ZEITSCHRIFT FÜR SEXUALMEDIZIN, SEXUALTHERAPIE UND SEXUALWISSENSCHAFT

Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin Sexualtherapie und Sexualwissenschaft

Sexuologie

ISSN 0944-7105
Band 29 / 2022
S. 1–112
1–2

Schwerpunkt

Psychosomatik der weiblichen Sexualität

Herausgeber: Ch. J. Ahlers, Berlin · C. Friedrich, Köthen · F. Hausmann, Baden-Baden · A. Korte, München · L. F. Kuhle, Berlin · U. Plogstieß, Bad Godesberg · D. Rösing, Stralsund · S. Siegel, Nordhausen

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

3 Die Last der Lust
Rainer Alisch

Themenschwerpunkt – Psychosomatik der weiblichen Sexualität

4 Einführung in den Themenschwerpunkt
Daniela Wetzel-Richter, Dietmar Richter

5 Sensorische Nervenendigungen – der Schlüssel zur weiblichen Lust
Daniel Haag-Wackernagel

21 Spontane genitale Erregung und unerwünschte Orgasmen der Frau
Daniela Wetzel-Richter, Daniel Haag-Wackernagel

33 Die Vulvodynie aus somatischer, psychosomatischer und sexualmedizinischer Sicht
Dietmar Richter

47 Vulvodynie und Vaginismus als sexualmedizinische Krankheitsbilder – drei Kasuistiken
Roswitha Engel-Széchényi

53 Mammakarzinom-Erkrankung und Sexualität
Anne-Sophie Heimes, Annette Hasenburg

57 Das weibliche genitale Selbstbild – Ein haptischer und körperorientierter Zugang
Laura Burkhardt

Originalia

63 Pflicht zum Kinderkriegen? Debatten über kindliche Treue und Reproduktion in China
Marius Meinhof

Fortbildung

73 Syndyastische Fokussierung bei Palliativ-Patienten – Ein Patient mit metastasiertem Prostatakarzinom
Nenad Martinovic

Historia

75 Sexualität, soziale Sicherheit, Sozialmedizin. Das Vermächtnis des Martin Gumpert (1897–1955)
Florian G. Mildenberger

Aktuelles

79 Nachruf auf Erwin J. Haeberle
Florian G. Mildenberger

81 Laudatio auf Herrn Universitäts-Professor im Ruhestand Doctor medicinae Kurt K. Loewit
Christoph Joseph Ahlers

86 Anmerkungen zur Laudatio
Kurt K. Loewit

Aktuelles – Rezensionen

87 Malabou, Catherine, *Negierte Lust. Die Klitoris denken*
Reingard Schusser, Rainer Alisch

88 Illouz, Eva, Dana Kaplan, *Was ist sexuelles Kapital?*
Itohan Emonvomwan

89 Becker, Sophinette, *Leidenschaftlich analytisch. Texte zu Sexualität, Geschlecht und Psychoanalyse*
Maximilian Römer

92 Rendtorff, Barbara, Claudia Mahs, Anne-Dorothee Warmuth (Hg.), *Geschlechterverwirrungen. Was wir wissen, was wir glauben und was nicht stimmt*
Rolf Löchel

95 Plett, Konstanze, *Geschlechterrecht. Aufsätze zu Geschlecht und Recht: Vom Tabu der Intersexualität zur Dritten Option*
Rolf Löchel

97 Loewit, Kurt, *Der Grundwurm in der Paarbeziehung – Plädoyer für Lust und Liebe*
Christoph Joseph Ahlers

100 Hierholzer, Stefan, *Basiswissen Sexualpädagogik*
Elija Horn

102 Gauder, Kira-Sophie, *„Wieder in dieses normale zivile Leben reinkommen". Zur Bedeutung von Normalität im Wiedereingliederungsprozess haftentlassener Sexualstraftäter. Teilstudie 1 der Langzeitstudie „Sexualstraftäter in den sozialtherapeutischen Abteilungen des Freistaates Sachsen"*
Florian G. Mildenberger

103 Weller, Konrad, *Alles bleibt anders. Kontinuität und Zyklizität der sexuellen Liberalisierung*
Kurt Starke

105 Hulverscheidt, Marion, Kerstin Wolff (Hg.), *Unfruchtbare Debatten? 150 Jahre gesellschaftspolitische Kämpfe um den Schwangerschaftsabbruch*
Rolf Löchel

108 Guitoo, Arash, *Die Geschichte der mann-männlichen Begierde in Iran von der Vormoderne bis heute*
Thomas K. Gugler

110 Zinn, Alexander (Hg.), *Homosexuelle in Deutschland 1933–1969. Beiträge zu Alltag, Stigmatisierung und Verfolgung*
Florian G. Mildenberger

111 Haeberle, Erwin J., *Homosexualität. Aufsätze und Vorträge aus 35 Jahren*
Florian G. Mildenberger

Eine große Chance für Ihre Karriere: Ärztin / Arzt

im international renommierten **privatärztlichen Institut** für Sexualmedizin in Hamburg gesucht.

Unsere Themenschwerpunkte sind weibliche und männliche (ED, EP und Hypogonadismus) Sexualitäts-Störungen.
Wir suchen eine engagierte und ambitionierte Persönlichkeit, die sowohl Lust und Spaß hat den klinischen Bereich der Diagnostik und Therapie von weiblichen Sexualitäts-Störungen weiter aufzubauen als auch alles über die männlichen Sexualitätsstörungen zu erlernen.
Promotion und Habilitation sind auf Wunsch möglich, da wir einer universitären Einrichtung angeschlossen sind. WB Urologie und Andrologie liegen vor.
Neben der fachlichen Qualifikation – idealerweise Gynäkologie, Allgemeinmedizin, Andrologie, Innere Medizin oder Urologie – sollten Sie die Fähigkeit zu empathischem Umgang mit Patienten mitbringen.
Das darüber hinaus notwendige spezielle Know How unseres Fachgebiets erlernen Sie in einer entsprechenden Einarbeitungszeit durch unser Team.
Wir bieten Ihnen: leistungsgerechte Vergütung (angestellt oder als Partner), flexible Arbeitszeiten, keine Nacht- und Bereitschaftsdienste und viel Zeit für neue Patienten (z.B. 3-stündiger Ersttermin). Nach einigen Jahren Einarbeitung im Privatinstitut ist eine Leitung bzw. sogar eine Übernahme möglich.
Eine aussagefähige Bewerbung senden Sie bitte an:
Sunrise-Consulting, Office Hamburg, Scheffelstr. 10, 22301 Hamburg oder per PDF an praxisteam@deutschland.ms
Vertraulichkeit wird zugesichert.

Die Last der Lust

Rainer Alisch

Der 14. Februar? – Liegt lange zurück. Zur Erinnerung: es ist der Valentinstag, für die Sex-Toy-Industrie faktisch Weihnachten. Bereits Wochen zuvor leeren sich die Regale. Nachgefragt werden Paar-Toys wie Penisringe oder tragbare Vibratoren. Für Verbraucher, die ihren 14. Februar besonders und so perfekt wie möglich gestalten wollen, scheint ein kleines technisches Upgrade – vielleicht auch ein chemisches – ein einfacher Weg zu sein, um eine leidenschaftliche Nacht zu realisieren, und die Sex-Tech-Industrie will mit dazu beitragen.

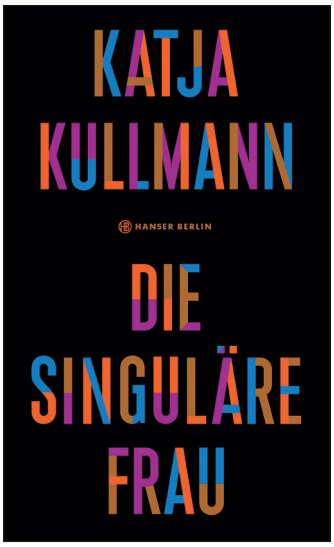
Die Idee, eine Pille zu nehmen oder ein Produkt zu kaufen, das den Sex sofort besser macht, hat offensichtlich einen Reiz. Und ja, Sex-Tech kann Wunder wirken, doch selbst ein derartiger Zauberstab ist nicht wirklich magisch, selbst der teuerste Vibrator wird keinen überwältigenden Orgasmus-Effekt hervorrufen und das Gefühl ver- und geliebt zu sein, schon gar nicht. Sex, vor allem aber auch Lust, sind mehr als nur körperlich regulierbare Verläufe. Sie sind zu kompliziert und zu persönlich, um auf diese einfache Weise zu funktionieren. Es sind nicht nur Nervenenden und Genitalstrukturen, die eine Rolle spielen, auch das Gehirn und seine komplexen neurochemikalischen Cocktails sind mit von der Partie. Hinzu kommt die kulturelle und gesellschaftliche Rahmung, die einen Konsens etwa darüber, was „normal" sein könnte, unmöglich macht. Doch vielleicht sind diese Zusammenhänge gar nicht so wichtig? Doch was dann?

Um nochmals zur Sex-Tech zurückzukommen: Der schwedische Hersteller von luxuriösen Sextoys *LELO* offeriert in einer „exklusiven Partnerschaft" mit *Diesel* – einer „Marke, die für Leidenschaft, Individualität und Selbstdarstellung" steht – einen klitoralen Schallwellenmassager nebst entsprechendem Sexring. Beworben wird die „limitierte Kooperation" als „perfect Match" zweier „rebellischer, disruptiver Marken, die sich nicht scheuen, neue Wege zu gehen und traditionell akzeptierte Identitäten und Überzeugungen" in Frage zu stellen.[1]

Geht es noch um Sex? Ja durchaus, aber in welchem Sinne? Primär scheint die Botschaft verkaufsfördernd auf Lifestyle abzuzielen. Und darüber hinaus?

Doch was hat dies mit dem Heftschwerpunkt zu tun? Er liegt mit „Psychosomatik der weiblichen Sexualität" eher im gynäkologischen Spektrum. Allerdings, auch diese Thematik hält der menschlichen Existenz den Spiegel vor. D.h. sowohl Sex-Tech als auch gelingende – weil „gesunde" – sexuelle Funktionalität sind Themen, die weiter gedacht werden sollten. Mehr dazu von Eva Illouz und Dana Kaplan auf Seite 88f in diesem Heft.

1 Vgl. https://www.lelo.com/leloxdiesel. Die Zitate sind einer Werbemail der Firma P.U.N.K.T. Gesellschaft für Public Relations mbH vom 6. April 2022 entnommen.



Katja Kullmann
Die Singuläre Frau
Hanser Literaturverlage 2022
ca. 336 Seiten, geb., 24,- €

In dem Bestseller „Generation Ally" beschrieb Katja Kullmann, warum es so kompliziert ist, eine Frau zu sein. Zwanzig Jahre später erzählt sie, wie es ist, eine Frau ohne Begleitung zu sein.

Sie ist die Frau, der man nachsagt, dass sie kein Glück in der Liebe hat. Diejenige, die ihr Leben alleine regelt. Die Frau ohne Begleitung. Vom Bürofräulein der Weimarer Republik bis zur angeblich einsamen Akademikerin der Gegenwart – sie ist die wahre Heldin der Moderne: die Singuläre Frau.
Kurz vor ihrem fünfzigsten Geburtstag stellt Katja Kullmann fest, dass auch sie so eine geworden ist: ein Langzeit-Single. Die Erkenntnis ist ein kleiner Schock. Dann eine Befreiung. Und ein Ansporn – nicht nur für die schonungslose Selbsterkundung, sondern auch für eine Spurensuche. Welche literarischen, sozialen und popkulturellen Zeugnisse hat die Frau ohne Begleitung hinterlassen? Und wie könnte ihre Zukunft aussehen? Leidenschaftlich und eigensinnig führt Katja Kullmann uns zu einer radikalen Neubewertung der alleinstehenden Frau.

„Katja Kullmann hat ein ganz wunderbares Buch geschrieben. Mit beeindruckender Offenheit schildert sie die Lieben ihres Lebens und wie es dazu kam, dass sie trotzdem heute, im Alter von 51, kinder- und partnerlos ist." Eva Biringer, Die Welt, 16.03.22

„Ehrlich und schonungslos, selbstironisch und witzig. … Ihr feiner Blick auf die Singuläre Frau als ‚entscheidende Pionierin des 20. und vielversprechende Protagonistin des 21. Jahrhunderts' ist unbedingt hilfreich." Novina Göhlsdorf, Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, 13.03.22

Einführung in den Themenschwerpunkt

Daniela Wetzel-Richter, Dietmar Richter

Die Frau als lustvolles, sinnliches Geschöpf wahrzunehmen und zu respektieren war über viele Jahrhunderte problematisch. Die sexuelle Potenz der Frau löste in einer patriarchaisch geprägten Gesellschaft Ängste aus, was wiederum einer erotisch-sexuellen Freiheit der Frau Grenzen setzte. Das – erstaunlicherweise – bereits im viktorianischen Zeitalter erarbeitete detaillierte Wissen über die weibliche Physiologie und Anatomie des „Wollustorgans" Klitoris verschwand aus den Lehrbüchern und gelangte erst seit den 1990er Jahren wieder in das Bewusstsein der Wissenschaftler.

Das Heft beinhaltet u.a. – neben einer Reihe von vor dem Vergessen geretteten Abbildungen – neuste, detaillierte Darstellungen der Anatomie des Bulbo-Klitoridalorgans, der Erregungsentstehung und deren neurophysiologischer Weiterleitung. Es werden zudem aber auch Fehlleitungen des orgastischen Reflexes als ungewollte Erregung dargestellt und deren Ursachen diskutiert.

Sinnlichkeit und sexuelle Lust sich nicht erlauben zu dürfen und unbewussten Ängsten ausgesetzt zu sein, kann zu verschiedenen Krankheitsbildern im psychosomatisch-sexuellen Bereich führen. Die Psychosomatik kennt die „Sprache des Körpers", das Körpersymptom, welches kompromisshaft eine Lösung für den innerseelischen Konflikt sucht.

So ist z.B. das bei der nicht organisch bedingten Vulvodynie regelhaft auftretende Schmerzsyndrom möglicher Ausdruck einer unbewussten Penetrationsabwehr, welche sich in einer chronisch verkrampften dysfunktionalen Beckenbodenmuskulatur bis hin zu einer vaginistischen Reaktion auswirken kann.

Unterschiedlichste Faktoren wie die Unerfahrenheit in der Wahrnehmung der eigenen Genitalregion, generelle Angst vor Sexualität, gesellschaftlicher und partnerschaftlicher Erwartungsdruck, traumatische Erfahrungen, aber auch andere, meist unbewusst gebliebene innerseelische Konflikte können den Körper so beeinflussen, dass ein erfülltes Sexualleben zunächst nicht möglich ist.

Die sexuell noch eher unerfahrene Patientin mit Schmerzsymptomen, welche ihre Genitalregion zu wenig in ihr Körperbild integriert hat, kann durch gezielte Körpertherapie die Fähigkeit erwerben, mit der eigenen Erregung genussvoller umzugehen, und – sich öffnend – die Penetration schmerzfrei zuzulassen.

Schmerzsymptome im Beckenboden und Genitalbereich wie die Vulvodynie können darüber hinaus auch tief verdrängte Gefühle wie Ärger und Enttäuschung symbolisieren. Die dadurch bedingten, recht häufigen Sexualstörungen sind schwer zu behandeln.

Patientinnen suchen oft über mehrere Jahre „den heilbringenden Behandler", durchlaufen verschiedenste, oft uneffektive Therapien, und entwickeln chronifizierte Schmerzsymptome. Eine multimodale Therapie, welche die Physiologie des Beckenbodens sowie unbewusste innerseelische Konflikte mit in den Fokus der Aufmerksamkeit nimmt, wird von den Behandlern oft zu spät angeboten, da das Krankheitsbild in seiner Komplexität nicht verstanden wird.

In dieser Situation ist ein/e sexualmedizinisch weitergebildete/r Arzt/Ärztin nach zuverlässigem Ausschluss einer manifesten organischen Erkrankung zunächst aufgerufen, die Sprache des Körpers zu dechiffrieren, den oft verdrängten Wunsch nach gelebter Sinnlichkeit und Intimität zu verstehen, zu erlauben und Mut zu vermitteln. Als günstig hat sich die frühzeitige Einbeziehung eines Partners – falls vorhanden – erwiesen, da er bei der Entfaltung einer erfüllten Sexualität mit unterstützen kann.

Auch Krebserkrankungen und die damit verbundenen Ängste führen häufig zu partnerschaftlichen Kommunikationsstörungen und torpedieren eine genussvoll gelebte Sexualität. Gerade für Frauen, welche eine Krebserkrankung erleiden, ist das Sprechen über Intimität ein wichtiges Signal, dass der Behandler sich nicht nur für ihr Überleben, sondern auch für ihre Lebensqualität interessiert. Für die Patientin bedeutet die Unterstützung im Umgang mit ihrem Selbstbild wie auch mit ihren sexuellen, partnerschaftlichen Wünschen eine positive Perspektive für eine lebbare Zukunft.

Gynäkologen/Gynäkologinnen sind oft die ersten Ansprechpartner für Frauen mit sexuellen Schwierigkeiten. Die Zusatzweiterbildung Sexualmedizin, oder auch ein Basiskurs Sexualmedizin können den Erstbehandlern in ihrer Arbeit mit den Patientinnen, welche Körpersymptome anbieten, helfen. Gerade der Gynäkologe/die Gynäkologin kann erste Weichenstellungen ermöglichen, aber auch sexualtherapeutische Interventionen selbst durchführen.

Sexualmedizinisch weitergebildete Therapeuten/Therapeutinnen der anderen Fachdisziplinen sollten um die neuesten Erkenntnisse der Anatomie und Lustphysiologie und die psychosomatisch-sexualmedizinischen Krankheitsbilder der Frau und deren Therapiemöglichkeit wissen. Die betroffenen Frauen sind äußerst dankbar, wenn sie von Anfang an kompetente Behandler finden, die mit den in diesem Heft dargestellten komplexen Krankheitsphänomenen umzugehen wissen.

Sensorische Nervenendigungen – der Schlüssel zur weiblichen Lust

Daniel Haag-Wackernagel

Sensory Nerve-Endings – The Key to Female Lust

Abstract

The clitoris and the surrounding structures of the external genitalia are among the most sensory innervated regions of the female body. The reception of stimuli takes place via specialized sensory nerve endings. The genital corpuscles (GK) and the Pacinian corpuscles (VP) are responsible for the generation of sexual arousal and the initiation of orgasm. Another important erogenous role may be played by the C-tactile fibers (CTF) as "stroking receptors". The GK and VP, which were already known at the end of the 19th C., possess complex corpuscles of connective tissue cells that determine their receptive properties. The GK, also known as "corpuscles of pleasure", are typical for the clitoral and penile glans, where they occur at high density. They are responsible for the perception of touch and gliding pressure. Congestion of erectile clitoral tissues – caused by sexual arousal – is a prerequisite for the activation of GK. Furthermore, hormonal influences likely play an important role in the modulation of these receptors. Despite their important role in the generation of female pleasure, little information about the GK is found in current textbooks. The well-studied VP usually co-occur with the GK in various erogenous zones, as well as in the rest of the body. They perceive touch, pressure and especially vibration stimuli. Their activity is modulated by hormonal influences and local pressure. Understanding the structure and function of the GK, VP, and CTF can provide important explanations for various clinical phenomena.

Keywords: Bulbo-clitoral organ, Clitoris, Genital corpuscles, Pacinian corpuscles, C-tactile afferents

Zusammenfassung

Die Klitoris und die sie umgebenden Strukturen der äußeren Genitalien gehören zu den am stärksten sensorisch innervierten Regionen des weiblichen Körpers. Die Aufnahme der Reize erfolgt über spezialisierte sensorische Nervenendigungen. Für die Generierung der sexuellen Erregung und die Auslösung des Orgasmus dürften die Genitalkörperchen (GK) und die Vater-Pacini-Körperchen (VP) von zentraler Bedeutung sein. Eine weitere wichtige erogene Rolle könnten die C-taktilen Fasern (CTF) als „Streichelrezeptoren" spielen. Die schon Ende des 19. Jh. bekannten GK und VP besitzen komplex gebaute Hilfsstrukturen, welche ihre rezeptiven Eigenschaften weitgehend bestimmen. Die GK, auch „Wollustkörperchen" genannt, kommen vor allem in der Klitoris- und Peniseichel in hoher Dichte vor. Sie sind für die Perzeption von Berührung und gleitendem Druck verantwortlich. Die durch die sexuelle Erregung bewirkte Kongestion der erektilen, klitoralen Gewebe ist Voraussetzung für die Aktivierung der GK. Im Weiteren dürften hormonelle Einflüsse eine wichtige Rolle in der Modulation dieser Rezeptoren spielen. Trotz ihrer wichtigen Rolle für die Erzeugung der weiblichen Lust sind in aktuellen Lehrbüchern nur wenige Informationen über die GK zu finden. Die gut untersuchten VP kommen meist zusammen mit den GK in verschiedenen erogenen Zonen, sowie auch im übrigen Körper vor. Sie perzipieren Berührungs-Druck- und vor allem Vibrationsreize. Ihre Aktivität wird durch hormonelle Einflüsse und die lokalen Druckverhältnisse moduliert. Das Verständnis des Baus und der Funktion der GK, VP und der CTF kann wichtige Erklärungen für verschiedene klinische Erscheinungen bieten.

Schlüsselwörter: Bulbo-Klitoralorgan, Klitoris, Genitalkörperchen, Vater-Pacini-Körperchen, C-taktile Afferenzen

Somatosensorik der genitalen Epithelien

Für den Organismus ist es von größter Bedeutung, die Körperöffnungen sensorisch zu überwachen. Besonders empfindlich sind deshalb die Lippen, die Analregion und bei Frauen der Scheidenvorhof, in den die Urethra und die Vagina einmünden, sowie das darüber liegende Bulbo-Klitoralorgan (Di Marino & Lepidi, 2014) mit seinen umgebenden Strukturen. Das Bulbo-Klitoralorgan wird der Einfachheit halber hier auch als Klitoris bezeichnet. Schon feinste Berührungen der Körperöffnungen können durch Hautsensoren, sogenannte sensorische Nervenendigungen, wahrgenommen und adäquate, meist reflektorische, Gegenmaßnahmen eingeleitet werden. Nach Ellis (1912) sind es die Übergänge von der Haut zur Schleimhaut, welche eine „Verfeinerung des Tastsinnes" erfahren haben. Die Klitoriseichel, welche die höchste bekannte Versorgung mit sensorischen Nervenendigungen aufweist (Crouch et al., 2004), wurde von Burdach (1835) anschaulich als „Tastorgan des Zeugungssystems" bezeichnet.

Die gleichen Areale spielen wegen ihrer hohen Berührungssensibilität auch bei der Aufnahme von angenehmen und lustvollen erogenen Stimuli eine wichtige Rolle. Als „Wächterin über

das Geschehen an den äußeren weiblichen Genitalien“ und als „Erzeugerin von Lust“ verfügt die Klitoris über eine reiche sensorische Innervation.

Somatosensorische Afferenzen informieren die übergeordneten Zentren permanent über jeden Stimulus, welcher auf die äußeren Genitalien einwirkt. Die Aufnahme und Weiterleitung übernehmen periphere Nervenzellen, welche in den Spinalganglien liegen. Diese pseudounipolaren Neuronen besitzen zur Reizaufnahme lange, spezialisierte Dendriten, welche als dendritische Axone bezeichnet werden. Nach Schober et al. (2015) führen Stimuli an diesen sensorischen Nervenendigungen zu Verschiebungen von Kollagenfasern der Sinnesrezeptoren, welche durch den Prozess der Transduktion die Intensität, Dauer und Richtung der Stimuli kodieren und in neurale Aktivität umwandeln.

Wie die Signale der verschiedenen spezialisierten Nervenendigungen der äußeren Genitalien in sexuelle Erregung umgewandelt werden, ist nicht genau bekannt. Die afferenten Impulse erzeugen nicht nur spinale Reflexe, welche die genitale Motilität und den Blutfluss in den genitalen Gefässgeweben (Aufstau von Blut, Kongestion) modulieren, sondern steigen im Rückenmark im spinothalamischen und spinoretikulären Trakt zum Gehirn auf. Hier werden die Signale decodiert und als sexuelle Erregung und als Lust interpretiert, was zu efferenten Impulsen zu den Genitalien und zur Aktivierung verschiedener Organe führt (Martin-Alguacil et al., 2008; Abraira & Ginty, 2013).

Freie Nervenendigungen (FNE)

Dem Grundtyp der sensorischen Nervenendigung entsprechen die Freien Nervenendigungen (FNE), welche im ganzen Körper und vor allem in den äußeren Genitalien in großer Zahl und in unterschiedlichen Varianten vorkommen (Abb. 1). Die afferenten Fasern der FNE sind langsam leitende, nichtmyelisierte C-Fasern mit einem Durchmesser von 0,5–1 µm oder dünn myelinisierte Aδ-Fasern von 1–4 µm (Mense, 2004; Abreira & Ginty, 2013). Die rezeptiven Membranbereiche ihrer dendritischen Axone nehmen als Mechanorezeptoren schwache bewegte Reize, als Nozizeptoren schädliche Reize und als Thermorezeptoren Kälte und Wärme wahr (Mense, 2004). In den äußeren Genitalien können ihre unmyelinisierten Endigungen bis ins Stratum granulosum der Epidermis eindringen, was für deren hohe Empfindlichkeit verantwortlich ist.

In anderen Körperregionen treten FNE nur in der Dermis auf (Jaeger, 1944). In der Peniseichel sind FNE etwa 10-Mal häufiger als Genitalkörperchen (GK), was auch für die Klitoriseichel zutreffen dürfte (Halata & Munger, 1986). Die Kälte- und Wärmeempfindlichkeit der Klitoris wurde von Vardi et al. (2000) untersucht. Die mittlere Schwelle für Kälte liegt unabhängig vom Alter bei 33,4° C und für Wärme bei 38,5° C. Die Kälteempfindlichkeit lässt sich nach Lundberg (2002) sehr einfach testen, indem man ein paar Tropfen Olivenöl von Zimmertemperatur (21°C) auf die Klitoris tropft und die Vulva herablaufen lässt. Damit lässt sich zeigen, dass der obere Teil der Vulva über eine höhere Temperaturempfindlichkeit verfügt als das Perineum.

Ein Maß für den Grad der sensorischen Innervierung der Haut ist die taktile Diskriminationsfähigkeit, bei der die Distanz zweier auf die Haut aufgebrachter Nadelspitzen ermittelt wird, welche eben noch voneinander unterschieden werden können. Nach den Messungen von Webster (1891) beträgt die Diskriminationsfähigkeit in der Klitorisvorhaut 1 mm, bei den inneren Vulvalippen 1,25 mm und bei den äußeren Vulvalippen 4 mm. Die Diskriminationsfähigkeit der Klitoriseichel wurde wohl wegen der noch bedeutend höheren Empfindlichkeit nicht ermittelt.

Frigga Beetz (1936) führte Schmerzversuche an den weiblichen Genitalien durch und setzte dabei Stachelborsten auf die Klitoriseichel auf, was zu heftigen und über Stunden andauernden Schmerzreaktionen führte. Der dumpfe Schmerz strahlte bis in die tiefer gelegenen Beckenorgane aus und war mit heftigen allgemeinen Symptomen wie Ohrensausen, Schwindel, Kopfschmerzen, Mattigkeit, Erschöpfung, Konzentrationsproblemen und Arbeitsunlust verbunden. Es erstaunt nicht, dass die Autorin mit diesen Reizungen keine, wie sie schreibt, „Empfindungen wollüstigen Charakters“ auslösen konnte. Die Beschreibungen von Beetz lassen erahnen, welche unvorstellbaren Schmerzen ein Mädchen nach einer Genitalbeschneidung (FGM/C) erleiden muss, welche zudem noch ohne Anästhesie und Wundversorgung durchgeführt wird.

Die menschliche Haut enthält eine Subgruppe von unmyelinisierten Mechanorezeptoren, sogenannte C-taktilen Afferenzen oder CT-Fasern (CTF), welche als „Streichelrezeptoren“ aufgefasst werden und für emotionale und erogene Aspekte von Berührungen verantwortlich sind. Diese niederschwelligen Mechanorezeptoren kommen als freie Nervenendigungen innerhalb der Epidermis der behaarten Haut vor (McGlone et al., 2007; McGlone et al., 2014). Sie projizieren nicht in den somatosensorischen Kortex wie die anderen sensorischen Nervenendigungen, sondern in die Insula der Großhirnrinde, welche eine wichtige Rolle für das Gefühl von Wohlbefinden spielt (Löken et al., 2011). Die Stimulation dieser Rezeptoren erzeugt angenehme Gefühle, welche mit der Förderung des Paarzusammenhalts und der Langzeitpartnerbindung in Zusammenhang stehen dürften (Nummenmaa et al., 2016).

Streicheln trägt eine wichtige emotionelle Komponente bei, welche die sexuelle Bereitschaft über die Bildung von Vertrauen und Nähe fördert. Streichelgeschwindigkeiten zwischen 1–10 cm/s bei einem Optimum von 3 cm aktivieren die CTF am stärksten und wurden gleichzeitig als besonders angenehm empfunden (Löken et al., 2011). Jönsson et al. (2015) untersuchten die erogene Wirkung der Stimulation von C-taktilen Fasern mittels eines „Streichelroboters“ (McGlone et al., 2007; McGlone et al., 2014) und fanden ein Optimum der erogenen Wahrnehmung bei einer Streichelgeschwindigkeit von 1 cm/s. Die Aktivität der CTF dürften in Zusammenhang mit einer Er-

höhung der sexuellen Motivation stehen. Erfahrenen Paaren ist schon seit langem bekannt, dass die Stimulation individuell unterschiedlicher, nicht-genitaler Hautareale durch feines, langsames Streicheln die Bereitschaft für eine nachfolgende genitale Stimulation enorm verstärken kann.

Obwohl die äußeren Genitalien das höchste erogene Potential aufweisen, wurde bisher nicht untersucht, ob die CTF auch in der Klitoris- bzw. der Peniseichel vorkommen. Vor allem die Klitoriseichel weist eine sehr hohe Dichte an unmyelinisierten C-Fasern auf, deren Funktion nicht vollständig geklärt ist. Es wäre durchaus möglich, dass es sich dabei auch um CTF handelt (Jönssen et al., 2015). Die Autoren werfen zudem die Frage auf, ob die CTF mit ihrem erogenen Potential in Zusammenhang mit sexuellen Dysfunktionen wie der PGAD (persistent genital arousal disorder), der erektilen Dysfunktion sowie frühzeitiger oder verzögerter Ejakulation in Zusammenhang stehen könnten.

Sinneskörperchen

Einen komplexeren Aufbau als die FNE weisen die Sinneskörperchen (cutaneous sensory receptors) auf, welche auch als korpuskuläre oder eingekapselte sensorische Nervenendigungen bezeichnet werden. Die Sinneskörperchen der menschlichen Haut sind Endigungen mechanorezeptiver Neuronen, deren Zellkörper in den Dorsalganglien lokalisiert sind, und deren Endigungen mit nicht-neuronalen Zellen in Verbindungen stehen, welche als niederschwellige Mechanorezeptoren fungieren. Strukturell bestehen die Sinneskörperchen aus dem Ende eines mechanosensorischen A-beta Axons und nicht-myelinisierenden peripheren Gliazellen, welche je nach Typ unterschiedlich angeordnet sind und mit Bindegewebezellen endoneuralen oder perineuralen Ursprungs umhüllt sind (Cobo et al., 2021).

Zu diesen sensorischen Nervenendigungen mit einer Bindegewebekapsel gehören einerseits die GK, welche als eigentliche „Wolllustrezeptoren“ für die Erzeugung der sexuellen Erregung verantwortlich sind, sowie die Vater-Pacini-Körperchen (VP). Diese sind nicht spezifisch für die Haut der äußeren Genitalien, sondern kommen in den meisten Geweben und Organen vor. Sie dürften ebenfalls eine wichtige Rolle für die Erzeugung der sexuellen Erregung spielen (Krantz, 1958). Die rezeptiven Eigenschaften der Sinneskörperchen werden weitgehend von ihren spezialisierten Bindegewebekapseln bestimmt. Das schnell adaptierende Verhalten der VP ist beispielsweise durch die zahlreichen konzentrischen Lamellen bedingt. Nach Entfernung dieser Hüllzellen ist das zentrale Axon langsam adaptierend (Mense, 2004). Schnell adaptierende Nervenendigungen bilden nur bei Bewegungen oder Veränderungen der Reizstärke Aktionspotentiale. Sie werden auch als phasische Sensoren bezeichnet, weil sie nur am Anfang und am Ende einer Stimulation Aktionspotentiale erzeugen. Langsam adaptierende Nervenendigungen oder tonische Rezeptoren wie die FNE hingegen feuern so lange, wie der Reiz anhält.

Weitere sensorische Nervenendigungen, die als Berührungsrezeptoren in der Haut der Genitalien vorkommen, sind die Merkel-Zellen der Epidermis sowie die Meissner-Tastkörperchen und die Ruffini-Körperchen der Dermis (Di Marino & Lepidi, 2014; Cobo et al., 2021). Auch diese sensorischen Nervenendigungen könnten an der Entstehung der sexuellen Erregung beteiligt sein, Untersuchungen über deren erogenes Potential sind dem Autor aber nicht bekannt. Deshalb wird hier nicht weiter auf diese Sinnesrezeptoren eingegangen.

Genitalkörperchen – die Sensoren der Lust

> „Hiernach ist es keinem Zweifel unterworfen, dass die Geschlechts-Empfindung an die Genitalnervenkörperchen gebunden ist. Da sich terminale Körperchen nach ihrer Entfernung nicht reproduciren, so muss das Aufhören der ersteren nachfolgen, wenn gesunden Mädchen aus beliebigen Gründen die Clitoris exstirpirt wird.“ (Wilhelm Krause, 1876)

Der Mensch wusste wohl schon immer, dass Lust, Erregung und die Auslösung des Orgasmus an die Strukturen der äußeren Genitalien gebunden sind. Die alten Griechen bezeichneten die Klitoris mit Begriffen wie „Sitz der Lust“, „nichts was mehr erregt“ oder „das in der Mitte zuckende Fleischstückchen“ (De Graaf, 1672; Hopfner, 1938). Die Klitoris als Sitz der weiblichen Lust war den arabischen Ärzten schon vor über 1000 Jahren bekannt. So bezeichnete Abulcasis (936–1013) die Klitoris als „softness of love“ und „tentigo“, was Lüsternheit oder Geilheit bedeutet (Di Marino & Lepidi, 2014).

> „Ist der Schwellapparat durch die geschlechtliche Congestion bis zu einem gewissen Grade gefüllt, so werden die Wollustnerven der Clitoriseichel zu einer erhöhten und specifischen Erregbarkeit umgestimmt.“ (Kobelt, 1844)

Der deutsche Anatom Georg Ludwig Kobelt beschrieb 1844, dass die Generierung der weiblichen Lust an die Erregung von Nerven gebunden ist. Im Weiteren entdeckte er, dass die „Congestion“, also die Blutfüllung der äußeren Genitalien während der Erregung, die Reizschwelle dieser „Wollustnerven“ herabsetzt, welche dann den „Wollustkitzel“ erzeugen. Kobelt beschrieb zudem schon über 100 Jahre vor Masters & Johnson (1966) eine Refraktärphase nach dem Orgasmus: „Der Wollustkitzel steigert sich unter fortdauernder Reizeinwirkung bis zum endlichen Umschlagen in die Indifferenz und zum Rückzuge in die allgemeinere vegetative Lebenssphäre der betroffenen Theile“ (Kobelt, 1844, 51). Der Bau dieser „Wollustnerven“ wurde erst durch mikroskopische Untersuchungen entdeckt, welche Kobelt als makroskopisch arbeitender Anatom ablehnte (Wernert, 1860).

Wer die GK entdeckt hat, ist nicht eindeutig geklärt. Einen ersten Hinweis auf die GK gibt Ludwig Fick 1844 in sei-

nem *Lehrbuch der Anatomie des Menschen*. Darin beschreibt er Nervenfäden im menschlichen Penis, welche in kleinen Körperchen blind endigen und unter der Epidermis liegen. Hubert von Luschka (1863) beanspruchte, als erster „kolbige Nervenenden" in den Papillen der Brustwarze entdeckt zu haben. 1866 beschrieben Wilhelm Krause und sein Schüler W. Finger die „Genitalnervenkörperchen" oder „Wollustkörperchen" aus der Klitoris des Kaninchens, des Schweins und der Frau, sowie aus dem Penis des Katers, des Igels und des Kaninchens (Krause, 1866). Ihnen zu Ehren wurden die später als „Genitalkörperchen" bezeichneten sensorischen Nervenendigungen auch „Krause-Finger-Körperchen" genannt.

Krause (1881) glaubte, dass die Genitalkörperchen nur in der Klitoris- und der Peniseichel vorkämen und schloss daraus, dass die weibliche Geschlechtsempfindung deshalb ausschließlich an die Klitoris gebunden sei. (Abb. 2) In der Folge beschäftigten sich verschiedene Wissenschaftler mit der Erforschung der Genitalkörperchen. Der russische Histologe Alexander Dogiel (1893) beschrieb verschiedene Typen von Genitalkörperchen und Nervenfäden, welche aus den Körperchen austreten und frei in der Epidermis endigen (Abb. 3 u. 4). Eine Pathologie der Genitalkörperchen beschrieb Webster (1891) anhand von Gewebe der Klitoris und der Labia minora, welches er zur „Heilung" von Juckreiz exstirpiert hatte. Er erkannte fibrotische Veränderungen und einen Abbau der terminalen Nervenfasern. Als Ursache für die Veränderungen vermutete er Masturbation, welche zu dieser Zeit als Ursache allerlei Übels vermutet wurde.

Verloren gegangenes Wissen

Die wichtigsten Strukturen und Funktionen der GK sowie deren Vorkommen bei verschiedenen anderen Säugerarten waren somit Ende des 19. Jh. bekannt. Mit der Tabuisierung der weiblichen Lust, welche ihren Höhepunkt in der Prüderie des viktorianischen Englands erreichte, wurde auch das Wissen um deren anatomische und physiologische Grundlagen nach und nach eliminiert. Dies betraf neben den GK auch die weibliche Prostata und die mit ihr verbundene weibliche Ejakulation, welche schon vor 350 Jahren von De Graaf (1672) beschrieben wurde, sowie die Anatomie des Bulbo-Klitoralorgans (Haag-Wackernagel, 2020a, 2021a, 2021b). Während dieser Zeit der sexuellen Unterdrückung verschwanden auch die hervorragenden Abbildungen der Pioniere weitgehend wieder aus den Lehrbüchern und damit auch aus dem Bewusstsein der Menschen.

Im weit verbreiteten *Gray's Anatomy* wurden die GK in der Haut der Klitoris und der Peniseichel als „end bulbs of Krause" und „genital corpuscles" ab etwa 1870 kurz im Text erwähnt und ab 1901 wurden zusätzlich Abbildungen von Krause und Dogiel reproduziert. Ihr damals schon bekannter Feinbau, ihre Funktion und ihre Bedeutung für die Sexualität wurden aber weiterhin übergangen oder ihre Existenz gar bezweifelt (z.B. Beetz, 1936). Polacek & Malinovsky (1971) beschrieben die Ultrastruktur der Genitalkörperchen in der Klitoris. Eine gute Übersicht über die sensorischen Nervenendigungen der äußeren weiblichen Genitalien gaben Di Marino & Lepidi (2014) in ihrer hervorragenden Monographie über das Bulbo-Klitoralorgan.

Die Vernachlässigung oder gar das bewusste Ignorieren der für die Erzeugung der sexuellen Erregung und der Auslösung des Orgasmus bei Tieren und Menschen zentral wichtigen GK führte dazu, dass sie auch in heutigen Lehrbüchern entweder nur knapp erwähnt, oder überhaupt nicht aufgeführt werden (z.B. *Gray's Anatomy*, 2016). Es darf deshalb nicht verwundern, dass die wenigsten Ärztinnen und Ärzte jemals etwas über diese Lustsensoren gehört haben, geschweige denn ihre medizinische Bedeutung für die Klinik kennen.

Entwicklung, Bau und Funktion der Genitalkörperchen

Für die GK werden viele unterschiedliche und verwirrende Bezeichnungen verwendet. So werden sie beispielsweise als Wollustkörperchen, Krause-Finger-Körperchen, Krause-Endkolben, Dogiel-Körperchen, Genitalnervenkörperchen, glomeruläre sensorische Körperchen, knäuelartige Nervenendigungen, Genitalendkolben oder kleine Lamellenkörperchen bezeichnet. Im Englischen sind es die Begriffe genital corpuscles, genital nerve corpuscles, glomerular sensory corpuscles, bulbous corpuscels, corpuscular receptors, genital end bulbs und end bulbs of Krause. Die lateinische Bezeichnung, Corpuscula nervorum genitalia, wird heute nicht mehr verwendet. GK sind schon bei Kindern in den ersten Lebensjahren in unterschiedlich starker Ausbildung vorhanden (Ohmori, 1924). Sie erreichen ihre funktionelle Reife aber erst später unter den hormonellen Einflüssen der Pubertät (Yamada, 1951).

Genitalkörperchen bei postmenopausalen Frauen

In histologischen Untersuchungen konnte keine Rückbildung der GK nach der Menopause festgestellt werden. Ohmori fand im Gegenteil, dass bei älteren Frauen besonders tiefer gelegene GK viel deutlicher hervortreten als bei jüngeren, was daraus schließen lässt, dass bei postmenopausalen Frauen kompensatorische Prozesse die Erhaltung der wichtigen sexuellen Sensibilität gewährleisten. Dieser Befund wurde von Kantner und Saleh (1963) bestätigt, die bei postmenopausalen Frauen ebenfalls eine stärker ausgeprägte Bindegewebekapsel beobachteten. Die Innervierung nahm im Bereich der Dermispappilen ab, während sie in den tieferen Dermisschichten zunahm. Die Autoren wunderten sich darüber, dass eine Erregungsverstärkung durch die Verdickung der Kapsel jenseits des sechsten Dezenniums

seinen Höhepunkt erreichen sollte. Diese ist aber ein weiterer Hinweis für die Bedeutung der Erregungsfähigkeit jenseits der fertilen Zeit und ein weiterer Beleg dafür, dass die menschliche Sexualität eben weit mehr ist als Fortpflanzung.

Kantner (1954) entdeckte zudem, dass bei älteren Frauen im Plattenepithel zwischen dem Frenulum und der Klitoriseichel eine zapfenförmige Verhornung auftritt, welche im Bindegewebe in einen Bereich eindringt, welcher eine besonders hohe Konzentration an Genitalkörperchen aufweist. Dies kann als Verstärkung der mechanischen Übertragung von Zugbewegungen auf die GK interpretiert werden. Damit könnten zusätzlich altersbedingten Abbauprozessen entgegengewirkt werden, welche vor allem die sensorischen Nervenendigungen betreffen (Polacek & Malinovsky, 1971).

Die GK sind spezialisierte korpuskuläre Berührungsrezeptoren und gehören zu den schnell adaptierenden Sinneskörperchen. Als niederschwellige Mechanorezeptoren reagieren sie auf feinste Berührung und Druck und übermitteln die Signale an Nervenfasern, welche diese Informationen über das Rückenmark an den somatosensorischen Kortex und von dort an verschiedene weitere Hirnzentren weiterleiten (Zimmerman et al., 2014). Diese erzeugen dann die Empfindungen sexueller Erregung und lösen den Orgasmus aus (Schober & Pfaff, 2007; Pfaus et al., 2015). Der Orgasmus findet also nicht in den Genitalien, sondern im Gehirn statt!

Der Bau der GK ist extrem variabel (Abb. 1–4, 8). Ihre Form ist meist rund, oval oder eiförmig, kann aber auch birnenförmig, in die Länge gezogen oder zylindrisch sein (Dogiel, 1893).

GK bilden eine kontinuierliche Reihe von einer einfachen Struktur ohne Kapsel, welche an FNE erinnert, bis zu sehr komplizierten Aggregaten, welche aus mehreren miteinander verbundenen Körperchen bestehen. Untersuchungen von GK der inneren Vulvalippen zeigten, dass das umliegende Bindegewebe die Struktur der Kapsel beeinflusst (Malinovsky et al., 1975). Systematische Einteilung der verschiedenen Typen von GK wurden von Jaeger (1944), Yamada (1951) und Malinovsky (1996) aufgrund morphologischer Merkmale vorgenommen. GK haben normalerweise eine Länge zwischen 60–400 µm und eine Breite zwischen 40–100 µm (Walthard, 1937). Ihre Grösse ist von ihrer Lokalisation in der Dermis abhängig, was auch für die VP gilt (Mense, 2008). GK bestehen aus einem oder mehreren afferenten Axonen, welche in einen Innenkolben eintreten, der von einer peripheren Bindegewebekapsel aus flachen perineuralen Endothelzellen umgeben ist (Abb. 3). Eine Bindegewebekapsel kann aber auch fehlen, wenn die GK in dicken Bindegewebeschichten wie der Tunica albuginea oder dem Septum des Corpus cavernosum der Klitoris liegen. Kleine GK besitzen 3–4, grosse 8–10 Schichten an flachen perineuralen Endothelzellen (Dogiel, 1893).

Beim Eintritt in die Kapsel verlieren die dendritischen Axone ihre Myelinhülle und zweigen sich zwischen modifizierten Schwannzellen auf, welche unregelmässig lokalisiert sind und im Innenbulbus lamelläre Komplexe bilden (Malinovsky, 1996). Die oft vielfach verzweigten Nervenfasern verändern oft ihre Dicke und Richtung, sodass eigentliche Nervenfaserknäuel entstehen, welche die Innenkapsel wie ein Wollknäuel vollständig ausfüllen können (Yamada, 1951; Di Marino & Lepidi, 2014). Jaeger (1944) spricht in diesem Zusammenhang von einem „neurofibrillären Gewirr“, was zu einer extremen Verlängerung der Nervenfasern bzw. der Nervenmasse führt. Die feinen Fasern endigen in knopfförmigen Anschwellungen, in welchen sich die rezeptiven Membrananteile befinden. Innerhalb der Kapsel treten zudem dünne Nervenfasern auf, welche autonome sympathische postganglionäre Fasern sein dürften (Dogiel, 1893; Patrizi & Munger, 1965; Johnson & Halata, 1991). Eine Stammnervenfaser kann sich in mehrere Äste aufzweigen, von denen jeder ein eigenes Körperchen bildet (Abb. 4). Diese Aggregate mehrerer GK können von einer gemeinsamen Bindegewebehülle umgeben sein (Abb. 2). Bereits Dogiel (1893) beschrieb dünne Nervenfasern, welche die Kapsel der GK verlassen und wie FNE in die Epidermis eindringen, um sich dort zu verzweigen (Abb. 4). Diese Beobachtung konnte später durch lichtmikroskopische (Kantner & Saleh, 1963) und elektronenmikroskopische Studien bestätigt werden (Patrizi & Munger, 1965). Kantner (1965) bezeichnete solche Fortsätze als Epithelantennen.

Die Genitalkörperchen werden nach Sfameni (1904) durch freie Nervenendigungen gebildet, welche die Reize abhängig von Druck durch mehrfache Verstärkung zu Lustreizen transformieren. Er fasste die GK deshalb treffend als eine Art von freier Nervenendigung mit Verstärker und Umwandler auf. Die Körperchen hätten dabei die Aufgaben, Stimuli, welche von ihren freien Endigungen stammen, zu modifizieren und in Lustempfindungen umzuwandeln. Ein Beleg dafür, dass GK als eine Variante der FNE verstanden werden könnten, lieferten Halata & Munger (1986), welche zeigen konnten, dass die Endigungen der Axone der GK in ihren zytologischen Charakteristika keine Unterschiede zu denen der FNE aufweisen.

Es ist sehr wahrscheinlich, dass die Empfindlichkeit der GK zyklischen Einflüssen durch Östrogene unterliegt. Viele Frauen berichten von einer stark reduzierten taktilen Erregbarkeit der Klitoris Ende der zweiten Zyklushälfte und postmenopausal, was durch die hormonelle Modulation der GK erklärt werden könnte. Bekannt ist, dass Östrogenmangel zu einer veränderten Empfindungsqualität führt, so dass Berührung nicht als lustvoll, sondern als unangenehm erlebt werden kann (Lundberg, 2002). Amsterdam & Krychman (2009) beobachten bei postmenopausalen Frauen eine Wiederherstellung der sexuellen Funktion nach lokaler Applikation von Östrogen, was neben der Steigerung der genitalen Durchblutung (Battaglia et al., 2008) auch auf eine hormonelle Sensibilisierung der GK zurückzuführen sein könnte.

Horizontal verlaufende feine Nervenfasern können die GK untereinander verbinden, sodass sie ein dicht verwobenes Netzwerk untereinander und in Verbindung mit der Epidermis bilden. Kantner & Saleh (1963) bezeichnen diese Komplexe aus GK mit ihren Nervenfaserverbindung als Nervengefüge, welches an bestimmten Stellen Körperchen aufbaut. Diese sind

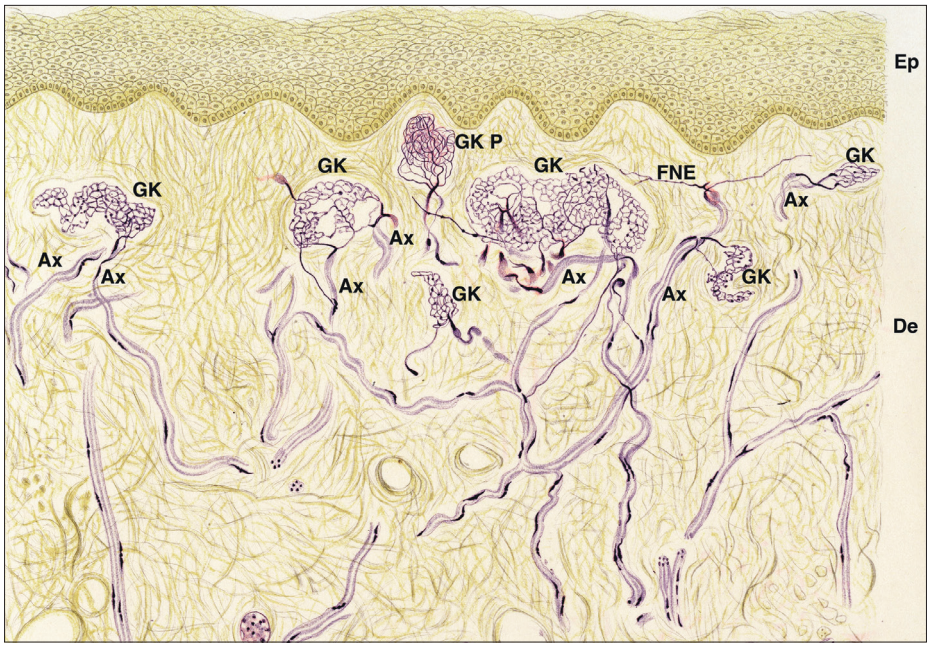


Abb. 1: Historische Darstellung der dichten sensorischen Innervierung der Peniseichel, verändert nach Dogiel (1893). In der Dermis (De) liegen Genitalkörperchen unterschiedlicher Größe. Sie werden durch ein oder mehrere dendritische Axone gebildet. GKP stellt ein Genitalkörperchen dar, das von zwei Axonen gebildet wird, deren feine Nervenfasern einen dichten Knäuel bilden. Es liegt in einer Dermalpapille direkt unter der Epidermis. Eine freie Nervenendigung (FNE) dringt in die Bindegewebehülle eines großen GK ein.

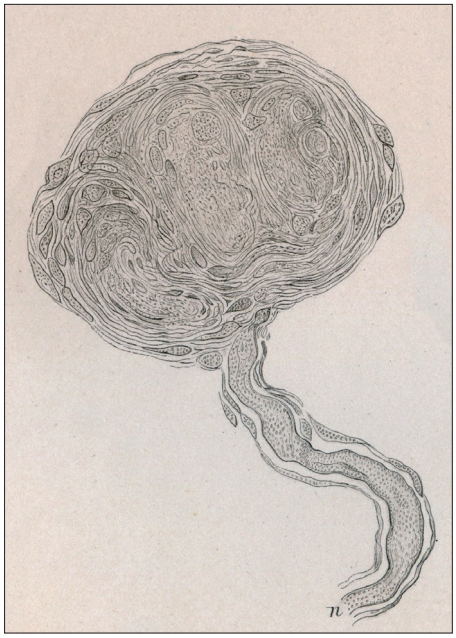


Abb. 2: Historische Darstellung eines Genitalkörperchens aus der Klitoriseichel. Ein dendritisches Axon einer pseudounipolaren Nervenzelle, deren Zellkörper im Spinalganglion liegt, zweigt sich in drei Äste auf. Jeder dieser Äste bildet durch Aufzweigung einen „Nervenfaserknäuel“, welcher von Endothelzellen umgeben ist. Das Aggregat dieser drei Körperchen ist zudem von einer weiteren gemeinsamen Bindegewebehülle umgeben. Die seriell angeordneten Körperchen sind in der Lage, gleitenden Druck wahrzunehmen, wie er bei der Stimulation der äusseren Genitalien auftritt.

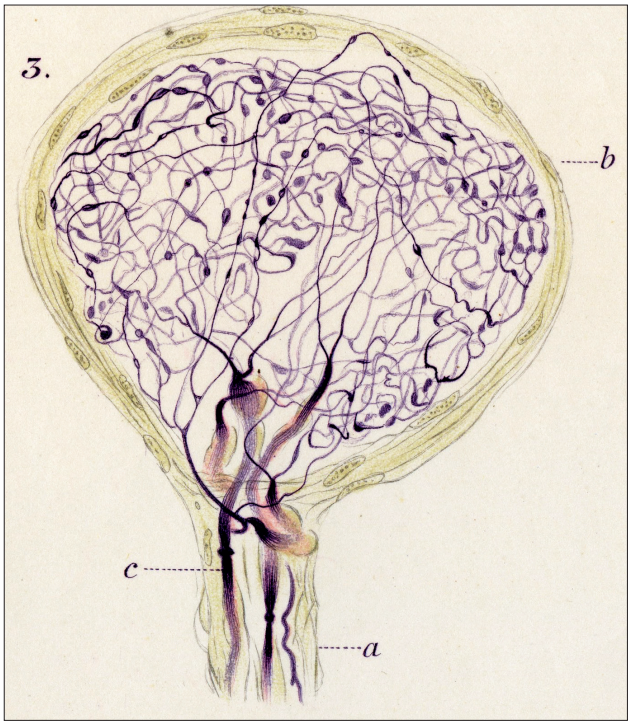


Abb. 3: Historische Darstellung eines solitären Genitalkörperchens aus der Peniseichel von Dogiel (1893). Dendritische Axone eines sensorischen Neurons (c) verzweigen sich nach dem Verlust ihrer Myelinscheiden im Innenkolben (b) welcher von einer bindegewebigen Kapsel aus perineuralen Endothelzellen umgeben ist. Im Innern des Körperchens bilden geschichtete Schwannzellen die hier nicht dargestellte Grundsubstanz, welche die Enden der kolbenförmig aufgetriebenen feinen Nervenfasern voneinander isoliert. Reize der rezeptiven Membranen dieser Enden führen zu einer Depolarisation, welche zu einem Nervenimpuls führen kann.

durch freie Endigungen (Abb. 4) direkt oder über vorgeschaltete Körperchen mit der Hautoberfläche verbunden. Dort rezipieren sie mechanische Reize und wandeln diese in Nervensignale um.

GK können als Signalverstärker aufgefasst werden. Die extreme Verzweigung und Aufknäuelung der Nervenfaser im GK (Abb. 3) dient der Vergrößerung der rezeptiven Areale, welche zu einer Summierung der sensorischen Information und damit der sexuellen Erregung führt, welche bis an die Schmerzgrenze gehen kann (Di Mar & Leipidi, 2014). Neben der Vergrößerung der rezeptiven Areale innerhalb der Körperchen durch die Aufzweigung der Nervenfasern ermöglicht der kugelförmige Bau der GK zusätzlich eine maximale Aufnahme von Stimuli über die ganze Oberfläche.

GK werden normalerweise von zwei oder mehreren Nervenfasern innerviert. Dabei können die Hauptfasern verschiedener Nervenzellen das gleiche Körperchen, oder eine einzige Hauptfaser kann sich verzweigen und mehrere Körperchen innervieren. Bei gleitendem Druck werden gleichzeitig mehrere GK oder nacheinander einzelne GK stimuliert (Abb. 1 u. 2). Die daraus resultierenden sensorischen Reizmuster können so nacheinander in die gleiche Ganglienzelle gelangen oder nacheinander unterschiedliche Ganglienzellen erregen. Durch Wiederholung dieser "streifenden Empfindung" wird nach Ohmori (1924) der spinale Erektionsreflex ausgelöst, was mit Lustgefühlen verbunden ist. Die Erektion ihrerseits senkt nun über die Druckerhöhung in den genitalen Geweben die Reizschwelle der GK, was zu einer verstärkten Erregung führt, welche sich schlussendlich bis zum Orgasmus aufsummieren kann. Wie unten bei den VP beschrieben wird, dürften auch die GK über verschiedene Rezeptoren für Hormone verfügen, welche in der Lage sind, deren Aktivität zu modulieren. Leider wurden bisher keine immunohistochemischen Untersuchungen durchgeführt, welche zur Klärung dieser Fragen beitragen könnten.

Knoche (1954) konnte an der Klitoris von Makaken histologisch nachweisen, dass die Genitalkörperchen über vernetzte vegetative Nervenfasern, das sogenannte vegetative Terminalretikulum, in enger Verbindung mit dem Sympathikus und Parasympathikus stehen. Umgekehrt dürfte die Aktivität der Genitalkörperchen das vegetative Terminalretikulum und damit das Gefäßsystem beeinflussen. Genitalkörperchen, neurovegetative Endnetze und das Kapillarsystem der erogenen Zonen bilden deshalb eine funktionelle Einheit. Somit könnte sich die Aktivierung der Genitalkörperchen funktionell über das Terminalretikulum auf den Kreislauf und die Füllung der Blutgefäße auswirken.

Kürzlich konnten mit Immunohistochemie und Immunofluoreszenz weitere Strukturen und Eigenschaften der GK dargestellt werden. Garcia-Mesa et al. (2021) entdeckten innerhalb aggregierter Genitalkörperchen bindegewebige Kapseln endoneurialen Ursprungs, welche die verschiedenen Nervenfaserknäuel voneinander abtrennen. Im Weiteren fanden die Autoren in den Axonen sowie den feinen Nervenfasern innerhalb der GK das Mechanoprotein Piezo2, welches bei Wirbeltieren an der Umwandlung mechanischer Stimuli in elektrische Signale beteiligt ist. Mit diesem Resultat konnte bestätigt werden, dass es sich bei den GK effektiv um hoch spezialisierte, niederschwellige Mechanorezeptoren handelt. Mechanische Stimuli wie gleitender Druck, leichte Berührung und Vibrationen werden durch die Streckung mechanosensitiver Ionenkanäle (Piezo2) in elektrische Signalmuster umgewandelt, welche in bestimmten Hirnzentren zusammen mit den Informationen anderer sensorischer Nervenendigungen und moduliert durch psychische Einflüsse als sexuelle Erregung wahrgenommen werden.

Leider fehlen bis heute sinnesphysiologische Untersuchungen darüber, auf welches Spektrum an Reizen die GK reagieren und wo deren optimale Stimulationseigenschaften liegen. Dies dürfte nicht nur für die Produzenten von Vibratoren zur sexuellen Stimulation von Interesse sein. Auch in der medizinischen Diagnostik wären spezifischere Stimulationsapparate als die heute verfügbaren Biothesiometer wünschenswert, da diese nur über ein sehr eingeschränktes Stimulationsspektrum verfügen. Mit spezifisch auf die GK ausgerichteten Messinstrumenten könnte deren Funktion nach pathologischen Prozessen oder Beschädigungen der afferenten sensorischen Nerven überprüft werden und damit einen wichtigen Beitrag für die Diagnostik von Störungen der sexuellen Sensibilität liefern.

Verteilung der Genitalkörperchen

Bei Primaten kommen GK in verschiedenen Körperregionen, hauptsächlich aber in den Genitalien vor. In geringerer Anzahl wurden sie auch in der Haut und den Schleimhäuten von Nichtprimaten nachgewiesen (Malinovsky, 1996). Die höchsten Konzentrationen an GK finden sich in der Klitoriseichel, was sie zum zentralen Organ der Erzeugung der weiblichen Lust macht. Abb. 5 zeigt das Vorkommen der GK im Bulbo-Klitoralorgan und seiner umgebenden Strukturen nach dem 3D-Modell Vulva des Autors (Haag-Wackernagel, 2020b).

Die Klitoriseichel kann in verschiedene Zonen unterschiedlicher Dichte und unterschiedlicher Größe der GK eingeteilt werden (Jaeger, 1944; Kantner & Saleh, 1963; Di Marino & Lepidi, 2014; Garcia-Mesa et al., 2020). Die höchste Dichte an GK befindet sich seitlich in der tieferen Dermis. Im Zentrum der Klitoriseichel kommen sie nur ausnahmsweise vor. Große und mittelgroße GK finden sich eher in tieferen Regionen, kleine und mittelgroße eher oberflächlich direkt unterhalb der Epidermis. Da die Verlängerung und Verästelung der Nervenfaser im Inneren des Körperchens eine massive Erhöhung der rezeptiven Areale bedeutet, kann die Empfindlichkeit durch eine Vergrößerung des GK auch in der tieferen Dermis gewährleistet werden. An der Oberfläche hingegen können sie klein sein, um den gleichen Effekt zu erzielen, da der Stimulus eine entsprechend kürzere Distanz zurücklegen muss. Dies gilt auch für GK ohne Bindegewebekapsel, welche ebenfalls oberflächlich in den Papillen der Dermis liegen. Kantner & Saleh (1963) zeig-

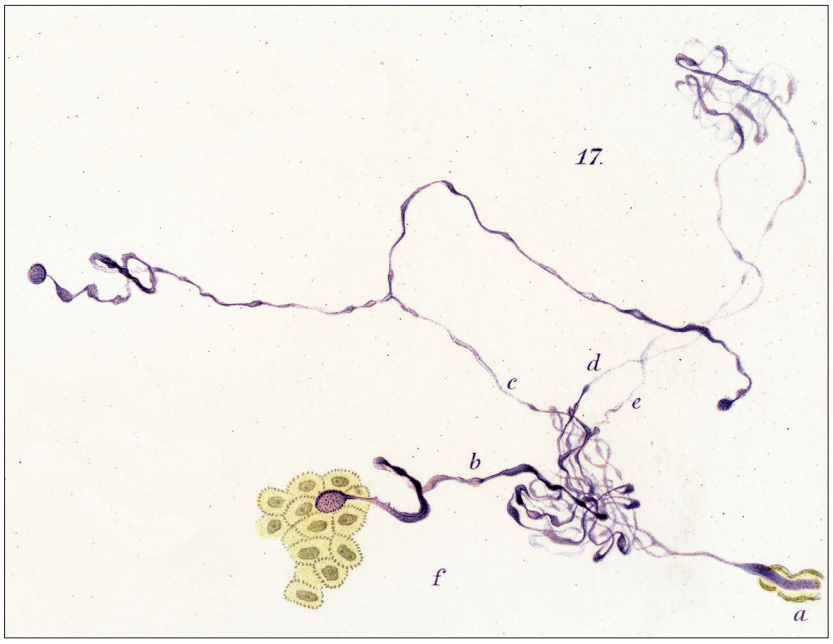


Abb. 4: Genitalkörperchen aus der Fossa navicularis (Kahngrube des Vestibulum vaginae) mit Ausläufern in die Epidermis (Dogiel, 1893). Ein dendritisches Axon bildet im Hohlraum des Körperchens einen Nervenfaserknäuel aus dem 4 Ästchen hervorgehen. Zwei davon (b und c) endigen mit knopfförmigen Verdickungen in der Epidermis, zwei weitere (d und e) bilden einen weiteren Nervenfaserknäuel. Genitalkörperchen können als freie Nervenendigungen mit Druckverstärker aufgefasst werden. Durch die enorme Zunahme an rezeptiver Membranfläche durch die Aufzweigungen und Schlaufenbildungen können diese komplexen Nervenendigungen auch geringste Berührungreize im Bereich der Genitalien wahrnehmen.

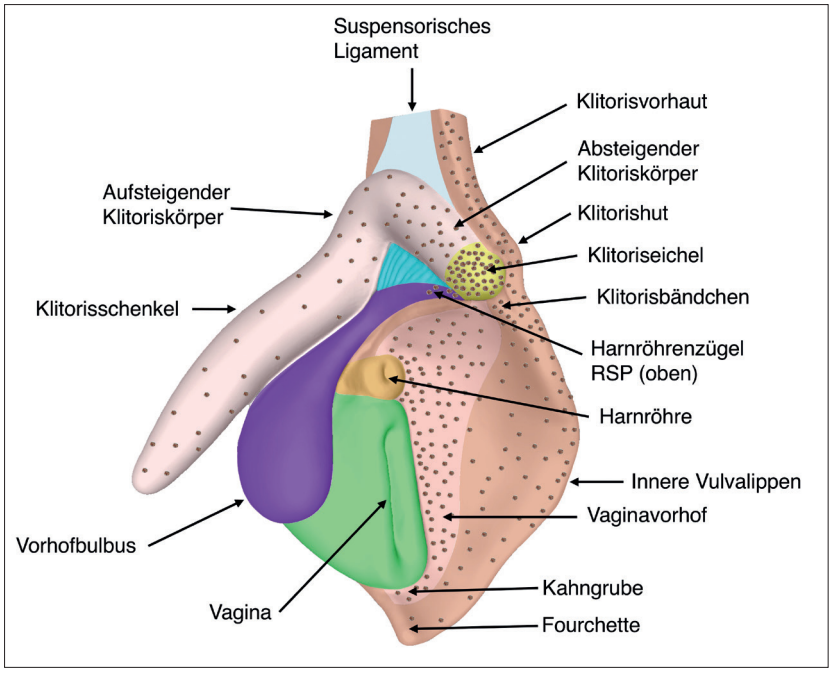


Abb. 5: Verteilung der Genitalkörperchen im Bulbo-Klitoralorgan und den umliegenden Strukturen nach einem Modell des Autors. Die höchste Dichte befindet sich in der Klitoriseichel, der Klitorisvorhaut, dem Klitorishut, den Klitorisbändchen, den inneren Vulvalippen und dem Vaginavorhof. Bisher konnten keine GK in den Vorhofbulben, der Vagina und der Harnröhre nachgewiesen werden.

ten, dass die GK in der Klitoriseichel untereinander durch weitmaschige, unterschiedlich tief liegende Flächennetze von feinen Nervenfasern horizontal verbunden sind und so unterhalb der Epidermis praktisch einen durchgehenden Nervenfaserkomplex bilden. Schober et al. (2020) schlagen eine synergistische Betrachtungsweise vor, bei der verschiedene genitale Sensoren gemeinsam, wie die verschiedenen Instrumente eines Orchesters in einem Konzert, zusammenwirken, um eine sensorische Erfahrung zu generieren.

Alle diese Anpassungen dienen der Klitoriseichel sowie den sie umgebenden Strukturen dazu, ihre zentrale Aufgabe zu erfüllen, nämlich jeden auch noch so schwachen erogenen Stimulus wahrzunehmen, Erregung aufzubauen und über die Erektion zu verstärken. Die daraus resultierenden Signalmuster werden in verschiedenen Gehirnzentren verarbeitet und führen schlussendlich zur Auslösung des Orgasmus (Meston et al., 2004). Die durch die GK vermittelte extrem hohe Empfindlichkeit der Klitoris und der sie umgebenden Strukturen der äußeren Genitalien können beispielsweise auch medizinische Phänomene wie spontane Orgasmen, wie sie bei bestimmten sportlichen Aktivitäten auftreten (Herbenick & Fortenberry, 2011), Orgasmen bei nicht einvernehmlicher sexueller Stimulation (Levin & van Berlo, 2004) oder Orgasmen bei PGAD (persistent genital arousal disorder) (Pink & Rancourt, 2014) erklären.

Vater-Pacini Körperchen

Nach Winkelmann (1959) können unspezifische und spezifische erogene Zonen voneinander unterschieden werden. Unspezifische erogene Zonen sind Hautareale mit vielen unspezifischen Sensoren, deren Stimulation zwar sexuelle Erregung mit Tumeszenz verursachen kann, aber normalerweise nicht in der Lage sind, den Orgasmusreflex auszulösen. Dazu gehören der Hals, die Achselhöhlen, die Innenflächen der Arme und Beine, der seitliche Thorax, die Infraumbilikalregion und die Inguinalregion.

Im Gegensatz dazu führt die Stimulation der spezifischen erogenen Zonen zu den starken sexuellen Empfindungen, welche für die Generierung des Orgasmusreflexes notwendig sind. Dazu gehört das Bulbo-Klitoralorgan mit seinen umgebenden Strukturen (Abb. 5, 7) sowie einige Stellen außerhalb der äußeren Genitalien wie die Perianalregion, der Warzenvorhof und die Brustwarzen sowie die Lippen. Die von Winkelmann (1959) als spezifische erogene Zonen definierten Areale besitzen jeweils GK und VP (Vater-Pacini Körperchen). Dies kann als Hinweis darauf gewertet werden, dass beide Sinneskörperchen am Aufbau der sexuellen Erregung und an der Auslösung des Orgasmus beteiligt sind.

Im Gegensatz zu den GK sind Bau und Funktion der VP gut untersucht. Wie die FNE werden auch die VP schon embryonal angelegt (Ohmori, 1924; Yamada, 1951; Cobo et al., 2021). Während der Pubertät erfolgt eine Zunahme des Volumens und der Anzahl der Lamellen. Abb. 6 zeigt den Feinbau eines VP, der sich analog zu den GK aus dem Grundbauplan der peripheren Nerven ableiten lässt. VP sind längsoval und können bis 5 x 3 mm groß werden, wobei die meisten ca. 1 mm lang sind. Die äußerste Schicht des VP wird durch eine Außenkapsel gebildet. Sie besteht aus dicht geschichteten Lagen von flachen perineuralen Endothelzellen. Darunter liegen bis zu 50 zwiebelschalenähnlich angeordnete Lamellen mit einer viskösen Flüssigkeit und kollagenen Fibrillen in den Spalträumen, welche wie eine Reihe von Stoßdämpfern wirken. Die Energie langsamer mechanischer Reize wird in Flüssigkeitsverschiebungen umgesetzt und so eliminiert (Krstic, 1982; Mense, 2004). Bei schnellen Verformungen ist die Flüssigkeit zu träge, um die Reize zu absorbieren, sodass diese das Axon erreichen, wo sie Aktionspotentiale hervorrufen können.

Unter der Lamellenschicht liegt eine Schicht aus Bindegewebezellen endoneurialer Herkunft, welche erst kürzlich mit immunohistochemischen Methoden entdeckt wurde (Cobo et al., 2021). Danach folgt der Innenkolben, welcher von modifizierten Schwannzellen gebildet wird. Darin ist das terminale, nichtmyelinisierte Axon eingebettet, das in einer knopfförmigen Auftreibung endet, welche die rezeptive Membran darstellt (Mense, 2004).

VP adaptieren sehr schnell und reagieren auf Änderungen der Geschwindigkeit von Bewegungsreizen. Sie sind deshalb als Beschleunigungsdetektoren aufzufassen (Mense, 2004), können aber auch Berührungen und tiefen Druck wahrnehmen. Sie perzipieren Vibrationen zwischen 50–1500 Hz bei einem Optimum von 250–300 Hz (Zimmerman et al., 2014). Es verwundert deshalb nicht, dass handelsübliche Vibratoren zur sexuellen Stimulation in diesem Frequenzbereich arbeiten. VP besitzen eine extrem hohe Empfindlichkeit und sind in der Lage, leichteste Deformationen der Haut von wenigen µm wahrzunehmen. Hingegen können Reizquellen wegen ihrer Lage in der unteren Dermis nur schlecht lokalisiert werden.

VP gehören zu den niederschwelligen, schnell adaptierenden sensorischen Nervenendigungen mit biphasischer Aktivität. Sie erzeugen einen Impuls bei Kompression und einen zweiten, wenn diese aufhört. Die Impulse der VP werden über dicke, myelinhaltige Nervenfasern (Aß-Fasern) sehr schnell mit 30–90 m/s in ZNS übertragen (Abreira & Ginty, 2013).

Verteilung der Vater-Pacini-Körperchen

VP kommen zusammen mit GK in großer Zahl in den Strukturen des Bulbo-Klitoralorgans und der umgebenden Strukturen vor (Abb. 7). Sie konnten auch innerhalb des Epineuriums der Endäste des N. dorsalis clitoridis nachgewiesen werden (Krantz, 1958, Di Marino & Lepidi, 2014). Die erregungsbedingte Druckerhöhung in den äußeren Genitalien durch die Kongestion und der Erektion der kavernösen klitoralen Schwellkörper senkt die Reizschwelle der VP-Körperchen, was zu verstärkten Entladungen führt. Die Erektion dürfte sich nach Krantz (1958) vor allem auf die VP des dorsalen Klitorisnervs auswirken. Quantitative Angaben sind selten. Rauber (1867) in Walthard (1937) zählte am Stamm des N. dorsalis clitoridis 12, in einer Klitorishälfte an den Teilungswinkeln der Nerven und an der inneren Schleimhautfläche des Präputiums 28 sowie im Fettgewebe der äußeren Vulvalippen und im Mons pubis 78 VP.

VP sind keine simplen mechanischen Messinstrumente, welche stereotyp auf definierte Stimuli reagieren, sondern werden in ihrer Empfindlichkeit in komplexer Weise von hormonellen Einflüssen sowie den lokalen physikalischen Bedingungen moduliert. Mit immunozytochemischen Untersuchungen konnten in VP der inneren Vulvalippen präpubertärer Mädchen verschiedene für die sexuelle Funktion relevante Rezeptoren, darunter Serotonin- und Östrogenrezeptoren, nachgewiesen werden (Martin-Alguacil et al., 2011). Serotonin spielt beim Orgasmus eine wichtige Rolle und Östrogenrezeptoren könnten zu den zyklischen Unterschieden in der Sensibilität der spezifischen erogenen Zonen beitragen. Wie schon für die Sensibilität der GK postuliert, dürfte die postmenopausale Abnahme der Östrogene die Aktivität der VP beeinflussen.

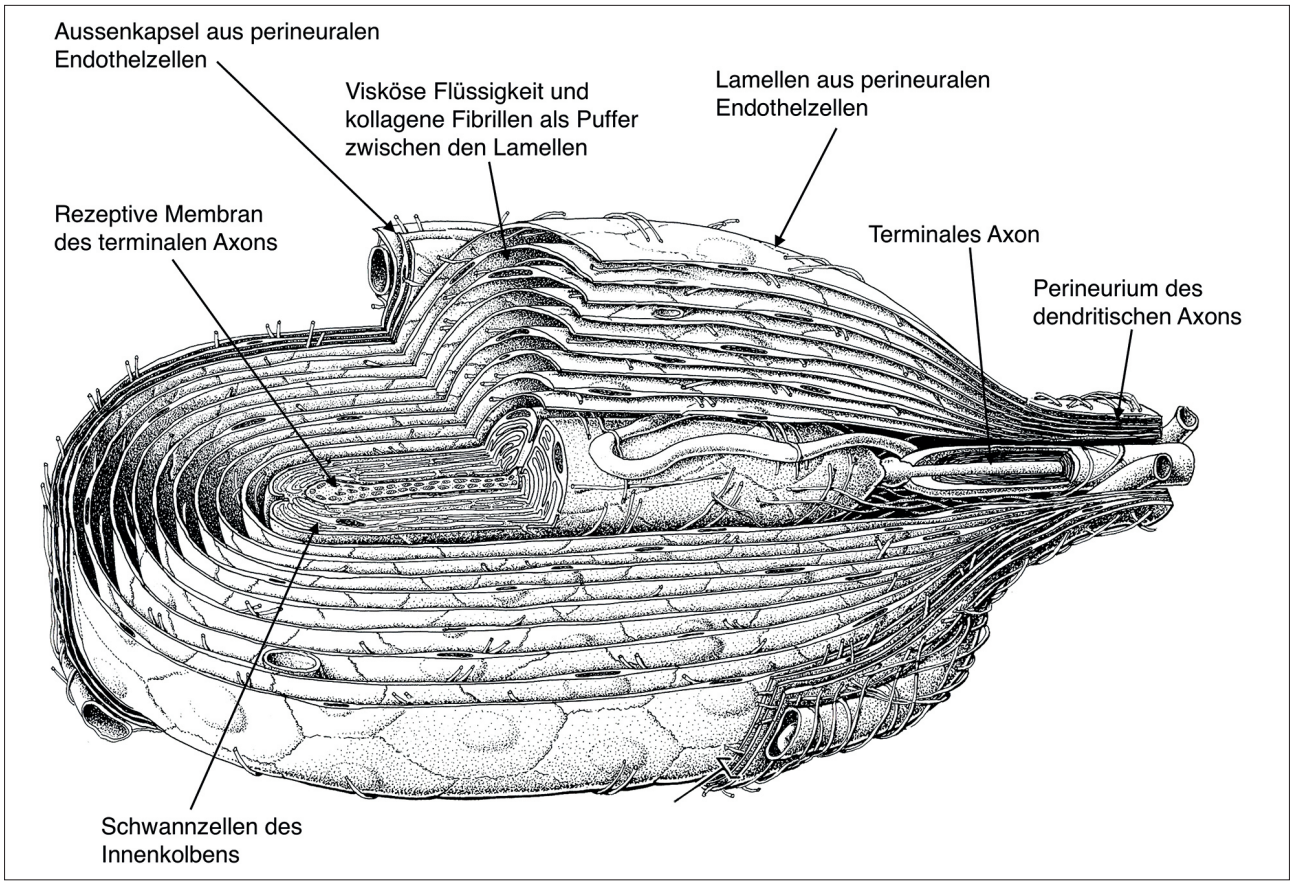


Abb. 6: Feinbau eines Vater-Pacini-Körperchens, vereinfacht nach Krstic, 1982. Das Körperchen repräsentiert eine Abwandlung des Grundbauplans eines peripheren Nervs, bei dem die bindegewebige Hülle des Perineuriums in einen komplexen Reizfilter umgebaut wird, welcher hauptsächlich auf Vibration reagiert.

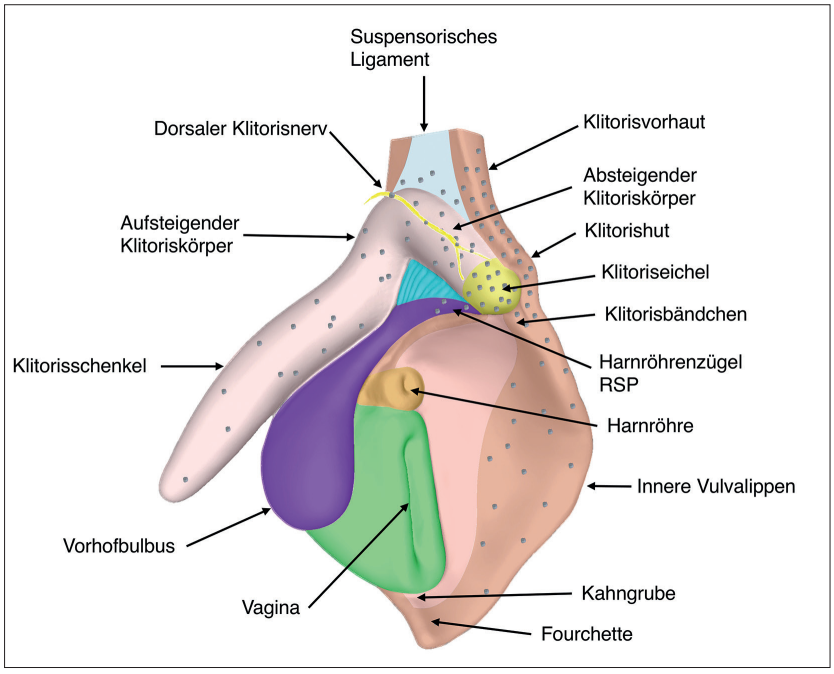


Abb. 7: Verteilung der Vater-Pacini-Körperchen im Bulbo-Klitoralorgan und den umgebenden Stukturen nach verschiedenen Autoren. Die höchste Dichte befindet sich in der Klitorisvorhaut, dem Klitorishut, den Klitorisbändchen sowie innerhalb des Epineuriums des dorsalen Klitorisnervs.

Lustsinneskörperchen außerhalb der Genitalien

> „So ruft das Saugen an der Brustwarze ein Wollustgefühl hervor und erzeugt bisweilen Steifung des Kitzlers, Zusammenziehung der Beckenbodenmuskeln und Absonderung der Bartholinischen Drüsen." (Robert Müller, 1907)

GK wurden, meist zusammen mit VP, auch außerhalb der Genitalien nachgewiesen, was nicht genital erzeugte Orgasmen erklären kann (Komisaruk & Whipple, 2011). Die Brustwarzen und die Warzenvorhöfe weisen GK und VP auf (Martynoff, 1914, Winkelmann, 1959), was Orgasmen beim Stillen (Polomeno, 1999) und die Bedeutung der Brustwarzen für die sexuelle Erregung bei Frauen und Männern erklären kann. In einer Umfrage von Levin & Meston (2006) gaben 82% der Frauen und 52% der Männer an, durch die Stimulation der Brustwarzen und der Brust sexuell erregt zu werden. Im Analkanal wurden ebenfalls GK und VP nachgewiesen (Rogers, 1992), was die hohe erogene Sensibilität dieser Region und Analorgasmen erklärt (Komisaruk & Whipple, 2011). Saad El-Dien et al. (2013) fanden im Bauchnabel neben FNE auch VP und eine hohe Dichte an GK. Die rinnenförmige Vertiefung, welche zum Bauchnabel führt, wird auch als Champagnerrinne bezeichnet, was auf die erotische Bedeutung der Region hinweist, welche durch prickelnden Champagner stimuliert werden kann.

Generierung der Lust während der sexuellen Erregung

Während der sexuellen Erregung erhöht sich der arterielle Blutzufluss und gleichzeitig entspannen sich die glatten Muskelfasern in den Gefäßhohlräumen der erektilen Gewebe (Abb. 5, 7), so dass diese mit Blut gefüllt werden. Durch die damit einhergehende Volumenvergrößerung werden die ableitenden Venen gegen die Tunica albuginea gepresst, was den Abfluss des Blutes blockiert und zur Erektion führt, welche eine Anhebung des Klitoriskörpers und ein Hervortreten der Klitoriseichel aus dem Klitorishut bewirkt. Bei sexueller Erregung nehmen die Vorhofbulben durch Blutaufnahme an Volumen zu (Suh et al., 2004). Bei Druck auf die Bulben und auf die Klitorisschenkel, z.B. durch Penisstösse oder die reflektorischen Kontraktionen der Muskeln, welche diese Strukturen umhüllen, wird Blut über den Kobeltschen Venenkomplex in den Klitoriskörper und die Klitoriseichel gepresst (Haag-Wackernagel, 2021b). Die Druckerhöhung führt zu einer Erniedrigung der Aktivierungsschwelle der GK und VP, deren Stimulation von der Frau als sexuelle Erregung wahrgenommen wird, welche schlussendlich zum Orgasmus führt (Ohmori, 1924; Di Marino & Lepidi, 2014).

Die Generierung der sexuellen Erregung durch die GK und VP ist somit von der Druckerhöhung in den Geweben der äußeren Genitalien abhängig. Beide Sensoren arbeiten gewissermaßen unter Druck am besten. Eine Berührung kann deshalb in unerregtem Zustand als bloße Berührung erlebt werden, oder je nach Grad der Anschwellung sexuelle Qualität haben (Lundberg, 2002).

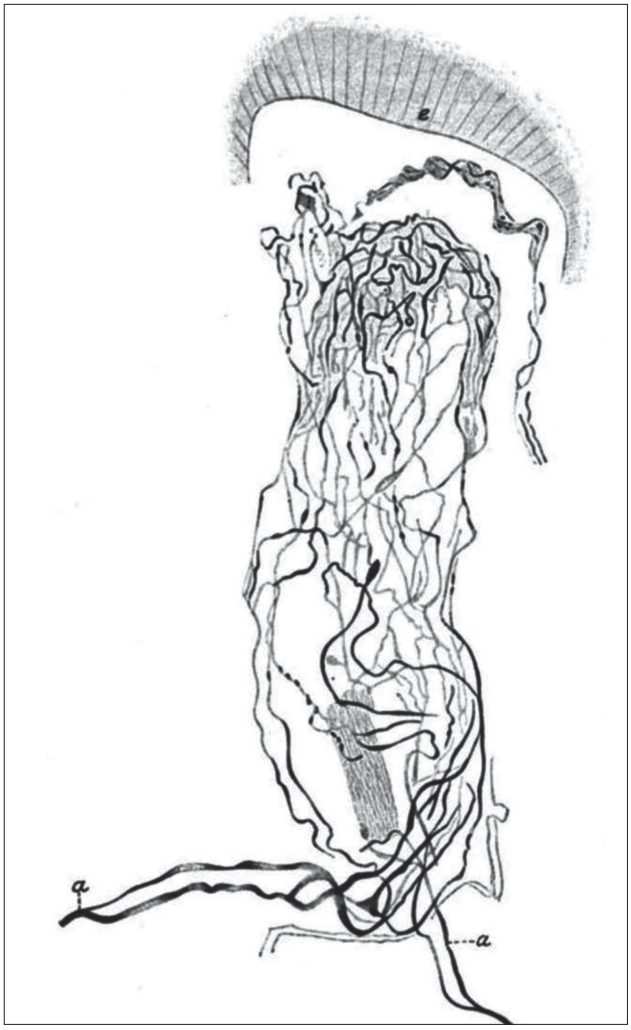


Abb. 8: Historische Abbildung eines Genitalkörperchens aus der Papille der Brustwarze der Frau von Martynoff (1914).

