischen Definition noch einer Kontrolle, auch nicht durch selbst ernannte emanzipatorische soziale Bewegungen. Damit konkretisiert die Autorin bestehende politische Ansprüche und

verlässt doch zugleich die Forderung nach absoluter Freiheit im Sexuellen. Denn die Akzeptanz des Masochismus als glücklich könnte auch bedeuten, dass Unterdrückung stets allgegenwärtig und nicht zu beseitigen ist.

Dieser Aspekt jedoch spielt bei Musser kaum eine Rolle. Sie ist eher damit befasst, die überkommenen rassistischen Vorurteile zu demaskieren, die mit dem Konstrukt des Masochismus verbunden sind. Vergewaltiger erscheinen in der Literatur und im Film stets „schwarz“, womit das Schreckensbild des „Schwarzen“ Eingang in die Populärkultur und administrative Kontrollgremien fand. Rassismus und Sadismus wurden verbunden und so indirekt auch weibliche Schwäche und Masochismus. Das Aufbegehren der unterdrückten Kolonialvölker – Musser bezieht sich hier auf den im deutschsprachigen Raum nahezu in Vergessenheit geratenen Frantz Fanon – erfährt so eine neue Deutung. Natürlich wird auch „Venus im Pelz“ neu gelesen und „Die Geschichte der O.“ neu interpretiert.

Leider werden die Zeitumstände viel zu wenig gewürdigt. Der Begriff der „Neurasthenie“ fällt nicht, und auch der Zusammenhang von Hysteriediskurs, weiblicher Schwäche und der Formierung des Begriffs „Masochismus“ wird nicht ausgeführt. So wirkt das Buch trotz der Rezeption zahlreicher Autoren durch Musser seltsam inkonsequent. Der Bezug auf die Literatur ist hilfreich und eröffnet neue Blicke, aber die historische Einordnung und Verständlichmachung der zeitgenössischen Diskurse kommt zu kurz. Dies dürfte aber auch der Konzentration auf die gesellschaftlichen Verhältnisse in den USA geschuldet sein. Die insbesondere im Schlusswort überhöhte Trennung der Deutung des Masochismus als soziales Kontrollinstrument für „weiße“ und „afroamerikanische“ Frauen erscheint etwas zu einseitig. Soziale Bedingungen dürften eine durchaus große Rolle bei der Einordnung und Diskriminierung weiblichen Begehrens gespielt haben. Gleichwohl bietet Musser einen interessanten Ansatz.

Florian G. Mildenerger (Frankfurt/Oder)