

Sexuologie

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

Inhalt

Originalarbeiten

- 50 Erektionsstörung und Lebensqualität – Erste Ergebnisse der Berliner Männer-Studie
Gerard A. Schäfer, Heike S. Englert, Christoph. J. Ahlers, Stephanie Roll, Stefan N. Willich, Klaus M. Beier
- 61 Zur Kollusion zwischen Juristen und medizinischen Gutachtern in Strafprozessen wegen Tötung unter der Geburt
Reinhard Wille, Ulrike Steckeler, Jens Wessel
- 78 Gibt es einen Zusammenhang zwischen sexuellen Phantasie-Inhalten und Persönlichkeitsmerkmalen?
Ines Schweizer-Böhmer, Andreas Beelmann, Uwe Hartmann

Fortbildung

- 85 Weibliche Sexualität in der zweiten Lebenshälfte – Ergebnisse einer empirischen Studie an Frauen zwischen 50 und 70 Jahren
Beate Schultz-Zehden
- 90 Sildenafilzitat (Viagra®) in der Therapie der erektilen Dysfunktion
Tim Schneider, Herbert Sperling, Herbert Rübber

Historia

- 97 Menstruation – Aspekte einer kulturellen Deutungsgeschichte
Annegret Künzel

Aktuelles

- 103 Die Frau als Zukunft des Mannes? Zu Sexualität, Dandys und dem Begriff des Politischen
Volker Gransow
- 108 Buchbesprechung / Tagungshinweis

Anschrift der Redaktion

Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier (V.i.S.P.), MA Rainer Alisch, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin des Universitätsklinikums Charité, Luisenstrasse 57, D-10117 Berlin, Tel.: 030/ 450 529 301 (Fax: -529 992), e-mail: klaus.beier@charite.de

Verlag: Urban & Fischer Verlag GmbH & Co. KG, Niederlassung Jena, PF 100 537
D-07705 Jena, Telefon (03641) 626-3; Fax (03641) 62 65 00;
E-mail: journals@urbanfischer.de

Anzeigennahme und -verwaltung: Urban & Fischer Verlag & Co. KG, Niederlassung Jena, Anzeigenleitung: Sabine Schröter, PF 100 537, D-07705 Jena, Telefon (03641) 62 64 45, Fax (03641) 62 64 21, Zur Zeit gilt die Anzeigenliste vom 01.01.2002

Abonnementsverwaltung und Vertrieb: Urban & Fischer GmbH & Co. KG, Niederlassung Jena, Abo-Service und Vertrieb: Babara Dressler, Löbdergraben 14a, 07743 Jena, Telefon (03641) 62 64 44, Fax (03641) 62 64 43

Bezugshinweise: Das Abonnement gilt bis auf Widerruf oder wird auf Wunsch befristet. Die Lieferung der Zeitschrift läuft weiter, wenn sie nicht bis zum 31.10. abbestellt wird.

Erscheinungsweise: Zwanglos, 1 Band mit 4 Heften.

Abo-Preis 2003 [Deutschland, Österreich, Schweiz]: 135,- €*; Einzelheftpreis 41,- €*, Alle Preise zzgl. Versandkosten. Vorzugspreis für persönliche Abonnenten 66 €*.

* Alle Preise sind unverbindliche Preiseempfehlungen.

Folgende Kreditkarten werden zur Zahlung akzeptiert: Visa/Eurocard/Mastercard/American Express (bitte Kartennummer und Gültigkeitsdauer angeben).

Bankverbindung: Deutsche Bank Jena, Konto-Nr. 390 76 56, BLZ 820 700 00 und Postbank Leipzig, Konto-Nr. 149 249 903, BLZ 860 100 90

Copyright: Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, insbesondere die Einspielung, Verbreitung oder Wiedergabe in elektronischer Form (online/offline), bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Verlages.

Satz: Rainer Alisch, Hanseatenweg 6, 10557 Berlin

Druck, Bindung: Gutenberg Druckerei GmbH Weimar, Marienstraße 14, D-99423 Weimar.

Diese Zeitschrift wird ab Band III, Heft 1 (1996) auf elementar chlorfreiem, pH-Wert neutralem, alterungsbeständigem Papier gedruckt.

© 2004 Urban & Fischer Verlag

Coverfoto: © gettyimages



Sexuologie – Zeitschrift für sexualmedizinische Fortbildung und Forschung

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

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

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

Wissenschaftlicher Beirat

Dorothee Alfermann, Leipzig
Ralf Dittmann, Bad Homburg
Walter Dmoch, Düsseldorf
Günter Dörner, Berlin
Wolf Eicher, Mannheim
Erwin Günther, Jena
Heidi Keller, Osnabrück
Heribert Kenterich, Berlin
Rainer Knussmann, Hamburg
Götz Kockott, München
Heino F.L. Meyer-Bahlburg, New York
John Money, Baltimore

Elisabeth Müller-Luckmann,
Braunschweig
Piet Nijs, Leuven
Ilse Rechenberger, Düsseldorf
Hans Peter Rosemeier, Berlin
Wulf Schiefenhövel, Andechs
Wolfgang Sippell, Kiel
Michael Sohn, Frankfurt/M.
Hans Martin Trautner, Wuppertal
Henner Völkel, Kiel
Hermann-J. Vogt, München
Reinhard Wille, Kiel

Abstracted/Indexiert in BIOSIS · CAB Abstracts · Chemical Abstracts Service (CAS) · Chemical Abstracts (SEXUOX) PSYINDEX · PsycINFO

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

Erektionsstörung und Lebensqualität – Erste Ergebnisse der Berliner Männer-Studie*

Gerard A. Schäfer, Heike S. Englert, Christoph J. Ahlers, Stephanie Roll,
Stefan N. Willich, Klaus M. Beier

Erectile Disorder and Quality of Life – First Results of the Berlin Male Study

Abstract:

The goal of this study was threefold: to determine the point prevalence of erectile disorder amongst 40 to 79 year old Berlin men as well as its connection with their age, general health status and last but not least with their quality of life. An epidemiological cross-sectional study was conducted, in which a questionnaire was developed and supplemented by other already validated measures, then tested in a pilot phase on 30 male out-patients (aged 30 and above) of the Charité's urology department, and finally mailed to a representative sample of 6.000 men. The age span 40-79 was divided into four categories of ten years each, and within each category 1.500 men were sent a questionnaire. **Erectile Disorder** was assessed by using a self-devised measure, in which the criteria of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV* (APA, 1994) had been operationalised, hence, burden had to be associated with dysfunctional erection. As reference period the past six months were chosen. Furthermore, self-reported presence of dysfunctional erection yielded a second prevalence rate for each age category. Prevalence rates were also assessed by using the *Erectile Function Domain (EF-Domain)*, which constitutes one of the five domains of the *International Index of Erectile Function IIEF* (Rosen et al., 1997). The focus of this paper, however, is on the DSM-IV approach to assessing erectile disorder; all results pertaining to the EF-Domain approach will be published separately. **General Health Status** was assessed by means of a checklist containing numerous conditions, amongst other things. **Quality of Life** was assessed using the *SF-12* (Ware et al., 1998) and the *Visual Analog Scale* of the *EuroQoL (EQ-VAS)* (Schulenburg et al., 1998), amongst other

* Die Studie wurde durch die Unterstützung der Firma BayerVital GmbH ermöglicht.

things. Results, which are all based on self-reported data, are presented with respect to the distribution of various socio-demographic variables and various conditions, prevalence rates of erectile disorder (DSM-IV) for each age category, and the connection of erectile disorder with quality of life (results regarding the connection of erectile disorder with general health will be published in due time). Amongst the 1.915 returned questionnaires suitable for analysis (response rate = 32%) the four age categories were represented almost equally. The findings regarding the prevalence of erectile disorder are of particular interest from both a public health and scientific perspective: when considering the internationally acknowledged DSM-IV criteria not only the age adjusted prevalence of 17,8% is lower than compared with other studies on men of similar age. Furthermore, the increase with age is far less prominent as consistently reported in the literature. In conjunction with the higher self-reported prevalence rates, i.e. where burden is not taken into consideration, the data suggest the need to differentiate between a burden bearing disorder and a dysfunction or malfunction that is not associated with any burden and, therefore, does not require treatment. Apart from some operational aspects the authors suggest to continue using the international established abbreviation „ED“, but to differentiate between „EDy“ when referring to erectile dysfunction and „EDi“ when referring to erectile disorder, i.e. when the dysfunctional erection is accompanied by suffering. This would not only benefit the (improvement of) comparability of future research, above all, it would also reflect the experience of clinical practice.