Individuelle Unterschiede in der genitalen Sensorik

Bezüglich Quantität, Qualität und Lokalisation der sensorischen Nervenendigungen besteht eine große Variabilität, welche die individuellen Unterschiede in der Empfindlichkeit und Erregbarkeit genitaler Strukturen erklären könnte (Ohmori, 1924; Krantz, 1958). Die sensorischen Areale der äußeren weiblichen Genitalien unterscheiden sich von Frau zu Frau. Di Marino & Lepidi (2014) fanden bei ihren Untersuchungen große individuelle Unterschiede in der lokalen Verteilung der GK – aber in allen Präparaten kamen diese in großer Zahl und hoher Dichte vor. Die Spitze der Klitoriseichel kann z.B. bei der einen Frau

GK enthalten, bei einer anderen können sie vollständig fehlen und dafür in hoher Dichte in den inneren Vulvalippen vorkommen. Nach Ohmori (1924) treten die GK oft einseitig konzentriert auf. Er vermutet, dass Phänomene wie Dyspareunie oder fehlende Sensibilität auf mangelhafte Ausbildung oder lokales Fehlen von GK zurückgeführt werden könnten. Einen Hinweis auf die Richtigkeit dieser Vermutung geben Malinovsky et al. (1975), welche bei einer 47-jährigen in einer Probe der Labia minora relativ wenige sensorische Nervenendigungen nachweisen konnten, was mit einer signifikant reduzierten allgemeinen Sensibilität der Genitalregion und völlig fehlender sexueller Sensibilität verbunden war.

Die VP weisen in ihrer Verteilung ebenfalls große individuelle Unterschiede auf. Normalerweise kommen sie zahlreich in der Haut der Klitoriseichel und des Präputiums vor, in kleinerer Zahl in den inneren Vulvalippen. Bei einer Frau wurde die höchste Dichte z.B. in den inneren Vulvalippen und nicht in der Klitoris gefunden (Krantz, 1958).

In einer Umfrage zeigten Frauen eine große Variabilität in ihren Präferenzen, wo und wie sie an ihren Genitalien berührt werden wollten (Herbenick et al., 2017). Zwei Drittel der Frauen bevorzugten eine indirekte Stimulation der Klitoris. 69% bevorzugten die Stimulation über die oberhalb der Klitoriseichel liegende Klitorisvorhaut, je 20% die linke oder die rechte Seite. Dies ist ein weiterer Hinweis auf die individuell sehr unterschiedliche Verteilung der Sinneskörperchen. Die großen individuellen Unterschiede in der Verteilung wirkt sich auf die Art der genitalen Stimulation aus und besitzt auch klinische Relevanz. Jede Frau kann durch Exploration lernen, welche Stellen für sie besonders erogen sind und wie diese am optimalsten stimuliert werden. Frauen, welche z.B. an ihrer Klitoris und Klitoriseichel nur wenige GK besitzen, dürften bei intensiver Stimulation dieser Regionen Schmerz statt Lust empfinden, da die nozizeptiven FNE im Gegensatz zu den GK und VP überall in hoher Dichte vorkommen.

Untersuchungen an der Klitoris und dem Vestibulum von Meerschweinchen belegten eine direkte Verbindung von GK mit FNE, welche als polymodale Mechano-Schmerzreptoren agieren und in jeder Dermalpapille nachgewiesen werden konnten (Vilimas et al., 2011). Die gleichzeitige Aktivierung der niederschwelligen Genitalkörperchen gemeinsam mit den FNE sowie periphere Interaktionen zwischen diesen Sensoren könnten Erklärungsmodelle für die Entstehung von Hyperalgesien z.B. bei der Vulvodynie bieten. Die Autoren verweisen in diesem Zusammenhang auf Untersuchungen, in welchen nachgewiesen wurde, dass in der Wand des Vestibulums von Patientinnen mit dem Vulvovestibulitis-Syndrom eine erhöhte Dichte von Nervenfasern nachgewiesen wurden, welche TRPV1-Kanäle (Capsaicin Rezeptoren) exprimieren. Diese Neuronen dürften unter normalen Umständen auf thermische Stimuli reagieren. Eventuell lässt sich auch die ausgeprägte Schmerzempfindlichkeit der Klitoriseichel während der Refraktärphase durch das Zusammenspiel von FNE mit GK erklären.

Was ist empfindlicher, die Klitoris- oder Peniseichel?

In den Medien erscheinen oft reißerische Angaben zur sensorischen Überlegenheit der Klitoriseichel gegenüber der Peniseichel. Dass die Peniseichel eine relativ tiefe protopathische Sensibilität (Wahrnehmung von grobem Druck, Schmerz und Temperatur) aufweist, liegt an ihrer exponierten Funktion als äußerste Struktur des Penetrationsorgans Penis. Beim Koitus ist die Peniseichel starken Druckbelastungen ausgesetzt, so dass sie keine zu hohe Empfindlichkeit aufweisen darf. Halata & Munger (1986) vergleichen die Schwelle für mechanische Stimulation der Peniseichel mit der Hornschwiele des Fußes.

Im Gegensatz dazu ist die Klitoriseichel beim Koitus keiner direkten mechanischen Stimulation durch den Penis ausgesetzt (z.B. Puppo, 2013) und kann deshalb über eine sehr hohe Empfindlichkeit verfügen. Sie ist dank ihrer dichten Versorgung mit Schmerzrezeptoren gegenüber direkter Berührung extrem empfindlich (Beetz, 1936; Halata & Munger, 1986). In der Sexualaufklärung sollte deshalb darauf hingewiesen werden, dass die Klitoriseichel auf direkte Stimulation eher mit Schmerz als mit Lust reagiert.

Quantitative Angaben zur Versorgung der Klitoriseichel mit sensorischen Nervenendigungen sind selten und weisen große Unterschiede auf. Bense (1868) beschrieb für die Klitoriseichel eine doppelt so hohe Dichte an GK wie für die Peniseichel. Walthard (1937) gab eine Dichte an großen und kleinen GK in der Klitoriseichel mit 4–24 pro mm^2 an. Garcia-Mesa et al. (2020) fanden 4,4 GK pro mm^2; wenn sie aber die einzelnen Körperchen innerhalb aggregierter GK als einzelne zählten, kamen sie auf 13,7 GK pro mm^2. Shih et al. (2013) verglichen die Dichte der Genitalkörperchen der Klitoriseichel mit derjenigen der Peniseichel und fanden in der Haut der Klitoriseichel 3,7 GK pro mm^2 und in der Peniseichel 1, also 3,7 mal weniger. Nach Di Marino & Lepidi (2014) besitzen die Klitoriseichel wie die Peniseichel rund 8.000 sensorische Nervenendigungen, wobei die Klitoriseichel wegen ihrer geringeren Oberfläche eine 50-mal höhere sensorische Sensibilität wie die Peniseichel aufweisen soll. Kobelt (1844) kam beim Vergleich des N. dorsalis penis mit dem N. dorsalis clitoridis zum Schluss, dass letzterer relativ 3 bis 4 mal größer ist. Dazu stellt er fest, dass der dorsale Klitorisnerv vor seinem Eintreten in die Klitoriseichel so dick ist, dass man kaum begreifen kann, „wie eine solche Fülle von Nervenmasse zwischen den zahllosen Gefäßen dieses kleinen Körperchens noch Raum finden kann“. Die Dicke des dorsalen Klitorisnervs mit ca. 2 mm Durchmesser ist angesichts des kleinen Areals, das er versorgt, effektiv erstaunlich (Ginger et al., 2011).

Kozacioglu et al. (2014) ermittelten beim N. dorsalis penis bei der Corona glandis einen Durchmesser von 1,44 mm. Rechnet man diesen Durchmesser und den des N. dorsalis clitoridis von 2 mm in eine Fläche um, so ist letzterer mit 3,14 mm^2 etwa doppelt so gross wie der N. dorsalis penis mit 1,63 mm^2, obwohl

er mit der Peniseichel eine bedeutend größere Fläche sensorisch versorgt. Die Klitoriseichel dürfte deshalb eine bedeutend höhere Sensibilität besitzen, als bisher angenommen wurde.

Der G-point als gynäkologisches UFO

> „Die geringe Zahl unbedeutender, sensitiver Nerven, die sich vereinzelt in das voluminöse Scheidenrohr einsenken, stellt die Vagina hinter die kleine, aber nervenreiche Clitoriseichel so sehr weit zurück, dass wir ihr keinen Antheil an der Erzeugung des specifischen Wollustgefühles im weiblichen Körper zugestehen können." (Georg Ludwig Kobelt, 1844)

Schon Ende des 19. Jh. bestanden unterschiedliche Anschauungen über den Ort der Entstehung der sexuellen Erregung und des Orgasmus. Der dänische Gynäkologe Rudolph Berg (1824–1909) vertrat die Ansicht, dass nicht die Klitoris, sondern das Vestibulum superiorus sowie der untere Teil der anterioren Vaginawand reflektorisch den Orgasmus auslösen würden (Worthmann, 1906). Der Mythos einer sensiblen Zone in der anterioren Vagina wurde somit schon 80 Jahre vor Gräfenberg (1950), nach dem der G-point benannt wurde, in die Welt gesetzt. Um die Frage zu klären, ob in der distalen Vagina eine sensible Zone vorhanden ist, beauftragte Geheimrat Hasse den praktischen Arzt Fritz Worthmann damit, das Problem zu untersuchen. Worthmann ging davon aus, dass die Wahrnehmung der Haut an spezifische Nervenendigungen gebunden ist und deshalb für die „Perzeption der Geschlechtsempfindung" GK in der Vagina nachweisbar sein müssten. Dieser Nachweis gelang aber weder ihm, noch anderen Forschern seiner Zeit. Worthmann folgerte daraus:

> „Und da ist es der naturgemäße Schluss, sie [die Lokalisation des Geschlechtsgefühles] in die Glans clitoridis zu verlegen, zumal sich dadurch die sonst unbegreifliche Nervenfülle derselben zwanglos erklärt, während es der zweckmäßig schaffenden Natur gar nicht ähnlich sähe, ein Organ, das physiologischer Weise so den rohesten Gewaltenwirkungen ausgesetzt ist, wie die Vagina unter der Geburt, zum Sitze einer besonderen Sinneswahrnehmung zu machen." (Worthmann, 1906)

Weitere Untersuchungen bestätigten diese Befunde. Bis heute konnten in der Vagina keine GK oder VP nachgewiesen werden. Sie besitzt nur wenige FNE (Krantz, 1958), was die Unempfindlichkeit vor allem der proximalen Vagina erklärt. Schon Poirier & Charpy (1907) bezeichneten die Vagina als wenig sensibles Organ, welches auch ohne Anästhesie operiert werden kann. Hingegen sind die introitusnahen Abschnitte der Vagina schmerzempfindlich. Bakterielle Infektionen oder traumatische Epithelläsionen führen daher erst beim Übergreifen auf den Introitus zu Schmerzempfindung und Pruritus (Horstmann & Stegner, 1966).

Nach den aus heutiger Sicht bizarr anmutenden Versuchen von Calmann (1898) besitzt die Vagina eine derart geringe Berührungssensibilität, dass eingeführte Gegenstände kaum voneinander unterschieden werden konnten. Sehr empfindlich auf Berührung ist hingegen der Bereich der Vaginalöffnung, welcher aber zum Vaginavorhof gehört, welcher nachgewiesenermaßen über eine sehr hohe Sensibilität verfügt. Berührungen der Urethra und der Vagina konnten nicht voneinander unterschieden werden, hingegen konnten Form und Größe von Gegenständen im Enddarm gut wahrgenommen werden. Objekte, welche ohne das Wissen der Patientinnen in die Vagina einführt wurden, wie z.B. 100 g in Watte verpackte Schrotkugeln, wurden nicht bemerkt. Die meisten Frauen können in ihrer Vagina weder Berührungen durch Tampons noch Schmerz durch leichte Infektionen wahrnehmen (Krantz, 1958).

Angesichts der kaum vorhandenen Sensorik verwundert es nicht, dass der sogenannte G-spot bisher trotz größter Anstrengungen verschiedener Autoren nicht nachgewiesen werden konnte (Hines, 2001; Puppo & Gruenwald, 2012; Yeung & Pauls, 2016, aktuelle Übersicht von Creytz & David, 2020). Die Existenz eines G-spots als weiteres sensorisches Zentrum neben der Klitoris kann nur akzeptiert werden, wenn GK und VP in hoher Dichte nachgewiesen werden, wie dies z.B. in der Klitoriseichel der Fall ist. Deshalb dürfte es sich beim G-Point nach Hines (2001) definitiv um ein gynäkologisches UFO handeln: „viel gesucht, viel diskutiert, aber objektiv nicht verifiziert!"

Literatur

Abraira, V.E., Ginty, D.D., 2013. The sensory neurons of touch. Neuron 79 (4), 618–39.

Amsterdam, A., Krychman, M., 2009. Clitoral atrophy: A case series. J Sex Med 6 (2), 584–587.

Battaglia, C., Nappi, R.E., Mancini, F., Cianciosi, A., Persico, N., Busacchi, P., Facchinetti, F., Aloysio, D., 2008. Menstrual Cycle-Related Morphometric and Vascular Modifications of the Clitoris. J Sex Med 5 (12), 2853–61.

Beetz, F., 1936. Über die von den weiblichen Geschlechtswerkzeugen auslösbaren Empfindungsqualitäten. (Mit besonderer Berücksichtigung der Leistungen des Schmerzsinnes). Arch Gynäk 162, 106–39.

Bense, W., 1868. Ueber Nervenendigungen in den Geschlechtsorganen. Zeitschrift für rationelle Medicin, Dritte Reihe 33, Band 1–14.

Burdach, K.F., 1835. Die Physiologie als Erfahrungswissenschaft. Erster Band. Verlag von Leopold Voß, Leipzig.

Calmann, A., 1898. Sensibilitätsprüfungen am weiblichen Genitale nach forensischen Gesichtspunkten. Arch f Gynäkologie 55 (2), 454–83.

Creytz, F. von, David, M., 2020. G-Spot? Eine Übersicht zu aktuellen anatomischen, chirurgischen und radiologischen Erkenntnissen. Frauenarzt 61 (11), 758–761.

Cobo, R., García-Piqueras, J., Cobo, J., Vega, J.A., 2021. The Human Cutaneous Sensory Corpuscles: An Update. J Clin Med 10 (2), 227.

Crouch, N.S., Minto, C.L., Laio, L.M., Woodhouse, C.R., Creighton, S.M., 2004. Genital sensation after feminizing genitoplasty for congenital adrenal hyperplasia: a pilot study. BJU Int 93 (1), 135–38.

De Graaf, R., 1672. De mulierum organis in generationi inservientibus tractatus novus (1672). Ex officinas Hackiana. Englische Übersetzung von H.D. Jocelyn & B.P. Setchell, 1972. Regnier de Graaf on the human reproductive Organs. An annotated translation of Tractatus de virorum organis generationi inservientibus (1688) and De mulierum organis in generationi inservientibus tractatus novus (1672). Journal of reproduction and fertility. Suppl. No. 17. Blackwell scientific publications, Oxford/London/Edingburgh/Melbourne.

Di Marino, V., Lepidi, H., 2014. Anatomic Study of the Clitoris and the Bulbo-Clitoral Organ. Springer International Publishing, Schweiz.

Dogiel, A.S., 1893. Die Nervenendigungen in der Haut der äusseren Genitalorgane des Menschen. Arch f mikr Anat 41(1), 585–612.

Ellis, H., 1912. Die Psychologie des normalen Geschlechtstriebs. In: Moll, A. (Hg.), Handbuch der Sexualwissenschaften. FCW Vogel, Leipzig.

Fick, L., 1844. Lehrbuch der Anatomie des Menschen. E. Splanchnologie. Verlag von Christian Ernst Kollmann, Leipzig.

Finger, W., 1866. Ueber die Endigungen der Wollustnerven. Z f rationelle Medicin, Dritte Reihe, 28. Band, 222–230.

Garcia-Mesa, Y., Cárcaba, L., Coronado, C., Cobo, R., Martin-Cruces, J., Garcia-Piqueras, J., Feito, J., Garcia-Suarez, O., Vega, J.A., 2020. Glans clitoris innervation: PIEZO2 and sexual mechanosensitivity. J of Anatomy 238 (2), 446–54.

Ginger, V.A., Cold, C.J., Yang, C.C., 2011. Surgical Anatomy of the Dorsal Nerve of the Clitoris. Neurourol Urodyn 30 (3), 412–16.

Gräfenberg, E., 1950. The Role of the Urethra in Female Orgasm. Intern J Sexol 3 (3), 145–148.

Gray, H., 1870. Anatomy, descriptive and surgical. A new American from the fifth and enlarged English edition. Henry C. Lea, Philadelphia.

Gray, H., 1901. Anatomy, descriptive and surgical. A revised American, from the fifteenth English edition. Ed. by T. Pickering Pick and Robert Howden. Lea Brothers, Philadelphia and New York.

Gray, H., 2016. Gray's Anatomy. The Anatomical Basis of Clinical Practice. Forty-first edition, Standring, S. (Ed.), Elsevier, Amsterdam.

Haag-Wackernagel, D., 2020a. Clitoris – the forgotten female organ. Sci five, University of Basel. Online-access: https://medium.com/sci-five-university-of-basel/the-clitoris-the-forgotten-female-organ-97c3d2799f9e.

Haag-Wackernagel, D., 2020b. Vulva Modell. KESSEL medintim GmbH, Mörfelden-Walldorf (https://www.medintim.de).

Haag-Wackernagel, D., 2021a. Die Klitoris – das zentrale Organ der weiblichen Lust. Teil 1: Entdeckt, ignoriert und verleugnet – die erstaunliche Geschichte des Bulbo-Klitoralorgans. Frauenarzt 62 (6), 402–407.

Haag-Wackernagel, D., 2021b. Die Klitoris – das zentrale Organ der weiblichen Lust. Teil 2: Bau und Funktion der äußeren weiblichen Genitalien. Frauenarzt 63 (7), 484–489.

Halata, Z., Munger, B.L., 1986. The Neuroanatomical Basis for the Protopathic Sensibility of the Human Glans Penis. Brain Res 371 (2), 205–30.

Herbenick, D., Fortenberry, J.D., 2011. Exercise-induced orgasm and pleasure among women. Sexual and Relationship Therapy 26 (4), 373–88.

Herbenick, D., Fu, T.C., Arter, J., Sander, S.A., Dodge, B., 2017. Women's Experiences with Genital Touching, Sexual Pleasure, and Orgasm: Results from a U.S. Probability Sample of Women Ages 18 to 94. J of Sex & Marital Therapy 44 (2), 201–12.

Hines, T.M., 2001. The G-spot: A modern gynecologic myth. American J of Obstetrics and Gynecology 185 (2), 359–367.

Hopfner, T., 1938. Das Sexualleben der Griechen und Römer von den Anfängen bis ins 6. Jahrhundert nach Christus. J.G. Calve Universitätsbuchhandlung, Prag.

Horstmann, E., Stegner, H.E., 1966. Harn- und Geschlechtsapparat, 4. Teil: Tube, Vagina und äussere weibliche Genitalorgane. In: Handbuch der mikroskopischen Anatomie des Menschen. Bd. 7. Springer, Berlin/Heidelberg/New York.

Jaeger, H., 1944. Recherches histologiques sur les terminaisons nerveuses de la peau normale des organes génitaux externes humains. Dermatologica 90 (2–3), 49–74.

Jönsson, E.H., Backlund Wasling, H., Wagnbeck, V., Dimitriadis, M., Georgiadis, J.R., Olausson, H., Croy, I., 2015. Unmyelinated tactile cutaneous nerves signal erotic sensations. J Sex Med 12 (6), 1338–45.

Kantner, M., 1954. Studien über den sensiblen Apparat in der Glans clitoridis. I. Die Clitoris der Greisin. Z f mikroskopisch-anatomische Forschung, 60, 388–98.

Kantner, M., 1965. Zur Morphologie der Hautrezeptoren. Zentralblatt für Veterinärmedizin, Reihe A 12 (5), 493–500.

Kantner, M., Saleh, A., 1963. Über die Nervenausbreitung am äußeren weiblichen Genitale mit einem Beitrag über Kraurosis vulvae. Z f Anatomie und Entwicklungsgeschichte 123 (5), 523–37.

Knoche, H., 1954. Untersuchungen über die Endigungsweise cerebrospinaler und vegetativer Nervenfasern. Z Zellforsch und Mikroskopische Anatomie 40, 162–198.

Kobelt, G.L., 1844. Die männlichen und weiblichen Wollustorgane des Menschen und einiger Säugethiere in anatomisch-physiologischer Beziehung. Druck und Verlag von Adolph Emmerling, Freiburg im Breisgau.

Komisaruk, B.R., Whipple, B., 2011. Non-genital orgasms. Sexual and Relationship Therapy 26 (4), 356–72.

Kozacioglu, Z., Kiray, A., Ergur, I., Zeybek, G., Degirmenci, T., Gunlusoy, B., 2014. Anatomy of the Dorsal Nerve of the Penis, Clinical Implications. Urology 83 (1), 121–125.

Krantz, K.E., 1958. Innervation of the human vulva and vagina; a microscopic study. Obstetrics and Gynecology 12 (4), 382–96.

Krause, W., 1866. Ueber die Nervenendigungen in den Geschlechtsorganen. Z f rationelle Medicin. Dritte Reihe, Bd. 28.

Krause, W., 1876. Handbuch der menschlichen Anatomie. Durchaus nach eigenen Untersuchungen und mit besonderer Rücksicht auf das Bedürfnis der Studirenden, der praktischen Ärzte und Wundärzte und der Gerichtsärzte verfasst. 3. Aufl., Bd. 1. Hahn'sche Hofbuchhandlung, Hannover.

Krause, W., 1881. Die Nervenendigung innerhalb der terminalen Körperchen. Archiv für mikroskopische Anatomie, Bd. XIX, 53–136.

Krstic, R.V., 1982. Die Gewebe des Menschen und der Säugetiere: Ein Atlas zum Studium für Mediziner und Biologen. Springer, Berlin/Heidelberg/N.Y.

Levin, R., Meston, C., 2006. Nipple/Breast Stimulation and Sexual Arousal in Young Men and Women. J Sex Med 3 (3), 450–54.

Levin, R.J., van Berlo, W., 2004. Sexual arousal and orgasm in subjects who experience forced or non-consensual sexual stimulation – a review. Journal of Clinical Forensic Medicine 11 (2), 82–88.

Löken, L.S., Evert, M., Wessberg, J., 2011. Pleasantness of touch in human glabrous and hairy skin: Order effects on affective ratings. Brain Research 1417, 9–15.

Lundberg, P.O., 2002. Die periphere Innervation der weiblichen Genitalorgane. Sexuologie 9 (3), 213–25.

Luschka, H., 1863. Die Anatomie des Menschen in Rücksicht auf die Bedürfnisse der praktischen Heilkunde. Zweiter Band: der Bauch. Verlag der H. Laupp'schen Buchhandlung, Tübingen.

Malinovsky, L., Sommerová, J., Martincík, J., 1975. Quantitative evaluation of sensory nerve endings in hypertrophy of labia minora pudendi in women. Acta Anat (Basel) 92 (1), 129–44.

Malinovsky, L., 1996. Sensory nerve formations in the skin and their classification. Microscopy Research and Technique 34 (4), 283–301.

Martin-Alguacil, N., Schober, J.M., Sengelaub, D.R., Pfaff, D.W., Shelley, D.N., 2008. Clitoral sexual arousal: neuronal tracing study from the clitoris through the spinal tracts. J Urol 180 (4), 1241–48.

Martín-Alguacil, N., Aardsma, N., Litvin, Y., Mayoglou, L., Dupré, C., Pfaff, D.W., Schober, J.M., 2011. Immunocytochemical characterization of pacinian-like corpuscles in the labia minora of prepubertal girls. J Pediatr Adolesc Gynecol 24 (6), 353–58.

Martynoff, W., 1914. Nervenendapparate in der Brustwarze der Frau und von Säugetierweibchen. Folia Neurobiol 8, 249–263.

Masters, W.H., Johnson, V.E., 1966. Human Sexual Response. Little, Brown and Company, Boston.

McGlone, F., Vallbo, A.B., Olausson, H., Löken, L.S., Wessberg, J., 2007. Discriminative touch and emotional touch. Can J Exp Psychol 61(3), 173–83.

McGlone, F., Wessberg, J., Olausson, H., 2014. Discriminative and Affective Touch: Sensing and Feeling. Neuron 82 (4), 737–755.

Mense, S., 2004. 13.5 Sensorische Nervendigungen, Mechanorezeptoren. In: Benninghoff/Drenckhahn (Hg.), Anatomie, Bd. 2, 16. Aufl. Elsevier/Urban & Fischer, München, 761–774.

Meston, C.M., Levin, R.J., Sipski, M.L., Hull, E.M., Heiman, J.R., 2004. Women's Orgasm. Annu Rev Sex Res 15 (1), 173–257.

Müller, R., 1907. Sexualbiologie. Vergleichend-entwickelungsgeschichtliche Studien über das Geschlechtsleben des Menschen und der höheren Tiere. Louis Marcus Verlagsbuchhandlung, Berlin.

Nummenmaa, L., Suvilehto, J.T., Glerean, E., Santtila, P., Hietanen, J.K., 2016. Topography of Human Erogenous Zones. Arch Sex Behav 45 (5), 1207–1216.

Ohmori, D., 1924. Über die Entwicklung der Innervation der Genitalapparate als peripheren Aufnahmeapparat der genitalen Reflexe. Z f Anatomie und Entwicklungsgeschichte 70, 347–410.

Pfaus, J.G., Jones, S.L., Flanagan-Cato, L.M., Blaustein, J.D., 2015. Female Sexual Behavior. In: Plant, T.M., Zeleznik, A.J. (Hg.), Knobil and Neill's Physiology of Reproduction, 4th ed. Academic Press, London, Chapter 50, 2287–2370.

Patrizi, G., Munger, B.L., 1965. The Cytology of Encapsulated Nerve Endings in the Rat Penis. J Ultrastructure Research 13 (5), 500–15.

Pink, L., Rancourt, V., 2014. Persistent genital arousal in women with pelvic and genital pain. J Obstet Gynaecol Can 36 (4), 324–30.

Poirier, P., Charpy, A., 1907. Traité d'anatomie humaine, Tôme cinquième. Masson et Cie, Editeurs, Paris.

Polacek, P., Malinovsky, L., 1971. Die Ultrastruktur der Genitalkörperchen in der Clitoris. Z f mikroskopisch-anatomische Forschung 84, 293–310

Polomeno, V., 1999. Sex and Breastfeeding: An Educational Perspective. The Journal of Perinatal Education 8 (1), 30–40.

Puppo, V., 2013. Anatomy and physiology of the clitoris, vestibular bulbs, and labia minora with a review of the female orgasm and the prevention of female sexual dysfunction. Clinical Anatomy 26 (1), 134–152.

Puppo, V., Gruenwald, I., 2012. Does the G-spot exist? A review of the current literature. Int Urogynecol J 23 (12), 1665–1669.

Rauber, A., 1867. Untersuchungen über das Vorkommen und die Bedeutung der Vater'schen Körper. Verlag von Caesar Fritsch, München.

Rogers, J., 1992. Testing for and the role of anal and rectal sensation. Bailliere's Clin Gastroenterol 6 (1), 179–91.

Saad El-Dien, H.M., Abdelwahed Hussein, M.R., El-Oteify, M., 2013. Sensory innervation of the female human umbilical skin: morphological studies. Ultrastructural Pathology 37 (1), 62–69.

Schober, J.M., Pfaff, D., 2007. The neurophysiology of sexual arousal. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab 21(3), 445–461.

Schober, J.M., Aardsma, N., Mayoglou, L., Pfaff, D., Martín-Alguacil, N., 2015. Terminal innervation of female genitalia, cutaneous sensory receptors of the epithelium of the labia minora. Clin Anat 28 (3), 392–398.

Sfameni, P., 1904. Sulle terminazioni nervose nei genitali femminili esterni e sul loro significato morfologico e funzionale. Arch Fisiol 4, 346–384.

Shih, C., Cold, C.J., Yang, C.C., 2013. Cutaneous corpuscular receptors of the human glans clitoris: descriptive characteristics and comparison with the glans penis. J Sex Med 10 (7), 783–789.

Suh, D.D., Yang, C.C., Cao, Y., Heiman, J.R., Garland, P.A., Maravilla, K.R., 2004. MRI of female genital and pelvic organs during sexual arousal. J Psychosom Obstet Gynaecol 25 (2), 53–62.

Vardi, Y., Gruenwald, I., Sprecher, E., Gartman, I., Yarnitsky, D., 2000. Normative values for female genital sensation. Urology 56 (6), 1035–40.

Vilimas, P.I., Shi-Yong, Y., Haberberger, R.V., Gibbins, I.L., 2011. Sensory Innervation of the External Genital Tract of Female Guinea Pigs and Mice. J Sex Med 8 (7), 1985–95.

Walthard, M., 1937. Die Beziehungen des Nervensystems zu den normalen Betriebsabläufen und zu den funktionellen Störungen im weiblichen Genitale. In: Stoeckel, W. (Hg.), Handbuch der Gynäkologie, Elfter Bd, 3. Aufl. Springer Verlag, Berlin/Heidelberg.

Webster, J.C., 1891. The Nerve-Endings in the Labia Minora and Clitoris, with Special Reference to the Pathology of Pruritus Vulvae. Z f Gynäkologie 62, 35–43.

Wernert, P.J., 1860. Lebenskunde über Dr. Georg Ludwig Kobelt. Gewesener Professor der Medicin und Director der Anatomischen Anstalt der Albert-Ludwigs-Hochschule zu Freiburg im Breisgau. Franz Xaver Wangler, Freiburg i.B.

Winkelmann, R.K., 1959. The Erogenous Zones: Their Nerve Supply and Significance. Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic 34 (2), 39–47.

Worthmann, F., 1906. Beiträge zur Kenntnis der Nervenausbreitung in Clitoris und Vagina. Arch f Mikroskopische Anatomie 68 (1), 122–136.

Yamada, K., 1951. On the sensory nerve terminations in clitoris in human adult. Tohoku J Exp Med 54 (2), 163–174.

Yeung, J., Pauls, R.N., 2016. Anatomy of the Vulva and the Female Sexual Response. Obstet Gynecol Clin North Am 43 (1), 27–44.

Zimmerman, A., Bai, L., Ginty, D.D., 2014. The gentle touch receptors of mammalian skin. Science 346 (6212), 950–54.

Autor

Prof. Dr. sc.nat. Daniel Haag-Wackernagel, Departement Biomedizin, Anatomisches Institut der Universität Basel, Pestalozzi strasse 20, CH-4056 Basel, e-mail: daniel.haag@unibas.ch

Weiterbildung Sexualmedizin*

Freiburg i. Br. 2022-2024

*Gemäß der neuen Zusatzweiterbildung Sexualmedizin mit Erwerb des Zusatztitels Sexualmedizin

Zertifiziert durch die Landesärztekammer Baden-Württemberg und Bezirksärztekammer Südbaden

Was beinhaltet die Weiterbildung:

Die Zusatzweiterbildung Sexualmedizin umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz mit zumindest psychosomatischer Grundversorgung das Erkennen sowie die Behandlung, Prävention und Rehabilitation von sexuellen Störungen. Thematisiert werden sexuelle Funktion, das sexuelle partnerschaftliche Erleben und Verhalten sowie die geschlechtliche Identität. Oft treten diese Störungen infolge von psychischen oder somatischen Krankheiten und/oder deren Behandlung auf. Sexuelle Traumata bewirken zudem häufig sexuelle Störungen und partnerschaftliche Probleme.

Lernziele:

Sexualanamnese – Sexualberatung – Sexualmedizinische Behandlung – Paarintervention

Leitlinien des Freiburger Programms:

- Ausgewogenheit von Theorie, Praxis und Selbsterfahrung
- Praxisnähe
- Übungen zur Gesprächsführung für Sexualanamnese und Sexualberatung
- Einüben von Therapiekonzepten
- Rollenspiele und Kleingruppenarbeit mit Falldarstellungen der Teilnehmer*innen
- Patient*innen Live-Interview
- Teilnahme an Paartherapien als Co-Therapeut beziehungsweise als Beobachter

Die neue Zusatzweiterbildung

2018 beschloss der Deutsche Ärztetag eine neue Weiterbildung Sexualmedizin einzuführen und entwickelte ein Muster-Weiterbildungsprogramm, welches an die einzelnen Landesärztekammern zur Durchführung übermittelt wurde. Am 01. Juli 2020 hat die Landesärztekammer Baden-Württemberg diese Weiterbildung eingeführt. Im Dezember 2020 wurden Weiterbildungsberechtigte, Gutachter und Prüfer durch die Ärztekammern in einer sog. Ur-Prüfer ernannt. Im Bereich der Bezirksärztekammer Südbaden Freiburg i. Br. wird diese Weiterbildung Sexualmedizin organisiert und durchgeführt von:

Weiterbildungsberechtigte Dozenten:

- Prof. Dr. med. D. Richter, FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Psychotherapie – Paar- und Familientherapie, Sexualmedizin – Sexualtherapie, Praxis für Sexualmedizin und Sexualtherapie, Wirthstr. 9, Freiburg i. Br., www.prof-richter.de E-Mail: info@prof-richter.de
- Dr. med. Daniela Wetzel-Richter, FÄ f. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, FÄ f. Allgemeinmedizin, Psychotherapie, Sexualmedizin, Sexualtherapie , Ltd. Oberärztin Klinik für Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie Kliniken des Landkreises Lörrach GmbH
  www.wetzel-richter.de, E-Mail:praxis@wetzel-richter.de
- Franz Karl Hausmann, FA f. Psychiatrie und Psychotherapie
  FA f. Psychosomatische Medizin, Sexualmedizin
  Reha-Wesen, Lt. Arzt der Fachklinik Haus Renchtal, Sprecher Sektion Sexualmedizin DGPM, Vorstandsmitglied DGSMTW
  Schlossbergstrasse 65, 77876 Kappelrodeck, E-Mail: Fraha@oms.de

Die Weiterbildungsberechtigten haben über 20 Jahre Erfahrung im Bereich der Sexualmedizin und haben bereits zahlreiche Sexualmedizinseminare in Wochenformat durchgeführt, gegliedert in Grundkurs, Aufbaukurs und Expertenkurs. Zusätzlich besteht Erfahrung seit über 10 Jahren bei der Durchführung von sexualmedizinischen Basisseminaren, organisiert vom Berufsverband der Frauenärzte. Hier wurden bereits über 1200 Gynäkologen/innen ausgebildet.

Voraussetzungen für die Teilnahme:

Eine Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung, zusätzlich 80 Std. Kurs Weiterbildung in psychosomatischer Grundversorgung oder Zusatzweiterbildung Psychotherapie oder Psychoanalyse.

Inhalte der Zusatzweiterbildung Sexualmedizin:

- 120 Stunden Weiterbildung in Theorie
- 120 Stunden Fallseminare unter Supervision
- 10 dokumentierte und regelmäßig im Stundenverhältnis 4:1 supervidierte und abgeschlossene sexualmedizinische Behandlungsverläufe, davon 5 unter Einbeziehung des Partners.
- 50 Std. Selbsterfahrung

Theorie, Fallseminare und Selbsterfahrung sind in die 5 Kurswochen integriert. 2 Wochenenden á 20 Stunden Fallseminare unter Supervision werden während des 2-jährigen Kurses noch festgelegt.
Der erste Wochenkurs entspricht dem „Basiskurs“. Teilnehmer*innen die Basiskurse in anderen Organisationen gemacht haben, können ab der 2. Woche sich anmelden.

Termine:

17.09.2022 – 23.09.2022	Sexualmedizin **Basisseminar** – 50 UE
15.04.2023 – 21.04.2023	Sexualmedizin Teil II – 50 UE
16.09.2023 – 22.09.2023	Sexualmedizin Teil III – 50 UE
20.04.2024 – 26.04.2024	Sexualmedizin Teil IV – 50 UE
21.09.2024 – 27.09.2024	Sexualmedizin Teil V – 50 UE

Kosten: pro Termin 1.392,00 Euro zzgl. Tagungspauschale
Tagungspauschale: enthält Raummiete, Kaffeepausen am Vor- und Nachmittag, Mittagessen (3gängiges Menü)
Tagungsort: Freiburg Caritas Tagungszentrum, www.caritas-tagungszentrum.de, Wintererstr. 17–19, 79104 Freiburg im Breisgau, Tel. 0761 200 1725

Anmeldung und Zimmerbuchung über: www.medico-seminare.de
E-Mail: info@medico-seminare.de Tel: 061969200920

Inhaltliche Fragen: E-Mail: info@prof-richter.de; praxis@wetzel-richter.de

Spontane genitale Erregung und unerwünschte Orgasmen der Frau

Daniela Wetzel-Richter, Daniel Haag-Wackernagel

Spontaneous Genital Arousal and Unwanted Orgasms in Women

Abstract

Spontaneous genital arousal and unwanted orgasms in women are still poorly investigated and may be understood as a multifactorial syndrome. Many female patients suffer from high levels of distress, even suicidality, and often encounter inadequately informed physicians, which further increases distress, as our case report demonstrates.

Some causative mechanisms seem to be understood, such as clitoral priapism, in which an increase in pressure in the erectile tissues of the bulbo-clitoral organ causes excitation of the genital corpuscles and Pacinian corpuscles, which can lead to unwanted arousal and orgasms. However, there appear to be factors not only in the clitoris, but also in the pelvic floor area, in nerve conduction, as well as central processing. Patients with persistent genital arousal disorder (PGAD), for example, show spontaneous, intense, and more extensive activation of the paracentral lobule even in the absence of genital stimulation. Patients with PGAD also have a high comorbidity of mental disorders such as depression and anxiety as well as borderline personality disorders. Stress has been described as a significant cofactor. Holistic psychosomatic treatment is therefore indicated.

Historical examples show that the sociocultural acceptance of female sexuality was largely problematic over centuries. This is all the more true for women with spontaneous genital arousal and unwanted orgasms, which led to even higher social rejection.

Keywords: Spontaneous orgasms, Clitoral priapism, Unwanted orgasms, Persistent genital arousal disorder (PGAD), Psychosomatic therapy

Zusammenfassung

Spontane genitale Erregungen und unerwünschte Orgasmen der Frau sind wissenschaftlich noch wenig erforscht und könnten als multifaktorielles Syndrom verstanden werden. Viele Patientinnen haben einen hohen Leidensdruck, bis hin zur Suizidalität, und stoßen oft auf nicht ausreichend informierte Ärzte und Ärztinnen, was den Leidensdruck weiter erhöht, wie unser Patientenbeispiel zeigt.

Einige ursächliche Mechanismen scheinen verstanden zu sein, wie z.B. der klitorale Priapismus, bei dem eine Druckerhöhung in den Geweben des Bulbo-Klitoralorgans eine Erregung der Genital- und Vater-Pacini-Körperchen bewirkt, welche zu unerwünschter Erregung und Orgasmen führen kann. Es scheint jedoch nicht nur Faktoren in der Klitoris zu geben, sondern auch im Bereich des Beckenbodens, in der nervalen Weiterleitung wie auch der zentralen Verarbeitung. Patientinnen mit genitaler Dauererregung (PGAD) zeigen im Vergleich zu einem Normalkollektiv z.B. eine viel deutlichere zentrale Aktivierung im parazentralen Lobulus bei alleiniger gedanklicher Beschäftigung mit der genitalen Erregung. Bei den Patientinnen mit PGAD findet sich zudem eine hohe Komorbidität psychischer Erkrankungen wie Depression und Angst und auch Borderline Persönlichkeitsstörungen. Stress wird als wesentlicher Kofaktor beschrieben. Eine ganzheitlich psychosomatische Behandlung ist daher indiziert.

Historische Beispiele zeigen, dass die soziokulturelle Akzeptanz von weiblicher Sexualität über Jahrhunderte weitgehend schwierig war. Diese dürfte insbesondere für Frauen mit spontanen genitalen Erregungen und unerwünschten Orgasmen zu einer hohen gesellschaftlichen Ablehnung geführt haben.

Schlüsselwörter: PGAD, klitoraler Priapismus, spontane unerwünschte Orgasmen, sexuelle Erregung, psychosomatische Behandlung

Einleitung

Der Orgasmus gilt zu Recht als eines der schönsten und intensivsten Erlebnisse, welche ein Mensch erfahren kann (vgl. Abb. 1). Im Gegensatz zum Mann ist es für Frauen, zumindest beim Partnersex, schwieriger, zuverlässig einen Orgasmus zu erleben. 35,6 % der befragten US-amerikanischen Frauen gaben an, während des letzten Partnersex keinen Orgasmus gehabt zu haben (Herbenick et al., 2010). Je nach Population dürfte der Anteil der Frauen, welche Schwierigkeiten haben zum Orgasmus zu kommen, oder überhaupt keinen erleben, zwischen 18 und 41 % liegen (De Sutter et al., 2014; Oakley et al., 2014). Wie sehr würden sich diese Frauen wohl wünschen, Orgasmen einfach so, ohne grössere Anstrengungen und Frustrationen zu erreichen. Im Gegensatz dazu können Orgasmen auch spontan auftreten. In diesen Fällen können sie durch leichteste oder völlig fehlende taktile, visuelle, imaginative Stimulation oder sexuelle Phantasien ausgelöst werden. Diese Orgasmen werden hier als unerwünschte Orgasmen bezeichnet, auch wenn sie, zumindest teilweise, auch positiv erlebt werden. Ein historisches Beispiel schildert Georg Ludwig Kobelt (1844, 58):

Abb. 1: Der Gesichtsausdruck der Heiligen Theresa in ihrer religiösen Verzückung im Werk von Gian Lorenzo Bernini (1598–1680) wurde schon zurzeit ihrer Entstehung 1646 als Orgasmusmimik gedeutet. Der französische Enzyklopädist Charles de Brosses (1709–1777) spottete darüber: „Ah, wenn das die göttliche Liebe ist, dann kenne ich sie!“ (zit.n. Bloch, 1907, 119)

> „Eine lebenskräftige junge Frau klagte einem meiner Freunde, einem Arzte, dass sie an ihrem Eheherren keine Befriedigung finde, und in Folge dessen während ihrer weiblichen Arbeiten öfter von heftigem Geschlechtsdrange geplagt werde, wobei sie ohne ihr Zuthun dieselben rhythmischen Zuckungen und explodirenden Erschütterungen empfinde, wie bei der Begattung.“

Leider hat Kobelt keine Angaben darüber gemacht, ob die junge Frau die Orgasmen genießen konnte oder eher darunter litt. In diesem Fall dürfte die mangelnde Befriedigung eine hohe sexuelle Motivation erzeugt haben. Bereits normale Hausarbeit führte anscheinend zu einer mechanischen Stimulation der Klitoris, welche zur Auslösung von Orgasmen führte. Während dieser Fall gut nachvollziehbar ist und noch „im Normalbereich“ sexueller Reaktion liegen dürfte, können spontan und sehr häufig auftretende unerwünschte Erregung und Orgasmen zu großem Leiden der Betroffenen führen, wie der folgende Fall zeigt.

Fallbeschreibung

Eine 34-jährige Patientin stellt sich in der sexualmedizinisch-psychosomatischen Ambulanz vor mit den Worten: „Ich war schon bei 7 Ärzten!“

Die Patientin berichtet, sie habe viel Stress. Seit 9 Tagen habe sie ein unangenehmes Gefühl im Intimbereich, was zunehmend mehr geworden sei. Sie sei körperlich erregt im Genitalbereich, so „wie kurz vor dem Orgasmus“. „Lust im Kopf“ habe sie nicht. Ihr Ehemann habe – nach Aufforderung durch sie – dann durch weitere Stimulation einen Orgasmus ausgelöst, der die Erregung kurzfristig habe sistieren lassen. Am nächsten Morgen habe es jedoch wieder begonnen. Sie habe den ganzen Tag eine Dauererregung verspürt. Nach Masturbation sei sie nur für 2–3 Stunden zur Ruhe gekommen. Dann habe sie auch nachts das Erregungsgefühl gespürt und es sei zu 23 Spontanorgasmen während der Nacht gekommen. Sie sei immer wieder wach geworden. Sie habe dann zunehmend mehr Muskelkater und Schmerzen entwickelt, sodass sie sich in die gynäkologische Ambulanz habe überweisen lassen. Dort habe eine gynäkologische Untersuchung eine leichte Rötung im Introitusbereich, einen Fluor albus und eine unauffällige gynäkologische Ultraschalluntersuchung ergeben. In der zentralen Notaufnahme im Kreiskrankenhaus hätte sie 11 Orgasmen in 30 Minuten gezählt. Man habe ihr ein Muskelrelaxans und ein Schmerzmittel gespritzt. Nach Verlegung in die gynäkologische Abteilung habe man versucht, mit einem Betäubungsgel zu helfen. Nach Ausschluss gynäkologischer Ursachen sei dann eine neurologische Vorstellung angedacht gewesen und ggf. eine MRT-Untersuchung des Schädels. Nun hatte sie sich aber hilfesuchend an ihren Psychiater gewandt. Er hatte nach Rücksprache mit uns ihr seit 2 Tagen Risperidon 1 mg verschrieben, was sie ruhiger gemacht habe. Die Dauererregung sei noch vorhanden, die Frequenz der Orgasmen hätte jedoch deutlich abgenommen und sie hätte am heutigen Untersuchungstag seit 8 Uhr bis 15 Uhr lediglich 8 Orgasmen gezählt.

Als Auslöser für die aktuelle Symptomatik schildert sie, dass vor 10 Tagen ihr psychisch schwerkranker bipolarer Vater, für den sie die Betreuung habe, einen Suizid angedroht habe. Das hätte sie massiv gestresst. Ansonsten wird die Familie eher idealisiert dargestellt. Die Ehe sei stabil und der Ehemann sehr unterstützend.

Zur weiteren Vorgeschichte berichtet sie, dass sie früher unter Citalopram (Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) während der Einnahme abends eine Dauererregung bekommen habe; nach dem Absetzen von Citalopram sei diese wieder verschwunden. Sie kenne seit dem „Teenie-Alter“, dass sie beim Spinning, Kraftsport und Laufen eine vermehrte genitale Erregung und ein Pulsieren verspüre. Nach dem Sport habe die Symptomatik aber immer wieder aufgehört. Mit ca. 14 Jahren habe man bei ihr die Diagnose einer „emotional instabilen Persönlichkeitsstörung“ gestellt. Heute habe sie „sehr wohl schwankende Gefühle“, würde morgens „energetisch aufwachen“, „aber rasch sehr bald in Müdigkeit verfallen“. Derzeit nehme sie Risperidon 1 mg/d und sei bereit es auf 2 mg/d zu steigern, um die Symptome weiter zu reduzieren.

Sexualanamnese

Erste sexuelle Erfahrungen mit einem Partner habe sie mit 15 Jahren gemacht. Sie habe sich vorab „beraten lassen", sich „mit der Mutter abgesprochen" und auch „die Pille" genommen. Sie habe Sexualität nie als grenzverletzend erlebt. In der partnerschaftlichen Sexualität sei sie lange nicht orgasmusfähig gewesen, sondern erst mit ihrem jetzigen Mann. Bei masturbatorischen Aktivitäten sei es ihr jedoch immer gut gelungen, einen Orgasmus zu bekommen. Traumatische sexuelle Erlebnisse oder Gewalterfahrungen werden von ihr negiert. Sie habe auch keine Schmerzsymptomatik oder vaginistischen Reaktionen gehabt. Derzeit würde ein IUP (Intra Uterin Pessar) zur Kontrazeption genutzt.

Der psychische Befund zeigte einen sehr hohen Leidensdruck, eine mittelschwere depressive Symptomatik mit deutlicher Erschöpfung, innerer Leere und innerer Anspannung und Beschämung, aber keine Suizidalität.

Während des Gesprächs musste die Patientin sich ein paar Minuten abwenden, um das Abflauen einer orgastischen Erregung abzuwarten.

Diagnosen

- Syndrom der persistierenden genitalen Erregung (sonstige sexuelle Funktionsstörung, nicht verursacht durch organische Störung) mit multiplen Spontanorgasmen (ICD-10 F52.8)
- Mindestens mittelschwere depressive Episode (ICD-10 F32.1)
- Anamnestisch bekannte emotionale instabile Persönlichkeit vom Borderline Typ, (ICD-10 F60.31) sowie anamnestisch dissoziativer Stupor (ICD-10 F44.2) (stationäre Behandlung vor 18 J)

Behandlung und weitere Diagnostik

Die nach Rücksprache mit dem behandelnden Psychiater begonnene Risperidon-Behandlung mit 1 mg hatte der Patientin offensichtlich schon etwas Erleichterung gebracht. Sie beschrieb eine reduzierte innere Anspannung und eine Reduktion der Erregungsgefühle. In zwei weiteren Telefonaten berichtete die Patientin zunächst, dass die Symptomatik sich unter Stress verstärkt habe, so dass wir auf 2 mg Risperidon steigerten. Unter dieser Medikation konnte die Patientin wieder durchschlafen und zählte ca. 8 Orgasmen pro Tag. Sie war zunächst auch motiviert zu einer (ggf. stationären) psychotherapeutischen Behandlung der depressiven Symptomatik. Nach Reduktion der Spontanorgasmen unter der o.g. Medikation blieb die Motivation für eine Psychotherapie jedoch sehr ambivalent. Die angebotene stationäre Psychotherapie bei uns hat die Patientin dann nicht umgesetzt.

Wir empfahlen zudem eine weitere bildgebende Diagnostik des Beckens und eine neurologische Abklärung und ggf. ein MRT des Schädels. (Ein MRT des Schädels war 2 Jahre zuvor o.B. gewesen.)

Anatomie und Physiologie der klitoralen Erektion und Generierung der sexuellen Erregung

Das zentrale Organ für die Generierung der weiblichen sexuellen Erregung und die Auslösung des Orgasmus ist das Bulbo-Klitoralorgan, hier kurz als Klitoris bezeichnet (Haag-Wackernagel, 2021b). Dieser Organkomplex besteht aus verschiedenen, miteinander verbundenen erektilen Geweben. Dabei sind die Corpora cavernosa, welche aus den beiden Klitorisschenkeln sowie dem Klitoriskörper bestehen, für die klitorale Erektion verantwortlich. Der intrakavernöse Druck während der sexuellen Erregung ist das Resultat eines Gleichgewichts zwischen dem arteriellen Perfusionsdruck und dem Widerstand des venösen Blutabflusses. Mit ansteigender Erregung bewirkt die parasympathische Stimulation die Gefäßdilatation der Klitorisarterien (Yeung & Pauls, 2016). Bei der Erektion wird das subalbuginöse Venengeflecht, das unterhalb der Tunica albuginea liegt, komprimiert, was zu einem Blutstau führt (Di Marino & Lepidi, 2014). Bei Stimulation der beiden Kavernosusnerven (Nn. cavernosi clitoridis), welche für die vegetative Versorgung der Schwellkörper verantwortlich sind, verdoppelt sich der intrakavernöse Druck und fällt innerhalb von Sekunden nach Beendigung der Stimulation wieder ab.

Der erhöhte Druck in den Schwellkörpern überträgt sich auf die Klitoriseichel, welche dem distalen Ende der erektilen Schwellkörper, dem absteigenden Klitoriskörper, wie eine Kappe aufsitzt. Der Druck bewirkt eine Schwellenerniedrigung der für die Generierung der sexuellen Erregung verantwortlichen sensorischen Nervenendigungen, der Genitalkörperchen und der Vater-Pacini Körperchen, welche in der Klitoriseichel ihre höchste bekannte Dichte erreichen. Die erregungsbedingte Erhöhung der Durchblutung der äußeren Genitalien führt im Weiteren zu einer Druckerhöhung in den mit der Klitoris verbundenen sensiblen Strukturen wie z.B. den inneren Vulvalippen, der Klitorisvorhaut und dem Vestibulum, deren Mechanorezeptoren ebenfalls aktiviert werden. Die Erregungsmuster dieser „Lustrezeptoren" werden über das Rückenmark in die entsprechende Areale der Gehirns geleitet, wo der Orgasmus ausgelöst wird (vgl. Haag-Wackernagel, 2021c). Die alleinige Druckerhöhung in den sensiblen Geweben der Vulva kann unabhängig von sexueller Motivation und sexuellen Fantasien, über eine Schwellenerniedrigung der Genital- und Vater-Pacini Körperchen, zum Aufbau von Erregung bis zum Orgasmus führen. Diese erfolgen somit rein hydraulisch-mechanisch

und sind bei häufigem und länger dauerndem Auftreten unerwünscht bis schmerzhaft.

Unerwünschte Orgasmen können bei den betroffenen Frauen zu beträchtlichem Leiden führen (Goldstein et al., 2021). Der physiologische Orgasmusreflex löst sympathisch innerviert die rhythmische Kontraktion der Beckenbodenmuskulatur (Muskelkontraktion im Becken) sowie der Muskeln des Bulbo-Klitoralorgans, der M. ischiocavernosus und M. bulbospongious, aus. Durch Erhöhung der zentralen Serotoninspiegel und Erniedrigung von Dopamin kommt es dann zur Rückbildung und sympathischen Gefäßkonstriktion der Arterien (Yeung & Pauls, 2016).

Spontane Orgasmen – ein hydraulisch-mechanisches Problem?

Sexuelle Dysfunktion der Frau sind nach Goldstein et al. (2005) v.a. auf Abnormitäten des zentralen und peripheren Nervensystems, des hormonellen Milieus und/oder des vaskulären Systems zurückzuführen. Als unerwünscht werden sexuelle Erregung und Orgasmen dann bezeichnet, wenn vorher keine sexuellen Fantasien stattgefunden haben. Unerwünschte Orgasmen können von den betroffenen Frauen vom genießerischen Erleben über neutrales Akzeptieren bis zum belastenden Leiden mit Suizidgedanken sehr unterschiedlich wahrgenommen werden.

Unerwünschte Orgasmen können im Rahmen der „normalen“ Physiologie, oder als Krankheitsbilder auftreten. Nach Goldstein et al. (2021) sind dies der klitorale Priapismus sowie die PGAD/GPG (Persistent Genital Arousal Disorder/Genito-Pelvic Dysesthesia), die auf Deutsch als „anhaltende genitale Erregung“ bezeichnet wird.

> „Eine abnormale Vergrösserung der Klitoris macht die Frauen hässlich und verursacht grosse Scham und Verlegenheit. Reibung an der Kleidung führt zu unerwünschter Erregung, erregt zu Geilheit was sie in die Arme eines Mannes treibt, erfasst von Verrücktheit, oder noch schlimmer, dass sie mit anderen Frauen kopulieren und sich so selber beschmutzen, indem beide aktiv und passiv zugleich sind.“ (Reinier de Graaf, 1672, III, 20)

Wie obenstehendes Zitat zeigt, wurden unerwünschte Orgasmen bereits vor 350 Jahren als medizinisches Problem betrachtet, welches zu dieser Zeit durch eine Klitorisexzision behoben wurde, – unter anderem auch deshalb, weil eine zu grosse Klitoris dem Penis beim Koitus im Weg war und so den „weiblichen Garten vor dem männlichen Angriff schützte“ (De Graaf, 1672).

Unerwünschte oder zumindest nicht direkt beabsichtigte Orgasmen nicht pathologischer Genese sind auch heute noch ein Thema. Unerwünschte Erregung und Orgasmen können durch verschiedene Arten mechanischer Stimulation verursacht werden. Dazu gehören die Erregung und Orgasmen durch sportliche Betätigung, Geburtsorgasmen, Stillorgasmen sowie Erregung und Orgasmen durch nicht einvernehmliche sexuelle Stimulation z.B. durch penetrierenden sexuellen Missbrauch.

Sportorgasmen

Herbenick u. Fortenberry (2011) bezeichnen sexuelle Erregung, welche bei sportlichen Betätigungen entsteht, als Exercise Induced Sexual Pleasure (EISP). EISP ist oft mit erotischen Vorstellungen und Phantasien verbunden, seltener mit Vokalisation (spontane Lautäußerungen wie z.B. Stöhnen) und Lubrikation, und ist nicht unbedingt unerwünscht, sondern führt oft zu beglückenden Erfahrungen. EIO (Exercise Induced Orgasms) sind Orgasmen die spontan, ungewollt und außerhalb sexueller Kontexte entstehen. Sie sind seltener mit Phantasien und erotischen Vorstellungen, und öfters mit Vokalisationen, Lubrikation und weiblicher Ejakulation verbunden. Obwohl die meisten Frauen in der Studie von Herbenick u. Fortenberry (2011) angaben, dass sie diese Erfahrungen genießen konnten, schämten sich viele auch aus der Angst heraus, jemand könnte ihre Erregung bemerkt haben. Erregung und Orgasmen durch Sport sind relativ häufig und normal. Die Prävalenz von Sportorgasmen dürfte nach Herbenick u. Fortenberry (2011) über 5 % liegen.

Am häufigsten führte Training der Bauchmuskeln zu Sportorgasmen, wie bei Sit-ups, Crunches und ähnlichen Übungen. Ebenfalls häufig wurden Klettern, Biking und Spinning, Gewichtheben und Laufen genannt. Für Orgasmen, welche bei Yogaübungen auftreten, wurde sogar der Begriff „Yogasmus“ geprägt (Herbenick & Fortenberry, 2011).

Bei den genannten Sportarten wird die Bauch- und auch die Beckenbodenmuskulatur angespannt, was zu einer Druckerhöhung im Bulbo-Klitoralorgan führen dürfte. Zudem bewirken die Bewegungen der Oberschenkel eine indirekte Massage der Klitoriseichel, was diese Orgasmen erklären könnte. Die Aktivierung des Sympathicus kann beim Sport zu einem erhöhten arteriellen Blutfluss in den äusseren Genitalien führen. Die dadurch hervorgerufene Druckerhöhung kann zu einer Aktivierung der für die Generierung der Lust verantwortlichen sensorischen Nervenendigungen führen, welche die Sportorgasmen auslösen können (Meston & Gorzalka, 1995; Meston, 2000; Haag-Wackernagel, 2022).

Geburtsorgasmen

Stark tabuisiert sind Orgasmen, welche während der Geburt auftreten können. Eine Umfrage von Postel (2013) bei französischen Hebammen ergab, dass bei 0,3 % Geburten (n = 206.000 Geburten) sexuelle Erregung bis zum Orgasmus beobachtet wurde. Bei Anwendung einer Periduralanästhesie traten keine

Erregung und Orgasmen auf. Das ist dadurch zu erklären, dass bei einer Blockierung der Reizleitung des N. pudendus auch der dorsale Klitorisnerv betroffen ist, welcher die Klitoris und die Klitoriseichel sensorisch versorgt.

87 % der Hebammen wussten, dass sexuelle Erregung und Orgasmen bei Geburten auftreten können. Eine mechanische Erklärung dieses Phänomens gibt Luschka (1863), der die Komprimierung der Vorhofbulben beim Geburtsvorgang beschrieb, welche zu einer Druckerhöhung in der Klitoris und der Klitoriseichel führen dürfte, was wiederum zu einer Schwellenerniedrigung der Genital- und Vater-Pacini-Körperchen und eventuell deren direkte Stimulation bewirken könnte. Nach Postel (2013) dürfte die Tabuisierung sexueller Erregung und von Orgasmen bei der Geburt mit der Unvereinbarkeit zwischen sexueller Lust und der Mutterrolle zusammenhängen.

Die Geburt ist eine Gratwanderung zwischen Lust und Schmerz. Bei kurzer Austreibungsphase und nicht zu großem kindlichem Kopf dürfte durch Druck auf das Bulbo-Klitoralorgan diese kurze Geburtsphase als lustvoll erlebt werden und unmittelbar nach Austritt des Kopfes mit dem Gefühl „es geschafft zu haben“ durch Endorphinausschüttung wesentlich verstärkt werden. Eine weitere Verstärkung des Lust-Glücksgefühls lässt sich kurz danach beobachten, wenn das Kind der Mutter an die Brust gelegt wird, was durch die starke Ausschüttung von Oxytocin verursacht wird. Trotz manchmal erschöpfender langer Geburt sind Frauen unmittelbar danach hellwach, um sich dem Kind zu widmen.

Stillorgasmen

Eine erste Erwähnung, dass der Saugakt bei Frauen „wollüstige geschlechtliche Empfindungen begünstigt“ findet sich im 18. Jh. bei Pierre J. G. Cabanis (Ellis, 1912). Féré (1899) berichtete von einer Frau, welche niemals außer beim Säugen der Kinder sexuelle Lustgefühle gehabt hatte. Hyrtl (1860) zitiert eine Beobachtung von V. Hildenbrandt, bei der sich ein Mädchen „von ihrem Liebhaber die Brüste aussaugen ließ und es später durch Zerren an ihnen dahin brachte, das Saugen mit dem eigenen Munde vorzunehmen, was ihr die angenehmsten Gefühle verursachte“ (520). Er wertete dies als eine besondere Anomalie des Geschlechtstriebes, welche er als *Suctustupratio* bezeichnete, was Schändung durch Saugen bedeutet.[1]

Die Brust und die Brustwarzen gehören bei beiden Geschlechtern zu den erogenen Zonen. Für die Erzeugung der Erregung dürften die Genitalkörperchen der Brustwarzen verantwortlich sein, welche durch die Erektion während des Stillens und das Saugen stimuliert werden (Haag-Wackernagel, 2022).

Frauen, welche durch das Stillen sexuell erregt werden, sollten darüber informiert werden, dass es sich dabei um eine normale Reaktion handelt, auch wenn diese nicht bei allen Frauen auftritt (Polomeno, 1999). Die Autorin erwähnt zudem, dass sich Frauen wegen ihrer sexuellen Erregung oft schuldig fühlen und das Stillen deshalb vorzeitig abbrechen würden.

Wegen lustvoller Gefühle beim Stillen verlängern nicht wenige Frauen heutzutage ihre Stillzeit, wobei sie auf Nachfrage dazu verschiedenste Erklärungen parat haben: „Meine Tochter/mein Sohn, die brauchen das noch […] Ich kann ihnen das doch nicht vorenthalten […] Wenn sie nachts weinend in Schlafzimmer kommen, muss ich sie doch trösten und an die Brust nehmen.“ Psychotherapeutisch geschulte Gynäkolog_innen wissen, dass bei deutlich verlängerter Stillzeit die Partnerbeziehung nicht unerheblich gestört werden, und dies bis zur Trennung der Partner führen kann.

Stillorgasmen sind immer noch stark tabuisiert. Eine Frau, welche auf einer Website von ihren Stillorgasmen berichtete, wurde in den nachfolgenden Kommentaren auf das heftigste vor allem von anderen Frauen angegriffen und unter anderem als pädophil und abartig beschimpft.

Andererseits berichten Frauen auch von lustvollen Gefühlen beim Stillen ohne Schuldgefühle (Beichthaus, 2019). Vonier (2006) wertet Stillorgasmen sogar als weise Einrichtung der Natur zum Besten der Nachkommenschaft. Im Gegensatz dazu führt die Autorin aber auch Beispiele religiöser Kreise an, welche Stillorgasmen als Kindsmissbrauch bewerten. Ärzte und Ärztinnen würden das Abstillen empfehlen, um zu verhindern, dass es ansonsten zu „perversen Beziehungen“ komme. In einem Fall wurde eine Mutter in den USA wegen Kindesmissbrauch angezeigt, weil sie gestand, beim Stillen Lustempfindungen zu haben.[2]

Erregung und Orgasmen bei nicht einvernehmlicher sexueller Stimulation

Eine unerwünschte oder nicht einvernehmliche sexuelle Stimulation wie beim sexuellen Missbrauch kann auch gegen den Willen der Betroffenen über autonome Reflexe zu sexueller Erregung und zum Orgasmus führen. Nach Levin und van Berlo (2004) sind alle Orgasmen unwillkürliche Reflexe, da sie normalerweise nicht durch den Willen hervorgerufen werden können, sondern einen sexuellen Stimulus benötigen. Dieser Stimulus kann mechanische, sinnliche, aber auch andere Qualitäten haben, wie z.B. Angst oder die Phantasie der Unterwerfung.

---

1 Dieses Beispiel zeigt auch, wie streng zu dieser Zeit alle Varianten des Liebesspiels, welche nicht direkt mit der Zeugung verbunden waren, verurteilt wurden. Das Wort Masturbation hat eine ähnliche Herkunft. Es bildete sich aus manu stupratio, also Schändung mit der Hand.

2 Nach Paterson et al. (2012) können beschnittene Frauen nach FGM/C (Female Genital Mutilation/Cutting) durch Stimulation ihrer Brustwarzen Orgasmen erleben und so die Funktion der fehlenden Klitoriseichel in gewissem Ausmass kompensieren. Nach Okonofua et al. (2002) bezeichneten 63 % der beschnittenen Frauen ihre Brüste als den sensibelsten Teil ihres Körpers.

Bei Angstzuständen ist der „Erregungstransfer“ (excitation transfer) von Bedeutung. Die durch Angstzustände hervorgerufene zentrale und periphere Aktivierung verstärkt die Erregungsreaktionen auf sexuelle Reize. Eine geringe zentrale Hemmung der Hemmung im Frontalhirn kann dann einen Erregungstransfer ohne die sonst vorhandene gegenläufige Hemmungswirkung ermöglichen (Bancroft et al., 2009).

Aus psychotherapeutischer Erfahrung wissen wir, dass eine in der Kindheit erworbene Koppelung von sexueller Erregung und Angst z.B. bei sexuellem Kindesmissbrauch entstehen kann. Dies erklärt, warum im Erwachsenenalter gefährliche Situationen auch als erregend erlebt werden können. Frauen mit sexuellem Kindesmissbrauch in der Vorgeschichte praktizieren häufiger riskantes sexuelles Verhalten. Deviante sexuelle Praktiken wie z.B. Sadomasochismus oder Würgen beim Sexualakt, zeigen, dass eine bedrohliche Situation sexuell erregend wirken kann. Oft bedeutet dies eine unbewusste Wiederholung traumatischer Erlebnisse.

Dazu passend wäre die Beobachtung, dass Frauen durch zentrale Erregung über eine Sympathicusaktivierung relativ unspezifisch mit erhöhter genitaler Durchblutung und der damit verbundenen Lubrikation reagieren (Chivers, 2017). Die „Vorbereitungshypothese“ sagt aus, dass sexuelle Stimuli bzw. sexuell geladene Stimmungen zu einer vaginalen Vasokongestion und genitaler Lubrikation in der Art eines Schutzreflexes führen, um Verletzungen während einer gewollten oder ungewollten vaginalen Penetration zu vermeiden (Suschinsky et al., 2009). Die juristische Verteidigung eines Täters, beispielsweise nach einer Vergewaltigung, welche darauf aufbaut, dass der Nachweis von genitaler Erregung und eines Orgasmus ein Einverständnis zur Stimulation bedeute, kann nicht aufrecht erhalten werden und darf vor Gericht nicht berücksichtigt werden (Levin & van Berlo, 2004).

Klitoraler Priapismus

Störungen des Gleichgewichts zwischen venösem Blutabfluss und arteriellem Blutzufluss zu den erektilen Schwellkörpern können zu einer Dauererektion, dem Priapismus führen (Abb. 2). Der Priapismus wird als mindestens 4 bzw. 6 Stunden andauernde unerwünschte Erektion definiert, welche nicht in Zusammenhang mit sexueller Erregung steht und nach einem Orgasmus nicht verschwindet (Arntzen & de Boer, 2006). Der klitorale Priapismus ist im Gegensatz zu dem des Mannes nur schlecht untersucht, da bei Unterleibsschmerzen meist keine Nachfrage nach Symptomen des Priapismus erfolgt. Er dürfte etwa gleich selten auftreten, wie der des Mannes mit 1,5 pro 100.000 Personen pro Jahr (Eland et al., 2001).

Die häufigste Form ist der klitorale ischämische Low-flow-Priapismus (Goldstein, 2005), der beim Mann in 80–90 % der Priapismusfälle auftritt (van der Horst & Jünemann, 2007). Er kann durch eine Obstruktion der ableitenden Venen, z.B. durch metastasierende invasive Karzinome (DiGiorgi et al., 2004), entstehen. Der behinderte Abfluss führt zu einer Abnahme des Sauerstoffgehaltes in den Geweben, was zu irreversiblen Veränderungen der glatten Schwellkörpermuskulatur und den Trabekeln führt und schlussendlich in einer Fibrose endet. Der klitorale Low-flow Priapismus äußert sich durch akute Klitorisschmerzen und stellt einen Notfall dar, der sofort behandelt werden muss, um irreversible Schäden der genitalen Gewebe zu verhindern. Zur Behandlung des klitoralen Priapismus siehe Goldstein (2014).

Beim High-flow-Priapismus findet durch eine Relaxation der glatten Muskulatur ein erhöhter arterieller Einstrom in die erektilen klitoralen Schwellkörper statt, der zu einer Erektion führt. Eine persistierende Entspannung der glatten Muskulatur der erektilen Schwellkörper kann z.B. durch Medikamente mit psychotropen Wirkstoffen verursacht werden. Diese Form des Priapismus ist meist schmerzfrei und verursacht keine irreversiblen Schäden (van der Horst & Jünemann, 2007).

Persistierende genitale Erregungsstörung und Dysästhesie im Genital- und Beckenbereich – Persistent Genital Arousal Disorder/Genito-Pelvic Dysesthesia (PGAD/GPD)

Im Jahr 2001 berichteten Leiblum und Nathan erstmals über ein „persistierendes sexuelles Erregungssyndrom“ (PSAS) in einer Fallserie von 5 Frauen. Die Symptome waren eine persistierende genitale Erregung, ohne bewusstes sexuelles Verlangen oder erotischer Gefühle und ohne klare medizinische oder psychologische Ursache (Leiblum & Nathan, 2001). Im Jahr 2006 änderten Leiblum et al. die Bezeichnung dieser Erkrankung in „persistierende genitale Erregungsstörung“ (PGAD), auch weil es sich eher um eine genitale als sexuelle Erregung handelte. Ohne klare Krankheitsmodelle für die Symptomatik waren therapeutische Versuche wenig erfolgreich, so dass den Patientinnen, die einen hohen Leidensdruck, Stress und sogar Suizidgedanken entwickelten, nicht effektiv geholfen werden konnte. Daher überarbeitete 2021 die Konsensuskonferenz der ISSWSH (International Society for the Study of Women's Sexual Health) die Definition der Erkrankung, pathophysiologische Modelle wie auch diagnostische und therapeutische Strategien erneut. Hierbei wurden die Symptome der „genito-pelvinen Dysästhesien“ zum Krankheitssyndrom ergänzt und der Name zu „persistierende genitale Erregungsstörung/Genito-Pelvine Dysästhesie“ (PGAD/GPD) erweitert.

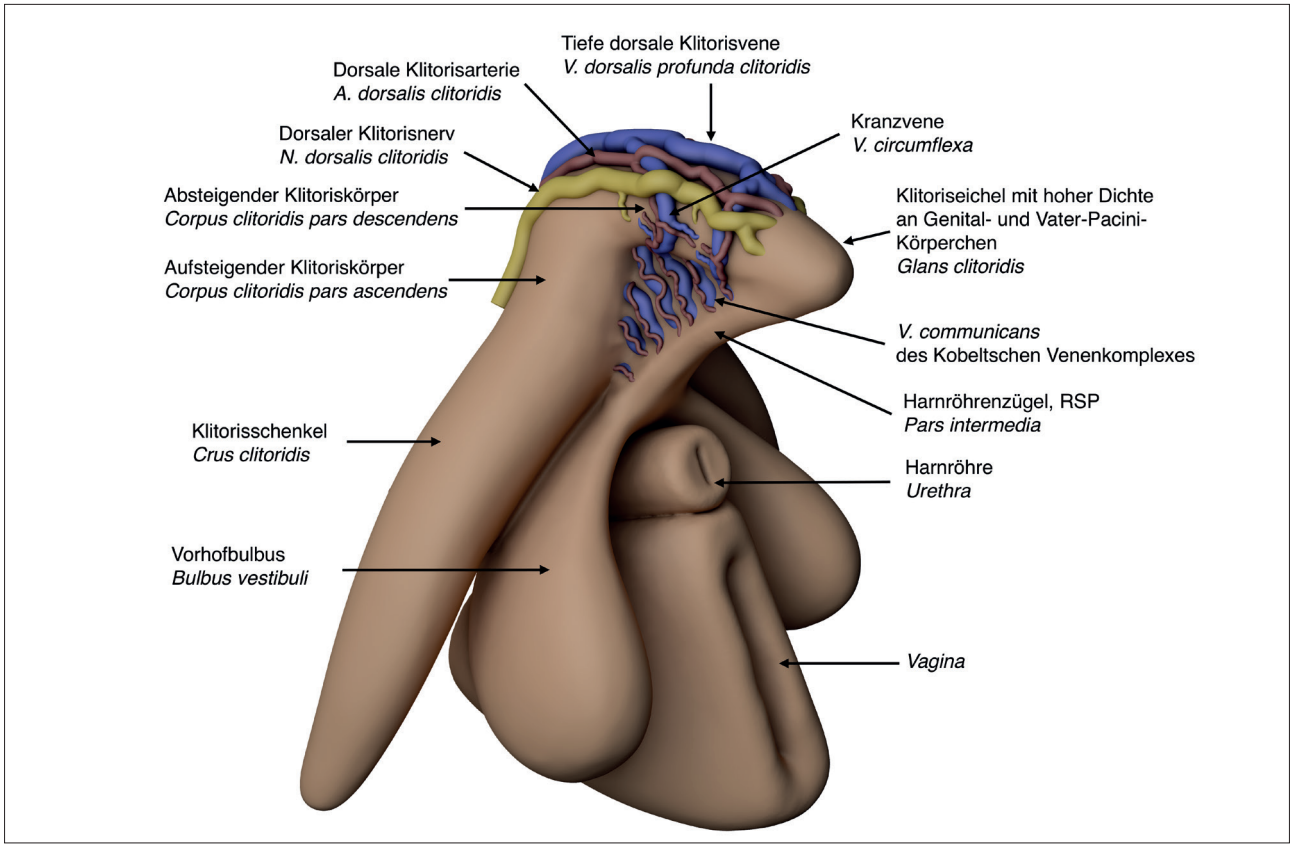


Abb. 2: Vereinfachte Darstellung des klitoralen Low-flow und High-flow Priapismus nach dem 3D-Modell „Bulbo-Klitoralorgan Gefäße + Nerven“ von Haag-Wackernagel. Die Gefäßversorgung des Bulbo-Klitoralorgans ist einerseits für die Versorgung der Gewebe, andererseits für die klitorale Erektion verantwortlich. Die arterielle Versorgung der äußeren weiblichen Genitalien erfolgt über die Arteria pudenda interna, welche verschiedene Äste abgibt. Die Muskeln der Vorhofbulben werden von der A. perinealis, die Schwellkörper der Vorhofbulben von der A. bulbi vestibuli versorgt. Die paarigen tiefen Klitorisarterien (Aa. profundae clitoridis) dringen in den Klitoriskörper ein und verzweigen sich in die Rankenarterien (Aa. helicinae), welche in die arteriellen Kavernen der erektilen Schwellkörper (Corpora cavernosa) führen. Der Endast der A. pudenda interna, die dorsale Klitorisarterie (A. dorsalis clitoridis), verläuft zusammen mit dem dorsalen Klitorisnerv (N. dorsalis clitoridis) über den Rücken des aufsteigenden Klitoriskörpers, durch das suspensorische Ligament hindurch und dann entlang des absteigenden Klitoriskörpers zur Klitoriseichel. Sie versorgt die Tunica albuginea, die perikavernösen bindegewebigen Strukturen des Bulbo-Klitoralorgans sowie die Klitoriseichel und den Klitorishut. Die venöse Drainage der Kavernen erfolgt über Venolen in die Sperrvenen, welche ihrerseits von den Emissarvenen durch die Tunica albuginea hindurch in die Kranzvenen (Vv. circumflexae) und diese dann in die voluminöse tiefe dorsale Klitorisvene (V. dorsalis profunda clitoridis) abgeleitet werden. Bei der normalen physiologischen Erregung entspannt sich die glatte Muskulatur in den Corpora cavernosa der Klitorisschenkel und des Klitoriskörpers, so dass Blut in die arteriellen Kavernen einfließen kann. Die ableitenden Venolen und Sperrvenen werden durch die Druckerhöhung an die Tunica albuginea gepresst, was zu einem Blutstau und damit zur klitoralen Erektion führt. Dabei steigt der Druck auf die sensorischen Nervenendigungen der Klitoris und vor allem der Klitoriseichel. Durch den erhöhten Druck wird die Reizschwelle dieser Lustrezeptoren gesenkt und es entstehen Reizmuster, welche im Gehirn als sexuelle Erregung interpretiert und zur Auslösung des Orgasmus führen kann. Gleichzeitig führen Erektionsreflexe zu einer verstärkten Durchblutung der gesamten äußeren Genitalien. Beim ischämischen oder Low-flow Priapismus führt eine Obstruktion der ableitenden Venen, beispielsweise der tiefen dorsalen Klitorisvene, zu einem Blutstau mit Sauerstoffmangel in den Geweben, der bereits nach 4 Stunden zu irreversiblen Schädigungen führen kann. Beim High-flow Priapismus können verschiedene Faktoren zu einem verstärkten arteriellen Zufluss in die Schwellkörper führen, so dass der venöse Abfluss nicht mehr gewährleistet ist und sich das Blut staut. Da ein Zufluss an sauerstoffreichem Blut gewährleistet ist, führt der High-flow Priapismus nicht zu einer Schädigung der Gewebe.

Folgende Kriterien legte die Konsensuskonferenz fest:

PGAD/GPD Kriterien nach Goldstein et al., 2021

- Anhaltende oder wiederkehrende, unerwünschte oder aufdringliche, belastende Empfindungen genitaler Erregung
- Dauer von ≥ 3 Monaten
- Die Symptomatik kann auch andere Arten von Dysästhesien im Genitalbereich umfassen (z.B. Summen, Kribbeln, Brennen, Zucken, Jucken, Schmerzen)
- Am häufigsten werden die Symptome in der Klitoris wahrgenommen, aber auch in anderen genito-pelvinen Regionen (z.B. Schamhügel, Vulva, Vestibulum, Vagina, Urethra, Dammbereich, Blase und/oder Rektum)
- Die Symptomatik kann das Gefühl beinhalten, kurz vor dem Orgasmus zu stehen, unkontrollierbare Orgasmen zu erleben und/oder eine übermäßige Anzahl von Orgasmen zu haben
- Die Symptomatik ist nicht mit gleichzeitigem sexuellem Interesse sowie sexuellen Gedanken oder Fantasien verbunden

Begleitsymptome/Begleitumstände

- Sexuelle Aktivität führt nur zu begrenzter oder zu fehlender Erleichterung, oder zu einer Verschlimmerung der Symptome
- Beeinträchtigte Orgasmusqualität (z.B. aversiv, beeinträchtigt, veränderte Häufigkeit, Intensität, Zeitpunkt und/oder Vergnügen)
- Verschlimmerung der genito-pelvinen Dysästhesien durch bestimmte Umstände (z.B. Sitzen, Autofahren, Musik oder Geräusche, allgemeine Ängstlichkeit, Stress oder Nervosität)
- Verzweiflung, emotionale Labilität, Katastrophisierung und/oder Suizidgedanken
- Bei der körperlichen Untersuchung fehlen meistens Anzeichen genitaler Erregung (genitale Lubrikation, Anschwellen von Klitoris oder Schamlippen).

Da nun das Kriterium einer physiologischen genitalen Erregung nicht mehr als Charakteristikum beschrieben ist, könnte das Syndrom in seiner Vielfältigkeit noch schwerer handhabbar werden. Wir konzentrieren uns daher auf Patientinnen mit genitaler Dauererregung (Leiblum & Nathan, 2001).

Die oben beschriebenen genitalen Erregungsphänomene haben keinen Zusammenhang mit erotischen Handlungen oder Gefühlen. Frauen beschreiben allerdings, dass sie sich, um Erleichterung zu erfahren, und die Erregung zu limitieren, selbst bis zum Orgasmus stimulieren bzw. stimulieren lassen. Oft bringt das aber – wie auch im erwähnten Fall – nur kurzfristige Erleichterung. Manche Frauen erleben auch wiederkehrende spontane Orgasmen, welche sie willentlich nicht beeinflussen können. Oft entsteht dadurch ein hoher Leidensdruck.

Die Prävalenz der PGAD liegt nach Jackowich et al. (2016) zwischen 0,5 und 6,7 %. Es sind also weit mehr Frauen betroffen, als man gemeinhin annehmen würde. Trotzdem wird das Krankheitssyndrom in den Lehrbüchern der Sexualmedizin und Gynäkologie nicht erwähnt und wird daher von vielen Ärztinnen und Ärzten auch nicht erkannt.

In einer Arbeit von Jackowich et al. (2017) wurden 115 Frauen mit Symptomen der Dauererregung online befragt, um Zusammenhänge und Komorbiditäten darzustellen. 25 % der Frauen berichteten den Beginn der PGAD bereits in der Kindheit. Jede dritte Frau schilderte spontane Orgasmen, die tags und/oder nachts ohne Bezug auf sexuelle Auslöser auftraten.

In der Arbeit von Jackowich und Mitarbeitern wird belastender Stress als einer der häufigsten Ko-Faktoren benannt, neben negativen Gefühlen (Depression, Angst, Katastrophisieren, Frustration und Traurigkeit). Von medizinischer Seite sah man bei jeder vierten Frau ein Restless Leg Syndrom (RLS), häufig lagen auch eine temporo-mandibuläre Dysfunktion, oft eine Reizblase, chronische Unterbauchschmerzen und chronische Obstipation vor. Häufige komorbide Symptome waren Ruheschmerzen in Vulva und Klitoris, sowie Dyspareunie. Nach Goldstein et al. (2005) kann die PGAD als klitoraler High-flow Priapismus betrachten werden. Die Ursachen für dieses Syndrom sind sehr vielfältig.

Bekannt ist auch eine vermehrte Erregung unter bestimmten Psychopharmaka, vor allem Antidepressiva (SSRI). Beschrieben sind Zusammenhänge mit endokrinologischen Veränderungen, Erkrankungen im Bereich des Beckenbodens, angiologischen Veränderungen von pelvinen Venen und Arterien und neurologischen Erkrankungen, z.B. cystischen Veränderungen im Sakralmark (Tarlov-Zysten) (Komisaruk & Lee, 2012). Mögliche Ursachen sind auch peripher neurologische Veränderungen (z.B. small fiber Neuropathie, Kompressionssyndrom der Cauda equina) (Komisaruk & Goldstein, 2018).

Durch die ISSWSH-Konsensus Konferenz erfolgte 2021 eine Klassifizierung der möglichen Ursachen für PGAD/GPD in **5 beteiligte Regionen** (Endorgan, Becken/Perineum, Cauda equina, Rückenmark und Gehirn). Mit „Endorgan" scheint hier die Klitoris gemeint, wobei wir sie überwiegend als „Startorgan" betrachten möchten (Haag-Wackernagel, 2022). Ein behandlungsdiagnostischer Algorithmus solle laut der Konferenz beachtet werden, der mit dem Endorgan (Region 1) beginnt und die Regionen 2–5 systematisch untersucht, um den Ursprung der Dysästhesie und Erregungsphänomene zu lokalisieren. Laut Konsensuskonferenz ist bei der Behandlung eine Orientierung an der ursächlichen Region empfohlen, so wie ein medizinisch und psychologisch zeitgleiches Vorgehen.

Aus unserer Sicht ist eine bio-psycho-sozialer Perspektive notwendig, um das Krankheitssyndrom vollständig zu erfassen. Gerade eine frühzeitige psychosomatische Mitbehandlung er-

scheint elementar, um die Patientinnen mit allen bio-psychosozialen Ursachen und Auswirkungen ihrer Erkrankung zu verstehen und zu behandeln.

Bei PGAD Patientinnen sind signifikante (Ko-)Morbiditäten im Bereich psychischer Krankheitsbilder wie Depressionen, Angstzuständen (29,1 %), Katastrophisierungsneigung, und Suizidgedanken (54 %) beschrieben (Goldstein et al., 2021).

Auch im Zusammenhang mit posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) werden PGAD-Phänomene beschrieben, möglicherweise im Sinne von Körper-Flashbacks oder Körpererinnerungen und damit verbundenem Stress. Einzelne wissenschaftliche Arbeiten zeigten unter den Patientinnen mit PGAD/GPD eine hohe Inzidenz von Frauen mit sexuellem Kindesmissbrach (46.7–52.6 %) (Leiblum et al., 2007; Pink et al., 2014).

Bemerkenswert erscheint die von Goldstein et al. vorgelegte Arbeit (2021) hinsichtlich der zentralen Übererregbarkeit bei PGAD/GPD-Patientinnen bei der alleinigen Imagination einer erregenden Stimulation. Hier zeigte sich eine massiv vermehrte Erregung im parazentralen Lobulus (primärer sensorischer Kortex für genitale Reize, „sensorischer Homunkulus“) im Vergleich zu einem deutlich geringer reaktiven Normalkollektiv.