Keywords: Erectile Disorder, Prevalence, DSM-IV, Quality of Life, Sexual Disorder, Sexual Medicine, Epidemiology

Zusammenfassung:

Das Ziel dieser epidemiologischen Querschnittstudie bestand sowohl darin, die Punkt-Prävalenz der Erektionsstörung bei 40-79 jährigen Berliner Männern zu bestimmen, als auch den Zusammenhang zum Alter, zum allgemeinen Gesundheitszustand sowie zur Lebensqualität zu untersuchen. Hierzu wurde zunächst ein Fragebogen konzipiert und um bereits

vorhandene, validierte Verfahren ergänzt, anschließend im Rahmen einer Pilotphase an 30 männlichen, über 30-jährigen Patienten der urologischen Ambulanz der Charité getestet, und schließlich an eine **repräsentative** Auswahl von 6.000 Männern verschickt. Die Altersspanne 40–79 wurde in vier Kategorien à zehn Jahre aufgeteilt, in denen jeweils 1.500 Männer den Fragebogen zugeschickt bekamen. Zur Prävalenz-Bestimmung wurde das Vorliegen einer Erektionsstörung nach einem selbst entwickelten Verfahren bestimmt, in dem Kriterien des *Diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-IV* (APA, 1994) operationalisiert wurden. Angegeben werden musste demnach ein mit einer dysfunktionalen Erektion einhergehender Leidensdruck, bevor das Vorliegen einer Erektionsstörung angenommen wurde. Der zu betrachtende Zeitraum waren die vergangenen sechs Monate. Eine Selbsteinschätzung zum Vorliegen einer Erektionsstörung lieferte ein zweites Maß für die Prävalenz-Bestimmung. Des Weiteren wurden Prävalenzen nach der *Erectile Function Domain (EF-Domain)* bestimmt, eine der fünf Skalen (bzw. domains) des *International Index of Erectile Function IIEF* (Rosen et al., 1997). Der vorliegende Artikel konzentriert sich jedoch auf die Bestimmung einer Erektionsstörung nach DSM-IV Kriterien; die auf der EF-Domain basierenden Ergebnisse sollen zu einem späteren Zeitpunkt veröffentlicht werden. Der **Allgemeine Gesundheitszustand** wurde unter anderem durch die Angabe bezüglich des Vorliegens verschiedener Grunderkrankungen erhoben. **Lebensqualität** wurde unter anderem mit Hilfe des *SF-12* (Ware et al., 1998) und der *Visuellen Analog Skala* des *EuroQoL (EQ-VAS)* (Schulenburg et al., 1998) gemessen. Die hier vorgestellten Ergebnisse, die alle auf Selbstauskünften der Teilnehmer basieren, beziehen sich auf die Verteilung ausgewählter soziodemographischer Variablen sowie einiger Grunderkrankungen, Prävalenzen der Erektionsstörung (DSM-IV) für verschiedene Altersgruppen und den Zusammenhang zwischen Erektionsstörung und Lebensqualität (Ergebnisse bezüglich des Zusammenhangs zwischen Erektionsstörung und allgemeiner Gesundheit werden zu einem späteren Zeitpunkt veröffentlicht). Bei den insgesamt 1.915 auswertbaren Fragebögen (Rücklauf-Quote = 32%) waren alle vier Altersgruppen in nahezu gleichem Umfang vertreten. Insbesondere die Ergebnisse hinsichtlich der Prävalenz der Erektionsstörung erscheinen aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive als bedeutungsvoll: unter Berücksichtigung der international anerkannten Diagnosekriterien des DSM-IV fällt nicht nur die altersadjustierte Gesamtprävalenz von 17,8% niedriger aus als in anderen Studien mit Männern vergleichbaren Alters. Auch der Anstieg der Prävalenz mit zunehmendem Alter imponiert in der hier vorgestellten Studie bei weitem nicht so prominent wie in anderen Studien berichtet. Zusammen mit den zum Teil deutlich höheren, anhand der vom Leidensdruck unabhängigen Selbsteinschätzung bestimmten Prävalenzen, sprechen

die Daten für die Notwendigkeit einer Differenzierung zwischen einer Funktionsstörung mit Krankheitswert (mit Leidensdruck) und einer nicht behandlungsbedürftigen Funktionsbeeinträchtigung (ohne Leidensdruck). Die Autoren schlagen hierzu neben entsprechenden Voraussetzungen der Operationalisierung vor, die international gebräuchliche Schreibweise „ED“ zu differenzieren in „EDy“ für die *Erektionsbeeinträchtigung* (erectile dysfunction) und „EDi“ für die *Erektionsstörung* (erectile disorder), wenn also die Funktionsbeeinträchtigung mit Leidensdruck einhergeht. Dies würde nicht nur der (besseren) Vergleichbarkeit zukünftiger Forschungsergebnisse zuträglich sein, sondern vor allem auch den Erfahrungen des klinischen Alltags Rechnung tragen.

Schlüsselwörter: Erektionsstörung, Prävalenz, DSM-IV, Lebensqualität, Sexuelle Funktionsstörungen, Sexualmedizin, Epidemiologie

Einleitung

Verlässliche Daten zur Erektionsstörung (im Folgenden durch die international gebräuchliche Schreibweise „ED“ abgekürzt) gab es bis zum Ende des 20. Jahrhunderts nur vereinzelt. Seit Beginn der neunziger Jahre änderte sich dies jedoch zusehends, nachdem das US-amerikanische *National Institute of Health Consensus Panel* im Rahmen einer 1992 gehaltenen Konferenz (National Institute of Health Consensus Development Conference on Impotence) ED als die anhaltende Unfähigkeit, eine adäquate Erektion zu erlangen oder für eine befriedigende sexuelle Aktivität aufrecht zu erhalten („the persistent inability to achieve or maintain an erection adequate for satisfactory sexual activity“) definierte und feststellte, dass ED nach vorzeitigem Samenerguss die zweithäufigste Sexualfunktions-Störung bei Männern ist¹.

Die Ursachen einer ED sind vielfältig (vgl. Beier et al. 2001, Bortolotti et al. 1997). Sie können von rein organischen Ursachen, wie zum Beispiel einer unfallbedingten Läsion entsprechender Nerven, über die Auswirkungen von Grunderkrankungen (z.B. KHK, Diabetes etc.) und deren Behandlung (z.B. Medikation), bis zu rein psychogenen Ursachen, wie zum Beispiel massiver partnerschaftlicher Kommunikationsstörungen bzw. soziosexueller Selbstunsicherheit und Angst reichen. In der klinischen Praxis zeigt sich bei sachgerechter Diagnostik, dass so gut wie immer körperliche und psychische Faktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Erektionsstörung ineinander greifen. Eine diesbezüglich verlässliche

¹ Quelle: Impotence. NIH Consensus Statement 1992 Dec 7-9, 10 (4): 1-31.

Datengrundlage existiert indes nicht, obgleich vor allem seit der Verfügbarkeit pharmako-therapeutischer (oralen) Behandlungsmethoden immer häufiger in wissenschaftlichen Veröffentlichungen zu lesen und auf Kongressen zu hören ist, dass – hingegen der früher etablierten Sichtweise – das Überwiegen der organischen Ursachen für die Entstehung einer ED mittlerweile anerkannte Tatsache sei. Während bestimmte Faktoren bereits als Risikofaktoren identifiziert worden sind (z.B. KHK, Diabetes), bedürfen andere noch der weiteren Erforschung. Zur Entwicklung sowohl von Präventionsmaßnahmen als auch von therapeutischen Interventionen ist es notwendig, insbesondere die veränderbaren Faktoren genauer zu untersuchen. Hierzu zählen einerseits Faktoren des Lebensstils, wie zum Beispiel Alkohol- und Nikotinkonsum, Stressverarbeitung, körperliche Aktivität und Gewichtskontrolle. Ebenso notwendig ist es jedoch, die Bedeutung der (ebenfalls veränderbaren) partnerschaftlichen Beziehungszufriedenheit sowohl als Risikofaktor als auch als Ressource für die therapeutische Behandlung herauszuarbeiten.

Da eine ED keine lebensbedrohliche Krankheit, sehr wohl jedoch einen hoch sensiblen Bereich im Leben eines Mannes darstellt, suchen viele Patienten gar nicht erst nach Hilfe. Durch diesen Umstand wird eine ohnedies schon schwierige Bestimmung der ED-Prävalenz in der Bevölkerung zusätzlich erschwert. Nichtsdestominder ist dies wichtig, damit zum einen die notwendigen Strukturen für die Versorgung von Patienten besser eingeschätzt werden kann. Und zum anderen die Erwartungen des alternden Mannes (beziehungsweise die an ihn gerichteten) bezüglich seiner sexuellen Funktionstüchtigkeit realitätsnaher eingeschätzt und gestaltet werden können.

Wenn auch sowohl die Forschung zur ED als auch die öffentliche Diskussion darüber in den vergangenen 10 bis 15 Jahren stark zugenommen hat, so ergibt sich aus der gegenwärtigen Datenlage ein uneinheitliches Bild hinsichtlich der ED-Prävalenz (Tab. 1), dies vor

allem aufgrund methodologischer Unterschiede und Schwächen der bisherigen Studien (vgl. Simons & Carey 2001). Die Faktoren, welche die Vergleichbarkeit der bisherigen Ergebnisse einschränken, betreffen vor allem die untersuchte Stichprobe, die Art der Befragung sowie die Definition der ED. Darüber hinaus berücksichtigt keine einzige der bis 1999 durchgeführten Studie DSM Kriterien (Simons & Carey 2001). Wegen dieser Mängel kommen Simons und Carey (2001) in ihrer zusammenfassenden Bewertung der Forschung eines Jahrzehnts zu dem ernüchternden Schluss, dass den bisher vorliegenden Ergebnissen nur eingeschränkt vertraut werden könne. Ebenso bleibt häufig unberücksichtigt, wie es um die Lebensqualität der Betroffenen im Allgemeinen und ihre partnerschaftliche Zufriedenheit im Speziellen bestellt ist und welche Rolle diese beiden Faktoren bei der Entstehung und Behandlung der ED spielen könnten.

Um also sowohl den Erfahrungen der klinischen Praxis gerecht zu werden, als auch eine Forschungslücke zu füllen, wurde in der hier vorgestellten Untersuchung vor allem das tatsächliche Vorliegen einer Erektionsstörung (im Sinne einer *disorder*) bestimmt, und somit ein bestimmter Aspekt besser beleuchtet, als dies bisher geschehen ist: den der *krankheitswerten Störung*.

Material and Methoden

Studiendesign und Stichprobe

Bei der *Berliner Männer-Studie (BMS)* handelt es sich um eine von August 2002 bis November 2002 durchgeführte epidemiologische Querschnittsstudie an 6.000 hinsichtlich Alter und Wohnbezirk repräsentativ ausgewählten 40-79-jährigen Berliner Männern. Für die aus dieser Altersspanne gebildeten vier Gruppen der 40-49, 50-59, 60-69 und 70-79 Jährigen ermittelte das Landes-Einwohneramt Berlin zunächst 680.000 in Berlin wohnhafte Männer. Nachdem eine Zufallsauswahl getroffen worden war, reduzierte sich die Anzahl auf 16.210 Männer. Von diesen gehörten 5.000 (30,8%) der jüngsten Altersgruppe, 4.685 (28,9%) der zweiten, 4.606 (28,4%) der dritten und 1.919 (11,8%) der Gruppe der 70-79 Jährigen an. Nach einer erneuten Zufallsauswahl (SAS 8.02), wurden schließlich 1.500 Männer pro Altersgruppe angeschrieben. Die Adressen wurden vom Landes-Einwohneramt Berlin nach Zustimmung der beteiligten Ethik-Kommissionen zu Forschungszwecken zur Verfügung gestellt und gemäß der Bestimmungen des Datenschutzbefragten der Charité verwaltet. Nicht-Antworter wurden ein zweites Mal schriftlich kontaktiert und um Rücksendung ihres ausgefüllten Fragebogens

Tab. 1: Prävalenz der ED – eine Auswahl weltweiter Studien*

| Land | Autoren | Alterspanne | % (ED) |
|-------------|------------------------------|-------------|--------|
| USA (MMAS) | Feldmann et al. (1994) | 40-70 | 52,0 |
| UK | Goldmeier et al. (1997) | 16-78 | 19,0 |
| USA (NHSL) | Laumann et al. (1999) | 18-59 | 5,0** |
| Australien | Chew et al. (2000) | 40-69 | 33,9 |
| Deutschland | Braun et al. (2000) | 30-80 | 19,2 |
| Spanien | Martin-Morales et al. (2001) | 25-70 | 18,9 |
| Niederlande | Blanker et al. (2001) | 50-78 | 11,0 |

* zitiert nach Shabsigh & Anastasiadis, 2003

** Im Zusammenhang mit der NHSL wird häufig eine Prävalenz von 10% zitiert. Laumann et al. (1999 b) weisen jedoch selbst darauf hin, dass die 5% Prävalenz-Rate auf einer valideren Methode der Prävalenz-Bestimmung beruht.

gebeten. Als Anreiz zur Teilnahme wurden unter den Einsendern vollständig ausgefüllter Fragebögen 100 bezahlte Jahreslose der „Aktion Mensch“ verlost.

Forschungsinstrument

Zur Datenerhebung wurde zunächst ein Fragebogen konzipiert und mit bereits vorhandenen, validierten Verfahren ergänzt, anschließend im Rahmen einer Pilotphase an 30 männlichen, über 30-jährigen Patienten der urologischen Ambulanz der Charité getestet, und schließlich zusammen mit einem Informationsschreiben sowie einem adressierten und frankierten Rückumschlag an 6.000 Männer verschickt. Es wurden ausschließlich selbstberichtete Daten der Teilnehmer erhoben. Der eingesetzte Fragebogen zu „Gesundheit, Lebensqualität und Sexualität bei Männern“ enthielt neben einem soziodemographischen Teil Fragen zu Lebensgewohnheiten, zur Krankheitsgeschichte, zur subjektiven Einschätzung des derzeitigen Gesundheitszustandes, zur Lebensqualität sowie zur Sexualität.

An *soziodemographischen Daten* wurden die Staatsangehörigkeit, der Familienstand und der höchste (Hoch-)Schulabschluss erhoben sowie das Beschäftigungsverhältnis, die zugehörige Altersgruppe, der derzeitige Partnerschaftsstatus und die sexuelle Orientierung erfasst.

Zu den erfassten *Lebensgewohnheiten* zählten unter anderem Stress in den drei Bereichen Beruf, Partnerschaft und Familie, sportliche Aktivität, Alkohol- und Nikotinkonsum sowie zur Berechnung des Body-Mass-Index BMI die Körperhöhe und das Körpergewicht. Das Vorhandensein von „Stress“ (ja/nein) wurde angenommen, wenn die Frage „Stehen Sie unter starkem Stress?“ für mindestens einen der drei Bereiche Beruf, Partnerschaft oder Familie bejaht wurde. Für „Sportliche Aktivität“ wurden die Ausprägungen niedrig („gar nicht“ und „weniger“), mittel („mittelmäßig“) und hoch („aktiv“ und „sehr aktiv“), und für „Rauchen“ die Ausprägungen Nicht-Raucher, Ex-Raucher und Raucher bestimmt. Um den „BMI“ einer Person zu berechnen wird das Gewicht in Kilogramm durch das Quadrat der Körperhöhe in Metern geteilt. Nach europäischem Konsensus² ist bei einem BMI von mehr als 25 von Übergewicht auszugehen.

Bezüglich der *Krankheitsgeschichte* konnte durch Ankreuzen von bis zu elf Erkrankungen angegeben werden, ob und gegebenenfalls seit wann die entsprechende Erkrankung vorliegt bzw. wann sie vorlag. Aus den Angaben wurde dann ein Morbiditäts-Summenwert zwischen 0 (keine Erkrankung bekannt) und 11

(11 Erkrankungen bekannt) gebildet. Zusätzlich konnten hinsichtlich sowohl regelmäßiger Medikamenteneinnahme als auch Operationen für bis zu fünf verschiedene Bereiche Angaben gemacht werden, die in drei Kategorien beschrieben wurden: „keine Medikamenteneinnahme“ bzw. „keine Operation“ (0), „genau ein Medikament“ bzw. „genau eine Operation“ (1) und „zwei oder mehr Medikamente“ bzw. „zwei oder mehr Operationen“ (2). Die regelmäßige Einnahme von Bluthochdruck-Medikamenten wurde zusätzlich gewertet (ja/nein).

Zur Bestimmung von Lebensqualitäts-Maßen erfolgte bezüglich der *gesundheitsbezogenen Lebensqualität* zum einen die subjektive Einschätzung des derzeitigen Gesundheitszustandes anhand der *Visuellen Analog Skala* des *EuroQoL* (EQ-VAS, engl.: EuroQoL Visual Analog Scale) (Schulenburg et al. 1998), auf der ein Wert zwischen 0 (denkbar schlechtester Gesundheitszustand) und 100 (denkbar bester Gesundheitszustand) angegeben werden kann. Zum anderen wurde der *SF-12* (Ware et al. 1998) in seiner Standardversion mit vierwöchigem Zeitbezug eingesetzt. Der SF-12 ist die 12 Items umfassende Kurzform des SF-36, einem Fragebogen zur Selbsteinschätzung, und dient der krankheitsübergreifenden Erfassung des subjektiven Gesundheitszustandes von Patienten verschiedener Populationen. Durch das Instrument werden Indikatoren zur subjektiven Gesundheit und damit zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität (wie psychisches Befinden, körperliche Verfassung, soziale Beziehungen und funktionale Kompetenz) operationalisiert (Bullinger 1997). Die Ergebnisse lassen sich in einer „Körperlichen Summenskala“ (PCS) und einer „Psychischen Summenskala“ (MCS) abbilden. Die berechneten Summenscores werden mit einer Standardpopulation verglichen, deren Mittelwert 50 (SD 10) ist (Ware et al. 1998).

Die *partnerschaftsbezogene Lebensqualität* wurde mittels Zufriedenheits-Skalen erfasst: die Zufriedenheit hinsichtlich verschiedener Lebensbereiche wurden auf fünf-stufigen Likert-Skalen mit den Ausprägungen gar nicht, wenig, mittel, ziemlich und sehr erfasst. In Anlehnung an den Bundes-Gesundheits-Survey (Bundes-Gesundheits-Survey 1998) wurden die folgenden neun Bereiche ausgewählt: finanzielle Situation, Wohnsituation, Freizeit, seelische Gesundheit, körperliche Gesundheit, Beziehung zu Freunden und Verwandten, partnerschaftliche Situation, familiäre Situation und Berufsleben bzw. Ruhestand. Ausgewertet wurden lediglich die Angaben zu den Bereichen „Partnerschaft“, „Berufsleben bzw. Ruhestand“ sowie „Seelische Gesundheit“ und „Körperliche Gesundheit“, wobei aus den Angaben zu den beiden Gesundheits-Variablen eine kombinierte Variable „Ge-

² Study of the European Artherosclerosis Society (1987): Strategies for the prevention of Coronary Heart Disease: A policy statement of the European Artherosclerosis. *Europ Heart Journal* 8: 77-88.

sundheit“ gebildet wurde. Für diese drei Variablen wurden dann die Ausprägungen niedrig („gar nicht“ und „wenig“), mittel („mittelmäßig“) und hoch („ziemlich“ und „sehr“) bestimmt.