Wise et al. (2016) zeigten, dass eine alleinige imaginative Beschäftigung mit sexueller Stimulation deutliche Aktivitäten im sensorischen Kortex bewirkte, ohne dass eine periphere Stimulation erfolgte. Somit kann auch das Gehirn als „Startorgan“ der sexuellen Erregung betrachtet werden, und nicht ausschließlich die Klitoris. Die vermehrte zentrale Erregbarkeit bei Patientinnen mit PGAD und die klinisch beobachtete verminderte Regulationsfähigkeit scheinen das Krankheitsbild der PGAD mit zu prägen.

Zu prüfen wäre, ob das Dual-Control-Modell (Bancroft, 2009) eine Erklärung für die verminderte Regulationsfähigkeit der Patientinnen mit PGAD liefern kann. Patientinnen mit PGAD, wie auch Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen haben bekannterweise häufig einen sexuellen Kindesmissbrauch erlebt, was die Regulationsfähigkeit von Affekten und Impulsen verändert. Pathophysiologische, neurobiologische und psychodynamische Zusammenhänge zwischen diesen Krankheitsbildern sollten weiter untersucht werden.

Basisdiagnostik in der sexualmedizinisch/gynäkologischen Sprechstunde (Empfehlung der Autoren):

1. Ausführliche allgemeine Anamnese mit Medikamentenanamnese
2. Ausführliche einfühlsame Sexualanamnese
3. Psychosomatische Basis-Diagnostik, ggf. psychiatrische Mitbehandlung
4. Gynäkologische Untersuchung der Genitalregion und des kleinen Beckens
5. Sensorische Testung, Biothesiometrie der Strukturen der äußeren weiblichen Genitalien (Vulva inkl. Klitoris, Introitus usw.
6. Gynäkologische Sonographie auch zum Ausschluss von Gefäßmalformationen im kleinen Becken
7. Hormonstatus (TSH, FT4, FSH, LH, E2, DHEAS, Testosteron, SHBG, FAI, Prolaktin.)
8. Neurologische Untersuchung mit EEG und ggf. Bildgebung
9. Ggf. MRT des Beckens, um Tarlov Cysten auszuschließen
10. Ggf. Neurographie mit der Frage nach einer pudendalen Neuropathie
11. Ggf. Venographie und/oder Angiographie, um Variationen im Becken und einen Blutstau im Becken auszuschließen (Für detailliertere weiterführende Diagnostik vgl. Goldstein et al., 2021)

Medikation in Zusammenhang mit PGAD/GPD

Verschiedene Autoren beschreiben, dass Trazodon die Symptomatik verstärkt (Goldstein et al., 2005; Krüger, 2018; Komisaruk & Goldstein, 2018). Beschrieben werden bei Mann wie bei Frau durch Trazodon bedingte priapistische Symptome mit möglicher konsekutiver genitaler Dauererregung und klitoralen Schmerzen. Das akute Absetzten, aber auch die Dauermedikation mit SSRI kann die PGAD verstärken. An weiteren symptomauslösenden bzw. symptomverstärkenden Medikamenten sind benannt: Nafazodon, Olanzapin, Fluoxetin, Venlafaxin, Quetiapin. Zentrale Erregungsprozesse werden unterstützt durch Neurotransmitter wie Dopamin, Oxytocin, Melanocortin und Norephedrine. Dies erklärt auch den Effekt auf die sexuelle Erregung von Medikamenten, die die Wirkung dieser Neurotransmitter verstärken oder abschwächen (Komisaruk & Goldstein, 2018).

Therapeutisch hilfreich können Antidepressiva, Neuroleptika sowie Anxiolytika sein, die entsprechend der psychischen Befunde der Patientin ausgewählt werden müssen, oder auch bei neuropathischen Symptomen. Laut Krüger (2018) sind folgende Psychopharmaka in Fallkasuistiken als hilfreich beschrieben:

Das tricyclisches Antidepressivum Clomipramin, das SNRI Duloxetin, Dopaminantagonisten wie Risperidon, Antikonvulsiva wie Carbamazepin, Pregabalin und Topiramat. Antiandrogen wirksames Leuprolide oder Injektionen mit Botulinumtoxin wurden in Fallbeschreibungen ebenso benannt (Krüger, 2018). Auch Zolpidem als Nicht-Benzodiazepin wurde als hilfreich beschrieben (Komisaruk & Goldstein, 2018).

Therapie der PGAD

Therapeutische Optionen sollen sich laut Goldstein et al. (2021) vor allem an der Region der möglichen Verursachung orientieren. Angesichts der hohen Ko-Morbidität psychischer Störun-

gen und der dadurch bedingten Chronifizierungsneigung empfehlen wir von vornherein ein psychosomatisches Vorgehen.

Für die durch die Symptome belasteten Frauen ist es wichtig durch den Arzt oder die Ärztin gut informiert zu werden. Ein gemeinsames Krankheitsmodell zu entwickeln bedeutet, wieder mehr Kontrolle empfinden zu können. Wiederkehrende kurze Kontakte entlasten die Patientin und verstärken die Arzt-Patient-Beziehung bei der oft sehr irritierten, verängstigten Patientin. Erste therapeutische Schritte können so engmaschig begleitet werden.

Zentrale, v.a. psychische Ursachen und Ko-Morbiditäten werden primär medikamentös und/oder psychotherapeutisch behandelt. Hilfreich können z.B. verhaltentherapeutische Interventionen sein, um Katastrophisierungsgedanken abzubauen. Durch Achtsamkeitsübungen und Entspannungsverfahren kann eine Stressreduktion erreicht werden. Bei depressiven Symptomen kann eine Psychotherapie zu einer verbesserten Selbst-Regulationsfähigkeit führen. Eine Paar- oder Sexualtherapie kann das Paar in der irritierenden Situation darin unterstützen gemeinsame Lösungswege zu finden.

Verspannungen in der Beckenbodenmuskulatur sollten physiotherapeutisch durch spezialisierte Körpertherapeuten angegangen werden, aber auch durch Maßnahmen, die psychisch entlasten, kann die Symptomatik verbessert werden. Nervale Ursachen im Bereich der Wirbelsäule (z.B. Discusprolaps im Bereich der Cauda equina) sind chirurgischen Interventionen zugänglich.

Angiologische Malformationen oder peripher neurologische Ursachen z.B. des Nervus Pudendus werden Ursachen orientiert angegangen.

Multiple und unterschiedliche Ursachen und Ko-Morbiditäten schließen oft die Entwicklung einer einzigen Behandlungsstrategie aus und erfordern einen individualisierten, bio-psycho-sozialen Ansatz. Das zunehmende Bewusstsein für diese Erkrankung, kombiniert mit der Erweiterung der klinischen Erfahrung und der Forschungsanstrengungen zur Verbesserung der Behandlungsergebnisse, kann den betroffenen Frauen zunehmend mehr eine verbesserte Lebensqualität ermöglichen (Goldstein et al., 2021).

Unser Fall – die unerwünschten Orgasmen

Bei unserer Patientin zeigten sich anamnestisch verschiedene Phänomene. Einmal kannte die Patientin sexuelle Erregung beim Sport seit der frühen Jugend, die sie ohne Leidensdruck hinnehmen konnte. Hier könnte eine vermehrte Durchblutung, die sie nach dem Sport am gesamten Körper bemerkte, eine Erregung durch Druck-Stimulation der sensorischen Nervenendigungen (Genital- und Vater-Pacini-Körperchen) im Bulbo-Klitoralorgan ausgelöst haben (vgl. Priapismus). Auch kannte sie die Verstärkung der Erregung durch SSRI (Citalopram), was nach Absetzen persistierte. Durch psychischen Stress ausgelöst zeigte sich nun eine deutliche Verstärkung der Symptome in Sinne von stärkerer genitaler Erregung und dann wiederkehrenden Spontanorgasmen. Bei der vorbeschriebenen emotional instabilen Persönlichkeit mit Defiziten in der Affekt- und Impulskontrolle, könnte eine Dysbalance in der zentralen Regulation der dualen Kontrolle von Erregung und Hemmung vorliegen (vgl. Dual-Controll-Modell, Bancroft et al., 2009). Da Patientinnen mit emotional unstabiler Persönlichkeit vom Borderline Typ statistisch zu 80 % einen sexuellen Kindesmissbrauch erlebt haben, der häufig (20–38 %) nicht bewusst erinnert wird, wäre auch eine intrusive Körpererinnerung sexueller Erregung möglich (Sack et al., 2013; Williams, 1994). Da die Patientin als Auslöser psychischen Stress durch den chronisch psychisch kranken (bipolaren) Vater beschreibt, könnten die Körper-Symptome wie symbolisch auf eine mögliche sexualisierte Gewalterfahrung innerhalb der Familie verweisen.

Zudem zeigte sie im Rahmen der Erschöpfungsdepression eine vermehrte innere Anspannung. Der erhöhte zentrale Sympathikotonus hat möglicherweise die Erregbarkeit gesteigert (Clayton, 2007; Chivers, 2017). Eine dadurch bedingte Mehrdurchblutung der Genitalien wäre mögliche Ursache dafür, dass die klitoralen Genitalkörperchen und Vater-Pacini-Körperchen wiederkehrend orgastische Reflexe ausgelöst haben. Bei einer Patientin mit emotional instabiler Persönlichkeit könnte dies bei einer erniedrigten zentralen Erregungsschwelle zu einer positiven Verstärkung geführt haben – fast wie ein „Kurzschluß".

Therapeutisch hilfreich war dann zunächst der Kontakt mit der Behandlerin, welche über das Krankheitsbild und dessen Therapiemöglichkeiten informieren konnte. Lindernd erlebte sie dann das zentral antidopaminerg wirksame Neuroleptikum (Risperidon 2mg/d), welches über seine zentral dämpfende Wirkung die sexuelle Erregung rasch reduzierte. Sekundär schien auch der wiederhergestellte Schlaf die Erschöpfung und die depressive Symptomatik leicht gebessert zu haben. Erstrebenswert war für die Patientin, in den vorbeschriebenen Zustand ohne Spontanorgasmen zurück zu finden. Eine entlastende psychotherapeutische Behandlung bei der Konfliktsituation mit dem kranken Vater schien erfolgsversprechend. Nach erfolgreicher medikamentöser Behandlung war jedoch durch Reduktion des Leidensdrucks die Motivation der Patientin für eine zusätzliche therapeutische Behandlung nicht mehr hoch genug. Die Patientin wünschte sich, dass mehr Ärzte ihr Krankheitsbild kennen sollten. Mit diesem Artikel sind wir ihrem Wunsch nachgekommen.

Schlußbemerkung

Soweit uns bekannt ist, wurde bisher zu wenig auf die Rolle der sensorischen Nervenendigungen und der Prozesse, welche zu deren Aktivierung führen, hingewiesen. Gerade die Aktivierung der Genitalkörperchen dürfte eine eminent wichtige Rolle in der Entstehung der verschiedenen Formen des klitoralen Priapismus und der PGAD spielen. In zukünftigen Forschungsprojekten sollten deshalb vermehrt neurophysiologische Aspekte untersucht werden. Vor allem fehlen uns heute noch effiziente diagnostische Methoden, mit welchen gezielt die Aktivität der sensorischen Nervenendigungen überprüft werden könnten.

Zudem erscheint es wichtig, die Korrelation der PGAD Symptome mit zentralen Regulationsdefiziten, vor allem bei traumatisierten bzw. emotional-instabilen Frauen, weiter zu erforschen. Hier stellt sich die Frage, ob periphere Effekte mit Stimulation der Genitalkörperchen z.B. durch Mehrdurchblutung oder eine zentrale Überstimulierbarkeit mit Unfähigkeit der Impulskontrolle bzw. Reizregulation oder beides, die hohe Komorbidität der Krankheitsbilder erklärt.

Literatur

Arntzen, B., de Boer, C., 2006. Priapism of the Clitoris. BJOG 113 (6), 742–743.

Bancroft, J., Graham, C.A., Janssen, E., Sanders, S.A., 2009. The dual control model: current status and future directions. J Sex Res 46 (2–3), 121–124.

Beichthaus, 2019. Orgasmus beim Stillen. https://www.beichthaus.com/?h=index&c=00041783.

Bloch, I., 1907. Das Sexualleben unserer Zeit in seinen Beziehungen zur modernen Kultur. Louis Marcus Verlagsbuchhandlung, Berlin.

Chivers, M.L., 2017. The Specificity of Women's Sexual Response and Its Relationship with Sexual Orientations: A Review and Ten Hypotheses. Arch Sex Behav 46 (5), 1161–1179.

Clayton, A., 2007. Epidemiology and Neurobiology of Female Sexual Dysfunction. J Sex Med 4 (4), 260–268.

De Graaf, R., 1672. De mulierum organis in generationi inservientibus tractatus novus (1672). Ex officinas Hackiana. Englische Übersetzung von Jocelyn, H.D., Setchell, B.P., 1972. Regnier de Graaf on the human reproductive Organs. An annotated translation of Tractatus de virorum organis generationi inservientibus (1688) and De mulierum organis in generationi inservientibus tractatus novus (1672). Journal of Reproduction and Fertility. Suppl. No. 17. Blackwell Scientific Publications, Oxford/London/Edingburgh, Melbourne.

De Sutter, P., Day, J., Adam, F., 2014. Who are the orgasmic women? Exploratory study among a community sample of French-speaking women. Sexologies 23 (3), e51–e57.

DiGiorgi, S., Schnatz, P.F., Mandavilli, S., Greene, J.F., Curry, S.L., 2004. Transitional cell carcinoma presenting as clitoral priapism. Gynecol Oncol 93 (2), 540–542.

Di Marino, V., Lepidi, H., 2014. Anatomic Study of the Clitoris and the Bulbo-Clitoral Organ. Springer International Publishing. Cham, Switzerland.

Eland, A., van der Lei, J., Stricker, B.H.C., Sturkenboom, M.J.C., 2001. Incidence of priapism in the general population. Urology 57, 970–972.

Ellis, H., 1912. Die Psychologie des normalen Geschlechtstriebs. In: Moll, A. (Hg.), Handbuch der Sexualwissenschaften. FCW Vogel, Leipzig, 171–226.

Féré, C., 1899. Instinct sexuel, évolution et dissolution. Félix Alcan, Paris.

Goldstein, I., 2014. Medical and surgical management of clitoral priapism. J Sex Med 11(12), 2838–41.

Goldstein, I., De, E.J.B., Johnson, J.A., 2005. Persistent sexual arousal syndrome and clitoral priapism. In: Goldstein, I., Meston, C.M., Davis, S.R., Traish, A.M. (Eds.), Women's sexual function and dysfunction. Study, diagnosis and treatment. Taylor & Francis, London/New York, 674–685.

Goldstein, I., Komisaruk, B.R., Pukall, C.F., Kim, N.N., Goldstein, A.T., Goldstein, S.W., Hartzell-Cushanick, R., Kellogg-Spadt, S., Kim, C.W., Jackowich, R.A., Parish, S.J., Patterson, A., Peters, K.M., Pfaus, J.G., 2021. International Society for the Study of Women´s Sexual Health (ISSWSH). Review of Epidemiology and Pathophysiology and a Consensus Nomenclature and Process of Care for the Management of Persistent Genital Arousal Disorder/Genito-Pelvic Dysesthesia (PGAD/GPD). J Sex Med 18 (4), 665–697.

Haag-Wackernagel, D., 2021a. Die Klitoris – das zentrale Organ der weiblichen Lust. Teil 1: Entdeckt, ignoriert und verleugnet – die erstaunliche Geschichte des Bulbo-Klitoralorgans. Frauenarzt 62 (6), 402–407.

Haag-Wackernagel, D., 2021b. Die Klitoris – das zentrale Organ der weiblichen Lust. Teil 2: Bau und Funktion der äußeren weiblichen Genitalien. Frauenarzt 62 (7), 484–489.

Haag-Wackernagel, D., 2022. Sensorische Nervenendigungen – der Schlüssel zur weiblichen Lust. Sexuologie 29 (1–2), 5–19, diese Ausg.

Herbenick, D., Reece, M., Schick, V., Sanders, S.A., Dodge, B., Fortenberry, J.D., 2010. An event-level analysis of the sexual characteristics and composition among adults ages 18 to 59: results from a national probability sample in the United States. J Sex Med 7 (5), 346–61.

Herbenick, D., Fortenberry, J.D., 2011. Exercise-induced orgasm and pleasure among women. Sexual and Relationship Therapy 26 (4), 373–88.

Hyrtl, J., 1860. Handbuch der topographischen Anatomie. Erster Band. W. Baumüller, Wien.

Jackowich, R., Pink, L., Gordon, A, Pukall, C.F., 2016. Persistent genital arousal disorder: a review of its conceptualizations, potential origins, impact, and treatment. Sex Med Rev 4 (4), 329–342.

Jackowich, R., Pink, L., Gordon, A., Poirier, E., Pukall, C.F., 2017. Symptom Characteristics and Medical History of an Online Sample of Women Who Experience Symptoms of Persistent Genital Arousal. Journal of Sex and Marital Therapy. DOI: 10.1080/0092623X.2017.1321598

Kobelt, G. L., 1844. Die männlichen und weiblichen Wollustorgane des Menschen und einiger Säugethiere in anatomisch-physiologischer Beziehung. Druck und Verlag von Adolph Emmerling, Freiburg/Br.

Komisaruk, B.R., Lee, H.J., 2012. Prävalenz der sakralen Wirbelsäule (Tarlov) Zysten bei anhaltender genitaler Erregungsstörung. J Sex Med 9 (8), 2047–56.

Komisaruk, B.R., Goldstein, I., 2018. Pathophysiology and Medical Management of Persistent Genital Arousal Disorder. In: Goldstein, I., Clayton, A.H., Goldstein, A.T., Kim, N.N., Kingsberg, S.A. (Eds.), Textbook of Female Sexual Function and Dysfunction, Willey-Blackwell, Hoboken NJ, USA, 161–171.

Krüger, T.H.C., 2018. Can pharmacotherapy help persistent genital arousal disorder? Expert Opin Pharmacother 19 (15), 1705–9.

CrossRef MEDLINE.
Leiblum, S.R., Nathan, S.G., 2001. Persistent sexual arousal syndrome: A newly discovered pattern of female sexuality. Journal of Sex and Marital Therapy 27 (4), 365–380.
Leiblum, S., Seehuus, M., Goldmeier, D. et al., 2007. Psychological, medical, and pharmacological correlates of persistent genital arousal disorder. J Sex Med 4 (5), 1358–1366.
Levin, R.J., van Berlo, W., 2004. Sexual arousal and orgasm in subjects who experience forced or non-consensual sexual stimulation – a review. J Clin Forensic Med 11 (2), 82–88.
Luschka, H., 1863. Die Anatomie des Menschen in Rücksicht auf die Bedürfnisse der praktischen Heilkunde. Zweiter Bd. Der Bauch. Verlag der H. Laupp'schen Buchhandlung, Tübingen.
Meston, C.M., 2000. Sympathetic nervous system activity and female sexual arousal. Am J Cardiol. 86 (Suppl), 30F–34F.
Meston, C.M., Gorzalka, B.B., 1995. The effects of sympathetic activation following acute exercise on physiological and subjective sexual arousal in women. Behav Res Ther 33 (6), 651–664.
Oakley, S.H., Vaccaro, C.M., Crisp, C.C., Estanol, M.V., Fellner, A.N., Kleeman, S.D., Pauls, R.N., 2014. Clitoral size and location in relation to sexual function using pelvic MRI. J Sex Med 11 (4), 1013–1022.
Okonofua, F.E., Larsen, U., Oronsaye, F., Snow, R.C., Slanger, T.E., 2002. The association between female genital cutting and correlates of sexual and gynaecological morbidity in Edo State, Nigeria. BJOG an International Journal of Obstetrics and Gynaecology 109 (10), 1089–1096.
Paterson, L.Q.P., Davis, S.N., Binik, Y.M., 2012. Female genital mutilation/cutting and orgasm before und after surgical repair. Sexologies 21 (1), 3–8.
Pink, L., Rancourt, V., Gordon, A., 2014. Persistent genital arousal in women with pelvic and genital pain. J Obstet Gynaecol Can 36 (4), 324–330.
Polomeno, V., 1999. Sex and Breastfeeding: an educational perspective. The Journal of Perinatal Education 8 (1), 30–42.
Postel, T., 2013. Childbirth climax: The revealing of obstetrical orgasm. Sexologies 22 (4), 89–92.
Suschinsky, K.D., Lalumière, M.L., Chivers, M.L., 2009. Sex Differences in Patterns of Genital Sexual Arousal: Measurement Artifacts or True Phenomena? Arch Sex Behav 38 (4), 559–573. DOI: 10.1007/s10508-008-9339-8
Sack, M., Sachsse, U., Overkamp, B., Dulz, B., 2013. Traumafolgestörungen bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung; Ergebnisse einer Multicenterstudie. Der Nervenarzt 84 (5), 608–614.
van der Horst, C., Jünemann, K.P., 2007. Priapismus. In: Thüroff, J. W. (Hg.), Urologische Differenzialdiagnose. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.
Vonier, H., 2006. Stillen – Erotik vom Feinsten. Weise Einrichtung von Mutter Natur. https://www.geburtskanal.de/artikel-wissen/stillen-erotik-vom-feinsten.html.
Williams, L.M., 1994. Recall of Childhood Trauma: A Prospective Study of Women´s Memories of Child Sexual Abuse. Journal of Consulting and Clinical Psychology 62 (6), 1167–76.
Wise, N.J., Frangos, E., Komisaruk, B.R., 2016. Activation of sensory cortex by imagined genital stimulation: an fMRI analysis. Socioaffect Neurosci Psychol 6 (1), 31481.
Yeung, J., Pauls, R.N., 2016. Anatomy of the Vulva and the Female Sexual Response. Obstet Gynecol Clin N Am 43, 27–44.

Autor_innen

Dr. med. Daniela Wetzel-Richter, Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärztin für Allgemeinmedizin, Sexualmedizin, Psychotraumatherapeutin (EMDR), Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Kreiskrankenhaus Lörrach, Spitalstrasse 25, 79539 Lörrach, e-mail: praxis@wetzel-richter.de

Prof. Dr. sc.nat. Daniel Haag-Wackernagel, Departement Biomedizin, Anatomisches Institut der Universität Basel, Pestalozzistrasse 20, CH-4056 Basel, e-mail: daniel.haag@unibas.ch

Die Vulvodynie aus somatischer, psychosomatischer und sexualmedizinischer Sicht

Dietmar Richter

Vulvodynia from a Somatic, Psychosomatic and Sexual Medicine Point of View

Abstract

Problem cases in gynecological practice include patients with complaints in the vulva area – especially if the diagnosis has shown that there is no clear organic cause. These patients offer a physical sympton on which they are fixated on. The mostly chronic existing complaints lead to psychological, sexual, social and almost always to partnership problems. Comprehensive psychosomatic anamnesis includes a wide variety of controversial affects, such as deeply repressed anger, identity and role conflicts, repression and denial of pleasurable sexuality. One finds anxiety disorders, depression and post-traumatic stress disorder. In the sense of a somatization disorder, the patients show a physical symptom and are convinced that an organic cause is the basis. The way of dealing with these patients is to „decipher" this symptom of vulvodynia and to put it into the context of the patient's personality and her bio-psycho-social situation.

Only gynecological, psychosomatic and sexual medicine diagnostics, beginning as early as possible, ideally with the initial gynecological examination, enables an immediate holistic view of the patient and her suffering.

Already during the first gynecological examination, the doctor should make clear to the patient during careful rectovaginal palpation that the significantly increased muscle tone of the pelvic floor muscles is most probably the main cause of the chronic pain. After the gynecological examination, this finding is visually enhanced with image material from the anatomy atlas. In this way, a common disease model, the so-called "Passung" can be established. This is important for the development of the doctor-patient relationship, during which the manifold possible causes for the patient's vulvodynia can be derived from her biography, "deciphered" as a somatization disorder and gradually resolved.

A high-dose magnesium therapy and a pharmacotherapy with selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) that changes the "pain memory" leads to a significant reduction in pain and changes the frequently encountered – often compulsive – search for a somatic cause of the patient's pain. A therapeutic manner radiating patience, calmness and optimism can promote this process. In addition, targeted physiotherapy in the pelvic floor-vulva perineal area by specially trained therapists is supportive and helpful. A too rapid psychologization or even referral to the psychotherapist is to be avoided, as this can lead to the termination of the doctor-patient relationship.

In the field of sexuality, the involvement of the partner in a couple's therapeutic setting with instructions for body exercises – as they are known from vaginismus therapy – allows pain to gradually become pleasure. Surgical intervention should be avoided because it irreversibly destroys anatomical structures that are important for the sexual experience of the woman.

Keywords: Vulvodynia, Somatiziation disorder, Pelvic floor tension, Bio-psycho-social diagnosis, Sexual medicine therapy concept

Zusammenfassung

Zu den Problemfällen in der gynäkologischen Praxis zählen Patientinnen mit Beschwerden im Vulva-Bereich – vor allem, wenn die Diagnostik gezeigt hat, dass keine eindeutige organische Ursache vorliegt. Diese Patientinnen bieten ein körperliches Symptom an, auf das sie fixiert sind. Die meist chronifiziert bestehenden Beschwerden führen zu psychischen, sexuellen, sozialen und auch fast immer zu partnerschaftlichen Problemen. Bei umfassender psychosomatischer Anamnese finden sich verschiedenste kontroverse Affekte, wie tief verdrängter Ärger, Identitäts- und Rollenkonflikte, Verdrängung und Verleugnung lustvoller Sexualität. Es finden sich Angststörungen, Depressionen und posttraumatische Belastungsstörungen. Im Sinne einer Somatisierungsstörung bieten die Patientinnen ein körperliches Symptom an und sind überzeugt, dass eine organische Ursache zu Grunde liegt. Die ärztliche Kunst besteht im Umgang mit diesen Patientinnen darin, dieses Symptom der Vulvodynie zu „dechiffrieren" und in einen Kontext mit der Persönlichkeit der Patientin und ihrer biopsychosozialen Situation zu führen.

Nur eine möglichst frühzeitig, idealerweise sofort mit der gynäkologischen Erst-Untersuchung simultan einsetzende gynäkologische, psychosomatische und sexualmedizinische Diagnostik ermöglicht einen ganzheitlichen Blick auf die Patientin und ihr Leiden.

Schon bei der ersten gynäkologischen Untersuchung sollte der Patientin bei behutsamer rektovaginaler Palpation der deutlich erhöhte Muskeltonus der Beckenbodenmuskulatur als schmerzauslösende Ursache verdeutlicht werden. Nach der gynäkologischen Untersuchung wird dieser Befund an Hand von Bildmaterial aus dem Anatomieatlas visuell verstärkt. Damit kann ein gemeinsames Krankheitsmodell, die sog. „Passung" hergestellt werden. Dies ist wichtig für die Entwicklung einer tragfähigen Arzt-Patientin Beziehung, in deren weiterem Verlauf die vielfältig

möglichen Ursachen für die Vulvodynie der Patientin aus ihrer Lebensbiographie heraus erkannt, als Somatisierungsstörung „dechiffriert“ und allmählich aufgelöst werden kann.
Eine hoch dosierte Magnesiumtherapie und eine das „Schmerzgedächtnis“ verändernde Pharmakotherapie mit selektiven Serotonin Wiederaufnahmehemmern (SSRI) führt zu einer deutlichen Schmerzreduzierung und verändert das häufig anzutreffende – nicht selten zwanghaft anmutende – Suchen nach einer somatischen Ursache der Schmerzen. Eine Geduld, Ruhe und Optimismus ausstrahlende therapeutische Haltung kann diesen Prozess fördern. Zusätzlich unterstützend und hilfreich ist eine gezielte Physiotherapie im Beckenboden-Vulva-Dammgebiet durch dafür speziell ausgebildete Therapeuten. Eine zu rasche Psychologisierung oder gar Überweisung zum Psychotherapeuten ist zu vermeiden, da dies zum Abbruch der Arzt-Patientin-Beziehung führen kann.
Im Bereich der Sexualität ermöglicht die Einbeziehung des Partners in ein paartherapeutisches Setting mit Anleitung zu Paar-Körperübungen – wie sie aus der Vaginismus-Therapie bekannt sind – dass allmählich aus Schmerz Lust werden kann. Ein operativer Eingriff sollte vermieden werden, weil dadurch für die sexuelle Erlebnisfähigkeit der Frau wichtige anatomische Strukturen irreversibel zerstört werden.
Schlüsselwörter: Vulvodynie, somatoforme Schmerzstörung, Beckenbodentonus, bio-psycho-soziale Diagnostik, sexualmedizinisches Therapiekonzept

Abb. 1: Abwehr des Teufels durch Entblößung der Vulva, Charles Eisen, Kupferstich zu einer Fabel von Jean de Lafontaine

Die Vulva – von der historischen Bedeutung zum Krankheitsbild der Vulvodynie

Die Vulva nimmt im Erleben von Mann und Frau einen großen Raum ein: Mythologie, Religion, Literatur, Kunst, Pornografie und natürlich die Medizin befassen sich mit ihr. Jede Zeit besaß ihre Fantasien und ihre Theorien über das Mysterium der Vulva. Es fällt auf, dass wir bis in die jüngste Zeit – abgesehen von medizinischen Darstellungen und Aktdarstellungen in der Kunst – Bilder der Vulva nur als Produkte der Hygiene oder Pornoindustrie zu sehen bekommen (Richter, 2014).

In der Umgangssprache kommt die Vulva nahezu nicht vor. Viele Frauen können keine einigermaßen genaue, anatomisch richtige Zeichnung ihres äußeren Genitales anfertigen. Es fällt ihnen aber nicht schwer, einen Penis und die Hoden zu zeichnen (Sanyal, 2009; Richter, 2021).

Das äußere weibliche Genitale war lange unerforscht und mit großer Scham behaftet. Aus dem 17.–19. Jh. gibt es viele gute anatomische Darstellungen der weiblichen „Wollustorgane“ (Kobelt, 1844). Ende des 19. Jh. verschwand die Klitoris aus den Lehrbüchern und wurde nur noch partiell und rudimentär dargestellt (Haag-Wackernagel, 2021). Mithu Sanyal hat in *Vulva – die Enthüllung des unsichtbaren Geschlechts* (2009) eine transkulturelle Forschungsarbeit vorgelegt. Dabei fand sie einen eklatanten Widerspruch. Einerseits wurde das „weibliche Geschlecht“ als unbedeutend und unsichtbar oder sozusagen als gar nicht vorhanden beschrieben. Andererseits finden sich Darstellungen, welche das weibliche Genitale als „schwarzes Loch“, als „klaffenden Abgrund“, als „Tor zur Hölle“, als „Quelle allen Zwists und Ärgers auf der Welt“ und als „möglichen Untergang des Mannes“ beschreiben.

Daneben gab es den festen Glauben, dass Frauen, indem sie ihre Röcke heben, Tote erwecken und sogar den Teufel besiegen können. Das weibliche Genitale war also auch ein heiliger und heilender Ort. Bis ins späte Mittelalter wurden Statuen von nackten Frauen mit gespreizten Beinen an heiligen Stätten, wie Klöstern oder Kirchen angebracht und bewachten die Stadttore (vgl. Sanyal, 2009, Abb 1–4).

Die Darstellung des äußeren weiblichen Genitale in der Kunst

Der nackte weibliche Körper hat über Jahrtausende hinweg Bildhauer und Maler inspiriert diesen künstlerisch darzustellen. Dabei wurde sehr wohl auch das entblößte äußere weibliche Genitale dargestellt. Als am bekanntesten kann das Bild *l`origine du monde* (Der Ursprung der Welt, 1866) von Gustave Courbet gelten, jetzt im Musée d'Orsay, Paris (Abb. 5). Der berühmte französische Psychiater und Psychoanalytiker Jaques Lacan

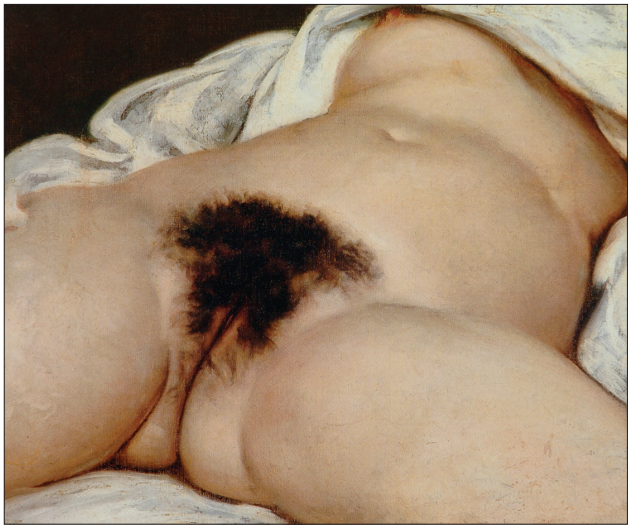


Abb. 2–5: Oben links, Vulvaweisende Nonne Pointiers, Frankreich; oben rechts, Kragstein der Abteikirche von St. Radegonde, ca. 13. Jh.; unten rechts, Gustave Courbet: *l' origine du monde;* unten links, Vulvaweisende Hüterin des Stadttors von Porta Tosa

(1901–1981) war einer der letzten Besitzer dieses Bildes; er liebte es so sehr, dass er es versteckte, wie eine heimliche Geliebte, indem er sich von einem befreundeten Maler ein Landschaftsbild anfertigen ließ und *l'origin du monde* damit verdeckte. Nur bei besonderen Anlässen durfte der Frauenakt gezeigt werden.

Vulvodynie – ein Symptom unterschiedlicher Krankheitsbilder

Vulvodynie ist die Bezeichnung von Missempfindungen und Schmerzzuständen im Bereich der äußeren Geschlechtsorgane der Frau. Die Beschwerden reichen vom Gefühl des Wundseins, des Juckreizes, über Brennen bis hin zu Schmerzen unterschiedlichster Art. Schon leichte Berührungen können als unangenehm empfunden werden und an unterschiedlichsten

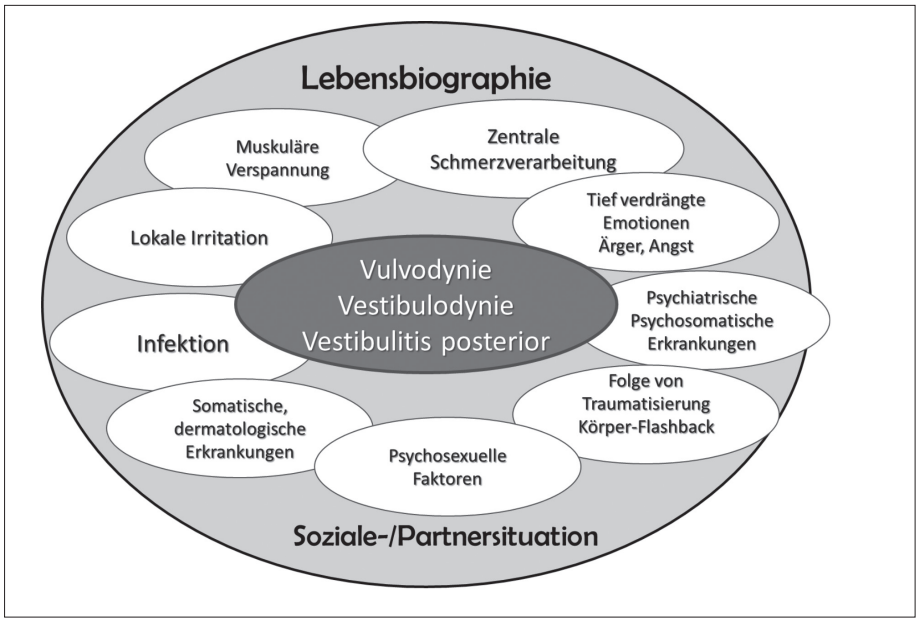


Abb. 6: Verschiedene Einflussfaktoren bei einer Vulvodynie

Lokalisationen der Vulva auftreten. Geschlechtsverkehr ist aufgrund der Beschwerden meistens deutlich eingeschränkt oder gar nicht mehr möglich. Der Krankheitsverlauf ist überwiegend chronisch und kann sich von zunächst nur lokal auftretenden Beschwerden bis zu chronisch anhaltender Schmerzhaftigkeit im gesamten Vulva-Dammbereich ausbreiten. Nicht selten entwickeln sich Beschwerden bis zur Dyspareunie und zu sekundärem Vaginismus.

Unterschiedlichste Affekte, wie sexuelle Erregung, aber auch Scham, Abwehr, Verdrängung und Verleugnung lustvoller Gefühle, Stress, tief verdrängter Ärger, Identitäts- und Rollenkonflikte, psychosomatische und psychiatrische Erkrankungen sowie eine Reihe von Somatisierungsstörungen lassen sich bei diesen Patientinnen beobachten und komplizieren die Diagnostik und erschweren die Therapie (Abb. 6).

Um diese höchst unterschiedlichen Faktoren, die zu verschiedenen Symptomen im Bereich der Vulva führen können, zu erkennen, bedarf es über die rein frauenärztliche Tätigkeit hinaus psychosomatischer und sexualmedizinischer Kompetenz (Richter, 2013, 2014):

1. Vulva-Beschwerden haben als biologisches Signal eine Warnfunktion und können eine organische Erkrankung anzeigen.
2. Aus psychosomatischer Sicht kann die Vulvodynie unbewußter Ausdruck einer Persönlichkeitsstörung oder Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) sein oder sich als Somatisierung im Vulvabereich manifestieren.
3. Aus sozialer Sicht kann die Vulvodynie Indikator eines Beziehungsproblems, eines Partner- und / oder Sozialkonfliktes sein und mit unbewußtem, meist chronischen Ärger und / oder einer unbewußt bleibenden Kränkungssituation einhergehen.

Daher wird verständlich, dass für eine ganzheitliche Diagnose – und noch wichtiger – für eine ganzheitliche kausale Therapie nicht nur der Blick der Frauenärztin, des Frauenarztes, sondern auch der Psychosomatikerin, des Psychosomatikers, der Sexualmedizinerin, des Sexualmediziners und in manchen Fällen auch der Psychotherapeutin, des Psychotherapeuten wichtig sind.

Die Entwicklung der modernen Medizin hat zu **Spezialisten für Körperkrankheiten und zu Spezialisten für Seelenkrankheiten und jetzt auch zu Spezialisten für sexuelle Störungen** geführt.

Dadurch ist die Tatsache aus dem Blick geraten, dass bei einer Krankheit somatische, psychische, sexuelle und soziale Probleme individuell sehr verschieden ineinandergreifen und sich gegenseitig beeinflussen können (Richter, 2015). Den Problemen, die sich daraus insbesondere für die Arzt/Ärztin-Patient/Patientin-Beziehung ergeben, kann nur eine auf den Patienten zentrierte Medizin gerecht werden: **Wir behandeln Kranke und keine Krankheiten**.

Definitionsversuche für das Erscheinungsbild der Vulvodynie

In der Vergangenheit hat es im deutschen Sprachraum verschiedenste Definitionsversuche für Vulvodynie gegeben:

- Vulvodynie
- Vestibulodynie
- Vulväres Vestibulitis-Syndrom
- Vestibulitis posterior
- Burning Vulva
- Pruritus vulvae
- Äußere Dyspareunie
- Vaginismus

Diese unterschiedlichen Bezeichnungen zeigen die Schwierigkeiten auf, ein einheitliches Krankheitsbild zu definieren. Allenfalls lassen sich Vaginismus und äußere Dyspareunie noch einigermaßen von der Vulvodynie abgrenzen.

Internationale Konsensuskonferenz der ISSVD, ISSWSH und der IPPS

2015 fand eine Konsensuskonferenz von drei Fachgesellschaften[1] statt, um den bis dahin sehr verschiedenen Definitionen vulvovaginaler Schmerzsyndrome eine einheitliche und allgemeingültige Nomenklatur zu geben (vgl. englische Aufstellung rechte Spalte), da insbesondere in Nordamerika eine erhebliche Zunahme des Krankheitsbildes der Vulvodynie zu verzeichnen war.

Im deutschen Sprachraum hat sich der Frauenarzt W. Mendling (2014a, b; 2019a, b) in seiner Funktion als Leiter des *Deutschen Zentrums für Infektionen in Gynäkologie und Geburtshilfe* in Wuppertal intensiv mit der Vulvodynie beschäftigt und nannte folgende Symptome und Faktoren, welche bei einer Vulvodynie gefunden werden: Schmerzen – Brennen – Stechen – Reizen – Wundsein – starke Empfindlichkeit –Überempfindlichkeit im Introitus vaginae – keine oder schwach vorhandene Rötung – Infektionen – dermatologische Veränderungen. Eine vaginale Penetration jeder Art ist nicht schmerzfrei möglich oder sogar unmöglich.

2014 bezeichnet er die Therapie der Vulvodynie als grundsätzlich schwierig und empfiehlt als erste wichtigste Maßnahme das Beenden von unnötigem, nicht indizierten lokalen Therapien, wie Antimykotika, Antiseptika, Antibiotika sowie kortisonhaltigen oder lokalanästhetischen Gels, da jegliche evidenzbasierte Empfehlung zu einem lokalen medikamentösen Vorgehen fehlen würden. Die Vulva sollte nur mit Wasser gewaschen und behutsam abgetupft werden und allenfalls mit einer nur milden Fettcreme gepflegt werden. Es sollte vermieden werden, zu enge Kleidung zu tragen, um eine mechanische Reizung der Vulva-Region zu vermeiden.

In kollegialem Austausch mit psychosomatisch und sexualmedizinisch arbeitenden Kolleginnen und Kollegen empfiehlt er ein grundsätzlich multimodales Vorgehen mit Berücksichtigung psychosomatischer Faktoren. Eine Behandlung sollte – je nach Situation – durch die Zusammenarbeit von Gynäkologen, Psychosomatikern, Psychologen, Psychotherapeuten und Physiotherapeuten erfolgen.

In einer jüngeren Übersichtsarbeit fasst Mendling (2019b) seine aktuellen Therapieempfehlungen wie folgt zusammen:

Descriptors of vulvodynia that can be used to classify the distribution, onset and timing of pain were developed in the 2015 International Society for the Study of Vulvovaginal Disease, the International Society for the Study of Women's Sexual Health, and the International Pelvic Pain Society consensus statement.

Localized versus generalized
- Localized: pain in the vestibule (at the vaginal opening within Hart's line) or at the clitoris
- Generalized: pain extending beyond Hart's line onto the labia minora or majora, upper legs, or lower abdomen

Provoked versus spontaneous
- Provoked: pain elicited by touch, for example, with intercourse, tampon use or tight clothing
- Spontaneous: pain occurring without any provocation
- Mixed: provoked and spontaneous pain

Primary or secondary onset
- Primary: pain present since the first intercourse or tampon use, or for those with spontaneous pain, no period of time without pain prior to pain being present
- Secondary: pain that started after a period of time without pain or after a time when these activities were not painful

Temporal pattern
- Persistent: pain present since onset, either constantly, in the case of spontaneous pain, or each time it is provoked in the case of provoked pain
- Intermittent: pain not present at all times or every time provoked
- Immediate: pain starts when provoked
- After provocation: pain is delayed or persists after provocation for minutes, hours or days (this delayed pain is sometimes the most distressing symptom)

- Vulva-Pflege, topische Anwendung von Estriol/Estradiol, Lidocain, Baclofen, kutane Lysat-Cremes
- Amitriptyllin, Gabapentin, Capsaicin, Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI)
- Antikonvulsiva, Neuromodulatoren
- Biofeedback, Verhaltenstherapie
- Bei unbefriedigendem Erfolg nach 2–3 Monaten: Neuraltherapie, Botulinumtoxin, Radiofrequenzverfahren, transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS) + Biofeedback + Verhaltenstherapie
- bei unbefriedigendem Erfolg nach 2–3 Monaten: Vestibulektomie

1 *The International Society for the Study of Vulvovaginal Disease* (ISSVD), *The International Society for the Study of Women's Sexual Health* (ISSWSH) und die *International Pelvic Pain Society* (IPPS). Eingeladen waren auch: *The American College of Obstetricians and Gynecologists, The American Society for Colposcopy und Cervical Pathology* und *The National Vulvodynia Association.*

Als *ultima ratio* kommt für ihn auch eine operative Behandlung in Betracht. Zuvor sollte allerdings eine Abklärung bzw. Behandlung durch in zusätzlich zur Gynäkologie auch in Psychosomatischer Medizin und Sexualmedizin erfahrene Kolleginnen, Kollegen erfolgen. Dies kann sowohl in ambulantem als auch in stationärem Setting erfolgen.

Epidemiologie

Die Vulvodynie tritt mit einer Häufigkeit von etwa 8–10 % bei Frauen jeden Alters auf, sowohl in sexueller Situation aber auch spontan ohne sexuelle Stimulation (Bergeron et al. 2020).

Zur Häufigkeit in den verschiedensten Kulturen und Populationen gibt es allerdings gibt es keine wirklich eindeutigen, umfassenden Studien. Das erklärt sich schon aus der unterschiedlichen Definition, welche die Autoren für dieses Krankheitsbild vornehmen. Aktuelle Übersichten finden sich bei Bergeron et al. (2020) und Goldstein et al. (2016). Eine großangelegte amerikanische Studie fand, dass bis zu 16 % aller Frauen wenigstens einmal im Lebenslauf mit dem Problem der Vulvodynie konfrontiert wurden (Harlow et al., 2003, 2014). Bei Frauen bis zum 40. Lebensjahr haben 7–8 % einmal oder mehrmals Probleme mit einer Vulvodynie erfahren. Eine andere epidemiologische Studie mit Kontrollgruppenkollektiv kommt auf eine Lebensprävalenz von 9,9 % (Arnold et al., 2007). In einer jüngeren Untersuchung an Spanierinnen fanden Gómez et al. (2019) eine Lebensprävalenz von 19 %, im Nachbarland Portugal dagegen nur bei 16 % der untersuchten Frauen.

Wie sehr Angaben zur Vulvodynie variieren können, zeigt eine kanadische Studie an 1425 sexuell aktiven jungen Frauen zwischen 13 und 19 Jahren. 20 % dieser jungen Frauen berichteten von Schmerzen während des Geschlechtsverkehrs über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten. Die Schmerzen wurden außen am Scheideneingang, tief im Inneren der Scheide oder sogar im Bereich des Abdomens oberhalb des inneren Genitale angegeben (Landry et al., 2011). Wenn auch die meisten Frauen die Schmerzen um den Scheideneingang herum angaben, so bleibt doch das Problem der wenig präzisen Eingrenzung auf die „reine Vulvodynie". Dass das Alter der untersuchten Frauen eine Rolle spielen dürfte, geht aus einer schwedischen Studie hervor. Von 3017 Frauen zwischen 20 und 29 Jahren klagten 13 % über chronische Schmerzen während des Geschlechtsverkehrs, hingegen waren es nur 6,5 % bei den 50–60jährigen Frauen (Danielsson et al., 2003). Eine amerikanische demografische Studie in Michigan fand eine Prävalenz der Vulvodynie von mehr als 6 Monaten Dauer in 8,3 %. Nur 49 % der befragten Frauen hatten einen Arzt wegen ihrer Vulva-Schmerzen aufgesucht. 65,8 % hatten Schmerzen bei Berührung jeder Art, bei 42 % traten Schmerzen beim Geschlechtsverkehr auf und 23 % spürten Schmerzen beim Einführen eines Tampons (Reed et al., 2012). In einer britischen Live-Style-Untersuchung zur Frage des sexuellen Verhaltens im Bereich aller Altersstufen von 16 bis 74 Jahren (6777 Studienteilnehmerinnen) fand sich ein schmerzhafter Koitus bei den 16–24-Jährigen zu 9,5 % und dann wieder bei den älteren Frauen von 55–64 Jahren mit 10,4 % (Mitchell et al., 2013). Die Autoren vermuten selbst, dass diese Angaben nicht unbedingt einen genauen Rückschluss zulassen auf die Vulvodynie im Speziellen. Andererseits erklären sich diese Ergebnisse von selbst. Jüngere Frauen, die ihre Sexualität erst entdecken und entwickeln, können erfahrungsgemäß am Beginn ihres Geschlechtslebens mehr Schmerzen empfinden. Bei den postmenopausalen Frauen dürfte die beginnende Kolpatrophie eine zunehmende Rolle hinsichtlich Schmerzhaftigkeit beim Sexualakt spielen. **Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Vulvodynie als Schmerzsyndrom mit etwa 10 % ein nicht seltenes Krankheitsbild im Verlauf eines Frauenlebens darstellt**.

Somatische Ursachen der Vulvodynie

Eine ganzheitliche Diagnostik und Therapie von Vulvodynie-Patientinnen beinhaltet selbstverständlich das Erkennen und Behandeln von somatischen Erkrankungen im Vulva-Bereich. Nicht wenige Vulvodynie-Patientinnen sind in Sorge um eine ernsthafte körperliche Erkrankung und entwickeln in diesem Zusammenhang entsprechende Ängste. Folgende somatische Krankheitsbilder können vorliegen:

Bakterielle Vulvitis
Follikulitis – Vulva-Abszess
Bartolinisches Empyem
Virale Vulvitis
Herpes Genitalis
Condylomata acuminata (Feigwarzen)

Pilzinfektionen (Mykosen)

Parasitäre Infektionen
Trichomonaden
Filz- oder Schamlaus (Pthirus pubis)

Lichen sclerosus

Lichen ruber planus

Kontaktallergien
Kontaktdermatitis, Kontaktekzeme

Atrophie

Vulväre intraepitheliale Neoplasien

Vulvakarzinom

Noch gar nicht berücksichtigt ist bisher, dass zwischen der generalisierten und der lokalisierten Vulvodynie unterschieden werden muß.

Die generalisierte Vulvodynie kann bei sexuellem Kontakt auftreten, ohne sexuellen Kontakt, aber auch bei anderer Berührung, z.B. beim Einführen eines Tampons oder in beiden Situationen. Sie kann ohne jede Berührung auftreten oder generell nur bei Berührung.

Die lokalisierte Vulvodynie kann auftreten im Bereich der Klitoris (Klitorodynie), im Bereich des Vestibulums (Vestibulodynie), einseitig (Hemivulvodynie), oder im dorsalen Introitusbereich. Auch bei der lokalisierten Vulvodynie gibt es drei Möglichkeiten der Schmerzauslösung: durch sexuellen Kontakt, bei nicht sexuellem Kontakt oder bei beiden Situationen und spontan, ohne dass eine Berührung stattgefunden hat.

Vulvodynie als somatisches Korrelat einer psychosomatischen Erkrankung

Wenn die hier genannten somatischen Ursachen einer Vulvodynie ausgeschlossen werden können, konzentriert sich die weitere Diagnostik auf die Vulvodynie unter einem psychosomatischen Blickwinkel. Einige Autoren beschreiben die Vulvodynie als *Vestibulitis posterior*, weil manche Patientinnen tatsächlich überwiegend im Bereich des dorsalen Introitus vaginae Schmerzen angeben und dort auf Berührung von einem Q-Tipp Stäbchen oder Finger, und/oder durch penile Penetration besonders schmerzhaft reagieren. Keppel-Hesselink et al. (2016), Wylie (2017), Falsetta et al. (2017) fanden durch Biopsate im dorsalen Introitusbereich eine Mastzell-Vermehrung (sog. Mastzell-Aktivierungs-Syndrom). Während die normale Mastzelldichte bei 15 Mastzellen / mm² liegt, finden sich bei Vulvodynie-Patientinnen bei der sog. Vestibulitis posterior 50 bis 100 Mastzellen / mm². Mit der Mastzell-Vermehrung, die sich durch eine immunhistochemische Untersuchung nachweisen lässt, wird auch eine Vermehrung sensorischer Nervenfasern beschrieben. Die in Graz am Referenz-Zentrum für anogenitale Erkrankungen arbeitende Pathologin Sigrid Regauer – Präsidentin des Vereins Interdisziplinäre Interessengemeinschaft für Vulva-Erkrankungen – hat umfangreiche Biopsien im Bereich des dorsalen Introitus durchgeführt und mit immunhistochemischen Methoden aufgearbeitet und hat diese Befunde bestätigt (Regauer, 2016).

Operativ eingestellte Gynäkologen wie der Schweizer Michael K. Hohl sehen in diesen Befunden eine OP-Indikation für eine Vestibulektomie bzw. Vestibuloplastik (Hohl, 2012).

Hierzu muss kritisch angemerkt werden, dass sich Mastzell-Vermehrung auch in anderen Geweben findet, wo chronische Reizzustände bestehen. Wir glauben nicht, dass Mastzell-Vermehrung und Einsprossung von sensorischen Nervenfasern pathognomonisch für die Vulvodynie sind. Neben einer Vermehrung von Mastzellen und sensorischen Nervenfasern gibt Hohl an, dass er bei Vestibulitis posterior Patientinnen häufiger Anomalien im Hymenalbereich gefunden hat und beschreibt ein Frenulum vestibuli, was operativ entfernt werden muß, um die Patientin von der Vulvodynie zu erlösen. In 40 % allerdings lagen keine anatomischen Besonderheiten vor, die man für die Vulvaschmerzen hätte verantwortlich machen können. Darüber hinaus glaubt Hohl, dass das wenig widerstandsfähige Gewebe des Vestibulums auf Grund seines endodermalen Ursprungs wenig bis gar nicht „verhornt“ und daher grundsätzlich verletzlich bleibt: „Auf dieser Basis führt eine Irritation (Geschlechtsverkehr, eventuelle Infekte, eventuell Ovulationshemmer) zu einer vermehrten Proliferation von Schmerzfasern, was die Sensibilität erhöht und letztlich zu einem Circulus vitiosus führt“ (Hohl, 2012, 11f).

Auf Grund dieser Annahmen empfiehlt Hohl die chirurgische Entfernung des dorsalen Bereichs des Vestibulums zwischen 4 und 8 Uhr und entwickelte verschiedene OP-Techniken. Pauschal wird eine Zufriedenheit der Patientinnen, was die postoperative Situation angeht, von 90 % angegeben. In 6 % musste wegen eines Rezidivs erneut operiert werden. Tommola et al. (2011) fanden bei 54 nachuntersuchten Patientinnen eine Senkung des Schmerzscores von 9 (vor OP) auf 3 (nach OP). Eine komplette Heilung gaben 19 Patientinnen an (35,2 %), eine partielle Heilung 30 (55,6 %) und keine Heilung 5 (9,3 %).

Kritisch muss angemerkt werden: Eine partielle Vestibulektomie kann sicher vorübergehend Schmerzfreiheit bedeuten und der Vulvodyniepatientin zu einer besseren Lebensqualität verhelfen. Im Sinne eines Placeboeffekts („Übertragungseffekts“) können diese Patientinnen tatsächlich eine Zeitlang schmerzfrei bleiben, zumal wenn man ihnen vorher erklärt hat, dass nunmehr die Ursache für ihre Schmerzen gefunden sei und man daher operieren musste. Einen ähnlichen „Übertragungseffekt“ findet man häufig bei chronischen Unterbauch-Schmerz-Patientinnen – dem sog. Pelipathie Syndrom – bei denen im Rahmen einer Laparoskopie Verwachsungen gelöst worden sind, z.B. nach einer vorausgegangenen Appendektomie. Wenn man diesen Unterbauch-Schmerz-Patientinnen erklärt, dass man mit der operativen Entfernung der Verwachsungen jetzt die Ursache ihrer chronischen Unterbauchschmerzen gefunden habe, sind diese Patientinnen tatsächlich eine gewisse Zeit schmerzfrei. Nach dieser Zeit der Schmerzfreiheit kommen jedoch die Beschwerden wieder, da sie psychosomatisch bedingt sind (Richter, 1995).

Haag-Wackernagel (persönliche Mitteilung 2021) bewertet die Vestibulektomie als „Amputation von Sensibilität“ und gibt zu Bedenken, dass nach jeder Art von Operation im posterioren Vulvabereich Schmerzrezeptoren nachwachsen können. Die Genitalkörperchen, die für die Sensibilität und sexuelle Stimulation wichtig sind, können jedoch nicht nachwachsen, da sie embryonal angelegt sind. Das heißt, dass jeglicher operative Eingriff im posterioren Vulvabereich die sexuelle Sensibilität beeinträchtigen oder zerstören kann. Dies berichten auch nicht wenige Frauen nach traumatischen Geburten mit ausgedehnten Vulva-Dammverletzungen (Richter, 2020).

Da prospektive, zeitlich angelegte Untersuchungen zur sexuellen Situation, zur sexuellen Befriedigung und zur Partnersituation nach Vestibulektomien fehlen, stehen auch wir der operativen Entfernung von sensiblem Vulvagewebe kritisch gegenüber, zumal sich am Hypertonus der Beckenbodenmuskulatur durch die Operation nichts geändert hat.

Psychosoziale, psychosomatische, psychosexuelle und psychiatrische Komorbidität bei Vulvodynie-Patientinnen

Eine häufig vorhandene psychische Komorbidität bei Vulvodynie-Patientinnen sollte nicht erst diagnostiziert werden, nachdem organische Ursachen ausgeschlossen wurden, sondern sollte im Sinne einer bio-psycho-sozialen Anamnese möglichst früh erfasst werden, aber so, dass die Patientin nicht sofort das Gefühl bekommt, sich einer „Psycho-Diagnostik" unterziehen zu müssen.

Mehrere Untersucher fanden eine **belastende Kindheit** bei Vulvodynie-Patientinnen. Neben **emotionaler Vernachlässigung, körperlicher Gewalt** wurde auch **sexueller Missbrauch** nachgewiesen mit entsprechend später auftretenden Gesundheitsproblemen (Gilbert et al., 2009; Briere et al., 2014). In zwei epidemiologischen Studien berichten Frauen mit Vulvodynie häufiger über sexuellen Missbrauch und körperliche Gewalt in der Kindheit als Frauen ohne spätere Vulvodynie (Harlow et al., 2005; Khandker et al., 2014). In einer weiteren Übersichtsarbeit fand sich bei Highschool-Schülerinnen, die über eine generelle schmerzhafte Sexualität berichteten, ein Zusammenhang mit sexuellem Missbrauch (Landry et al., 2011). Leclerc et al. (2010) fanden bei einem Kollektiv von Frauen mit körperlicher Gewalt und sexuellem Missbrauch in der Kindheit weniger sexuelle Aktivität und Befriedigung und zusätzlich mehr psychosomatischen Stress im späteren Leben als bei Frauen mit ebenfalls Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, aber ohne Gewalterfahrung in Kindheit und Jugend. Auch Pukall et al. (2016) fanden als Komorbidität **Angstzustände und Depressionen.** Als Risikofaktoren für die spätere Entwicklung einer Vulvodynie fanden sie **Gewalt und sexuellen Missbrauch in der Kindheit** und **posttraumatischen Stress.** Khandker et al. (2014) fanden bei Vulvodynie-Patientinnen viermal häufiger **Angststörungen und/oder depressive Entwicklungen** in der Vorgeschichte verbunden mit einer **gesteigerten Angst vor Schmerzen generell**, einem nur **gering ausgeprägten Schmerz-Management** und **Neigung zu Katastrophisierung**.

Obwohl die Befunde darauf hindeuten, dass Gewalt und sexueller Missbrauch in der Kindheit Hauptrisikofaktoren für spätere Vulvodynie sein könnten, weisen Khandker et al. (2014) darauf hin, dass die Gruppe von Frauen mit Vulvodynie und sexuellem Missbrauch in der Kindheit (13,1 %) gegenüber Frauen mit Vulvodynie und ohne sexuellen Missbrauch in der Kindheit (7,4 %) wegen zu geringer Fallzahlen nicht repräsentativ sind. Hinzu kommt, dass Gewalt in der Kindheit in der Allgemeinbevölkerung bei bis zu 30 % gefunden wird (Afifi et al., 2014).

Die Bedeutung des muskulären Beckenbodens

Vulvodynie hat viel zu tun mit einer Dysfunktion der Beckenbodenmuskulatur. Regelhaft findet sich ein chronisch erhöhter Muskeltonus. Die Patientinnen haben Schwierigkeiten, diese Muskelpartien zu beeinflussen, sei es, sie anzuspannen oder sei es, sie zu entspannen. Kontrollierte Studien mit validierten Messinstrumenten, wie 4-D-Ultraschall oder Dynamometer konnten pathologische Muskel-Kontraktions-Muster nachweisen, wie muskulärer Hypertonus, geringe Muskelkontrolle, Übererregbarkeit und veränderte Kontraktions-Bereitschaft (Morin et al., 2014, 2017).

Pukall et al. (2016) und Wesselmann et al. (2014) konnten zeigen, dass Frauen mit Vulvodynie mit einer spontanen Muskelkontraktion auf einen Penetrations-Versuch reagieren. Ob diese spontanen Muskelkontraktionen ursächlich die Vulvodynie mitverursachen oder die Folge vorausgegangener Schmerzerfahrungen sind, ist bisher unklar. Auffällig ist in diesem Zusammenhang die hohe Koinzidenz von Fibromyalgie bedingten muskulären Problemen mit dem Vulvodynie-Syndrom. Daher sehen Veasley et al. (2015) und Phillips et al. (2016) in einer zentralen Schmerzsensibilisierung einen übergeordneten Schmerzmechanismus.

Beide fanden noch weitere Auffälligkeiten im Zusammenhang mit der Vulvodynie: **chronisches Fatigue Syndrom, chronische Migräne-Anfälligkeit, Bruxismus, chronische Rückenschmerzen** und – wie schon erwähnt – **die Fibromyalgie.**

Die chronische Dysfunktion des muskulären Beckenbodens – oft schon seit der Kindheit und früher Jugend bestehend – besonders nach Gewalterfahrung oder gar sexuellem Missbrauch kann als **„verkörperte Angst"** verstanden werden. Unbewusste Angst wiederum kann durch eine im Laufe des Lebens entstandene und erworbene Sensibilisierung im Zentralnervensystem (ZNS) eine erhöhte Beckenbodenspannung verursachen. Dies hat Auswirkungen auf zahlreiche Nachbarorgane. So finden sich bei Vulvodynie-Patientinnen häufig Begleitsymptome, wie **interstitielle Zystitis, Reizblasen-Syndrom, Reizdarm-Syndrom und Endometriose** (vgl. Abb. 7). Betrachtet man die sexuelle Situation von Vulvodynie-Patientinnen, so führt die unbewusste Angst neben einem erhöhten Dauertonus im muskulären Beckenboden auch zu einer reduzierten vaginalen Durchblutung.

Vulvodynie ist also hauptsächlich ein Problem einer unbewussten Angst. Angst kann durch eine im Laufe des Lebens entstandene und erworbene Sensibilisierung im ZNS eine erhöhte Beckenbodenspannung verursachen. Dies führt wiederum zu einer reduzierten, vaginalen Durchblutung mit reduzier-

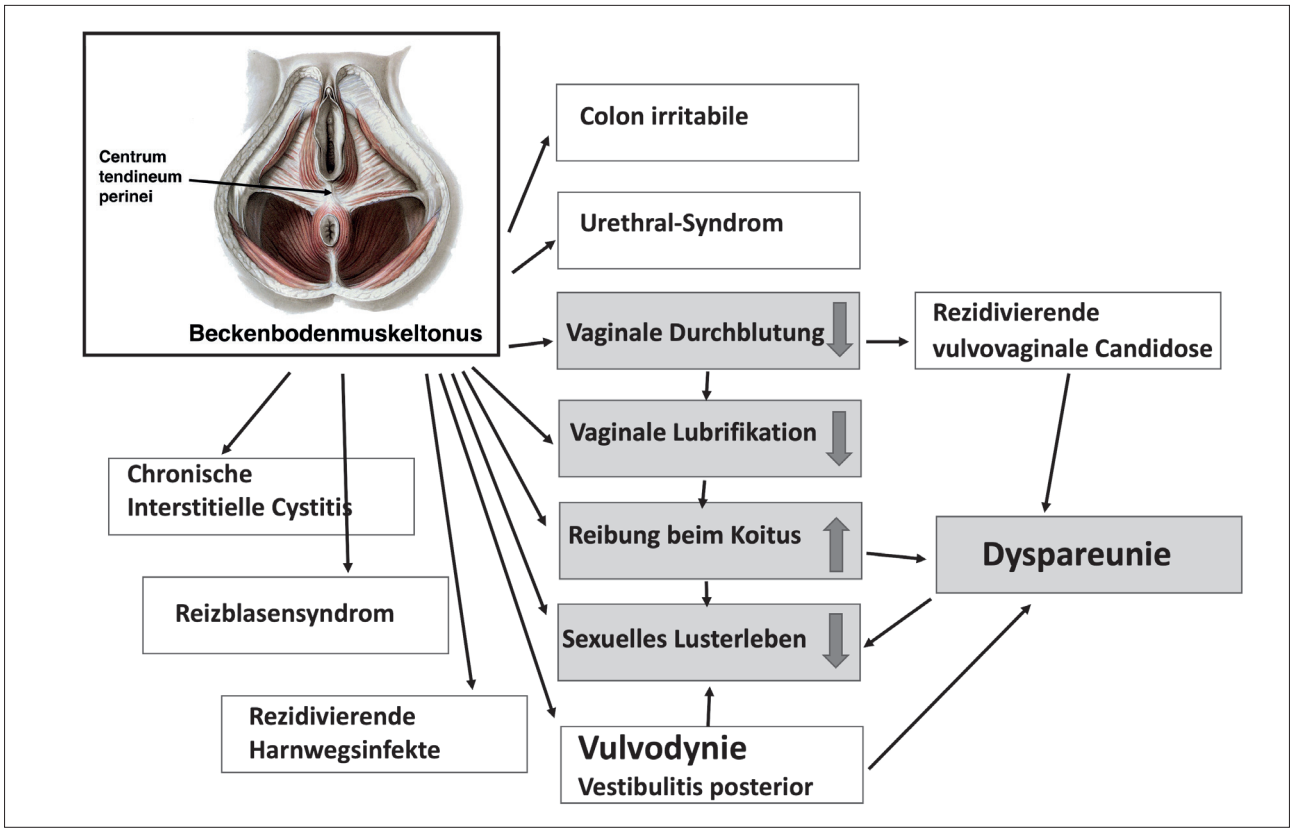


Abb. 7: Mögliche Auswirkungen einer dysfunktionalen Beckenbodenmuskulatur

ter Lubrifikation bei sexueller Stimulation und damit natürlich auch mit der Gefahr, einer erhöhten Friktion oder Verletzung. Es erfolgt eine Schmerzmeldung an das ZNS, was eine Verstärkung einer Negativspirale bis hin zur Aversion gegenüber jeglicher sexuellen Aktivität hervorrufen kann (Both et al., 2012). Die Autoren haben mittels Elektromyografie die Anspannung der Muskulatur im Beckenboden durch eine eingeführte Rektus-Sonde gemessen und gleichzeitig über eine Vaginalsonde den Blutfluss aufgezeichnet. Den Patientinnen wurden dann unterschiedliche Filmsequenzen gezeigt: eine neutrale Filmsequenz, eine erotische sexuelle Situation, eine Angst-Situation, eine sexuell bedrohliche Filmsequenz. Die Beckenbodenanspannung war am stärksten bei Angst und bei sexuell bedrohlicher Situation. Bei neutralen Filmsequenzen lag die Beckenbodenspannung in einem Normbereich und bei der Filmsequenz mit erotisch lustvollen Szenen am niedrigsten.

Bei neutralen Filmen und den angstauslösenden Filmen war die Vaginal-Durchblutung sehr niedrig. Bei einer lustvollen sexuellen Filmsequenz war die Vaginal-Durchblutung am höchsten. Interessanter Weise war der Blutfluss auch bei sexuell bedrohlichen Situationen erhöht, erreichte aber nicht die Werte eines erotischen und sexuell stimulierenden Films. Die Lubrikation, welche in sexuell geladenen Situationen auftritt, kann deshalb als Schutzreflex interpretiert werden: **Angst bewirkt demnach die höchste Beckenbodenanspannung und geringste vaginale Durchblutung.**

Das ganzheitlich psychosomatisch-sexualmedizinische Therapiekonzept aus einer Hand

Die Vulvodynie als somatoforme Schmerzstörung bedarf eines multimodalen Therapieansatzes. Von Vorteil ist, wenn der Behandler ein ganzheitliches bio-psycho-soziales Krankheitskonzept anbieten kann. Im günstigsten Fall vereint er in einer Person die frauenärztliche, psychosomatische, sexualmedizinische und sogar psychotherapeutische Kompetenz. Man muss von einer aktiv sprechenden, belehrenden Medizin zu einer zuhörenden, ärztlichen Haltung kommen und Verständnis, Wärme und Wertschätzung für die Patientin vermitteln und ganz viel Geduld aufbringen. Absolute Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Therapie ist die Herstellung einer tragfähigen Arzt-Patientin-Beziehung. Dies gilt besonders für die ersten Konsultationen, sonst droht das „Doctor-Hopping". Jeder weitere Therapieversuch, jede weitere Überweisung zu wieder anderen Ärzt_innen verschlechtert die Prognose und ist mit ein Grund, warum wir so häufig bei Vulvodynie-Patientinnen eine Chronifizierung ihres Leidens finden. Die Herstellung einer therapeutischen Allianz ist also Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Therapie. Hierzu sind mehrere Einzelschritte notwendig (Richter, 2014, 2015).

Der Erstkontakt – Anamnese und erste gynäkologische Untersuchung

Es kann nicht genug betont werden, dass die Herstellung einer vertrauensvollen, tragfähigen Arzt-Patientin-Beziehung die absolute Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung darstellt. Nach geduldiger „Entgegennahme" der Anamnese erfolgt die gynäkologische Untersuchung, die etwa folgendermaßen ablaufen sollte. Nach Palpation des Abdomens erfolgt die Kolposkopie der Vulva, die mit Worten des Untersuchers begleitet wird, wie etwa: „Ich betrachte jetzt mit dem Kolposkop stark vergrößert die ganze Region Ihrer Schamlippen und des Scheideneingangs. Ich kann im Augenblick keine krankhaften Veränderungen entdecken. Nun berühre ich behutsam mit einem feinen Tupfer alle Stellen der Schamlippen und des Scheideneingangs. Bitte sagen Sie sofort, wo es unangenehm oder gar schmerzhaft ist." Danach folgt – ebenfalls angekündigt – mit reichlich Gleitgel die wichtige behutsame 2-Finger Austastung der Vagina mit der Bitte um Angabe, ob irgendwo ein Schmerz ausgelöst werden kann. Dann wird die Patientin darauf vorbereitet, dass man nun mit einem Finger ins Rektum eingeht, während der Zeigefinger in der Scheide verbleibt, um zwischen den beiden Fingern den Beckenboden zu beurteilen. Nahezu immer findet sich ein deutlich erhöhter Beckenbodentonus. Die einzelnen Beckenboden-Muskelpartien werden abgetastet. Mit entsprechender Erfahrung können die Musculi puborectalis, pubococcygeus, bulbospongiosus und musculus transversus perinei superficialis einzeln abgetastet und beurteilt werden. Diese Muskeln vereinigen sich bzw. inserieren mit einzelnen Partien im centrum tendineum perinei. Wenn man dann zusätzlich mit dem Zeigefinger der linken Hand auf den dorsalen Introitus vaginae nur leichten Druck ausübt, geben die Patientinnen reflexartig einen Schmerz an. Mit einem einfach durchzuführenden weiteren Test wird der Befund bestätigt. Man drückt mit dem Daumen von aussen auf das Centrum tendineum perinei und übt einen leichten Schub nach kranial und dorsal aus. Bei unauffälligem, entspanntem Beckenboden lässt sich das Centrum tendineum perinei schmerzfrei 2–3 cm eindrücken bevor Widerstand entsteht. Bei der Vulvodyniepatientin kommt es schon bei leichtestem Druck reflexartig zu einer schmerzhaften Abwehrreaktion. Damit ist die Diagnose gestellt: erhöhter Dauertonus mehrerer Beckenbodenmuskeln mit schmerzhaftem punctum maximum im centrum tendineum pernei. Die sog. Vestibulitis posterior, um die sich viele Erklärungsversuche und Therapieempfehlungen ranken, ist damit entschlüsselt und erklärt sich als unmittelbar dorsal des Introitus vaginae liegendes, straffes und sehr schmerzhaftes centrum tendineum perinei.

Nach abschließender transvaginaler Sonographie wird der Patientin – im Sprechzimmer zurückgekehrt – anhand von Bildern aus dem Anatomie-Atlas – die Situation des angespannten Beckenbodens als Ursache für ihre chronische Schmerzstörung demonstriert. Die Patientin erhält zum ersten Mal eine für sie nachvollziehbare Erklärung für das Zustandekommen ihrer Schmerzen. Arzt und Patientin haben die „Passung" hergestellt.

Die Patientin wird nun zu einer hochdosierten Magnesium-Therapie angeleitet mit der Versicherung, dass sich dadurch allmählich die erhöhte Spannung in der Beckenboden-Muskulatur bessern wird. Die Magnesium-Therapie wird gesteigert bis zum Auftreten einer leichten Diarrhoe, um die richtige Erhaltungsdosis zu finden.

Als zweiter wichtiger Schritt bei dieser ersten Untersuchung erfolgt die Rezeptierung eines niedrig dosierten SSRI, z.B. Rp. Citalopram 10 mg mit einer Dosis-Erhöhung auf 20 mg nach 10 Tagen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang die Anmoderation dieses SSRI-Medikaments. Der Patientin gegenüber wird geäußert, dass sie dieses Medikament zur Schmerzmodulation und nicht zur Behandlung einer Depression bekommt. **Anmerkung:** die Patientin liest selbstverständlich zuhause sofort den Beipackzettel und fühlt sich vom Arzt enttäuscht, dass dieser bei ihr eine Depression diagnostiziert hat, ohne ihr das mitzuteilen. Dies führt nicht selten zum Bruch der Arzt-Patientin-Beziehung, was uns am Anfang der Entwicklung dieses Therapiekonzeptes auch begegnet ist. Vielmehr wird der Patientin vermittelt, dass diese Therapie eingesetzt wird, um das Schmerzgedächtnis im Gehirn zu verändern. Ein erwünschter weiterer Aspekt durch die SSRI ist eine Angstreduktion. Durch die gute Information mit unterstützendem Bildmaterial gelingt es also mit der Patientin gemeinsam ein Krankheitsmodell zu entwickeln, was für die Patientin bedeutet, dass sie mehr Wissen und damit auch mehr Kontrolle über ihr Krankheitsbild bekommt.

Günstig ist eine baldige Mitbehandlung durch erfahrene Physiotherapeuten, welche gezielt einzelne Muskelgruppen im Beckenbodenbereich behandeln können.

Die weiteren Konsultationen

Regelmäßige weitere Arzt-Patientin Kontakte von ca. 20 Minuten in kurzen Abständen (2- bis 3-wöchig) – zumindest in der Anfangszeit – entlasten die Patientin und stärken die Arzt-Patientin-Beziehung. Die Patientin wird gleichzeitig somatisch, psychosomatisch und sexualmedizinisch behandelt, ohne dies selbst so wahrzunehmen. Durch angeleitete Achtsamkeits-Übungen und Entspannungsverfahren kann eine Stress-Reduktion mit Besserung der Symptomatik erreicht werden. Arzt und Patientin geraten so in eine sich fortsetzende Interaktion, die, einem roten Faden folgend, zu mehr Verständnis und Einsichtsfähigkeit in die zugrundeliegenden Probleme und Konflikte führen kann. Schon bestehende oder neu eingegangene Partnerbeziehungen mit einer problematischen sexuellen Beziehung können gemeinsam „angeschaut" und kritisch hinterfragt werden. Gerade diese Möglichkeit der Reflektion von bestehenden Beziehungen mit der Schilderung des eigenen sexuellen Erlebens wird von Vulvodynie-Patientinnen sehr geschätzt, insbesondere dann, wenn sie – mit noch wenig sexuellen Erfahrungen – sich in einem Lernprozess der eigenen gewünschten sexuellen Erlebnisfähigkeit befinden.

Als entscheidend für eine erfolgreiche Behandlung hat sich die sog. **„Passung"** erwiesen. Darunter versteht man, dass Patientin und Arzt versuchen, sich auf ein gemeinsames Krankheits-Modell zu einigen. Dieses Krankheits-Modell muss für die Patientin rational nachvollziehbar sein. Patientinnen mit chronischen Schmerzen haben oft ein fixiertes somatisches Schmerzkonzept. Sie haben den Verdacht, der Arzt hat etwas übersehen oder noch nicht herausgefunden und reagieren „katastrophisierend". Der Arzt andererseits fühlt sich rasch „genervt" durch das ständige „Einfordern" endlich eine für die Patientin schlüssige Diagnose zu stellen und eine endlich hilfreiche und wirksame Therapie anbieten zu müssen.

Unser Modell der Herstellung einer „Passung" ermöglicht der Patientin ein Gefühl der Kontrolle und Logik und führt damit zu einer ersten Entängstigung.

Der Weg bis zur „Passung", bis zur Einigung auf ein gemeinsames Krankheits-Modell kann unter Umständen schwierig und langwierig sein. Bei dieser „Passung-Herstellung" oder auch „psychosomatischen Umschaltung" (Richter, 1995) vollziehen Patientin und Arzt den Übergang von einer somatischen Auffassung der Krankheit zu einer mehr psychologischen Sichtweise. Danach beginnt die eigentliche „psychotherapeutische Arbeit" ohne, dass diese als formale Psychotherapie deklariert wird. Der behandelnde Arzt sollte in empathischer Weise das psychosoziale Leiden der Patientin annehmen und Veränderungen für möglich halten. Eine derartige empathische, verständnisvolle Grundhaltung ist die Voraussetzung dafür, dass Patientinnen selbst allmählich Veränderungen und Lösungsansätze finden und Veränderungen vornehmen.

Die Vulvodynie-Patientin lebt nicht im Einklang mit dem sozialen Umfeld, den Mitmenschen, dem Partner, mit Lust und Liebe und letztlich mit sich selbst. Es finden sich stressauslösende, selbstentwertende, kritische Denkmuster, wie etwa: „Was denken andere über mich? Bin ich in Ordnung?" Wer sich an der Bewertung anderer orientieren muss, hat kein ausreichendes Gefühl für die eigene innere Balance, wird fremdbestimmt (innere Blockierung). In der Sexualität ist das besonders sichtbar. Die Patientinnen äußern Denkmuster wie: „Bin ich attraktiv genug? Wie kann ich seine Wünsche erfüllen? Wie kann ich ihn halten, ihn nicht verlieren?" Nur wer sich selbst und die eigenen Wünsche und Reaktionen kennt, kann eine befriedigende Sexualität leben. Da die Patientin verständlicherweise über einen längeren Zeitpunkt hinweg an ihrer Somatisierung „festhält", verlangt sie immer wieder nach einer gynäkologischen Untersuchung und Versicherung, dass keine Infektion, insbesondere keine Pilzinfektion oder eine andere bedrohliche Erkrankung vorliegt. Der Arzt darf nicht ärgerlich werden oder gar eine erneute Untersuchung ablehnen. Er kann durch wiederholte gynäkologische Untersuchungen mit gezielter Palpation der Beckenboden-Muskulatur der Patientin mitteilen, dass der für die Berührung- und Schmerzproblematik mitverantwortliche straffe Beckenboden sich zu entspannen beginnt, was eine sichtbare Bereitschaft der Patientin auslöst, mit dieser Therapie fortzufahren, auch wenn es mehr Zeit und Geduld erfordert.

Man darf sich auch nicht zu einer „Retter-Position" verführen lassen. Mit konstant optimistischer Ausstrahlung und zunächst bescheidener Zielsetzung gelingt es, sich auch auf eine länger dauernde und anstrengende Arbeit – Zeitperspektive bis zu 2 Jahren – einzustellen. Jede Konsultation muss mit voller Achtsamkeit erfolgen. Rückschläge sind einzukalkulieren und im Grunde nicht vermeidbar. Bedeutsam ist, immer die Gesamtperspektive der Patientinnen im Auge zu behalten, d.h. ihre psychosoziale Situation, ihre Partner-Situation, ihre sexuellen Möglichkeiten mitzubetrachten.

Die multimodale Therapie der psychosomatisch bedingten Vulvodynie umfasst eine hochdosierte Magnesium-Therapie, den Einsatz von SSRI, sowie eine spezielle Physiotherapie des Beckenbodens und eine zuverlässige konstante Begleitung der Patientin mit fest vereinbarten Konsultationen von etwa 20 Minuten in regelmäßigen Zeitabständen, anfangs 2 bis 4-wöchig, im weiteren Verlauf 2 bis 3-monatig. Der Arzt wird sozusagen für eine gewisse Zeit zum „Lebensbegleiter", zum Ansprechpartner für die Vulvodynie-Patientin.

Er hilft ihr dabei, ihr Selbstbewusstsein zu stärken, ihre Fähigkeiten und ihre Bedürfnisse zu erkennen und damit auch im sexuellen Bereich selbstbestimmter zu leben. Er begleitet sie geduldig und mit einem begründeten Optimismus. Die Erfahrung, solche Entwicklungsprozesse erfolgreich begleitet zu haben, gibt dem Arzt die nötige Motivation sich auf derartige Behandlungen immer wieder einzulassen.

Es ist aber auch verständlich, dass manche Kolleginnen und Kollegen sich von dieser Art einer Arzt-Patientin-Beziehung distanzieren, sich dabei unwohl fühlen und dies grundsätzlich ablehnen. Sehr erfolgreich ist – wenn immer dies möglich ist – eine erweiterte Körper-Paar-Therapie mit dem Paar durchzuführen, um die sexuellen Möglichkeiten der Patientin mit ihrem Partner zu erweitern.

Fallkasuistik

Die Patientin S. M., 26 Jahre, schreibt in einem Brief wegen einer Therapieanfrage (Initialen und Beruf geändert)

> Betr.: Wunsch nach einem Beratungsgespräch für psychosomatische Abklärung.

Sehr geehrter Herr Richter,
mein Name ist S. M., ich bin 26 Jahre alt und seit 2017 in Behandlung an einer Universitätsfrauenklinik. Aufgrund von plötzlich auftretenden Einrissen in der Vaginalhaut beim Geschlechtsverkehr wurde ich von meiner Frauenärztin an die Uniklinik verwiesen. Dort wurde der Verdacht eines Lichen sclerosus erhoben. Nach einer durchgeführten Biopsie lautete

die Diagnose: Chronische lichenoide Entzündung im hinteren Kommissurbereich bei 6 Uhr. Behandelt habe ich diese Stelle seit nunmehr 3 Jahren mit Cremes der verschiedensten Art jedoch ohne merkliche Verbesserung. Auch alternative Behandlungsmethoden durch eine Heilpraktikerin brachten nur eine minimale oder kurzzeitige Linderung.

Ganz besonders leidet meine Beziehung unter dieser Problematik, da ich kaum Geschlechtsverkehr zulassen kann. Dabei hat sich mein psychischer Zustand im Verlauf der 3 Jahre verschlechtert. Da es sich bei meinem Partner, welchen ich seit Beginn der Beschwerden habe, um meinen ersten Freund handelt, kenne ich Sexualität nur in Verbindung mit Schmerzen. Ich habe keine Lust mehr auf Geschlechtsverkehr, ziehe mich zurück und bin sehr ängstlich geworden. Zudem kann ich mich kaum gehenlassen, da sich meine Gedanken stets um meine Entzündung drehen und ich mich dadurch sehr hilflos fühle.

Die aktuelle Situation ist nicht mehr tragbar für die Beziehung und ich habe schon selbst mit dem Gedanken gespielt, eine therapeutische Beratung/Behandlung in Anspruch zu nehmen. Mein letzter Termin bei meiner Frauenärztin war am 27.01.2020. Auch die betreuenden Ärzte der Universitätsfrauenklinik, Herr S. und Frau M., wünschen eine psychotherapeutische Abklärung, auch als Voraussetzung für eine mögliche Laser-Behandlung und haben mir Sie empfohlen. Daher erhoffe ich mir einen Termin bei Ihnen in der Sprechstunde zu erhalten. Über eine positive Rückmeldung würde ich mich freuen.

Vielen Dank bereits im Voraus.

Wir haben die Patientin in unsere Behandlung genommen. Aus den mitgebrachten Dokumenten und Arztbriefen ließ sich die folgende Vorgeschichte erheben. Von April 2017 bis Dezember 2019 fanden 6 Untersuchungen statt mit den folgenden dokumentierten **Diagnosen:**

- Rezidivierende chronische Vulva-Mykose
- Rezidivierende chron. Vulva-Mykose, aktuell ohne Entzündungszeichen im Bereich der hinteren Kommissur
- V. a. Lichen sclerosus der Vulva
- Candida Vulvitis bei fraglichem Lichen sclerosus
- V. a. chron. Vulva-Mykose
- Lichenoide Entzündung der Vulva mit Vulva-Punch-Biopsie an der hinteren Kommissur, Histologie: Plattenepithel-Hyperplasie, leichtgradige Parakeratose, molekular-pathologisch keine HPV-Nachweis.