Die erhobenen Daten zur *Sexualität* betrafen die Häufigkeit (sozio-)sexueller Aktivität sowie die Zufriedenheit mit dem eigenen Sexualleben während der vergangenen sechs Monate, frühere Behandlungen wegen einer ED, Verlustängste bezüglich der Partnerin/des Partners wegen einer ED und schließlich die „Erektions-Funktion“ selbst. Die Ausdrücke „Erektile Funktion“ und „Erektile Dysfunktion“ sollten nach Auffassung der Autoren ersetzt werden durch „Erektions-Funktion“ und „Dysfunktionale Erektion“, denn schließlich handelt es sich nicht um die Funktion, die entweder erektil oder nicht-erektil ist, sondern um die Erektion, die unter Umständen dysfunktional ist.

Hinsichtlich der *Erektions-Funktion* wurde sowohl um eine Selbsteinschätzung gebeten („Haben Sie Ihrer Meinung nach zur Zeit Erektionsstörungen? – Ja/Nein) als auch mittels zweier verschiedener Verfahren das Vorliegen einer Erektionsproblematik bestimmt: einmal anhand der *EF-Domain* (Erectile Function Domain) (Cappelleri et al. 2000). Eine ausführliche Beschreibung der EF-Domain wird zu einem späteren Zeitpunkt zusammen mit den diesbezüglichen Ergebnissen veröffentlicht. Beim zweiten Verfahren zur Bestimmung der ED handelt es sich um ein selbstentwickeltes Instrument, das zwei der drei Kriterien des *DSM-IV* (APA 1994) berücksichtigt: die Dauerhaftigkeit der Symptomatik (Kriterium A) sowie den dadurch bedingten Leidensdruck (Kriterium B). Zunächst wurde mittels fünf-stufiger Likert-Skalen (nie/fast nie, selten, manchmal, meistens, fast immer/immer) die Häufigkeit des Auftretens bzw. des Nicht-Auftretens (trifft nicht zu) bestimmter Störungen während sexueller Aktivität erfragt (Abb. 1). Da die Unfähigkeit, eine adäquate Erektion zu erlangen oder für

eine befriedigende sexuelle Aktivität aufrecht zu erhalten, „anhaltend oder wiederkehrend“ (Kriterium A) (DSM-IV-TR 2003, dt. Übersetzung) sein sollte, wurde als Zeitraum die vergangenen sechs Monate gewählt. Um den mit der Erektionsproblematik eventuell einhergehenden Leidensdruck zu erheben, wurde mit einem Item das Empfinden von „Leidensdruck wegen derzeitiger Erektionsstörungen“ erfasst (ja/nein), und zudem bei angegebenem Leidensdruck für drei verschiedene Situationen jeweils sowohl die Häufigkeit (nie, selten, manchmal, oft, immer) als auch die Stärke (nicht vorhanden, gering, mittel, stark, sehr stark) des Leidensdrucks mittels fünf-stufiger Likert-Skalen erhoben. Die drei Situationen waren Leidensdruck wegen Erektionsproblemen „beim Geschlechtsverkehr (auch bei versuchtem GV)“, „beim Sex mit Partnerin ohne GV“ und „bei der Selbstbefriedigung“ (Abb. 2).

Die Zuordnung eines Individuums in die ED-Gruppe setzte voraus, dass sowohl Kriterium A als auch Kriterium B erfüllt waren. Dies war für Kriterium A der Fall, wenn mindestens eine der sechs Fragen zur Funktionalität mit nie/fast nie, selten oder manchmal beantwortet wurde; bezüglich der beiden Items zu Erektionen bei der Selbstbefriedigung musste die Antwort fast nie/ nie einher gehen mit bestätigter Ausübung von Selbstbefriedigung während der vergangenen sechs Monate (die Häufigkeit der Selbstbefriedigung wurde auf einer separaten fünf-stufigen Likert-Skala erhoben). Kriterium B war erfüllt, wenn entweder das Vorhandensein von Leidensdruck bestätigt wurde oder aber wenn mindestens eines der sechs Items zur Häufigkeit und Stärke des Leidensdrucks mit mindestens selten bzw. gering beantwortet wurde (Abb. 2, grau unterlegt).

Datenverarbeitung und statistische Auswertung

Abb. 1: Bestimmung der ED nach DSM-IV (Kriterium A)

| Frage* | Antwortoption** |
|--|---|
| 1. Wie oft bekommen Sie beim Sex mit Ihrer Partnerin ohne GV eine Erektion? | a) trifft nicht zu b) nie / fast nie c) selten d) manchmal e) meistens f) fast immer / immer |
| 2. Wie oft reicht Ihre Erektion aus, um in Ihre Partnerin einzudringen? | |
| 3. Wie oft bleibt Ihre Erektion auch nach dem Eindringen in Ihre Partnerin erhalten? | |
| 4. Wie oft reicht Ihre Erektion aus, um beim GV zum eigenen Orgasmus zu kommen? | |
| 5. Wie oft haben Sie für die Selbstbefriedigung eine ausreichende Erektion? | |
| 6. Wie oft reicht Ihre Erektion aus, um bei der Selbstbefriedigung zum Orgasmus zu kommen? | |

* Alle Fragen beziehen sich auf den Zeitraum der vergangenen 6 Monate. Definitionen waren wie folgt angegeben: Mit *Erektion* ist ein steifes Glied (Penis, Geschlechtsteil) gemeint.

** Sofern es keine Partnerkontakte gegeben hatte, war die Option *trifft nicht zu* anzukreuzen; dies war nur bei den Fragen 1 bis 4 möglich. Kriterium A ist dann erfüllt, wenn mindestens eine der grau unterlegten Antwortoptionen gewählt wurde (der Fragebogen enthielt die gezeigte Schattierung nicht).

Die Daten der ausgefüllten Fragebögen wurden mittels eines Hochgeschwindigkeits-Scanners eingelesen und zur Gewährleistung einer hohen Datenqualität auf Plausibilität hin überprüft, gegebenenfalls manuell korrigiert, und in ein SPSS Dokument transferiert.

Die statistische Auswertung wurde mit SPSS 11.0 durchgeführt; statistische Signifikanzen wurden mittels

Student's t-Test für unverbundene Stichproben ermittelt (zweiseitig; $p \leq 0.05$).

Ergebnisse

Die 1.915 auswertbaren Fragebögen entsprachen einem Rücklauf von 32% und waren wie folgt auf die vier Altersgruppen verteilt: 24,8% (40-49), 24,9% (50-59), 25,1% (60-69) und 25,2% (70-79). Da nicht alle Teilnehmer jede einzelne Frage beantwortet hatten, variieren die im Folgenden berichteten Stichprobengrößen für die einzelnen Variablen und liegen zwischen $n = 1.397$ (für ED nach DSM-IV) und $n = 1.914$ (für die verschiedenen Grunderkrankungen). Aufgrund der Medienberichterstattung über die anstehende Aussendung der Fragebögen meldeten sich zusätzlich 155 freiwillige Teilnehmer, deren Daten allerdings mit Rücksicht auf die Repräsentativität der Stichprobe für die hier vorgestellten Ergebnisse nicht berücksichtigt wurden.

Berichtet werden neben der Häufigkeitsverteilung einiger soziodemographischer Variablen sowie ausgewählter Variablen zur Krankheitsgeschichte die Ergebnisse hinsichtlich der ED-Prävalenzen – basierend auf der DSM-IV Kriterien-bezogenen ED-Bestimmung – sowie des Zusammenhangs zwischen Erektionsstörung und Lebensqualität³.

Bezüglich der *soziodemographischen Variablen* Erwerbstätigkeit, Familienstand, Partnerschaftsstatus sowie Sexuelle Orientierung sind die Verteilungen über die Gesamtstichprobe der Tabelle 2 zu entnehmen. Tabelle 3 zeigt, in welchem Ausmaß sechs verschiedene Grunderkrankungen angegeben wurden.

Prävalenz der Erektionsstörung

Als altersadjustierte Gesamtprävalenz ergab sich für das DSM-IV Kriterien-bezogene Verfahren eine ED-Prävalenz von 17,8%. Die Prävalenzen für jede der vier Altersgruppen sind zusammen mit den auf Selbsteinschätzung basierenden Prävalenzen in Tabelle 4 zusammengestellt. Abbildung 3 veranschaulicht anhand einer Kurve die Veränderung der Prävalenz in Abhängigkeit vom Alter. Die anhand der Selbsteinschätzung ($n = 1.845$) bestimmten Prävalenzen bestätigen die in der Literatur häufig beschriebene, starke Altersabhän-

gigkeit der Erektionsstörung: während in der jüngsten Gruppe 8,9% eine ED haben, sind es in der Gruppe der 50-59 Jährigen schon 21,1%, dann 32,8% (60-69) und schließlich sind 50,6% der 70-79 Jährigen betroffen. Unter Berücksichtigung der DSM-IV Kriterien ($n = 1.397$) stellt sich bei zum Teil deutlich niedrigeren Prävalenzen dieser Zusammenhang mit dem Alter viel weniger dramatisch dar: für die vier Altersgruppen ergeben sich mit steigendem Alter Prävalenzen von 6,8% für die 40-49 Jährigen, dann 19,9%, dann 25,4% und schließlich 25,5% für die 70-79 Jährigen. Während der Anteil derjenigen Männer, die selbst der Meinung sind, eine ED zu haben, in den ersten beiden Altersgruppen nur geringfügig über dem nach DSM-IV bestimmten Anteil liegt, meinen ein Drittel der 60-69 Jährigen und die Hälfte der 70-79 Jährigen eine ED zu haben.

Erektionsstörung und Lebensqualität

Für den Zusammenhang von *Gesundheitsbezogener Lebensqualität* und Erektionsstörung fanden sich fast ausschließlich signifikante Unterschiede: während hinsichtlich der „Körperlichen Lebenszufriedenheit“ bzw. der Körperliche Summenskala (PCS, SF-12) Betroffene nur in den ersten beiden Altersgruppen einen signifikant niedrigeren Mittelwert erreichten als Nicht-Betroffene [40-49 (N= 310): 47,9 vs. 51,5 ($p = .048$); 50-59 (N= 261): 42,7 vs. 48,0 ($p = .005$)] (Abb. 4), unterscheiden sich die Angaben der Betroffenen hinsichtlich des „Subjektiven Gesundheitszustands“ (EQ-VAS) zusätzlich auch in der Altersgruppe der 60-69 Jährigen [40-49 (N= 307): 66,7 vs. 79,6 ($p = .001$); 50-59 (N= 281): 61,4 vs. 74,7 ($p = .000$); 60-69 (N= 266): 65,7 vs. 72,9 ($p = .007$)] (Abb. 5). Die für alle vier Altersgruppen signifikant

Abb. 2: Bestimmung der ED nach DSM-IV (Kriterium B)

| Frage* | Antwortoption** |
|--|---|
| 1. Haben Sie Ihrer Meinung nach zur Zeit Erektionsstörungen? | a) nein b) ja |
| 2. Wenn ja, empfinden Sie deswegen einen Leidensdruck? • beim GV* (auch bei versuchtem GV) • beim Sex mit Partnerin ohne GV • bei der Selbstbefriedigung | a) nie b) selten c) manchmal d) oft e) immer |
| 3. Wenn Sie einen Leidensdruck empfinden, wie stark ist dieser? • beim GV* (auch bei versuchtem GV) • beim Sex mit Partnerin ohne GV • bei der Selbstbefriedigung | a) nicht vorhanden b) gering c) mittel d) stark e) sehr stark |

* GV= Geschlechtsverkehr; Kriterium B ist dann erfüllt, wenn mindestens eine der grau unterlegten Antwortoptionen gewählt wurde (der Fragebogen enthielt die gezeigte Schattierung nicht).

³ Die Ergebnisse hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Erektionsstörung und Variablen des Lebensstils und der Krankheitsgeschichte werden gesondert publiziert.

niedrigeren Mittelwerte der Betroffenen hinsichtlich der „Psychischen Lebensqualität“ bzw. der Psychischen Summenskala (MCS, SF-12) sind in Abbildung 6 dargestellt [40-49 (N= 310): 40,9 vs. 48,6 (p= .002); 50-59 (N= 261): 45,4 vs. 50,8 (p= .001); 60-69 (N= 245): 49,1 vs. 53,3 (p= .001); 70-79 (N= 245): 51,2 vs. 54,0 (p= .029)]. In Tabelle 5 sind alle Ergebnisse zusammen mit der Größe der Zelle der Betroffenen vs. Nicht-Betroffenen (ED vs. Non-ED) noch ein Mal dargestellt. Signifikante Unterschiede fanden sich ebenfalls hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen *Partnerschaftsbezogener Lebensqualität* und Erektionsstörung für die ersten beiden Altersgruppen: bei den 40-49 (50-59) Jährigen ist der Anteil der hoch zufriedenen bei den Betroffenen mit 50% (55,2%) deutlich unter den 65,2% (72,3%) der Nicht-Betroffenen (s. Abb. 7 und 8).

Diskussion

Die erste umfassende epidemiologische Studie zum sexuellen Verhalten des Mannes, die in den USA von Alfred C. Kinsey und seinen Kollegen Pomeroy und Martin durchgeführt und nach über neunjähriger Datenerhebung im Jahre 1948 veröffentlicht wurde (Kinsey et al., 1948), darf gerade wegen der beachtli-

chen Größe ihrer Gesamtstichprobe sowie der ihren Ergebnissen damals zukommenden Bedeutung bei einem Überblick zu Sexualfunktions-Störungen nicht fehlen. Ungeachtet dessen, lassen sich die von Kinsey et al. berichteten Prävalenzen zur ED mit denen neueren Datums aus verschiedenen, methodologischen wie auch soziologischen Gründen nicht vergleichen.

Im Rahmen der zwischen 1987 und 1989 durchgeführten *Massachusetts Male Aging Study (MMAS)* wurden zufällig ausgewählte, gesunde, US-amerikanische Männer zwischen 40 und 70 Jahren unter anderem auch zu ihrem Sexualeben befragt. Während die kombinierte Prävalenz für eine minimale, moderate oder komplette ED 52% betrug (n= 1.290) (Feldman et al., 1994), lag sie für die 40-49 Jährigen bei 8%, für die 50-59 Jährigen bei 16% und für die 60-69 Jährigen bei 37% (vgl. Shabsigh & Anastasiadis, 2003).

In der 1992 ebenfalls in den USA durchgeführten *National Health and Social Life Survey (NHSL)* an 18 bis 59 Jährigen fand sich eine Gesamtprävalenz von 5% (n= 1.244) (Laumann et al., 1999 a)⁴. Für die einzelnen Altersgruppen lagen die Prävalenzen bei 7% für die 18-29 Jährigen, bei 9% für die 30-39 Jährigen, bei 11% für die 40-49 Jährigen und bei 18% für die 50-59 Jährigen (vgl. Shabsigh & Anastasiadis, 2003).

Neben den US-amerikanischen Studien wurden nur wenige epidemiologische Studien zur ED-Prävalenz in anderen Ländern durchgeführt. Studien zur ED-Prävalenz in den Niederlanden, Spanien, Großbritannien und Australien ergaben Raten zwischen 11% und 33,9% (vgl. Shabsigh & Anastasiadis, 2003). Shabsigh und Anastasiadis stellen überdies fest, dass die Prävalenzen in jenen Studien höher lagen, deren Daten mittels validierter Fragebögen in Arztpraxen oder Repräsentativ-Erhebungen erhoben, und das Vorliegen einer ED quantitativ bestimmt worden war. In drei von Simons & Carey (2001) wegen ihrer methodologischen Güte besonders hervorgehobenen Studien werden Prävalenzen von 15% (n= 197; 20-70 Jährige), 19% (n= 211; 16-78 Jährige) und 24% (n= 1.000; 20-40 Jährige) berichtet. Bei zwei dieser drei Studien handelt es sich allerdings um klinische Stichproben, und alle drei unterscheiden sich von der hier vorgestellten Studie auch bezüglich der Altersspanne.

Für Deutschland existierte mit der *Kölner Männerstudie* bislang nur eine Studie zur ED-Prävalenz (Braun et al., 2000). Von den 4.489 auswertbaren Fragebögen der 30 bis 80-jährigen Männer hatten 19,2% eine ED. Die Ergebnisse hinsichtlich der einzelnen Altersgruppen waren 2,3% (30-39), 9,5% (40-49),

Tab. 2: Häufigkeitsverteilung (%) und Stichprobengröße (n) für verschiedene soziodemographische Variablen über alle Altersgruppen (40-79)

| Variable | % | n |
|------------------------------------|------|-------|
| erwerbstätig: | 45,8 | 1 608 |
| nicht erwerbstätig, da arbeitslos: | 18,1 | 997* |
| verheiratet: | 68,0 | 1 893 |
| geschieden: | 16,4 | 1 893 |
| verwitwet: | 4,5 | 1 893 |
| partnerschaftlich gebunden: | 84,5 | 1 746 |
| heterosexuelle Orientierung: | 96,3 | 1 888 |

* ermittelt aus Anzahl der Nicht-Erwerbstätigen

Tab. 3: Häufigkeitsverteilung (%) und absolute Fälle (N) für verschiedene Grunderkrankungen* über alle Altersgruppen (40-79) (n= 1914)

| Variable | % | N |
|--------------------------|------|-----|
| Bluthochdruck | 28,0 | 536 |
| Wirbelsäulenerkrankungen | 22,5 | 431 |
| Erhöhtes Blutfett | 19,6 | 375 |
| Herzkrankheit | 11,7 | 224 |
| Prostataerkrankungen | 11,3 | 216 |
| Diabetes mellitus | 7,9 | 152 |

* Mehrfachnennungen waren möglich

⁴ Im Zusammenhang mit der NHSL wird häufig eine Prävalenz von 10% sowie eine Stichprobengröße von 1.410 Männern zitiert. Laumann et al. (1999 b) weisen jedoch selbst darauf hin, dass die 5% Prävalenz-Rate auf einer valideren Methode der Prävalenz-Bestimmung beruht.