Folgende Therapieversuche wurden von verschiedenen Kolleginnen und Kollegen unternommen:

- Dermoxin-Creme, 2 x tgl. über 4 Wochen
- Elidel-Creme, 1 x tgl. für 3 Monate
- Langzeittherapie mit Fluconazol 100 mg, 2 x wöchentlich
- Batrafen-Creme unter Einbeziehung des Partners
- Deumavan mit lokaler Östrogenisierung und Fettsalbe, Empfehlung zur Gleitmittel-Benutzung beim Geschlechtsverkehr
- weitere Östrogenisierung mit Oekolp-Creme 2 x wöchentlich
- weitere Anwendung von Östrogensalbe, jetzt zusätzlich mit Elidel-Creme
- Empfehlung zur Lasertherapie, vorher Vorstellung beim Psychotherapeuten

Die erste gynäkologische Untersuchung

Im Januar 2020 stellte sich eine 26-jährige hübsche, blonde, leicht adipöse Patientin erstmals in unserer Sprechstunde vor. Nach abgebrochenem Psychologiestudium steht sie jetzt kurz vor der Prüfung zur Sozialarbeiterin. Sie schilderte die im Brief dargestellten Probleme und Schmerzen, an denen sich in der Zwischenzeit nichts geändert habe. Sie ist unauffällig gekleidet, wirkt kontrolliert, ängstlich, emotional wenig schwingungsfähig. Sie war sofort bereit sich gynäkologisch untersuchen zu lassen.

Die gynäkologische Untersuchung mit behutsamer – vorher angekündigter – rektovaginaler bimanueller Palpation fand die für Vulvodynie pathognomonisch stark angespannte Beckenbodenmuskulatur. Am centrum tendineum perinei konnte schon bei geringem Druck ein ausgeprägter Schmerzpunkt lokalisiert werden. Anhand von Anatomiebildern wurde der Patientin die Situation ihres hypertonen Beckenbodens demonstriert mit der Erläuterung, dass auf Grund dieser ausgeprägten Verkrampfung ihrer Beckenbodenmuskulatur ihre zahlreichen Versuche „Geschlechtsverkehr zu haben" verständlicherweise im Gehirn zu einer Angstbereitschaft geführt hätten. Diese Situation sei mit dem Willen nicht beeinflussbar. Wir empfahlen den sofortigen Beginn einer hochdosierten Magnesiumtherapie (Rp.: Magnetrans forte 3 x 150 mg/die), mit Steigerung auf 4-5 x 1 Kapsel bis zur Diarrhoegrenze. Um die dann zu erwartende allmähliche „Entspannung" der Beckenbodenmuskulatur zu unterstützen, empfahlen wir die Einnahme von Citalopram (SSRI) beginnend mit 5 mg und Steigerung bis zu 20 mg.

Hier war wieder die Anmoderation der SSRI Verordnung wichtig (siehe oben). Ausführlich wird der Patientin gegenüber erklärt, dass sie dieses Medikament nicht wegen einer Depression verordnet bekomme, sondern weil wir gute Erfahrungen gemacht haben in der Kombination von Citalopram mit hochdosierter Magnesiumtherapie. Dadurch löse sich nach einer gewissen Zeit im Gehirn die bei ihr angewachsene und inzwischen verfestigte Erwartungsangst, „dass es wieder nicht funktioniert, dass es wieder weh tut, dass es nicht besser wird, dass es hoffnungslos geworden ist."

Mit der zuvor beschriebenen empathisch optimistischen Grundhaltung haben wir die Patientin im Februar 2020 dreimal ca. 30 minütig gesehen, um eine biographische sexualmedizinische Anamnese zu erheben und eine vertrauensvolle Arzt-Patientinbeziehung aufzubauen.

Um über die Beziehungsdynamik der aktuellen Partnerschaft einen ersten Einblick zu erhalten, lassen wir – nach jahrzehntelanger guter Erfahrung bei der Behandlung von Vaginismus-Patientinnen – die Patientin zeichnen, und zwar soll sie sich und den Partner als Tiere darstellen (Richter, 2021). Diese Patientin zeichnet sich als prächtigen, farbenfrohen Fisch und darüber ihren Partner als Löwen. Jeder „schwimmt" oder „schaut" in eine andere Richtung. Er zeichnet sich später vor Beginn der Körperpaartherapie als großen Elefanten mit gesenktem Rüssel, wie er einem Erdmännchen (der Patientin) nachschaut. Die einzeln angefertigten Zeichnungen geben einen ersten unmittelbaren Einblick in die unbewusste Dynamik der Paarbeziehung.

Weiterer Krankheits- und Therapieverlauf (Zusammenfassung)

Nach der Erhebung der biografischen sexualmedizinischen Anamnese in 3 Sitzungen (im Februar 2020), haben wir bei großem Leidensdruck der Patientin und hoher Motivation endlich etwas zu verändern, und spontaner Bereitschaft des Partners („ich will alles tun, um meiner Partnerin zu helfen") dem Paar eine sexualmedizinisch übende Körper-Paartherapie vorgeschlagen, wie sie bei der Vaginismustherapie erfolgreich angewandt wird (Richter, 2021).

Von März bis November 2020 fanden 8 sexualmedizinische übende Körpertherapien im Paarsetting statt, Magnesium wurde hochdosiert auf 4 x 150 mg täglich, Behandlung mit dem SSRI-Präparat Citalopram, zunächst 5 mg, dann 20 mg am Morgen. Parallel fanden 2-3 wöchige Sitzungen bei einer Osteopathin und Physiotherapeutin statt mit Fokus auf die Behandlung des erhöhten Beckenbodentonus.

Bei der letzten Untersuchung am 29.9.2020 fand sich ein weitgehend unauffälliger Befund. Penetrierender Geschlechtsverkehr war wieder schmerzfrei möglich. Weiteren Bestand hatte eine ängstliche Selbstbeobachtung, ob es wieder zu erneuten Schmerzen und zu einem Pilzbefall kommt. Wir haben die Vulvodynie-Patientin nach ½ Jahr und 1 Jahr wieder einbestellt zu einer gynäkologischen Untersuchung, um Auskunft zu bekommen, ob der Therapieerfolg andauert oder ob ein Rückfall in alte Verhaltensmuster erfolgt ist.

Bei der Jahreskatamnese des Paares war keine Genitalmykose mehr aufgetreten. Das Einführen des Penis war jetzt ohne die Lust beeinträchtigende Schmerzreaktion möglich. Die auf einen sexuellen Reiz auftretende Lubrikation wurde als deutlich intensiver berichtet. Bei der gynäkologischen Untersuchung mit rektovaginaler Palpation fand sich zwar ein noch immer erhöhter Muskeltonus der Beckenbodenmuskulatur, jetzt aber ohne Schmerzauslösung am Centrum tendineum perinei. Ein Anruf bei der mitbehandelnden speziell ausgebildeten Physiotherapeutin bestätigte den auch von ihr festgestellten Therapieerfolg.

Dieser erfreuliche Therapieverlauf mit deutlicher Besserung der Beschwerden innerhalb so kurzer Zeit ist nicht typisch für eine Vulvodyniepatientin.

Nach Einleitung der Therapie entsprechend unserem Therapiekonzept hatte – in diesem Fall – die rasch nach Diagnosestellung zustande gekommene Körper-Paartherapie und die parallel durchgeführte Physiotherapie, durch eine in der Behandlung von chronisch hypertoner Beckenbodenmuskulatur sehr erfahrenen Therapeutin, sicher viel zum Erfolg beigetragen. Hinzu kam die große Motivation der Patientin und die sofort mögliche Körperpaartherapie. Nicht immer leben Vulvodynie-Patientinnen in einer festen Partnerschaft, wo der Partner spontan bereit ist, zu einer doch sehr intimen Körperpaartherapie.

Üblicherweise muss man unter zu Grunde Legung dieses Therapiekonzeptes mit einer Behandlungsdauer von etwa 2 Jahren rechnen. Wichtig sind dabei regelmäßige verabredete Konsultationen von etwa 20 Minuten. Diese ermöglichen der Patientin – im Rahmen einer sicheren Arzt-Patientin-Beziehung – sich allmählich von inneren Ängsten zu distanzieren, ein selbstbestimmteres Leben zu führen und eine neue schmerzfreie Sexualität zu entwickeln.

Literatur

Afifi, T.O., MacMillan, H.L., Boyle, M., Taillieu, T., Cheung, K., 2014. Child abuse und mental disorders in Canada. CMAJ 186 (9), e324–e332.

Arnold, L.D., Bachmann, G.A., Rosen, R., Rhoads, G.R., 2007. Assessment of vulvodynia symptoms in a sample of US women: a prevalence survey with a nestet case control study. Am J Obstet Gynecol 196, 128.e1-6.

Bergeron, S., Reed, B.D., Wesselmann, U., Bohm-Starke, N., 2020. Vulvodynia. Nature Reviews Disease Primers 6, 36.

Both, St., Lunsen, R. van, Weijenborg, Ph., Laan, E., 2012. A new device for simultaneous measurement of pelvic floor muscle activity and vaginal bloodflow. J of Sexual Medicine 9 (11), 2888–2902.

Briere, J., Scott, C., 2014. Principles of Trauma Therapy: A Guide to Symptoms, Evaluation, and Treatment (DSM-5 Update). SAGE Publishing, Thousand Oaks, CA.

Danielsson, I., Sjoberg, I., Stenlund, H., Wikman, M., 2003. Prevalence and incidence of prolonged and severe dyspareunia in women: results from a population study. Scand J Public Health 31 (2), 113–118.

Falsetta, M.L., Foster, D.C., Bonham, A.D., Phipps, R.P., 2017. A review of the available clinical therapies for vulvodynia management and new data implication proinflammatory mediators in pain elicitation. BJOG 124 (2), 210–218.

Gilbert, R., Widom, C.S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., Janson, St., 2009. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. Lancet 373, 68–81.

Goldstein, A.T., Pukall, C.F., Brown, C., Bergeron, S., Stein, A., Kellogg-Spadt, S., 2016. Vulvodynia: Assessment and Treatment. J Sex Med 13 (4), 572–90.

Gómez, I., Coronado, P.J., Martín, C.M., Alonso, R., Guisasola-Campa F.J., 2019. Study on the prevalence and factors associated to vulvodynia in Spain. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 240 (9), 121-124.

Haag-Wackernagel, D., 2021. Die Klitoris – das zentrale Organ der weiblichen Lust. Teil 1: Entdeckt, ignoriert und verleugnet – die erstaunliche Geschichte des Bulbo-Klitoridalorgans. Frauenarzt 62

(6), 402–407.
Harlow, B.L., Steward, E.G., 2003. A population-based assessment of chronic unexplained vulva pain: have we underestimated the prevalence of vulvodynia? J Am Med Womens Assoc 58 (2), 82–88.
Harlow, B.L., Steward, E.G., 2005. Adult onset vulvodynia in relation to childhood violence victimization. Am J Epidemio 161 (9), 871–880.
Harlow, B.L., Kunitz, C.G., Nguyen, R.H.N., Rydell, S.A., Turner, R.M., MacLehose, R.F., 2014. Prevalence of symptoms consitent with a diagnosis of vulvodynia: population based estimates from 2 geographical regions. Am J Obstet Gynecol 210 (1), 40.e1–8.
Hohl, M.K., Mehring, G., 2012. Schmerzhafte Vulva: Vulvodynie, Vestibulitis. FHA (Frauenheilkunde aktuell) 21(1), 4–16.
Keppel-Hesselink, J.M., Kopsky, D.J., Sajben, N., 2016. New topical treatment of vulvodynia based on the pathogenetic role of cross talk between nociceptors, immunocompetent cells, and epithelial cells. J Pain Res Oct 3 (9), 757–762.
Khandker, M., Brady, S.S., Stewart, E.G., Harlow, B.L., 2014. Is chronic stress during childhood associated with adult-onset-vulvodynie? J Women's Health 23 (8), 649–656.
Kobelt, G.L., 1844. Die männlichen und weiblichen Wolllustorgane des Menschen und einiger Säugetiere in anatomisch-physiologischer Beziehung. Druck u. Verlag von Adolph Emmerling, Freiburg i. Brsg.
Landry, T., Bergeron, S., 2011. Biopsychosocial factors associated with dyspareunia in a community sample of adolescent girls. Arch Sex Behav 40 (5), 877–889.
Leclerc, B., Bergeron, S., Binik, Y.M., Khalifé, S., 2010. History of sexual and physical abuse in women with dyspareunia: association with pain, psychosocial adjustment, and sexual functioning. J Sex Med 7 (2), 971–980.
Mendling, W., 2014a. Vestibulodynie Teil 1. Frauenarzt 55 (5), 470–476.
Mendling, W., 2014b. Vestibulodyie Teil 2. Frauenarzt 55 (6), 564–569.
Mendling, W., 2019a. Schmerzen statt Lust: Dyspareunie, Vulvodynie und Vestibulodynie. Gynäkologie und Geburtshilfe 24 (3), 24–27.
Mendling, W., 2019b. Vulvodynie – eine diagnostische und therapeutische Herausforderung. Gynäkologische Praxis 45, 277–288.
Mitchell, K.R., Mercer, C.H., Ploubidis, G.B., Jones, K.G., Datta, J., Field, N., Copas, A.J., Tanton, C., Erens, B., Sonnenberg, P., Clifton, S., Macdowall, W., Phelps, A., Johnson, A.M., Wellings, K., 2013. Sexual function in Britain: findings from the third national survey of sexual attitudes und lifestyles (Natsal-3). Lancet 382, 1817–1829.
Morin, M., Bergeron, S., Khalife, S., Mayrand, M.-H., Binik, Y. M., 2014. Morphometry of the pelvic floor muscles in women with and without provoked vestibulodynia using 4D ultrasound. J Sex Med 11 (3), 776–785.
Morin, M., Binik, Y.M., Bourbonnais D., Khalifé, K., Ouellet, St., Bergeron, S., 2017. Heightened pelvic floor muscle tone and altered contractility in women with provoked vestibulodynia. J Sex Med 14 (4), 529-600.
Pukall, C.F., Goldstein, A.T., Bergeron, S., Foster, D., Stein A., Kellogg-Spadt, S., Bachmann, G., 2016. Vulvodynia: definition, prevalence, impact, and pathophysiological factors. J Sex Med 13 (3), 291–304.
Reed, B.D., Harlow, S.D., Sen, A., Legocki, L.J., Edwards, R.M., Arato, N., Haefner, H.K., 2012. Prevalence and demographic characteristics of vulvodynia in a population-based sample. Am J Obstet Gynecol 206 (2), 170.e1–170.e9.
Regauer, S., 2016. Mast call activation syndrome in pain syndromes, bladder pain syndrome interstitial cystitis and vulvodynia. Transl Androl Urol 5 (3), 396–397.
Richter, D., 1995. Pelipathie-Syndrom. In: von Uexküll, Th. (Hg.), Psychosomatische Medizin leben. Urban & Schwarzenberg, München, 1034–1036.
Richter, D., 2014. Die Vulvodynie – ein großes Problem im klinischen Alltag. 60. DGGG-Kongress München, 10.10.2014.
Richter, D., 2015. Zum psychosomatischen Verständnis von Vulva-Erkrankungen. FOKO Düsseldorf, 7.3.2015.
Richter, D., 2022. Vaginismus – Penetrationsabwehr. In: Hartmann, U., Krüger, T., Kürbitz V., Neuhof, Ch. (Hg.), Sexualmedizin für die Praxis. Springer, Berlin/Heidelberg.
Sanyal, M.M., 2009. Vulva – Die Enthüllung des weiblichen Geschlechts. Wagenbach Verlag, Berlin.
Veasley, C., Nguyen, R., Clare, D., Clauw, D.J., Cowley, T., Reinecke, P., Vernon, S.D., Williams, D.A., 2015. Impact of chronic overlapping pain conditions on public health and the urgent need for safe and effective treatment: 2015 analysis and policy recommendations. http://chronicpainresearch.org/public/CPRA_WhitePaper_2015-FINAL-Digital.pdf
Wesselmann, U., Bonham, A.D., Foster, D., 2014. Vulvodynia: current state of the biological science. Pain 155 (9), 1696–1701.
Wylie, K.R., 2017. A painful condition; an inflammatory process? BJOG. 124 (2), 219.

Autor

Prof. Dr. med. Dietmar Richter, Sexualmedizin-Sexualtherapie, Psychotherapie-Paartherapie, FA. f. Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Wirthstr. 9, 79110 Freiburg, e-mail: Sexualmedizin.info@prof-richter.de

Vulvodynie und Vaginismus als sexualmedizinische Krankheitsbilder – drei Kasuistiken

Roswitha Engel-Széchényi

Vulvodynia and Vaginismus as Sexual Medical Diseases – Three Case Reports

Abstract

The following three case reports describe the clinical treatment of pain that women experience in their vulva and/or vagina and which impedes or prevents sexual intercourse and reduces the women's sexual sensitivity, both of which can cause feelings of insufficiency. The causes of these often interlinked and mutually present disorders are often (psycho-)somatic in origin. An initial gynecological examination should be followed by a comprehensive psychosomatic anamnesis. Three courses of therapy are presented in which vulvodynia and vaginismus are treated holistically in accordance with the concept of biopsychosocial causes of disease.

Schlüsselwörter: Vulvodynia, Vaginismus, Sexual avoidance behavior, Couple relationships, Biopsychosocial disease concept

Zusammenfassung

Die folgenden drei Fallberichte beschreiben die klinische Behandlung von Schmerzen, die Frauen in ihrer Vulva und/oder Vagina erfahren und die den Geschlechtsverkehr erschweren oder verhindern und die sexuelle Sensibilität der Frauen verringern, was zu Insuffizienzgefühlen führen kann. Die Ursachen dieser oft miteinander verknüpften und wechselseitig vorhandenen Störungen sind häufig (psycho-)somatischen Ursprungs. Auf eine gynäkologische Eingangsuntersuchung sollte eine umfassende psychosomatische Anamnese folgen. Es werden drei Therapieverläufe vorgestellt, in denen Vulvodynie und Vaginismus nach dem Konzept der biopsychosozialen Krankheitsursachen ganzheitlich behandelt werden.

Schlüsselwörter: Vulvodynie, Vaginismus, sexuelles Vermeidungsverhalten, Paarbeziehung, biopsychosoziales Krankheitskonzept

Die Erkrankungen und ihre Behandlung

Vulvodynie sowie Vaginismus werden als psychosomatische Schmerzstörungen aufgefasst.

Vulvodynie

Bei dem Krankheitsbild Vulvodynie brennt, sticht, juckt und schmerzt es im Bereich der äußeren Geschlechtsorgane (Vulva, Venushügel, Schamlippen, Klitoris). Die dadurch entstehenden Einschränkungen im Alltags- sowie Sexualleben bewirken oft eine depressiv-ängstliche Grundstimmung, die das Schmerzerleben zusätzlich verstärkt. Die Ursachen der Krankheit sind noch nicht gänzlich bekannt, aber körperliche, psychische und emotionale Faktoren sind entscheidend daran beteiligt. Vulvodynie und ihre lokalisierte Form (Vestibulodynie) treten mit einer geschätzten Häufigkeit von 5–10 % der weiblichen Bevölkerung auf und sind somit keine seltene Erkrankung.

Häufig geht der Diagnosestellung eine jahrelange Leidensgeschichte der betroffenen Frauen mit Konsultationen von Ärzten verschiedenster Fachrichtungen (Gynäkologen, Urologen, Dermatologen) mit wenig erfolgreichen Therapieversuchen (Antibiotika, Antimykotika etc.) voraus, die in der Regel nicht lindern, sondern zu einer Chronifizierung führen.

Vulvodynie kann nur durch ein multimodales Therapiekonzept gelindert oder geheilt werden. Hilfreich ist, wenn der mit der Therapie betraute Arzt ein ganzheitlich biopsychosoziales Krankheitskonzept anbieten kann, da die Patientinnen eher auf eine somatische Schmerzursache fixiert sind und oft hartnäckig daran festhalten. Durch die wiederholt nicht hilfreichen Therapieversuche wird das Arzt-Patientinverhältnis zunehmend von Mißtrauen geprägt. Ein vertrauensvolles Arzt-Patientinverhältnis sowie die Etablierung eines neuen, von der Patientin akzeptierten Krankheitsmodelles sind wesentlich für eine erfolgreiche Therapie. Wichtigstes Ziel ist es zunächst, den quälenden Schmerz zu lindern, sowie die Patientin aus der depressiven Stimmungslage zu befreien. Dann erst kann an der Wiederherstellung einer befriedigeren Sexualität gearbeitet werden.

Eine ausführliche und genaue Anamnese ist in der Sexualmedizin (wie in jedem anderen Bereich der Medizin) der Schlüssel zur erfolgreichen Diagnosestellung und letztlich zum Therapieerfolg. Eine gründliche gynäkologische Untersuchung mit Inspektion, Fluor- und pH-Diagnostik sowie Palpation des muskulären Beckenbodenbereiches sind unerlässlich, um Fehldiagnosen zu verhindern und um geeignete sexualtherapeutische Interventionen einzuleiten.

Vaginismus

Das zweite hier behandelte Frauenleiden, der Vaginismus, bezeichnet die unwillkürliche Verkrampfung der Beckenbodenmuskulatur, die die Vagina umgibt und den Koitus äußerst schmerzhaft oder unmöglich macht.

Wie bei Vulvodynie kann auch Vaginismus nur durch ein kombiniertes Therapiekonzept mit Fachleuten aus verschiedenen Bereichen erfolgreich behandelt werden.

Vaginismus wird unterteilt in primären (d.h. Koitus war im Leben der Frau nie möglich) und sekundären Vaginismus (Koitus war früher schmerzlos). Primärer nichtorganischer Vaginismus – der hier behandelte Fall – wird nach einer Untersuchung von Ahrendt & Friedrich[1] mit etwa 1 % des Patientinnenklientels einer gynäkologischen Praxis angegeben. Die Dunkelziffer beider Formen wird wesentlich höher geschätzt, da Vaginismus-Patientinnen nur selten zur gynäkologischen Untersuchung gehen.

Kann sich eine vaginistische Patientin auf dem Untersuchungsstuhl nicht gut entspannen, führt dies oft zu einer Verhinderung einer gynäkologischen Inspektion, was zu einem Abbruch der Untersuchungssituation führt. Dieser wird von der Patientin oft schambehaftet empfunden und sollte behutsam und verständnisvoll thematisiert werden, um dann gemeinsam das weitere Vorgehen zu besprechen. Hilfreich ist hier die Überweisung an einen Gynäkologen/eine Gynäkologin mit sexualmedizinischer Weiterbildung. Ein Vertrauensverhältnis zwischen Patientin und Arzt/Ärztin muss aufgebaut werden, sodass die gynäkologische Untersuchung durchgeführt werden kann, die notwendig ist, um gynäkologische Begleiterkrankungen oder gar anatomische Fehlbildungen ausschließen zu können.

Erster Fall: Vulvodynie mit chronischer Dyspareunie und konsekutiver Vermeidung von vaginalpenetrativer Sexualität

Die 31-jährige Patientin stellt sich vor mit seit 7 Jahren bestehenden chronischen Berührungsschmerzen am Scheideneingang sowie „Brennschmerzen“ in der Vagina, welche genitale Berührungen sowie penetrative vaginale Sexualität unmöglich machten.

Mit ihrem Ehemann sei sie erst seit 2 Jahren verheiratet, sie seien aber schon 10 Jahre zusammen. Zu Beginn habe Sexualität „gut und schmerzfrei zur Zufriedenheit beider“ funktioniert. Begonnen habe alles mit einer vermuteten Pilzinfektion im Genitalbereich, die die Patientin zunächst mit frei verkäuflichen Medikamenten behandelt habe. Als die Beschwerden („Juckreiz und Brennen“) nicht verschwunden seien, habe sie ihre Gynäkologin aufgesucht, und es habe eine lange Phase der unterschiedlichsten antibiotischen-antifungiziden, desinfizierenden und östrogenisierenden Therapieversuche begonnen. Dies habe „alles nichts geholfen“, die Beschwerden seien immer schlimmer geworden. Nach Weglassen sämtlicher Maßnahmen sei das Brennen im vestibulären Eingang sowie intravaginal besser geworden und einem Berührungsschmerz und einem ununterbrochen wahrnehmbaren „unangenehmen irritierten“ Gefühl gewichen. Dies würde sie zunehmend „wahnsinnig“ machen, da sie immerzu daran denken müsse. Sie befürchte, dass sie dieses Symptom nie mehr loswerden würde, das mache sie traurig und hoffnungslos, mittlerweile gebe es kaum noch Dinge, über die sie sich freuen könne. Der Schmerz läge „wie ein dunkles Tuch“ über ihrem Alltag.

Seit Beginn der vaginalen Beschwerden sei auch die partnerschaftliche Sexualität immer schwieriger geworden. Intime Berührungen ihres Partners hätten Brennschmerzen ausgelöst, Penetration habe sie nicht mehr zulassen können. So habe sie sich immer mehr körperlich aus der Beziehung zurückgezogen. Seit nunmehr fast 6 Jahren fände gar kein Körperkontakt mehr statt, was die Beziehung sehr belaste. Ihr Partner habe ihr dennoch völlig überraschend vor 2,5 Jahren einen Heiratsantrag gemacht, dem sie zunächst gar nicht habe beantworten können, letztlich habe sie doch in eine Eheschließung eingewilligt, weil sie sich sicher sei, ihn zu lieben. Ihr Mann hege einen großen, offen ausgesprochenen Kinderwunsch, der sie stark unter Druck setze, da sie sich überhaupt nur schwer vorstellen könne, Mutter zu werden und mit den Symptomen erst recht nicht. Wegen einer Essstörung im jungen Erwachsenenalter (Anfang 20, Anorexia nervosa) habe sie eine Verhaltenstherapie gemacht und sei seit einigen Jahren diesbezüglich stabil.

Bei VAS (Visual Analogskala), die die subjektive Schmerzwahrnehmung erfasst (Skala zwischen 1–10, 1 kein Schmerz, 10 stärkster Schmerz im beobachteten Körperareal), lag die Intensität des Berührungsschmerzes der Patientin bei 3–4 (Eigenberührung) und 7–8 (Berührung durch den Partner).

Die symptombezogene Untersuchung zeigte ein makroskopisch unauffälliges äußeres Genitale, der Berührungsschmerz mit dem Wattestäbchentest wurde im hinteren Introitus Bereich bei 3–9 Uhr angegeben. Die digitale Palpation des Beckenbodens zeigte ein druckdolentes Centrum perinei (Beckenbodenbereich), an dem die Mm.transversi superfizialis, die Mm.bulbospongiosi sowie der M.spincter ani externuns zusammenlaufen. Bei der Palpation der beschriebenen Muskelbereiche kam es zu einem verstärkten Brennen im vaginalen Eingangsbereich sowie zu einer vaginistischen Abwehrreaktion. Das Nativpräparat sowie der vaginale pH-Wert waren unauffällig.

Die erhobenen Befunde wurden ausführlich mit der Patientin besprochen und die Diagnose einer Vulvodynie (somatoforme Schmerzstörung) mit sekundärer Dyspareunie mit sexuellem Vermeidungsverhalten gestellt. Allein schon, dass die Patientin das Gefühl bekam, das ihr Gegenüber sich

1 Ahrendt, H.-J., Friedrich, C. (Hg.), 2015. Sexualmedizin in der Gynäkologie. Springer, Berlin.

mit Vulvodynie und sexuellen Störungsbildern auskannte und sie nicht für „verrückt" hielt, entlastete die Patientin sehr und motivierte sie für die Aufstellung ihres multimodalen Therapieplanes.

Vorrangiges Ziel war bei diesem chronifizierten Verlauf die Patientin so schnell wie möglich von diesem „diffus unangenehmen Vulvovaginalgefühl" zu befreien und den Berührungsschmerz zu lindern. Medikamentös wurde eine hochdosierte Magnesiumtherapie eingeleitet und mit einem Antidepressivum (*Citalopram* 10 mg einschleichend zur Linderung der Angst und Depressionssymptomatik sowie zur Veränderung der Schmerzwahrnehmung) begonnen. Des Weiteren wurde die Patientin an einen Osteopathen (spezialisiert auf Beckenbodenschmerzsyndrome) verwiesen und eine tiefenpsychologische Psychotherapie im wöchentlichen Rhythmus aufgenommen.

Nach drei Monaten war die Patientin nahezu schmerzfrei, sodass mit der sexualmedizinischen Therapie der chronischen Dyspareunie begonnen werden konnte. Zunächst erhielt die Patientin die Aufgabe im Sinne einer Eigenmassage die schmerzenden inneren muskulären Beckenbodenbereiche bei sich „weichzumassieren", danach begannen die Einführübungen mit Finger/Dilatoren bis Penisgröße, wie sie aus der Vaginismus-Therapie bekannt sind. Hierbei ist zum einen wichtig, dass Penetration wieder angstfrei erlebbar ist, zum anderen, dass Penetration nicht symptomauslösend ist (Brennschmerz!), wovor regelhaft eine große Angst besteht.

Die Einführübungen zogen sich in die Länge. Zwar war und blieb die Patientin beschwerdefrei, wurde aber mit zunehmender Dilatorengröße damit konfrontiert, dass die Sexualität mit dem Partner wieder möglich werden könnte und geriet darüber unter Druck. Letztlich musste zunächst das ambivalente Kinderwunschthema mit der Patientin reflektiert und eingeordnet werden, ehe sie weiterüben konnte. Nach vier Monaten Eigenübungen wurde der Partner in die Therapie mit einbezogen und das Paar durchlief aufgrund seit Jahren ausgesetzter Körperlichkeit zum Aufbau eines neuen Körpervertrauens eine Körperpaartherapie nach der Sensate-Fokus-Methode.

Immer wieder wurden die Körperübungen durch die Patientin unbewusst „torpediert", bis sich ein weiteres schambehaftetes Thema offenbarte: der Partner hatte über die Jahre massiv an Gewicht zugenommen (+20 Kilogramm), und seine veränderte Körperform nahm ihr jegliche Lust auf ihn. Versuche dies anzusprechen seien im Vorfeld im Streit und mit Kränkungen geendet. In den Körperübungen konnte jedoch diese Ablehnung des adipösen Männerkörpers nicht mehr ausgeblendet werden und musste offen thematisiert werden. Nachdem der Partner einer Gewichtsreduktion mit Hilfe eines Ernährungsberaters eingewilligt hatte und erste Erfolge zu verzeichnen waren, konnten die Körperübungen fortgeführt werden.

Die penile Penetration wurde mit Finger sowie Dilatorenbenutzung seitens des Partners vorbereitet. Nachdem diese Kontrollabgabe von der Patientin gut akzeptiert werden konnte, wurde in Reiterposition penetrative Sexualität wieder aufgenommen und schmerzfrei praktiziert. Für die Restitutio ad integrum (Citalopram wurde nach 12 Monaten wieder ausgeschlichen) war insgesamt 15 Monate intensiver gynäkologischer-psychotherapeutischer und sexualmedizinischer Begleitung notwendig. Aktuell bemüht sich das Paar an der Verwirklichung des nun beiderseitigen Kinderwunsches.

Zweiter Fall: Chronische sekundäre Dyspareunie mit konsekutivem sekundärem Vaginismus mit Entwicklung einer Vulvodynie im Vestibulum vaginae

Die 19-jährige Studentin (Psychologie, 2. Semester) stellt sich mit diffusen Schmerzen am Scheideneingangsbereich („fühlt sich gereizt und unangenehm an", VAS 5) zur weiteren Abklärung bei mir vor. Die ausführliche zunächst symptomorientierte Anamnese lässt folgenden Verlauf rekonstruieren:

Im Dezember 2018 sei sie mit ihrem jetzigen (ersten) Freund zusammengekommen und mit ihm erstmalig überhaupt sexuell aktiv geworden. Ab Januar 2019 habe sie eine „Pille" (*Maxim*) zur Verhütung eingenommen, die ersten drei Monate der penetrativen Sexualität seien von ihr schmerzfrei und gut erlebt worden. Im April 2019 habe die Penetration dann plötzlich angefangen weh zu tun, weswegen der Sex dann abgebrochen worden sei. Dies sei mehrfach hintereinander passiert. Weder sie noch ihr gleichaltriger (ebenfalls bis dato sexuell unerfahrener Partner) habe sich dies erklären können. Zu diesem Zeitpunkt habe aber immer nur der Penetrationsversuch, nicht die Berührungen im Vulva-Klitoris Bereich wehgetan, im Alltag habe sie auch keinerlei Schmerzproblematik gehabt.

Aufgrund der Schmerzproblematik beim Sex habe sie ihren Frauenarzt aufgesucht, der die Diagnose Dysbiose (Ungleichgewicht der Darmflora) gestellt habe und ihr *Kadefungin* (Antimykotikum) verschrieben habe. Dies habe aber nichts verbessern können. Bei einer erneuten Konsultation sei ihr dann ein Antibiotikum verschrieben worden, mit dem Hinweis, dass „man eigentlich nichts sehen würde, sie aber sicherheitshalber doch etwas nehmen solle". Dieses Antibiotikum (vaginale Applikation) habe schon beim Einführen weh getan, in der Vagina habe es gebrannt „wie Feuer", dennoch habe sie es zu Ende genommen. Das Brennen sei zwar wieder verschwunden, am Penetrationsschmerz habe sich jedoch nichts geändert, im Gegenteil, dieser sei immer schlimmer geworden. Dies habe zunehmend bei beiden die Lust und die Bereitschaft genommen, miteinander intim zu werden, was vor allem bei der Patientin zu starken Schuldgefühlen gegenüber ihrem verständnisvollen Freund geführt habe. Auf der Suche nach Verbesserung ihrer sexuellen Situation habe sie auf Anraten ihres Frauenarztes noch die Pille gewechselt (*Swingo* 30), was leider auch nicht den gewünschten Erfolg gebracht habe.

Sie sei aufgrund dieses Verlaufes immer unsicherer und ängstlicher geworden, und habe sich zunehmend kontrollverlustig gefühlt, vor allem auch, weil sie ab Januar 2021 kontinuierlich einen unangenehmen diffusen Brennschmerz am Scheideneingang verspürt habe, der sich durch Sitzen, Fahrradfahren und Sporttreiben verschlimmerte. Dies würde sie nun auch deutlich im Alltag einschränken, da ihre Hobbies im Sportbereich (Fußball, Fitness, Radfahren) lägen. Sie habe bemerkt, dass sie an „nichts mehr anderes denken" könne und aus dem „Googlen" nach Ursachen und Lösungen für sie selbst nichts mehr herauskäme.

Letztlich sei sie dann zu einer anderen Frauenärztin gewechselt. Diese habe versucht mit Milchsäurebakterien und *Deumavan*-Salbentherapie eine Linderung herbeizuführen, was ebenfalls scheiterte. Eine Überweisung in die Dysplasie-Sprechstunde eines in der Nähe gelegenen Universitätsklinikums habe einen „Normalbefund" ergeben.

Im Gespräch wirkte die Patientin deutlich belastet durch die lange Vorgeschichte. Der diffuse Schmerz sowie die Unmöglichkeit Geschlechtsverkehr auszuüben „nage" an ihrem Selbstbewusstsein. Sie sei in ihrem Leben bislang gewohnt gewesen „alles unter Kontrolle zu haben" und mit Disziplin und Fleiß Ziele zu erreichen. Hierbei erlebe sie sich als „klein, verängstigt und hoffnungslos", was sie in eine zunehmende traurige und hoffnungslose Stimmungslage versetze.

Bei der symptomorientierten gynäkologischen Untersuchung zeigte sich eine koloskopisch unauffällige Vulva und Vagina; der als diffus beschriebene Schmerz wurde im Vestibulum Bereich von 9 Uhr bis 3 Uhr angegeben, die Berührung mit einem feuchten Wattestäbchen wurde als symptomverstärkend angegeben. Das Nativpräparat und der vaginale pH waren unauffällig.

Bei der daraufhin erfolgten Palpation des muskulären Beckenbodens zeigte sich das Centrum perinei druckdolent und die beteiligten Muskeln chronisch verspannt. Die Palpation löste bei der Patientin eine vaginistische Abwehrreaktion aus, und sie konnte angeben, dass dies genau der Bereich sei, bei dem die Penetration seit Anbeginn wehtue. Im Anschluss an die Untersuchung fanden eine ausführliche Befundbesprechung anhand von anatomischem Bildmaterial sowie eine Interpretation der Krankheitsgeschichte in folgender Weise statt.

Mutmaßlich kam es aufgrund einer schmerzhaften Penetrationserfahrung des sexuell noch unerfahrenen Paares zu der Entwicklung eines Angst-Anspannungs-Schmerzteufelskreises, der Penetrationsversuche immer schmerzhafter werden ließ und eine Erwartungsangst vor Penetration sowie eine hypochondrische Angst weckten, somatisch „krank" zu sein. Mehrere erfolglose und unwissentlich falsche Therapieversuche führten letztlich zu der beschriebenen Schmerzsymptomatik im Scheideneingangsbereich mit Auslösung weiterer diffuser Ängste und Unsicherheiten. Eine Gedankeneinengung und Fixierung auf das Symptom verstärkten dieses weiter. Die Einschränkungen im Sexualleben mit Verlustangst die Partnerschaft betreffend sowie die zunehmenden Alltagseinschränkungen im ausgleichend-sportlichen Bereich führten zur Entwicklung einer dysthymen Stimmungslage mit Hoffnungslosigkeit und dem Gefühl „ausgeliefert" zu sein.

Allein die ausführliche Anamnese, die ärztliche Einordnung der Symptome sowie klare Benennung der Schmerzursachen bei Penetration anhand von Bildmaterial führten bei der Patientin zu einer deutlichen Entlastung. Als therapeutische Intervention wurde zunächst die „erlaubte" Beobachtung des Vestibulär-Schmerzes im Alltag mittels Schmerztagebuch besprochen, sowie die gezielte Selbstmassage des verhärteten Muskelbereiche unter Zuhilfenahme eines Öles. Die Patientin kam mit den genannten Maßnahmen gut zurecht, bereits in der Verlaufskontrolle nach vier Wochen berichtete sie von einer fast kompletten Schmerzfreiheit bei Massage.

Der Schmerz im Scheideneingangsbereich wurde im Symptomtagebuch kontinuierlich zwischen VAS 1–3 angegeben, was die Patientin beruhigte („damit kann ich leben"). Eher niedrig wurden die Schmerzen bei Ablenkung und in der Nacht beschrieben. Infolgedessen wurde die Patientin zur Einführung von Dilatoren angeleitet, um schmerzfreie Penetration wieder zu erlernen, nach weiteren vier Wochen konnte die Patientin bis Dilatorgröße 5 schmerzfrei und ohne Probleme einführen.

Die Vulvodyniebeschwerden verbesserten sich kontinuierlich (VAS 1-2), sie konnte sich immer besser gedanklich von ihnen lösen. Daraufhin konnte sich die Patientin nun auf die Wiederaufnahme von partnerschaftlicher Sexualität einlassen, was sie hinsichtlich der Schuldgefühle ihrem Partner gegenüber deutlich entlastete. Dies wurde angeleitet durch schrittweise Penetration (1 Finger, 2 Finger) durch ihn, und nachdem diese schmerzfrei möglich war mit Penetration in der Reiterposition unter voller Kontrolle der Patientin. Entgegen der Erwartung der Patientin verschlimmerte sich der Schmerz im Eingangsbereich nicht, sondern wurde mit zunehmender sexueller Aktivität weniger. Auch die verstärkte Aufnahme sonstiger Aktivitäten führte zu keiner Beschwerdeverschlimmerung und zu einer immer besseren Abgrenzung „vom Symptom", sodass in einer weiteren Verlaufskontrolle nach sechs Monaten keine Beschwerden mehr angegeben wurden.

Dritter Fall: Primärer nichtorganischer Vaginismus und Lichen sclerosus als Erstdiagnose

Die 23-jährige bildhübsche BWL-Studentin mit türkischen Wurzeln stellt sich auf eigene Veranlassung bei mir vor. Sie sei seit zwei Jahren mit ihrem Freund zusammen, vaginale Penetration habe noch nie funktioniert, auch Berührungen im Intimbereich könne sie nicht zulassen, sie müsse immer ihre Beine „zusammenpressen". Er sei immer sehr verständnisvoll mit ihr, und mache ihr keinen Druck. Auch könnten sie „ande-

re Dinge“ miteinander tun, die „schön seien“. Weil sie ihren Freund liebe, wolle sie sich nun ihrer Problematik stellen.

Sie sei in einem kleinen Dorf bei Stuttgart geboren und aufgewachsen, die Eltern, beide Türken, trennten sich als sie fünf Jahre alt war. Beide Eltern seien sehr „westlich“ gewesen, und hätten sie immer sehr darin unterstützt ihr Leben zu leben. Mit etwa 14 Jahren habe sie das erste Mal Tampons vor einem Freibadbesuch verwenden wollen, diese habe sie „nicht hineinbekommen“, was sehr frustrierend gewesen sei. Mit 16 Jahren habe sie ihr erstes Mal „hinter sich“ bringen wollen, sie habe von Freundinnen „so schlimme Dinge“ darüber gehört, sodass sie es einfach abhaken wollte. Dafür habe sie sich einen guten Freund ausgesucht, jedoch habe die Penetration nicht funktioniert, und der Versuch sei abgebrochen worden. Dann habe sie erstmal „genug vom Sex“ gehabt, und habe nur mit sich selber Sexualität gelebt: sie sei schnell und gut zum Höhepunkt gekommen. Im Alter von ca. 19 Jahren habe ein starker, schubweiser Juckreiz im Vulva-Bereich begonnen, sie habe sich oft kratzen müssen. Ihre Frauenärztin habe per Telefon zur „Pilzcreme“ geraten, die jedoch nichts bewirkt habe. Mal sei der Juckreiz besser, mal wieder schlechter geworden, sie habe eine zunehmende Hauttrockenheit bemerkt. Als sie dann mit etwa 20 Jahren ihren Freund kennenlernte, habe sie einen Untersuchungstermin ausgemacht und sich eine „Pille“ zur Verhütung verschreiben lassen. Die gynäkologische Untersuchung habe nicht geklappt, sie habe sich auf dem Untersuchungsstuhl nicht fallenlassen können, und so habe kein Abstrich entnommen werden können. Sie habe sich diesbezüglich „schlecht“ gefühlt; eine Erklärung, warum sie die Probleme mit der Penetration habe, konnte ihr nicht gegeben werden.

Sie habe mich nun im Internet gefunden und erhoffe einen Therapievorschlag. Die Patientin wurde im Untersuchungszimmer gebeten, unbekleidet auf dem Untersuchungsstuhl Platz zu nehmen. Sie erhielt einen Handspiegel, in dem sie jeden meiner Handgriffe sowie ihr eigenes Genitale im Blick hatte. Hierbei fiel bereits eine starke Anspannung im Adduktorenbereich sowie im Gluteal-Bereich auf, die auf beruhigende Aufforderung aber deutlich gelindert werden konnte. Schließlich gelang der Patientin relativ entspannt mit geöffneten Beinen vor der Untersucherin zu liegen. Vor allem im Bereich der kaudalen 2/3 der Labia majora bds. zeigte sich eine auffällige Hautvergröberung mit Kratzspuren und Weißfärbung, die Haut erschien trocken und ausgelaugt, die rechte Labia minora war partiell bereits mit der anliegenden Labia majora synechial verwachsen. Hier wurde erstmalig der Verdacht auf Lichen sclerosus gestellt, der die oben beschriebenen Hautsymptome bestens erklären konnte. Bei vorsichtiger Palpation der Beckenbodenmuskulatur zeigte sich wiederum ein druckdolentes Centrum perinei, welche bei Palpation und Schmerzauslösung zur vaginistischen Abwehrreaktion führte.

Die im Anschluss erfolgte Erklärung und Benennung der zwei Diagnosen (primärer Vaginismus und Lichen sclerosus) konnten von der Patientin nachvollzogen und verstanden werden.

Zunächst erfolgte die Einleitung einer täglichen hochdosierten lokalen Kortisontherapie nach Leitlinie sowie *Deumavan* Fettpflege. In der Nachkontrolle nach vier Wochen hatte sich das Hautbild bereits stark verbessert, sodass die Kortison-Gabe reduziert werden konnte. Zeitgleich wurde nun mit der Vaginismus-Therapie (Eigenmassage, Einführübungen bis Penisgröße, Hinzuziehen des Partners, Körperpaartherapie nach der Sensate Fokus-Methode zum Aufbau eines beidseitigen Körpervertrauens) begonnen, die bei dieser Patientin ohne größere Schwierigkeiten in sechs Sitzungen bewältigt wurde. Aktuell kann die Patientin vaginalpenetrative Sexualität erleben und erhält eine Kortisonerhaltungstherapie lokal von 3x wöchentlich, unter der der Lichen sclerosus stabil ist.

Autorin

Dr. med. Roswitha Engel-Széchényi, Stephanstrasse 33, 70173 Stuttgart, www.engel-gyn.de, e-mail: servus@engel-gyn.de

Scheidenverengung – Wenn Liebe machen wehtut

Bei Scheidenverengung leiden viele Betroffene still vor sich hin. Dabei gibt es zahlreiche Behandlungsmöglichkeiten, von Salben und Dehnungsübungen mit speziellen Stiften (Dilatoren) bis hin zu Hormongaben und Operationen.

„Wenn ich das nicht in den Griff bekomme, läuft mir mein Mann weg", sagt eine Frau, die wegen eines Tumors im Unterleib bestrahlt wurde und seither unter einer Scheidenverengung – medizinisch: Vaginalstenose – leidet.

Die Strahlenbehandlung von Krebsgeschwüren im Beckenbereich ist nur eine der Ursachen für eine Vaginalverengung, die die Lebensqualität der Betroffenen schwer beeinträchtigen kann. Weitere Ursachen sind etwa misslungene gynäkologische Operationen, Risse bei der Entbindung und geschlechtsangleichende Operationen. Auch narbige Veränderungen nach Verletzungen und Infektionen, Hauterkrankungen (z.B. Lichen sclerosus) sowie die angeborene hormonelle Vermännlichung (adrenogenitales Syndrom) können zu einer Scheidenverengung führen.

„Die häufigste Ursache dürfte die Menopause sein. Sinkt der Östrogenspiegel, kann die bindegewebige Unterpolsterung der Scheidenwand verkümmern. Dieser Umstand ist selbst vielen Gynäkologen nicht bewusst, obwohl über 30 Prozent der postmenopausalen Frauen davon betroffen sind. Die Schmerzen, die die Frauen bei der Penetration beim Sex empfinden, werden von den meisten Frauenärzten auf die Scheidentrockenheit allein zurückgeführt, die ebenfalls durch einen Östrogenmangel verursacht wird", sagt Markus Valk, Gynäkologe und Sexualmediziner in Wesel und unter anderem Leiter der AG Sexualmedizin beim Berufsverband der Frauenärzte und Psychotherapeut.

So vielfältig die Ursachen sind, die Beschwerden sind fast immer die gleichen: Die betroffenen Frauen haben oft Schmerzen bei Penetration und deshalb Angst vor dem Geschlechtsverkehr und vor der Untersuchung beim Frauenarzt. Einige haben sogar Probleme, Tampons einzuführen. Ihr Leidensdruck ist immens. Dennoch leiden viele von ihnen still vor sich hin. Sie schämen sich, vermeintlich „nicht mehr richtig Frau" zu sein und sorgen sich, nicht ernstgenommen zu werden. Oft vertrauen sie sich nicht einmal ihrem Gynäkologen an. Ihr Leidensdruck steigt, wenn auch ihre Partner leiden, etwa weil die Schmerzen die gewohnte und gewünschte sexuelle Intimität nicht mehr zulassen.
Dabei gibt es Lösungen für die meisten betroffenen Frauen", sagt Gynäkologe Valk. „Dennoch erfährt das Thema leider zu wenig Aufmerksamkeit. Selbst im deutschsprachigen Internet ist verhältnismäßig wenig dazu zu finden. Ausnahmen sind die strahlenbedingte Vaginalstenose und der Vaginismus."

Eine Selbsthilfeoption für fast alle Formen von Scheidenverengung sind Dehnungsstifte, sogenannte Dilatoren, mit denen die Scheide geweitet werden kann. Das sind eigens für diese Indikation hergestellte Medizinprodukte, die in Sets von verschiedenen Größen erhältlich sind. Die Dehnungsstifte können von den Betroffenen zu Hause angewandt werden, wobei diese mit der Größe anfangen sollten, die sie ohne Schmerzen anwenden können und sich langsam zum nächstgrößeren Stift vorarbeiten. Betroffene sollten allerdings immer erst die Ursache für ihre Schmerzen gynäkologisch abklären lassen, bevor sie zu Selbsthilfemaßnahmen greifen, um die Beschwerden nicht womöglich zu verschlimmern. Vorteil der Dehnungsstifte ist, dass Betroffene sich selbst zu Hause behandeln und dadurch auch das Tempo selbst bestimmen können. Nachteil ist, dass die Dilatoren oft selbst bezahlt werden müssen.
Bei Östrogenmangel als Ursache stellt die Gabe des Hormons das Mittel der Wahl dar. In anderen Fällen können Kortison oder hyaluronsäurehaltige Gels helfen. Ist die Verengung dagegen zu ausgeprägt, können korrigierende Operationen notwendig sein.
Bei psychisch bedingten Verengungen, wie etwa beim Scheidenkrampf (Vaginismus), bei dem sich durch die Erwartung von Schmerz die Muskeln unwillkürlich anspannen und dadurch den Scheideneingang verengen, kann möglicherweise eine verhaltensorientierte Psychotherapie helfen. Auch hier können therapiebegleitend Dilatoren zum Einsatz kommen.

„Ist die Scheidenverengung schließlich behoben, haben sich die Mühen für viele betroffene Frauen gelohnt. Vor allem die Rückkehr zu einem normalen, schmerzfreien und genussvollen Sexualleben und die nicht unerhebliche Steigerung des Selbstwertes als Frau lässt sie regelrecht wieder aufblühen", sagt Gynäkologe und Psychotherapeut Valk.

Katharina Butz (Hamburg)

Mammakarzinom-Erkrankung und Sexualität

Anne-Sophie Heimes, Annette Hasenburg

Breast Cancer Disease and Sexuality

Abstract

Given the existential threat posed by carcinoma, diagnosis and therapy as well as the chances of a cure, also in regard to sexuality are of central importance for the patient. With increasing survival rates and higher life expectancy, many patients return to everyday life, so that their sexuality and the sexual desires of their partner become increasingly important. The text presents the effects of surgical, systemic and radio-oncological therapies on the sexuality of patients suffering from breast cancer and discusses the associated tasks for the treating physicians.

Keywords: Breast cancer, Quality of life, Sexuality, Therapy-related long-term consequences

Zusammenfassung

Angesichts der existentiellen Bedrohung durch ein Karzinom erhalten Diagnostik und Therapie sowie die Aussicht auf Heilungschancen gegenüber der Sexualität für die Patientin zentrale Bedeutung. Mit steigenden Überlebensraten und höherer Lebenserwartung kehren viele Patientinnen wieder in den Lebensalltag, sodass die eigene Sexualität und die sexuellen Wünsche des Partners/der Partnerin zunehmend an Bedeutung gewinnen. Der Text stellt die Auswirkungen operativer, systemtherapeutischer oder radioonkologischer Therapien auf die Sexualität von Patientinnen, die an einem Mammakarzinom erkrankt sind, vor und diskutiert die damit verbundenen Aufgaben für die behandelnden Ärzte.

Schlüsselwörter: Mammakarzinom, Lebensqualität, Sexualität, therapiebedingte Langzeitfolgen

Einleitung

Mit ca. 70 000 Neuerkrankungen pro Jahr in Deutschland ist das Mammakarzinom das häufigste Karzinom der Frau: jede 8.–10. Frau ist davon betroffen. Eine relative 5-Jahres-Überlebensrate von fast 90 % impliziert eine verhältnismäßig günstige Prognose. Bei der Erstdiagnose gerät jedoch der gewohnte Lebensalltag zunächst ins Wanken, die noch anstehende Diagnostik, Therapie und damit verbundenen Nebenwirkungen, sowie Heilungschancen nehmen eine zentrale Bedeutung ein.

Die Standardtherapie des Mammakarzinoms besteht aus der primären Operation, je nach OP-Technik und Risikofaktoren in Kombination mit einer Radiatio, (neo)adjuvanter Chemotherapie, Antikörpertherapie sowie der adjuvanten endokrinen Therapie (bei einem hormonrezeptorpositiven Mammakarzinom).

Als äußerlich sichtbares Geschlechtsmerkmal spielt die Brust in vielerlei Hinsicht eine wichtige Rolle, nicht zuletzt für die Sexualität. Die Sexualität als ein wichtiger Bestandteil der Lebensqualität rückt nach Erstdiagnose/Therapie jedoch in den Hintergrund. Einschränkungen der Sexualität können für die Betroffenen jedoch eine signifikante Beeinträchtigung der Lebensqualität, ihres Selbstwertgefühls und der Zufriedenheit in der Paarbeziehung zur Folge haben (Hasenburg, 2020). Nach Abschluss der Behandlung und Rückkehr in den Lebensalltag wird die eigene Sexualität somit wiederum wichtiger, sodass es darauf ankommt, krankheits- und therapiebedingte Folgen zu identifizieren und somit die Lebensqualität der Patientinnen nachhaltig zu verbessern. Den möglichen Einfluss onkologischer Therapien auf die weibliche Sexualität zu berücksichtigen, sollte daher ein fester Bestandteil in der Betreuung und Beratung onkologischer Patientinnen sein. Dies setzt ein unmittelbares Ansprechen der Thematik durch die behandelnden Ärzte voraus, sodass vermeintliche Tabus aufgebrochen werden und ein multimodaler und interdisziplinärer Therapieansatz realisiert werden kann, der die Lebensqualität steigert, indem Körpergefühl, Paarbeziehung und sexuelle Zufriedenheit verbessert werden.

Sexualität nach einem Mammakarzinom – Langzeitfolgen, Paarkonflikte und therapeutische Hilfe

Im Rahmen einer multizentrischen, retrospektiven Studie wurde untersucht, wie sich Krebserkrankungen und deren Behandlung auf die Sexualität von Patientinnen mit Mammakarzinom oder Ovarialkarzinom auswirken (Mayer et al., 2019). 396 Patientinnen mit Mammakarzinom und 93 Patientinnen mit Ovarialkarzinom im Alter zwischen 18 und 70 Jahren waren in die Studie eingeschlossen und wurden mindestens 24 Monate nach Erstdiagnose mittels validierter Fragebögen befragt und mit 60 gesunden Frauen verglichen. Die Zielparameter „sexuelle Aktivität", „sexuelle Funktion" und „Lebensqualität" wurden mittels validierter Fragebögen erhoben (*Female Sexual Function Index-*

d (FSFI-d), *EORTC Quality of Life Questionnaire-C30*). 45,9 % der Mammakarzinom-Patientinnen und 56,5 % der Patientinnen mit Ovarialkarzinom gaben an, sexuell aktiv zu sein.

Die „sexuelle Funktion" wurde mittels des FSFI-d-Fragebogens anhand 19 verschiedener Items erfasst, die in insgesamt 6 Domänen (Lust, Erregung, Lubrikation, Orgasmus, Befriedigung und Schmerz) kategorisiert sind. Im Vergleich zur altersadjustierten gesunden Kontrollgruppe wiesen Mammakarzinom Patientinnen signifikant schlechtere Ergebnisse im Hinblick auf die Domänen „Lust", und „Schmerz" auf, des Weiteren zeigte sich eine tendenziell geringere Häufigkeit der sexuellen Aktivität. Diese Effekte waren besonders bei Patientinnen ausgeprägt, die eine antihormonelle Therapie erhielten: im Vergleich zu der gesunden Kontrollgruppe waren Patientinnen mit endokriner Therapie weniger häufig sexuell aktiv (p = 0,007), zeigten außerdem weniger Zufriedenheit (p = 0,003) und mehr Unbehagen in Bezug auf die sexuelle Aktivität (p = < 0,001). Im Gegensatz dazu wiesen Mammakarzinom-Patientinnen ohne antihormonelle Therapie nur einen höheren Discomfort-Score (p = 0,028) auf als gesunde Kontrollen und schätzten ihren Gesundheitszustand und ihre Lebensqualität signifikant besser ein als Patientinnen, die eine antihormonelle Therapie erhielten (p = 0006). Im Allgemeinen war bei Patientinnen mit Mammakarzinom eine sexuelle Aktivität mit einem besseren Gesundheitsstatus (p = 0,007) und einer höheren Lebensqualität (p = 0,004) assoziiert (Mayer et al., 2019).

Eine Krebstherapie kann auf unterschiedlichen Ebenen eine sexuelle Dysfunktion begünstigen: so kann die operative Therapie trotz onkoplastischer Rekonstruktionen negative Auswirkungen auf die körperliche Integrität haben, woraus möglicherweise auch Beeinträchtigungen der Sexualität entstehen können. Patientinnen leiden zum Teil unter Dysästhesien oder Sensibilitätsstörungen im Narbenbereich und daraus resultierenden Änderungen der Erregungsbildung bei der Berührung der Brust. Dabei gibt es bei Frauen mit einem Mammakarzinom einen klaren Zusammenhang zwischen einem gestörten Körperbild und sexueller Funktion (Broeckel et al., 2002; Kolodziejczyk & Pawlowski, 2019).

Dabei zeigte die oben zitierte retrospektive Arbeit von Mayer et al. (2019) jedoch keinen Unterschied hinsichtlich der sexuellen Funktion und dem Wohlbefinden in Abhängigkeit von der Art und Radikalität der verwendeten OP-Technik. Im Hinblick auf die Lebensqualität konnte eine prospektive Arbeit von Leser et al. (2021) ebenfalls keinen signifikanten Unterschied zwischen Patientinnen, die eine Mastektomie erhalten hatten gegenüber Patientinnen, die brusterhaltend operiert worden waren, feststellen.

Neben der Operation können auch die neoadjuvante oder adjuvante Chemotherapie, eine Bestrahlung, Antikörpertherapien oder endokrine Behandlungen mit ihren Folgen auf die Hormonproduktion oder Nebenwirkungen wie dem Fatiguesyndrom oder einer Alopezie die sexuelle Funktion und die damit verbundene Lebensqualität beeinträchtigen. Auch die Auswirkungen einer (neo)adjuvanten Chemotherapie auf die sexuelle Gesundheit werden in der Literatur heterogen beschrieben: während in der Studie von Mayer et al. (2019) eine Chemotherapie bei Mammakarzinompatientinnen langfristig keinen signifikanten Einfluss auf die Lebensqualität und den allgemeinen Gesundheitsstatus zeigt, beschrieben Avis und Kollegen (2018) als Ergebnis einer Beobachtungsstudie einen negativen Einfluss einer Chemotherapie auf die sexuelle Aktivität. Auch im Kapitel zum Mammakarzinom des Buches *Sexualität nach gynäko-onkologischen Erkrankungen* (Hasenburg et al., 2020, 73–84) werden negative Auswirkungen einer Chemotherapie auf die sexuelle Gesundheit und Funktion dargestellt. Neben akuten bzw. subakuten Nebenwirkungen wie Trockenheit der Schleimhäute, Fatigue, verminderter körperlichen Belastbarkeit und Alopezie spielen vor allem bei jungen Patientinnen die langfristigen Nebenwirkungen wie die therapie-induzierte Ovarialinsuffizienz mit den konsekutiven Hormonmangelerscheinungen eine wichtige Rolle für die sexuelle Funktion.

Neben der Chemotherapie kann auch eine adjuvante endokrine Therapie langfristige Folgen auf die sexuelle Gesundheit haben. Bei einem hormonrezeptorpositiven Mammakarzinom wird eine endokrine Therapie für mindestens 5 Jahre, bei entsprechendem Risikoprofil ggf. als erweiterte endokrine Therapie sogar für insgesamt 10 Jahre gemäß der aktuellen S3 Leitlinie empfohlen.

Im Rahmen einer retrospektiven Studie wurde die „sexuelle Gesundheit" unter endokriner Therapie bei Patientinnen mit Mammakarzinom evaluiert (Aptecar et al., 2021). Zur Bewertung und Analyse der Lebensqualität, insbesondere im Hinblick auf die Sexualität, wurde ein spezifischer Fragebogen, der *EORTC SHQ-C22*, entwickelt, der physische, psychologische und soziale Aspekte der Sexualität erschließt. Es wurden insgesamt 106 Patientinnen mit Mammakarzinom in die Studie einbezogen, die zu zwei Zeitpunkten innerhalb des ersten Jahres der adjuvanten endokrinen Therapie befragt wurden. Die Ergebnisse zeigten zu Beginn der Studie eine niedrige Zufriedenheit hinsichtlich der Sexualität und dass der sexuellen Aktivität eine geringe Bedeutung beigemessen wurde. Die Kommunikation mit medizinischem Fachpersonal wurde zu diesem Thema als nicht befriedigend empfunden.

Zwölf Monate später war die Bedeutung, die der Sexualität beigemessen wurde, gestiegen. Während sich die Kommunikation mit den medizinischen Fachexperten diesbezüglich zwar verbessert hatte, wurde dennoch von den Patientinnen ein erhebliches Kommunikationsdefizit beklagt. Die Autorinnen schlussfolgerten, dass es eine erhebliche Versorgungslücke im Hinblick auf die Kommunikation, Evaluierung und Therapie etwaiger Beeinträchtigungen der sexuellen Gesundheit bei Patientinnen mit Mammakarzinom gibt, die zu füllen wäre (Aptecar et al., 2021).

Diskussion

Der mögliche Einfluss onkologischer Therapien auf die sexuelle Gesundheit sowie die Erhebung therapiebedingter Beeinträchtigungen sollte als fester Bestandteil in die Beratung und Betreuung onkologischer Patientinnen implementiert werden. Eine frühzeitige Information beugt dabei der Entstehung chronifizierter sexueller Störungen vor. Wie eine retrospektive Kohortenstudie aus Frankreich bestätigte, sind besonders junge Mammakarzinom Patientinnen bzgl. der Beratung und Information zum Thema Fertilität und Sexualität unzufrieden (Ben Charif et al., 2015). Dabei sind gerade für junge Patientinnen die Chemotherapie-induzierte ovarielle Insuffizienz oder Auswirkungen einer endokrinen Therapie im Hinblick auf die Fertilität und die sexuelle Gesundheit belastend (Kedde et al., 2013).

Weitere Risikofaktoren für krankheits- und therapiebedingte Einschränkungen im Hinblick auf die Sexualität sind eine präexistente, oder im Verlauf entwickelte Depression, Schilddrüsenunterfunktion, Gewichtsprobleme sowie Unzufriedenheit in der Paarbeziehung (Kedde et al., 2013; Lee et al., 2013). Daher ist es von entscheidender Bedeutung, Patientinnen gezielt auf etwaige Einschränkungen und Probleme ihrer Sexualität anzusprechen. Bei der Gesprächsführung ist es wichtig, auf geeignete Rahmenbedingungen zu achten, offen und ehrlich zu kommunizieren, die Gefühle der Patientin zu respektieren, ihr genügend Zeit zur Verarbeitung zu geben und offene Fragen zu stellen.

Der Partner bzw. die Partnerin sollte frühzeitig zu gemeinsamen Gesprächen eingeladen werden, da eine lebensbedrohliche Erkrankung nicht nur die Patientin, sondern auch ihren Partner/ihre Partnerin und das familiäre Umfeld betriff. Dies kann zu belastenden Rollen- und Paarkonflikten führen. Die Patientin sollte deshalb zur Kommunikation über ihre Wünsche und etwaige Schwierigkeiten ermutigt werden, um Ängste und Probleme zu erfragen, sodass frühzeitig Hilfestellungen angeboten werden können (Hasenburg, 2020).

Leider ist das Thema „Sexualität" sowohl für Patientinnen als auch für Ärzte immer noch ein Tabuthema, sodass es v.a. für Ärzte geboten ist, sich die entsprechenden kommunikativen Fähigkeiten anzueignen, bspw. über die Zusatzweiterbildung Sexualmedizin.

Gemäß der aktuellen Empfehlungen der AGO Mamma sollten im Rahmen der Nachsorge Aspekte zur Sexualität gezielt angesprochen werden. Zeichen und Symptome sexueller Dysfunktion bzw. Risikofaktoren sollten evaluiert und therapiert werden. Zur lokalen Behandlung können bei vaginaler Trockenheit und Dyspareunie Hyaluronsäure-haltige Produkte, Gleitgele oder rückfettende Hautpflegeprodukte verwendet werden.

Eine prospektive, randomisierte, doppelt-verblindete Phase II Studie untersuchte die Effektivität und Sicherheit einer niedrig dosierten, lokal applizierten Östriol-Therapie bei Patientinnen mit hormonrezeptorpositivem Mammakarzinom unter endokriner Therapie, die unter einer behandlungsassoziierten, symptomatischen vulvo-vaginalen Atrophie litten (Hirschberg et al., 2020). Die Ergebnisse zeigten, dass eine niedrig dosierte, lokale Östriol-Applikation zur Verbesserung der Symptome einer vulvo-vaginalen Atrophie beitrug, während die topische Therapie kaum Einfluss auf die systemisch messbaren Östrogenkonzentrationen hatte.

In Anlehnung an die Empfehlungen der AGO Mamma ist nach Abwägung des individuellen Nutzen-Risiko-Profils bei Brustkrebserkrankungen eine topisch niedrigdosierte Östriol-Applikation nicht mehr kontraindiziert, sodass symptomatischen Patientinnen nach Ausschöpfen hormonfreier Lokaltherapien eine niedrig dosierte, lokal zu applizierende Östriol-Therapie angeboten werden kann.

Zur Linderung menopausaler Symptome und sexueller Funktionsstörungen bei Patientinnen mit Mammakarzinom können neben den o.g. Lokaltherapien auch komplementär medizinische Verfahren angewendet werden: Optionen mit positiv nachgewiesenen Effekten sind die *mindfulness-based stress-reduction* (MBSR), Sport, Yoga, Phytotherapeutika oder Akupunktur.

Literatur

AGO Kommission Mamma. Leitlinien/Empfehlungen der Kommission Mamma. www.ago-online.de

Aptecar, L., Fiteni, F., Jarlier, M., Delaine, S., Guillerme, V., Jacot, W., D'Hondt, V., 2021. Prospective evaluation of sexual health in breast cancer women during the first year of adjuvant hormonal treatment using a cancer patient's dedicated questionnaire: A glaring gap of communication between health professionals and patients. Breast Cancer Res Treat 186 (3), 705–713.

Avis, N.E., Johnson, A., Canzona, M.R., Levine, B.J., 2018. Sexual functioning among early post-treatment breast cancer survivors. Support Care Cancer 26 (8), 2605–2613.

Ben Charif, A., Bouhnik, A.D., Rey, D., Provansal, M., Courbiere, B., Spire, B., Mancini, J., 2015. Satisfaction with fertility- and sexuality-related information in young women with breast cancer – ELIPPSE40 cohort. BMC Cancer 15, Art. 572.

Broeckel, J.A., Thors, C.L., Jacobsen, P.B., Small, M., Cox, C.E., 2002. Sexual functioning in long-term breast cancer survivors treated with adjuvant chemotherapy. Breast Cancer Res Treat 75 (3), 241–248.

Cortes-Flores, A.O., Vargas-Meza, A., Morgan-Villela, G., Jimenez-Tornero, J., Del Valle, C.J.Z., Solano-Genesta, M., Miranda-Ackerman, R.C., Vazquez-Reyna, I., Garcia-Gonzalez, L.A., Cervantes-Cardona, G.A., Cervantes-Guevara, G., Fuentes-Orozco, C., Gonzalez-Ojeda, A., 2017. Sexuality Among Women Treated for Breast Cancer: A Survey of Three Surgical Procedures. Aesthetic Plast Surg 41 (6), 1275–1279.

Hasenburg, A., Schwab, R., Farthmann, J., 2020. Sexualität nach gynäko-onkologischen Erkrankungen. De Gruyter, Berlin.

Hirschberg, A.L., Sanchez-Rovira, P., Presa-Lorite, J., Campos-

Delgado, M., Gil-Gil, M., Lidbrink, E., Suarez-Almarza, J., Nieto-Magro, C., 2020. Efficacy and safety of ultra-low dose 0.005% estriol vaginal gel for the treatment of vulvovaginal atrophy in postmenopausal women with early breast cancer treated with nonsteroidal aromatase inhibitors: a phase II, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Menopause 27 (5), 526–534.

Kedde, H., van de Wiel, H.B., Weijmar Schultz, W.C., Wijsen, C., 2013. Subjective sexual well-being and sexual behavior in young women with breast cancer. Support Care Cancer 21 (7), 1993–2005.

Kolodziejczyk, A., Pawlowski, T., 2019. Negative body image in breast cancer patients. Adv Clin Exp Med 28 (8), 1137–1142.

Lee, M.C., Bhati, R.S., von Rottenthaler, E.E., Reagan, A.M., Karver, S.B., Reich, R.R., Quinn, G.P., 2013. Therapy choices and quality of life in young breast cancer survivors: a short-term follow-up. Am J Surg 206 (5), 625–631.

Leser, C., Tan, Y.Y., Singer, C., Zeillinger, R., Fitzal, F., Lehrner, J., König, D., Deutschmann, C., Gschwantler-Kaulich, D., 2021. Patient satisfaction after breast cancer surgery: A prospective clinical trial. Wien Klin Wochenschr 133 (1/2), 6–13.

Mayer, S., Iborra, S., Grimm, D., Steinsiek, L., Mahner, S., Bossart, M., Woelber, L., Voss, P.J., Gitsc, G., Hasenburg, A., 2019. Sexual activity and quality of life in patients after treatment for breast and ovarian cancer. Arch Gynecol Obstet 299 (1), 191–201.

Panjari, M., Bell, R.J., Davis, S.R., 2011. Sexual function after breast cancer. J Sex Med 8 (1), 294–302.

Pusic, A.L., Matros, E., Fine, N., Buchel, E., Gordillo, G.M., Hamill, J.B., Kim, H.M., Qi, J., Albornoz, C., Klassen, A.F., Wilkins, E.G., 2017. Patient-Reported Outcomes 1 Year After Immediate Breast Reconstruction: Results of the Mastectomy Reconstruction Outcomes Consortium Study. J Clin Oncol 35 (22), 2499–2506.

S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms (Version 4.4). https://www. awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-045OLl_S3_Mamma karzinom_2021-07.pdf

Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD), www.rki.de

Autorinnen

Dr. med. Anne-Sophie Heimes, Univ.-Prof. Dr. med. Annette Hasenburg, Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Frauengesundheit der Universitätsmedizin Mainz, Langenbeckstr. 1, D-55131 Mainz, e-mail: anne-sophie.heimes@unimedizin-mainz.de, annette.hasenburg@unimedizin-mainz.de

Ralf Tunn, Engelbert Hanzal und Daniele Perucchini (Hg.)
Urogynäkologie in Praxis und Klinik
De Gruyter 2021
799 Seiten, geb., 109,95 €

Die inhaltlich komplett aktualisierte 3. Auflage des praktischen klinischen Nachschlagewerkes stellt eines der umfangreichsten deutschsprachigen Bücher zum Thema dar und präsentiert einen breiten Querschnitt der wichtigsten Erkrankungen des weiblichen Beckenbodens in ihrem historischen Kontext, aber in zeitgemäßer Form und unterlegt mit der erforderlichen wissenschaftlichen Evidenz. Die Autor*innen lassen auch ihre persönlichen Erfahrungen mit einfließen, manches ist auch landesspezifisch nuanciert. Daher wurden die Hauptthemen gemeinsam von Autor*innen aller drei Länder im Konsens aktualisiert.

Die Interdisziplinarität des Buches spiegelt sich durch das Einfließen vongynäkologischer, urologischer, chirurgischer, koloproktologischer, neurologischer, physiotherapeutischer und juristischer Fachkompetenz wider.

Evolutionsmedizinische Betrachtungen zur Urogynäkologie wurden integriert, die bildgebende Diagnostik, Physiotherapie und Koloproktologie erweitert und die Bedeutung des Mikrobioms wurde diskutiert. Auf die Therapie postpartaler Beckenbodenfunktionsstörungen wurde zeitgemäß eingegangen, erhalten blieb die bewährte Didaktik.

- inhaltlich komplett aktualisierte 3. Auflage des Standardwerks
- evidenzbasiert und praxisorientiert
- erweitertes Abbildungsmaterial
- interdisziplinär und multiprofessionell verfasst
- einschließlich rechtmedizinischer Aspekte

Das weibliche genitale Selbstbild – Ein haptischer und körperorientierter Zugang*

Laura Burkhardt

„Die Sinne sind die Brücke zwischen Innen und Außen, zwischen Körper und Umwelt, zwischen Denken, Fühlen und Kommunikation, zwischen Realität und emotionaler Bewertung. Der Mensch kann letztlich nie nicht-sinnlich sein."
M. Gies & C. Koppermann, 2004

The Woman's Genital Self-Image – A Haptic and Body-Oriented Approach

Abstract
Operations on the genitals of women are increasing. This can be due to dissatisfaction with their appearance, which can negatively impact sexual satisfaction. Since there are only a few opportunities for adult women to work on improving their genital self-image, there is hardly any empirical knowledge in this regard. The text is based on a study whose research question was the acceptance of body-oriented and haptic aspects of sexual education with regard to genital self-image in a group setting. A workshop and two group discussions were held with twelve women. The results show that body-oriented and haptic methods are widely accepted and positively connoted.
Keywords: Female sexuality, Genital self-image, Sexual education for women, Body-oriented and haptic methods

Zusammenfassung
Operationen an den Genitalien bei Frauen nehmen zu. Dies kann durch Unzufriedenheit mit deren Aussehen bedingt sein, die sich wiederum negativ auf die sexuelle Zufriedenheit auswirken kann. Da nur wenige Angebote für erwachsene Frauen existieren, um das genitale Selbstbild zu verbessern, liegt diesbezüglich kaum empirisches Wissen vor. Der Text basiert auf einer Studie, deren Forschungsfrage lautete, welche Akzeptanz körperorientierte und haptische Aspekte der sexuellen Bildung hinsichtlich des genitalen Selbstbildes in einem Gruppensetting erfahren. Mit zwölf Frauen wurden ein Workshop sowie zwei Gruppendiskussionen durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass körperorientierte und haptische Methoden weitestgehend akzeptiert und positiv konnotiert werden.
Schlüsselwörter: Weibliche Sexualität, genitales Selbstbild, sexuelle Bildung für Frauen, körperorientierte und haptische Methoden

* Der Text basiert auf einer im Rahmen des Studiengangs Sexologie II der ISP Uster (Schweiz) 2020 eingereichten Masterarbeit unter dem Titel „Akzeptanz von haptischen und körperorientierten Methoden in Bezug auf die Sexuelle Bildung zum genitalen Selbstbild: Eine qualitative Untersuchung".

Einleitung

Trotz weitreichender sexueller Liberalisierung werden Mädchen oftmals noch in einer Weise sozialisiert, die eine Exploration des eigenen Geschlechtes unterbindet. Daraus können Scham, Unsicherheit und Ängste resultieren, die bis ins Erwachsenenalter anhalten. In einer Gesellschaft, in der die Darstellung der Genitalien allgegenwärtig ist – wie etwa die unbehaarten Vulven auf Pornoseiten (Moore et al., 2016) – stellt dies ein Paradoxon dar. Der Trend zu einer vollständigen Intimhaarentfernung vermittelt zudem vielen Frauen, dass ihre Labien den ästhetischen Ansprüchen nicht genügen, wobei nicht gewusst wird, dass unterschiedliche Größen und Formen der inneren sowie äußeren Vulvalippen normal sind (Moore et al., 2016). Dieses Nichtwissen, verbunden mit medial vermittelten Normvorgaben, bedingt – besonders bei jungen Fraunen – einen Trend zur chirurgischen Anpassung. Die *International Society of Aesthetic Plastic Surgery* (ISAPS, 2018) verzeichnete von 2014–2018 einen entsprechenden Anstieg von 25%. Dagegen verwiesen Liao, Michala und Creighton (2010) auf die Operationsrisiken und legten nahe, einen positiven Zugang zu den eigenen Genitalien zu vermitteln. Eine Studie mit 217 amerikanischen Studentinnen (Schick et al., 2010) untersuchte, wie die Zufriedenheit mit dem Erscheinungsbild der Genitalien mit dem sexuellen Selbstbewusstsein sowie mit der sexuellen Zufriedenheit zusammenhängen. Unzufriedenheit mit dem eigenen Genital – so das Resultat – wirkten sich negativ auf das Selbstbewusstsein während sexueller Kontakte aus, wodurch die eigene sexuelle Wertschätzung und Befriedigung zurückgingen. Die Studie legte dementsprechend nahe, die Zufriedenheit mit dem eigenen Genital zu verbessern, damit zu einer ‚positiven' Selbstwahrnehmung beizutragen, um so auch sexuellen Störungen wie z.B. einer Dyspareunie vorzubeugen (Bischof, 2008, 23ff). Allerdings gibt es bisher nur wenige entsprechende Angebote.[1]

Mit der nachfolgend vorgestellten Studie[2] sollte daher untersucht werden, wieweit körperorientierte und haptische In-

1 Vgl. Pampel, 2019, 28; Sparmann, 2015, 25; Tuider et al., 2012, 21.

2 Der Fokus wurde hierbei auf cis-Frauen gelegt, deren Geschlechtsidentität als Frau mit dem bei der Geburt zugewiesenen und angeborenen weiblichen Geschlecht übereinstimmt (Sigusch, 1992).

terventionen, die durch sinnlich-konkretes Lernen ein positives Körpergefühl ermöglichen (Sparmann, 2018, 12), in einem Gruppensetting akzeptiert und erlebt werden. Das Vorgehen stützte sich v.a. auf das Sexocorporel-Modell[3], das auf sexuelle Selbstsicherheit abzielt, verbunden mit einem positiven und bejahenden Bezug zum eigenen Körper und Genital (Bischof-Campbell, 2012, 29).

Aspekte der sexuellen Bildung

Sexuelle Bildung befähigt Menschen, sich mit sexuellen Fragen angstfrei auseinanderzusetzen, indem kognitive, emotionale, spirituelle sowie physische Dimensionen in einen Lernprozess einbezogen werden. Nach der *Sexualaufklärung* Ende der 1970er Jahre, auf die in den 1980er und 1990er die *Sexualpädagogik* folgte, ist seit den 2000 Jahren *sexuelle Bildung* als neues Paradigma etabliert (Sielert & Schmidt, 2013). Sie richtet den Fokus auf die individuellen Ressourcen der sexuellen Identität sowie auf die Lustgestaltung und grenzt sich bewusst vom erzieherischen Anliegen der Pädagogik ab, betont stattdessen das selbstbestimmte sowie eigenaktive Lernen in allen Lebensaltern (Valtl, 2013, 128ff).

Innerhalb der sexuellen Bildung ist die Arbeit mit dem Körper nicht klar definiert, sie kann aber als ein „Lernen vom Körper" verstanden werden (Gies & Koppermann, 2004, 200, 206), indem der Körper als Träger von Erinnerungen sowie von Erfahrungen verstanden wird, der das momentane Erleben spiegelt und als Bindeglied zwischen der Innen- und Aussenwelt fungiert. Der Körper bietet somit einen Zugang zur eigenen Persönlichkeit und Identität (ebd., 199ff). Obwohl die Ansätze der Körperpsychotherapie unterschiedlich strukturiert sind, basieren sie auf einer ganzheitlichen Wechselwirkung zwischen Körperlichem und Psychischen (Marlock & Weiss, 2007). Geht es um eine Aneignung des eigenen Körpers, so scheinen Frauen partiell einen Nachholbedarf zu haben (Willach-Holzapfel, 2018, 188ff). Dementsprechend ermöglichen körperbezogene Übungen in einem Gruppensetting das Lernen auf verschiedenen Ebenen, fördern Empathie und Verständnis, erleichtern das Sprechen über Sexualität (Gies & Koppermann, 2004, 203). V.a. bieten sich Methoden an, die auf Achtsamkeit, Entspannung sowie Wahrnehmung abzielen und einen Zusammenhang zwischen Atem, Muskelspannung sowie Bewegung betonen (Sparmann, 2015, 93ff; 2017, 261; 2018, 12).

Innerhalb der sexuellen Bildung kommt der Haptik[4] als Spiegel der eigenen Biografie und somit als Potential für die eigene Selbsterfahrung besondere Bedeutung zu (Brockmann & Geiss, 2011, 13ff, 37) – v.a. das vielschichtige Entfaltungspotential der Hände. Sie ermöglichen eine direkte sinnlich-erotische Körpererfahrung und können das sexuelle Lernen über die Haut als „Grundlage sexueller Erregung" (Seikowski & Gollek, 2001, 242) um eine Dimension erweitern, die rein sprachlich nicht gegeben ist (Gies & Koppermann, 2004, 216). – Haptik ermöglicht somit über das Kennenlernen des eigenen Körpers eine Auseinandersetzung mit den visuell vermittelten Schönheitsidealen.

Sexuelle Selbstsicherheit und genitales Selbstbild

Die sexuelle Selbstsicherheit resultiert dem Sexocorporel-Modell zufolge aus einem Stolz-Sein auf die eigene Weiblichkeit/Männlichkeit, ist mit dem Gefühl der Zugehörigkeit zum jeweiligen Geschlecht verbunden (Gehrig, 2013, 3) und schließt zudem das Vermögen ein, das eigene Genital, auch in erregtem Zustand, vor anderen zu zeigen (Bischof, 2010, 13). Darüber hinaus ist ein positiver Bezug zum gesamten Körperbild wesentliche Voraussetzung für eine sexuelle Selbstsicherheit (Bischof-Campbell, 2012, 29ff). Die damit verbundene Fähigkeit, Genitalität positiv in das eigene Körperbild zu integrieren, sowie das Vermögen den vaginalen Innenraum zu erotisieren, befördern sexuelles Begehren einschließlich der sexuellen Genussfähigkeit, wodurch bspw. Penetration als lustvoll erlebt werden kann.

Als ein Teilgebiet der Forschung, die sich mit dem Körperbild befasst, reflektiert der Fokus auf das genitale Selbstbild, die subjektiven Gefühle, Einstellungen und Erfahrungen, die Individuen mit ihren Genitalien verbinden (Herbenick & Reece, 2010). Dabei stellt ein positiver Bezug zum eigenen Genital eine bedeutende Resource für das geistige und körperliche Wohlbefinden dar (Schick et al., 2010): Frauen mit positiver genitaler Selbstwahrnehmung nehmen sich sexuell attraktiver war und berichten von besserer sexueller Funktion sowie von mehr sexueller Zufriedenheit (Amos & McCabe, 2016; Berman & Windecker, 2008; Schick et al., 2010), sodass diese Wahrnehmung eng mit sexueller Gesundheit verbunden ist (Berman &

3 Der Sexocorporel-Ansatz wurde in den 1980er Jahren von Jean-Yves Desjardins an der sexologischen Fakultät der Universität von Montreal entwickelt. Es handelt sich um einen ganzheitlichen Ansatz, der physiologische, emotionale, kognitive und Beziehungselemente einschließt, die sich auf das sexuelle Erleben beziehen. Im Mittelpunkt stehen dabei das sexuelle Lernen und das Erlangen beziehungsweise Erhalten sexueller Gesundheit (Dejardins, nach Bischof, 2017, 121ff). Der Fokus liegt dabei auf neuen Erfahrungen mit dem eigenen Körper und dem eigenen Geschlecht (Gehrig, 2013, 2ff). Auch wenn dieser Ansatz primär sexualtherapeutisch zur Anwendung kommt, bietet er fundiertes Wissen und konkrete körperorientierte Methoden, welche auch für eine sexuelle Bildung genutzt werden können (Sparmann, 2015, 47ff).

4 Der Begriff *Haptik* stammt von der griechischen Bezeichnung „haptesthai" und bedeutet ergreifen, anfassen oder berühren. In einigen deutschsprachigen Wörterbüchern wird die Haptik auch mit der „Lehre vom Tastsinn" übersetzt und im Lexikon der Psychologie ist festgehalten, dass sich die Haptik mit dem Sinneseindruck der Haut und damit einhergehenden Berührungsempfindungen beschäftigt (Grunwald, 2001, 7ff).

Windecker, 2008). Zudem zeigt sich, dass eine positive Selbstwahrnehmung die Bereitschaft erhöht, das Genital in einer medizinischen Untersuchung zu zeigen, was wiederum zu einer besseren medizinischen Vorsorge führt (DeMaria et al., 2012), wobei seitens der Gynäkologen selten angeboten wird, über das Aussehen der Genitalien zu sprechen (Barbara et al., 2015).

Sexuelle Entwicklung, genitale und körperliche Selbstwahrnehmung

Bereits Kleinkinder erforschen ihren Körper und können lustvolle Erfahrungen machen, sodass spielerische Berührungen der Geschlechtsorgane in die erste Lebensphase gehören. Erfolgen positive Rückmeldungen, lernt das Kind, dass eigene Berührungen mit einem guten Körpergefühl einher gehen dürfen. Auch das Benennen der Geschlechtsorgane hilft, einen positiven und lustvollen Zugang herzustellen, und beeinflusst die sexuelle Entwicklung. Gegenüber Jungen können Mädchen ihr Geschlecht beim Urinieren kaum sehen, was bedingt, dass manche annehmen, sowohl der Urin wie auch der Kot kämen aus der Scheide, worauf sie mit Ekel reagieren (Schütz et al., 2013, 33ff). Wird das Kind in dieser Phase begleitet und finden die Geschlechtsorgane eine dem übrigen Körper vergleichbare Aufmerksamkeit, kann sich ein positiver Bezug zum eigenen Geschlecht entwickeln (Schütz et al., 2013, 33ff). Gegenüber anderen Fähigkeiten wird die sexuelle Entwicklung meist nur wenig unterstützt und begleitet, oder die Erkundung der Genitalität löst Unsicherheiten und Ablehnung aus und so herrscht eher Erleichterung, wenn sich das Kind nicht allzu intensiv dem eigenen Genital widmet (Gehrig, 2013). In der schulischen Sexualerziehung finden sich auch heutzutage oft unvollständige Informationen in Bezug auf das weibliche Genital. In vielen Zeichnungen, die in der schulischen Sexualerziehung verwandt werden, sind die Klitorisschenkel sowie die Klitorisschwellkörper nicht ersichtlich, gibt es häufig nur wenige Hinweise auf erregbare Regionen, woraus ein „reduziertes Körperschemata“ sowie „fremdvalidierte sexuelle Erfahrungen“ resultieren können (Beck, 2018, 134ff).