Tab. 4: ED-Prävalenzen (%) nach DSM-IV und Selbsteinschätzung, absolute Fälle (N) und Stichprobengröße (n) für jede Altersgruppe

| | 40-49 | | | 50-59 | | | 60-69 | | | 70-79 | | |
|----------------------------------|-------|-----|----|-------|------|----|-------|------|-----|-------|------|-----|
| | n | % | N | n | % | N | n | % | N | n | % | N |
| DSM-IV (n= 1.397) | 365 | 6,8 | 25 | 337 | 19,9 | 67 | 327 | 25,4 | 83 | 368 | 25,5 | 94 |
| Self-Report (n= 1.845) | 470 | 8,9 | 42 | 464 | 21,1 | 98 | 464 | 32,8 | 152 | 447 | 50,6 | 226 |

Tab. 5: Mittelwerte (Standardabweichungen) für die Variablen zur Lebensqualität bei Betroffenen (ED) und Nicht-Betroffenen (Non-ED) über vier Altersgruppen

| | Mittelwert (Standardabweichung) | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|---------------------------------|----------------|------|----------------|----------------|------|----------------|----------------|------|----------------|----------------|------|
| | 40-49 | | | 50-59 | | | 60-69 | | | 70-79 | | |
| | ED | Non-ED | p | ED | Non-ED | p | ED | Non-ED | p | ED | Non-ED | p |
| SF-12 körperlich | 47,9 (9,5) | 51,5 (7,2) | .048 | 42,7 (12,0) | 48,0 (10,9) | .005 | 46,3 (8,6) | 45,8 (10,5) | .75 | 40,7 (10,2) | 42,4 (10,4) | .88 |
| n | 17 | 293 | | 40 | 221 | | 63 | 182 | | 61 | 184 | |
| SF-12 psychisch | 40,9 (10,0) | 48,6 (10,0) | .002 | 45,4 (10,9) | 50,8 (9,4) | .001 | 49,0 (10,3) | 53,3 (7,8) | .001 | 51,2 (9,8) | 54,0 (8,4) | .029 |
| n | 17 | 293 | | 40 | 221 | | 63 | 182 | | 61 | 184 | |
| EQ-VAS | 66,7 (20,6) | 79,6 (15,7) | .001 | 61,4 (20,9) | 74,7 (17,7) | .000 | 65,7 (20,0) | 72,9 (17,5) | .007 | 64,1 (18,9) | 67,2 (19,8) | .257 |
| n | 17 | 290 | | 54 | 227 | | 60 | 206 | | 69 | 214 | |

15,7% (50-59), 34,4% (60-69) und 53,4% (70-80). Da die mit zunehmendem Alter steigende Wahrscheinlichkeit, Erektionsprobleme zu bekommen, einen immer wieder berichteten Befund darstellt, wird „Alter“ in der Literatur einvernehmlich als prognostisch stärkste Variable angeführt (vgl. Bortolotti et al., 1997).

Mit der *Berliner Männer-Studie* (BMS) liegen nun für Berlin Ergebnisse aus Erhebungen an einer repräsentativen Stichprobe vor, die vor allem in Bezug auf die Daten zur Prävalenz der ED in mehrfacher Hinsicht bedeutsam sind. Daran ändert auch ein durch die Responsequote nicht auszuschließender Selektionsbias. Obwohl Unterschiede in Prävalenzen durchaus auch durch kulturelle Faktoren erklärbar sein könnten, sprechen die vorliegenden Ergebnisse viel eher für eine methodologisch bedingte Variabilität der Prävalenzen. Durch die Anwendung von zwei verschiedenen Verfahren zur Prävalenz-Bestimmung an der selben Stichprobe (Tab. 4) konnte in dieser Studie gezeigt werden, dass

die resultierenden Prävalenzen in hohem Maße von der ED-Definition abhängt. Wie auch in der BMS bei der Selbsteinschätzung zum Vorliegen einer dysfunktionalen Erektion gegebenenfalls damit einhergehender Leidensdruck nicht erfragt wurde, erfasst die in jüngster Zeit häufig in internationalen Studien zur ED-Prävalenz Bestimmung eingesetzte EF-Domain ebenso keinen Leidensdruck. Bei der auch in der BMS ein-

Abb. 3: ED-Prävalenzen nach DSM-IV und Selbsteinschätzung für jede Altersgruppe

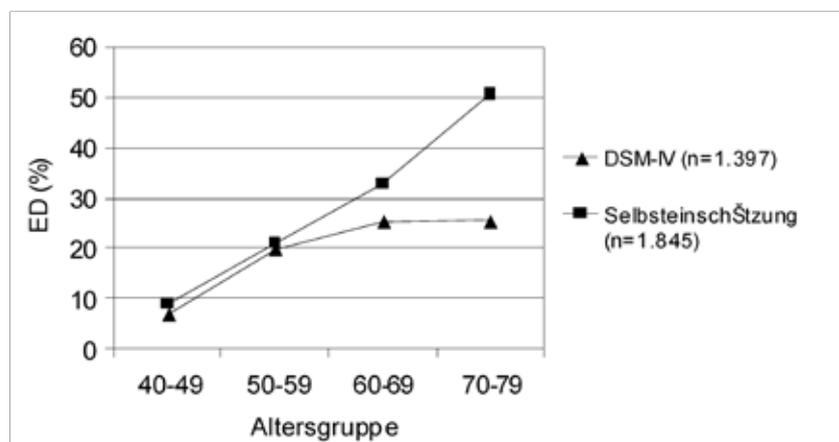


Abb. 4: ED und körperliche Lebensqualität (SF-12)

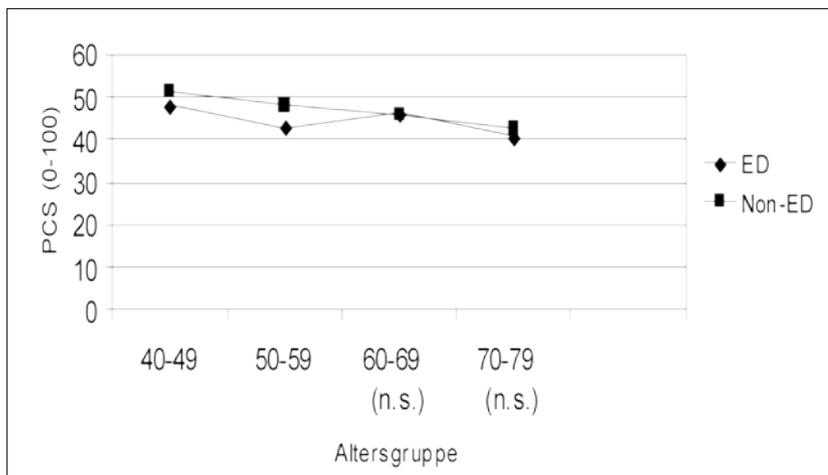


Abb. 5: ED und subjektiver Gesundheitszustand

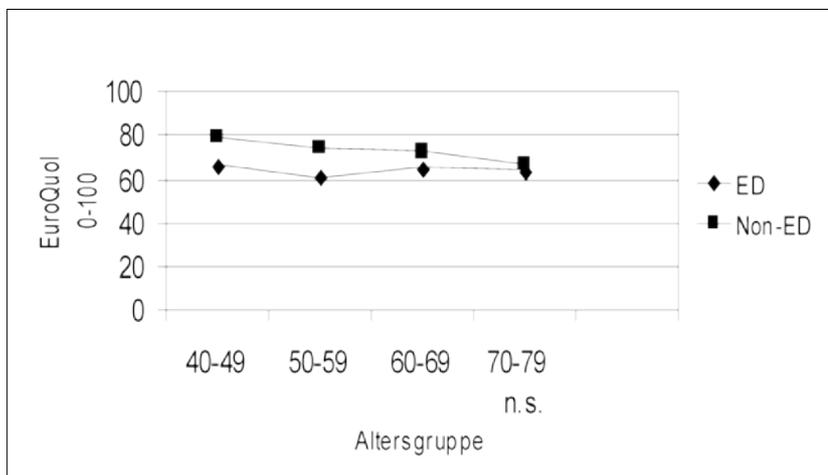
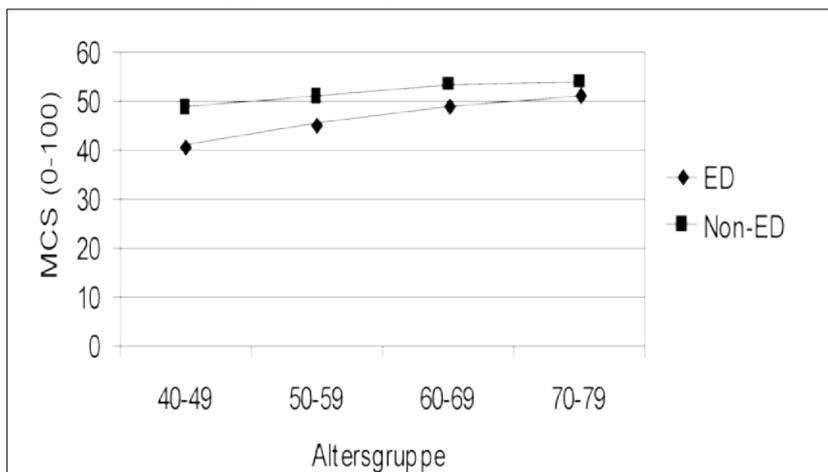