Haben Mädchen zunächst einen positiven und lustbetonten Zugang zum eigenen Körper, so nimmt dieser im Laufe ihrer Entwicklung ab, da kulturelle Zuschreibungen in die psychosexuelle Entwicklung eingreifen (Krüger-Kirn, 2016, 211ff), einer Erkundung des Körpers, und damit auch des weiblichen Genitals, oftmals im Wege stehen (Krüger-Kirn, 2013, 411). Häufig werden sich junge Frauen ihres eigenen Genitals erst bewusst, wenn sich die erste Menstruation ankündigt, und manche entwickeln ihr Bewusstsein erst mit dem ersten Geschlechtsverkehr. Dieses unscharfe Bewusstsein kann bis ins Erwachsenenalter anhalten (Schiftan, 2018, 169). Da die Vagina nur selten erkundet wird, liegt oftmals keine genaue Vorstellung vom vaginalen Innenraum vor (Bischof, 2008).

Weibliche Genitalität wird häufig nicht unter einem Lustaspekt wahrgenommen, sondern unter dem des Unbehagens und Leidens. Hinzu kommt, dass sexuelle Potenz, aktive sexuelle Wünsche und sexuelles Begehren primär den männlichen Adoleszenten zugestanden werden (Flaake, 2012), Frauen auf ein Begehrt-Werden reduziert sind, sodass eine vermutete ‚äußerliche‘ Beurteilung an die Stelle des eigenen positiven Bezugs zum Körper tritt, einschließlich des eigenen körperlichen Begehrens. Körperwahrnehmung, das eigene Körperbild wie auch das Körpererleben bestimmen jedoch entscheidend die Geschlechtsidentität, prägen das Selbstbild und ermöglichen ein Selbstbewusstsein, welches im Körper verankert ist (Flaake, 2004, 47). Das Wohlfühlen im eigenen Körper ist eine wesentliche Grundlage für eine befriedigende Sexualität (Martin, 2013, 675; Schick et al., 2010). Dem steht entgegen, dass Mädchen und Frauen häufig ein instabiles körperliches Selbstbild besitzen und die Wahrnehmung von Körpersignalen wenig ausgeprägt ist (Helmer, 2012, 73), sodass sie mit ihrem Körper unzufrieden sind (Neon & Mindline, 2008; Neon & Forsa, 2014).

Neben unmittelbar biografischen Aspekten prägen auch soziokulturelle Faktoren die weibliche Sexualität. So haben die sexuelle Revolution und die Frauenbewegung zwar die Voraussetzungen für sexuelle Selbstbestimmung geschaffen, die Frauen über Jahrhunderte aberkannt wurde (Sigusch, 2013), doch resultierte aus dieser Liberalisierung nicht automatisch eine höhere sexuelle Zufriedenheit.

Dazu trägt u.a. bei, dass über medial vermittelte sexualisierte weibliche Körper der eigene Körper und die eigene Sexualität abgewertet werden (Stirn & Pica, 2018, 154ff), da sich die vermittelten Ideale v.a. auf sexuelle Attraktivität und Funktionalität beziehen (Hinz et al., 2006). Dieser vermittelten ‚Idealität‘ steht oftmals der Zweifel an der eigenen Attraktivität – bspw. hinsichtlich des genitalen Geruchs – gegenüber (DeMaria et al., 2011; Fudge & Byers, 2017), was Frauen häufig zu einem risikoreichen sexuellen Verhalten veranlasst (Schick et al., 2010). Auch die Menstruation führt bei vielen Frauen zu einer negativen genitale Selbstwahrnehmung (Chandra-Mouli & Patel, 2017; Chrisler et al., 2015). Zudem wissen nur wenige Frauen, wie andere weibliche Genitalien aussehen. Sie sind aber Schönheitsstandards, die auf eine ‚genormte‘ Vulva hinauslaufen, ausgeliefert, was zusätzlich zur Unzufriedenheit führt.[5]

Diese Faktoren bedingen zusammen eine steigende Zahl genitaler kosmetischer Operationen[6], wogegen eine sexuelle Bildung Frauen darin unterstützen kann, verinnerlichte Bilder zu reflektieren und der eigenen Sexualität sowie dem Körper lustvoll und neugierig zu begegnen (Sparmann, 2017, 259).

---

5 Vgl. Barbara et al., 2015; Fahs, 2014; Sharp et al., 2016; Laan et al., 2016; Lloyd, Crouch et al., 2005; McDougall, 2013.

6 Vgl. DeMaria et al., 2012; Fahs, 2014; Koning et al., 2009; Schick et al., 2011; Sharp & Tiggemann, 2016; Sharp et al., 2016.

Der durchgeführte Workshop

Der nachfolgend vorgestellte Workshop erstreckte sich über einen halben Tag bei einer Gruppengröße von 12 in der Schweiz wohnhaften Frauen im Alter zwischen 24 und 58 Jahren, die einen mittleren bis hohen Bildungsstand aufwiesen. Die Eröffnungsphase hatte zum Ziel, sich kennenzulernen und über den Ablauf zu orientieren. Dazu gehörte auch ein Kennenlernen auf der Körperebene, das über ein Wahrnehmungsspiel erfolgte, bei dem die Aufmerksamkeit füreinander im Mittelpunkt stand.

Den Einstieg bildete eine klassische Methode mit dem Namen „PeniVagiTus“, die darauf abzielte, die Sprachfähigkeit gegenüber dem eigenen Genital anzuregen, um damit einerseits eine gemeinsame Ebene zur Bezeichnung der Genitalien zu finden sowie andererseits Diskussionen über deren gesellschaftliche Prägungen zu initiieren (Tuider et al., 2012, 130). Daran schloss eine Wissenseinheit an (Valtl, 1997), in der mittels des Paomi-Modells[7] grundlegende Informationen zum weiblichen Genital vermittelt wurden. Dabei ging es nicht nur um Wissen zum Aufbau, sondern auch zu den entsprechenden Funktionen.

Es folgte ein erster Teil zu den körperorientierten Methoden. Um ein anatomisches Verständnis vom Becken auf der Körperebene zu erlangen, wurde der Becken-Check nach dem Ansatz vom Sexocorporel durchgeführt, auf den eine Körperwahrnehmungsübung folgte (Bischofberger, 2017), welche darauf abzielte, spielerisch mit dem eigenen Körper in Kontakt zu treten und diesen wahrzunehmen, v.a. den Beckenbereich sowie das Genital.

Es folgte der haptische Teil, der sich an der „Geschlechterknete“ orientierte (Düring, Fischer et al., 2011, 57ff; Sparmann, 2018, 48ff; Schütz, 2017). Bei dieser Methode werden handgroße Skulpturen der Vulva mit einer Modelliermasse geformt, sodass optische sowie haptische Eindrücke zu einer emotionalen Beschäftigung mit dem genitalen Selbstbild führen. Das Modellieren ermöglicht ganzheitliche Erfahrungen mit dem äußeren Genital, es kann eine Verbindung zwischen dem „inneren Erleben“ sowie dem „bildnerischen Ausdruck“ entstehen, sodass das eigene Bild vom Körper auf diese Weise distanziert betrachtet und auf eine spielerische Art und Weise verändert und reflektiert werden kann. Zudem wird die Formenvielfalt der Vulven visualiert. Im Anschluss folgte die zweite körperorientierte Methode. Diese beinhaltete eine Beckenschaukel im Sitzen nach Sexocorporel (Schütz, 2017; Bischof, 2018; Sparmann, 2018, 118) sowie einen anschließenden Austausch. Diese Übung dient dazu, das eigene Geschlecht von innen her kennenzulernen. Durch das Wechselspiel von tiefer Bauchatmung und Bewegungen des Beckens wird die Durchblutung des Beckenraumes gesteigert, was eine bessere Wahrnehmung vom Beckenboden sowie vom vaginalen Innenraum ermöglicht. So wird das eigene Genital nicht nur durch Schauen oder Tasten erkundet, sondern auch von innen heraus gespürt. Eine verbesserte Durchblutung führt zudem zu einer Erregungssteigerung. Frauen können ihre Vulva sowie Vagina als erregenden Ort wahrnehmen und so das eigene Genital erotisieren (Bischof, 2008). Es folgte eine Abschlussrunde.

Ergebnisse der Gruppendiskussionen und Ausblick

Der Workshop wurde in zwei Gruppendiskussionen ausgewertet. Eines der meistbesprochenen Themen war das Gruppensetting, das auf Grund des geschützten Rahmens unter Gleichgesinnten überwiegend positiv erlebt wurde. Mehr als die Hälfte der Frauen gab an, der Workshop hätte eine alle verbindende Thematik behandelt, was bestätigte, dass geschlechtshomogene Räume eine Ressource bieten, um mit körperorientierten Methoden zu experimentieren (Sparmann, 2018, 14). Auch der Austausch untereinander, sowohl direkt nach den Übungen wie auch in den Pausen, wurde positiv bewertet, was unterstreicht, dass Körperarbeit Diskussionen mit hoher Intensität bewirken könne (Gies & Koppermann, 2004, 203). Gleichfalls sei der Gruppenflow hilfreich gewesen, um sich auf die Übungen einzulassen. Nur eine Minderheit der Frauen gab an, dass ihnen der Austausch untereinander schwergefallen sei, bzw. dass sie sich einen besseren Zugang zur Gruppe gewünscht hätten.

Der haptische Teil der Übungen wurde gleichfalls vom überwiegenden Teil der Frauen gut angenommen und positiv konnotiert. Gut die Hälfte erlebte die haptische Übung als interessant, gab an, neues Wissen erlangt zu haben. Als angenehm und sinnesanregend wurde auch die Arbeit mit dem Tonmaterial mehrheitlich erlebt, so auch die Vielfalt der verschiedenen Tonvulven. Vier Frauen bemerkten, dass sie durch diese Übung ein neues Bewusstsein für ihr eigenes Genital entwickeln konnten; es zeigte sich zudem, dass die haptische Übung für einige Frauen sehr emotional war. Dies unterstützt die These von Gies und Koppermann (2004, 208), dass sinnliche Methoden Sexualität, einschließlich der Formenvielfalt von Vulven (Sparmann 2018, 48), vielschichtig und ganzheitlich erlebbar machen sowie tiefe Gefühle auslösen können. Drei Frauen äußerten sich eher kritisch in Bezug auf die Umsetzung der haptischen Übung. So schilderte eine, dass sie anfangs Angst davor hatte, wie ihr Tonobjekt aussehen würde, eine andere vermerkte, dass Ausstellen der einzelnen Tonvulven wäre ihr nicht anonym genug gewesen, eine weitere hätte die Übung lieber allein durchgeführt.

Die körperorientierten Übungen wurden gleichfalls überweigend positiv wahrgenommen, vier Frauen gaben an, diese insgesamt als angenehm empfunden zu haben. V.a. die Beckenschaukelübung wurde positiv konnotiert. So berichtete knapp die Hälfte der Frauen, dass der Fokus auf das eigene Genital sich

7 Bei den Paomi-Modellen handelt es sich um Aufklärungsmodelle der Geschlechtsorgane aus Stoff (https://www.paomi.de)

durch die Beckenschaukel intensiviert hätte. Zwei weitere Frauen gaben an, durch die Beckenschaukel ihr Genital besser gespürt zu haben, ohne dies jedoch positiv oder negativ zu werten. Zwei Frauen bemerkten darüber hinaus, dass ihre Lust geweckt sowie die Wahrnehmung des genitalen Innenraumes gefördert worden sei. Dies wurde von ihnen zwar positiv konnotiert, allerdings fanden sie dies im Rahmen des Gruppensettings auch irritierend.

Zusammengefasst kann festgestellt werden, dass sowohl das Gruppensetting wie auch die haptischen und körperorientierten Übungen gut angenommen wurden und scheinbar weitgehend auf Akzeptanz stießen. Sowohl die haptischen wie auch die körperorientieren Übungen bewirkten über das Auslösen von starken Emotionen oder Visualisierungseffekten, Lerneffekte auf unterschiedlichen Ebenen, was sie von einem rein kognitiv-rationalen Zugang abhebt. So geben Forschungsarbeiten der Lernpsychologie Hinweise darauf, dass erst durch das Einbeziehen des ganzen Körpers ein effektives Lernen stattfindet, Erlerntes leichter und länger beibehalten werden kann (Gies & Koppermann, 2004, 201). Bewusst eingesetzte Körperarbeit stellt somit eine Brücke zwischen kognitivem Lernen und inneren Prozessen dar. Allerdings muss erwähnt werden, dass auch der kognitiv-theoretische Teil bei dem überwiegenden Anteil der Frauen auf ein reges Interesse stieß. Dies deutet darauf hin, dass ein ergänzender kognitiver Zugang für die Akzeptanz von körperorientierten sowie haptischen Methoden wichtig ist.

Wohlfühlen im eigenen Körper bildet eine wesentliche Grundlage für eine befriedigende Sexualität. Ist dies nicht der Fall, können sexuelle Störungen die Folge sein, wie bspw. fehlendes sexuelles Begehren oder Dyspareunie. Sexuelle Bildung kann Frauen darin unterstützen, der eigenen Sexualität sowie dem Körper lustvoll und neugierig zu begegnen.

Die Resonanz des Workshops belegte die Akzeptanz eines körperorientierten sowie haptischen Zugangs zur eigenen Genitalität, lieferte darüber hinaus aber auch Hinweise auf die Wirkweise eines derartigen Workshop-Formats. Da die Teilnehmerinnen sich überwiegend positiv zu den einzelnen Elementen äußerten und von einem Wissenszuwachs berichteten, lässt sich folgern, dass das Format sich in diesem doppelten Sinne bewährt hatte und somit zu einem gesunden sexuellen Selbstverständniss beiträgt. Naheliegender Weise sollte dieses Workshop-Formats weiterentwickelt werden.

Literatur

Amos, N., McCabe, M., 2016. Positive perceptions of genital appearance and feeling sexually attractive: Is it a matter of sexual esteem? Archives of Sexual Behaviour, 45, 1249–1258. DOI: 10.1007/s10508-015-0680-4

Barbara, G., Facchin, F., Meschia, M., Vercellini, P., 2015. The first cut is the deepest: A psychological, sexological and gynecological perspective on female genital cosmetic surgery. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 94 (9), 915–920. DOI: 10.1111/aogs.12660

Beck, A., 2018. Zwischen den Ohren und zwischen den Beinen – Bilder vom eigenen Geschlecht. In: Eck, A. (Hg.), Der erotische Raum – Fragen der weiblichen Sexualität in der Therapie (2. Aufl.). Carl-Auer, Heidelberg, 130–151.

Berman, L., Windecker, M., 2008. The relationship betweend women`s genital self-image and female sexual function: A national survey. Current Sexual Health Reports 5 (4), 199–207. DOI: 10.1007/s11930-008-0035-4

Bischof-Campell, A., 2012. Das sexuelle Erleben von Frauen als Spiegel ihres sexuellen Verhaltens (Masterarbeit). Universität Zürich. Abgerufen am 22.10.2021, https://ziss.ch/site/assets/files/1045/master arbeit_bischof-campbell_kl.pdf

Bischof, K., 2008. Orgasmusstörungen der Frau. In: Gehrig, P., Bischof, K. (Hg.), Leitfaden Sexualberatung für die ärztliche Praxis. Pfizer AG, Zürich.

Bischof, K., 2010. Vaginismus und Dyspareunie der Frau. In: Gehrig, P., Bischof, K. (Hg.), Leitfaden Sexualberatung für die ärztliche Praxis. Pfizer AG, Zürich.

Bischof, K., 2017. Sexocorporel-Sexualtherapie. In: Harms, T., Thielen, M. (Hg), Körperpsychotherapie und Sexualität. Grundlagen, Perspektiven und Praxis. Psychosozial, Giessen, 121–138.

Bischof, K., 2018. Notizen zum Block 35 Vaginismus (ICD-10): Behandlungsansätze vom 06.07.2018. (Unveröffentlichtes Manuskript). Institut für Sexualpädagogik und Sexualtherapie, Uster.

Brockmann, A., Geiss, M., 2011. Sprechende Hände: Haptik und Haptischer Sinn als Entwicklungspotential. Westarp Book On Demand, Hohenwarsleben.

Chandra-Mouli, V., Patel, S.V., 2017. Mapping the knowledge and understanding of menarche, menstrual hygiene and menstrual health among adolescent girls in low- and middle-income countries. Reproductive Health 14 (1), 30. DOI: 10.1186/s12978-017-0293-6

Chrisler, J.C., Marvan, M.L., Gorman, J.A., Rossin, M., 2015. Body appreciation and attitudes toward menstruation. Body Image 12, 78–81. DOI: 10.1016/j.bodyim.2014.10.003

DeMaria, A.L., Hollub, A., Herbenick, D., 2011. Using Genital Self-Image, Body Image, and Sexual Behaviors to Predict Gynecological Exam Behaviors of College Women. The Journal of Sexual Medicine, 8 (9), 2484–2492. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2011.02379.x

DeMaria, A.L., Hollub, A., Herbenick, D., 2012. The Female Genital Self-Image Scale (FGSIS): Validation among a Sample of Female College Students. The Journal of Sexual Medicine 9 (3), 708–718. DOI: 10.1111/j. 1743-6109.2011.02620.x

Düring, E.-M., Fischer, M., Rusche, N., Müller, A., 2011. Geschlechterknete. In: Bundesstelle der Katholischen Jungen Gemeinde e.V. (Hg.), Erste allgemeine Verunsicherung. Sexualpädagogik in der KjG (2. Aufl.), Düsseldorf, 57–58.

Fahs, B., 2014. Genital panics: Constructing the vagina in women's qualitative narratives about pubic hair, menstrual sex, and vaginal self-image. Body Image 11, 210–218. DOI: 10.1016/j.bodyim.2014.03.002

Flaake, K., 2004. Körper, Sexualität und Identität. Zur Adoleszenz junger Frauen. In: Rohr, Elisabeth (Hg.), Körper und Identität. Gesellschaft auf den Leib geschrieben. Helmer, Königstein, 47–68.

Flaake, K., 2012. Pubertät, Biologie und Kultur: Erfahrungen körperlicher Veränderungen. In: Liebsch, K. (Hg.), Jugendsoziologie. Über Adoleszente, Teenager und neue Generationen. Oldenbourg Verlag, München, 135–152.

Fudge, M.C., Byers, E.S., 2017. "I Have a Nice Gross Vagina": Understanding Young Women's Genital Self-Perceptions. Journal of Sex Research 54 (3), 351–361. DOI: 10.1080/00224499.2016.1155200

Gehrig, P., 2013. Das Konzept des Sexocorporel. https://www.ziss.ch/site/assets/files/1045/sexocorporel-grundlagen.pdf

Gies, M., Koppermann, C., 2004. Es leben Bauch und Hände. Körperarbeit im Kontext der Sexualpädagogik. In: Timmermanns, S., Tuider, E., Sielert, U.(Hg.), Sexualpädagogik weiter denken. Postmoderne Entgrenzungen und pädagogische Orientierungsversuche. Juventa, Weinheim/München, 199–218.

Grunwald, M., 2001. Begriffsbestimmungen zwischen Psychologie und

Physiologie. In: Grunwald, M., Beyer, L. (Hg.), Der bewegte Sinn. Grundlagen und Anwendungen zur haptischen Wahrnehmung. Birkhäuser, Basel, 1–14.

Helmer, U., 2012. Muschiland. Exkursionen in eine kulturelle Intimzone. Helmer, Sulzbach.

Herbenick, D., Reece, M., 2010. Development and Validation of the Female Genital Self-Image Scale. The journal of sexual medicine 7 (5), 1822–1830. DOI: 10.1111/j.1743–6109.2010.01728.x

Hinz, A., Brähler, E., Brosig, B., Stirn, A., 2006. Verbreitung von Körperschmuck und Inanspruchnahme von Lifestyle-Medizin in Deutschland. BZgA Forum Sexualaufklärung und Familienplanung, 1, 7–11.

International Society of Plastic Surgery, ISAPS, 2018. Abgerufen am 22.10.2021, von: https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2019/12/ISAPS-Global-Survey-Results-2018-new.pdf

Koning, M., Zeijlmans, I.A., Bouman, T.K., Van der Lei, B. 2009. Female attitudes regarding labia minora appearance and reduction with consideration of media influence. Aesthetic Surgery Journal 29 (1), 65–71. DOI: 10.1016/j.asj.2008.12.003

Krüger-Kirn H., 2013. Zum Verhältnis von Körperinszenierungen und weiblicher Körperlichkeit. Neue Entwicklungen in der Körperpsychotherapie. In: Thielen, M. (Hg.), Körper – Gruppe – Gesellschaft. Psychosozial, Giessen, 391–416.

Krüger-Kirn, H., 2016. Die konstruierte Frau und ihr Körper. Eine psychoanalytische, sozialwissenschaftliche und genderkritische Studie zu Körperpraktiken und Mutterschaft. Psychosozial, Giessen.

Laan, E., Martoredjo, D.K., Hesselink, S., Snijders, N., van Lunsen, R.H.W., 2016. Young women's genital self-image and effects of exposure to pictures of natural vulvas. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology 38 (4), 249–255. DOI: 10.1080/0167482X.2016.1233172

Liao, L., Michala, L., Creighton, S., 2010. Labial surgery for well women: A review of the literature. BJOG: An International Journey of Obstetrics and Gynaecology 117 (1), 20–25. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2009.02426.x

Lloyd, J., Crouch, N.S., Minto, C.L., Liao, L., Creighton, S.M., 2005. Female genital appearance: 'normality' unfolds. BJOG an International Journal of Obstetrics and Gynaecology 112 (5), 643–646. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2004.00517.x

Marlock, G., Weiss, H., 2007. Einführung: Das Spektrum der Körperpsychotherapie. In: Marlock, G., Weiss, H. (Hg.), Handbuch der Körperpsychotherapie. Schattauer, Stuttgart, 1–12.

Martin, B., 2013. Körper- und Sexualaufklärung. In: Schmidt, R.-B., Sielert, U. (Hg.), Handbuch Sexualpädagogik und sexuelle Bildung. Beltz Juventa, Weinheim, 670-686.

McDougall, L.J., 2013. Towards a clean slit: How medicine and notions of normality are shaping female genital aesthetics. Culture, Health & Sexuality 15 (7/8), 774–787. DOI: 10.1080/13691058.2013.780639

Moore, S., Temple-Smith, M., Rosenthal, D., 2016. Sexuality in adolescence: the digital generation. New York, Routledge.

Neon & Mindline Media, 2008. Sex: Verhalten, Einstellungen und Wünsche der 20–35-Jährigen. Neon Magazin 12, 50–63.

Neon & Forsa. Omninet, 2014. Die Stimme einer Generation – Geht`s uns noch gut? Die grosse NEON-Umfrage zum Leben im Jahr 2014. Neon Magazin, 10, 16-35.

Pampel, R., 2019. Wir reden zu wenig! Angebote zur sexuellen Bildung Erwachsener. Psychosozial, Giessen.

Schick, V.R., Calabrese, S.K., Brandi, N.R, Zucker, A.N., 2010. Genital Appearance Dissatisfaction: Implications for Wimen's genital image self-consciousness, sexual esteem, sexual satisfaction, and sexual risk. Psychology of Women Quarterly 34 (3), 394–404. DOI: 10.1111/j.1471-6402.2010.01584.x

Schick, V.R., Brandi, N.R., Calabrese, S.K., 2011. Evulvalution: The Portrayal of Women's External Genitalia and Physique across Time and the Current Barbie Doll Ideals. Journal of Sex Research 48 (1), 74–81. DOI: 10.1080/00224490903308404

Schiftan, D., 2018. Ausweitung der Lustzone – Wie Frauen ihren Weg zum Orgasmus finden. In: Eck, A. (Hg.), Der erotische Raum – Fragen der weiblichen Sexualität in der Therapie (2. Aufl.). Carl-Auer, Heidelberg, 166–178.

Schütz, E.E, Kimmich, T., Pavoni, V., 2013. Körper und Sexualität (3. Aufl. der Neuausg.). Atlantis, Zürich.

Schütz, E.E., 2017. Notizen zum Block 7 Sexualität Erwachsener nach Sexocorporel, Teil I vom 03.03.2017. (Unveröffentlichtes Manuskript). Institut für Sexualpädagogik und Sexualtherapie, Uster.

Seikowski, K., Gollek, S., 2001. Sexualität und haptische Wahrnehmung. In: Grunwald, M., Beyer, L. (Hg.), Der bewegte Sinn. Grundlagen und Anwendungen zur haptischen Wahrnehmung. Birkhäuser, Basel, 241–248.

Sharp, G., Tiggemann, M., 2016. Educating women about normal female genital appearance variation. Body Image 16, 70–78. DOI: 10.1016/j.bodyim.2015.11.006

Sharp, G., Tiggemann, M., Mattiske, J., 2016. Factors that influence the decision to undergo labiaplasty: Media, relationships, and psychological well-being. Aesthetic Surgery Journal 36 (8), 469–478. DOI: 10.1093/asj/sjv270

Sielert, U., Schmidt, R.-B., 2013. Einleitung: Eine Profession kommt in die Jahre. In: Schmidt, R.-B., Sielert, U. (Hg.), Handbuch Sexualpädagogik und sexuelle Bildung. Beltz Juventa, Weinheim, 11–24.

Sigusch, V., 1992. Geschlechtswechsel. Klein, Hamburg.

Sigusch, V., 2013. Sexualitäten. Eine kritische Theorie in 99 Fragmenten. Campus, Frankfurt/M.

Sparmann, J., 2015. Körperorientierte Ansätze für die Sexuelle Bildung junger Frauen: eine interdisziplinäre Einführung. Psychosozial, Giessen.

Sparmann, J. 2017. Persönliche sexuelle Revolution – Körperorientierte Sexuelle Bildung für Frauen. In: Harms, T., Thielen, M. (Hg.), Körperpsychotherapie und Sexualität. Grundlagen, Perspektiven und Praxis. Psychosozial, Giessen, 257–274.

Sparmann, J., 2018. Lustvoll körperwärts: Körperorientierte Methoden für die Sexuelle Bildung von Frauen. Psychosozial, Giessen.

Stirn, A., Pica, C., 2018. Nur die schönen Vögel sperrt man in Käfige? – Das Streben nach dem perfekten Körper und seinen Folgen. In: Eck, A., (Hg.), Der erotische Raum – Fragen der weiblichen Sexualität in der Therapie (2. Aufl.). Carl-Auer, Heidelberg, 152–165.

Tuider, E., Müller, M., Timmermanns, S., Bruns-Bachmann, P., Koppermann, C., 2012. Sexualpädagogik der Vielfalt. Praxismethoden zu Identitäten, Beziehungen, Körper und Prävention für Schule und Jugendarbeit. Beltz Juventa, Weinheim.

Valtl, K., 1997. Emanzipatorische Sexualpädagogik: Konsequenzen für Aus- und Fortbildung. Vortrag bei der Fachtagung „Sexualpädagogik und Sexualwissenschaft: Bestandsaufnahme und Perspektiven für sexualpädagogische Qualifizierungsmassnahmen" am 12.04.1997, Hochschule Merseburg, https://www.isp-sexualpaedagogik.org/downloadfiles/Emanzipatorische%20Sexualpädagogik%20(Merseburg%201997)%20.pdf

Valtl, K., 2013. Sexuelle Bildung: Neues Paradigma einer Sexualpädagogik für alle Lebensalter. In: Schmidt, R.-B., Sielert, U. (Hg.), Handbuch Sexualpädagogik und sexuelle Bildung. Beltz Juventa, Weinheim, 125–140.

Willach-Holzapfel, A., 2018. Frauenkörper-Männerkörper. Gedanken zum „doing gender" im Körperpsychotherapieraum. In: Thielen, M., von Arnim, A., Willach-Holzapfel, A. (Hg.), Lebenszyklen – Körperrythmen. Körperpsychotherapie über die Lebensspanne. Psychosozial, Giessen, 185–198.

Autorin

Laura Burkhardt, Sexologin M.A., www.thevaginapodcast.com, e-mail: lburkhardt@gmx.ch

Pflicht zum Kinderkriegen? Debatten über kindliche Treue und Reproduktion in China*

Marius Meinhof

Obliged to have Children? Debates about Filial Piety and Reproduction in China

Abstract

This article analyses how public debates about filial piety, *xiao* (孝), in China negotiate an obligation to have children. I will identify three key arguments. Firstly, that filial piety implies a non-negotiable *obligation to have children* which is depicted as an inextricable part of Chinese tradition and identity. Secondly, that due to the sacrifices that parents make when raising children these children have *obligations towards their parents*. Thirdly counter-discourses that stress the *obligation of parents towards their children*. They argue that giving birth is not an obligation without conditions. These arguments constitute a broad discourse in which the notion of *xiao* as a traditional virtue is rarely contested, but the practical consequences of this virtue are constantly negotiated.

Keywords: Reproduction, Intergenerational relations, Three Child Politics, Filial piety, China

Zusammenfassung

Der vorliegende Aufsatz untersucht, wie in öffentlichen Debatten über kindliche Treue, *xiao* (孝), in China die Idee einer Pflicht zum Kinderkriegen verhandelt wird. Ich identifiziere dabei drei zentrale Argumente. Erstens, dass kindliche Treue eine unabdingbare *Verpflichtung zum Kinderkriegen* beinhalte, die fester Bestandteil von Tradition und chinesischer Identität sei. Zweitens, dass sich aus den Opfern der Eltern beim Aufziehen der Kinder eine *Verpflichtung der geborenen Kinder* ergebe, ihren Eltern etwas zurückzugeben, indem sie ihre Blutlinie weitertragen. Drittens finden sich Gegendiskurse, die stattdessen die *Verpflichtung gegenüber den Kindern* betonen und darauf aufbauend eine konditionslose Reproduktionspflicht ablehnen. Diese Argumente entfalten einen breiten Diskurs, in dem zwar die grundlegende Idee einer traditionellen Tugend der kindlichen Treue selten in Frage gestellt wird, die sich daraus konkret ergebenden Verpflichtungen gegenüber den Eltern aber verhandelbar erscheinen.

Schlüsselwörter: Reproduktion, intergenerationale Beziehungen, Drei Kind Politik, Kindliche Treue, China

Einleitung

Am 31. Mai 2021 verkündete die chinesische staatliche Nachrichtenagentur *Xinhua* die Einführung einer Drei-Kind-Politik durch die Zentralregierung. Diese Nachricht wurde in der Öffentlichkeit kritisch aufgenommen. Viele Internetplattformen in China füllten sich mit Kommentaren, die sich von der Idee, mehr Kinder zu bekommen, distanzierten. Die Idee, dass der Staat Menschen zum Kinderkriegen auffordern dürfe, wurde ironisch kommentiert oder sogar direkt kritisiert. Solche Kommentare artikulieren nicht nur Kritik an Regierungspolitik, sondern sie sind wohl auch Ausdruck intergenerationaler Konflikte.

Tatsächlich stehen Konflikte um eine Pflicht, Kinder zu kriegen, und um selbstbestimmte Biographieentwürfe junger Chines_innen, insbesondere auch hochausgebildeter junger Frauen, im Mittelpunkt eines neueren Generationenkonfliktes in China. Dabei spielt die Idee der kindlichen Treue *xiao* (孝) eine zentrale Rolle: Diese beschreibt eine oft nur vage definierte Verpflichtung der Kinder, die im gegenwärtigen China in verschiedenen Kontexten teils als Respekt, als Liebe oder als Gehorsam gegenüber den Eltern verstanden wird. *Xiao* ist ein Schlüsselkonzept in der klassischen chinesischen Moralphilosophie und Staatslehre, das im 20. Jh. häufig abgelehnt wurde, im gegenwärtigen China aber wieder mehr öffentlichen Zuspruch findet. *Xiao* impliziert eine Vielzahl von Verpflichtungen gegenüber den Eltern (Deutsch, 2016), es wird in der Literatur unter anderem als erklärender Faktor für Pflegeleistungen gegenüber den Eltern (Schwarz et al., 2009; Cong & Silverstein, 2012) und für Kohabitanz (Raymo et al., 2015) herangezogen. In staatlichen Diskursen wird *xiao* in den letzten Jahren zunehmend gefördert, und zugleich von einem Familienwert zu einem allgemeinen gesellschaftlichen Wert umgedeutet, der etwa Respekt gegenüber Älteren und gesittetes Verhalten in der Öffentlichkeit umfassen soll (Meinhof & Zhang, 2022). Zu den zahlreichen mit *xiao* assoziierten Verpflichtungen gehört auch eine Pflicht zur Fortführung der Familie durch eigene Kinder (Tang, 1995; Herrmann, 2018), sodass *xiao* ein zentrales Deutungsmuster in Aushandlungen über Reproduktionspflicht darstellt.

Dabei zeigen einige Arbeiten, dass *xiao* nicht als feststehende Norm zu betrachten ist, sondern umkämpft und ausgehandelt wird (Deutsch, 2016; Eklund, 2018; He et al., 2021). *Xiao* ist also nicht als ein statischer Faktor, der chinesisches Reproduktionsverhalten erklärt, relevant, sondern vielmehr, weil es sich um ein zentrales Konzept handelt, über das Menschen in China intergenerationale Rechte und Verpflichtungen aushandeln.

* Die Forschung zu diesem Aufsatz wurde durch die *Deutsche Forschungsgemeinschaft* (DFG) unter der Projektnummer 424193223 gefördert.

Im folgenden Aufsatz frage ich, wie in Diskursen über *xiao* ein über Vorstellungen kindlicher Treue vermitteltes Verhältnis zum eigenen Selbst und zum eigenen In-der-Welt-sein hergestellt wird, und wie über dieses „Selbst- und Weltverhältnis" (Schrage, 2009) die Pflicht, Kinder zu kriegen, verhandelt wird. Dabei untersuche ich, (1) wie *xiao* als Pflicht chinesischer Kinder legitimiert wird, (2) wie ein Bezug zwischen *xiao* und Reproduktionspflicht rhetorisch konstruiert wird und (3) welche Gegendiskurse dazu entstehen. Dabei stelle ich fest, dass Reproduktion und *xiao* v.a. über die Idee einer *intergenerationalen Verpflichtung* verbunden werden. Drei zentrale Argumente thematisieren diese Verpflichtung: Erstens wird eine durch Tradition und chinesische Identität legitimierte Verpflichtung für alle chinesischen Kinder unterstellt, selbst Kinder zu gebären, um die Blutlinie der Eltern fortzuführen. Zweitens wird eine Verpflichtung der geborenen Kinder, den Eltern ihre Fürsorge durch kindliche Treue zurückzuerstatten postuliert. Drittens finden sich in Gegendiskursen oft Stimmen, welche die Idee einer intergenerationalen Verpflichtung aufgreifen, dabei aber die Pflicht der Eltern gegenüber geborenen Kindern betonen, aus der sie wiederum das Recht und die Pflicht ableiten, keine Kinder zu bekommen, sofern die Erfüllung der Verpflichtungen gegenüber den zukünftigen Kindern nicht garantiert ist.

Bevölkerungspolitik und traditionelle Werte in China

Kindliche Treue *xiao* wurde zu verschiedenen Zeiten und mit wechselnden Auslegungen in chinesischer Philosophie und Staatslehre thematisiert (He, 2021). Im 20. Jh. distanzierte sich der Staat weitgehend von einer auf *xiao* basierenden Staatslehre und legte *xiao* als Element staatlicher Diskurse ab. In Deng Xiaopings gesammelten Reden (Band 1–3) kommt das Wort „xiao" beispielsweise nicht vor. In Jiang Zemins gesammelten Reden (Band 1–3) wird zwar auf „traditionelle Tugenden" verwiesen, doch das Wort „xiao" fehlt hier ebenfalls. In den letzten zehn Jahren wird *xiao* allerdings in staatlichen Diskursen zunehmend als wichtige Tradition angesprochen, über verschiedene Wege staatlich gefördert und als Grundstein eines „moralischen Aufbaus" der Bevölkerung verstanden (Meinhof & Zhang, 2022).

Vor diesem Hintergrund ist *xiao* zunehmend zu einem Thema in öffentlichen Debatten geworden. Diese Diskussionen ziehen sich durch breite Bevölkerungsschichten und werden nicht immer direkt vom Staat vorgegeben. Dennoch müssen sie aber im Kontext von sich wandelnden Auffassungen von Bevölkerungspolitik verstanden werden. Dies gilt umso mehr dort, wo *xiao* mit der Pflicht, Kinder zu bekommen, in Verbindung gebracht wird, weil dies auf komplexe Weise mit der Geschichte der chinesischen Bevölkerungspolitik in Zusammenhang steht.

Anderenorts habe ich argumentiert, dass die Idee, eine vermeintlich rückständige chinesische Bevölkerung modernisieren zu müssen, im 20. Jh. zahlreiche staatliche Projekte zur Umformung der Bevölkerung beeinflusst hat (Meinhof, 2017, 2021). In Bezug auf das Familienleben sticht darunter v.a. die ab 1979 eingeführte Ein-Kind-Politik hervor, durch die die Geburtenraten gesenkt werden sollten, um die „Qualität" der Bevölkerung zu verbessern (Greenhalgh, 2003). Die Ein-Kind-Politik stellte einen tiefen Eingriff in chinesische Familienstrukturen dar, die zahlreiche, teils nicht-intendierte Veränderungen nach sich zog. In Bezug auf intergenerationale Beziehungen ist das relative Gewicht einzelner Kinder, insbesondere von Töchtern, in der Familie gestiegen (Fong, 2002; Tsui & Rich, 2016), auch stiegen Bildungsinvestitionen in Kinder, während dadurch zugleich mehr Erfolgsdruck und mehr Erwartungen und Verpflichtungen auf den Einzelkindern lasten (Fong, 2004; Gui & Koropeckyj-Cox, 2016). Ein wichtiger Nebeneffekt der Ein-Kind-Politik ist die alternde Gesellschaft (Flaherty et al., 2007) sowie die Überzahl an jungen Männern in der Generation der Einzelkinder (Das Gupta, 2010; Ebenstein, 2010).

Vor diesem Hintergrund werden die sinkenden Geburtenraten inzwischen oft als Problem betrachtet, und Folgen der Ein-Kind-Politik werden wiederum zum Anlass für Bevölkerungs- und Sicherheitspolitische Interventionen genommen (Powell & Cook, 2000; Hudson & den Boer, 2004; Jiang & Sánchez-Barricarte, 2011). Die Geburtenpolitik schwenkte im 21. Jh. langsam um, ohne dabei allerdings damit aufzuhören, Reproduktionsverhalten staatlich zu regulieren (Alpermann & Zhan, 2019). Im Jahr 2015 wurde eine umfassende Zwei-Kind-Politik eingeführt. Der 14. Fünfjahresplan (2021–2125), der am 11.3.2021 veröffentlicht wurde, möchte „die Umsetzung einer angemessenen Geburtenrate fördern" (Central Committee of the CPC, 2021, 111)[1], was sich unter anderem in der ironisch aufgenommenen Drei-Kind-Politik niederschlug. Dennoch zeigt der am 11.5.2021 vorgestellte neueste Bevölkerungszensus eine weiterhin sinkende Fertilitätsrate von inzwischen 1,3, die in der darauf bezogenen Pressekonferenz als ein zentrales zukünftiges Problem für China benannt wurde (National Bureau of Statistics, 2021).

Der neue Diskurs über kindliche Treue *xiao* muss vor diesem Hintergrund gelesen werden: Einerseits vor dem Hintergrund eines über mehrere Jahrzehnte geführten Modernisierungsdiskurses, der v.a. darauf drängte, das „überholte Alte" und „Rückständige" in der populären Kultur Chinas zu überwinden, andererseits vor dem Hintergrund neuer Sorgen um Überalterung und sinkende Geburtenraten. *Xiao* wird in vielen Texten als ein Herzstück chinesischer traditioneller Kultur bezeichnet und wird in diversen staatlichen und populären Texten als Lösung für vielfältige Probleme der alternden Gesellschaft in China dargestellt.

---

1 Im chinesischen original: 推动实现适度生育水平; hier wie im Folgenden werden die Zitate in den Fußnoten in Originalsprache wiedergegeben. Alle Übersetzungen in diesem Aufsatz durch den Autor.

Theorie und Methode

Die vorliegende Arbeit untersucht chinesischsprachige Texte mit der Methode der kritischen Diskursanalyse (Fairclough, 1992) um festzustellen, welches Verhältnis zwischen *xiao* und Kinderkriegen in diesen Texten unterstellt wird und über welche rhetorischen Techniken dieses Verhältnis legitimiert wird.[2]

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wann Diskurse über *xiao* existierende Machtbeziehungen legitimieren, etwa indem sie diese als natürlich, notwendig, moralisch richtig usw. darstellen, und inwieweit sie dabei Menschen eine „Pflicht" zur Mitwirkung an der Aufrechterhaltung dieser Machtbeziehungen nahelegen. Diese Machtbeziehungen können plural und widersprüchlich sein, so können zum Beispiel junge, urbane Frauen durch sexistische Diskurse diskriminiert, durch die in Modernisierungsdiskursen aufgeworfene Hierarchie zwischen Stadt/Land und Jung/Alt aber wiederum privilegiert werden. Dennoch lässt sich klar identifizieren, dass in den Diskursen um Reproduktionspflicht durch *xiao* die Perspektive der älteren Generation privilegiert und durch ihre Synergien mit staatlichen Diskursen dominant wird, während der jüngeren Generation, insbesondere jüngeren Frauen, Pflichten und Einschränkungen ihres Handlungsspielraumes auferlegt werden. Das impliziert jedoch nicht, dass durch diese Diskurse tatsächlich eine ältere Generation in China ihre Inklusionsanliegen artikulieren kann, denn oft sind die „Eltern" des *xiao*-Diskurses hyperreale Konstrukte, denen generalisierte Bedürfnisse zugewiesen werden, ohne dass aber Plattformen geschaffen werden, auf denen Menschen der älteren Generation tatsächlich ihre Bedürfnisse äußern könnten. Obwohl also „Eltern" in ihrer symbolischen Rolle privilegiert werden, haben sie keine Deutungshoheit über diese Rolle und können selbst durch den *xiao*-Diskurs genauso unter Druck gesetzt werden wie ihre Kinder.

Im Folgenden wird die Frage der Subjektivation allerdings nur auf diskursiver Ebene beantwortet, das bedeutet durch eine Untersuchung von allgemeinen Diskursen, die selbst nicht Teil familiärer Interaktionen sind, sondern sich von außerhalb der spezifischen Situationen über das Familienleben äußern. Damit kann die diskursive Anrufung des Selbst sowie der Umgang mit dieser Anrufung in diversen Gegendiskursen untersucht werden, nicht jedoch die Auswirkungen, die dies auf tägliche Praktiken hat.

Das Sample umfasst diverse online zugängliche Texte aus verschiedenen Quellen, die im Rahmen eines größeren Forschungsprojektes zu kindlicher Treue in China gesammelt wurden. Um staatliche Diskurse zu erfassen, wurden alle auffindbaren Reden und Zitatesammlungen Xi Jinpings zum Thema „Familie" (18 Dokumente), alle Texte der wichtigen Propagandawebseite für Lokalregierungen *xuexi qiangguo* zum Schlagwort *xiao* (81 Dokumente), alle Texte, die Träger des von der Zentralregierung verliehenen „Preises für moralische Vorbilder"[3] seit 2009 beschreiben (90 Dokumente), sowie die zwanzig ersten Treffer zum Schlagwort *xiao* auf der Propagandawebseite der Zentralregierung *wenming wang* untersucht. Dieses Sample erlaubt eine sehr umfassende Einschätzung der Diskurse über *xiao*, wie sie von der Zentralregierung und lokalen Regierungen produziert werden.

Populäre Diskurse sind aufgrund ihrer Heterogenität schwerer zu samplen. Um sie zu erfassen hat sich das Projektteam am theoretischen Sampling der *Grounded Theory* (Corbin & Strauss, 2008) orientiert. Wir haben zunächst die 10 meistkommentierten Artikel zu *xiao* (孝 und 孝道) auf der Plattform *WeChat* analysiert und anschließend basierend auf dieser Analyse die jeweils 10 meistkommentierten Artikel zu den drei Wortkombinationen, um die sich die kontroversesten Debatten entwickelten, gesammelt: *xiao* und (1) Zivilisation, (2) Westen, (3) rückständig. Wir haben diesen Prozess einmal 2018 und einmal 2020 wiederholt und so insgesamt 81 Artikel gesammelt.[4] Basierend auf der Analyse dieser Artikel wurden weitere 12 Diskussionen zu praktischen Fragen im Umgang mit Eltern oder Kindern analysiert, die von Themen handelten, die uns besonders kontrovers erschienen.[5]

Dieses Sample ermöglicht es uns, Unterschiede in verschiedenen Positionen, zum Beispiel zwischen Regierungsdiskursen und populären Diskursen, zu erfassen. Der zentrale Vorteil dieser Daten ist, dass es sich um „natürlich auftretende Daten" (Potter, 2002; Golato, 2017) handelt, die nicht von den Forschenden erhoben wurden, sondern die öffentliche Debatte, wie sie von Menschen in China rezipiert werden kann, erfasst. Der zentrale Nachteil ist allerdings, dass sich ohne Befragungsdaten systematische Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen (etwa nach Alter, Bildungsstand, Einkommen) nicht feststellen lassen.

---

2 Kritische Diskursanalyse beschäftigt sich damit, wie gesprochene oder geschriebene Sprache soziale Strukturen und Machtbeziehungen stabilisieren oder destabilisieren kann (Fairclough, 1992), indem sie diese als natürlich, vernünftig, moralisch richtig oder als änderbar, veraltet, falsch usw. darstellt. Insbesondere wird in der Diskursanalyse untersucht, inwieweit über Diskurse eine *Subjektivation* (Foucault, 1982) stattfindet, also inwieweit bestimmte Haltungen und Weltsichten gefördert werden, die dazu führen sollen, dass sich Individuen selbstdiszipliniert auf eine bestimmte Weise verhalten und selbst-steuern. In Anschluss an Schrage (Schrage, 2009) verstehe ich dabei Subjektivation als Formung eines spezifischen Selbstverhältnisses und Weltverhältnisses. Für eine elaboriertere Darstellung des Begriffes siehe Meinhof (2018, 40ff).

3 道德模范

4 Es handelt sich nicht um 100, sondern nur um 81 Artikel, weil einige doppelt vorkamen und in wenigen Fällen das Zeichen „xiao" Teil eines Namens war, so dass die Texte wieder aus dem Sample entfernt wurden.

5 Die Themen sind: Elterlicher Einfluss auf Kinder (1), Kinder kriegen (2), Kindererziehung (2), Wechselseitige Unterstützung zwischen Kindern und Eltern (2), Zusammenleben mit Eltern nach der Heirat (2), Eltern besuchen (1), Unterschiedliche Behandlung von Geschwistern (1).

Die Pflicht, Kinder zu gebären

Die Frage, ob und in welchem Alter Menschen Kinder bekommen sollten, wird im öffentlichen Diskurs in China konflikthaft verhandelt. Dabei wird insbesondere die Frage debattiert, ob Kinder zu gebären eine individuelle Entscheidung der Frau oder des Ehepaars ist oder ob eine durch Eltern einforderbare Pflicht, Kinder zu gebären, besteht.

Dabei spielt die Idee einer traditionellen Tugend der kindlichen Treue *xiao* in diesen Debatten eine nicht unwichtige Rolle. Diverse populäre Texte, welche die Idee einer Reproduktionspflicht vertreten, fordern die Erfüllung dieser Pflicht durch Verweise auf *xiao* ein. Unter den am häufigsten kommentierten Artikeln auf *WeChat* zum Thema *xiao* finden sich gleich mehrere Texte, die eine von *xiao* abgeleitete Reproduktionspflicht formulieren. So argumentiert ein Text: „In allen Dingen steht *xiao* an erster Stelle: erstens, den eigenen Eltern gehorchen und die eigenen Vorfahren zu respektieren; zweitens, die Eltern und die Vorfahren respektieren und ihre Blutlinie von Generation zu Generation weiterzuführen." (Mr. C., 2015)[6] Gleich zwei verschiedene Artikel schreiben: „Kinder müssen ihre Eltern bedingungslos unterstützen und respektieren, und ihnen gegenüber *xiao* zeigen. Außerdem müssen sie die nächste Generation zur Welt bringen und aufziehen und selbst die Aufgabe des Elternseins übernehmen." (Zhongguo Chuantong Wenhua yu zhihui, 2018).[7] Insgesamt 6 Texte in unserem Sample zitieren zudem die klassische Wendung „Es gibt drei Verstöße gegen kindliche Treue, die schlimmste von ihnen ist Kinderlosigkeit."[8]

All diese Texte haben gemeinsam, dass sie eine allgemeine moralische Pflicht zur kindlichen Treue postulieren, und Kinder zu gebären als einen Teil dieser kindlichen Treue darstellen. Keiner der Texte reduziert *xiao* auf Kinderkriegen oder stellt Kinderkriegen als einzige oder wichtigste Pflicht dar, stattdessen ist die Reproduktionspflicht Bestandteil einer ganzen Reihe an kindlichen Pflichten gegenüber den Eltern. Die Entscheidung für Kinder wird nicht als individuelle oder partnerschaftliche Entscheidung, sondern als eine familiäre Pflicht und insbesondere eine intergenerationale Angelegenheit gerahmt. Entsprechend wird den Eltern damit das Recht zugesprochen, sich in die Entscheidung des Ehepaars für/gegen Kinder einzumischen. Dabei werden „Eltern" allerdings nur als Objekte kindlicher Treue thematisiert, denen generalisierte Rollen und Bedürfnisse zugewiesen werde, ohne dass individuelle Eltern sich dazu äußern können, ob sie den eigenen Kindern diese Pflichten überhaupt auferlegen wollen. Obwohl Kindern Pflichten auferlegt werden, werden sie zugleich als handelnde und fühlende Subjekte thematisiert, während im Gegensatz dazu Eltern auf passive Empfänger der kindlichen Pflichterfüllung reduziert werden.

Dabei werden intergenerationale Beziehungen sowie insbesondere die Unterstützungs- und Reproduktionsfunktion von Familie in den Mittelpunkt gestellt. Während die erweiterte Familie immer wieder als Ort der wechselseitigen Unterstützung und der Harmonie sowie der Rückzugsmöglichkeiten von den Kämpfen des Alltags dargestellt wird, wird die Paarbeziehung kaum angesprochen. Stattdessen stehen die mehrgenerationale Familie, Eltern und Kinder oder sogar drei oder vier Generationen, im Zentrum der Aufmerksamkeit. Lustvolle Sexualität wird in fast keiner unserer Quellen angesprochen, und wenn dann durchwegs negativ, etwa „Lust ist das größte aller Übel, *xiao* ist die erste aller Tugenden." (Shi, 2016)[9]

Damit soll nicht unterstellt werden, dass chinesische Diskurse im allgemeinen Partnerschaft oder Lust abwerten. Doch in Texten über *xiao*, die hier untersucht wurden, treten sie in den Hintergrund zugunsten einer Darstellung von Fortpflanzung als kindlicher Pflicht und damit Teil der Beziehung zwischen Eltern und Kindern.

Dieser Diskurs über kindliche Reproduktionspflicht ist ganz im Sinne Foucaults (2014, 86) durch Mikroprozesse hervorgebracht und wird nicht primär top-down durch den Staat produziert. Alle Erwähnungen zum Thema *xiao* und Reproduktionspflicht in unserem Sample stammen aus *WeChat* Artikeln und von Online-Foren, während staatliche Quellen, wenn sie versuchen *xiao* zu definieren, andere Tugenden wie etwa Respekt gegenüber Älteren in den Mittelpunkt stellen. Zwar versucht der Staat, Geburtenraten zu fördern, doch Texte, die eine Reproduktionspflicht durch *xiao* nahelegen, sind in der staatlichen Propaganda bisher selten. In den 189 von staatlichen Organen herausgegebenen Texten zu *xiao* in unserem Sample findet sich kein einziger Fall, der eine kindliche Reproduktionspflicht thematisiert. Demgegenüber stehen 17 Erwähnungen in *WeChat*. Passend zu diesem Eindruck wird im 14. Fünfjahresplan zwar eine Förderung der Geburtenraten gefordert, dies soll jedoch über ökonomische Anreize, Verbesserung der Kinderbetreuung usw. erreicht werden. *Xiao* wird im Zusammenhang mit Geburtenraten nicht erwähnt, sondern kommt nur im Abschnitt zur Altenpflege vor (Central Committee of the CPC, 2021, 112).

Stattdessen ist die Beziehung zwischen staatlichen Diskursen und den Diskursen über kindliche Reproduktionspflicht zweifach: Erstens sind diese Diskurse, obwohl nicht primär durch staatliche Stellen produziert, doch funktional für die staatliche geburtenfördernde Politik. Zweitens legitimieren staatliche Diskurse, indem sie eine abstrakte Pflicht zur kindlichen Treue anrufen, auch die populären Diskurse: Der Staat

6 百行孝为先：一是要孝顺自己的父母，尊重自己的长辈；二是要尊祖敬宗，把祖先的血脉，代代相传.

7 子女要无条件地赡养和尊重父母，孝顺父母。并且，生养教育下一代，延续做父母的使命, Die identische Formulierung findet sich auch in einem anderen Dokument (Anonymous, 2017). Das oben zitierte Dokument gehörte zu den meistkommentierten Artikeln zu *xiao* auf *WeChat* im Jahr 2018, das Dokument von 2017 zu den meistkommentierten Artikeln im Jahr 2020.

8 不孝有三，无后为大

9 万恶淫为首，百善孝为先

ruft dazu auf, kindliche Treue zu zeigen, und dies kann wiederum von nicht-staatlichen Akteuren aufgegriffen werden, die aus der Pflicht zur kindlichen Treue eine Pflicht zum Kindergebären ableiten. So können sich ein v.a. populär geführter Diskurs über traditionelle Pflichten zum Kindergebären und ein staatlicher Diskurs über die Förderung traditioneller Werte wechselseitig bestätigen.

Damit erzeugen Diskurse über eine Reproduktionspflicht durch *xiao* einen subjektivierenden Effekt, der aus heterogenen Quellen hervorgebracht wird, aber doch als Teil einer heterogenen Gouvernementalität (Foucault, 1999, 276ff) zu sehen ist, denn sie rufen Individuen dazu auf, aus ihrem eigenen Sinn für Pflicht und Tradition heraus ein Verhalten zu wählen, das sich in die Ziele staatlicher Geburtenförderung einfügt. Beides darf jedoch nicht mit einem top-down aufgezwungenen Diskurs oder einer gezielten Manipulation verwechselt werden: Der Diskurs über kindliche Reproduktionspflicht entsteht vielmehr durch ein komplexes Zusammenspiel von staatlichen Diskursen über *xiao*, staatlichen Programmen der Geburtenförderung und populären Diskursen über *xiao* und Familie.

Autorisierung durch Tradition

Dies wirft die Frage auf, inwieweit in den Diskursen über Reproduktionspflicht eine Konstruktion von Selbstverständlichkeit oder Alternativlosigkeit und somit eine Formung des vorreflexiven Wissens über Selbst- und Weltverhältnisse stattfindet. Das heißt, ob die Idee einer Reproduktionspflicht durch *xiao* zu einer kulturellen Selbstverständlichkeit wird, die als unhinterfragte Vorannahme alltäglichen Praktiken zugrunde liegt. Eine derartige Verinnerlichung als „common sense" ist von großer Bedeutung, weil erst über sie eine umfassende subjektivierende Wirkung stattfinden kann: So lange die Reproduktionspflicht explizit als auferlegte Norm oder Zwang thematisiert wird, bleibt die Möglichkeit des Brechens oder Infrage-Stellens der Norm im Bereich des Denkbaren und schafft so eine den Individuen permanent gegenwärtige Möglichkeit des Andersseins.

Eine Betrachtung der Argumente im Diskurs über *xiao* zeigt deutlich, dass der Diskurs der Reproduktionspflicht durch *xiao* keinen Status als vorreflexive kulturelle Selbstverständlichkeit innehat. Im Gegenteil werden *xiao* im Allgemeinen und Reproduktionspflicht im Speziellen ständig kontrovers debattiert und dort, wo *xiao* eingefordert wird, reflexiv legitimiert. Warum chinesische Kinder *xiao* sein sollen, und ob dies bedeutet, Kinder zu bekommen, wird in der Öffentlichkeit detailliert diskutiert. Dabei wird *xiao* ständig reflexiv legitimiert, insbesondere durch Verweise auf Identität und Tradition.

Folgt man Faircloughs (2003, 98) Konzept einer diskursiven Legitimation, so bildet *xiao* offensichtlich die Grundlage dafür, eine Pflicht zum Kinderkriegen moralisch zu legitimieren, indem Kinderlosigkeit als kindliche Untreue (bzw. „nicht-xiao") dargestellt wird. Zugleich wird *xiao* selbst aber nicht primär über Moralisierung gerechtfertigt, sondern wird v.a. eingebettet in scheinbar sachliche Beschreibungen, die *xiao* als einen Wert des „chinesischen Volkes" darstellen. In entsprechenden Texten wird *xiao* als besondere chinesische Tradition, in der kodifizierten Sprache der Regierung als „traditionelle Tugend des chinesischen Volkes"[10] und als Teil einer „großartigen traditionellen Kultur"[11] bezeichnet, und die mit *xiao* verbundenen Pflichten werden als Werte und Überzeugungen aller Konfuzianist_innen oder aller Chines_innen beschrieben. Dabei findet eine Autorisierung von *xiao* als „Tradition", der keine universale moralische Gültigkeit, sondern eine spezifische, kulturelle Bedeutung für China zugewiesen wird, statt.

Die Autorisierung durch Tradition ist dabei meist eng an eine Konstruktion chinesischer Identität gebunden. Aufgrund der Kontingentsetzung von *xiao* als „Kultur" gilt dieser moralische Appell entsprechend nur für Chines_innen und beispielsweise nicht für Ausländer_innen, denen mit verschiedensten impliziten Bewertungen unterstellt wird, nicht zum Kinderkriegen verpflichtet zu sein. Insbesondere der Westen wird dabei oft als das kulturelle Andere Chinas konstruiert, so dass eine essentialisierende Vorstellung chinesischer Identität in Abgrenzung zum ebenfalls essentialisierten „Westen" mobilisiert wird, um Kinderpflicht als spezifisch chinesische Pflicht zu legitimieren. Zum Beispiel schreibt ein neuerer Text (Jian Baishan, 2020):

> „Die Familienwerte der Chinesen sind stark, das können sich Menschen im Westen gar nicht vorstellen. […] Menschen im Westen befürworten Freiheit, deshalb kann man sich entscheiden, eine DINK (double income, no kids) Familie zu haben und unabhängig zu sein. In China gibt es den Fluch ‚du sollst keine Kinder und Enkel haben'. Im Westen hat dieser Spruch keine solche Bedeutung."[12]

Der Text folgt klassischen orientalistischen Vorstellungen, weil er China und den Westen kategorisch trennt und beiden essentialisierte kulturelle Werte unterstellt: Chines_innen sind familienorientiert, westliche Menschen freiheitsorientiert. Historizität, Diversität oder stattfindende Aushandlungsprozesse werden dabei überdeckt. Dirlik (1996) hat diese Reproduktion orientalistischer Unterscheidungen durch chinesische Autor_innen „Selbst-Orientalisierung" genannt und darauf hingewiesen, dass dies keinen Akt der Unterwerfung unter westliche orientalistische Diskurse bedeutet, sondern darauf abzielt, chinesischen offiziell sanktionierten Diskursen eine Deutungshoheit über China zuzuweisen. Tatsächlich assoziieren diese

10 中华民族的传统美德

11 优秀传统文化

12 中国人家庭观念强，这一点西方人无法想像。[...] 西方人崇尚自由，为了自由可以选择DINK(double in-come， no kids)家庭，甚至独身。在中国， "断子绝孙"是恶毒的咒语。在西方，"断子绝孙"没有这样的含义

Texte zwar den Westen mit Freiheit und Individualismus, die auch in westlichen Überlegenheitsdiskursen eine wichtige Rolle spielen. Sie übernehmen dabei aber nicht die Bewertung dieser Eigenschaften als „überlegen". Die Texte lehnen diese „westlichen" Werte entweder für China ab, indem sie deren Inkompatibilität mit chinesischer Kultur betonen, oder sie stellen sie sogar als Grund für einen prognostizierten Niedergang des Westens durch Kinderlosigkeit dar. Insofern werden hier zwar orientalistische Diskurse der Trennung von China und dem Westen reproduziert, dabei wird jedoch der Westen zum fremden oder gar unterlegenen Anderen, der die Angemessenheit der postulierten chinesischen Kultur bestätigt.

Die Verpflichtungen der geborenen Kinder

Neben dieser Autorisierung durch Tradition wird die Reproduktionspflicht, und ganz allgemein die Verpflichtung zu *xiao*, auch über ein Reziprozitätsargument legitimiert. Texte argumentieren, dass *xiao* eine sinnvolle und richtige Verhaltensweise sei, weil es eine Rückzahlung für Leistungen und Opfer sei, welche Eltern gegenüber ihren Kindern gebracht haben, etwa ein „Dank für die Wohltaten des Ernährens und Erziehens" (Wu, 2016).[13]

Dabei spielt die Idee des Gebärens, insbesondere stilisierte Darstellungen des Geburtsschmerzes und der gesundheitlichen Folgen der Geburt, eine wichtige Rolle: Eine Reihe von Texten argumentiert, dass *xiao* zwar auf Reziprozität beruhe, aber dennoch bedingungslos sei, weil Geburt und Erziehung der Kinder eine derart große Leistung der Eltern seien, dass sie allein schon eine lebenslange Schuld der Kinder implizieren. Die drastischste Darstellung dieser Idee in unserem Sample argumentiert so (Zhongguo Chuantong Wenhua yu zhihui, 2018):

> „Die Eltern sind die Quelle, die Eltern sind die Wurzel, die Wohltaten der Eltern sind höher als die Berge, tiefer als die See. Eine Mutter ist zehn Monate schwanger, erbricht während der Schwangerschaft, kann schlecht essen und schlecht schlafen. Fühlt sich ständig krank aber traut sich nicht, Medikamente oder Injektionen zu nehmen, wenn sie krank ist, aus Angst, dem Fötus im Bauch zu schaden. Während der Geburt hat die Mutter schreckliche Schmerzen und ist am Rande des Todes. Der Geburtstag der Kinder ist der Tag des Leidens der Mutter. Sie muss zwei Jahre lang stillen, die Milch, die die Mutter dem Kind gibt, ist das Blut der Mutter! Die Knochen jeder Frau, die ein Kind gezeugt hat, werden nach dem Tod grau sein statt weiß, weil sie beim Stillen all ihr Kalzium an das Kind abgegeben hat. Diese Wohltat und Tugend einer Mutter kann ein Kind kaum zurückzahlen, selbst wenn es dafür den eigenen Körper in Stücke reißt!"[14]

Hier wird *xiao* nun nicht mehr durch eine abstrakte Tradition legitimiert, sondern als das Zurückzahlen einer „Wohltat" an die Eltern. Damit wird eine Idee des reziproken, und damit theoretisch gleichberechtigten Austausches herangezogen, in dem eine gute Tat durch eine andere gute Tat vergolten wird. Zugleich wird die Wohltat der Eltern aber so dargestellt, dass die Pflicht zur kindlichen Treue doch wieder bedingungslos und endlos wird: Ganz gleich, wie sich Eltern gegenüber dem Kind verhalten, schon allein die Geburt und Stillzeit begründen eine Schuld, die das Kind durch *xiao* ein Leben lang zurückzahlen muss, weil es sie niemals voll begleichen kann. Insbesondere die Mutter, deren elterliche Güte in der Aufopferung der eigenen Gesundheit für das Kind begründet ist, wird dabei zum stilisierten Opfer.

Eines der inhärenten Probleme dieser Argumentation ist, dass sie zwar ein bedingungsloses *xiao* einfordert, mit der Idee der Reziprozität aber eine Grundlage für Gegendiskurse schafft, die Verpflichtungen gegenüber den Eltern an Bedingungen knüpfen. So formulieren etwa einige Texte auf *WeChat* die Idee, dass nur gegenüber solchen Eltern, die bestimmte Leistungen erbringen, eine Verpflichtung zur kindlichen Treue besteht. Beispielsweise fanden sich mehrfach Argumente wie: „Ich finde es in Ordnung, [die Kinder] nicht zur Ehe zu drängen und [ihnen] keine Wohnung zu kaufen, doch Eltern, die zum Heiraten und Kinderkriegen drängen, aber trotzdem nicht helfen wollen, sind eine Plage" (Wo zai yuanyuan xiang, 2020, 13).[15]

Diese Argumentation wird v.a. in Online-Diskussionen häufig benutzt, um über die Reproduktionspflicht zu verhandeln. Diese Texte argumentieren entweder, dass Eltern, die ihrer Pflicht gegenüber den Kindern nicht nachkommen, auch kein Recht haben, sich in deren biographische Entscheidungen einzumischen. Oder sie argumentieren umgekehrt, dass Kinder, die sich nichts vorschreiben lassen wollen, auch nicht das Geld ihrer Eltern ausgeben sollten.

Einige Texte auf *WeChat* verknüpfen diese Einforderung von Reziprozität wiederum mit einer Autorisierung durch Tradition, indem sie mit Verweis auf klassische philosophische Texte argumentieren, die Pflicht der Kinder zur Treue *xiao* korrespondiere mit einer Pflicht der Eltern zur Güte *ci* (慈). Die Paarung von Güte–Treue *ci–xiao* wird sowohl in *WeChat*-Artikeln als auch in Texten der Regierung immer wieder angesprochen. Es handelt sich damit um eine durch Tradition autorisierte und in staatlichen Diskursen akzeptierte Idee. Diese Idee

13 感谢教养之恩

14 父母是源，父母是根，父母的恩情比山高，比海深。母亲怀胎十月，妊娠呕吐，吃不好，睡不好。身体不舒服，生病也不敢吃药打针，唯恐伤着 腹内胎儿。 生产时，母亲痛得撕心裂肺，闯的是"生死关"。儿女的生日，就是母亲的受难日。 乳哺两年，母亲喂给孩子的乳汁就是母亲的血呀！ 每个孕育过孩子的女人死后的骨头都会由白变灰，那是因为孕育、哺乳孩子流失大量的钙质所造成的。母亲这个恩德，当儿女的粉身碎骨都难以报答！

15 不催婚不买房我觉得可爽了 催婚催生还不帮忙的父母完全是祸害

wird in einer kleineren Zahl an *WeChat*-Artikeln aufgegriffen, um gegen die Idee einer einseitigen Pflicht der Kinder zu argumentieren. So schreibt etwa ein Kommentar zu einem Artikel über Konflikte zwischen Schwiegermutter und Schwiegertochter auf *WeChat* (Shizhi Pinghe, 2011): „Ich denke immer, der Spruch ‚oben Güte, unten xiao' ist sehr zentral, nicht nur eine Seite muss etwas tun, sondern beide Seiten müssen sich anstrengen, um eine gute Beziehung zwischen Schwiegermutter und Schwiegertochter zu erreichen".[16]

Xiao als Druck außerhalb des eigenen Selbst

Auch die reflexive Legitimierung von *xiao* ist wiederum Gegenstand kontroverser Debatten. Kinderlose Paare und junge Menschen, die nicht vorhaben, Kinder zu bekommen, bringen eine ganze Reihe von Gründen gegen die Reproduktionspflichten vor, unter anderem Verweise auf Gesundheit, Autonomie der Entscheidungen über den eigenen Körper, Probleme auf der Arbeit usw. Diese Argumente können hier nicht im Detail besprochen werden.[17] Stattdessen soll hier nur auf solche Argumente Bezug genommen werden, die direkt Ideen aus den bisher dargestellten Diskursen aufgreifen, und sich dabei Konzepte des offiziell legitimierten Diskurses aneignen. Diese Gegendiskurse zeichnen sich dadurch aus, dass sie in einem von Zensur bestimmten Öffentlichkeit mit politisch legitimen Konzepten spielen und sich diese Aneignen, um Grauzonen zu schaffen, in denen eine partielle Kritik an einzelnen Aspekten des offiziellen Diskurses geäußert werden kann.

Die Autorisierung von *xiao* durch Tradition wird beispielsweise oft zurückgewiesen, indem Konzepte staatlicher Modernisierungsdiskurse angeeignet werden, um das traditionelle *xiao* als „rückständig" oder „feudal" zu bezeichnen. Auch die Verweise auf chinesische Identität werden herausgefordert, etwa in Texten, die argumentieren, *xiao* sei auch Teil der „westlichen" Tradition, etwa im biblischen Gebot Vater und Mutter zu ehren. Hier wird keine direkte moralische Bewertung von *xiao* vorgenommen, doch die Darstellung von *xiao* als einzigartig chinesisch, und damit eine wichtige Grundlage der Autorisierung von *xiao* als chinesischer Tradition, wird in Frage gestellt.

Häufig finden sich auch Argumentationen, welche die Pflicht, Kinder zu bekommen außerhalb des eigenen Selbst verorten. Anders als es die Autorisierung durch Tradition nahelegt, die gemeinsame traditionelle Werte „der Chines_innen zu beobachten vorgibt, wird die Pflicht, Kinder zu bekommen, von vielen jungen Menschen explizit als von außen kommender Druck adressiert: Das eigene Ideal-Selbst wird als selbstverwirklichend und selbstbestimmt beschrieben, während im Kontrast dazu *xiao* als Druck von außen bezeichnet wird – meist als Druck durch die Eltern, etwas seltener durch Partner, Großeltern, Schwiegereltern. Auch hier handelt es sich allerdings um ein generalisiertes, stereotypes Bild der „Eltern" an sich, ohne dass Eltern als erlebende Subjekte thematisiert werden.

In einigen Fällen wird die Entscheidung, Kinder zu bekommen, durch eine Mischung aus Selbstzwang und Fremdzwang begründet. Zum Beispiel äußert sich eine Person in einer Online-Diskussion über „Ehe ohne Kinder" (Anonymous, 2018, 20)[18]:

> „Ich habe auch keine besonderen Gefühle für Kinder, zwar bin ich selber Lehrer, aber ich finde die chinesische Erziehung ganz seltsam, weiß auch nicht, wie ich Kinder erziehen soll. Ich wollte immer ein DINK werden, aber ich komme nicht dagegen an, meine Frau will es, meine Eltern drängen mich, na dann habe ich halt Kinder. Ich möchte ganz klar mein eigenes Leben führen, aber ich habe Angst davor, denn keine Kinder zu bekommen ist der schlimmste Verstoß gegen xiao."[19]

Die Entscheidung, Kinder zu bekommen, wird hier deutlich als Zwang adressiert. Dieser Zwang wird zum Teil der Ehefrau und den Eltern zugerechnet und damit vom eigenen Selbst gelöst. Zugleich wird er auch als Selbstzwang thematisiert, nämlich als Angst, gegen die Norm von *xiao* zu verstoßen. Auch dabei wird *xiao* allerdings nicht als eigenes Ideal, sondern als eine Norm thematisiert, während das eigene Ideal-Selbst in Kontrast dazu gesetzt wird. Somit steht das kinderlose Ideal-Selbst einem Zwang zum Kinderkriegen gegenüber. Eine Subjektivation im Sinne einer Formung des eigenen Selbst zur freiwilligen Befolgung der Normen oder gar zur Akzeptanz der Normen als „natürlicher" Zustand findet nicht statt.

Die Verpflichtung gegenüber geborenen Kindern

Auch die Gegensatzpaare von Verpflichtung und Egoismus oder Verantwortungslosigkeit, die im Diskurs über Reproduktionspflichten genutzt werden, finden sich in Gegendiskursen wieder. Dabei werden zentrale Unterscheidungen aus dem oben beschriebenen Diskurs aufgegriffen und so gewendet, dass nun

16 一直觉得"上慈下孝"这个词说得很中肯，没有只是一方付出的，双方都要努力才能搞 好婆媳关系

17 Vgl. zu Argumenten für Kinderlosigkeit auch Herrmann (2018).

18 Bei Online-Diskussionen gibt die Nummer nicht die Seitenzahl, sondern die Position des Kommentars an, z.B. in diesem Fall der 20. Kommentar.

19 我也对小孩子没感觉，并且自己是教书的，对中国孩子的教育很迷茫，也不知道该怎么教，一直想丁克，但是敌不过现实，媳妇想要，爸妈催，那就要把，明明想过自己的人生，但是怕背上不孝有三，无后为大的恶名。

die Eltern und das Kinderkriegen auf der dispräferierten Seite der Unterscheidung stehen.

Erstens finden sich einige Texte, welche die Verpflichtungen der geborenen Kinder zurückweisen, indem sie die Geburt als private Entscheidung, vielleicht sogar als eine verantwortungslose Entscheidung, der Eltern darstellen. So schreibt ein seit 2021 nicht mehr zugänglicher Text von 2009 (meinu bj, 2009):

> „Sag nicht, weil du mich auf diese Welt gebracht hast, muss ich dich respektieren und xiao sein. Hast du jemals darüber nachgedacht? Hast du mir je vergeben, dass du mich geboren hast? Wenn ich vorher gewusst hätte, dass das dabei herauskommt, wenn du mich auf die Welt bringst, hätte ich dann zugestimmt? Konnte ich mir das aussuchen? Euer privates Vergnügen, oder eure private Entscheidung haben mich auf die Welt gebracht, und deshalb ist es jetzt mein Schicksal, ein Leben lang xiao zu sein, ist das gerecht?“[20]

Hier wird die Idee einer Schuld der Kinder aufgrund der Geburt zurückgewiesen, indem (1) der Geburt der Status als „Vertrag“ abgestritten wird, weil das Kind nicht um seine Meinung gefragt wurde, und indem (2) das Gebären als Folge privaten Vergnügens dargestellt wird. Dabei weist v.a. das Argument des „privaten Vergnügens“ die Idee einer von Generation zu Generation weitergereichten Verpflichtung zurück: Die Eltern waren nicht pflichtbewusst, als sie Kinder bekommen haben, sondern es war ihre eigene Entscheidung, sogar ein selbstbezügliches „Vergnügen“, aus dem heraus die Kinder geboren wurden. Ob das Verschwinden dieses Textes allerdings zeigt, dass diese Art von Argumentation zensiert wird, das Spiel in den Grauzonen offiziell sanktionierter Diskurse hier also fehlgeschlagen ist, lässt sich nicht abschließend einschätzen.

Neben dieser Zurückweisung der Pflichten kindlicher Treue findet sich noch eine zweite zentrale Argumentationsfigur: Einige junge Menschen stellen den Verzicht auf Kinder selbst als verantwortliches Handeln dar. Demnach haben Eltern Verpflichtungen gegenüber Kindern, die sie liebevoll aufziehen und denen sie eine gute Ausbildung und gute Lebenschancen finanzieren müssen. Basierend auf der Idee enormer Verpflichtungen gegenüber den Kindern wird eine konditionslose Reproduktionspflicht zurückgewiesen. Dies reicht von lapidaren Feststellungen über andere, wie etwa: „Einige Menschen verdienen es einfach nicht, Eltern zu sein.“ (Anonymous, 2018, 103)[21] bis hin zu kritischen Selbstbekenntnissen, etwa: „Ich bin sowieso zu egoistisch, und ich kann mein Kind sowieso nicht richtig versorgen oder ihm eine Wohnung kaufen, deshalb sind Leute wie ich einfach nicht dafür geeignet, Kinder zu bekommen.“ (1uv 1etter, 2021, 48)[22] Eine ähnliche Logik findet sich in Argumenten, die Eltern verantwortungslose Reproduktion vorwerfen. So schreibt etwa ein Diskussionskommentar: „Die Eltern sind allgemein nicht verantwortungsbewusst. Es fühlt sich so an, als ob sie das nur als eine Aufgabe sehen. Sie gebären das Kind und laden es dann bei ihren Eltern ab. Sowas gibt es viel zu oft. Wenn es keine Ein-Kind-Politik gegeben hätte, dann würden die immer noch hirnlos Kinder kriegen.“ (Xiao Xuan, 2020, 10)[23] Schließlich wird die Idee elterlicher Pflichten statt über die Idee der Verantwortungslosigkeit zum Teil über die Idee eingeschränkter Möglichkeiten artikuliert: Junge Menschen weisen auf ihre begrenzten Möglichkeiten und das daraus resultierende mögliche Leid für zukünftige Kinder hin. In einer Diskussion argumentierte etwa eine Autorin, sie selbst sei von den Großeltern aufgezogen worden und habe unter der Entfremdung von ihrer Mutter, die arbeiten musste und selten anwesend war, gelitten. Sie wolle als hart arbeitende Frau kein Kind haben, um dem Kind nicht das Gleiche anzutun. Zudem, so ergänzte sie, sei sie schon beinahe vierzig und „Ich möchte keine alte Mutter sein, so dass mein Kind vielleicht ungesund auf die Welt kommt.“ (Anonymous, 2018, 57)[24]

Diese Argumente über die elterliche Verantwortung brechen dabei in zweifacher Weise mit dem Diskurs der Reproduktionspflicht: Erstens wird der Fokus von den Pflichten der Kinder gegenüber ihren Eltern auf die Pflichten der Eltern gegenüber ihren zukünftigen Kindern verschoben. Zweitens wird die Idee einer Reproduktionspflicht zurückgewiesen, und Kinderkriegen eher als ein Recht behandelt, das nur solche Menschen haben, die gegenüber ihren Kindern Verantwortung zeigen können. So können sich diejenigen, welche die bedingungslose Pflicht zum Gebären zurückweisen, selbst als die tatsächlich Verantwortungsvollen darstellen, nämlich als diejenigen, die ihre Pflichten gegenüber dem Kind voraussehend berücksichtigen, statt sich „unbeherrscht“ fortzupflanzen.

Dies korrespondiert wiederum mit Ideen aus staatlichen Diskursen: Xie (2018) zeigt, dass im Zuge der Verschiebung biographischer Verantwortung auf das Individuum in staatlichen Diskursen in China eine „Responsibilisierung“ von Schwangerschaft stattfindet, in deren Zuge individuelle weibliche Subjekte als für ihre Schwangerschaft verantwortlich dargestellt werden, so dass zum Beispiel Abtreibung als verantwortliche Entscheidung erscheinen kann, wenn Mütter keine Aussicht auf Heirat haben. Somit greift das Argument einer Verantwortung für die (un)geborenen Kinder selbst wieder staatliche Diskurse auf, interpretiert sie aber in einer Weise, welche die Reprodukti-

20 不要说是你把我带到这个世上我就该尊重你，孝敬你，你想过吗？你把我带到这个世上你和我商谅过吗？如果我可以提前知道我被你带到世上会是这么个结果，我会同意吗？我有选择权吗？你们私下的交欢愉悦，或是你们私下的决定，就把我带到了这个世上，就决定了我要孝顺你们一辈子的命运，这公平吗？

21 有的人就根本不配做父母

22 我太自私了[...]生个小孩生他养他还要给他买房子反正我做不到，所以呀我这样的人不适合养小孩

23 并且当父母的基本普遍不负责任。感觉跟做任务一样，生完就丢父母那。太多了，不是计划生育还在无脑生

24 我不想做一个高龄产妇，让自己的孩子冒着有可能不健康的风险来到这个世界. Eine ausführliche Analyse verschiedener Argumente für freiwillige Kinderlosigkeit findet sich bei Herrmann 2018.

onspflicht verhandelbar macht. Dabei wird die Idee der Verantwortungslosigkeit umgewertet: Die ältere, nicht die jüngere, Generation wird als verantwortungslos dargestellt, weil sie ihre Verpflichtungen gegenüber den geborenen Kindern nicht ausreichend berücksichtigt habe, bevor sie Kinder bekam.

Bei derartigen Argumentationen handelt es sich um Gegendiskurse zum Diskurs der Reproduktionspflicht, weil die Binarisierung von Pflichten gegenüber der Familie und auf sich selbst bezogener Verantwortungslosigkeit aufgegriffen und in ihrer Wertung beibehalten, zugleich aber so umfunktioniert wird, dass nun Kinderlosigkeit verantwortungsvoll erscheint. Kinderkriegen wird dabei von einer Pflicht zu einem Recht umgewandelt, das nur solche Personen haben, die ihre Kinder verantwortungsvoll versorgen und ihnen ein gutes Leben bieten können. Über diese Figur eines „Rechts" auf Kinder kann die Möglichkeit einer individuellen Entscheidung, Kinder zu haben, eingeführt werden, weil Personen nur selbst wissen können, ob sie verantwortungsvoll genug für Kinder sind. Zugleich wird die Idee einer aus der Reziprozitätsnorm abgeleiteten Pflicht gegenüber den Eltern zurückgewiesen, weil das „verantwortungslose" Reproduktionsverhalten der älteren Generation als Verletzung ihrer Verpflichtungen gegenüber der jüngeren Generation dargestellt werden kann.

Schlussfolgerungen

Wie gezeigt wurde, dreht sich der Diskurs um *xiao* und Reproduktion v.a. um drei umkämpfte Themenbereiche: Erstens eine durch chinesische Tradition und Identität autorisierte kindliche Pflicht, Nachkommen zu zeugen. Zweitens eine Pflicht zur kindlichen Treue als Rückzahlung für die Opfer, welche Eltern bei Geburt und Erziehung der Kinder gebracht haben. Drittens die Frage, ob nicht auch Eltern Pflichten gegenüber ihren Kindern haben.

Xiao wirkt in keiner dieser Äußerungen auf einer vorreflexiven Ebene. Zwar unterscheiden sich Texte darin, wie sie *xiao* bewerten, ob sie *xiao* mit dem Ideal-Selbst identifizieren oder von diesem trennen, ob sie es als „Wert" verinnerlichen oder als „Zwang" externalisieren. In keinem Fall wirkt *xiao* aber als kulturelle Selbstverständlichkeit. Dabei stellen nicht einmal die Befürworter_innen *xiao* als selbstverständlich dar, sondern begründen *xiao* als kulturrelativen Wert des chinesischen Volkes, der in die Krise geraten ist und gefördert werden muss.

Dabei wird *xiao* meist als traditionell und chinesisch ausgewiesen und dadurch vor einem chinesischen Publikum autorisiert. Moralische Kommunikation findet dann erst über diese Autorisierung durch Tradition vermittelt statt: Weil *xiao* durch die Autorität chinesischer Tradition legitimiert wird, werden chinesische Menschen dazu aufgefordert, die Tugend von *xiao* zu verwirklichen, was wiederum die Grundlage dafür schafft, kinderlose Chines_innen moralisch als nicht-filial zu verdammen. Weil Kinderlosigkeit moralisiert und als Problem von (mangelnden) Tugenden oder Werten diskutiert wird, wird eine Verantwortung des Subjektes impliziert, und unfreiwillige Kinderlosigkeit gerät aus dem Blick. Damit wird Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit unterstellt und als Frage der traditionellen Tugend und chinesischen Identität verhandelt. Die Biologisierung von Schwangerschaft, und damit auch die medizinische Pathologisierung von Kinderlosigkeit als Gebärunfähigkeit, die in Deutschland zentral zu sein scheinen, spielen in den von uns analysierten Texten eine untergeordnete Rolle – medizinisch-biologische Dimensionen werden in unseren Quellen nur in Gegendiskursen, die das medizinische Risiko der Schwangerschaft betonen, angesprochen.[25] Somit wird Reproduktion nicht naturalisiert, sondern primär moralisiert. Zugleich kann diese moralische Kommunikation dabei aber als Kontingent beobachtet und verglichen werden: Auch wenn die Moral der kindlichen Treue für Chines_innen als unverzichtbar dargestellt wird, gewinnen Autor_innen doch eine Möglichkeit der reflexiven Selbstbeobachtung über ein imaginäres Anderes des „individualistischen" Westens, für das diese moralischen Werte angeblich nicht gelten. Dabei werden die Diskurse über eine kindliche Pflicht zur Reproduktion durch heterogene Autor_innen *mikro-produziert*. Sie korrespondieren mit der neueren staatlichen Geburtenpolitik und staatlichen Diskursen über traditionelle Werte, werden aber nicht primär in staatlicher Propaganda hervorgebracht.

All dies zeigt, dass *xiao* keineswegs als vorreflexive kulturelle Praxis zu verstehen ist – es widerlegt also die Idee, dass Chines_innen einfach *xiao sind* oder spezifisch chinesische Familienwerte *haben*. *Xiao* wird in einer breiten Öffentlichkeit diskutiert und kontingent gesetzt, indem es als Kultur und/oder als Norm thematisiert wird. *Xiao* ist dabei thematisierbar, reflektierbar und stets verhandelbar. Thematisierbarkeit und Verhandelbarkeit sind zwar durch staatliche Interventionen eingeschränkt, dies führt aber keineswegs zu Diskursen, in denen *xiao* als Selbstverständlichkeit behandelt wird. Versuche etwa in staatlichen Texten, die Verhandelbarkeit von *xiao* abzulehnen, gründen auf Aussagen über chinesische Traditionen und chinesische Kultur, die einen Wunsch nach Identität und Zugehörigkeit beschwören – und damit zugleich zur Thematisierung von *xiao* als Kultur, die auch anders möglich wäre, beitragen.