Abb. 6: ED und psychische Lebensqualität (SF 12)



gesetzten EF-Domain handelt es sich um eine aus sechs Fragen bestehende Checkliste, die eine der fünf Skalen (domains) des *International Index of Erectile Function IIEF* (Rosen et al., 1997) und konsistent mit den Richtlinien des National Health Institutes der

USA für die Definition der dysfunktionalen Erektion ist (vgl. NIH, 1993). Nach diesem Verfahren, das zudem die Möglichkeit der Einteilung der ED in vier verschiedene Schweregrade bietet hat ein Proband dann eine ED, wenn sein Gesamtpunktwert nicht größer als 25 ist. Der oben aufgeführte Befund hinsichtlich der ED-Definitions-abhängigen Höhe der ED-Prävalenz wird auch durch erste Analysen der mittels der EF-Domain erhobenen Daten bestätigt, da diese in erheblich höheren Prävalenzen resultieren. Da in einigen der bisherigen repräsentativen Studien neben der Altersspanne der Stichprobe vor allem diese Definitionen variierten, überrascht die uneinheitliche Datengrundlage hinsichtlich der ED-Prävalenz demnach keineswegs: die Prävalenzen scheinen nicht zuletzt deshalb zum Teil erheblich zu variieren, weil tatsächlich nicht das gleiche Phänomen betrachtet wird. Die definitorischen Unterschiede der beiden in dieser Studie zur Anwendung gekommenen Verfahren (mit Leidensdruck vs. ohne Leidensdruck) berechtigen zur Annahme, dass die Ergebnisse der *BMS* eine Differenzierung zwischen einer krankheitswerten und damit behandlungsbedürftigen *Erektionsstörung* (mit Leidensdruck) und einer nicht-krankheitswerten (eventuell vorübergehenden) *Erektionsbeeinträchtigung* (ohne Leidensdruck) nahe legen. Eine solche Differenzierung findet im Übrigen in der klinischen Praxis ihre Bestätigung: gerade im höheren Alter, in dem es durchaus – auch krankheitsbedingt – zu einer massiven Funktionsbeeinträchtigung kommen kann, scheinen nicht wenige Betroffene frei von Leidensdruck zu sein. In der Literatur wird zwar einheitlich die Schreibweise „ED“ verwendet. Jedoch bezieht sich dies meistens auf die Funktionsbeeinträchtigung (manchmal jedoch auch auf die Funktionsstörung). Nicht nur wegen der (besseren) Vergleichbarkeit zukünftiger Forschungsergebnisse, sondern vor allem auch um den Erfahrungen des klinischen Alltags Rechnung zu tragen, wäre die Differenzierung der international etablierten Schreibweise „ED“ in Abhängigkeit der Berücksichtigung von Leidensdruck in „EDi“ für die *Erektionsstörung* (erectile disorder) und „EDy“ für die *Erektionsbeeinträchtigung* (erectile dysfunction) eine denkbare Variante (Abb. 9).

Allgemein lässt sich zur *gesundheitsbezogenen Lebensqualität* fast ohne Einschränkung feststellen, dass unabhängig vom Vorliegen einer Erektionsstörung die körperliche Lebensqualität mit dem Alter abnimmt, die psychische Lebensqualität hingegen zunimmt. Wohingegen der Befund hinsichtlich der mit zunehmendem Alter abnehmenden körperlichen Lebensqualität zu erwarten war, ist die mit zunehmendem Alter steigende psychische Lebensqualität vor allem ein erfreulicher Befund. Ein anderer Befund bestätigt die Sinnhaftigkeit der Berücksichtigung des Leidensdrucks: vom Alter unabhängig geht es den betroffenen Männern psychisch schlechter als den Nicht-Betroffenen (Abb. 6). Auch die Ergebnisse hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Erektionsstörung und *partnerschaftsbezogener Lebensqualität* sind aus klinischer wie wissenschaftlicher Sicht bedeutsam, denn sie unterstreichen die Notwendigkeit der Berücksichtigung der Partnerschaft des Patienten. Da die Daten keinen Rückschluss auf kausale Zusammenhänge zulassen, empfiehlt sich, diese Berücksichtigung der partnerschaftlichen Zufriedenheit durch die Einbindung der Partnerin/des Partners sowohl in der Diagnostik als auch bei der Behandlung zu realisieren. Hier ist die klinische Praxis der Forschung einen weiten Schritt voraus: durch die fremdanamnestischen Daten der Partnerin/des Partners kann differentialdiagnostisch eine ED häufig ausgeschlossen werden. Die Miteinbeziehung der Partnerin/des Partners bei der Bestimmung der ED-Prävalenz, wie dies zum Beispiel im jüngst abgeschlossenen zweiten Teil der *Berliner Männer-Studie* realisiert wurde, würde mit hoher Wahrscheinlichkeit zu realistischeren Prävalenzen führen.

In zukünftigen Studien sollte diesen Ergebnissen zu Folge demnach auch ein Maß für *Leidensdruck* mit erhoben werden, insofern Erkenntnisgewinn bezüglich der *Erektionsstörung* das Ziel ist. Wie genau Leidensdruck sinnvoll operationalisiert und damit valide gemessen werden könnte, bedarf genauso der weiteren Diskussion, wie die Länge des betrachteten Zeitraums: möglicherweise wäre es gerechtfertigt, drei anstatt sechs Monate des Leidens aufgrund einer beeinträchtigten Erektion als Kriterium für eine „EDi“-Klassifizierung zu wählen. Des Weiteren

Abb. 7: ED und partnerschaftliche Zufriedenheit (40-49 Jährige)

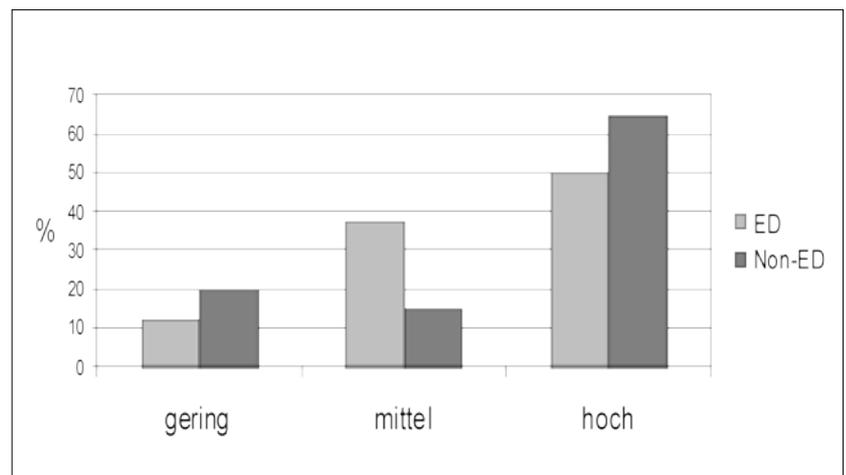


Abb. 8: ED und partnerschaftliche Zufriedenheit (50-59 Jährige)

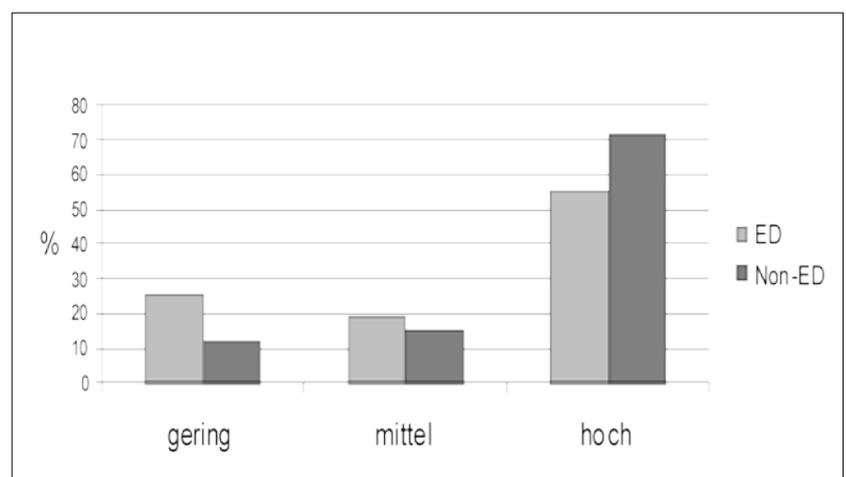


Abb. 9: Dysfunction vs. Disorder

≠ Ohne Leidensdruck:
Erektionsbeeinträchtigung
⇒ Erectile Dysfunction (EDy)