Literatur

1uv 1etter, 2021. 父母理所当然给子女付首付吗. https://www.douban.com/group/topic/207320391/

Alpermann, B., Zhan, S., 2019. Population Planning after the One-Child Policy: Shifting Modes of Political Steering in China. Journal of Contemporary China 28 (117), 348–366.

25 Es lässt sich anhand unserer Daten nicht abschließend klären, ob dies für den gesamten Diskurs über Schwangerschaft und Geburt in China gilt, oder nur speziell für die Debatten um kindliche Treue. Letzteres ist zumindest plausibel, da kindliche Treue explizit als „Kultur" dargestellt wird.

Anonymous, 2017. 什么是孝？为什么要孝？ 如何尽孝？. https://mp.weixin.qq.com/s/uE1W4iQQGjpSxdzXQGv8nA
Anonymous, 2018. 结婚不要小孩是种怎么样的体验？. https://www.zhihu.com/question/271329610
Central Committee of the CPC, 2021. 中华人民共和国国民经济和社会发展第十四个五年规划和2035年远景目标纲要. https://www.ndrc.gov.cn/xxgk/zcfb/ghwb/202103/P020210323538797779059.pdf
Cong, Z., Silverstein, M., 2012. A Vignette Study on Gendered Filial Expectations of Elders in Rural China. Journal of Marriage and Family 74 (3), 510–525.
Corbin, J.M., Strauss, A.L., 2008. Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory. Sage Publications, Los Angeles, CA.
Das Gupta, M., 2010. Family Systems, Political Systems and Asia's 'Missing Girls'. Asian Population Studies 6 (2), 123–152.
Deutsch, F.M., 2016. Filial Piety, Patrilineality, and China's One-Child Policy. Journal of Family Issues 27, 366–389.
Dirlik, A., 1996. Chinese History and the Question of Orientalism. History and Theory 35 (4), 96–118.
Ebenstein, A., 2010. The "Missing Girls" of China and the Unintended Consequences of the One Child Policy. Journal of Human Resources 45 (1), 87–115.
Eklund, L., 2018. Filial Daughter? Filial Son? How China's Young Urban Elite Negotiate Intergenerational Obligations. NORA - Nordic Journal of Feminist and Gender Research 26 (4), 295–312.
Fairclough, N., 1992. Discourse and social change. Polity Press, Cambridge.
Fairclough, N., 2003. Analysing discourse. Textual analysis for social research. Routledge, London.
Flaherty, J.H., Liu, M.L., Ding, L., Dong, B., Ding, Q., Li, X., Xiao, S., 2007. China: the aging giant. Journal of the American Geriatrics Society 55 (8), 1295–1300.
Fong, V.L., 2002. China's One-Child Policy and the Empowerment of Urban Daughters. American Anthropologist 104 (4), 1098–1109.
Fong, V.L., 2004. Only hope. Coming of age under China's one-child policy. Stanford University Press, Stanford, CA.
Foucault, M., 1982. The Subject and Power. Critical Inquiry 8, 777–795.
Foucault, M., 1999. In: Verteidigung der Gesellschaft. Vorlesungen am Collège de France (1975–76). Suhrkamp, Frankfurt/M.
Foucault, M., 2014. Sexualität und Wahrheit. Teil 1: Der Wille zum Wissen. Suhrkamp, Frankfurt/M.
Golato, A., 2017. Naturally Occurring Data. In: Barron, A., Steen, G., Gu, Y. (Eds.), The Routledge Handbook of Pragmatics. Routledge, London, 21–26.
Greenhalgh, S., 2003. Science, Modernity, and the Making of China's One-Child Policy. Population and Development Review 29 (2), 163–196.
Gui, T., Koropeckyj-Cox, T., 2016. "I Am the Only Child of my Parents:". Perspectives on Future Elder Care for Parents among Chinese only-Children Living Overseas. Journal of Cross Cultural Gerontology 31 (3), 255–275.
He, L., 2021. Care Work, Migrant Peasant Families and Discourse of Filial Piety in China. Palgrave, Singapore.
He, L., van Heugten, K., Perez-Y-Perez, M., Zheng, Y., 2021. Issues of Elder Care among Migrant Workers in Contemporary Rural China: Filial Piety Redefined from a Foucauldian Perspective. Journal of Aging & Social Policy, 1–21.
Herrmann, B., 2018. Individuelles Paarglück statt „Kinder vom Fließband": Gewollte Kinderlosigkeit im städtischen China. In: Alpermann, B., Herrmann, B., Wieland, E. (Hg.), Aspekte des sozialen Wandels in China. Familie, Bildung, Arbeit, Identität. Springer VS, Wiesbaden, 39–70.
Hudson, V.M., den Boer, A.M., 2004. Bare Branches. Security Implications of Asia's Surplus Male Population. MIT Press, Cambridge, MA.
Jian Baishan, 2020. 百善孝为先：中社会孝文化的差别，这些你知道吗？https://mp.weixin.qq.com/s/-sSdjHE-TmsG5jo_RiOeHg
Jiang, Q., Sánchez-Barricarte, J.J., 2011. Bare Branches and Social Stability: A Historical Perspective from China? Frontiers of History in China 6 (4), 538–561.
Meinhof, M., 2017. Colonial Temporality and Chinese National Modernization Discourses. Interdisciplines 8 (1), 51-80.
Meinhof, M., 2018. Shopping in China. Dispositive konsumistischer Subjektivation im Alltagsleben chinesischer Studierender. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
Meinhof, M., 2021. Die Kolonialität der Moderne: Koloniale Zeitlichkeit und die Internalisierung der Idee der ‚Rückständigkeit' in China. Zeitschrift für Soziologie 50 (1), 26–41.
Meinhof, M., Zhang, Y., 2022. The Extension of Xiao. In: Longtao, H., Gangopadhyay, J. (Eds.), Eldercare Issues in China and India. London, Routledge, im Erscheinen.
meinu bj, 2009. 孝顺，是中国最大的愚昧观念，也是中国 至今落后的根本原因！ https://bbs.tianya.cn/m/post-free-1743145-1.shtml
Mr. C., 2015. 孝，才真正是人生最无价的魅力. https://mp.weixin.qq.com/s/IuXRqWVkecXvJlr5Fjyhjg (5.6.2021).
National Bureau of Statistics, 2021. 第七次全国人口普查主要数据结果新闻发布会答记者问. http://www.stats.gov.cn/ztjc/zdtjgz/zgrkpc/dqcrkpc/ggl/202105/t20210519_1817702.html
Potter, J., 2002. Two kinds of natural. Discourse Studies 4 (4), 539–542.
Powell, J., Cook, I., 2000. "A Tiger Behind, and Coming up Fast": Governmentality and the Politics of Population Control in China. Journal of Aging and Identity 5, 79–89.
Raymo, J.M., Park, H., Xie, Y., Yeung, W.J., 2015. Marriage and Family in East Asia. Continuity and Change. Annual Review of Sociology 41, 471–492.
Schrage, D., 2009. Die Verfügbarkeit der Dinge. Eine historische Soziologie des Konsums. Campus-Verl., Frankfurt/M, New York, NY.
Schwarz, B., Trommsdorff, G., Zheng, G., Shi, S., 2009. Reciprocity in Intergenerational Support. A Comparison of Chinese and German Adult Daughters. Journal of Family Issues 31 (2), 234–256.
Shi, K., 2016. 西方人不强调"孝"？这篇文章告诉你错了|天涯·新刊. https://mp.weixin.qq.com/s/vp53wl7KOGJ9SKgXdgbI-Q.
Shizhi Pinghe, 2011. 孝道， 过时了吗. WeChat Articles. Nicht mehr verfügbar.
Tang, Z., 1995. Confucianism, Chinese culture, and reproductive behavior. Population and Environment 16, (3) 269–284.
Tsui, M., Rich, L., 2016. The Only Child and Educational Opportunity for Girls in Urban China. Gender & Society 16 (1), 74–92.
Wo zai yuanyuan xiang, 2020. 虽然但是 父母不是理所当然给子女买房吧… https://www.douban.com/group/topic/201853627/
Wu, Z., 2016. 孝，就是顺. https://www.xinli001.com/info/100360891
Xiao Xuan, 2020. 我为什么不愿意生育. https://zhuanlan.zhihu.com/p/338678319.
Xie, K., 2018. Premarital Abortion—What is the Harm? The Responsibilisation of Women's Pregnancy Among China's "Privileged" Daughters. The British Journal of Chinese Studies 8 (1), 1–31.
Zhongguo Chuantong Wenhua yu zhihui, 2018. 什么是孝？为什么要孝？ 如何尽孝？ https://www.sohu.com/a/241968941_678899

Autor

Dr. Marius Meinhof, Universität Bielefeld, Fakultät für Soziologie, Universitätsstr. 25, 33615 Bielefeld,
e-mail: marius.meinhof@uni-bielefeld.de

Syndyastische Fokussierung bei Palliativ-Patienten – Ein Patient mit metastasiertem Prostatakarzinom

Nenad Martinovic

A Syndyastic Focus in Treating Palliative-Care Patients – A Patient with Metastatic Prostate Cancer

Abstract

The loss of erectile function after prostatectomy deeply affects the male self-image. In addition, there is the fear of being rejected by one's partner. The danger of withdrawal is very great. This article deals with a metastatic prostate carcinoma patient in palliative care who sought help for his sexual inability, and the syndyastic techniques used to compensate for his physical loss. Syndyastic treatment focuses on the basic human psychosocial need for acceptance, warmth, security and closeness. Syndyastische Paartherapie enables the couple to fulfil these needs once again without the pressure of expectations and performance.

Keywords: Syndyastic sex therapy, Intimacy, Basic needs, Prostate cancer, Palliative care

Zusammenfassung

Der Verlust der erektilen Funktion nach Prostatektomie wirkt sich tief auf das männliche Selbstbild aus. Hinzu kommt die Angst, vom Partner zurückgewiesen zu werden. Die Entzugsgefahr ist sehr groß. Dieser Artikel befasst sich mit einem Patienten mit metastasiertem Prostatakarzinom in der Palliativmedizin, der Hilfe wegen seiner sexuellen Unfähigkeit suchte, und den syndyastischen Techniken, die verwendet wurden, um seinen körperlichen Verlust zu kompensieren. Die syndyastische Behandlung konzentriert sich auf die psychosozialen Grundbedürfnisse des Menschen nach Akzeptanz, Wärme, Geborgenheit und Nähe, die erfüllt werden können. Die Behandlung befähigt das Paar, diese Bedürfnisse ohne Erwartungs- und Leistungsdruck wieder zu erfüllen.

Schlüsselwörter: Syndyastische Sexualtherapie, Intimität, Grundbedürfnisse, Prostatakrebs, Palliativpflege

Einleitung

Bei der Diagnose Krebs werden zunächst einmal die Heilung und der Kampf ums Überleben im Vordergrund stehen. „Hauptsache ich werde den Krebs los" ist die erste Reaktion der Betroffenen – alles andere wird zur Nebensache. Mittlerweile gibt es sehr wirksame Methoden zur Tumorbekämpfung und Lebensverlängerung. Aber trotz ihrer Effektivität haben viele Therapiemethoden anhaltende körperliche Beeinträchtigungen zur Folge.

Ein Bereich, in dem in der Folge der Therapie oft Störungen auftreten, ist die Sexualität. Die erforderlichen Behandlungen (Operationen, Bestrahlung, Chemo- und Hormontherapie) führen häufig zu sexuellen Funktionsstörungen oder Schmerzen. Sexuelle Probleme können aus der medizinischen Behandlung, zugleich aber auch aus der psychischen Belastung resultieren. Bei Prostatakrebs-Patienten, die sich einer totalen Prostatektomie unterzogen haben, sind somatische Störungen Mechanismen, die eine Störung der Erektion und der sexuellen Kommunikation bewirken. Nicht nur die Erektionsstörung, sondern die Partnerschaft insgesamt ist therapiebedürftig.

Syndyastische Paartherapie

Gerade bei chronischen und malignen Erkrankungen sind die existenziellen psychosozialen Grundbedürfnisse nach Angenommensein, menschlicher Nähe, Wärme, Halt und Geborgenheit und deren körperliche Erfahrung in Erotik und Sexualität besonders wichtig, aber häufig nicht bewusst. Dieses Bewusstsein zu schaffen ist Aufgabe und Inhalt der syndyastischen Paartherapie.

Das Therapieziel ist also nicht primär die Verbesserung der sexuellen Funktionsfähigkeit, sondern die Verbesserung der sexuellen Beziehung in der Partnerschaft. Zärtlichkeit, Geborgenheit, Nähe sind in dieser Lebensphase besonders wichtig und stehen deutlich stärker im Vordergrund.

Die salutogene Bedeutung einer gemeinsamen Bewältigung der Probleme beruht auf der Nutzung partnerschaftlicher Ressourcen: Die Festigung der Beziehung lässt die Partnerschaft als Ort der Nähe, Geborgenheit und Sicherheit erleben, das heißt, die beziehungsorientierte Dimension von Sexualität resultiert in einer Befriedigung der psychosozialen menschlichen Grundbedürfnisse.[1]

Erste Sitzung, 14. Juni 2021: Der Patient ist 72 Jahre alt und Gymnasiallehrer im Ruhestand. Die Diagnose (seit 18 Monaten): Prostatakarzinom mit Metastasen in der Lenden- und Brustwirbelsäule. Seine Ehefrau ist 60 Jahre alt und Krankenschwester (nicht mehr berufstätig). Das Paar ist seit 30 Jahren verheiratet, sie haben zwei Töchter, 28 und 26 Jahre alt.

Der Patient kommt alleine zur ersten Sitzung. Er berichtet, dass er und seine Frau mit ihrem Leben zufrieden gewesen wären. Die Sexualität sei mit Höhen und Tiefen verbunden gewesen, besonders nach der Geburt der Kinder habe es eine für ca. 4–5 Jah-

1 Beier, K.M., Bosinski, H.A.G., Loewit, K., 2021. Sexualmedizin. 3. Aufl., Elsevier, München.

re eine deutliche Reduktion der Sexualkontakte gegeben. Danach habe sich ihr Sexualleben gebessert und die Frequenz sexueller Kontakte nahm wieder zu. Bevor er an Krebs erkrankte, hätte er Erektionsprobleme bekommen und die Frequenz intimer Begegnungen sei wieder stark zurückgegangen. Auch die Einnahme von verschiedenen PDE-5-Hemmern habe keine Änderung bewirken können. Seit der Krebsdiagnose hätten sie gar keinen Sex mehr. Die Prostata sei operativ total entfernt worden, danach sei wegen der Metastasen in der Wirbelsäule eine Bestrahlung erforderlich gewesen. Deshalb hätte er auch eine Chemotherapie durchlaufen – der PSA-Wert sei weiterhin deutlich erhöht.

Vor einem Monat sei die ganze Therapie abgesetzt worden, der Patient werde jetzt palliativ versorgt.[2] Er bekommt gegen Schmerzen Tapentadol retard 3 x 200mg oral und bei „Durchbruch-Schmerzen" Fentanyl Nasenspray 100mcg / Hub.

Nach der Krebsdiagnose, Operationen, Chemotherapie und Bestrahlung hatte sich der Patient komplett zurückgezogen, war schweigsam. Die Ehefrau hatte ein schlechtes Gewissen, ihm nicht alles gegeben zu haben. Jetzt möchten beide ihre letzten Tage genießen, wissen aber nicht wie. Sie hat Angst ihn zu überfordern, er hat Angst sie zu enttäuschen. Beide wünschen sich, Sexualität noch einmal zu erleben, und dafür benötigen sie fachliche Unterstützung im Sinne des begleitenden Gehilfen.

Das Paar wurde aufgeklärt über die therapeutischen Möglichkeiten mit PDE- 5-Hemmern, Schwellkörper-Auto Injektions-Therapie mit Alprostadil (SKAT), Penispumpen, und zugleich wurde die körpersprachliche Kommunikation durch Erotik und Sexualität als Ressource dargelegt, um die Sehnsucht nach Nähe, Wärme und Wertschätzung erfüllen zu können (i.e. das Grundprinzip der Syndyastischen Sexualtherapie).

Zweite Sitzung (eine Woche später), 21.06.2021: Zitat des Patienten: „Es geht nicht um meinen Krebs, sondern was ich nicht mehr kann. Laufen fällt mir schwer. Dafür habe ich meinen Rollator. Sitzen und liegen ist soweit in Ordnung. Schmerzen sind noch vorhanden, aber deutlich gebessert. Was Geschlechtsverkehr angeht ist es so, dass mit der Zeit bei vielen Männern Wünsche und irrationale Vorstellungen da sind, was sie noch alles erobern könnten. Aber die Wirklichkeit ist anders. Meine Frau und ich haben lange nachgedacht über das, was Sie uns erzählt haben, und danken dafür. Ich bin nicht alleine im Bett, sondern mit meiner Ehefrau und diesen ganzen Hilfsmitteln…. Weiß nicht, habe keine Lust, zu pumpen oder etwas in meinen Penis zu spritzen. Die Wunder-Pille hatte ich schon mal probiert – half aber nicht. In Wirklichkeit macht das noch unzufriedener und frustrierter. Wir haben abends auf dem Bett gesessen und haben gesagt, meine Güte, müssen wir uns das noch antun?

Und wir sind entschlossen, die Dinge zu entdecken, was Sex angeht, die wir noch nicht entdeckt haben. Wir wollen uns besinnen, in unserem Alter, was wirklich noch toll ist, und die Krankheit und Veränderung akzeptieren und das, was Sie noch sagten, dass vielleicht Vertrauen, Urvertrauen, körperliche Nähe, all diese Dinge viel wichtiger sind als jetzt seinen Mann zu stehen. Wir machen uns nicht von dem Krebs abhängig. Wir haben leider erst jetzt entdeckt, dass es so schöne Dinge gibt. Wir liegen einfach nackt im Bett und streicheln uns, oder auch nicht, einfach so oder ich liege auf meiner Frau ein paar Minuten lang und wir küssen uns."

Dritte Sitzung (10 Tage später): Der Patient kommt alleine und erzählt über die Vorkommnisse der letzten Tage: „Ich würde das nicht Übungen nennen, sondern freie Sexualität. Mit Hand und so… halt mit allem anderen… ich habe nie gedacht, dass wir beide noch so Lust aufeinander bekommen. Meine Frau sagte noch zu mir – das ist doch völlig Schnuppe, dass das andere nicht geht."

Vierte Sitzung (4 Wochen später): Das Paar kommt wieder gemeinsam und der Patient berichtet: „Wir haben in der Zeit gelernt, dass Sexualität auch anders geht. Sogar intensiver und zurzeit schöner. Ich weiß, dass meine Zeit begrenzt ist, Schmerzen kommen auch manchmal durch, aber wir genießen die Zeit und uns tut leid, dass wir nicht früher das getan haben."

Fünfte Sitzung (zwei Wochen später): Das Ehepaar kommt wieder zusammen zur Sitzung, er ganz geschwächt, aber klar in seinen Gedanken und Aussagen, hält seine Partnerin an der Hand. Er sagt: „Wir spüren zurzeit eine tiefe Zuneigung zueinander und ich merke, dass ein Kuss, ein Blick, ein Handstreicheln solche Gefühle auslösen können, die wir früher nicht gekannt haben oder nicht wahrgenommen haben."

Sechste Sitzung (eine Woche später): Die Frau meldet sich telefonisch, der Allgemeinzustand des Ehemanns habe sich deutlich verschlechtert. Die letzten Wochen seien total schön gewesen und beide wären der Meinung, sich jetzt näher zu sein als früher. Kuscheln, Streicheln, Umarmen und Küssen seien deutlich schöner als sie es in den vielen Jahren zuvor empfunden hätten.

Siebte Sitzung (zwei Wochen später): Die Ehefrau kommt alleine. Ihr Mann sei vor zwei Tagen verstorben. Sie wirkt traurig, gebrochen, kämpft mit den Tränen. Die Kinder sind zu ihr gekommen, um gemeinsam den Vater und Ehemann zu verabschieden, das gibt ihr Kraft und Halt, um den Verlust besser zu bewältigen. Sie berichtete noch: „Die letzten Wochen und Monate waren für uns beide sehr schön. Wir wussten, dass mein Mann stirbt, trotz alledem haben wir die Zeit, die uns zu Verfügung stand, genossen, soweit es ging. Wir waren so nah wie noch nie. Wir haben uns geküsst, gekuschelt, umarmt… Wir haben unser Vertrauen gefunden, das uns schon verloren gegangen war. Ich danke Ihnen, dass Sie meinen Mann auf seinem letzten Weg begleitet haben, und ich bedanke mich, dass wir die Dinge entdeckt haben, die in uns schon lange verborgen waren."

[2] In der Palliativversorgung geht es um umfassende Betreuung von Menschen mit nicht heilbaren fortschreitenden Erkrankungen. Oberste Ziel ist die Linderung der Beschwerden, wie Schmerzen, und die Steigerung der Lebensqualität.

Autor

Dr. med. Nenad Martinovic, Facharzt für Anästhesiologie, Spezielle Schmerztherapie, Palliativmedizin, Sexualmedizin, Marktplatz 5, 48431 Rheine, e-mail: dr.martino@icloud.com

Sexualität, soziale Sicherheit, Sozialmedizin. Das Vermächtnis des Martin Gumpert (1897–1955)

Florian G. Mildenberger

Sexuality, Social Security, Social Medicine. The Legacy of Martin Gumpert (1897–1955)

Abstract

That sexual health is inseparable from social security was known to the scholars of the 1920s, but that the sluggish German medical bureaucracy should take responsibility in this area was emphasized and made possible by the Berlin physician Martin Gumpert. Gumpert organized the first counseling center for skin and venereal diseases, and later for "social cosmetics." Persecuted by the Nazis, he fled first into the ivory tower of medical history and then to the USA, where he became a preceptor of geriatrics. In addition, he professionalized popular scientific prevention work in his new homeland.

Keywords: Syphilis, Geriatrics, Dermatology, Plastic surgery, Prevention, Social medicine, History of medicine

Zusammenfassung

Dass sexuelle Gesundheit untrennbar mit sozialer Sicherheit verbunden ist, war den Gelehrten der 1920er Jahre bekannt, aber dass die träge deutsche Medizinalbürokratie hier Verantwortung übernehmen musste, betonte und ermöglichte allein der Berliner Arzt Martin Gumpert. Er organisierte die erste Beratungsstelle für Haut- und Geschlechtskrankheiten, aber auch für „soziale Kosmetik". Von den Nazis verfolgt, flüchtete er erst in die Medizingeschichte und dann in die USA, wo er zum Präzeptor der Geriatrie avancierte. Zudem professionalisierte er in seiner neuen Heimat die populärwissenschaftliche Präventionsarbeit.

Schlüsselwörter: Syphilis, Geriatrie, Dermatologie, plastische Chirurgie, Prävention, Sozialmedizin, Medizingeschichte

Als der Schriftsteller Klaus Mann (1906–1949) im Herbst 1937 in New York Mitarbeiter für antinazistische Projekte suchte, traf er an der Bar des Hotels Bedford in der 40. Straße zwischen Lexington und Park Avenue einen seiner wichtigsten Mitstreiter, den er später so beschrieb:

> „Unser Freund Martin Gumpert, Arzt, Dichter, Biograph, Erzähler; ein sehr ruhiger Mann mit runder Buddha-Miene, kleinem Mund und dunklen, starken Augen. Im Blick verrät sich eine Leidenschaft, von der die stoische Fassade sonst nichts merken ließe. Eben deshalb wirkt die Ruhe so suggestiv: Sie ist beherrschtes Temperament, diszipliniertes Feuer, nicht Apathie oder Kälte. Die charakteristische Gelassenheit des Dichter-Arztes...." (Mann, 1974, 495).

Tatsächlich war Martin Gumpert mit der Schriftstellerfamilie Mann gut befreundet und stand dem Nobelpreisträger Thomas Mann (1875–1955) als medizinischer Berater für seinen Roman *Doktor Faustus* zur Seite. Vor allem aber war er ein engagierter Gegner des Nationalsozialismus und ein versierter Sozialmediziner. Martin Gumpert stammte aus einem großbürgerlichen jüdischen Elternhaus. Bereits sein Vater Ely war Arzt gewesen und mit dem Titel eines „Sanitätsrates" geehrt worden.

Der junge Martin schrieb schon als Schüler expressionistische Gedichte und entdeckte 1913 den „Wandervogel" für sich (Ittner, 1998; Geiger, 2004; Appell, 2005; Schroers, 2006). Nach dem Abitur wurde er 1916 zum Militärdienst eingezogen und – weil er sich für ein Medizinstudium beworben hatte – als Sanitäter ausgebildet. In den Lazaretten an der Palästinafront verflog sein jugendlicher Optimismus und die politische Einstellung radikalisierte sich. Zurück im revolutionären Berlin trat er dem sozialistischen Rat der geistigen Arbeiter bei, doch die Niederschlagung des Spartakistenaufstandes machte ihm Anfang 1919 deutlich, dass revolutionäre Veränderungen in Deutschland nicht eintreten würden.

Daher entschied er sich, das Studium der Humanmedizin aufzunehmen, das er 1921 mit dem Staatsexamen und 1923 mit der Dissertation abschloss. Bereits während des Studiums lernte er den Sozialhygieniker Alfred Blaschko (1858–1922) kennen, der die Arbeit der wirkmächtigen Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (DGBG) koordinierte. Die DGBG stand für eine evolutionäre Veränderung des deutschen Gesundheitswesens, eine Stärkung des Aufklärungsgedankens und die Zurückdrängung konservativer, die Präventionsarbeit behindernder politischer und gesellschaftlicher Ansichten (Sauerteig, 1999, 89–94, 124f). Zudem war sie, wie Gumpert in der Rückschau schrieb, sehr offen für finanzielle Zuwendungen seitens der pharmazeutischen Industrie (Gumpert, 1939, 117). Er fand auch privat Anschluss an die Familie Blaschko und heirate 1923 die Tochter Charlotte (1898–1933) seines Mentors.

Im Gegensatz zur DGBG, die im Grunde das Konzept der bürgerlichen Selbstemanzipation weiterführte, war Gumpert jedoch der Auffassung, dass in einer komplexen Industrie- und

Dienstleistungsgesellschaft, die weite Teile der Bevölkerung von der Möglichkeit zur Informationsgewinnung über den eigenen Körper ausschloss, der Staat als Akteur eingreifen und Chancengleichheit gewährleisten müsse. Zu dieser Erkenntnis gelangte Gumpert während seiner Weiterbildung zum Spezialarzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten, die er 1923 bis 1926 an der dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses unter Abraham Buschke (1868–1943) und seinem Oberarzt Erich Langer (1891–1957) absolvierte.

Da das Krankenhaus sich im Berliner Arbeiterbezirk Wedding befand, konnte Gumpert vor Ort verfolgen, wie die katastrophalen Lebensbedingungen der Menschen, die Überbelegung der Wohnungen, die mangelhaften hygienischen Verhältnisse und die schlichte Unwissenheit über Krankheitsübertragungen dazu führten, dass sich dermatologische und venerologische Leiden explosionsartig in Wohn- und Hausgemeinschaften ausbreiteten (Gumpert, 1924).

Davon waren gerade Kinder und Jugendliche betroffen, die zudem früh in ihrem Leben mit Sexualität konfrontiert wurden, aber keine Aufklärung hierüber erhielten (Gumpert, 1927). Daher erarbeitete Gumpert Richtlinien zur Sexualaufklärung (Gumpert, 1926, 101) und ein Sammelwerk zur Problematik der Verbreitung von Geschlechtskrankheiten unter Jugendlichen (Buschke & Gumpert, 1926). Darüber hinaus publizierte er eine Vielzahl von Aufsätzen und hielt Vorträge. Er trat in Kontakt mit einflussreichen sozialdemokratischen Gesundheitspolitikern wie dem Reichstagsabgeordneten Julius Moses (1868–1942) und dem Leiter des Gesundheitsamtes Wedding Salomon „Salo“ Drucker (1885–1940).

1927 erhielt Gumpert seine Zulassung als Spezialarzt/Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten, eröffnete eine Praxis und wurde ein Jahr später zum Leiter einer neu geschaffenen Beratungsstelle für Haut- und Geschlechtskrankheiten im Gesundheitsamt Berlin-Wedding berufen. Gegen den Widerstand konservativer Kräfte in Politik und Kirche setzte er durch, dass Verhütungsmittel kostenlos abgegeben werden konnten (Geiger, 2004, 47).

Während seiner Weiterbildung im Krankenhaus und der Tätigkeit im Gesundheitsamt stieß Gumpert auf eine weitere große Gruppe an Personen, die durch alle Raster der Gesundheitsversorgung fielen: Kriegsverletzte mit entstelltem Äußeren, Arbeiter, die Arbeitsunfälle erlitten hatten und Kinder/Jugendliche mit angeborenen „syphilitischen“ Krankheitserscheinungen. Sie litten nicht nur materielle Not, sondern mussten auch soziale Ausgrenzung ertragen. Eine Teilnahme am gesellschaftlichen Leben blieb ihnen versagt. Oder wie Gumpert es formulierte: „Schmerz erweckt Mitleid. Entstellung erweckt Abscheu“ (Gumpert, 1939/1983, 204). Berlin war zwar (neben Paris) die europäische Hauptstadt der plastischen Chirurgie, aber die Akteure auf diesem Markt bedienten ausschließlich gehobene Gesellschaftsschichten und waren zudem nicht gewillt, ihre komplizierten Operationsmethoden in den Dienst einer sozialen Medizin zu stellen.

Daher bildete sich Gumpert 1928/29 in Paris bei der plastischen Chirurgin Suzanne Noel (1878–1954) weiter, gründete die Arbeitsgemeinschaft kosmetisch tätiger Ärzte Deutschlands und verstärkte seine Lobbyarbeit, um auch auf diesem Gebiet ein staatliches Engagement zu erreichen (Gilman, 1999, 169; Gumpert, 1931). Gumpert erkannte, dass die Nicht-Beteiligung am sozialen Leben die Betroffenen in Alkoholismus und Selbstmord trieb und die Kosten für die entsprechenden Eingriffe im Grunde sehr niedrig waren (20–60 Mark) – nur die Kollegenschaft im noblen Westend verlangte astronomische Honorare.

Zugleich erkannte Gumpert, dass viele Patienten im Grunde keines chirurgischen Eingriffs, sondern einer psychotherapeutischen Beratung bedurften. Er erachtete die Individualpsychologie Alfred Adlers (1870–1937) als ein geeignetes Instrument (Gumpert, 1931, 191). Am 1. August 1929 eröffnete er die erste Sprechstunde für soziale Kosmetik im Gesundheitsamt Wedding und innerhalb eines Jahres konnten bereits 150 Menschen geholfen werden. Bis Mitte 1931 waren es 193 Männer, 291 Frauen und 16 Kinder (Gumpert, 1931, 202). Die Krankenkassen begannen Zuschüsse zu bezahlen.

Das Gesundheitsamt Berlin-Wedding entwickelte sich so zu einem Zentrum ganzheitlicher Gesundheits- und Sexualberatung. Daran konnten auch Kürzungen infolge der Weltwirtschaftskrise nichts ändern. Doch mit der Machtübernahme der Nationalsozialisten änderte sich das Leben Martin Gumperts grundlegend. Er zählte zu den Ärzten im öffentlichen Dienst Berlins, die bereits im Frühjahr 1933 entlassen wurden. Wenige Monate später starb seine Ehefrau, das soziale Umfeld begann sich aufzulösen.

Gumpert begann seine Emigration zu planen, aber um Zeit zu gewinnen und sich neue Einnahmen zu erschließen, machte er eines seiner Hobbys zum Beruf. Bereits bei der Recherche zu seiner Dissertation über den Ursprung der Syphilis (Gumpert, 1923) war er mit dem Orchideenfach der Medizingeschichte in Berührung gekommen und hatte Vorlesungen bei dem Sozialhistoriker Henry E. Sigerist (1891–1957) gehört. Nun nutzte er seine Fähigkeiten und die seit Schülertagen aufgebauten Beziehungen zur Verlagslandschaft und veröffentlichte 1934 den erfolgreichsten deutschsprachigen Ärzteroman des Jahrzehnts über das Leben des Begründers der Homöopathie, Samuel Hahnemann (1755–1843) (Gumpert, 1934).

Das Thema war gut gewählt, zählte die Homöopathie doch zu den Außenseitermethoden, die in den Kosmos der nationalsozialistischen „Neuen Deutschen Heilkunde“ aufgenommen worden waren. Die homöopathischen Ärzte- und Laienorganisationen zeigten sich begeistert von Gumperts Werk. Es folgten weitere Bücher über das segensreiche Wirken deutscher Ärzte im 19. Jh. und eine Biographie des Begründers des Internationalen Roten Kreuzes Henri Dunant (1828–1910) (Gumpert, 1935; Gumpert, 1938). Zur englischen Übersetzung des letzteren Buches steuerte Thomas Mann ein Vorwort bei.

Bei Erscheinen des Werkes befand sich Gumpert bereits im Exil: er war im Sommer 1936 in die USA ausgewandert, bestand

die Sprachprüfung für Ärzte und durfte in einer dermatologischen Praxis in New York City mitarbeiten – Seite an Seite mit dem ihm aus Berlin bekannten Sexualforscher Harry Benjamin (1885–1986) (Geiger, 2004, 130).

Dieser lenkte Gumperts Interesse auf ein bislang vernachlässigtes Arbeitsgebiet: die Geriatrie. Eine altersspezifische Medizin steckte noch in den Anfängen. Den Patienten wurde vielfach seitens der Ärzte der Ratschlag erteilt, ihre Erkrankungen hinzunehmen, was viele von ihnen psychisch schwer zu schaffen machte. Eine patientenorientierte Präventionsarbeit war unbekannt. Gumpert, der selbst zunehmend unter Herzproblemen und Gichtattacken litt, übertrug seine am Gesundheitsamt Wedding perfektionierten Arbeitsmethoden von der Dermatologie auf die Geriatrie. Um Praxiserfahrung zu sammeln, wirkte er u.a. als Konsiliarius am Goldwater Memorial Hospital auf Welfare Island. 1944 veröffentlichte er das Ratgeberbuch *You are younger than you think*, in dem er Ratschläge zur Gesunderhaltung für ältere Menschen gab. Die Teilnahme am öffentlichen Leben, eine psychische Gesundheit und eine ausreichende soziale Absicherung erschienen ihm höchst relevant. Abgestoßen von dem herablassenden Verhalten seiner amerikanischen Kollegen gegenüber ihren Patienten publizierte er schließlich das Buch *You and Your Doctor* (Gumpert, 1952). Hierin empfahl er eine verständnisvolle, psychosomatische Herangehensweise und erklärte zugleich den Patienten, wie sie Begriffe, Körperhaltungen und Worte ihrer Ärzte interpretieren sollten.

Parallel unterstützte er die Propaganda der Alliierten, indem er die amerikanische Öffentlichkeit über die gesundheitspolitischen Implikationen des Nationalsozialismus aufklärte (Gumpert, 1940) und vor der Politik des Isolationismus warnte (Gumpert, 1941). In seiner geringen Freizeit beschäftigte er sich weiter mit Lyrik und veröffentlichte Gedichte, in denen er u.a. den Nationalsozialismus als „Miasma, das die Sonne verdunkelt" bezeichnete (Gumpert, 1937/1948, 9). 1942 erhielt er die amerikanische Staatsbürgerschaft. Im nationalsozialistischen Deutschland waren die wenige Jahre zuvor von seiner Arbeit so begeisterten Homöopathen mittlerweile bemüht, jede Erinnerung an ihn zu tilgen. Zu diesem Zwecke veröffentlichte der homöopathische Arzt und Funktionär Erich Haehl (1901–1950) Gumperts Hahnemannbiographie leicht verändert unter eigenen Namen erneut (Appell, 2005, 88). Dies erfuhr Gumpert erst 1949, als er die gerade gegründete Bundesrepublik besuchte.

Gumpert entschied sich gegen eine Rückkehr und blieb lieber in den USA tätig. Hier gerieten er und sein präventiver Ansatz sukzessive ins Hintertreffen. Der Anbruch des antibiotischen Zeitalters machte zahlreiche Erkrankungen, die zuvor kaum oder nur schwer zu behandeln waren, zum leicht kurierbaren Leiden: Syphilis war nicht mehr tödlich, dermatologische Leiden wurden mit Cortison nieder gekämpft und die Fallzahlen von Tuberkulose/Rachitis gingen zurück. Der soziale Wohnungsbau ließ viele Probleme, deren Lösung Gumpert seit 1920 gefordert hatte, weniger relevant erscheinen.

Gleichwohl ließ sich Gumpert nicht beirren und präsentierte 1952 die von ihm koordinierte Monatszeitschrift *Lifetime Living*. Hierin bewarb er einen gesunden Lebensstil für alle Generationen. Nur sich selbst nahm er hiervon aus, denn er arbeitete weiter ununterbrochen. Als er am 18. April 1955 an den Folgen eines Herzinfarkts starb, wurde er zwar umfänglich betrauert, geriet aber bald in Vergessenheit.

Seine Bücher wurden bisweilen in Deutschland neu aufgelegt, sein Nachlass landete 1966 im Archiv der Akademie der Künste in Westberlin. Doch die Geschichtswissenschaft brauchte lange, um ihn zu entdecken und es scheint, als ob im Hype um das Berlin der 1920er Jahre und die Hirschfeldsche Sexualwissenschaft für Gumpert noch immer kein Platz ist. Immerhin wird es wohl im November 2022 zur Erinnerung an seinen 125. Geburtstag ein Symposium geben.

Literatur

Appell, R.G., 2005. Ein geübter und ernsthafter Augenzeuge. Zur Erinnerung an Martin Gumpert (1897–1955). Allgemeine homöopathische Zeitung 250 (3), 85–89.

Buschke, A., Gumpert, M. (Hg.), 1926. Geschlechtskrankheiten bei Kindern. Ein ärztlicher Leitfaden für alle Zweige der Jugendpflege. Julius Springer, Berlin.

Geiger, K., 2004. Der diagnostische Blick – Martin Gumpert als Arzt, Medizinhistoriker und ärztlicher Schriftsteller. Gardez!, Remscheid.

Gilman, S.L., 1999. Making the Body Beautiful. A Cultural History of Aesthetic Surgery. Princeton University Press, Princeton.

Gumpert, M., 1923. Der Streit um den Ursprung der Syphilis. Med. Diss. Berlin.

Gumpert, M., 1924. Die Zunahme erworbener Geschlechtskrankheiten bei Kindern. Deutsche medizinische Wochenschrift 50, 206–207.

Gumpert, M., 1926 Richtlinien zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Kindesalter. In: Buschke, A., Gumpert, M. (Hg.), 1926. Geschlechtskrankheiten bei Kindern. Ein ärztlicher Leitfaden für alle Zweige der Jugendpflege. Julius Springer, Berlin, 101–102.

Gumpert, M., 1927. Das Großstadtkind. Neue Erziehung 1927, No. 9, 4–7.

Gumpert, M., 1931. Die gesamte Kosmetik. Entstellungsbekämpfung. Ein Grundriss für Ärzte und Studierende. Georg Thieme, Leipzig.

Gumpert, M., 1934. Hahnemann. Die abenteuerlichen Schicksale eines ärztlichen Rebellen und seiner Lehre, der Homöopathie. S. Fischer, Berlin.

Gumpert, M., 1935. Das Leben für die Idee. Neun Forscherschicksale. S. Fischer, Berlin.

Gumpert, M., 1937/1948. Berichte aus der Fremde. New York, 1937; Süd-Verlag, Konstanz, 1948.

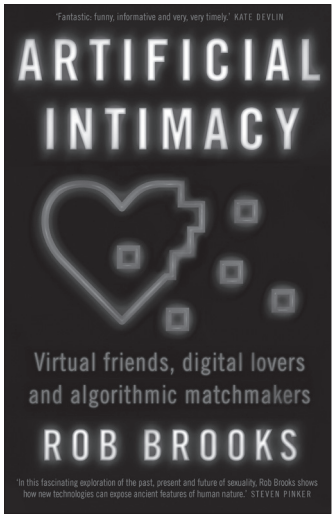
Gumpert, M., 1938. Dunant. Der Roman des Roten Kreuzes. S. Fischer, Berlin.

Gumpert, M., 1939. Hölle im Paradies. Selbstdarstellung eines Arztes. Bermann-Fischer, Stockholm; Neuausgabe Gerstenberg, Frankfurt/M., 1983.

Gumpert, M., 1940. Heil Hunger! Health under Hitler. Allen & Unwin, London.

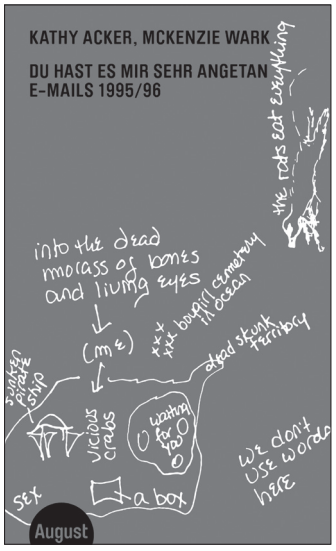
Gumpert, M., 1941. Profile of the Month. An American Fascist. Decision. A Review of Free Culture 1, No. 6, 65–67.
Gumpert, M., 1944, You are younger than you think. Duell, Sloane and Pearce, New York.
Gumpert, M., 1952. You and Your Doctor. Bobbs-Merrill, Indianapolis. Dt.: Patient und Arzt, Scherz & Goverts, Hamburg, 1954.
Ittner, J., 1998. Augenzeuge im Dienst der Wahrheit. Leben und literarisches Werk Martin Gumperts (1897–1955). Aisthesis, Bielefeld (= phil. Diss. Hamburg 1994).
Mann, K., 1974. Der Wendepunkt. Ein Lebensbericht. Aufbau-Verlag, Berlin/Weimar.
Sauerteig, L., 1999. Krankheit, Sexualität, Gesellschaft. Geschlechtskrankheiten und Gesundheitspolitik in Deutschland im 19. und frühen 20. Jahrhundert. Franz Steiner, Stuttgart.
Schroers, F., 2006. Lexikon deutschsprachiger Homöopathen. Karl F. Haug, Stuttgart.

Autor
Prof. Dr. Florian Mildenberger, Feurigstraße 18, 10827 Berlin, e-mail: florian.mildenberger@gmail.com



Rob Brooks
Artificial Intimacy: Virtual friends, digital lovers and algorithmic matchmakers
NewSouth 2021, 304 Seiten, br., 32.99 AUD$

People have long told machines what to do by pushing buttons. Now, with advances in technology, machines are pushing our buttons.
In Artificial Intimacy, evolutionary biologist Rob Brooks takes us from the origins of human behaviour to the latest in artificially intelligent technologies, providing a fresh and original view of the very near future of human relationships.
Sex dollbots, digital lovers, virtual friends and algorithmic matchmakers help us manage our feelings in a world of cognitive overload. Apps can sense when users are falling in love, when they are fighting, and when they are likely to break up. These machines, the 'artificial intimacies', already learn how to exploit human social needs. And they are getting better and faster at what they do.
So how will humanity's future unfold as our ancient, evolved minds and old-fashioned cultures collide with twenty-first-century technology?



Kathy Acker, McKenzie Wark
Du hast es mir sehr angetan. E-Mails 1995/96
August Verlag 2022
200 Seiten, auch Digitaler Textdownload EPUB, geb., 18 €

Das faszinierende Dokument einer Affäre, in der Sexualität und Geschlechtlichkeit, Identität und Beziehungsweisen radikal zur Sprache kommen

Auf einem Trip nach Australien lernt die Autorin Kathy Acker 1995 McKenzie Wark kennen. Gerade ist Warks Buch Virtual Geography erschienen, das das Leben mit globalen Medien erforscht. Die beiden verbringen intensive Tage und Nächte miteinander, denen nach Ackers Rückkehr in die USA ein zweiwöchiger E-Mail-Austausch in Hochfrequenz folgt. Mehrmals am Tag schreiben sie sich in einen Rausch, in dem sich die elektronischen Nachrichten überkreuzen und alles zum Mittel ihres transpazifischen Werbens werden kann: Alfred Hitchcock und Stofftiere, Georges Bataille und Elvis Presley, die Simpsons, Phänomenologie, Akte X, Elfriede Jelinek und das I Ging. Die Texte surren vor Sex, Politik und Kultur, Einsichten und Albernheit, über die sich intime Nähe und schmerzhaftes Missverstehen einstellen, bevor der Austausch plötzlich abbricht. Eine Liebesgeschichte in Latenz an der Schwelle zum neuen Jahrtausend, geschrieben von und für Queers, Nerds und Buchverrückte.

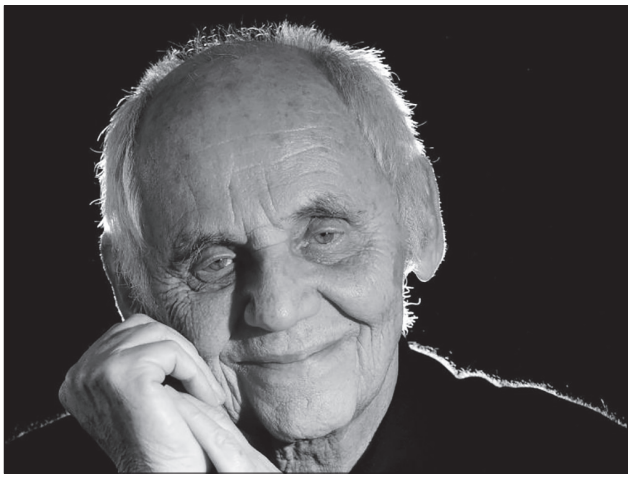
Nachruf auf Erwin J. Haeberle (30. März 1936 – 1. Oktober 2021)

Florian G. Mildenberger

Ein Menschenfreund war er nicht unbedingt, außer zu denjenigen, die (insbesondere in den letzten Jahren) seinen Nimbus mehrten, ihn hemmungslos bewunderten oder zumindest widerspruchslos loyal dienten. Aber wenn er einmal zu einem Kollegen Vertrauen gefasst hatte oder ein Projekt für wichtig erachtete, dann setzte Erwin J. Haeberle Himmel und Erde in Bewegung, um erfolgreich zu helfen. Das konnte ganz banal sein wie in meinem Fall, als mehrere Anfragen an das Kinsey Institute in Bloomington erfolglos verlaufen waren. Über Jakob Pastötter bat ich Haeberle um Hilfe, der daraufhin wutentbrannt den Archivar in Bloomington aus dem Bett klingelte und ihn fragte, wo denn nun das Problem sei. Er – Haeberle – könne es nämlich nicht erkennen. Etwa eine Stunde später erhielt ich per E-Mail eine größere zip-Datei mit den benötigten Unterlagen und eine an Untertänigkeit grenzende Entschuldigungsmail, die jedoch nicht an mich, sondern an Haeberle gerichtet war. Denn, wie dieser mich wissen ließ, sei es nur seine Lebensleistung, die das ermöglicht habe, ich als „kleines Licht" habe nur ausnahmsweise von seiner Genialität profitieren dürfen.

Erwin J. Haeberle wurde am 30. März 1936 in Freiburg/Br. geboren. Wie er in seiner Autobiographie (2020) den Leser wissen ließ, wurde seine Familie aufgrund ihrer Unangepasstheit von Nachbarn und überzeugten Nationalsozialisten schikaniert, was jedoch Haeberles Ehrgeiz nur anstachelte. Nach dem Abitur studierte er von 1956 bis 1963 in Köln, Heidelberg, Freiburg/Br., Glasgow und in Ithaca an der Cornell University Englische und Französische Literaturwissenschaft sowie Theaterwissenschaften. 1967 ging er mitten in den Studentenunruhen nach Kalifornien und setzte seine Forschungen in Berkeley bis 1971 fort. Akademische Netzwerkbildung, die Bereitschaft Interna aus Instituten und dem Leben von Kollegen an staatliche Stellen weiterzugeben und ein unbändiger Ehrgeiz erlaubten es dem Außenseiter Haeberle, in der nordamerikanischen scientific community Fuß zu fassen.

Während seiner Tätigkeit an der University of Hawaii 1971/72 bis 1974 publizierte er nicht nur seine erste erfolgreiche Monographie – *Sex Book* (1978) –, sondern entdeckte auch die Freuden der gleichgeschlechtlichen Lustbefriedigung für sich. Es folgten Lehr- und Forschungsaufenthalte an der amerikanischen Westküste. So graduierte Haeberle 1977 am Institute for Advanced Study of Human Sexuality und unterrichtete an dieser Weiterbildungsakademie bis 1988 als Lehrbeauftragter. Parallel vertiefte er seine Studien über das menschliche Sexualleben, hospitierte am Kinsey Institute for Research in Sex, Gender and Reproduction in Bloomington/Indiana und erhielt dort 1982 eine Forschungsdozentur, die er bis 1984 ausübte. Parallel verbrachte er das Jahr 1983/84 als Gastprofessor an die Universität Kiel.



Längst hatte Haeberle Kontakte zur westdeutschen Sexualforschung geknüpft, die jedoch von Anfang an nicht frei von Spannungen waren. Auch entdeckte er die Geschichte des eigenen Faches für sich und ermöglichte 1983 in Westberlin eine erste Ausstellung über das Vermächtnis von Magnus Hirschfeld. In Bloomington verdeutlichte er seinen Kollegen, dass nicht Alfred Kinsey, Virginia Johnson oder William H. Masters die Sexualwissenschaft begründet hätten, sondern diese lediglich aus Europa importiert worden war.

Allerdings wich seine Interpretation der Werke Hirschfelds und dessen zeitgenössischer Kollegen von den Ansichten der übrigen Gelehrtenwelt ab. Haeberle sah in Hirschfeld und seinen Präzeptoren Ulrichs und Hössli Wegbereiter einer bisexuellen Sicht auf die menschliche Sexualität, während für die allermeisten anderen Gelehrten der Beitrag zur homosexuellen Emanzipation im Mittelpunkt stand. Schließlich verließ Haeberle die von Ärzten und ihnen zuarbeitenden Sozialwissenschaftlern dominierte universitär angebundene Sexualforschung und wandte sich der *Deutschen Gesellschaft für sozialwissenschaftliche Sexualforschung* (DGSS) zu, als deren Präsident er von 1986 bis 2002 amtierte.

Längst hatte er sich für das Thema HIV/AIDS zu interessieren begonnen und machte dies zu seinem beruflichen Hauptarbeitsgebiet. 1988 bis 1994 bekleidete er den Posten eines Direktors des Fachgebiets Information AIDS am Bundesgesundheitsamt in Berlin. Wenig erfolgreich versuchte er zwischen der Extremposition eines Peter Gauweiler und der Aids-Hilfen bzw. der westdeutschen Sexualforschung und der übrigen Politik zu vermitteln. 1992 bis 1994 wirkte Haeberle

parallel als Gastprofessor für Sexualwissenschaft an der Humboldt Universität zu Berlin.

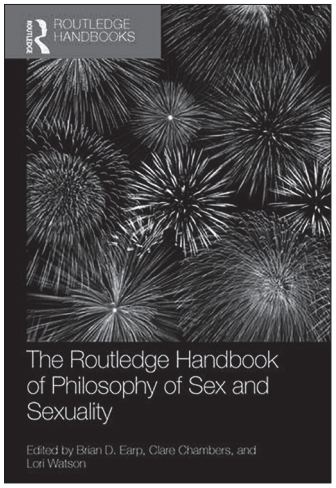
Anschließend initiierte er die Gründung eines Archivs für Sexualwissenschaft, das zunächst am Robert Koch Institut, später an der Humboldt Universität angesiedelt war. Ursprüngliche Pläne, die verschiedenen Archive und Dokumentationsstellen zur Sexualforschung und Sexualgeschichte in Berlin zusammenzuführen, scheiterten nicht zuletzt am unbedingten Führungsanspruch Haeberles, der auch vor der Diskreditierung seiner Kollegen nicht zurückschreckte. Ohnehin war Berlin für Haeberles Ansprüche zu klein.

Stets technikaffin, entdeckte er die Möglichkeiten des Internets für sich und initiierte 2003 die erste Online-Weiterbildungsakademie für Sexualwissenschaften. Er zielte auf den chinesischen Markt, gründete Kooperationen mit Institutionen in der Volksrepublik China, hielt dort Vorträge und sammelte Ehrendoktorate ein. Sukzessive ließ er seine wichtigsten Publikationen in schließlich 15 Sprachen übersetzen und online zugänglich machen. Auf diese Weise avancierte er zum weltweit bekanntesten deutschen Sexualforscher, was die akademische Kollegenschaft in Rage versetzte.

Auf die Idee, einen Nachfolger aufzubauen, kam Haeberle zu keiner Zeit. Wer hätte ihm schon das Wasser reichen können? So starb mit ihm auch die ambitionierte Idee einer weltweit agierenden, von Berlin ausgehenden Sexualforschung. Diese Idee, die einst Magnus Hirschfeld entwickelt hatte, trieb Haeberle voran, aber stets allein, niemals im gleichrangigen Diskurs mit Kollegen. Debatten und Widerspruch waren seine Sache nicht. So verdunkelte sein persönliches Auftreten den Blick auf das wertvolle wissenschaftliche Erbe. Haeberle gewährte Zeitgenossen, interessierten Laien und dem akademischen Publikum neue Einblicke auf Geschichte und Gegenwart von Sexualitäten. Seine Aufsätze sind weiterhin lesenswert.

Autor

Prof. Dr. Florian Mildenberger, Feurigstraße 18, 10827 Berlin, e-mail: florian.mildenberger@gmail.com



Brian D. Earp, Clare Chambers, Lori Watson
The Routledge Handbook of Philosophy of Sex and Sexuality
Routledge Taylor & Francis Group 2022, 628 Seiten, geb, 152 £

This Handbook covers the most urgent, controversial, and important topics in the philosophy of sex. It is both philosophically rigorous and yet accessible to specialists and non-specialists, covering ethics, political philosophy, metaphysics, the philosophy of science, and the philosophy of language, and featuring interactions with neighboring disciplines such as psychology, bioethics, sociology, and anthropology.

The volume's 40 chapters, written by an international team of both respected senior researchers and essential emerging scholars, are divided into eight parts:

I. What is Sex? Is Sex Good?
II. Sexual Orientations
III. Sexual Autonomy and Consent
IV. Regulating Sexual Relationships
V. Pathologizing Sex and Sexuality
VI. Contested Desires
VII. Objectification and Commercialized Sex
VIII. Technology and the Future of Sex

The broad scope of coverage, depth in insight and research, and accessibility in language make The Routledge Handbook of Philosophy of Sex and Sexuality a comprehensive introduction for newcomers to the subject as well as an invaluable reference work for advanced students and researchers in the field.

Laudatio auf Herrn Universitäts-Professor im Ruhestand Doctor medicinae Kurt K. Loewit, anlässlich der Verleihung des Ehrentitels „Senior Professional“ der Deutschen Gesellschaft für Sexualwissenschaft, Sexualtherapie und Sexualmedizin am 22.11.2019 in Berlin

Christoph Joseph Ahlers

Herr Univ. Prof. em. Dr. med. Kurt K. Loewit ist Arzt für psychotherapeutische Medizin, Dipl. Ehe- und Familienberater, Sexualmediziner sowie Lehrtherapeut für Sexualmedizin und Balint-Arbeit der Österreichischen Ärztekammer.

Professor Kurt K. Loewit wurde 1934 in Innsbruck geboren. Von 1946 an besuchte er das Humanistische Gymnasium an der Stiftschule Einsiedeln in der Schweiz, wo er 1953 maturierte. Anschließend absolvierte er ein Studium der Humanmedizin an der Universität Innsbruck und wurde am 23.05.1959 von der Medizinischen Fakultät zum Dr. univ. med. promoviert.

Von 1959 bis 1961 war Kurt Loewit Turnusarzt an der Klinik in Innsbruck. Ab 1961 war er Assistent und ab 1971 Dozent an der Universität Innsbruck, am Institut für Allgemeine und Experimentelle Pathologie bei Univ. Prof. Dr. med. et phil. Theodor von der Wense. Sein Arbeitsschwerpunkt in Forschung und Lehre war die Endokrinologie der Fortpflanzung.

1965 wurde Kurt Loewit Gründungsmitglied des *Zentrums für Ehe- und Familienfragen*, der ersten Ehe- und Familienberatungsstelle Westösterreichs, deren Präsident er von 1990 bis 2010 war. Von 1967 bis 1969 war Kurt Loewit Research Fellow am *Population Council der Rockefeller University* in New York. 1971 wurde Loewit mit einer experimentell-endokrinologischen Studie im Bereich Reproduktionsmedizin von der Medizinischen Fakultät der Universität Innsbruck habilitiert und erhielt für seine Habilitationsarbeit den *Kardinal-Innitzer-Förderungspreis* für Medizin.

Von 1973 bis 1977 absolvierte Kurt Loewit eine psychoanalytisch orientierte Zusatzausbildung mit Diplomabschluss zum Ehe- und Familienberater. 1979 erfolgte die Ernennung zum außerordentlichen Universitäts-Professor und von 1982 bis 1984 war Loewit Vorstand des Instituts für Medizinische Biologie und Humangenetik der Universität Innsbrück und Leiter der dortigen Arbeitsgruppe für Fortpflanzungsbiologie und Sexualmedizin. Ab 1975 hielt Loewit erste Vorlesungen über Psychosomatik und Sexualmedizin, Gastvorlesungen und Seminare an der Theologischen Fakultät in Innsbruck.

Von 1978 bis 1982 folgten weitere Auslandsaufenthalte zu Aus- und Weiterbildung in Paar- und Sexualtherapie bei John Bankroft in Edinburgh (Scotland), bei Jürg Willi in Zürich (Schweiz), bei Masters und Johnson in St Louis (USA) und in Balint-Arbeit bei Luban Plozza in Ascona (Schweiz).

Bereits 1979 führte Kurt Loewit Balintgruppen für Studenten, Pflegepersonal und Ärzte ein, die er bis heute anbietet und leitet. Von 1979 bis 1997 bot Loewit durchgehend eine Sexualmedizinische Sprechstunde bzw. Ordination an der Universität Innsbruck an.

Von 1985 bis 1997 hat er mit der *Ärztekammer Tirol* nach dem Vorbild der *Sexualmedizinischen Fortbildungstagung* in Heidelberg jährlich die *Igler Fortbildungstage für Psychosomatik und Sexualmedizin* veranstaltet. 1991 erhielt Loewit die Zusatzbezeichnung *Arzt für psychotherapeutische Medizin* und wurde Lehrtherapeut für Sexualmedizin und Balintarbeit der österreichischen Ärztekammer. Während dieser Zeit war er auch Mitglied und Mitarbeiter in der von Professor Wesiak begründeten ärztlichen *Gesellschaft für Psychotherapie und psychosomatische Medizin* in Tirol.

Von 1992 bis 2004 war Kurt Loewit Präsident der *Gesellschaft für praktische Sexualmedizin* mit Sitz in Heidelberg und 1993 Gründungsmitglied der *Akademie für Sexualmedizin* und von 1994 bis 2014 Mitherausgeber der sexualwissenschaftlichen Fachzeitschrift *Sexuologie*.

1997 erfolgte die Zuordnung der Sexualmedizin zur Klinik für medizinische Psychologie und Psychotherapie an der

Universität Innsbruck und dort erfolgte dann der Aufbau einer Sexualmedizinischen Ambulanz, in der Professor Loewit bis heute auch in seinem Ruhestand eine Sexualmedizinische Sprechstunde bzw. Ordination anbietet.

Ab 1997 erfolgte dann auch die Ein- und Durchführung des Wahlfaches Sexualmedizin an der Medizinischen Fakultät der Universität Innsbruck als bis heute einzige, 2-semestrige/2-stündige universitäre Lehrveranstaltung zu Sexualmedizin in Österreich, mit begleitender Balintgruppe.

Von 1997 bis 2019 war Kurt Loewit als Dozent, Lehrtherapeut, Balintgruppenleiter und Supervisor maßgeblich am Aufbau und der Durchführung des *Curriculums Sexualmedizin* für den Erwerb der Zusatzbezeichnung Sexualmedizin der Berliner Ärztekammer am *Institut für Sexualwissenschaft* des *Universitätsklinikums Charité Berlin* beteiligt.

Im Jahre 2000 stellte Professor Loewit als erster den Antrag an die *Österreichische Bundesärztekammer* auf Einrichtung eines ÖÄK-Diploms Sexualmedizin nach dem Vorbild der Berliner Regelung für die Zusatzbezeichnung Sexualmedizin.

Von 2001 bis 2006 arbeitete Kurt Loewit in den *Psychotherapie Wochen in Bad Hofgastein* mit; dort war er Mitglied des Lehrkörpers der *Akademie für psychosomatische Medizin*. Seine Schwerpunkte waren auch hier Sexualmedizin und Balintgruppen.

Seit 2006 ist Professor Loewit Kurator und stellvertretender Kuratoriumsvorsitzender der *Wilhelm von Humboldt Stiftung* zur Förderung der Sexualwissenschaft in Berlin.

2007 erfolgte die Verleihung des Sozialehrenzeichens der Stadt Innsbruck.

Von 2008 bis 2014 war Professor Loewit Gründungsvorsitzender der *Österreichischen Akademie für Sexualmedizin* (ÖASM). Dort fanden, unter seiner inhaltlich maßgeblichen Tätigkeit im Vorstand und als Dozent, die ersten zweijährigen Diplom-Lehrgänge in Sexualmedizin in Österreich statt. 2009 erfolgte – ebenfalls unter seiner Ägide – in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Salzburg, die Einführung eines Diploms Sexualmedizin durch die *Österreichische Bundesärztekammer* in Wien. 2011 gelang die Einführung des gesamt österreichischen zweistufigen Diploms Sexualmedizin mit erster Diplomverleihungen in Salzburg.

2014, dem Jahr, in dem er sein 80. Lebensjahr vollendete, legte er seine Tätigkeit bei der ÖASM nieder und ist seitdem Ehrenpräsident.

Am 9. Nov. 2018 wurde Professor Loewit vom Österreichischen Bundespräsidenten das *Österreichische Ehrenkreuz für Wissenschaft und Kunst* I. Klasse (litteris et artibus) verliehen, eine Ehrenauszeichnung im Range des Deutschen Bundesverdienstkreuzes.

Während seiner gesamten, fast 50-jährigen Tätigkeit in Klinik, Forschung und Lehre hat Professor Loewit seit Mitte der 70er Jahre des 20. Jh. in seinem Arbeits- und Forschungsschwerpunkt Sexualmedizin geforscht, gelehrt und publiziert und in diesem Rahmen maßgebliche Arbeiten beigetragen, die bis heute richtungsweisend sind.

Eine der ersten Arbeiten, in denen er sich mit der Thematik der Paarberatung auseinandersetzte, erschien 1975 in der *Zeitschrift für allgemeine Psychotherapie*, wo er über den Arzt als Ehe-Therapeut publiziert hat und so die Verbindung beider Rollen bzw. die Erweiterung der Arzt-Rolle in den Bereich der Psychotherapeuten-Rolle eröffnete, was Mitte der 70er Jahre eine neue, noch ungewohnte Perspektive war.

Bereits 1978 erfolgte ein Beitrag mit dem Titel „Der Kommunikative Aspekt der Sexualität" in der damals neu gegründeten Zeitschrift *Sexualmedizin*. In diesem Beitrag publiziert Loewit die Konzeption von Sexualtherapie, die sein Lebenswerk bestimmen wird, nämlich, dass neben den Funktionen der Erregung und der Fortpflanzung die dritte Funktion von Sexualität die Kommunikation ist. Diese Kommunikations-Funktion in den Mittelpunkt zu stellen und dadurch das Verständnis von Sexualität für Forscher und Kliniker und vor allem für Patienten zu erweitern, stellt eines der großen Verdienste von Kurt Loewit dar.

Seinen klinischen Fokus auf die Kommunikations-Funktion von Sexualität hat Loewit bereits 1980 im Kongressband *Medical Sexology* mit dem Kapitel „The communicative Function of Human Sexuality – A neglegted Dimension" auch international publiziert. Im selben Jahr erfolgte der Buchbeitrag „Sexualität und Partnerschaft" im *Lehrbuch Sozialmedizin* von Viefhues und anderen. Im Jahre 1986 veröffentlicht Loewit sein erstes populärwissenschaftliches Sachbuch *Geheimsprache Sexualität*.

1990 erschien in der Zeitschrift *Sexualmedizin* ein Beitrag mit dem Titel „Mit Sexualität zufrieden älter werden", in dem Loewit das Thema gesundheitliche Relevanz gelingender Sexualität über die Lebensspanne aufgegriffen. 1991 erschien im *Lehrbuch für psychosomatische Medizin* von Uexküll ein Kapitel von Kurt Loewit zu „Sexuellen Störungen". Im Jahre 1992 brachte er sein zweites populärwissenschaftliches Sachbuch heraus, *Die Sprache der Sexualität*. Für ein Breitenpublikum legt Loewit sein Verständnis dar, dass Sexualität (vor allem in Beziehungen) nicht vornehmlich der Funktion der Fortpflanzung und/oder der Erregung dient, sondern vornehmlich der Funktion der Kommunikation zur Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse. In seinem Sinne bedeutet das, dass zwei Menschen im Rahmen ihrer sexuellen Beziehung in der Lage sind, wechselseitig Grundbedürfnisse nach Angenommenheit, Zugehörigkeit und Geborgenheit zu erfüllen, und dass sich genau die Erfüllung dieser Grundbedürfnisse körpersprachlich auch im Sexuellen ausdrücken und erleben lässt.

1994 erschien in der gerade gegründeten Fachzeitschrift *Sexuologie* ein wesentlicher Beitrag von Kurt Loewit, in dem er diesen Ansatz noch einmal oder grundlegend konzeptualisiert, nämlich „Kommunikationszentrierte Sexualtherapie in Theorie und Praxis". 1998 publizierte Loewit sein drittes populärwissenschaftliches Sachbuch mit dem Titel *Damit Beziehung gelingt*, in dem er sein Verständnis von Sexualität als Kommunikation zur gelingenden Beziehungsführung weiter ausführt.

Diese über 20 Jahre geleisteten Vorarbeiten führten Loewit Ende der 90er Jahre in die Zusammenarbeit mit Klaus Beier in Berlin, wo sie Anfang des 21. Jh. die Grundlagen zur Konzeption der *Syndyastischen Sexualtherapie* darstellten, die er dann, als Mitherausgeber in einem allgemeinen Lehrbuch für Sexualmedizin sowie 2004 (auch gemeinsam mit Klaus Beier) in einer weiteren Veröffentlichung *Lust in Beziehung – Einführung in die Syndyastische Sexualtherapie* publizierte.

Im Jahre 2019 erschien schließlich sein viertes populärwissenschaftliches Sachbuch, *Der Grundwurm in der Paarbeziehung – ein Plädoyer für Lust und Liebe*, in dem Loewit eine Zusammenschau seiner Erkenntnisse aus 40 Jahren Berufstätigkeit im Arbeitsgebiet der Paar- und Sexualtherapie zusammenfasst; wenn man so will, eine Art Rückblick auf sein Lebenswerk. Dieses Buch ist ein großes Plädoyer für die partnerschaftlich-sexuelle Beziehungsgesundheit als zentralen Faktor der allgemeinen und gesundheitlichen Lebensqualität. Loewit betont darin die Notwendigkeit bewusster und achtsamer Beziehungsführung, die vor allem damit beginnt und darin besteht, miteinander übereinander zu sprechen, um so auch körpersprachlich im Sexuellen psychosoziale Grundbedürfnisse erfüllen zu können (s. Rezension in diesem Heft).

Mit all diesen Aufzählungen der Stationen seines beruflichen Werdegangs und diesem Auszug aus seinem Publikationsschaffen wäre Professor Kurt Loewit aber nicht ausreichend beschrieben. All das vermittelt nur ein eingeschränktes Bild von dem, was er in seiner Persönlichkeit in sich trägt und vereinigt und was ihn für viele seiner Schülerinnen und Schüler und derjenigen, die bei ihm Aus-, Fort- und Weiterbildungen erlebt haben, eigentlich prägt und ausmacht: Nämlich der humanistisch gebildete Human- und Gesundheitswissenschaftler mit praktischer Orientierung auf die klinische Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse zum Wohle von Patientinnen und Patienten mit sexuellen Störungen. Das ist immer seine Kernidentität gewesen. Er ist im eigenen Verständnis hier nicht nur Wissenschaftler bzw. Forscher, sondern immer auch Kliniker gewesen und hat sich intensiv mit der Arzt-Patient-Beziehung beschäftigt und insbesondere auch mit der Therapeut-Paar-Beziehung.

Aus dem Fundus seiner jahrzehntewährenden Lehrtätigkeit gibt es viele Beispiele für Aphorismen und Zitate, die ihn charakterisieren und ausmachen. Viele, die seine Lehrveranstaltungen besucht haben, tragen sie in sich und nutzen sie auch im Rahmen ihrer eigenen klinischen Tätigkeit.

Deshalb möchte ich einige dieser Sprüche und Zitate hier zum besten geben, um an ihnen zu verdeutlichen, wie Kurt Loewit denkt und wie er die Dinge mit Menschlichkeit und Humor auf den Punkt zu bringen vermag und so die wissenschaftlichen Erkenntnisse seiner Arbeiten auch gewinnbringend in praktische, klinische Arbeit zu überführen weiß.

Ein Spruch, den Loewit im Rahmen von Gesprächsführungs-Seminaren zu verwenden pflegt, lautet: „Man muss die Watte aus den Ohren herausnehmen und sie in den Mund hinein stecken!“ Das ist wohl einer seiner bekanntesten Sprüche, von dem Loewit selber sagt, es stamme nicht von ihm, sondern er habe es selbst im Rahmen seiner Ausbildung gehört und übernommen. Für seine Schüler ist der Satz sicherlich trotzdem mit ihm verbunden. Er bezieht sich darauf, dass viele Ärzte medizinisch gut ausgebildet sind, oft aber kaum Kompetenzen in gesprächsbasierten Behandlungsoptionen haben und deswegen weder im aktiven und wachen Zuhören, noch im offenen und gründlichen Nachfragen geschult sind. Loewit betont damit, dass das aktive, wache, mitdenkende Zuhören der Schlüssel ist für den Kontakt zu Patienten und auch für die therapeutischen Interventionen, und dass es darum geht, dass der Arzt oder die Ärztin aus der Rolle des Experten und des Ratgebers heraus- und in die Rolle eines Psychotherapeuten hinein tritt, um sich dadurch in ein Gespräch auf Augenhöhe begeben zu können, im Rahmen dessen er oder sie dann den Patienten oder das Paar wirklich wahrnimmt und annimmt. Und in dem, was die Menschen sagen, ist in der Regel der Kern von dem enthalten, worunter sie leiden. Und das aufzugreifen und in offene, lenkende Fragen zu übersetzen, das ist eine der zentralen klinischen Kompetenzen, auf die Loewit sein Leben lang hingewiesen hat.

Ganz typisch für Loewit ist der Spruch „Am wahrscheinlichsten ist immer das Wahrscheinliche!“ Das pflegt er zu sagen, wenn es zum Beispiel um Fragen der endokrinologischen Substitution geht, also die Frage: Muss man Patienten, die mit Sexualfunktionsstörungen kommen, als erstes endokrinologisch untersuchen und am besten gleich Hormon-Applikationen verordnen? Wenn jemand vom Aspekt her bzw. in seiner äußeren Erscheinung keine Anhaltspunkte dafür bietet, dass hier eine Hormon-Dysregulation oder ein klinisch relevanter Hormonmangel vorliegt, dann gibt es auch keine Indikation dafür, hier ein endokrinologisches Konsil herbeizuführen oder eine Hormon-Applikation vorzunehmen, weil die Mehrzahl aller Sexual-Funktionsstörungen in der Regel nicht durch hormonelle Dysregulation begründet sind. Ausnahmen bestätigen diese Regel, welche dann meist auch am äußeren Erscheinungsbild der Menschen erkennbar sind.

Ein weiteres Loewit-Zitat lautet: „Jeder Kuss drückt – zumindest physikalisch – eine Zuneigung aus!“ Das ist ein Hinweis auf die Bedeutung der Körpersprache als einer seiner zentralen Befassungsgegenstände. Die Handlung, sich zu küssen, bedeutet nicht automatisch, dass das auch eine Ausdrucksform von Zuneigung ist, aber zumindest physisch findet in einem Kuss eine Zuneigung statt.

Ein weiteres Zitat, das Loewit gerne benutzt, lautet „Humor ist der Knopf, der verhindert, dass uns der Kragen platzt!“ von dem Humoristen Joachim Ringelnatz (1883–1934). Dieses Zitat gibt auch einen zentralen Bestandteil seiner Arbeit wieder, nämlich, dass es sowohl in seinen Lehrveranstaltungen als auch in seinen Therapiestunden häufig humorvoll bis lustig zugeht, was es den Patientinnen und Patienten leichter macht, bzw. überhaupt ermöglicht, mit schwierigen Fragen umzugehen.

Weitere, für Loewit typische Zitate, lauten: „Liebe ist der Sieg der Sehnsucht über die Erfahrung der Realität." / „Für die Welt bist du irgendjemand, für irgendjemand bist du die Welt" von Erich Fried (1921–1988). Auch diese Zitate sind charakterisierend für Loewit und seine Art, auf die motivationalen Hintergründe, partnerschaftliche Beziehungen einzugehen: Die Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse bestimmt lebenslang all unser Handeln, und ist bei den meisten Menschen immer wieder bedeutungsvoller als die Angst vor Zurückweisung und Enttäuschung.

Das nächste Zitat, das ich wiedergeben möchte, um Loewit zu charakterisieren, lautet: „Alle Dinge haben drei Seiten: eine, die du siehst, eine, die ich sehe, und eine, die wir beide nicht sehen!" (Chinesisches Sprichwort / Buddhistische Weisheit). Hier bezieht sich Loewit darauf, dass jeder der Auffassung ist, dass seine Sicht auf die Dinge diejenige ist, die der andere doch auch teilen muss. Und auf die Unvorstellbarkeit, dass der andere die Dinge ganz anders sieht, sowie die Tatsache, dass bei jedem Paar auch blinde Flecken vorliegen, die beide Partner nicht zu sehen vermögen.

Der nächste Spruch lautet „Lieben können wir genauso wenig üben wie Sterben!" Hier hebt Loewit darauf ab, dass es ja eine zunehmende Nachfrage nach Trainings und Coachings gibt, nach praktischen Übungen, Tipps und Tricks, wie man Beziehungsprobleme lösen und sein Liebes- und Lustleben steigern, gar optimieren kann. In diesem Spruch kommt der Kern von Loewits Sexualitätsverständnis zum Tragen, dass Sexualität eine Sprache zur Erfüllung von Grundbedürfnissen ist, und dass es, in seiner kommunikations-fokussierten Form der Sexualtherapie, gerade nicht darum geht, Handlungen zu „üben", um sexuelle Begierde zu steigern, sondern darum, dass zwei Menschen sich in ihrer körperlichen Begegnung zum Ausdruck bringen, was sie füreinander empfinden; dass beide sich also ohne Worte sagen, was sie fühlen, indem sie sich anfassen. So wird klar, dass genau das nur geht, wenn entsprechende Gefühle füreinander da sind bzw. wenn überhaupt eine Beziehung besteht. Der selbe Geist kommt auch in einem zweiten Spruch zum Ausdruck: „Es können sich nur glückbringend zwei Körper vereinigen, wenn sich zwei Seelen einig sind." Seiner klassischen, humanistischen (Aus-) Bildung im Schweizer Benediktiner-Stift ist es zu verdanken, dass Kurt Loewit über einen umfangreichen Bildungsschatz der christlich-abendländischen Kulturgeschichte verfügt, wie er im akademischen Hochschulbetrieb immer seltener anzutreffen ist. Das spiegelt sich nicht nur in seiner philanthropischen Haltung und seinem humanistischen Menschenbild, sondern auch in der Verfügbarkeit klassischer Bildungsinhalte in seiner Arbeit als Lehrer und Psychotherapeut.

Dieser Bildungsschatz schillert immer wieder in griechischen und lateinischen Zitaten auf, die er im Rahmen seiner Lehrveranstaltungen benutzt, wie beispielsweise: „Ubi pus – ibi evacua" (Archagathos von Peloponnes, ca. 219 v. Ch.). Hier greift Loewit auf die schon in der Antike bekannte, medizinische Erkenntnis zurück: „Wo ein Geschwür – da muss ausgeleitet werden!" Ein Geschwür lässt sich von außen nicht suffizient behandeln, sondern man muss es eröffnen, ausschneiden, ausspülen und schließlich drainagieren, da sonst ein Abheilen nicht möglich ist. Dieses Erfahrungswissen der Körpermedizin überträgt Kurt Loewit in die Seelenkunde, indem er darauf hinweist, dass verborgene Konflikte, nicht nur intrapsychische, individuelle, sondern vor allem auch interpersonale Konflikte zwischen Partnern, wie verkapselte, chronische Entzündungen wirken können, die fortwährend im Inneren eitern und bei jeder Berührung schmerzen.

Genau diese Phänomene beschreibt er mit seinem Bild des „Grundwurms in der Paarbeziehung". Und genau aus diesem Verständnis leitet sich auch sein Prinzip ab, dass es im paar- und sexualtherapeutischen Prozess zunächst darum gehen muss, verborgene Konflikte aufzuspüren und unschädlich zu machen, bevor eine körperliche Wiederannäherung überhaupt möglich wird.

Auch aus der Zeit des Römischen Reiches stammt das Zitat, das Loewit zu entgegnen pflegt, wenn er gefragt wird, wie es käme, dass er die Dinge so prägnant auf den Punkt bringen könne: „rem tene – verba sequentur" (Marcus Porcius Cato der Ältere, 234–149 v. Ch.): Wenn die Sache begriffen und durchdrungen ist, dann folgen die Worte von selbst.

Ein weiterer Spruch von Kurt Loewit, was auch einen genuinen sexualwissenschaftlichen Blick auf die Materie ausdrückt, lautet. „Zwischen Liebenden gibt es keine Perversionen!" Damit bringt Loewit die sexualwissenschaftliche Grundhaltung zum Ausdruck, dass die Vorstellung der Moraltheologie des amtskirchlichen Katechismus (sog. „Sexualmoral"), dass sexuelle Handlungen per se negativ, schlecht, schädlich, verwerflich oder gar sündig sein können, im Laufe der über hundertjährigen Geschichte der Sexualwissenschaft widerlegt, verworfen und dem ein emanzipatorisches Verständnis von Sexualität gegenübergestellt wurde. Und das bringt Loewit damit auf den Punkt: was immer zwei Menschen in sexueller Hinsicht miteinander tun, kann, solange es einvernehmlich und bereitwillig von beiden Beteiligten mitgetragen wird, niemals falsch, verwerflich oder pervers sein.

Der letzte Spruch lautet: „Der kommunikative Aspekt der Sexualität lässt sich an einem Händedruck genauso veranschaulichen wie an einem Geschlechtsverkehr." Hiermit kommt Loewits körperkommunikatives Verständnis von Sexualität zum Ausdruck, nämlich dass wir uns über Körperkontakt Dinge mitteilen und Botschaften austauschen können. Und diese Botschaften können auf der Beziehungsebene beim anderen ankommen, unabhängig davon, wie die Art Körperkontakt aussieht oder welcher Gestalt sie ist. Und in diesem Verständnis ist ein Händedruck, eine Umarmung eben genauso aussagekräftig, wie beispielsweise eine sexuelle Vereinigung.

Nachdem ich selbst nun bereits seit über 20 Jahren Schüler, Assistent und Begleiter in der Arbeit mit Kurt Loewit sein konnte,

ist es mir abschließend ein Anliegen, noch einmal auf den Punkt zu bringen, dass das Besondere an seiner beruflichen Tätigkeit in der emanzipatorischen Kraft liegt, die er dem Lebensbereich Sexualität zugeordnet hat. In seinem Verständnis von Sexualität drückt sich Menschlichkeit und Lebendigkeit aus und dieses Verständnis ist die Befreiung von der Reduktion der Sexualität auf die Funktion der Fortpflanzung, wie sie seit der vorchristlichen Antike konzeptualisiert und als amtskirchliches Paradigma, zurückgehend bis auf Thomas von Aquin (1225–1274), über Jahrhunderte für die Menschen leidbringend propagiert wurde.

Und genauso gilt dies auch bezogen auf die Zurichtung des Lebensbereichs Sexualität auf die Funktionen Erregung, Lust und Leidenschaft, also das neuzeitliche Paradigma, das seit Mitte des 20. Jh. Überhand gewonnen hat und durch das der Begriff Sex quasi ein Synonym für die Erregungsaspekte der Sexualität geworden ist. Wenn über Sex gesprochen wird, dann heißt das Lust, Leidenschaft, Erregung, Stimulation, Orgasmus.

Zwischen den beiden Funktionen der Erregung und der Fortpflanzung liegt die Kommunikationsfunktion von Sexualität, also im Verständnis von Kurt Loewit die Möglichkeit, psychosoziale Grundbedürfnisse nach Angenommenheit, Zugehörigkeit, Geborgenheit, Intimität, Vertrauen, Schutz und Nähe unmittelbar mit einem anderen Menschen austauschen und teilen zu können. Mit einem Menschen, der mir etwas bedeutet und dem ich etwas bedeute und diese Bedeutung sich abbildet im sexuellen Körperkontakt, der genau darum wesentlich mehr meint und wesentlich mehr beinhaltet als die Option der Orgasmus- und / oder Re-Produktion. Darin besteht die frohe Botschaft, die Kurt Loewit der Paar- und Sexualtherapie beigetragen hat, dass in diesem Verständnis Menschen wechselseitig in sexuellen Begegnungen Grundbedürfnisse erfüllen können, unabhängig davon, ob Fortpflanzung oder Erregungsshöhepunkte dabei zustande kommen oder nicht.

Für seinen Beitrag verdient Kurt Loewit unser aller Dank und Anerkennung, die mit der Verleihung des Ehrentitels „Senior Professional" der *Deutschen Gesellschaft für Sexualwissenschaft, Sexualtherapie und Sexualmedizin* am 22.11.2019 in Berlin zum Ausdruck gebracht werden sollte.

Addendum

Als ich mich auf diese Laudatio vorbereitete und Kurt Loewit wegen Einzelheiten konsultierte, sagte er: „Man merkt, dass es aufs Ende geht – es hagelt Preise und Ehrunge!" Aber „Sie ahnen ja gar nicht, wie viel Lob ich vertrage."

Autor

Dr. rer. med. Dipl.-Psych. Christoph J. Ahlers, Praxis für Paarberatung und Sexualtherapie am Institut für Sexualpsychologie Berlin, Calvinstraße 23, 10557 Berlin-Tiergarten, e-mail: dr.ahlers@berlin.de

Ankha Haucke
Soforthilfe für die Paarbeziehung. Die häufigsten Probleme und wie man mit ihnen umgeht
Vandenhoeck & Ruprecht 2021
246 Seiten, kart., 23 €

Auch in Paarbeziehungen ist nicht immer eitel Sonnenschein, das ist normal und in keiner Weise Grund zur Besorgnis. Wir alle sind Menschen mit Launen, Sorgen, Unsicherheiten und Bedürfnissen. Diese für sich selbst zu klären und mit jenen der Partnerin oder des Partners in Einklang und Balance zu bringen, ist nicht immer einfach. Mitunter scheint es wie von selbst zu gelingen: Wir fühlen uns glücklich, gesehen, geliebt und gehalten. Manchmal fühlen wir uns aber auch missachtet, unverstanden, ungeliebt und allein gelassen. Herrschen diese Gefühle nur temporär vor, gelingt es den meisten von uns, damit umzugehen. Aber was geschieht, wenn diese Durststrecken anhalten? Unbehagen stellt sich ein und das Bewusstsein, etwas ändern zu wollen. Anka Haucke kennt diesen Moment, es ist jener, von dem Paare in ihrer Praxis für Paarberatung berichten und der lange vor dem Entschluss liegt, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Der Moment, in dem jemand auf seine Partnerschaft schauen und herausfinden will, was dort schiefläuft, ist der Augenblick für dieses Buch. In ihm finden sich die häufigsten Paarprobleme und wie man mit ihnen umgeht.

Anmerkungen zur Laudatio

Kurt K. Loewit

Mit Freude über diese vielseitige und umfassende Laudatio möchte ich über das bereits Gesagte hinaus auf die grundlegende Bedeutung ganzheitlichen Denkens hinweisen, wo immer es um den ganzen Menschen „mit Leib und Seele" (biopsychosozial) geht. Das betrifft keineswegs nur die Sexualmedizin und -therapie, ist aber beim Thema Sexualität, Körpersprache, Beziehung, Kommunikation etc. dringend erforderlich, aber leider weithin noch nicht selbstverständlich.[1]

Das Problem ist nicht neu: Es hat schon Platon (427–384 v. Chr.) in *Charmides* bewegt, wenn er es für den größten Fehler bei der Behandlung von Krankheiten hielt, „dass es Ärzte für den Körper und Ärzte für die Seele gibt, wo beides doch nicht getrennt werden kann […] aber gerade das übersehen die griechischen Ärzte und nur darum entgehen ihnen so viele Krankheiten, sie sehen nämlich niemals das Ganze. Dem Ganzen sollten sie ihre Sorgen zuwenden, denn dort wo das Ganze sich übel befindet, kann unmöglich der Teil gesund sein."[2]

Diese Gedanken sind noch höchst aktuell, wenn es konkret um die Überwindung des bereits in der Antike virulenten *Entweder/Oder*-Dualismus geht und sie betreffen nicht nur die Sexualmedizin. Es genügt somit nicht, das *Entweder-Oder* durch ein *Und* zu ersetzen, dieses muss als ein *Und Zugleich* begriffen werden: Untrennbar-gleichzeitig wirken körperlich-physiologische, psychisch-emotionale und beziehungsmäßig-soziale Faktoren im Organismus zusammen, sind – eben *biopsychosozial* – an jedem menschlichen Tun und Erleben beteiligt. Daher gibt es keinen Körper für sich allein solange ein Mensch lebt (erst auf dem Seziertisch des Pathologen), ebenso keine körperlose Psyche oder sozialen Beziehungen für sich allein – auch kann erst dann von einer Evidenz-basierten Medizin gesprochen werden, wenn alle kausal relevanten Bereiche miteinbezogen sind. Das sollten keine neuen Erkenntnisse mehr sein.

Wenn sich also der sexualmedizinisch therapierende Arzt dem ganzen Menschen zuwendet, so verlässt er damit nicht seine Arzt-Rolle, er erfüllt sie vielmehr in ihrem vollen Umfang und begibt sich nicht in den Bereich der Rolle des Psychotherapeuten. Gerade die Sexualmedizin als Querschnittsmaterie ist anstelle besitzstandwahrender Abgrenzung auf den fächerübergreifenden, interdisziplinären Austausch angewiesen. Das hat sich (in Deutschland und Österreich) endlich auch in der Medizinerausbildung etabliert, in Österreich unter anderem in den für alle Promovierenden verpflichtenden Balintgruppen zur Vermittlung von zumindest psychosozialen Basiskenntnissen und -Haltungen. Zudem gibt es anerkannte Weiterbildungen für die *Syndyastische Sexualtherapie* (SST) in Berlin und Salzburg.

Die SST selbst unterscheidet sich von Psychotherapie im engeren Sinn unter anderem durch die Doppelrolle der Behandler: Sie sind Experten nur im Quellberuf, ansonsten aber empathische Begleiter/Gehilfen der Patienten bzw. der Paare. Diese sind die eigentlich Kompetenten für ihre Beziehung(en): Das Paar gestaltet die Therapie und heilt sich selbst, wobei es vom begleitenden Gehilfen unterstützt wird, aber weder „Hausaufgaben oder Übungen" angesagt bekommt, sondern für sich nächste Schritte entwickelt (empowerment). Der wesentliche *Syndyastische Fokus* liegt in der (Nicht-)Erfüllung der angeborenen universellen Grundbedürfnisse, die auch jeder Therapeut besitzt und nachempfinden kann. SST ist ferner eine Kurztherapie, die fallweise an ärztliche Spezialisten bzw. voll ausgebildete Psychotherapeuten im engeren Sinn überweisen muss, wenn sie an ihre Grenzen stößt.

Wenngleich (hoffentlich) vieles hier selbstverständlich anmuten kann, so war es mir wichtig meine Arbeit so darzustellen, wie sie in Theorie und Praxis stattgefunden hat.

---

1 Personenbezogene Allgemeinbegriffe (wie Arzt, Therapeut etc.) beziehen sich gleichermaßen auf Frauen wie auf Männer.

2 Zit.n. Matussek, P., 1950. Metaphysische Probleme der Medizin. Ein Beitrag zur Prinzipienlehre der Psychotherapie, 2. erw. Aufl. Springer, Berlin/Göttingen/Heidelberg, 68; vgl. *Charmides,* https://de.wikipedia.org/wiki/Charmides

Autor

Prof. Dr. med. Kurt Loewit, Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Arbeitsgruppe Sexualmedizin, Schöpfstr. 23, A-6020 Innsbruck, e-mail: Kurt.Loewit@i-med.ac.at

Malabou, Catherine, *Negierte Lust. Die Klitoris denken*, Diaphanes, Zürich/Berlin 2021, 120 S., br., 18 €

Mit „Plastizität" hatte die französische Philosophin in ihrem Essay *Was tun mit unserem Gehirn?* (dt. 2006) einen Begriff in die Diskussion geworfen, der auf die seit den 1950er Jahren postulierte „Neuroplastizität" rekurriert, aber auch an Hegel anknüpft. An Hegel insofern, weil er „der erste Philosoph [sei], der aus dem Wort ‚Plastizität' einen Begriff gemacht" habe, den der „Dialektik". Denn wenn es einen „Übergang von der Natur zum Denken geben kann, dann deshalb, weil die Natur des Denkens widersprüchlich" sei. Entsprechend habe Übergang von einer „rein biologischen Entität zu einer mentalen Entität" im Kampf „der einen gegen die andere stattgefunden" – „Denken" sei daher „nichts anderes als Natur, aber eine negierte Natur", gekennzeichnet von „ihrer eigenen Differenz zu sich selbst" (Malabou, 2006, 122f).

Mit der Wendung von einer „negierten Natur, die von ihrer „Differenz zu sich selbst" bestimmt sei, lässt sich ahnen, was *negierte Lust* meinen könnte. In einem dialektischen Sinne wäre *Negation* nicht bloß Verneinung oder Verleugnung, vielmehr wäre sie auch ein Modus, in dem die „Lust" – entsprechend dem zweiten Titelteil – ‚gedacht' wird, oder – um es vorwegzunehmen, ein Modus, die „Klitoris […] sich selbst denken zu lassen" (Malabou, 2021, 107, vgl. 20).

Aber wie? – Pars pro toto lässt sich dies mit einem weiteren Bezug auf Hegel verstehen. Malabou referiert u.a. die Kritik der italienischen „Differenz"-Feministin Carla Lonzi an der hegelschen Dialektik von Herr und Knecht aus den 1970-Jahren. Lonzi sieht deren „Oppositionslogik" sowohl an der „Frau-Mann-Beziehung wie [auch] am Verhältnis zwischen Vagina und Klitoris" gescheitert (58). Auch wenn sich die Rollen von Herr und Knecht umkehrten, verblieben sie letztlich im Paradigma der „Macht". Aus diesem Paradigma, wie aus dem damit assoziierten „Begriff der Gleichheit" gelte es herauszutreten. Um es an einem Beispiel Malabous zu verdeutlichen: Die dominierende Sexualkultur verstehe unter Masturbation „nicht nur die Autoerotik, sondern jede Form der sexuellen Stimulation der Geschlechtsorgane, die kein Koitus ist." Auch wenn sie vom Partner vollzogen werde, könne sich weibliche Sexualität aus dieser Perspektive nur in Masturbationshandlungen realisieren. Stattdessen gehe es darum, „die Liebkosung der Klitoris als eigenständige Form des Geschlechtsverkehrs anzuerkennen". Oder wie Lonzi es ausdrückt: „Unserer Ansicht nach besteht der Unterschied zwischen Masturbation und Nicht-Masturbation darin, die Gegenwart des anderen wahrzunehmen, […] und nicht darin, das Koitusmodell auszuführen" – ein Modell, dass durch die „ideologischen Werte der heterosexuellen Penetration zum Zwecke der Fortpflanzung" (60) bestimmt ist.

Wie also wird die Klitoris ‚gedacht'? Wenn oben von „sich selbst denken" die Rede war, dann lassen sich die fünfzehn „Pinselstriche" (19) des Bandes als Versuche lesen, die kultur- und sexualgeschichtliche Negation der Klitoris im Namen der Klitoris zu destruieren, sich ihr aber auch anders anzunähern.

Malabou setzt bei der Ambiguität der Nymphe ein. Schon etymologisch liege beim Wort eine doppelte Besetzung vor, die einerseits anatomisch ungenau die Klitoris (mit)meint, andererseits mythologische Göttinnen benennt, deren Wesen in einer tiefen Ambivalenz bestehe. Diese Unklarheit/Unsichtbarkeit bilde kulturgeschichtlich den idealen Projektionsraum: Liebreizend anzusehen, sowohl zur sexuellen Lust als auch geistig anregend, ist es der Nymphe nicht vergönnt, ein Eigenleben zu haben, sie „ist Alles, außer sie selbst" (31) – so Simone de Beauvoir.

Vor diesem Hintergrund kann die „Autonomie weiblicher Lust" (36) zwar als *die* zentrale Thematik des Bandes gelten, die Klitoris gilt Malabou allerdings „nicht mehr oder nicht mehr nur als das ausschließliche Merkmal der Frau. […] Mit queeren, inter- und transsexuellen Ansätzen ist sie zum Namen eines libidinösen Dispositivs geworden, das nicht mehr zwingend dem Weiblichen angehört, was die traditionelle Sicht auf Sexualität, Lust, Geschlecht ins Wanken bringt und andere Chirurgien wie auch ein anderes Imaginäres hervorbringt" (14, vgl. 18).

Zunächst folgen die Ausführungen jedoch der „Chronologie des Feminismus" (19), der v.a. davon bestimmt gewesen sei, sich an Freuds Vorgaben – „die Klitoris […] bloß ein kleiner Penis" (43) – abzuarbeiten. Für Beauvoir etwa fällt das Fazit zwiespältig aus: Durch „kritisches Nachdenken eigentlich überwunden, spielen Klitoris und Vagina weiterhin ihre traditionellen Rollen" (45).

Die „Umschrift" (70) der freudschen Anatomie, die Malabou bei Luce Irigaray konstatiert, lässt sich anhand zweier „Berichte" (47) nachvollziehen. Da ist einmal die Analytikerin Françoise Dolto. Der Auflösung der sexuellen Differenz im „Diskurs" (50), die Lacan in seinen „Leitsätze für einen Kongress über weibliche Sexualität" (52) vorgegeben hatte, versucht sie auszuweichen, indem sie sich auf „ihre klinischen Erfahrungen" (54) bezieht. Doch habe die Psychoanalyse „in Bezug auf die weibliche Sexualität noch etwas zu sagen" (65), so Malabou sichtlich konsterniert über die „Verachtung [Lacans] gegenüber dem Weiblichen" (49), die Dolto entgegenschlug.

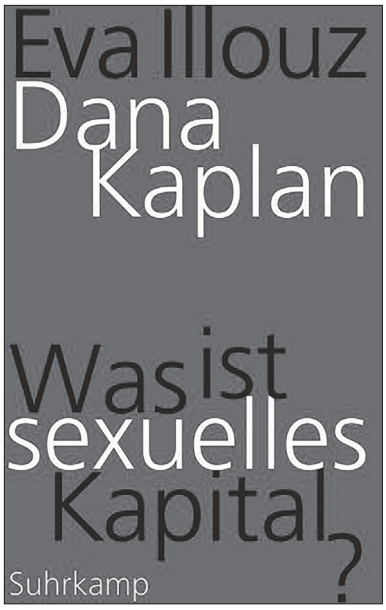
Nahezu analog endete auch der an Franz Kafkas *Bericht für eine Akademie* (1917) angelehnte Auftritt von Paul B. Preciado 2017 vor französischen Psychoanalytikern, die zu „Frauen und die Psychoanalyse“ eingeladen hatten. Preciado, der eine Frau zu Mann Transition vollzogen hatte, habe eine neue „Epistemologie von Geschlecht und Sex“ präsentiert, doch – so Malabou – seit Doltos Vortrag sei zwar „alles ganz anders“ und doch habe „sich nichts geändert“ (87).

Den Bruch mit diesen Paradigmen – im Namen einer „politischen“ (99) Klitoris, sowie im Namen einer „somatischen Philosophie“ (98) – vollzieht Malabou im vorletzten Kapitel als Gratwanderung. Ein Körper sei immer ein Dispositiv des Übergangs […] zwischen anatomischer Wirklichkeit und symbolischer Projektion“ (104), andererseits wären die „ekstatischen Zonen des Realen auch Zonen einer Sinnproduktion“ (107) – doch welcher Sinn?

Das letzte Kapitel, „Klitoris, Anarchie und Weiblichkeit“ verweist auf eines „der größten Themen unserer Zeit“, den „Niedergang von Herrschaftszusammenhängen“ (109, 111). Angesichts realer Gewaltverhältnisse mag dieser Bogen überspannt erscheinen, die Feststellung, „jeder Akt, jede Handlung, jeder Vertrag, jedes Prinzip, Gesetz, Dekret ist abhängig von der Folgsamkeit und dem guten Willen derer, die sie ausüben sollen“ (110), trifft es jedoch allemal und benennt die radikal emanzipatorische Intention des Bandes.

Ist die „klitoridische Frau“ (Carla Lonzi) also im Kommen? Drei (populär)wissenschaftliche Beispiele bilden eine Referenz für Malabous Thesen: *OMGyes* ist ein sexualwissenschaftlich begleitetes Projekt, das sich mit der Frage, was Klitoris und Vulva Vergnügen bereitet, der sexuellen Lust der Frau widmet.[1] In *Der Ursprung der Welt* (2017) gibt die schwedische Politikwissenschafterin und Comiczeichnerin Liv Strömquist einen kulturgeschichtlichen Überblick über die weiblichen Geschlechtsorgane im Text- wie auch im Cartoon-Format. *The Clit-Test* ist eine Initiative, betrieben von „[j]ust some people with clits who wasted too many years thinking their own pleasure was somehow irrelevant to the business of sex“. Ähnlich dem Bechdel-Test, der die Repräsentation von Frauen in Filmen thematisiert, geht es um filmische Darstellungen von Sexszenen, darum, ob und in welcher Weise auf die Klitoris Bezug genommen wird.[2]

Reingard Schusser (Hildesheim), Rainer Alisch (Berlin)



Illouz, Eva, Dana Kaplan, *Was ist sexuelles Kapital?* Aus dem Engl. v. Michael Adrian, Suhrkamp, Berlin 2021, 126 S., kt., 22 €

Sex sells – soweit, so bekannt. Wie genau unterliegt historisch-konkreten Bedingungen: Von „sexuellem Kapital“ oder von „neoliberalem Sexualkapital“ zu sprechen, sei erst mit der Autonomie des Sexuellen gegenüber religiös-moralischen Normsetzungen möglich geworden, erst die Autonomie habe die „Eingliederung [des Sexuellen] in die ökonomische Sphäre“ (13) ermöglicht. Oder anders gesagt, „sexuelle Freiheit“ bildet eine „normative Ausgangsbasis des zeitgenössischen Kapitalismus“ (19).

Mit diesem Ansatz grenzen sich die Autorinnen von gängigen analytischen Perspektiven ab: von Catherine Hakims Annahme, Sex biete die „Möglichkeit zur Ermächtigung von Frauen“ (16), von den diversen identitätspolitischen Befreiungshoffnungen (16ff) und schließlich auch von einem Ansatz, der sich auf die „Kommodifizierung“ (19) des Sexuellen richtet. Diese Perspektiven würden zwar durchaus reale Phänomene benennen, eröffneten aber keinen Zugriff auf die mit dem Kapitalbegriff verbundenen selbstwertsteigernden „sexuellen Subjektivitäten“ (21, vgl. 55f), für die sich die Autorinnen letztlich interessieren.

Den hierbei zugrundeliegenden Konnex von sexueller Begegnung und Selbstwert legen sie im Abgleich mit drei historischen Typologien frei: Einmal „Vorgegebenes sexuelles Kapital: Keuschheit und Häuslichkeit“ (57ff), dann der „Mehrwert des Körpers“ (62ff) und schließlich das „Verkörperte sexuelle Kapital: Begehrtheit, Sexyness und praktisches sexuelles Wissen“ (71ff). Alle diese Formen lassen sich dadurch charakterisieren, dass die in ihnen angelegte Differenzen erodieren, bzw. keine Rolle mehr spielen. Max Weber konnte bspw. noch eine „‚erotische Sphäre‘“ (29) jenseits der kalten ökonomischen Rationalität postulieren, was genau jener ersten Typologie entsprach, der religiös-patriarchal bestimmten Differenz zwischen „gutem“ Sex zur Reproduktion, zur „Pflege von Intimität“ (22, vgl. 63) und dem

1 Eine erste Studie wurde 2015 mit 1055 Frauen im Alter von 18 bis 94 Jahren durchgeführt. Vgl. https://www.omgyes.com/de; https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28678639/

2 “We know that the vast majority of cis women don’t orgasm from penetrative sex but you wouldn’t know this from the sex we see on screen. The clit test celebrates sex scenes that reflect that the clitoris is a central part of sexual pleasure for most people with vulvas - and we hope this will inspire others. Not all women have clits and not all those who have clits are women. If a person has a clit, chances are it’ll be wanting some love but trans and non-binary people will have different relationships with their anatomy depending on a range of factors including their own relationship with their gender identity or their type of transition.” (www.theclittest.com)

„schlechtem", weil kapitalisierten Sex, wie er die zweite Typologie bestimmt, nämlich die Prostitution.

Zwischen diesen beiden Typologien hätten sich Verschiebungen vollzogen, etwa durch die „Entstehung einer Marktnische für käuflichen Sex, der stärker emotional geprägt und weniger mechanisch" (64) sei. Indem Sexarbeiterinnen nicht nur ihre „Attraktivität und ihre Geschlechtsteile" einbringen, sondern auch „emotionale Intelligenz, allgemeine menschliche Fähigkeiten und sogar kulturelles Kapital" (66), würden sie nicht nur „guten" Sex anbieten (vgl. 42), sondern auch als „normale" Serviceanbieter agieren, die in die „Bildung einer eigenen Marke" (70) investieren müssten.

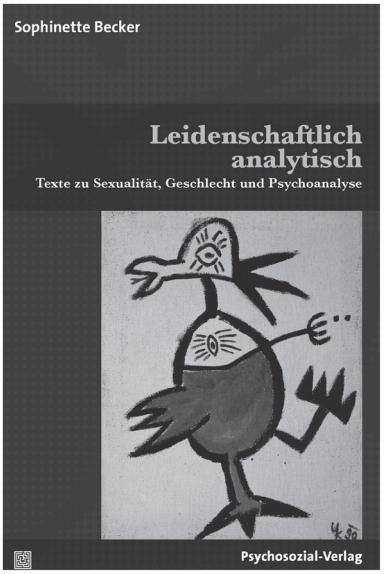
Der Übergang zur dritten Typologie ist fließend. Die Autorinnen beschreiben, wie sexuelles Kapital auch in die partnerschaftlichen Beziehungsstrukturen ‚einsickert'. Die Spannweite reicht von Investitionen in die eigene sexuelle Attraktivität und Kompetenz (79), über Formen kultureller Sexualisierung, die einen entsprechenden Warenkonsum bedingen (ebd.), über die Forderung, die „Lust selbst in die Hand zu nehmen" (80) und mit erotischem Zubehör fürs Bett an ihr zu arbeiten, bis hin zur These, die Konsumkultur speise sich aus einem „erotisch" aufgeladenen „kollektiven Unbewussten" (81), dem ein „postindustrielles ‚pharmapornographisches Regime'" (82) zugrunde liege.

Doch was ist darüber hinaus noch möglich? Mit der vierten Kategorie, in der die Autorinnen ihren Ansatz entfalten, „Neoliberales sexuelles Kapital, Selbstwertschätzung und Arbeitsmarktfähigkeit" (82ff) scheinen sie angesichts von #MeToo allerdings eher aus der Zeit gefallen zu sein, was sie durchaus auch ahnen: Die „Erlebnisqualität von Sex" für die Arbeit nutzbar zu machen, erscheine „absurd"; Sex sei schließlich „immer noch etwas sehr Privates", zudem werde erwartet, „dass wir uns bei der Arbeit stets professionell verhalten und uns keinerlei Schlüpfrigkeiten oder Belästigungen zuschulden kommen lassen" (85). Nur: das ist nicht ihr Punkt, sexuelles Kapital, wie sie es verstehen, besitze man nicht, um es wie etwa Sexyness – sexuelle Affekte, die ein Körper bei einem anderen auslöst – zielgerichtet einzusetzen, sondern es gehe um eine „Variante des Humankapitals" (55), um die „Entwicklung ermächtigter sexueller Subjektivitäten (89) – die sexuelle Affektion ist quasi nach „innen" gerichtet.

Dieses „Kapital" mache sich – statt erotischer Attraktivität – sexuelle Erfahrungen zunutze, die darin bestehen würden, dass wir „Sex auf einer rein subjektiven Ebene als Mittel zur Ausbildung eines Selbst" erleben könnten, das genau jenen „Fähigkeiten und Eigenschaften" entgegenkomme, in denen sich „soziale und professionelle Kompetenz" (56, vgl. 85f) ausdrückten und die die „Vermittlungsfähigkeit" (87) auf dem Arbeitsmarkt erhöhten.

Entsprechend lautet auch das Fazit des Bandes: Sexuelles Kapital werde nicht mehr nur partnerschaftlich „zwischen Männern und Frauen ausgetauscht", es umfasse und impliziere auch „die Gesamtheit der kapitalistischen Reproduktion" (103).

Itohan Emonvomwan (Berlin)



Becker, Sophinette, *Leidenschaftlich analytisch. Texte zu Sexualität, Geschlecht und Psychoanalyse,* hrsg. v. Anna Koellreuter und Magret Hauch, Psychosozial, Gießen 2021, 332 S., kt., 34,99 €

Rund zwei Jahre nach ihrem Tod – Sophinette Becker verstarb am 26. Oktober 2019 in Frankfurt am Main – liegt nun eine Anthologie der renommierten Sexualwissenschaftlerin und Psychotherapeutin vor. Anna Koellreuter und Magret Hauch, den Herausgeberinnen des Buches, ist es gelungen aus einem umfassenden Publikationsfundus Beckers eine Auswahl von neunzehn Veröffentlichungen zu treffen, die dem breiten Themenspektrum Rechnung tragen.

Wie in Dagmar Herzogs Geleitwort beschrieben, lassen sich Sophinette Beckers Arbeiten innerhalb der thematischen Triade von „Sexualpolitik, Vermächtnisse des Nationalsozialismus und [den] besonderen Herausforderungen der klinischen Begegnung mit einem leidenden Mitmenschen" (11) verorten. Becker war einer kritischen Sexualwissenschaft verschrieben, der es „um das Hinterfragen von Selbstverständlichkeiten und [das Arbeiten] gegen voreilige Pathologisierung bestimmter Sexualformen [sowie] gegen Schablonisierung und die Behauptung wertneutraler Theorien im Sinne ewiger Wahrheiten"[1] geht. In ihren in der Anthologie vereinten Arbeiten, ob nun mit klinischem oder gesellschaftspolitischem bzw. gesellschaftskritischem Fokus, betont sie stets die konstitutionelle Verwobenheit von Subjekt und Gesellschaft in Bezug auf Sexualität und Geschlecht.

Der erste Aufsatz des Buches „Höhensonne haben Sie wohl keine? Zur Legierung des Goldes", den sie zusammen mit Hans Becker verfasste, befasst sich mit der Forderung nach Reflexion und Auseinandersetzung der Psychoanalyse mit ihrer eigenen Wissenschafts- und Institutionsgeschichte. Becker und Becker greifen die Diskussion der kassenfinanzierten psychoanalyti-

1 Berner, W., 2021. Sophinette Beckers Beitrag zur kritischen Sexualwissenschaft. *Texte. Psychoanalyse, Ästhetik, Kulturkritik* 41 (1), 99.

schen Praxis auf und beanstanden die Entpolitisierung der Psychoanalyse. Sie schlussfolgern: „Die Krise der Psychoanalyse muss von innen her angegangen werden" (34). Die Ermangelung einer produktiven Auseinandersetzung mit der eigenen Historie, im Sinne eines Durcharbeitens, ist auch Thema ihres kurzen Kommentars „Eine ganz normale Veranstaltung? Anmerkungen zum Hamburg Kongress", anlässlich des IPV-Kongresses 1985, der erstmalig nach dem 2. Weltkrieg wieder in Deutschland stattfand.

Der Aufarbeitung der NS-Vergangenheit, bzw. dem Nachspüren der unzureichenden Auseinandersetzung, widmen sich weitere Arbeiten in der Anthologie „Die Legende von der Bewältigung des Unerträglichen" befasst sich mit dem deutschen Umgang mit der NS-Vergangenheit. Pointiert arbeitet sie Abwehrstrategien, wie die Opfer-Täter-Gleichsetzung oder familiäre Legendenbildung im Dienste der Verleugnung heraus, betrachtet die Auswirkungen der „Kultur des Verschweigens" (71) und hält fest: „Aufgrund der mangelnden Konfrontation und Auseinandersetzung mit der Realität werden wir es in Zukunft auf der manifesten Ebene mit Legendenbildungen und Scheinversachlichungen und auf der latenten Ebene mit Identifizierungen und Idealisierungen zu tun haben" (74). Was hier wie eine zeitdiagnostische Bestandsaufnahme klingt, hat dabei auch Jahrzehnte später nicht an Aktualität verloren. „Die Wiedervereinigung der Schuld" betrachtet das Bemühen der NS-Schuldbewältigung im deutsch-deutschen Spannungsfeld und skizziert anhand des Verhältnisses der BRD und DDR Phänomene von Spaltung, Projektion und Idealisierung im Rahmen der Wiedervereinigung.

Beckers Text „Von der Bosheit der Frau" kritisiert die Ausführungen Margarete Mitscherlichs: Deren Negation weiblicher Aggression und „Imago der friedfertigen Frau" (55). Weibliche Sexualität und Perversion, ein weiterer Forschungsschwerpunkt Beckers, klingt in der Anthologie in diesem Text erstmalig an. Becker postuliert in Bezug auf das Gewaltpotential der Frauen: „Dieses besteht seiner Natur nach sicher nicht nur aus notwendigen und vernünftigen Aggressionen, sondern auch aus blindem Hass, aus gefährlichen destruktiven Abgründen" (58).

Auch die Auseinandersetzung mit der NS-Erbschaft innerhalb „ihrer" Fachgesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung e.V. (DGfS), mit besonderem Fokus auf dem Wirken von Hans Bürger-Prinz, findet Raum in der Anthologie. Bürger-Prinz enttarnt sie als „klassische[n] Profiteur des Nationalsozialismus" (88). In ihrem Aufsatz „Zur Funktion der Sexualität im Nationalsozialismus" untersucht sie diese, ausgehend von drei Entwicklungslinien: dem „Erstarken einer partikularen Ethik", der „Radikalisierung der Geschlechter-Dichotomisierung" sowie dem „antibürgerlichen Impetus als der Nahtstelle zwischen dem antimodernen Ressentiment des Nationalsozialismus und seiner Modernität/Postmodernität in Bezug auf sexuelle Tabus" (145). Sie dekonstruiert die Überzeugung der Studentenbewegung, dass es sich um eine ausschließlich gehemmte-repressive Sexualität im Nationalsozialismus gehandelt habe und verdeutlicht die „Funktionalität der Widersprüchlichkeit" (155) – dem Durchbrechen und der Bestärkung sexualer Tabus – der nationalsozialistischen Sexualpolitik.

Der gesellschaftliche Umgang mit AIDS, mitsamt seinen Stigmatisierungen und Moralisierungen ist zentrales Thema ihrer Arbeit „AIDS- Die Krankheit zur Wende". Becker schildert die Konfrontation des Arztes mit seinem Unbewussten im Kontakt mit an Aids erkrankten Menschen, sowie die daraus folgende Psychodynamik, die es vermag, die Abwehrdynamiken und politischen Instrumentalisierungen des AIDS-Diskurses der 1980er Jahre genauer zu verstehen.

Der 1997 erstmalig im *Werkblatt* veröffentlichte Text „Pädophilie zwischen Dämonisierung und Verharmlosung" verweist auf Beckers Beschäftigung mit auch in sexualpolitischen Diskursen nur marginal diskutierten Themen. Nebst einer ausführlichen historischen Perspektive auf Pädophilie, stellt Becker heraus, wie notwendig eine Differenzierung zwischen sexuellen Missbrauchstaten und Pädophile ist, dient *Pädophilie* zunehmend als diffuser Begriffscontainer, der mystifiziert aufgeladen, einen umfassenden Blick auf das Phänomen versperrt. In Anlehnung an Adorno sei hier die Infantilisierung des erotischen Ideals erwähnt; Becker selbst konstatiert das Schwinden der Generationenschranke. Auch zeigt Becker deutlich den kulturellen Doublespeak auf, der in Bezug auf die kindliche Sexualität besteht und in den Diskursen um Pädophilie nicht ausreichend analysiert wird.

In „Trauma und Realität" betont Becker die Untrennbarkeit biographischer und gesellschaftlicher Aspekte für die Verarbeitung und somit mögliche Integration traumatischer Erfahrungen. Der Text ist ein Zeugnis der präzisen Begriffsarbeit Beckers, gleichsam ein Plädoyer für die Anerkennung der (traumatischen) Realität. Für ein umfassendes Verständnis von Traumatisierungen bedarf es dabei nach Ansicht der Autorin stets einer Übersteigung der individuellen, hin zur gesellschaftlichen Perspektive, um eine Traumatisierung in Gänze zu verstehen. Hieraus leitet sich somit auch ein Auftrag für die therapeutische Praxis ab.

Der Text „Weibliche und männliche Sexualität" diskutiert die Genese der Geschlechtsidentität und sexuellen Orientierung sowie deren geschlechtsspezifische, unterschiedliche Ausgestaltung, als „gewaltige Integrations- und Abwehrleistungen" (166). Becker rekurriert dabei zunächst auf Freuds Gedanken zur Bisexualität (ein steter theoretischer Bezugspunkt in ihren Arbeiten), merkt dann folglich kritisch an, wie es in der Geschichte der Psychoanalyse nicht gelungen sei, eine stringente und allgemein akzeptierte Theorie zur weiblichen sexuellen Entwicklung im Theoriegebäude der Psychoanalyse zu verankern. Bedeutsam ist bei Becker dabei, die psychosexuelle Entwicklung immer auch in Bezug auf den Körper zu denken; die „Anatomie ist in der Tat auch Schicksal" (180). Dies verdeutlicht sie ebenso in ihrer Arbeit „Das weibliche Körperselbst und die Perversion". Zunächst kritisiert die Autorin die Konzeptualisierung der Perversion als „Domäne des Mannes" (179). Sie zeigt auf, inwiefern die Perversion(en) der Frau „am falschen Ort gesucht wurden" (179),

und diskutiert, wie die Sexualität der Frau, in Abgrenzung zum Mann, nicht auf ein Organ fokussiert ist, sondern den gesamten Körper, auch den Uterus sowie das Kind, umfasst. In Anlehnung an Estela Welldon arbeitet sie heraus, dass „Frauen ihre Ängste, Konflikte, Traumatisierungen, Aggressionen nicht weniger, sondern anders als Männer im Zusammenhang mit ihrer sexuellen Identität und ihrer Geschlechtsidentität erleben, interpretieren, verarbeiten, agieren und […] externalisieren" (185). Sie weist, wenn auch nur in einem Beisatz, auf die sexuelle Überstimulierung des eigenen Kindes als perverses Enactment hin (vgl. 187), ein Faktum, das sie auch in Vorträgen wiederholt benannt hat und der in Diskursen um sexuellen Kindesmissbrauch meines Erachtens regelhaft nicht ausreichend betrachtet wird. Auch diskutiert sie das „Herbeiführen von Operationen, vor allem im gynäkologischen Bereich" (192) als weibliche Perversion und fordert eine weitere Auseinandersetzung mit den weiblichen Perversionen in ihren vielfältigen Manifestationen, die häufig als sexuelle Funktionsstörungen oder andere Störungen fehldiagnostiziert werden.

„Poststrukturalismus und Geschlecht: Ein Blick zurück" ersucht die Potentiale und Grenzen des poststrukturalistischen Genderdiskurses. Becker widerspricht dabei den Auffassungen einer ausschließlich sozialen Konstruktion des geschlechtlichen Körpers und befragt, ob eine „finale Dekonstruktion des Subjekts der Wirklichkeit angemessen ist" (211). Ihr zentraler Kritikpunkt lautet, nicht nur in dieser Arbeit, in Bezug auf das Sexuale und das Geschlecht: „Der poststrukturalistische Genderdiskurs hat keine Vorstellung von der Widersprüchlichkeit" (214). Ebenso diskutiert sie, ob die radikale Dekonstruktion der Geschlechterdifferenz nicht auch als Widerhall einer neoliberalen Ideologie zu verstehen ist. Diese und weitere Denkfiguren werden auch in ihren Texten „Bisexuelle Omnipotenz als „Leitkultur?" und „Geschlecht und sexuelle Orientierung in Auflösung – was bleibt?" weiterentwickelt und präzisiert.

Wenngleich es in den in der Anthologie enthaltenen Arbeiten zu thematischen Überschneidungen kommt, ist die Auswahl zu begrüßen, lässt es die Lesenden doch an der Weiterentwicklung ihrer Gedanken über die Zeit teilhaben. Die Feststellung, dass sich die binäre, diskursive Ordnung der Geschlechter einerseits in Auflösung begriffen ist und gleichzeitig fortexistiert (vgl. 294), exemplifiziert zwei ihrer zentralen Denkfiguren: Das Bloch'sche Motiv der Gleichzeitigkeit von Ungleichzeitigem und die Widersprüchlichkeit der Sexualität an sich, die sich eben nicht eindeutig ordnen oder dekonstruieren lässt.

Auch in diesen Texten ist die Körperlichkeit zentral. Becker, die queeren und dekonstruktivistischen Diskursen in keinem Fall per se in Opposition entgegentritt, betont, dass die sexuelle Entwicklung stets in einem biologisch männlichen oder weiblichen Körper stattfindet. Sophinette Becker setzt hier einen Akzent. Sie greift dies auch im letzten Beitrag der Anthologie „You can always get what you want. Psychoanalyse in neoliberalen Zeiten" wieder auf, in welchem sie sich mit Griffin Hansburys Arbeit zum männlichen Vaginalen kritisch auseinandersetzt. Hier unterscheidet sie klar zwischen der Phantasie und der Realität (wobei letztere eben auch eine körperliche darstellt) und stellt als klinische Implikation ein Durcharbeiten dieser, aus ihrer Sicht vorschnellen, transmodernen Affirmation Hansburys, gegenüber.

Die Arbeiten „Sadomasochismus bei Transsexuellen", „Transsexualität" – zwischen sozialer Konstruktion, bisexueller Omnipotenz und narzisstischer Plombe" und „MRT statt TSG. Vom Essenzialismus zum Konstruktivismus und wieder zurück" ermöglichen einen Einblick in ihre theoretische und klinische Arbeit mit Transsexualität und transsexuellen Menschen. Sie formuliert Vorschläge zum Transsexuellengesetz, welche auch die gesellschaftlichen Herausforderungen betonen. Becker plädiert bezüglich der Transsexualität und dem Wunsch nach Transition, die sie zunächst aus historischer, konstruktivistischer und klinischer Perspektive diskutiert, für einen ergebnisoffenen Prozess. Transsexualität versteht Becker als einen möglichen „Ausweg" aus dem Spannungsfeld des Sexualen und stellt somit auch an dieser Stelle die Meinung einer konfliktfreien Kerngeschlechtsidentität kritisch auf den Prüfstand.

Zunächst irritiert es, dass die Arbeiten, die in der Anthologie chronologisch angeordnet sind, nicht unmittelbar mit Jahreszahlen versehen sind. Diese finden sich zum Teil in einer Fußnote, oder können im Schriftenverzeichnis nachgeschlagen werden. Es bleibt beeindruckend, dass die älteren Arbeiten nicht an Aktualität eingebüßt haben. 1997 schreibt Becker, dass „[z]urzeit […] ‚das Trauma' Hochkonjunktur hat" (130), dies ließe sich auch gegenwärtig (wieder) zeitdiagnostisch konstatieren. Bei einer Neuauflage der Anthologie, die man dieser Publikation nur wünschen kann, wäre die Nennung des Publikationsjahres, doch zu begrüßen.

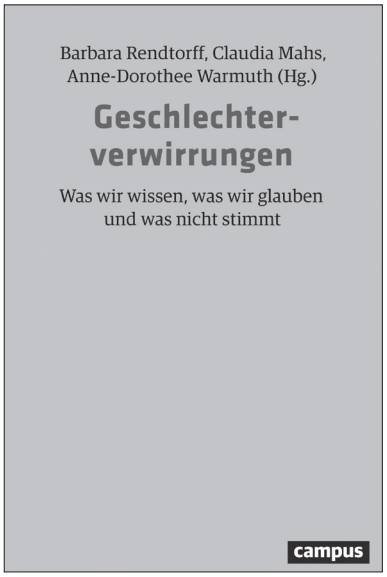
Die Texte, die zum großen Teil aus Vorträgen hervorgegangen sind oder solche wiedergeben, sind lebendig, von der Schärfe und Polemik Beckers getragen – Julia König beschreibt das Lebenswerks Beckers als „niemals feige" und „immer besonders genau"[2] – ohne jedoch in Zynismus und Übertreibung zu münden. Der Titel der Anthologie ist trefflich gewählt, denn die Leidenschaft, mit denen Becker ihre kritischen Analysen vornimmt, überträgt sich rasch beim Lesen ihrer Texte. Beckers Insistieren auf der Analyse der gegenseitigen Durchdringung von Gesellschaft und Subjekt, um sexuelle Phänomene und Geschlecht in ihrer Tiefenschicht zu verstehen, artikuliert sich in ihren Arbeiten.

Wie zu Beginn im Geleitwort erwähnt, befasste sich Sophinette Becker „mit unbequemen Themen" und bot nie „vereinfachte Analysen" (11), stets herrschte eine Vielstimmigkeit in der Anrufung ihrer Forschungsgegenstände vor. Daher bleiben Leerstellen zurück und es ist zu bedauern, dass diese nicht weiter durch Sophinette Becker ergründet werden können. Umso

2 König, J., 2021. Vom Primat der Erfahrung und von den Gezeiten sexueller Verhältnisse – Sophinette Beckers Einsichten in die Zusammenhänge von Sexualität und Geschlecht. *Sexuologie 28 (1–2)*, 49–54, 49.

wichtiger, dass nun eine Anthologie vorliegt, die nebst der Erinnerung an Sophinette Becker, zum weiteren (kritischen) Nachdenken anregt. Martin Dannecker resümiert in seinem Vorwort, das Becker „Klinik und Theorie, die psychoanalytische und die sexualwissenschaftliche, zusammenbrachte und zusammendachte – und das in einem durch und durch politischen Kopf“ (14). Der vorliegende Band legt davon eindrücklich Zeugnis ab.

Maximilian Römer (Berlin)



Rendtorff, Barbara, Claudia Mahs, Anne-Dorothee Warmuth (Hg.). *Geschlechterverwirrungen. Was wir wissen, was wir glauben und was nicht stimmt*, Campus Verlag, Frankfurt/Main 2020, 248 S., kt., 24,95 €

Nicht weniger als 32 Beiträge versammelt der von den Erziehungswissenschaftlerinnen Barbara Rendtorff, Claudia Mahs und Anne-Dorothee Warmuth herausgegebene Sammelband *Geschlechterverwirrungen*. Es versteht sich, dass in einer Rezension nicht auf jeden einzelnen von ihnen eingegangen werden kann. Die prägnantesten sollen hier aber beleuchtet werden. Auf zentrale Aussagen von andern soll wenigstens ein kurzer Blick geworfen werden.

Zuvor jedoch zur Gesamtkonzeption des Bandes, der, wie die Herausgeberinnen im Vorwort darlegen, über das „von historischen über philosophische, von körperbezogenen bis zu politischen“ Aspekten reichende Spektrum zum Thema Geschlecht und Geschlechtlichkeit „sachkundig informieren“ und „seriös aufklären“ (9) will. Hierzu wurden die Beiträge auf die vier Rubriken „Geschlecht, Kultur, Religion“, „Arrangements der Geschlechter“, „Körper, Leib und Sexuelles“ sowie „Gesellschaft und Politik“ verteilt.

Verfasst wurden die Beiträge des vorliegenden Bandes zumeist von Angehörigen unterschiedlicher gesellschafts- und geisteswissenschaftlicher Disziplinen. Doch sind mit Brigitte Röder etwa auch eine Professorin für ur- und frühgeschichtliche Archäologie, mit Sigrid Schmitz eine Biologin und mit Volkmar Sigusch ein Sexuologe vertreten. Nicht bei allen Texten handelt es sich um Originalbeiträge. Von Sigusch wurde etwa ein Auszug aus seinem 2015 erschienenen Buch *Sexualitäten* aufgenommen, Kerstin Palms Beitrag ist „eine stark vereinfachte Kurzfassung“ (160) ihres Aufsatzes *Begabung, Talent und Geschlecht* und derjenige von Ute Frevert eine „leicht veränderte Fassung“ (179) eines am 27.1.2018 in der FAZ erschienenen Artikels.

Im offenbaren Bemühen um religiöse Ausgewogenheit, wurde im ersten Abschnitt je ein Artikel über die drei sich monotheistisch verstehenden Religionen aufgenommen. Elisa Klaphecks Text zum Judentum betont die Bedeutung der weiblich konnotierten „richtende[n] Gewalt“ (53). Helga Kuhlmanns Beitrag über das Christentum wiederum vertritt die These, aus „christliche[r] Perspektive“ (46) habe Gott „kein Geschlecht“ (47), könne „aber in unterschiedlichen geschlechtlichen Analogien angemessen imaginiert und erfahren werden“ (ebd.). So komme sowohl in „Gottes Väterlichkeit“ wie auch in „Gottes Mütterlichkeit“ die „Göttlichkeit Gottes zum Ausdruck“ (50). Überhaupt könne „jede personale Geschlechtlichkeit gottesbildlich“ (52) werden, sei sie nun „männlich, weiblich, divers, schwul, lesbisch, transsexuell, bisexuell, intersexuell und/oder *queer*“ (ebd.). Ein klein wenig anders verhält es sich in Bettina Dennerleins Aufsatz zum Islam. Zwar wendet sie sich gegen die „polemische Engführung in Debatten über Islam und Frauenbefreiung“ (64), doch stellt sie mit Aisha al-Rahman eine muslimische Autorin vor, die die Rolle der Frau in der islamischen Religion nicht ganz unkritisch sah, sondern „konsequent konservative Grundpositionen in Fragen der Geschlechterverhältnisse mit der ebenso konsequenten Kritik an gesellschaftlichen Verhältnissen wie auch islamischen Traditionen, die die Selbstständigkeit und Selbstverantwortung von Frauen einschränken [verband]“ (61f).

In einem vierten Artikel, der keiner bestimmten Religion gewidmet ist, betont Heidemarie Winkel, dass Geschlecht ein „zentrales Element religiöser Sinn- und Ordnungsvorstellungen“ (39) und somit eine „grundlegende Kategorie sozialer Ungleichheit in vielen Religionen“ (44) sei. Bedauerlicher Weise spiegelt sich das zumindest in zwei der drei bestimmten Religionen gewidmeten Texte nicht hinreichend wider.

Zwar werden Geschlecht und Gender von alters her und von der Allgemeinheit auch heute noch oft fälschlicherweise auf Fragen der Weiblichkeit verkürzt. Nicht so jedoch in den Wissenschaften und so auch nicht im vorliegenden Band. Mehrere der meist nur wenige Seiten umfassenden Beiträge widmen sich dezidiert dem männlichen Geschlecht und beleuchten etwa „konkurrierende Männlichkeitsvisionen“ (97) oder die „Beharrlichkeit des männlichen Habitus“ (103). In Zeiten von Transaktivismus und Queertheorie spielen natürlich auch andere Geschlechter zwischen oder – je nach Sichtweise – jenseits von Männlichkeit und Weiblichkeit eine Rolle. Mike Laufen-

berg weist etwa auf „feministisch-marxistischen Debatten" hin, in denen ‚queer' […] manchmal als Symptom einer neuen neoliberalen Geschlechterideologie betrachtet wird" (189)[1], und Ilka Quindeau findet, dass die Geschlechtertrias „Männlich, weiblich, divers" (125) die mannigfaltige Wirklichkeit der Geschlechter nicht einmal annähernd widerspiegelt, und macht sich stattdessen für den „Begriff der Geschlechter*vielfalt*" (129) stark. Zur Erläuterung zieht sie ein „Intersektionalitätsmodell" (ebd.) heran, dem zufolge „sich in jeder Person die verschiedenen Analyseebenen, die das Geschlecht konstituieren, kreuzen" und „ein ganz bestimmtes Mischungsverhältnis hervorbringen" (ebd.). Als Beispiele nennt sie „die chromosomale Ebene, die gonadale, die hormonelle, die anatomische" (ebd.). Quindeaus Ansatz zu Ende gedacht, ließe sich schließen, dass jeder Mensch ein ganz individuelles und einzigartiges Geschlecht besitzt und es somit ebenso viele Geschlechter wie Menschen gibt.

Eröffnet aber wird der Band von Mitherausgeberin Barbara Rendtorff, die der Frage nachgeht, was „so ‚besonders' an Geschlecht und Geschlechtlichkeit" (13) ist, und sie mit dem Hinweis auf „die *Spannung* zwischen einer geforderten Zweigeschlechtlichkeit in Bezug auf Geburtigkeit und der absoluten Offenheit und Ungebundenheit des (sexuellen) Begehrens" (17) beantwortet. Ihre näheren Ausführungen bleiben dabei nicht immer ganz widerspruchsfrei. So betont sie einerseits „irgendwann" habe sich „zumindest im europäischen Raum die Vorstellung durchgesetzt, dass die weibliche Sexualität irgendwie anstößiger, unmäßiger, schwerer zu kontrollieren und mithin gefährlicher sei als die männliche" (15) und daher eine „Gefahr […] von der ungezügelten Sexualität von Frauen ausgeht, die den sittlichen Bestand der ganzen Gesellschaft gefährden würde" (18). So seien „Kontrolle und Tabuisierung der weiblichen Sexualität zur fixen Idee"[2] (15) geworden.

Andererseits führt sie aus, dass Frauen „ihre Geschlechtlichkeit, das heißt ein eigenes sexuelles Begehren abgesprochen werden [musste]", „[u]m die gesellschaftliche und politische Unterordnung der Frauen zu begründen" (18). Das Spannungsverhältnis zwischen beiden Befunden wird nicht wirklich aufgelöst. Auch kann Rendtorffs apodiktische Behauptung, das „Gegenteil" des „Sexuelle[n]" seien „Macht und Gewalt" (ebd.) nicht überzeugen. Im Gegenteil, nicht selten sind sie auf verschiedene Weise miteinander verschränkt. So kann Macht eine sexuelle Anziehungskraft besitzen und die Ausübung wie auch das Erleiden von Gewalt können – nicht alle, aber doch einige – Menschen sexuell erregen.

In einem zweiten Beitrag bietet Rendtorff einen konzisen Überblick über die Geschichte der Frauenbewegungen und ihre internen Differenzen, wobei sie das Hauptaugenmerk auf die Entwicklung in Deutschland legt. Zu Recht merkt sie an, dass diese Differenzen nicht notwendigerweise als Schwäche der Frauenbewegung(en) angesehen werden müssen, sondern ihre „enorme Vielfältigkeit" ein „Zeichen ihrer Stärke" (200) ist.

Nicht der Frauenbewegung, sondern ihrem theoretischen Überbau, dem Feminismus gilt das Interesse von Margret Karsch, die entsprechend der von Rendtorff konstatierten Vielfalt der Frauenbewegungen, darauf hinweist, dass unter den „Oberbegriff" Feminismus zwar „viele Strömungen und auch politische Theorien fallen" (77), sie sich jedoch alle die „Forderungen" nach dem „Recht auf körperliche Unversehrtheit, bis hin zur Selbstbestimmung über den eigenen Körper„ auf Bildung, auf politische Partizipation, auf Arbeit, gerechte Bezahlung und Eigentum" (ebd.) auf die Fahne geschrieben haben.

Friederike Kuster wiederum befasst sich mit dem Patriarchats-Begriff, der in der Geschichte von Frauenbewegung und Feminismus bekanntlich lange Zeit eine zentrale Rolle spielte. Zwar handele es sich bei dem „Begriff des Patriarchats" um ein „irgendwie veraltete[s] Konzept" (116), das nicht mehr als wissenschaftliche Analysekategorie tauge, doch bleibe er „ein angestammter und beliebter Schlachtruf" (121).

Cornelia Helfferich beleuchtet die Triade „Patriarchat, Alter und Geschlecht" und weist auf die wenig überraschende „engeren Verbindung" zwischen der „Ungleichheit nach Geschlechterzuordnung" und der „Ungleichheit nach Alterszuordnung" (33) hin. Interessanter ist die von ihr konstatierte Gegenläufigkeit der Diskriminierung. Steigert sich die Diskriminierung von Frauen mit zunehmendem Alter, so wachsen „Prestige und Status" (ebd.) im Laufe des Lebens von Männern.

Edgar Forster widmet sich hingegen dem Wesen von Männlichkeit und vertritt die These, dass diese „stärker als bisher wahrgenommen mit Reproduktion (und weniger mit Identität) verknüpft" (23) sei. Daher plädiert er dafür, „die Reproduktion in das Zentrum einer Theorie der Männlichkeit zu stellen" (25).

Machten Horkheimer und Adorno zur Mitte des vergangenen Jahrhunderts eine *Dialektik der Aufklärung* publik, so geht Sarah Speck in ihrem erhellenden Beitrag den „Paradoxien der Modernisierung" (109) nach und weist darauf hin, dass „das Normative das Faktische" auf geradezu fatale Weise „überlagert" (114). Denn die „Idee der Gleichheit der Geschlechter" habe zur Folge, dass Geschlecht „in sozialen Prozessen keine Relevanz mehr haben darf" (112). Mehr noch: Alleine schon „Geschlecht zu thematisieren, bedeute demnach etwas relevant zu machen, das nicht mehr wichtig sei" (ebd.). Dies verhindere die notwendige „Reflexion auf und eine Auseinandersetzung mit der gesellschaftlichen Geschlechterunterscheidung, also den weiterhin bestehenden institutionellen Strukturen, Praktiken und Stereotypisierungen" (ebd.).

Ebenfalls positiv hervorzuheben ist Brigitte Jägers Beitrag über die Geschlechterverhältnisse in der Ur- und Frühzeit des Menschen. Mit spitzer Feder widerlegt sie die Phantasien vom „steinzeitlichen Geschlechterparadies" (70) in den als Sachbüchern getarnten Phantasieerzählungen über die Steinzeit etwa

1 Dies allerdings, ohne dass der Soziologe diese Auffassung teilen würde (vgl. 189f).

2 Was nebenbei bemerkt in islamisch geprägten Gesellschaften und solchen, in denen die weibliche Genitalverstümmelung praktiziert wird, allerdings doch in noch weit größerem Maße der Fall ist.

des Ehepaars Pease[3] anhand der Forschungsergebnisse der prähistorischen Archäologie, die eindrücklich zeigen, „dass die Geschlechterrollen auch in der Urgeschichte variabel, vielfältig und wandelbar waren“ (74).

Einen weiteren Glanzpunkt des Bandes bilden Damaris Nüblings Ausführungen über das *Deutsche als Männersprache.*[4] Nimmt Brigitte Jäger die Phantasien des Ehepaares Pease gründlich auseinander, so Nübling den Aufruf *Schluss mit dem Gender-Unfug* des *Vereins Deutsche Sprache,* dessen Statements sich immer wieder „durch die weitgehende Abwesenheit linguistischer Expertise“ (82) auszeichnen. Instruktiv sind vor allem einige Überlegungen zu sprachlichen Details. So legt die Autorin etwa dar, warum „deviante Männer“ sprachlich „‚nur' ins Femininum geraten“ (84), indem sie etwa als *die* Tunte, *die* Schwuchtel, oder *die* Memme beschimpft werden, „deviante Frauen aber seltener ins Maskulinum als vielmehr ins Neutrum“ (84): *das* Weibsbild, *das* Miststück, *das* Pusselchen, *das* Heimchen. Den Grund hierfür macht sie darin aus, dass eine sprachliche Verschiebung ins Femininum bei Männern immer eine Abwertung ist, eine Verschiebung von Frauen ins Maskulinum hingegen einer Aufwertung gleichkommen könnte.

Paula-Irene Villa wendet sich der „Materialität und Relevanz von (Geschlechts-)Körpern“ (145) zu und bestimmt Gender als „biosoziale Form“ (ebd.). Eine „körperliche Materialität der Geschlechterdifferenz bzw. von Gender“ werde also nicht „[b]estritten“ (ebd.), doch weise der Begriff Gender auf „die ursächliche Zwangsläufigkeit einer außersozialen und ahistorischen Natur als Eigentlichkeit von Geschlecht zurück“ (ebd.). Damit liefert sie eine ziemlich genaue und tragfähige Bestimmung dessen, was der Begriff Gender noch bis vor kurzem nach allgemeinem Verständnis bezeichnete. Seit einiger Zeit setzt sich jedoch zunehmend eine Verschiebung des Begriffs durch, zu dem sich Villa bedauerlicherweise nicht äußert. Sie wurde zuerst von queer-theoretischer und trans-aktivistischer Seite in den Diskurs eingebracht und gewann im akademischen Feld der Gender und Queer Studies schnell an Bedeutung. Ihm zufolge bezeichnet der Begriff *Gender identity* eine Geschlechtsidentität, die dem jeweiligen Individuum angeboren und damit gerade nicht sozial und/oder kulturell konstruiert, sondern ihm wesenseigen sei. Auch das biologische Geschlecht seines Körpers sei für diese durch inneres Wissen und Fühlen verbürgte Geschlechtsidentität völlig belanglos.[5] Diese vom Geschlechtskörper losgelöste Geschlechtsidentität werde von der betreffenden Person durch einen für alle verbindlichen Sprechakt bekundet. Wie weit die Wirkungsmacht dieser Vorstellung reicht, zeigt sich etwa darin, dass die Ampel-Regierung laut ihrem Koalitionsvertrag ein „Selbstbestimmungsgesetz“ auf den Weg bringen will, das „Änderungen des Geschlechtseintrags im Personenstand grundsätzlich per Selbstauskunft möglich macht“.[6]

Auch in Imke Schminckes Beitrag zum Antifeminismus sticht eine Absenz ins Auge, erklärt sie doch, dass sich „[d]er neue Antifeminismus […] selbst auch als *Antigenderismus* [bezeichnet]“, da er „seine Kritik“ am Feminismus „häufig an der Verwendung des Begriffs Gender fest[macht]“ (211). Unerwähnt bleibt hingegen der insbesondere im englischen Sprachraum zunehmend erstarkende genderkritische Feminismus[7], wie er etwa von der australischen Philosophin Holly Lawford-Smith vertreten wird.[8] Schon gar nicht kommt zur Sprache, wie intransigent Angehörige (namentlich Studierende) der Gender Studies feministische Genderkritik in den Universitäten zu unterbinden suchen.[9] Dass Schmincke erklärt, vom „neue[n] Antifeminismus“ würden „Frauenrechte […] teilweise […] ganz offensiv gefordert“ (212) legt ganz im Gegenteil sogar nahe, dass sie Radikalfeminismus und genderkritischen Feminismus kurzerhand dem Antifeminismus zuschlägt.

Das „Verständnis einer bio-sozio-kulturellen Konstruktion von Geschlecht“ (152) der Biologin Sigrid Schmitz wiederum entspricht zwar weitgehend, doch nicht ganz exakt dem Gender-Begriff von Villa. Schmitz zufolge „kennzeichnet“ er, „wie sich Geschlechterverhalten und Geschlechtervorstellungen durch soziale Erfahrungen in einer Gesellschaft im Rahmen von kulturellen Normen entwickeln“ (ebd.). Dabei seien „Natur und Kultur, Sex und Gender […] untrennbar verwoben (ebd.). Im Weiteren wirft Schmitz einen Blick auf die „*Umweltepigenetik*“, die den „Einfluss äußerer Faktoren auf die Regulation der Gene diskutiert“ (153), und hier wieder insbesondere auf die „*transgenerationale[.] Umweltepigenetik*, die erörtert, „wie erfahrungsbedingte epigenetische Veränderungen über die Keimbahn an die eigenen Kinder und nachfolgender Generationen weitergegeben werden könnten“ (ebd.). Damit zählt ihr Text zu den instruktivsten des Bandes.

Im letzten Beitrag informiert Meike S. Baader über die Geschlechterforschung an Hochschulen und beklagt, dass diese

3 Vgl. Pease, A., Pease, B., 2005. Warum Männer nicht zuhören und Frauen schlecht einparken. Ullstein, Berlin.

4 So der Titel eines zum Zeitpunkt seines Erscheinens bahnbrechenden Buches der feministischen Linguistin Luise F. Pusch aus dem Jahr 1984.

5 Zur Kritik an diesem Verständnis vgl. etwa Kathleen Stock Material Girls (London 2021) oder das von Vojin Saša Vukadinović mit Sophie Allen geführte Interview, 2021, Plädoyer für einen genderkritischen Feminismus in *Sexuologie* 28 (2), 129–133.

6 Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021–2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP), 119.

7 Vgl. etwa das von Vojin Saša Vukadinović mit ihr geführte Gespräch, das unter dem Titel „Weiblichere Männer sind nicht die Lösung“ am 5.3.2021 in der *Neuen Zürcher Zeitung* (S. 5) erschien.

8 Vgl. https://hollylawford-smith.org.

9 Zu jüngeren Vorkommnissen vgl. etwa Katja Hoyer, Die Angst geht um. *Die Welt* vom 8.11.2021, S. 15 und Harry Lambert, 2021. Kathleen Stock and Sussex University: the war over academic freedom, *The New Staatesman*. UK Edition vom 21.10.2021: https://www.newstatesman.com/politics/feminism/2021/10/kathleen-stock-and-sussex-university-the-war-over-academic-freedom.

sich „verstärkten Angriffe[n] in Medien, Politik und Öffentlichkeit“ ausgesetzt sehe, die insbesondere „von Gruppen der Neuen Rechten bespielt“ würden (216). Inneruniversitäre Kritik an Positionen der Geschlechterforschung, den Gender und Queer Studies, die nicht von rechten, sondern vielmehr von feministischen Personen vorgetragen werden, sind ihr hingegen nicht der Rede wird.

Ungeachtet der genannten Kritiken an einigen der Beiträge, ist als Fazit zu ziehen, dass die Artikel des vorliegenden Bandes auf Grund ihrer Kürze zwar nicht immer in die Tiefen ungeklärter Fragen eindringen oder sich gar an Antworten versuchen können, aber viele von ihnen gute Einführungen und erste Einblicke in die jeweiligen Problemfelder bieten. Gelegentlich werden die Lesenden sogar auf weithin unbeachtete Aspekte eines Gegenstandes oder Problems aufmerksam gemacht. Da sie zudem ein weitgefächertes Themenspektrum abdecken und niemand in all den behandelten Themenfeldern bewandert sein kann, dürfte wohl kaum jemand das Buch ohne Erkenntnisgewinn aus der Hand legen, was allerdings nicht bedeutet, mit jeder einzelnen der vertretenen Thesen d’accord gehen zu müssen. Unbestritten berechtigt aber ist Rendtorffs Warnung, „dass es leichtfertig wäre, die erreichten Erträge der Frauen-Bewegungen als ausreichend, dauerhaft oder als gesichert einzuschätzen“ (200).

Rolf Löchel (Marburg)

Plett, Konstanze, *Geschlechterrecht. Aufsätze zu Geschlecht und Recht: Vom Tabu der Intersexualität zur Dritten Option*, hrsg. v. Marion Hulverscheidt, transcript Verlag, Bielefeld 2021, 391 S., kt., 39 €

2019 wurde die Rechtssoziologin und pensionierte Juraprofessorin Konstanze Plett für ihre Verdienste um die Wahrung der Menschenrechte intersexueller Personen mit dem Bundesverdienstkreuz ausgezeichnet. Zwei Jahre später erschien ein Band, der Aufsätze und Reden Pletts aus den Jahren 1999 bis 2018 versammelt. Marion Hulverscheidt hat ihn herausgegeben und Pletts an der Goethe-Universität in Frankfurt tätige Kollegin Friederike Wapler hat ein Geleitwort beigesteuert, indem sie einen „neuralgischen Punkt des Rechts“ herausstellt, der in zahlreichen Texten Pletts explizit oder implizit eine Rolle spielt: Es geht von einer „vermeintlichen Natürlichkeit der Ordnung“ aus, „die es selbst erst konstituiert“ (9).

Gemeinsam mit Wapler haben die Autorin und die Herausgeberin des Bandes 23 der ursprünglich „breit gestreut an ganz unterschiedlichen Orten“ (13) publizierten Texte aus dem umfangreichen Œuvre Pletts ausgewählt. Etliche von ihnen hat die Rechtwissenschaftlerin auf interdisziplinären Tagungen vor einem juristischen Laienpublikum vorgetragen, sodass sie auch einem breiteren Lesepublikum ohne Fachkenntnisse verständlich sind. Denn wie Hulverscheidt richtig anmerkt, liegt „die Stärke“ der Texte darin, „fachlich-juristische […] Analysen allgemeinverständlich zu vermitteln“ (15). Dies ist nicht unwichtig, da sich der Band dezidiert ebenso an „juristisch interessierte Menschen“ wie an „Studierende der Gender Studies, der Geschichte, der Soziologie und der Politikwissenschaft sowie allgemein politisch und medizinisch Interessierte“ (ebd.) richtet. Der Leser erhält im Laufe der Lektüre manche überraschende Information. So etwa, „dass im alten Rom Männer und Frauen nicht als naturgegeben verstanden wurden, sondern als Ergebnis einer normativen Regelung“ (214). Bedauerlich ist allerdings, dass Plett keine Quelle für diese Information liefert.

Die Aufsätze und Reden sind nicht thematisch angeordnet, sondern entsprechend der Chronologie ihrer Entstehung. So lässt sich leicht nachvollziehen, wie sich Interesse und Sprache des Diskurses im Laufe der Zeit entwickelten. Eine Ausnahme von der chronologischen Abfolge bildet nur der erste Text, bei dem es sich um Pletts 2012 gehaltene Abschiedsvorlesung handelt. Jeder der Texte ist mit einem „Vorspruch“ versehen, der ihn kontextualisiert. Wer diese einleitenden Worte verfasst hat, ist nicht ersichtlich.

Wie Hulverscheidt betont, „war und ist“ Plett „aufgrund ihres menschenrechtlichen Ansatzes immer bemüht, aktuelle Selbstbezeichnungen“ der Menschen, über die sie spricht, „zu verwenden“ (14). So benutzt sie in einem Text aus dem Jahr 2014 erstmals den Gender-Asterisk (*), „um möglichst wenig zu diskriminieren“ (245).[1] An dem Begriff *Intersexualität* hielt Plett jedoch zumindest noch bis 2009 fest, obgleich er „von Menschen, die als Intersexuelle bezeichnet werden, häufig abgelehnt wird“ (161), da es sich um einen medizinischen Ausdruck handelt. Plett benutzt ihn dennoch, „weil er in den letzten zehn Jahren am häufigsten verwendet wurde und neutraler klingt als ‚Hermaphrodismus‘“ (ebd).

[1] Warum Hulverscheidt selbst uneinheitlich, nämlich mal mit dem Doppelpunkt („Aktivist:innen“, Entscheidungsträger:innen“ [15]), mal mit dem Unterstrich („Wissenschaftler_innen und (Rechtspraktiker_innen […] Freund_innen“ [17]) gendert, erhellt sich hingegen nicht.

Bereits ein knappes Jahrzehnt zuvor hat Plett eine andere sprachliche Regelung moniert, nämlich dass Frauen zwar „[u]nter der Geltung des Gleichheitsgrundsatzes […] bei Verwendung des (so genannten generischen) Maskulinums ‚mitgemeint' [sind]" (55), dieses „‚Mitgemeintsein'" in Rechtstexten jedoch „keineswegs selbstverständlich [ist]" (58). Vielmehr „bedarf [es] stets der Interpretation der betreffenden Norm in Kenntnis des jeweils aktuellen gesellschaftlichen und historischen Kontexts – und der dazu existierenden juristischen Lehrmeinungen" (ebd.), um zu bestimmen, ob das Maskulinum an einer bestimmten Stelle eines Rechttextes Frauen ‚mitmeint' oder nicht.

Pletts Texte behandeln zwar primär, jedoch nicht ausschließlich zum Zeitpunkt ihres Entstehens aktuelle Fragen und Probleme des Geschlechterrechts; sie erläutern aber auch ganz grundsätzliche Eigenschaften von Rechtstexten. So besitzen sie etwa eine „eigene Grammatik" (45). „[D]enn sie *be*schreiben nicht etwas, sondern schreiben etwas *vor*. Wenn im Recht von der Gleichheit der Menschen die Rede ist, bedeutet das *nicht*, daß alle Menschen *gleich sind*, und auch *nicht*, daß sie *individuell gleich sein oder werden* sollen, *sondern*, daß sie *vom Recht gleich behandelt werden* sollen. Faktische Unterschiede zwischen den Menschen werden durch das Gleichheitsgebot nicht negiert, sondern im Gegenteil sogar anerkannt" (ebd.).

Eine weitere, diesmal nicht unproblematische Eigenheit zumindest deutscher Rechtstexte ist, dass sie den Begriff Geschlecht verwenden, „ohne dass er im Gesetzesrecht selbst definiert wird" (341). So wird er in Gerichten und in der Rechtswissenschaft „je nach Kontext aus[gelegt]", wobei „Bedeutungsvariationen in anderen Kontexten ausgeblendet" (ebd.) werden. Dabei wäre eine Definition dessen, was juristisch beziehungsweise in juristischen Texten unter Geschlecht verstanden wird, umso dringlicher, als „wohl keines der juristischen Gebiete so eng mit der Gesellschaft verwoben wie alles, was mit Geschlecht zu tun hat" (150).

In einem Text aus dem Jahr 2018 wirft Plett allerdings die berechtigte Frage auf, ob es nicht „einfacher" wäre „das Geschlecht überhaupt nicht mehr behördlich zu erfassen oder in irgendwelchen rechtlichen Bestimmungen zu erwähnen" (348). Ihr sei nur ein „einzige[s] Gegenargument" (ebd.) bekannt. Es betrifft „die amtliche Statistik, die aufgrund der bequemen Erfassung von nach männlich und weiblich (demnächst zusätzlich: ‚dritte Option') getrennte Daten Frauendiskriminierung (demnächst auch: Diskriminierung eines ‚dritten Geschlechts') einfacher und schneller sichtbar macht, als wenn diese nur mittels empirischer Untersuchungen feststellbar wäre" (ebd.).

Es ist dies ein nicht gering zu schätzender Einwand. Und es gibt zumindest noch einen weiteren, der sogar noch schwerer wiegen dürfte. Der Verzicht auf die das jeweilige Geschlecht bezeichnenden Kategorien (Mann, Frau etc.) und auf die Kategorie Geschlecht als solche würde nicht nur ein Verbot der Diskriminierung aufgrund des Geschlechtes unmöglich machen, sondern auch die dringend erforderliche Aufnahme des Verbots geschlechterspezifischer Hasskriminalität als eigenständigen Straftatbestand ins Strafgesetzbuch. So betont denn auch Plett in dem besagten Text von 2018, dass „Geschlecht […] auf jeden Fall ein verbotenes Diskriminierungsmerkmal bleiben" (349) muss. Und schon 2009 plädiert sie dafür, dass „auch Intersexuelle mit ihrem mehrdeutigen Körpergeschlecht von den Rechtsordnungen akzeptiert werden und das Verbot der Diskriminierung wegen des Geschlechts […] nicht nur für Frauen und Männer, sondern auch für Intersexuelle gelten [müsste]" (162).

Nicht nur die errungenen und zu erringenden Rechte trans- und intersexueller Personen werden in den Texten thematisiert, sondern etwa auch das Unrecht der weiblichen Genitalverstümmlung (vgl. 155–157) oder „[f]amilienrechtliche Regelungen" (37). Letztere sind umso wichtiger, als sie nicht nur Angehörige von Familien, sondern alle Menschen betreffen. Denn sie „[wirken] weit über ihren eigentlichen Regelungsbereich hinaus " (ebd.) und wirken sich unter anderem auf „Steuervergünstigungen, Auskunftsrecht im Krankheitsfall, Zeugnisverweigerungsrecht" (50) aus.

Auch der von Plett zitierte erste Absatz des sechsten Artikels im Grundgesetz, der besagt, dass „Ehe und Familie […] unter dem besonderen Schutz staatlicher Ordnung [stehen]", betrifft alle Menschen. Inwiefern diese grundgesetzliche Reglung und ihr Niederschlag in anderen Rechtstexten Nichtverheiratete diskriminiert, interessiert Plett allerdings weniger als die zur Zeit der Abfassung des Textes (1999) gültige Rechtsprechung, der gemäß es nicht allen Menschen möglich war, das Eheprivileg zu genießen; jedenfalls dann nicht, wenn sie ihrer sexuellen Präferenz folgend einen gleichgeschlechtlichen Menschen ehelichen wollten.

Sehr zu Recht macht Plett sich immer wieder gegen chirurgische Eingriffe stark, die an „Menschen in meist ganz jungem Alter (meist bevor sie 18 Monate alt waren)" vorgenommen werden[2], um sie auf diese Weise oder „durch Hormongaben" geschlechtlich „eindeutig zu *machen* – wobei die Eindeutigkeit nur im Auge des Betrachters entsteht" (43), wie sie 2012 betont.

Auch mag es durchaus sein, „dass jede Benachteiligung oder Bevorzugung eines Geschlechts spiegelbildlich eine Bevorzugung oder Benachteiligung des anderen Geschlechts enthält", „solange, wie Geschlecht als in zwei einander jeweils ausschließenden Ausprägungen – männlich/weiblich – für möglich gehalten und nur in diesen Ausprägungen vom Recht anerkannt wird" (73). Allerdings garantiert die rechtliche Anerkennung mehrerer Geschlechter keineswegs, dass das einem Geschlecht zugesprochene Recht nicht zur Benachteiligung eines oder aller anderen führen kann. Erinnert sei nur an die seit einiger Zeit zwischen radikalfeministischen und transaktivistischen Menschen heftig ausgetragene Kontroverse, ob alle, die sich (qua Sprechakt) zu Frauen erklären, Frauenschutzräume betreten dürfen.

2 Anhand dreier Abbildungen verdeutlich Plett sehr anschaulich die „Problematik der Rechtsbeziehung" zwischen Kind, Eltern und „Ärzte[n]/Ärztinnen" (202) in Bezug operativer Eingriffe bei intersexuell geborenen Kindern (vgl. 202–3).

Plett selbst spricht an, dass „Inter* im Zusammenhang mit sportlichen Höchstleistungen und deren Anerkennung“ mit dem „andauernden Kampf um die Gleichberechtigung der Frauen“ (267) konfligieren. So erklärt sie den „Umgang mit intersexuellen Menschen“ zwar zum „‚Lackmus-Test’ für die Reichweite der Toleranz des Rechts (und der Gesellschaft)“ (188), doch gibt es auch für Plett „eine Grenze in der geforderten Toleranz des Rechts auf individuelle sexuelle Identität“(194).[3] Sie sei „dann zu wahren, wenn es um die Ableitung von Handlungsfreiheit geht. Wie auch sonst hat die Freiheit ihre Grenze dort, wo die Freiheit der anderen anfängt“ (ebd.).

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass sich Plett von einem tatsächlich ausgesprochen interessanten geschlechterutopischen „Gedankenexperiment“ (73) aus dem Jahr 1969 noch 30 Jahre später „[b]esonders beeindruckt“ (74) zeigt. Unternommen wurde es von der Anfang 2018 verstorbenen Fantasy- und Science-Fiction-Autorin Ursula K. Le Guin, die in ihrem SF-Roman *The Left Hand of Darkness*[4] eine Gesellschaft erdachte, deren Angehörige die meiste Zeit ihres Lebens geschlechtslos sind und nur in der zyklisch eintretenden *Kemmer* vorübergehend ein Geschlecht ausbilden, ohne dass bereits vorher feststeht, ob es weiblich oder männlich sein wird. Auch kann jedes Individuum in den verschiedenen *Kemmer*-Phasen seines Lebens ein anderes Geschlecht als zuvor annehmen. Le Guins Gedankenexperiment besteht darin, die Auswirkung dessen auf Gesellschaft und Politik zu literarisieren.

Was nun den vorliegenden Sammelband betrifft, mögen zwar nicht alle Ausführungen Pletts allgemein konsensfähig sein, doch wird sich schwerlich mit Gründen bestreiten lassen, dass sie stets kenntnisreich, gründlich und differenziert argumentiert.

Rolf Löchel (Marburg)

Loewit, Kurt, *Der Grundwurm in der Paarbeziehung – Plädoyer für Lust und Liebe*, Books on Demand, Norderstedt 2019, 144 S., kt., 14,99 €

Der Band ist das vierte von Kurt Loewit bislang veröffentlichte populärwissenschaftliche Sachbuch. Nach *Geheimsprache Sexualität* (1986), *Die Sprache der Sexualität* (1992) und *Damit Beziehung gelingt* (1998) präsentiert Loewit hier im Überblick die Kernthesen zu seinem biographisch überdauernden Arbeitsschwerpunkt, Sexualität als „körpersprachlicher Ausdruck“ einer wechselseitigen Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse.

Das Vorwort beschreibt, was die Metapher des „Grundwurms“ meint: Paare mit sexuellen und partnerschaftlichen Beziehungsstörungen haben in aller Regel kein Bewusstsein dafür, dass ihre Bindung, inklusive ihrer sexuellen Beziehung, nicht vornehmlich der sexuellen Erregung oder der Fortpflanzung dient, sondern vor allem der wechselseitigen Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse. Diese können in der partnerschaftlichen Interaktion, sowohl verbal- als auch körpersprachlich, v.a. im Sexuellen erfüllt, oder auch frustriert werden. Ist hier erst einmal „der Wurm drin“, gilt es, die wechselseitige Erfüllung dieser Grundbedürfnisse (wieder) zu ermöglichen, damit sich ggf. auch die gestörten Sexualfunktionen erholen können.

Das erste Kapitel „Eine globale Zeitenwende“ reflektiert die gesellschaftlichen Bedingungen heutiger Beziehungen: Diese werden in einer Spaßgesellschaft nur so lange geführt, wie sie Spaß machen, was sie permanent zur Disposition stellt (16f), den Grundbedürfnissen nach Sicherheit, Verlässlichkeit, Ernsthaftigkeit, Geborgenheit und Vertrauen damit jedoch zuwiderlaufen. Eine Alles-ist-möglich-Gesellschaft löse zudem tradierte Strukturen auf, wobei sich der Bogen der unbegrenzten Möglichkeit vom „Tod der Ehe bis zur Ehe für Alle“ (18) spanne. Sog. „neue Lebensformen“, wie „unverbindliche Liebe“ oder „Sex ohne Beziehung“ seien nichts Neues, würden aber als Lifestyle vermarktet: „Wie unverbindlich kann man sich (auch körperlich) verbinden?

3 Unter sexueller Identität „versteh[t]“ Plett „die Aspekte der Persönlichkeit eines Menschen, die mit seinem Geschlecht und seinen geschlechtlichen Wünschen verbunden sind“ (198).

4 In deutscher Übersetzung erschien der Roman zuerst 1974 unter dem Titel *Winterplanet* sowie 2001 in neuer Übersetzung als *Die linke Hand der Dunkelhei*t. Beide Ausgaben sind seit längerem vergriffen.

… Die Frage kann, angesichts der Unmöglichkeit, nicht kommunizieren zu können (Watzlawik, 1969), d.h., nicht in Beziehung treten zu können, eindeutig beantwortet werden: Beziehungsloser Sex ist prinzipiell unmöglich, auch, wenn die jeweiligen Beziehungen sehr unterschiedlich geartet sein können" (18).

Der nächste Abschnitt belegt, dass soziale Medien – wenn auch nur virtuell – soziale Beziehungen ermöglichen, sie psychosoziale Grundbedürfnisse erfüllen, nämlich wahrgenommen, ernstgenommen und angenommen zu werden. Doch: „Je stärker die tatsächliche Vereinzelung und Vereinsamung wird, umso wichtiger sind ausgleichend möglichst große Zahlen von ‚Likes' oder virtuellen ‚Followern' und ‚Friends', selbst wenn man deren wahre Identität gar nicht kennt." (20) So lebten vor allem junge Menschen „mit dem Smartphone mit der ganzen Welt verbunden, aber von der realen Umgebung isoliert". In diesen Kontext gehöre auch die Vorbildfunktion der Internetpornografie, die Teenager fragen lasse: „Wann muss ich stöhnen, damit es richtig ist?" (21). Im Ergebnis sieht Loewit hier eine Entfremdung von sexueller Selbstwahrnehmung und eine Beförderung der Tendenz: „Sex ist cool – Beziehung ist uncool!" und konstatiert einen „Spannungsbogen von Sexusucht bis zur Asexualität" (23).

Mit dem Abschnitt „Die Frage nach Bedeutung in Sinn" greift Loewit die zentrale Frage von Viktor Frankl (1972)[1] auf und weitet sie stringent auf die bedeutungs- und sinnstiftende Qualität gelingender, sexueller Beziehungen aus, also die Differenz zwischen beziehungsloser und beziehungsvoller Sexualität und damit die Differenz zwischen sinnloser und sinnvoller Sexualität. Da Sexualaufklärung gegenwärtig „mehr Wert auf Stellungen als auf Einstellungen" lege, „Quantität vor Qualität" setze, würden „unerfüllbare Illusionen […] erfüllbare echte Bedürfnisse" ersetzen (31). Der „Lustverlust" – gerade auch jüngerer Menschen – resultiere auch aus dem „fehlenden Sinn" (35) der Sexualität, die sinnlos bliebe, nichts bedeutete, da sie ohne Beziehung stattfände.

Den nächsten Abschnitt „Die universellen Grundbedürfnisse" beginnt Loewit mit dem Satz: „Die Zeiten ändern sich und die menschlichen Grundbedürfnisse bleiben dieselben". Hier rekurriert Loewit auf die Arbeiten von Abraham Maslow (1932, 1948)[2] bezüglich der universellen Bedeutung der Grundbedürfnisse für alle Menschen und den Umstand, dass es aus dieser Perspektive keine Fremden, sondern lediglich Mitmenschen gebe, wenn auch aus unterschiedlichen Kulturen. Diesen Ansatz von Abraham Maslow extrapoliert Loewit konsequent auf die Kommunikationsfunktion von Sexualität, indem er weise differenziert, dass sexuelle Befriedigung kein Grundbedürfnis darstelle, sondern lediglich eine prominente Möglichkeit, nämliche Grundbedürfnisse zu erfüllen (37).

Im darauffolgenden Abschnitt „Grundbedürfnisse, die Goldene Regel und der Syndyastische Fokus" greift Loewit die Worte des Dalai Lama auf, dass dem Menschen Ethik wesenseigen sei, nicht religiöse Moral, und dass dies in sämtlichen elementaren Regeln menschlichen Zusammenlebens zum Ausdruck komme, wie sie in religiösen Geboten Ausdruck finden „Was Du nicht willst, das man Dir tut, das füg' auch keinem anderen zu!". In diesem Zusammenhang trifft Loewit die bedeutende Feststellung, dass es eine eigenständige Ethik (oder Moral) speziell für Sexualität nicht gibt und gar nicht geben könne, sondern dass stattdessen die Grundregeln menschlichen Miteinanders in gleicher Weise auch für alles Sexuelle gelten (45).

Bei jeder Sexualstörung sei deshalb nach der Erfüllung der Grundbedürfnisse zu fragen, „weil diese nicht die Gründe, sondern die Hinter-Gründe auch für Sexualfunktionsstörungen, inklusive sexueller Lustlosigkeit" darstellten, weil diese dann eigentlich sexuelle Beziehungsstörungen seien (47).

Im Abschnitt „Vom Sex zur sexuellen Kommunikation" führt der Autor die kommunikations-psychologischen Grundlagen der Paartherapie aus – von Paul Watzlawik, über Schulz von Thun, bis zu Carl Rogers. Hierbei wird noch einmal dargelegt, dass es unmöglich ist, nicht zu kommunizieren und – weil Beziehung durch Kommunikation entsteht – es (vor allem im Sexuellen) ebenso unmöglich ist, nicht in Beziehung zu treten.

Der Abschnitt „Ein überraschender Befund" beschreibt das Dilemma einer kategorialen Unterscheidung zwischen Liebe und Sex, die sich hoch dysfunktional auswirke. Hier schildert der Autor das Beispiel von Schmerzstörungen durch sexuelle Stimulation, die Einlassungs-Vorbehalte der Frau gegenüber ihrem Partner ausdrücken, aber somatisch ver- und behandelt werden, statt die Ursachen zu verstehen: „Oft sucht man am falschen Ort, indem man den Grund für die Schmerzen in der Scheide sucht, […| weil dieser Schmerz genau dort empfunden wird, wo gerade der Geschlechtsverkehr großes Vertrauen erfordert" (64f).

Im Abschnitt „Die Körpersprache von Sexualverhalten und der Gegensatz von Sex und Liebe" wird der Gedanke vertieft, dass es nicht um Sprechen *über* Sexualität, sondern um Sprechen *durch* Sexualität geht. Denn „sexuelle Kommunikation erfolgt konkret über die Körpersprache des Sexualverhaltens. […] Damit ist Sexualverhalten selbst als eine Form von Körpersprache gemeint. […] Wieso kann die Frage nach der Bedeutung des Miteinander-Schlafens nicht in gleicher Klarheit und mit der selben Selbstverständlichkeit beantwortet werden, wie die Frage nach der Botschaft von Kuscheln und Zärtlichkeit?" (75f). Entsprechend lautet dann der logische Schluss, was wie eine „Störung aussieht, kann in Wirklichkeit stimmiger körpersprachlicher Ausdruck für

---

1 Vgl. Frankl, V.E., 1972. Der Mensch auf der Suche nach Sinn. Klett, Stuttgart; Ders., 1975. Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. Huber; Ders., 1977. Das Leiden am sinnlosen Leben. Psychotherapie für heute. Herder, Freiburg i.B.; Ders., 1981. Die Sinnfrage in der Psychotherapie. Piper, München.

2 Vgl. Maslow, A.H., 1932. Self-esteem (Dominance-feeling) and Sexuality in Women. J of Social Psychology 16 (2), 259–294; Ders., 1936. The Role of Dominance in the Social and Sexual Behavior – A Theory of Sexual Behavior of Infra-Human Primates. I-IV, J of Genetic Psychology 48, 161–338; Ders., 1948. "Higher" and "Lower" Needs. J of Psychology 25 (2), 433–436; Ders., 1948. Some Theoretical Consequences of Basic Need-gratification. J of Personality 16, 402–416; Ders., 1954. The Instinctoid Nature of Basic Needs. Journal of Personality 22 (3), 326–347.

den Zustand der Beziehung sein“ (78). Vor diesem Hintergrund gehe es „in der Syndyastischen Therapie nicht nur um das ‚Erkennen‘ der Zusammenhänge, sondern vor allem um das ‚Erleben‘ der doppelten Lust“ – also um Erregungs- und Beziehungs-Lust. Hier schwelgt der Autor weiter, dass diese doppelte Lust „zu einer Syndyastischen Bewusstseins-Erweiterung“ (82) einschließlich „Syndyastischer Orgasmen“ (81) führen könne.

So verstanden könne Sexualität als „intimste Sprachmöglichkeit“ verstanden neue Freiräume kreieren, weil „Kommunikation […] nicht tabubelastet“ sei, „keine historischen Hypotheken trage und von keiner Religion herabgewürdigt oder schlecht gemacht“ wurde. Sexualität als Kommunikation biete keinen Grund mehr, sich zu schämen: „in der Sexualerziehung [hätte dies] vermittelt werden sollen, dass beides zusammengehört und nicht die Sexualität schlecht und die Zärtlichkeit gut ist“ (86).

Die Abschnitte „Der Entschluss Hilfe zu suchen“ sowie „Das Paar ist der Patient – und heilt sich selbst“, mit denen das vierte Kapitel eingeleitet wird, geben einen Überblick über Haltung und Selbstverständnis der Psychotherapeuten-, im Gegensatz zur Arzt-Rolle. Betont wird, dass eine sexualmedizinische Behandlung auf die „Behebung sexueller Funktionsstörungen“ (103) abziele, im Rahmen einer Paar-Sexualtherapie der Psychotherapeut hingegen lediglich der Gehilfe des Paares sein solle, dessen Aufgabe es nicht sei, Lösungen für das Paar zu erarbeiten, sondern das Paar im Prozess der Selbstheilung zu unterstützen und zu begleiten. Deutlich wird hier, dass sich der Text vor allem an Ärzte richtet, für die diese Haltung das Gegenteil ihrer sonstigen Expertenrolle bedeutet, während sie für Psychotherapeuten ein Selbstverständnis darstellt. Weiter führt dieser Abschnitt die Grundlagen der psychologischen Paartherapie aus und den Umstand, dass diese dem Selbstverständnis unseres gesundheitlichen Versorgungssystems zuwider laufen, da sowohl beim Arzt wie auch beim Psychotherapeuten, nur Einzelpersonen betrachtet und behandelt werden (vgl. 104f).

In den nachfolgenden Abschnitten „Die lange Vorgeschichte“, „Der eigene Lebenslauf als lange Vorgeschichte“ sowie „Die erste Stunde: Haben wir noch eine Chance?“ werden weitere Grundlagen der Psychologischen Therapie bzw. Psychotherapie erläutert, indem die Relevanz einer biographischen Anamnese dargelegt wird, die den obligatorischen Beginn jeder Psychotherapie darstellt. Darauf aufbauend erläutert Loewit die Erweiterung von der allgemeinen Psychotherapie zur Paartherapie. Auch hier verweist er auf die Gefahr, dass die Arzt-Rolle dazu verführen könne, den Patienten Ansagen zu machen und Ratschläge zu erteilen, was im schlimmsten Fall so weit gehen könne, dass Paaren geraten werde, sich zu trennen, was der Autor als „schweren Kunstfehler“ ausweist: „Diese Verantwortung darf kein ‚Helfer‘ übernehmen und kein Betroffener abgeben.“ (122, 125). Vielmehr gehe es darum, dem Paar ein allparteilicher Berater und Begleiter zu sein, die Patienten darin zu unterstützen, Selbstverantwortung zu übernehmen und diese nicht durch autoritäre Rollenausübung zu entmündigen bzw. vom Urteil des Arztes abhängig zu machen.

Die beiden letzten Abschnitte „Die ‚sexuelle Weltanschauung‘“ und „Grenzen und Abgrenzungen der Syndyastischen Sexualtherapie“ reflektieren nochmals die soziokulturellen Veränderungen im Sexuellen. In der gegenwärtigen Renaissance vermeintlich beziehungsloser Sexualkontakte konstatiert der Autor abermals die Aufspaltung in zwei Pole: Nämlich der beziehungs- und sinnlosen Sexualität auf der einen und der beziehungs- und sinnvollen Sexualität auf der anderen Seite (vgl. 129). Abschließend rekapituliert Loewit nochmals, dass das Ziel einer sexualmedizinischen Behandlung „die Beseitigung von Funktionsstörungen zwangsläufig mit einschließe“ (131). Das Therapieziel der *Syndyastischen Sexualtherapie* bestehe hingegen nicht vornehmlich darin, „gestörte sexuelle Funktionen getrennt zu behandeln, sondern Beziehungs- und sexuelle Zufriedenheit als Ganzes zu sehen und zu verbessern“ (ebd.). Einen wesentlichen Unterschied zwischen der *Klassischen* und der *Syndyastischen Sexualtherapie* sieht Loewit im Aspekt der Eigenverantwortung. Wo in der *Klassischen Sexualtherapie* der Therapeut in einer autoritären und instruktiven (Arzt-)Rolle war (William Masters war Gynäkologe), da sei der Therapeut im Syndyastischen Modell in einer konsultativen und begleitenden Rolle und verordne deshalb keine „Hausaufgaben bzw. Übungen“, sondern unterstütze Paare darin, heilsame Real-Erfahrungen durch sexuelle Körperkommunikation zu machen, die für sich stünden und wirkten, ohne dass eine bestimmte Stufe erreicht werden müsse.

Zusammenfassend lässt sich sagen, der Band will nicht Ratgeber sein, sondern Wegweiser für ein erweitertes Verständnis und Bewusstsein von Sexualität als Möglichkeit körpersprachlicher Kommunikation zur Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse. Dieses humanistische und positive Verständnis von Sexualität hat Loewit seit Mitte der 1970er Jahre herausgearbeitet und weiterentwickelt und schließlich zur *Syndyastische Sexualtherapie* konzeptualisiert.

Loewits großer Verdienst besteht darin, die Orientierung auf psychosoziale Grundbedürfnisse, die Mitte des 20. Jh. in der *Humanistischen* und *Positiven Psychologie* entstanden ist (Maslow, Rogers, May, Frankl), konsequent auf das Sexuelle bezogen und im Dienste sexueller Gesundheitsversorgung ausdifferenziert und angewandt zu haben.

Auf die in die vorchristliche Antike zurückgehende Differenzierung der Erregungs- und Fortpflanzungs-Funktionen von Sexualität, folgte ebenfalls Mitte des 20. Jh. die Ergänzung um die Kommunikations-Funktion (Van Emde Boas, 1972). Diese Operationalisierung ermöglichte Loewit eine konsequente Fokussierung auf die Kommunikationsfunktion von Sexualität als prominente Möglichkeit, psychosoziale Grundbedürfnisse auch im sexuellen Beziehungserleben wechselseitig zu erfüllen. Diesem Motiv widmete Loewit sein Berufsleben und schuf damit einen humanistischen und positiven Ansatz der Sexualtherapie, der sich klar konturiert von komplementären Ansätzen unterscheidet.

So wie Loewit mit seinem Ansatz immer Mediziner adressiert hat, wendet er sich auch in diesem Buch implizit vornehm-

lich an Ärztinnen und Ärzte. Für den unvorbereiteten bzw. nicht eingedachten Arzt dürften die vorgestellten Inhalte jedoch eine gelinde Herausforderung darstellen, weil so gut wie ausschließlich (sexual-)soziologische Reflexionen sowie (sexual-)psychologische Konstrukte und Konzepte verhandelt und vermittelt werden und so gut wie keine (sexual-)medizinischen Aspekte im eigentlichen Sinne vorkommen.

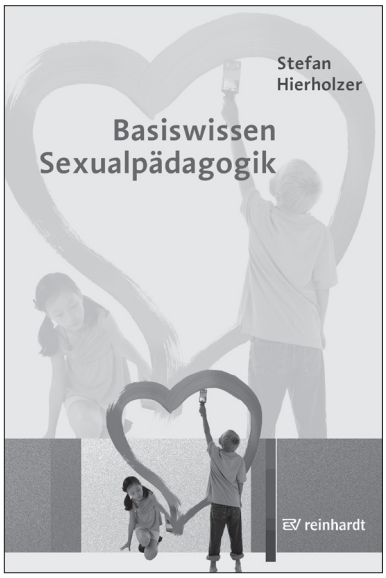
Und andersherum muten manche Passagen zu den allgemeinen- und kommunikations-psychologischen sowie zu den klinisch-psychologischen Grundlagen gesprächsbasierter Behandlungsmethoden für Klinische Psychologen bzw. Psychotherapeuten mitunter ein wenig betulich an, weil sie das ABC der Berufsausübung darstellen und für diese Berufsgruppe wohl nicht der expliziten Erwähnung bedürften. Insbesondere dürfte dies für qualifiziert ausgebildete Paar- und Sexualtherapeuten gelten, denen viele der abgehandelten Inhalte, Ansätze, Techniken und Methoden sowie vor allem die Ausführungen zu den therapeutischen Haltungen zumindest bekannt vorkommen dürften (vgl. Arzt-Rolle versus Psychotherapeuten-Rolle etc.).

Klarer wird hier die Distinktion zwischen den sexualtherapeutischen Ansätzen des *Hamburger Modells* und der *Syndyastischen Sexualtherapie.* Hier führt Loweit aus, dass – im Gegensatz zum *Hamburger Modell* – in der *Syndyastischen Sexualtherapie* der Therapeut keine instruktive Haltung bzw. Rolle einnimmt, sondern eine konsultative; dass keine „Hausaufgaben und Übungen" (vgl. 81, 132) aufgegeben werden, sondern sich das Paar selbstbestimmt und eigenverantwortlich zu Erlebniserfahrungen verabredet, die in sich das kurative Potential bergen und nicht als „Übungen" zum späteren Erleben konzeptualisiert sind.

Der Umstand der widersprüchlichen, impliziten Zielgruppen-Fokussierung (Ärzte werden mit Inhalten adressiert, die Psychotherapeuten betreffen) ändert nicht das Geringste daran, dass das Bewusstsein für ein erweitertes, gesundheitliches Verständnis von Sexualität als Kommunikation zur wechselseitigen Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse weder in der medizinischen noch in der psychologischen Ausbildung vorkommen und auch bei der Mehrzahl aller Psychotherapeuten – selbst bei denjenigen, die auf Paar- und Sexualtherapie spezialisiert sind – in dieser Klarheit und Konzeptualisierung nicht bewusst und verfügbar sind.

Dieser Kernaspekt Loewits Werkes kann gar nicht hoch genug wertgeschätzt werden und aus diesem Grund sollte dieses erweiterte Verständnis von Sexualität als integraler Bestandteil menschlicher Gesundheit jedem Mediziner und Psychologen zugänglich gemacht werden und deswegen kann der *Grundwurm* zur Standardliteratur für die Ausbildung sämtlicher Psychotherapeuten – insbesondere für jene, mit der Spezialisierung auf Paar- und Sexualtherapie – empfohlen werden.

Christoph Joseph Ahlers (Berlin)



Hierholzer, Stefan, *Basiswissen Sexualpädagogik,* Ernst Reinhardt Verlag, München 2021, 227 S., 10 Abb. u. 6 Tab., kt., 29,90 €

Stefan Hierholzer, heilpraktischer Psychotherapeut und Berufsschullehrer, legt mit *Basiswissen Sexualpädagogik* ein schnörkelloses Lehrbuch für die Erwachsenenbildung vor, das im Großen und Ganzen hält, was der Titel verspricht. Es beinhaltet die zentralsten Aspekte sowie aktuellen Diskurse der Disziplin und ist in Gliederung wie Umfang übersichtlich.

Eröffnet wird mit einer Annäherung an den Begriff Sexualität, den Hierholzer in pädagogischer, medizinischer, psychologischer und soziologischer Perspektive knapp ausleuchtet. Es folgen Kapitel zur sexuellen Entwicklung (Kapitel 2), wobei Hierholzer Kindheit, Jugend und Alter mit besonderer Aufmerksamkeit bedenkt, sowie zu spezifischen Aspekten, die sexualpädagogisch bedeutsam sind. Hier widmet sich der Autor zunächst dem Themenkomplex Sexualität und Medien (Kapitel 3), vor allem der Darstellung von jugendlicher Mediennutzung. Die von ihm zugrundeliegenden Studien sind zwar aufschlussreich, allerdings nicht ganz aktuell. Angesichts des hochdynamischen Mediengeschehens, das insbesondere im Bereich der von Hierholzer nahezu kaum erwähnten Sozialen Medien quasi jährlich eine neue Modeerscheinung hervorbringt, bleibt hier eine Lücke. Die aktuellen KIM- bzw. JIM-Studien[1] wären eine sinnvolle Ergänzung gewesen.

Die Darstellungen zum jugendlichen Umgang mit Pornographie, die im Kapitel 3 einen weiteren Schwerpunkt bilden, entsprechen hingegen dem *state of the art.* Positiv hervorzuhe-

1 Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest, 2020. JIM-Studie 2020. Basisuntersuchung zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger. URL: https://www.mpfs.de/fileadmin/files/Studien/JIM/2020/JIM-Studie-2020_Web_final.pdf; ders., 2020. KIM-Studie 2020. Kindheit, Internet, Medien. Basisuntersuchung zum Medienumgang 6- bis 13-Jähriger. URL: https://www.mpfs.de/fileadmin/files/Studien/KIM/2020/KIM-Studie2020_WEB_final.pdf

ben ist, dass Hierholzer das Konzept der „Pornokompetenz“[2] aufgreift, das einen konstruktiv-pragmatischen pädagogischen Umgang mit jugendlichem Pornokonsum entwirft. Anschließend geht der Autor auf den Aspekt der geschlechtlichen und sexuellen Vielfalt (Kapitel 4) ein. Dazu erfolgt zunächst ein umfangreicher historischer Exkurs, der verdeutlicht, welche unterschiedlichen Bewertungen nicht-heterosexuelles Verhalten sowie nicht-hegemoniale Geschlechter erfahren haben und woher deren Stigmatisierung rührt. Dass Hierholzer sich dafür in wesentlichen Teilen ausgerechnet auf ein psychologisches Werk[3] stützt, ist etwas fragwürdig und womöglich der Grund für einige Schnitzer.[4] Weiterhin findet sich hier Wissen zu Coming Out sowie zu Trans-Lebensweisen und Intersexualität. Abschließend beleuchtet Hierholzer in diesem Teil des Buches den Aspekt der Interkulturalität, der jedoch aufgrund der vermeintlich mageren Forschungslage leider recht knapp ausfällt. Die Sichtung der Arbeiten von u.a. Ahmet Toprak, María do Mar Castro Varela, Zülfukar Çetin oder die Jugendsexualitätsstudie 2020[5] hätten an dieser Stelle Abhilfe geschaffen.

Im fünften Kapitel stellt der Autor zentrale Bezugspunkte des Bereichs „Sexualität, Recht und Gesundheit“ dar. Neben Menschenrechten und einer bündig gehaltenen Übersicht zu relevanten Punkten des Sexualstrafrechts, beispielsweise zu Schutzalterstufen, enthält das Kapitel informative Angaben zu sexuell übertragbaren Krankheiten auch jenseits von HIV.

Die Kapitel 6 und 7 widmen sich schließlich dezidiert dem Feld der Sexualpädagogik sowie seiner Methodik und Didaktik. Auch hier setzt der Autor mit einem historischen Exkurs ein, der zentrale sexualerzieherische Ideen in ihrer Entwicklung nachzeichnet und sie dem von Valtl formulierten Konzept von sexueller Bildung[6] gegenüberstellt, welches Hierholzer ausführlich erläutert. Sexuelle Bildung meint mithin den Prozess, in dem der Mensch als Subjekt lebenslang und selbsttätig die eigene Sexualität in einem spezifischen gesellschaftlichen Rahmen hervorbringt. Dieser Ansatz, mit dem intrapersonale und körperliche Entwicklungsprozesse nie losgelöst von den soziokulturellen Bedingungen zu begreifen sind, bildet denn auch die Basis für die von Hierholzer vorgestellte sexualpädagogische Didaktik und Methodik. Diese lehnt sich in erster Linie an (neo-) emanzipatorischen Sexualpädagogik-Konzepten an und ist verschiedenen Zielstellungen untergeordnet, u.a. der sexuellen Selbstbestimmung, der Anti-Tabu-Arbeit oder der Befreiung von inneren Zwängen.

Gerade Letzteres – von Hierholzer als „eher therapeutischer Natur“ (149) deklariert – steht in seiner Normativität dem Ziel der „Verteidigung anarchischer Sexualität gegen übermächtige pädagogische Intervention“ (148) entgegen. Das ist an sich kein Fehler, denn Pädagogik ist prinzipiell in antinomischen Spannungsverhältnissen[7] verortet, die es reflexiv und situativ auszuloten gilt. Ein paar Seiten später taucht das Thema nochmals auf, wenn auch in einem anderen Gewand, nämlich in Form der Erörterung von pädagogischer Handlungskompetenz in Organisationen. Hierholzer verweist diesbezüglich einmal auf die Notwendigkeit, Angebote entsprechend anzupassen. Andererseits müsse die „Subversion im Sinne einer Humanisierung von Organisationen immer auch die Aufgabe einer neo-emanzipatorisch orientierten Sexualpädagogik“ (159) sein. Bestimmt wollte der Autor seiner Leser_innenschaft nicht das Selberdenken abnehmen – zumal er zum Ausbau von (selbst-)reflexiven Kompetenzen mahnt. Doch insbesondere in dem von Herausforderungen strotzenden Feld der Sexualpädagogik und in einem Lehrbuch mit dem Titel „Basiswissen“ wäre ein Hinweis hilfreich gewesen, um künftig sexualpädagogisch Tätige auf die Konfliktpotenziale vorzubereiten.

Das 7. Kapitel wird mit ausgewählten und nach Einsatzfeldern differenzierten Bausteinen für die sexualpädagogische Praxis abgeschlossen. Die meisten dieser Methoden sind bereits bekannt; sie hier dennoch aufzuführen ist allerdings sinnvoll, da sie verdeutlichen, wie sexualpädagogische Sequenzen gestaltet sein könnten – und zwar unter der Maßgabe, dass „eine rein methodisch orientierte sexualpädagogische Einheit nicht statthaft“ (159) sei.

Die letzten beiden Kapitel beschäftigen sich mit Sexualethik und sexualisierter Gewalt. Hinsichtlich des erstgenannten Gegenstandes diskutiert Hierholzer – teils wieder mit historischen Bezügen – in umsichtiger Weise Fragen der Prostitution, des Umgangs mit Sexualstraftäter_innen sowie die Veränderungen im Bereich von Liebes- und Lebensbeziehungen. Im darauf folgenden 9. Kapitel gibt der Autor einen soliden Überblick über

2 Vgl. Döring, N., 2011. Pornografie-Kompetenz: Definition und Förderung. Zeitschrift für Sexualforschung 24 (3), 228–255.

3 Fiedler, P., 2004. Sexuelle Orientierung und sexuelle Abweichung. Heterosexualität – Homosexualität – Transgenderismus und Paraphilien – sexueller Missbrauch – sexuelle Gewalt. Beltz, Weinheim.

4 Hierholzer schreibt bspw., dass der Paragraph 175 von den Nationalsozialisten eingeführt wurde (77) oder erörtert den Begriff der „geistigen Mütterlichkeit“ in verkürzter Weise (79).

5 Zum Beispiel: Saadat-Lendle, S., Çetin, Z., 2014. Forschung und Soziale Arbeit zu Queer mit Rassismuserfahrungen. In: Bundesstiftung Magnus Hirschfeld (Hg.), Forschung im Queerformat. Aktuelle Beiträge der LSBTI*-, Queer-und Geschlechterforschung. transkript, Bielefeld; Toprak, A., Akkuş, U., 2019. „Gott hat uns ja so geschaffen“. Gender und Sexualität bei Musliminnen und Muslimen in Deutschland. In: Labouvie, E. (Hg.), Glaube und Geschlecht. Gender Reformation. Böhlau, Köln; do Mar Castro Varela, M., Dhawan, N., 2016. „Die Migrantin retten. Zum vertrackten Verhältnis von Geschlechtergewalt, Rassismus und Handlungsmacht“, Österreichische Zeitschrift für Soziologie (ÖZS) 41, 13–28; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Jugendsexualität, 9. Welle. 2019/2020. URL: https://www.forschung.sexualaufklaerung.de/jugendsexualitaet/jugendsexualitaet-neunte-welle/

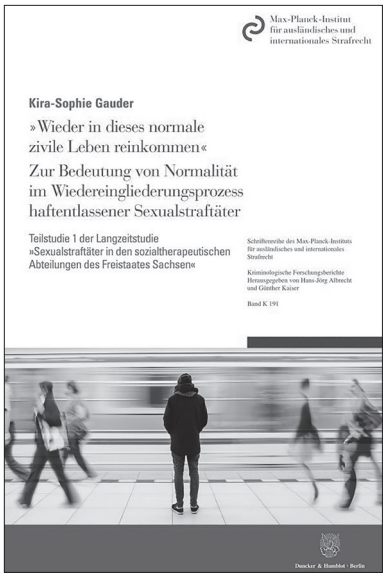
6 Valtl, K-H., 2008. Sexuelle Bildung. Neues Paradigma einer Sexualpädagogik für alle Lebensalter. In: Schmidt, R.-B., Sielert, U. (Hg.), Handbuch Sexualpädagogik und sexuelle Bildung. Juventa, Weinheim/München, 125–140.

7 Vgl. Helsper, W., 2004. Pädagogisches Handeln in den Antinomien der Moderne. In: Krüger, H.-H., Helsper, W. (Hg.), Einführung in Grundbegriffe und Grundfragen der Erziehungswissenschaft. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 15–34.

Aspekte sexualisierter Gewalt – ausgehend von Terminologie, über Statistiken, hin zu Tatumständen und Täter_innenstrategien sowie Folgen und Prävention von sexualisierter Gewalt. Zum extra von ihm aufgegriffenen Thema der sexualisierten Gewalt gegen Jungen und Männer wäre ein Verweis auf die wichtige Forschung eines Autor_innenkollektivs von dissens e.V.[8] angebracht gewesen.

Lehrwerke zur oder Einführungen in die Sexualpädagogik gibt es nicht gerade im Überfluss.[9] Hierholzers Arbeit, die trotz der genannten Kritik solide ist, hat gegenüber vergleichbaren Publikationen insofern eine Daseinsberechtigung, als seine Herangehensweise zwar wissenschaftlich alles andere als unfundiert, aber auch nicht theoretisch überfrachtet ist – er schreibt geradeaus. Das ist in Sachen Lesbar- und Verständlichkeit für viele Leser_innen sicher als Vorteil zu bewerten. Demgegenüber kann die Bündigkeit des Autors nicht immer der Komplexität des Gegenstands gerecht werden, so dass sein Publikum sich einiges selbst zusammenreimen oder ggf. an anderer Stelle nachlesen muss. Das ist nicht zwingend ein Nachteil, zumal Hierholzer in seiner Haltung prinzipiell unmissverständlich ist: Diskriminierende Denkweisen lehnt er ab, ebenso wie er durchgängig eine sensible Sprache nutzt und Privilegien bzw. Benachteiligungen verschiedener Gruppen nie aus dem Auge verliert. Für die Arbeit mit Studierenden im Bachelor oder pädagogisch unerfahrenen Quereinsteiger_innen ist dieses Buch mit Gewinn nutzbar.

Elija Horn (Berlin-



Gauder, Kira-Sophie, *„Wieder in dieses normale zivile Leben reinkommen". Zur Bedeutung von Normalität im Wiedereingliederungsprozess haftentlassener Sexualstraftäter. Teilstudie 1 der Langzeitstudie „Sexualstraftäter in den sozialtherapeutischen Abteilungen des Freistaates Sachsen"*, Duncker & Humblot, Berlin 2021, 294 S., kt., 37 €

Als 1998 das Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten in Kraft trat, initiierte das sächsische Justizministerium gemeinsam mit dem Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht ein begleitendes Forschungsprogramm um auszuleuchten, wie die Sozialtherapie Wirkung zeigte. Die Aufarbeitung dieses Projektes ist Thema des vorliegenden Buches, das auf einer juristischen Dissertation beruht. Gegliedert ist das Werk in vier Hauptkapitel, denen eine Einleitung, eine Zusammenfassung, ein Ausblick und ein juristischer Anhang beigeordnet sind. Ein Register fehlt bedauerlicherweise.

Drei Fragen stehen im Mittelpunkt der Untersuchung: wie sieht das Leben der Täter nach der Entlassung aus, welche Prägungen sind entscheidend in dieser Phase und wie erleben die Straftäter den Wiedereingliederungsprozess? (3). Die Autorin reflektiert zunächst den Forschungsstand und die aktuelle Literatur, ehe sie auf Basis der Theorie der „cognitive transformation" (19) die möglichen Einflussfaktoren auf die vormaligen Häftlinge schildert.

Gauder weiß um die Problematik, dass die meisten Studien in den USA angefertigt wurden, die dortigen Verhältnisse sich aber nicht bruchlos auf Europa und insbesondere Deutschland übertragen lassen (23). Dies markiert zugleich den aktuellen Forschungsbedarf hierzulande. Gauder stützt sich auf die Rohdaten der seit 2003 laufenden Langzeitstudie in Sachsen.

In diesem Bundesland beginnt die Sozialtherapie nicht kurz vor der Entlassung, sondern setzt bereits kurz nach der Inhaftierung ein. 144 ehemalige Täter wurden in die Studie einbezogen (37) – die Interviews wurden jedoch nicht von der Autorin, sondern von anderen Mitarbeitern des Max-Planck-Instituts geführt.

8 Rieske, Th.V., Scambor, E., Wittenzellner, U., Könnecke, B., Puchert, R. (Hg.), 2018. Aufdeckungsprozesse männlicher Betroffener von sexualisierter Gewalt in Kindheit und Jugend. Verlaufsmuster und hilfreiche Bedingungen. Springer, Wiesbaden.

9 An vergleichbaren aktuellen Werken liegen vor: Hinz, A., 2021. Psychologie der Sexualität. Eine Einführung für Studium und Praxis sozialer Berufe. Beltz, Weinheim; Sielert, U., 2015. Einführung in die Sexualpädagogik (2. Aufl.), Beltz, Weinheim; Tuider, E. et al., 2012. Sexualpädagogik der Vielfalt. Praxismethoden zu Identitäten, Beziehungen, Körper und Prävention für Schule und Jugendarbeit (2., überarb. Aufl.). Beltz, Weinheim; Hopf, A., 2008. Fächerübergreifende Sexualpädagogik (Grundlagen der Schulpädagogik, Bd. 63). Schneider, Baltmannsweiler.

Die Strafdauer schwankte zwischen einem und zehn Jahren. Neben der Auswertung der Interviews führte Gauder mit 12 Tätern vertiefende Gespräche, die bis zu etwas mehr als drei Stunden dauerten (45). Sämtliche Interviewpartner waren Männer – ob Frauen ebenfalls verurteilt wurden und wenn ja, warum sie nicht befragt wurden, geht aus der Untersuchung nicht klar hervor.

Deutlich wird hingegen, dass neben dem pädagogischen Wert der Sozialtherapie soziale Bezugspunkte außerhalb des Gefängnisses und das Vorhandensein einer als erfüllend empfundenen Beschäftigung für die Resozialisierung von großer Bedeutung sind (61f). Fallen Haftentlassene in eine Art „luftleeren Raum" so schwindet die Langzeitwirkung des sozialtherapeutischen Ansatzes rasch (73). Ein Aspekt der Untersuchung ist auch, herauszufinden, wie die Arbeit mit den Häftlingen sinnvoller gestaltet werden könnte, um die „Normalitätswiederherstellung" für alle Beteiligten zu gewährleisten (87). Diese muss auch dann funktionieren, wenn die vormaligen Täter ihre Delikte im Nachhinein bagatellisieren.

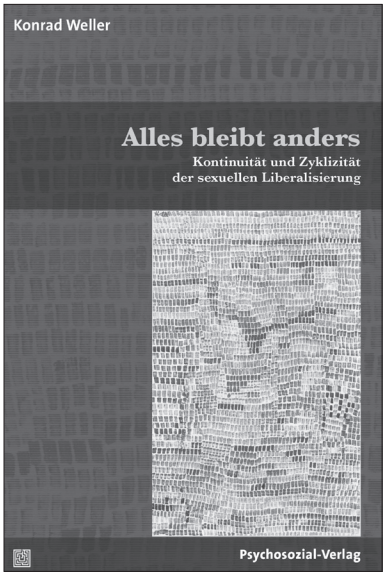
Eine wichtige Rolle in der Wiederherstellung von Normalität spielt der Erfolg bei der Partnersuche, der aus Sicht der meisten Gesprächspartner in einer Ehe münden soll (109). Diese Wahl kann jedoch, wie die Autorin darlegt, bisweilen eine Flucht sein, an deren Ende nicht Geborgenheit, sondern neue Probleme lauern (113).

Für diejenigen Entlassenen, die sich ihrer Schuld nicht entziehen möchten, spielt die Möglichkeit zu einer wie auch immer gearteten „Wiedergutmachung" eine bedeutende Rolle (135). Allerdings übersieht Gauder in diesem Zusammenhang die Möglichkeit, dass entsprechende Äußerungen auch Teil eines Kalküls des Täters sein könnten. Dies erstaunt, da die Autorin selbst die Gefühlsäußerung von „Scham" über das Geschehen als „Extremfall" benennt (160). Es scheint, als ob der Juristin die psychologischen Voraussetzungen für Reue unbekannt sind. Dass Gleichgültigkeit bei den Interviewpartnern gleichbedeutend mit einem erhöhten Rückfallrisiko ist, erscheint in diesem Zusammenhang logisch (168f).

In der Zusammenfassung gibt die Autorin zu erkennen, dass eine Diagnose den Tätern einen Weg in eine wie auch immer geformte „Normalität" faktisch verbaut: Pädophilie (203). Auf die Idee, dass es hierzu auch jenseits von Sachsens Landesgrenze Forschungsprojekte oder Betreuungskonzepte geben könnte, scheint man nicht gekommen zu sein. Es ist erstaunlich, dass „Kein Täter werden" außerhalb Berlins wohl unbekannt geblieben ist.

Daneben geht die Autorin nicht auf frühere Behandlungskonzepte ein, die seit den 1970er Jahren getestet wurden, beispielsweise eine analytisch angelegte Psychotherapie. Literatur aus der Zeit vor der Jahrtausendwende wurde kaum berücksichtigt. Es scheint, als wollte Gauder beweisen, dass der sozialtherapeutische Ansatz in Sachsen ohne Vorbilder oder Präzeptoren wäre. Das aber ist nicht der Fall. Und hinsichtlich des Erfolgs des Konzepts bleiben viele Fragen offen. Die vorliegende Studie bietet interessante Einblicke und verrät bisweilen mehr über die juristischen und psychologischen Beobachter der Straftäter als über diese selbst und ihre Taten. Es bleibt spannend.

Florian G. Mildenberger (Berlin)



Weller, Konrad, *Alles bleibt anders. Kontinuität und Zyklizität der sexuellen Liberalisierung*, Psychosozial-Verlag, Gießen 2021, 244 S., kt., 29,90 €

Das erste Buch von Konrad Weller erschien 1991 im eben gegründeten FORUM VERLAG LEIPZIG unter dem anzüglichen Titel *Das Sexuelle in der deutschen Vereinigung*. Danach hat Weller, mittlerweile Professor für Psychologie und Sexualwissenschaft an der Hochschule Merseburg, zahlreiche wissenschaftliche Beiträge verfasst, Bücher (mit-)herausgegeben, vielfältige Vorträge gehalten, Forschungsberichte erstattet und „diverse Miniaturen" (7) entworfen – immer auf der unverzagten und zugleich spielerischen Suche nach griffigen Formulierungen, die den Kern der Sache enthüllen.

Aber ein richtiges Solobuch ist erst jetzt, 30 Jahre nach dem ersten, entstanden. Als Überschrift hat der Autor – gewissermaßen als Bilanz dieser inhaltsreichen Jahre und gestützt auf theoretische Analysen, praktische Erfahrungen und vor allem empirische Untersuchungen – einen seiner Lieblingssätze gewählt: „Alles bleibt anders". Das lässt sich als ein Hoch auf Differenziertheit und Widersprüchlichkeit in ihrer epochalen Zähigkeit und flatternden Entwicklung interpretieren. Weller nimmt sich in diesem Buch die jeweils herrschenden, die Mainstream-Diskurse in ihrer anscheinenden Logik vor und zerrt an dem Schleier, den diese Diskurse über die Realität einerseits und über politische Absichten andrerseits legen. „Alles bleibt anders" charakterisiere, so Weller, die Kontinuität und Zyklizität der sexualpolitischen Diskurse „zum Wandel geschlechtlicher und sexueller Verhältnisse in Ost und West", und er erwähnt als beispielhaft „für zyklisch neugewandete Kontinuitäten: die antiliberalen Attacken gegen sexuelle Bildung, die unausrottbare mediale Skandalisierung insbesondere jugendlichen Sexualverhaltens oder das politische Gezerre um die Verregelungen des Schwangerschaftsabbruchs" (7).

Die sozialwissenschaftliche Seite seines Tuns und Lassens betont Weller mit dem Credo: „Die Sexualwissenschaft meiner

Denkart ist Gesellschaftsanalyse anhand des Sexuellen." (7) Dieser komplexe Ansatz – weit über das Primärsexuelle hinausgehend – hat seine Tücken, nämlich dann, wenn die verschiedenen Betrachungsebenen (philosophische, soziologische, psychologische, biologische) vermischt oder vernachlässigt werden oder wenn reduktionistisch argumentiert wird – wenn beispielsweise psychologische Erkenntnisse als einzige Erklärung soziologischer Sachverhalte benutzt werden. Kommen dann noch angewandte wissenschaftliche Aspekte politischer, pädagogischer, sozialpolitischer Natur hinzu, kann es schiefgehen. Weller sieht diese Komplexität und lebt sie, auch wenn der Psychologe, der Jugendforscher, der sexualpädagogisch Ambitionierte und auch der soziokulturell und kommunikationsstrategisch Interessierte immer wieder herausschaut.

Es ist hier völlig unmöglich, die 20 Texte des Buches in ihrer inhaltlichen und formalen Vielfalt zu analysieren. Wenige Beispiele mögen genügen – mit Blick auf Hauptlinien des Buches: Geschlechterverhältnis, Reproduktion, Jugendsexualität, Aufklärung/Beratung, Ost-West, sexuelle Gewalt.

Was Letztere betrifft, so stellt Weller in dem Text „Sexualpädagogik und Prävention sexueller Gewalt" die Frage: „Kann Sexualerziehung generell, kann insbesondere professionelle Sexualpädagogik einen Beitrag zur Prävention sexueller Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen leisten?" (59) In der ausführlichen Antwort ist ein interessanter Exkurs über Väter erhalten. Männer stünden in der Missbrauchsdiskussion für potenzielle Täter, und der Missbrauchsdiskurs könne dazu führen, dass sich Väter aus der Erziehung wieder vermehrt zurückzögen und Abstand hielten. „Väter werden nicht zu Tätern, weil sie ihren Kindern zu nah sind, sondern wenn sie ihnen (emotional und körperlich) zu fern sind, was wiederum dazu führen kann, dass sie ihnen auf eine falsche Art zu nahe kommen." (73) Jedenfalls sollten viel stärker als bisher spezielle sexualpädagogische Angebote für Väter bzw. männliche Erziehungspersonen entwickelt werden.

Das Herangehen von Konrad Weller wird in dem langen Text „Erziehungsberatung und Sexualität" (189ff) besonders gut deutlich. Er stellt zuerst Fragen, oft drastischer Art – „Gehört das Thema Sexualität in Erziehungsberatung überhaupt hinein?" (192), legt empirische Daten vor (hier vor allem die Themen des Kinder- und Jugendtelefons – wo Partnerschaft, Liebe und Sexualität am häufigsten, sexuelle Gewalt und Missbrauch aber sehr selten sind), kombiniert das mit „Erfahrungen aus der Praxis integrierter Beratung" einschließlich eigenen Beratungserfahrungen (197) und kommt auf die riesige Bedeutung des Themas Gewalt zu sprechen. Dabei stellt er fest: „Wenn heutzutage sexuelle Belange beachtet und betrachtet werden (ob in den allgemeinen mediengestützten Diskursen oder im fachlich-psychosozialen Kontext), dann zumeist aus der Risiko-, aus der Gefahrenperspektive." (204–205) Weiler fügt hinzu: „Sexuelle Gewalt nimmt, an objektiven Hell- und Dunkelfelddaten gemessen, historisch ab, der Gewaltdiskurs hingegen nimmt weiterhin zu, pluralisiert sich, umzingelt uns. Immer mehr Tatorte, Opfergruppen, Tätergruppen suggerieren immer mehr Gewalt. Ein einseitiger Risikoblick erzeugt Beklommenheit, führt zur Verdrängung des Themas, zu einem reaktiven Hinsehen." (205)

Konrad Weller begnügt sich damit nicht, sondern destilliert auf der Suche von Lösungen ein Dilemma, nämlich zwischen der Notwendigkeit, einerseits dem Thema sexuelle Gewalt immerwährend Aufmerksamkeit zu widmen, und andererseits Sexualität nicht auf Negatives zu reduzieren. Als Ausweg schlägt der Autor einen Perspektivenwechsel vor: „Vom Risiko Sexualität zur Ressource Sexualität" (204): „Der Gewaltdiskurs definiert sich ja vom Übergriff her […] Wie wäre es, wenn wir […] die Risiko- und Defizitperspektive auf Sexualität durch den ressourcenorientierten Blick ergänzten oder ihm gar Priorität zusprächen?" (206, 207)

Dieser Perspektivwechsel müsse mit einem veränderten Sprachgebrauch einhergehen: „Wenn wir gegenwärtig von »Sexualisierung« sprechen, sehen wir uns von Sexualität bedrängt, empfinden ein Zuviel an Sexualität […] Sexualisierung ist ausschließlich negativ konnotiert. Wir könnten Sexualisierung aber auch prinzipiell positiv begreifen, als Unterstützung psychosexueller Entwicklung, als Aneignung sexueller Skripte, als notwendigen Teil der Sozialisierung und der Erziehung." (206)

Weil für Weller die reproduktive als die ursprüngliche Funktion der Sexualität nicht abseitig, suspekt oder altmodisch ist, wird im Buch mehrfach dem Thema Kinderkriegen bzw. Kinder-nicht-kriegen Beachtung geschenkt, so auch in dem Text „Deutschland – eine ‚unaufgeklärte Nation'?" Weil in Deutschland weniger Kinder geboren werden als individuell erwünscht, und dies biografisch immer später, scheint es, so Weller „an der Zeit, den Kinderwunsch pädagogisch zu emanzipieren, ihn biografisch zu stabilisieren, dem biografischen Verlust des Kinderwunsches vorzubeugen, ‚präventiv' zum Kind zu ermutigen" (122).

Genauso eindeutig wie unverblümt ist sein zweiter Vorschlag. Die emanzipatorische Sexualpädagogik sollte sich „wieder stärker dem der partnerschaftlichen Heterosexualität mit all den ihr zuzuordnenden familiären Lebensmodellen widmen" (123). Das sieht konservativ und rückwärtsgewandt aus. Aber Weller versteht diese „Re-Fertilisierung der Sexualpädagogik" nicht als Rollback, sondern „als reflektierte Wiederannäherung der Geschlechter nach einer historischen Phase der kritischen Reflexion und Irritierung" (123).

Ein dritter Vorschlag schließlich betrifft eine gewisse „Re-Politisierung der Sexualpädagogik": „Emanzipatorisch wirken heißt das Recht auf Elternschaft durchzusetzen". Historisch sei es im Rahmen der Familienplanung über mehrere Jahrzehnte hinweg in starkem Maße darum, gegangen, „politisch das Recht auf einen würdevollen Schwangerschaftsabbruch durchzusetzen, heute gilt es, das Recht auf das Kind durchzusetzen, und damit die andere Seite selbstbestimmter Elternschaft" (123). Im Grunde bedeutet diese, einen Normalismus des Kinderkriegens wieder herzustellen, der in der westlichen Welt verlorengegangen ist und von unendlichen Gründen gegen ein, zwei oder drei Kinder erdrückt wurde – letztlich eine inhumane Tendenz.

Was die Geschlechterverhältnisse und den Ost-West-Vergleich anbelangt, so ist im Buch weniger zu finden, als die reich-

haltigen und unersetzlichen Befunde aus empirischen Untersuchungen, über die der Autor in Fülle verfügt, erwarten ließen. Wenigstens ein Beispiel soll hier gegeben werden. 1992 wagte Konrad Weller diese Prognose: „Ich erwarte beim marktwirtschaftlichen Umbau Ostdeutschlands eine doppelte Polarisierung – eine zwischen den Geschlechtern, aber auch eine soziale innerhalb der Geschlechter. Es wird, so vermute ich, künftig mehr wirklich emanzipierte Frauen geben und es wird künftig mehr reflexive Männer geben, es wird aber auf dem anderen Pol wieder zunehmend die traditionell komplementäre Beziehung geben, die sich dreinschickende Frau und den sein brüchiges Privileg materieller Überlegenheit nutzenden Mann." (29)

Nun, so falsch war diese Prognose nicht. Aber das Modell der Emanzipation der Frau insbesondere durch ökonomische Unabhängigkeit ist im Osten immer noch weiter verbreitet als im Westen, und immer noch neigen die Ostdeutschen eher dazu, mehr die Brücken als die Gräben zwischen den Geschlechtern zu sehen.

Ganz anderer Art sind die drei Texte „Kindheit, Sexualität und die Rolle der Medien" (133 ff), „Jugendsexualität und Medien" (145 ff) und schließlich „Explizite Lyrik. ‚Porno-Rap' aus jugendsexuologischer Perspektive" (155 ff). Alle drei Texte thematisieren neben anderem Pornografie, sehen aber letztlich die Kinder und Jugendlichen weniger als hilf- und hoffnungslos in eine pornografisierte Welt hineingeschleuderte Opfer und mehr und vorrangig als Persönlichkeiten und Subjekt ihrer selbst. Wichtig sei aus sozial- und sexualpädagogischer, kinder- und jugendschützerischer Perspektive, nicht beim restriktiven Jugendschutz stehen zu bleiben, sondern die „notwendigen Kompetenzen der Jugendlichen zu fördern" (179). Wellers detaillierte und teils stürmische Auseinandersetzung mit dem Rap, zeigt ein Verstehenwollen, ein Differenzierungstalent, ein Interesse, eine Achtsamkeit (im Verbund mit musikalischer und lyrischer Ambitioniertheit), die jede platte Ablehnung von Jugendkulturen als ärgerlich erscheinen lässt.

Im bunten Kaleidoskop dieses Sammelbandes hat – dies als letztes Beispiel – ein Text eine besondere Farbe. Er trägt den Titel „Die empirische Wende der deutschen Sexualforschung" und zeichnet, beginnend mit einem Interview mit Gunter Schmidt, das Schicksal der legendären Hamburger Studie *Studentensexualität* von Giese und Schmidt aus dem Jahre 1966 (215 ff). Geboten werden Ergebnisse dieser empirischen Untersuchung und deren Folgestudien bis 2012, und zwar im Ost-West-Vergleich, eine Rezeptionsgeschichte und eine Analyse historisch-wissenschaftlicher Kontexte. Letztlich wirft Konrad Weller einen kritischen und sachkundigen Blick auf große empirische Untersuchungen zum Sexualverhalten und zur sexualkulturellen Entwicklung und hält sie gleichzeitig für unverzichtbar (231).

Im Buch sind – in wissenschaftlichen Publikationen unüblich – zwei Satiren enthalten, vorsorglich versehen mit der Fußnote „Achtung Satire!" (19, 33). Ich bin sicher, dass die geneigten Leser diese Fußnote nicht benötigen.

Kurt Starke (Zeuckritz)

Hulverscheidt, Marion, Kerstin Wolff (Hg.), *Unfruchtbare Debatten? 150 Jahre gesellschaftspolitische Kämpfe um den Schwangerschaftsabbruch* [= Ariadne, Forum für Frauen- und Geschlechtergeschichte, Heft 77], Archiv der deutschen Frauenbewegung, Kassel 2021, 273 S., kt., 19 €

„Abtreibungen geschahen in allen Teilen der Welt, zu allen Zeiten und ungeachtet der Folgen" (146), konstatiert Anja Titze im 77. Heft der *Ariadne*, dem vom Kasseler *Archiv der deutschen Frauenbewegung* alljährlich herausgegebenen *Forum für Frauen- und Geschlechtergeschichte*. Aus Anlass der 150. Jährung der Verabschiedung des § 218 widmet sich der Band den seither mal mehr, mal weniger heftigen Kämpfen gegen das in ihm festgeschriebene Verbot des Schwangerschaftsabbruchs. Titze selbst blickt über Deutschland hinaus und beleuchtet das Spannungsfeld zwischen „Recht und Rechtswirklichkeit" (145) des Schwangerschaftsabbruchs in verschiedenen Ländern Europas.

Schon im Editorial des Bandes weisen Marion Hulverscheidt und Kerstin Wolff darauf hin, dass die Beiträge „sowohl in die Vergangenheit als auch in andere Länder [schauen]" (2). Zwar handele es sich bei dem Kampf gegen das Verbot des Schwangerschaftsabbruchs um ein „originär frauenbewegtes Thema" (2), doch versteht sich das Heft als „Aufruf an alle, das Thema Schwangerschaftsabbruch nicht aus den Augen zu verlieren" (3).

Die Beiträge folgen im Wesentlichen der Chronologie des Kampfes gegen den § 218. Im ersten Aufsatz weist Leonie Kemper darauf hin, dass das 1871, also unmittelbar nach der Gründung des Deutschen Reiches beschlossene reichsweite Verbot von Schwangerschaftsabbrüchen im § 218 RStGB „umfassend formuliert" war und „keine Ausnahme der Strafbarkeit" (8) enthielt. Die „staatliche[n] Akteure" nahmen mit dem Gesetz „für sich in Anspruch", „in das Leben der Frauen regulierend einzugreifen", wobei diese selbst „durch die Versagung des aktiven und passiven Wahlrechts von jeglicher Teilhabe an der

Entstehung der auch sie betreffenden Gesetze ausgeschlossen" (ebd.) waren. Darum verknüpften große Teile der Frauenbewegung von Beginn an die Diskussion um das Abtreibungsrecht mit der Forderung nach dem Frauenwahlrecht.

Kemper zeichnet die Entwicklung der Auseinandersetzung um den § 218 bis zu den „legislative[n] Ansätze[n] zur Regulierung von Schwangerschaftsabbrüchen im Ersten Weltkrieg" (7) nach und legt dabei ihren Schwerpunkt auf die Verschärfung des Abtreibungsverbotes zur Zeit des Krieges. Denn durch die Zusatzparagraphen 300 und 184 Nr. 3 RStGB waren Schwangerschaftsabbrüche inzwischen straffrei geworden, falls sie aufgrund einer medizinischen Indikation erfolgten. Vor dem Ersten Weltkrieg stieg die Zahl derart begründeter Schwangerschaftsabbrüche stetig an. Dem sollte von staatlicher Seite ein Riegel vorgeschoben und das Abtreibungsverbot wieder verschärft werden. So sah ein Gesetzentwurf etwa nicht nur die Erweiterung der Strafbarkeit, sondern auch eine „Anzeigepflicht der Ärztin oder des Arztes" (12) vor, wenn sie um einen Schwangerschaftsabbruch gebeten wurden.

Vor und während des Weltkrieges „kam" der „vehementeste Protest" gegen den Paragraphen „von Seiten der Proletarierinnen" (14). So sah die von Clara Zetkin herausgegebene sozialdemokratische Zeitschrift *Die Gleichheit* durch das Verbot nicht nur die Selbstbestimmung aller Frauen angegriffen, sondern erkannte in ihm „vor allem eine Diskriminierung der Frauen der Arbeiterschaft" (13). Denn diese seien aufgrund der oft hohen Kinderzahl und dem niedrigen Familieneinkommen durch weitere Kinder stärker belastet als bürgerliche Frauen. Letztere hätten aufgrund ihrer nicht zuletzt finanziellen Privilegien zudem eher die Möglichkeit, einen zwar illegalen, aber doch sicheren Schwangerschaftsabbruch vornehmen zu lassen. Der „staatlich angeordnete ‚Gebärzwang" sei deshalb nicht nur eine „Frauen-, sondern auch eine Klassenfrage" (14). Daher solle es „dem Verantwortungsgefühl der Eltern überlassen bleiben, wie oft und wann die Frau Mutter werden will" (*Die Gleichheit,* zitiert nach 13).

Die Vertreterinnen des sogenannten gemäßigten Flügels der bürgerlichen Frauenbewegung wie etwa Getrud Bäumer plädierten hingegen „für die grundsätzliche Beibehaltung der Strafbarkeit der Abtreibung" (14), verlangten jedoch, sie sollte durch Ausnahmeregelungen wie etwa einer „soziale[n] Indikation" (ebd.) abgemildert werden.

Bedauerlicher Weise bildet die Zeit der Weimarer Republik und des Nationalsozialismus eine Leerstelle in dem vorliegenden Band. Denn der nächste von Jelena Wagner verfasste Beitrag behandelt die Nachkriegszeit und befasst sich mit „Verfahren bei einem Schwangerschaftsabbruch nach einer Vergewaltigung 1945 bis 1947" (27). In ihrer für einen Aufsatz sehr detaillierten Untersuchung beleuchtet sie anhand unveröffentlichter Akte des Bielefelder Gesundheitsamtes und der psychiatrischen *Bodelschwinghschen Anstalten* in Bethel, „welche Strategien Frauen anwenden mussten, um einen legalen Schwangerschaftsabbruch zu erhalten" (29). Dabei wird deutlich, dass Frauen vor allem in den westlichen Zonen einen „immense[n] Aufwand" (43) betreiben mussten. Zudem waren sie gezwungen, „stationäre psychologische Untersuchungen und Beurteilung der Lebensweise" (ebd.) über sich ergehen zu lassen. Denn: „Während in der sowjetischen Zone die ethische Indikation mit in den Katalog der berechtigten Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch aufgenommen" (28) worden war, eröffnete „in der britischen und amerikanischen Zone allein die medizinische Indikation" (ebd.) die Möglichkeit eines legalen Schwangerschaftsabbruchs.

In einem weiteren Artikel zeichnet Anna Domdey das „reaktionäre Weltbild" (47) des 1904 geborenen Abtreibungsgegners Prof. Dr. Erich Blechschmidt nach und arbeitet heraus, welche Bedeutung seine Schriften und die 1942 von ihm geschaffene und bis 1974 geleitete Göttinger „Schausammlung zu embryonaler Entwicklung" noch heute für die „Argumentation von Abtreibungsgegner_innen" (47) aus kirchlichen und rechtsradikalen Kreisen haben.

In einem gemeinsamen Beitrag vergleichen Ulrike Busch und Daphne Hahn das Schwangerschaftsabbruchsrecht in der DDR und der BRD sowie dessen Neuregelung nach der Wiedervereinigung.

Raphael Rössel rekonstruiert die „Kopplung von Behinderten- und Frauenrechten in westdeutschen Debatten um den § 218 von den 1960er bis in die 1990er Jahre" (65) und überrascht dabei mit einigen unerwarteten Thesen, die er anhand von Fakten zu untermauern versteht. Eine dieser Thesen besagt, „dass Behindertenrechte nicht nur als Argument gegen eine Lockerung des § 218 in Anschlag gebracht" (66), sondern „auch für eine Liberalisierungsforderung in Dienst genommen" (ebd.) wurden. Eine andere, „dass auch die 1976 kompromisshaft geschaffene Indikationsregelung nicht unbedingt Abtreibungen bei vorgeburtlich festgestellten Behinderungswahrscheinlichkeiten förderte, sondern sie auch in Einzelfällen – gegen den Willen der Schwangeren – verhinderte" (ebd.). Seine Beweisführung richtet den „Fokus" nicht auf die „aktivistischen Kontroversen" zwischen der Frauen- und Behindertenbewegung, sondern „auf zwei bisher vernachlässigte Gruppen: einerseits die Eltern behinderter Frauen und Mädchen und andererseits nicht behinderte Schwangere, die ein (potentiell) behindertes Kind erwarten, und deren Angehörige" (ebd.).

Zumindest ebenso interessant ist Isabel Heinemanns Hinweis auf eine „doppelte Wahrnehmungsstörung" (117) nicht nur Alice Schwarzers, die für sich in Anspruch nimmt, mit dem *Stern*-Titel „Wir haben abgetrieben" (1971), den Kampf gegen den § 218 entscheidend vorangetrieben und überhaupt die Neue Frauenbewegung initiiert zu haben. Wie viele andere auch übersehe die *EMMA*-Herausgeberin aufgrund eines blinden frauenrechtlichen Flecks, dass die Soziologin Helge Pross bereits 1966 in der gleichen Illustrierten Frauen, die abgetrieben hatten, aufrief, über ihre „Erfahrungen mit illegalen Abtreibungen zu berichten" (103). Ihrer Bitte kamen nicht weniger als 1300 Frauen nach. Schwarzer negiere all die zahlreichen Aktivitäten gegen

den § 218, die bereits vor ihrer *Stern*-Kampagne unternommen wurden. Nicht diese Aktion habe „die Forderung der Frauen nach dem Recht, über ihren eigenen Körper zu entscheiden, in die öffentliche Diskussion [hineingetragen]", sondern „vor allem" die bereits seit 1970 durchgeführten „Protestaktionen der *Frankfurter Frauenaktion 70* (111). Die von Pross Mitte der 1960er Jahre geleitete Befragung wiederum sei vor allem darum bedeutsam, weil mit ihr erstmals „die Frage der Selbstwahrnehmung der Frauen und ihrer Entscheidung gegen eine ungewollte Schwangerschaft in den Mittelpunkt [gestellt]" wurde und sie nicht „vorschnell […] entweder als unmündige ‚Verführte' oder verantwortungslose Hedonistinnen [abqualifiziert]" (103) wurden. Pross' „Analyse der Briefzuschriften" zeige, dass Frauen ihre „Abtreibungsentscheidungen" schon damals „sehr bewusst artikulierten, begründeten und verteidigten" (115).

Ebenfalls mit den Aktivitäten der Neuen Frauenbewegung befasst sich Claudia Roesch, die in ihrem detailreichen Beitrag „an Hand von zeitgenössischen Zeitschriftenartikel und Anfragen an die *pro familia* die Geschichte der Abtreibungsreisen westdeutscher Frauen in den 1970er Jahren [rekonstruiert]" (123) und nachweist, dass die Frauen vor allem reisten, „um eine sichere Abtreibung zu erhalten, nicht unbedingt eine legale" (125).

In einem ebenso instruktiven Beitrag zeigt Ulrike Lembke, wie „[d]ie Konsolidierung patriarchaler Staatlichkeit in juristischen Diskursen über die gesamtdeutsche Regulierung des Schwangerschaftsabbruch 1990 bis 1993" (183) ins Werk gesetzt wurde. Bekanntlich wurde der vom Bundestag 1992 beschlossene Gesetzentwurf für eine Fristenregelung des Schwangerschaftsabbruchs im darauffolgenden Jahr vom Bundesverfassungsgericht mit der Begründung kassiert, sie sei mit dem Grundgesetz unvereinbar. Damit brachte das höchste deutsche Rechtsorgan „emanzipatorische rechtspolitische Diskussionen" zum Abtreibungsrecht „für mehr als zwanzig Jahre zum Verstummen" (ebd.). Die Autorin beleuchtet weniger die „juristische Richtigkeit" der Argumente des damaligen Rechtsdiskurses als vielmehr seine „Verhandlung von Frauenbildern und Geschlechterverhältnissen" sowie die „Marginalisierung und Diskreditierung als ‚ostdeutsch' oder ‚feministisch' definierter Positionen" (ebd.). Dabei arbeitet sie heraus, wie die damaligen „Diskurse zur Regelung des Schwangerschaftsabbruchs zur Konsolidierung patriarchaler Modernisierungsdefizite werden konnten" (ebd.).

Persönliche Erinnerungen von Gisela Hermes und Ildikó Szász an die Aktivitäten einer „autonome[n] § 218-Gruppe", die von 1981 bis 1984 „unter dem Dach des Allgemeinen Studentenausschusses (AStA)-Frauenreferat" (139) an der Philipps-Universität in Marburg tätig war, unter- und durchbrechen die zuweilen etwas trockene Wissenschaftlichkeit des Bandes und bereichern ihn durch lebhafte Eindrücke.

Beschlossen wird der Themenschwerpunkt durch ein Interview mit der Ärztin Nora Szász. Wie viele andere wurde auch sie von zwei fundamentalistischen Gegnern der sexuellen und reproduktiven Selbstbestimmung von Frauen, Klaus Günter Annen und Yannic Lucas Hendricks, wegen Verstoßes gegen den § 219a angezeigt. Dieser gibt zwar vor, Werbung für Schwangerschaftsabbrüche unter Strafe zu stellen, tatsächlich aber kriminalisiert er schon die bloße Informationen über verschiedene Verfahren des Eingriffs.

Wie bei jedem Band der *Ariadne* sind auch diesem historische Dokumente zum Schwerpunkt beigefügt. Sie stammen diesmal aus den Jahren 1918 bis 1971. Unter anderem argumentieren Gertrud Bäumer und Elisabeth Adolff für bzw. gegen das Recht auf Schwangerschaftsabbruch. Ebenfalls aufgenommen wurde ein Auszug aus den Folgerungen, die Helga Pross aus ihrer Befragung von 1966 zog.

Neben der bereits erwähnten, die Jahre 1918 bis 1945 betreffende historische Lücke gibt es kaum etwas an dem Band zu monieren. Höchstens noch ein Fall unreflektierter Begrifflichkeit sowie ein, zwei kleine sachliche Irrtümer. So gründete sich 1968 in Berlin nicht ein „Aktionsrat zur Befreiung der Frau" (111, 117) wie Isabel Heinemann schreibt, sondern der *Aktionsrat zur Befreiung der Frauen* und der Vorname des Abtreibungsgegners Hendricks schreibt sich nicht „Yannick" (205), sondern Yannic. Die unreflektierte Ausdrucksweise wiederum betrifft den Begriff *Abtreibungstourismus*, der zwar von Claudia Roesch zu Recht kritisiert wird, da „die Frauen die Reisen nicht als Freizeitbeschäftigung unternahmen" (124), jedoch in einem anderen Beitrag mehrfach benutzt wird (vgl. 153, 155).

„[D]er Umgang mit Abtreibung als medizinischer Prozedur in der Bundesrepublik" hat sich „bis heute nicht normalisiert" (135), konstatiert Roesch. Im Gegenteil: Das eklatante „Mangelangebot" (ebd.) an ärztlichen Praxen und Kliniken, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, zwingt immer mehr ungewollt Schwangere dazu „für eine Abtreibung in ein anderes Land oder eine andere Region [zu reisen]" (134). Demgegenüber hat ein „liberalisierte[s] Abtreibungsrecht zu keiner Zeit Bestandsschutz. Änderten sich die politischen Machtverhältnisse, so haben bestimmte Parteien und Gruppen dieses Recht eingeschränkt oder aufgehoben" (160). Der Kampf um das Abtreibungsrecht ist also noch lange nicht – vielleicht niemals – zu Ende. Der vorliegende Band dokumentiert ihn nicht nur, sondern leistet auch einen wichtigen Beitrag zu ihm.

Rolf Löchel (Marburg)

Guitoo, Arash, *Die Geschichte der mann-männlichen Begierde in Iran von der Vormoderne bis heute*, Ergon, Baden-Baden 2020, 320 S., geb., 68 €

Arash Guitoos Hauptthese in seiner islamwissenschaftlichen Dissertation ist rasch zusammengefasst: „Der moderne Sexualitätsbegriff westlicher Wissenschaftler", der etwas opak als irgendwie exklusivistisch, universal und essentialistisch verstanden werde und wohl insbesondere „die westliche Homo-Hetero-Binarität" (9) fokussiere,[1] habe in der iranischen Gesellschaft kaum Einfluss auf den Umgang mit der sexuellen Existenz des Menschen gehabt (274). Homosexualität sei in Iran weder ein Persönlichkeitsmerkmal noch eine „universelle Kategorie" (2), sondern ein „habituelles Problem" (275). Aussagen Ahmadinedschads, dass es in Iran keine Homosexuellen gäbe, seien somit sinnig (1f, 21 und 286). Folglich gebe es auch keine Homophobie in Iran: „Denn die Feindseligkeit gegenüber einem Typus von Subjekten setzt die Vorstellung von einem solchen voraus" (276). Die „aktive Verfolgung gleichgeschlechtlicher sexueller Aktivitäten" (3) durch die Islamische Republik sei ein Mythos westlicher Medien.

Vorweg: Vieles davon ist teilweise korrekt:[2] Weder „Iran" noch „das westliche Sexualitätsverständnis" sind schließlich monolithische Konstrukte, daher ist Guitoos These zum Teil so korrekt wie ihr Gegenteil. Die gegenteilige These wenigstens unterstützte die Emanzipationsbestrebungen der Homosexuellen Irans, selbst wenn diese sich nicht zuletzt wegen sozialer Repressionskräfte nicht offen als homosexuell identifizieren sollten. Guitoos These hingegen stützt das Narrativ des iranischen Regimes und ist daher mitnichten so unpolitisch wie er suggeriert (29).

Selbst wenn es in Iran keine Homosexuellen nach einer spezifischen – und in der Fachwissenschaft spätestens seit 1948 überholten[3] – westlichen Definition gäbe, weil kulturell bedingt andere Codes von Sexualität dominieren (was teilweise zutrifft), ist die Schlussfolgerung, dass es dementsprechend auch keine Homophobie geben könne, in höchstem Maße albern und zynisch. Auf dem Brokeback Mountain gab es ebenfalls keine Homosexuellen; und doch waren alle Männer dort, die Sex mit Männern hatten, stets entschieden homophob.[4] Man könnte ebenfalls einwenden, Homosexuellen jegliche Realexistenz abzusprechen, sei bereits ein erstes Indiz für Homophobie.

Die Arbeit besteht aus drei Teilen. Im ersten untersucht Guitoo die mann-männliche Begierde in der vormodernen iranischen Gesellschaft – grob vom 10. bis 19. Jh. – anhand literarischer Texte (35–105). Wichtig hierbei ist der Hinweis, dass es keine politische oder religiöse Institution gab, die sexuelle Verfehlungen systematisch verfolgte (99), und eine Abgrenzung zwischen Homosozialität und Homoerotik fehlte (85). Verständnisfördernd wäre der Hinweis, dass es dieser Institution insofern nicht bedurfte, als die Familien selbst Wächter, Richter und Sanktionsinstanz über Bedrohungen der Familienehre waren.

Die Texte suggerieren, dass die sexuelle Rolle und das Alter bei Sexualakten entscheidender waren als das Geschlecht des Sexualpartners (101). Im Fokus stehen dabei die Beziehungen Erwachsener zu Heranwachsenden, d.h. Bartlosen (*amāred*), die innerhalb des 20. Jh. aus dem urbanen Leben Irans verschwanden (107). Ihr Verschwinden könne aber nicht als eine „Heterosexualisierung" (113) durch die Einführung einer westlichen „Homo-Hetero-Binarität" (195) interpretiert werden, wie das zweite Kapitel (107–199) argumentiert.

Im dritten Kapitel (201–280) erörtert Guitoo mann-männliches Begehren im heutigen Iran nach der Islamischen Revolution 1979. Die Hauptthese hier besagt, dass nach einer anfänglichen Politik der Einschüchterung (201) gegen säkular-liberale Eliten mit Westtendenzen in den 1990er Jahren eine Phase der Beruhigung begann und das Regime mitnichten eine systematische Vernichtungspolitik gegen gleichgeschlechtliche Sexualität entfaltete (207, 236, 286). Die wenigen Hinrichtungen, die dokumentiert sind, beträfen extreme Beispiele von Menschen, die die Regeln des gesellschaftlichen Versteckspiels allzu offensichtlich missachteten.

1 Als Einführung in die Pluralität und den Wandel der Homosexualitätenvorstellungen inkl. der LGBTQIA+-Konzepte vgl. Mildenberger, F., Evans, J., Lautmann, R., Pastötter, J. (Hg.), 2014. Was ist Homosexualität? Forschungsgeschichte, gesellschaftliche Entwicklungen und Perspektiven. Männerschwarm, Hamburg.

2 Vgl. z.B. Lautmann, R., 2018. Homosexualität und Homophobie – ein Trajekt der westlichen Spätmoderne. Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften 29 (2), 36–58.

3 Kinseys empirische Studien widerlegten die Idee einer antithetischen Binarität zwischen homo- und heterosexuellen Personen und zeigte ein Kontinuum auf: Kinsey, A.C., Pomeroy, W., Martin, C.E., 1948. Sexual Behavior in the Human Male. Saunders, Philadelphia, 636–666.

4 Weitere Beispiele entschiedener unschwuler mann-männlicher Sexualität bei Ward, J., 2015. Not Gay. Sex Between Straight White Men. New York University Press, New York.

Dieser Analyse würde ich mit einigen Einschränkungen und Vorbehalten grundsätzlich durchaus zustimmen. Die Argumentation allerdings überzeugt mich nicht. Der enge Bezug an die teils doch recht kühnen Thesen des Thomas Bauer – die vormoderne islamische Welt sei diskurspluralistisch und ambiguitätstolerant, die westliche hingegen universalistisch und ambiguitätsintolerant (107–109) – ist in mehrfacher Hinsicht unglücklich. Der Münsteraner Arabist Thomas Bauer ist weder ein Experte für das europäische Mittelalter noch für Sexualitätsforschung. Bauer argumentiert, dass in der islamischen Kultur vom 9. bis zum 19. Jh. ein tausendjähriges Päderastenparadies erblüht sei;[5] die Ambiguitätsintoleranz des modernen Islams sei ein Phänomen der Moderne – und habe mit dem Islam nichts zu tun.[6]

Das literarische Motiv der Jünglingsliebe in der islamischen Literatur, praktisch in allen Sprachen, steht aber im Gegensatz zu den negativen Bewertungen gleichgeschlechtlicher Sexualität in der moralischen, medizinischen, juristischen oder theologischen Literatur und kann, das erkennt auch Guitoo, nicht zur Konstruktion einer muslimischen Toleranzkultur herangezogen werden. Die Poesie war schließlich zum einen ein Zufluchtsort vor staatlicher und gesellschaftlicher Repression und zum anderen waren homosoziale Sphären die Kehrseite starker Geschlechtertrennung, arrangierter Ehen und der Sklaverei (ohne Sklaven hätte der Ausschluss der Frauen aus dem öffentlichen Leben und der Arbeitswelt nicht funktionieren können).[7] Kritische Stimmen zu Bauers Thesen sprechen daher auch von „Ambiguitäts-Müll".[8] Die m.E. für vorliegende These wohl wichtigste Einschränkung zu Bauers Thesen stammt von Siegfried Tornow und argumentiert ebenfalls überwiegend mit persischer Literatur.[9]

Leider hat Guitoo keine der Kritiken berücksichtigt, obwohl seine These, dass der westliche Diskurs für die Entwicklung der Sexualitätsvorstellungen in Iran größtenteils irrelevant gewesen sei, in krassem Widerspruch zu Bauer steht: „In der Mitte des 19. Jh. war der Westen mächtig genug geworden, seine eigenen Sexualitätsdiskurse der übrigen Welt aufzuzwingen. […] Seit dieser Zeit gibt es […] keinen Sexualitätsdiskurs mehr, der nicht eine direkte Reaktion auf den Westen darstellt oder doch von diesem wesentlich mitgeformt wird."[10] Präziser wäre ohnehin von Diskurspluralität zu sprechen. Es ist doch unstrittig, dass westliche Intellektuellendiskurse nur in den urbanen akademischen Milieus Folgewirkungen entfalten, in denen diese rezipiert werden. Selbst in westlichen Ländern wirken akademische Fachdebatten nicht immer merklich auf das Verhalten der Menschen in ländlichen Regionen oder in der Arbeiterschicht. Khomeinis *Fatwa* zur medizinischen Geschlechtsangleichung bei Intersexuellen ist in der Tat im Einklang mit der schiitischen Rechtssprechung; dass homosexuelle Männer, deren Geschlechtsmerkmale biologisch eindeutig ausgeprägt sind, aufgrund ihres Begehrens als „transgeschlechtlich" betrachtet werden, ist eine Neuerung, die Guitoo mit seiner Herangehensweise nicht zu erklären vermag und daher leider auch ausklammert.

Guitoo radikalisiert Bauers Zuspitzung, wo es ihm passt, zusätzlich mit antiwestlichen Parolen, wenn er beispielsweise das Christentum als „lust- und liebesfeindliche Lehre" (118) charakterisiert. Das ist schlichtweg falsch: Die christliche Lehre ist das krasse Gegenteil von Liebesfeindlichkeit. Gleichgeschlechtliche Liebe war im Hochmittelalter selbst in klerikalen Kreisen noch nicht negativ konnotiert; der Sodomiediskurs setzt sich erst im Spätmittelalter durch.[11] Die oft wiederholte These, das Sexualleben hätte sich mit der „aufklärerischen materialistischen Weltanschauung […] zunehmend vom unmittelbaren Einfluss der Religion befreit" (127) ist arg verzerrend verkürzt. Tatsächlich war es zunächst die Reformation, die neue religiöse Pluralität unter Christen, die zum Zusammenbruch der religiösen Autorität und zur Abtrennung resp. Privatisierung/Individualisierung des Moralischen führte: Die sexuelle Toleranz im 17. Jh. erwuchs direkt aus der religiösen Toleranz![12] Diese Entwicklung versteht freilich nicht, wer den Toleranzgedanken in der westlichen Kultur kategorisch verleugnet. Verstärkt wurde der kirchliche Kontrollverlust freilich auch durch die zunehmende Verstädterung. Die Bemerkung, die islamische Theologie lokalisiere das Sündhafte außerhalb der Menschen, erschließt sich mir ebenfalls nicht: „Die Seele verlangt gebieterisch nach dem Bösen" offenbart Koran 12: 53.

Im gleichen Atemzug wie der Einfluss des Westens auf die iranische Geisteswelt kategorisch abgelehnt wird, wird der Einfluss der Araber stillschweigend vorausgesetzt. Und das, obwohl dafür keine Indizien präsentiert werden. Kulturell, sprachlich und literarisch ist die iranische Geschlechts- und Sexualitätsvorstellung sehr viel stärker der indischen Sanskritliteratur verpflichtet – aber auch das blendet Guitoo rigoros aus. Schon deswegen wäre diese Arbeit vor hundert Jahren, als Professoren noch über Allgemeinbildung verfügten, an einer Universität in Deutschland in dieser Form vermutlich nicht angenommen worden.

5 Bauer, T. , 2011. Die Kultur der Ambiguität: Eine andere Geschichte des Islams. Verlag der Weltreligionen, Berlin, 286, 302. S. a. Bauer, T., 2013. Islam und „Homosexualität". In: Bauer, T., Höcker, B, Homolka, W., Mertes, K. (Hg.), Religion und Homosexualität. Aktuelle Positionen. Wallstein, Göttingen, 71–89.

6 Bauer, T., 2011, 53.

7 Kreutz, M., 2016. Zwischen Religion und Politik: Die verschlungenen Pfade der Moderne. Kreutz, Bochum, 83–99.

8 Tibi, B., 2017. Islamische Geschichte und deutsche Islamwissenschaft. Islamologie und die Orientalismus-Debatte. Ibidem, Stuttgart, 57.

9 Tornow, S., 2015. Die ‚schwulen Paradiese' und der Sündenfall. Die mannmännliche Liebe im klassischen Athen, im islamischen Orient und im Westen. Capri. Zeitschrift für schwule Geschichte 50, 1–112.

10 Bauer, 2011, 270.

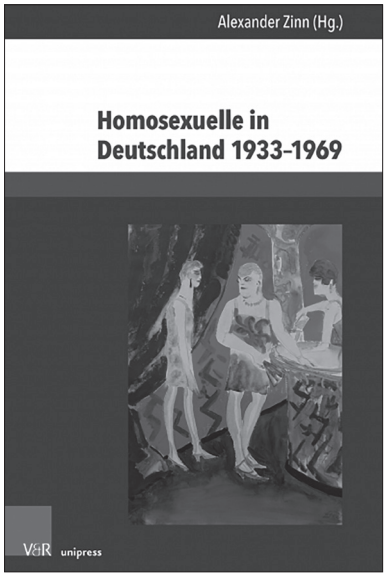
11 Boswell, J., 2015. Christianity, Social Tolerance and Homosexuality: Gay People in Western Europe from the Beginning of the Christian Era to the Fourteenth Century. The University of Chicago Press, Chicago.

12 Dabhoiwala, F., 2014. Lust und Freiheit. Die Geschichte der ersten sexuellen Revolution. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, 97.

Diesen Niedergang der Geisteswissenschaften in der Bundesrepublik beklagt Guitoo übrigens ebenfalls: „Die heutige geisteswissenschaftliche Geschlechter- und Sexualitätsforschung versteht sich häufig nicht nur als eine erkenntnisbringende bzw. erkenntniserzeugende Tätigkeit, sondern zugleich auch als einen politischen Akt." (29)

Die iranische Geisteswelt dem arabischen Kulturkreis zuzuschlagen, sollte sowohl Araber als auch Iraner verstimmen. Der Versuch, den persischen Medizindiskurs zu Sexualität an den arabischen anzuknüpfen, wirkt verzweifelt und wenig überzeugend. Richtiger wäre eine Anknüpfung an den Medizindiskurs Südasiens, aber hier krankt die Islamwissenschaft wieder einmal an der Islamisierung islamischer Kulturen und der Beschränktheit fachspezifischer Filterblasen.

Thomas K. Gugler (Frankfurt a.M.)



Zinn, Alexander (Hg.), *Homosexuelle in Deutschland 1933–1969. Beiträge zu Alltag, Stigmatisierung und Verfolgung*, V&R Press, Göttingen 2020, 203 S., kt., 27,99 €

Seit Beginn der zweiten deutschen Schwulenbewegung in den 1970er Jahren spielte das Narrativ der 1945 nicht zu Ende gegangenen Verfolgung mit NS-Methoden ein wichtiges Instrument in der historisch verankerten Selbstdarstellung selbstbewusster Schwuler und Lesben. Zugleich war es ein steter Zankapfel, beharrten doch Schwule und Lesben auf unterschiedlichen Deutungen der Vergangenheit. Während feministische Frauen betonten, die NS-Sexualmoral habe ganz selbstverständlich lesbische Frauen diskriminiert und diese trotz des Fehlens einer Strafbestimmung mit Gefängnis und Tod bedroht, blieben eine ganze Reihe schwuler Historiker bei ihrem Standpunkt, wonach lesbische Frauen ihre Sexualität zwar kaum ausleben konnten, aber aufgrund ihres Sexuallebens nicht verfolgt worden seien.

Ein vehementer Vertreter der letzteren Position war und ist der Herausgeber Alexander Zinn, während die Gegenposition in den letzten Jahren vor allem Jens Dobler einnahm, auf den in diesem Sammelband zwar immer wieder hingewiesen wird, der aber als Autor nicht partizipierte.

Das Buch ist in 10 Aufsätze unterteilt, die sich den maßgeblichen zeitgenössischen und späteren Diskursen rund um Homosexualität im Nationalsozialismus und die bleiernen Jahre bis 1969 widmen: Form und Ausmaß der Verfolgung in Stadt und Land (Zinn, Burkhard Jellonnek, Stefan Micheler), den Debatten um Homoerotik in der Hitlerjugend (André Postert), der Situation lesbischer Frauen (Zinn, Samuel Clowes Huneke), der schwierigen Situation in der Nachkriegszeit (Susanne zur Nieden) und den 1960er Jahren (Julia Noah Munier, Karl-Heinz Steinle, Veronika Springmann). Den Abschluss des Buches stellt der Essay Rüdiger Lautmanns über die Überholtheit der Idee einer „Opferkonkurrenz" (177–192) dar.

Die Autoren räumen mit einer Vielzahl von Unklarheiten in der bisherigen Vergangenheitsrezeption auf: Weder stellte die DDR die Verfolgung der Homosexuellen quasi ein (15f), noch war die Verfolgungspraxis im gesamten Deutschen Reich gleich. Es kam vielfach darauf an, ob die Polizeibehörden besonders engagiert waren und – wie Stefan Micheler in seinem Aufsatz (61–85) aufzeigt – genügend Unterstützung durch selbst berufene Blockwarte erhielten.

Auch verdeutlichen die Aufsätze, dass es nicht so einfach ist, zwischen „gleichgeschlechtlich liebenden Männern" und „Knabenfreunden" zu unterscheiden, wie dies in der Vergangenheit schwule und lesbische Verbandspolitiker getan hätten. Im Zusammenhang mit den Debatten um die sexuellen Verhältnisse in der Hitlerjugend lieferten sich homophobe Antinazis im Exil und homophobe Kader in Deutschland zeitweise ein ideologisches Wettrennen, wer sich am stärksten gegen gleichgeschlechtliche Interessen positionieren könnte, wie André Postert in seinem Aufsatz (85–102) schildert.

Im Fall lesbischer Frauen hingegen schien es eher so zu sein, dass die NS-Bürokraten selbst überrascht waren, wenn sie einmal mit einer solchen Konstellation konfrontiert waren. Alexander Zinn beschreibt dies anhand von ihm oder seitens der Kollegenschaft entdeckter Fallbeispiele (103–116). Samuel Clowes Huneke stellt das Orchester der Verfolgung, bestehend aus Polizei und Staatsanwaltschaft vor, das sich entfaltete, wenn der Jagdeifer erst einmal geweckt war (117–130). In diesem Fall bedienten sich die staatlichen Akteure des gleichen Konstrukts, mit dem sie homosexuelle Männer als Staatsfeinde benannten: die Gefahr der Verführung (123). Dies blieb jedoch die Ausnahme, einen Umfang wie die Verfolgung homosexueller Männer nahm die Bekämpfung der Lesben im NS nach Ansicht aller Autoren niemals ein.

Ähnlich war allenfalls die Erniedrigung der mit Gefängnis und/oder Konzentrationslager bestraften Personen. Nach 1945 galten sie alsbald nicht mehr als „Opfer des Faschismus". Die politische Linke, spätestens seit den Kampagnen der Exilpres-

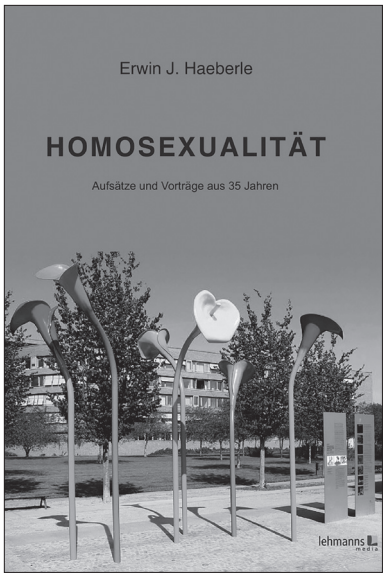
se gegen Ernst Röhm stramm homophob, wollte die gleichgeschlechtlich Liebenden nicht als gleichwertige Kämpfer und Leidensgenossen anerkennen, wie Susanne zur Nieden in ihrem Aufsatz aufzeigt (147). Es folgte das lange Beschweigen der Vergangenheit. Verfolger blieben in Amt und Würden, nutzten die gültig gebliebenen Paragraphen des Strafgesetzbuches und mussten lange kaum Kritik fürchten.

Dass sich staatlich bestallte Verfolger noch Jahrzehnte nach Untergang des Dritten Reiches wie selbstverständlich auf dessen Volksgemeinschaftsideologie berufen konnten, zeigte eine im universitären Rahmen ablaufende Diskussion in Baden-Württemberg in den 1960er Jahren. Ein wegen §175a verurteilter Student wollte gegen seine Exmatrikulation vorgehen und fand Unterstützung durch professorale Gutachter wie Hans Giese, scheiterte aber letztlich (157).

Die Machtvollkommenheit von Gutachtern, die im Sinne der noch immer gültigen nationalsozialistischen Rechtsordnung urteilten, schildert anschaulich Veronika Springmann in ihrem Beitrag (163–176). So lieferten sich die Psychiater Alexander Mitscherlich und Alfred Schwenninger ein jahrelanges Tauziehen um die Frage, ob ein wegen homosexueller Vergehen verurteilter Mann in Sicherungsverwahrung gehalten werden dürfte. Am Ende begünstigte das Reformklima der 1960er Jahre die juristische Entscheidung. Es kam also darauf an, milde gestimmte Richter, durchsetzungsfähige Gutachter und ein sich wandelndes gesellschaftliches Klima vorzufinden, um in der Bundesrepublik Deutschland nicht an nationalsozialistischen Vorstellungen von Recht und Ordnung gemessen zu werden. Dieses Schicksal betraf sowohl männliche Homosexuelle als auch Lesben sowie die (im Buch nicht genannten) Transsexuellen). Die noch immer herrschende „Opferkonkurrenz" in den akademischen Debatten erscheint in diesem Zusammenhang besonders grotesk. Ohnehin finden entsprechende Dispute nun ohne Zeitzeugen statt, denn diese sterben langsam aus, wie Rüdiger Lautmann in seinem Beitrag deutlich macht.

Insgesamt macht das Buch einen kohärenten Eindruck, allerdings lassen sich einige Kritikpunkte festmachen: Hinsichtlich der Situation der Homosexuellen nach 1945 hätte ein Aufsatz über Werk, Wirken und Irrwege der Sexualwissenschaft Platz finden können. Ein Beitrag zum Forschungsstand und den Forschungslücken wäre sinnvoll gewesen. Im Vorwort ergeht sich Alexander Zinn in einer Tirade gegen aktuelle sexualpolitische Gegner, ohne zu thematisieren, dass der Hauptkritikpunkt dieser Akteure nicht die Emanzipation der Homosexuellen ist, sondern ihre Integration in die bestehende Gesellschaft – ein Ansatz, den Zinn selbst stets verfolgt hat. Trotz dieser Kritikpunkte handelt es sich bei dem vorliegenden Buch um eine gute, kurzgefasste und prägnante Hinführung zu historischen Ereignissen und historiographischen Debatten.

Florian Mildenberger (Berlin)



Haeberle, Erwin J., *Homosexualität. Aufsätze und Vorträge aus 35 Jahren.* Lehmanns Media, Berlin 2019, 304 S., kt., 24,95 €

Die Biographie eines Wissenschaftlers ist stets mit dem Werden seiner Persönlichkeit verbunden. Erwin J. Haeberle stellte in den Jahren 2019 und 2020 sowohl eine Autobiographie als auch eine Anthologie seiner ihm am wirkmächtigsten erscheinenden Publikationen vor. Die biographische Selbstbeschreibung wurde bereits rezensiert[1], nun gilt das Interesse den von Haeberle ausgewählten „zehn Aufsätzen und Vorträgen aus 35 Jahren." Eröffnet wird die Anthologie mit zwei Aufsätzen zum Thema „Bisexualität", das Haeberle persönlich am Herzen lag, wie er im autobiographisch angereicherten Vorwort erläutert. So war Haeberle heteronormativ aufgewachsen und hatte so gelebt, bis er in den USA Möglichkeiten fand, die bislang in ihm schlummernde andere Seite des sexuellen Begehrens zum Leben zu erwecken (24). Gestärkt in seinem erotischen Selbstbewusstsein, erschloss sich Haeberle den Komplex der Sexualitäten als Forschungsthema, wobei er in der Rückschau die 1970er Jahre als „sexuelles Paradies" schildert, das längst verloren sei (27).

Neben der Erforschung der gelebten Sexualität der Gegenwart, war Haeberle stets auch auf der Suche nach Präzeptoren des eigenen Schaffens, weshalb in diesem Buch Magnus Hirschfeld und seiner Generation vier Beiträge gewidmet sind. Die letzten beiden Aufsätze behandeln die Schilderung von Promiskuität an einem individuellen Beispiel sowie die Verhältnisse in San Francisco.

Bereits der erste Beitrag kann als Angriff auf die etablierte Sexualgeschichtsschreibung (sowie indirekt die Sexualwissenschaft im Allgemeinen) verstanden werden. Denn Haeberle interpretiert die Lehren von Heinrich Hössli, Karl Heinrich

1 Haeberle, E.J., 2020. Auf Zufallswegen zum unerwarteten Ziel. Mein Leben mit der Sexualwissenschaft. Lehmanns Media, Berlin. Rezensiert in Sexuologie 27 (2020), 3–4, 169–170.

Ulrichs und Magnus Hirschfeld, die bislang als Nachweis für die Angeborenheit der Homosexualität gesehen wurden, als Beweis für die grundsätzlich bisexuelle Anlage des Menschen. Die Forschungen Alfred Kinseys sieht Haeberle als Ansatz für die „Abschaffung des Homosexuellen" (62). So erscheint das Engagement der zweiten deutschen Schwulenbewegung wie ein Rückfall in vergangene Zeiten und nicht als Aufbruch zur Emanzipation (68).

Schließlich zieht Haeberle noch die Wissenschaftlichkeit der Kohortenstudien zur Ergründung der Entstehung sexuellen Verhaltens in Zweifel (82f). Die Kritik an der Sexualhistoriographie findet ihre Fortsetzung in seinem Aufsatz über die Tätigkeiten Hirschfelds, dem er bereits 1984 attestierte, dass die Homosexualität nur ein Teil seines Forscherlebens erfüllte. Damals war ein solcher Ansatz in höchstem Maße provokativ, hatte doch die Schwulenbewegung gerade erst „Tante Magnesia" als ihre Urmutter akzeptiert. Auch Hirschfelds verheerende Rolle als Gutachter im Rahmen der Affäre um die mögliche homosexuelle Veranlagung des Ratgebers des Kaisers, Philipp v. Eulenburg, benannte Haeberle bereits 1991.

Dieser Aufsatz liest sich auch heute noch interessant, selbst wenn mittlerweile – wie übrigens bei der Mehrheit der Beiträge der Anthologie – die Forschung weiter vorangeschritten ist. Davon bekommt der Leser jedoch nichts mit, was der wichtigste Kritikpunkt an dem Sammelband darstellt. Dieser gerät so zu einer Art Zeitkapsel. Es wird nur der Stand der Wissenschaft dargelegt, den der Autor zur Zeit der Abfassung seiner Beiträge für relevant hielt.

Darüber hinaus stört die Heimlichtuerei um weitere Akteure. So erwähnt Haeberle als wichtigen Helfer zur Ergründung der eigenen Bisexualität einen Hollywood-Schauspieler (24), der offenbar recht bekannt war als schwuler Mann – doch Haeberle verschweigt den Namen. Im Fall des an seiner eigenen Promiskuität zweifelnden „Dr. X" (213–218) wird ein Foto abgedruckt und sogar die Zusicherung von X, dass er seine Aufzeichnungen Haeberle zur wissenschaftlichen Forschung überlasse – aber dieser ist offenbar nicht willens, den Namen von X mit der scientific community zu teilen. Nur er, Haeberle, darf darüber forschen. Schließlich fehlen ein Register und auch eine Gesamtbibliographie der Schriften des Autors. Wo, wenn nicht in dieser Anthologie, hätte sie Platz finden können? So verrät das Buch viel über Haeberle. Vielleicht mehr, als er selbst intendierte.

Florian G. Mildenberger (Berlin)

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

Anzeigen: Rainer Alisch, Taunusstraße 8, D-12161 Berlin, Tel.: 0173 249 3575, e-mail: sexuologie@dgsmtw.de
Anzeigenpreise: Gültig sind die Preise vom 1. Januar 2022, auf Anfrage
Lieferkonditionen (2022): Volume 29 (1 Band mit 4 Heften, Auslieferung in zwei Doppelheften)
Abopreise* (2022): Deutschland, Österreich, Schweiz: Institutionelle Abnehmer 156,00 €; Einzelpersonen 96,00 €; StudentInnenabo 38,00 €, für Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft ist ein Abonnement im Mitgliedsbeitrag 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 / 450 529 302 (Fax: -529 992), e-mail: sexuologie@dgsmtw.de
Kündigung von Abonnements: Abonnements laufen jeweils für ein Kalenderjahr und werden unbefristet bis auf Widerruf verlängert, falls nicht bis zum 31. Oktober des Jahres gekündigt wird.

Bankverbindung: Deutsche Ärzte und Apothekerbank, Account No. 010 8784647 (BLZ 300 606 01);
IBAN: DE40 30060601 0108784647; BIC/SWIFT: DAAEDEDD
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
Coverfoto: Franziska Barth, www.streifenblicke.de
Papier aus nachhaltiger Forstwirtschaft bzw. auf Recyclingpapier aus 100% Altpapier gedruckt

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: Faszination Media+Event 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

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