≠ Mit Leidensdruck:
Erektionsstörung mit Krankheitswert
⇒ Erectile Disorder (EDi)

ren sollten vor der Auswahl der zur Messung der Erektions-Funktion bzw. dysfunktionalen Erektion gedachten Items auch sexualmedizinisch-differentialdiagnostische Aspekte bedacht werden. Welchen Informationsgewinn bezüglich der Erektions-Funktion

erzielt die Frage „Erschlafft der Penis während des Geschlechtsverkehrs?“ (Frage 15, Kölner Erhebungsbogen zur erektilen Dysfunktion KEED [vgl. Klotz et al. 2002]) tatsächlich? Könnte hier nicht auch eine Orgasmusstörung (vorzeitiger Orgasmus) vorliegen? Oder was bedeutet es, wenn ein Mann immer nach 10-minütigem Geschlechtsverkehr einen Samenerguss inklusive Orgasmus erlebt und anschließend sein Penis erschlafft, seine Partnerin hingegen die Fortsetzung des Geschlechtsverkehrs wünscht. Ab wann ist ein Geschlechtsverkehr vorbei? Informiert die Antwort auf die Frage „Ist es Ihnen möglich, einen Orgasmus zu haben?“ (Frage 16, KEED) nicht eher über eine eventuell vorliegende Orgasmusstörung? Könnten Probleme mit dem Eindringen in die Partnerin (Frage 3, EF-Domain) nicht auch mit einer eventuell vorliegenden Dyspareunie oder einem Vaginismus zusammenhängen? Eine ebenfalls noch nicht zur vollsten Befriedigung beantwortete Frage betrifft die sexuelle Inaktivität. In verschiedenen Studien werden jene Männer, die vorgaben, im befragten Zeitraum sexuell nicht aktiv gewesen zu sein, mal zur Prävalenz-Bestimmung mit berücksichtigt (z.B. Cappelleri et al., 2000), mal werden sie vorher ausgeschlossen (z.B. Rosen et al., 1999). Da eine länger andauernde sexuelle Inaktivität auch in einer Erektionsproblematik begründet sein kann, wurden in dieser Studie auch jene Teilnehmer mitberücksichtigt, die angaben, über den befragten Zeitraum sexuell nicht aktiv gewesen zu sein. Ob die Art der Stichprobe (Klinische Stichprobe vs. Zufallsstichprobe) alleiniges Kriterium für den Ein- oder Ausschluss der Inaktiven sein darf, muss in weiteren Untersuchungen geklärt werden.

Literatur

- American Psychiatric Association (1994): DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Beier, K. M.; Bosinski, H. A. G.; Hartmann, U.; Loewit, K. (2001): Sexualmedizin. Grundlagen und Praxis. Urban und Fischer: München.
- Bortolotti A.; Parazzini E.; Colli E.; Landoni M. (1997): The epidemiology of erectile dysfunction and its risk factors. *Int J Androl* 20: 323-334.
- Braun M.; Wassmer G.; Klotz T.; Reifenrath B.; Mathers M.; Engelmann U. (2000): Epidemiology of erectile dysfunction: results of the Cologne Male Survey. *Int J Impot Res* 12: 305ff.
- Bullinger, M. (1997): Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 47: 41-65.
- Bundes-Gesundheitssurvey (1998): Robert-Koch-Institut, I + G Gesundheitsforschung.
- Cappelleri, J. C.; Siegel, R. L.; Osterloh, I. H.; Rosen, R. C. (2000): Relationship between Patient Self-Assessment of Erectile Function and the Erectile Function Domain of the International Index of Erectile Function. *Urol* 56: 477-481.
- Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen (2003): Textrevision – DSM-IV-TR; übersetzt nach der Textrevision der 4. Aufl. / Dt. Bearb. und Einf. von Henning Saß – Göttingen; Bern; Toronto; Seattle: Hogrefe, Verl. für Psychologie.
- Feldman, H. A.; Goldstein, I.; Hatzichristou, D. G.; Krane, R.; McKinlay, J. B. (1994): Impotence and its Medical and Psychosocial Correlates: Results of the Massachusetts Male Aging Study. *The Journal of Urology* 151: 54-61.
- NIH Consensus Conference (1993): Impotence. NIH Consensus Development Panel on Impotence. *JAMA* 270 (1): 83-90.
- Kinsey, A. C.; Pomeroy, W. B.; Martin, C. E. (1984): Sexual Behaviour in the Human Male. Philadelphia: W. B. Saunders Co.
- Klotz, T.; Braun, M.; Sommer, F.; Engelmann, U. (2002): Epidemiologie, Begleiterkrankungen und Lebensqualität der männlichen Sexualstörungen im Alter. 37. Kongress der Ärztekammer Nordwürttemberg. Stuttgart, 1.-3. Februar 2002.
- Laumann, E. O.; Paik, A.; Rosen, R. C. (1999 a): Sexual Dysfunction in the United States – Prevalence and Predictors. *JAMA*; 281: 537-544.
- Laumann, E. O.; Paik, A.; Rosen, R. C. (1999 b): The epidemiology of erectile dysfunction: results from the National Health and Social Life Survey. *Int J Impot Res* 11 (1): 60-64.
- Rosen, R. C.; Riley, A.; Wagner, G.; Osterloh, I. H.; Kirkpatrick, J.; Mishra, A. (1997): The International Index of Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 49 (6): 822-830.
- Rosen, R. C.; Cappelleri, J. C.; Smith, M. D.; Lipsky, J.; Pena, B. M. (1999): Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 11: 319-326.
- Rosen, R. C. (2000): Prevalence and Risk Factors of Sexual Dysfunction in Men and Women. *Current Psych Rep* 2: 189-195.
- Schulenburg, J.-M. Graf von der; Claes, Ch.; Greiner, W.; Uber, A. (1998): Die deutsche Version des EuroQoL-Fragebogens. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 6: 3-20.
- Shabsigh, R.; Anastasiadis, A. G. (2003): Erectile Dysfunction. *Annu. Rev. Med.* 54: 153-168.
- Simons, J. S.; Carey, M. P. (2001): Prevalence of sexual dysfunctions: Results from a decade of research. *Archives of Sexual Behavior* Vol. 30 (2): 177-219.
- Solstad, K.; Hertoft, P. (1993): Frequency of Sexual Problems and Sexual Dysfunction in Middle-Aged Danish Men. *Archives of Sexual Behavior* 22: 51-58.
- Ware, J. E.; Kosinski, M.; Keller, S. D. (1998): SF-12®: How to score the SF-12® Physical and Mental Health Summary Scale. Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated, Third Edition.

Adresse der Autoren

Dipl.-Psych. Gerard A. Schäfer, Dipl.-Psych. Christoph J. Ahlers, Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Universitätsklinikum Charité, Freie- und Humboldt-Universität zu Berlin, Luisenstr. 57, 10117 Berlin, mail: gerard.schaefer@charite.de
 Dr. oec. troph. Heike S. Englert, Dipl.-Stat. Stephanie Roll, Prof. Dr. med. Stefan N. Willich, Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie, Universitätsklinikum Charité, Freie- und Humboldt-Universität zu Berlin, Luisenstr. 57, 10117 Berlin, mail: heike.englert@charite.de

Zur Kollusion zwischen Juristen und medizinischen Gutachtern in Strafprozessen wegen Tötung unter der Geburt

Reinhard Wille, Ulrike Steckeler, Jens Wessel

The Collusion between Justice and Medical Experts in Trials of Neonaticide

Abstract

The study evaluates the nearly complete data of a subgroup of 50 cases from the Kiel representative multicenter study on neonaticide (N = 98) during 1980 – 1989. The central forensic-psychological question for medical experts is: To what extent may the phenomenon, difficult to comprehend in modern times, of either denied or known but successfully concealed pregnancy be seen as the starting point for neonaticide? The behaviour of legal experts participating in trials – investigated here, for the first and probably final time, in its entirety up to completion of sentence – uncovers a surprising degree of „nod and wink“ goodwill to the benefit of the overstrained mother. The medical experts are hereby also seen to operate beyond their field of competence.

The conventional view that the „infant murderess“ is socially underprivileged, psycho-mentally less abled and has been abandoned by the father of the child typically no longer corresponds to reality. The standard profile of the infant murderess in forensic psychology, however, is characterised by low self-esteem, tendency to seek harmony and avoid conflict, and aggression inhibition. The pregnancy is not consciously perceived by the gravida, which can be explained as a reprove selective blocking-out of the innerpsychic and somatic signs of pregnancy. If not prevented by favourable external circumstances, neonaticide is based on this „paralogical“ psychosomatic constellation. All medical experts (forensic psychiatrists, gynecologists, and, also, coroners) contribute to the surprising tendency towards mild sentences

(abandonment of trial, probation sentences, early release). Mitigating factors or claims of not being responsible for one's actions are unusually frequently accepted above and beyond § 217 German Criminal Code providing privileged sentence reduction for „infant murderesses“. What is especially noticeable here is that in all cases the prospect of repeating the crime is viewed as low.

With the surprising abolition of § 217 German Criminal Code (privileges for sentence reduction), a significant increase in the severity of sentences has been accepted. This appears to be motivated by the male / female equality ideology which has become obsolete from a sexual-anthropological perspective. However, neonaticide during birth is based on a reprove failure to resolve psychosomatic conflicts in the female. Therefore, this kind of infant killing should not be equated with other homicides, such as manslaughter (§ 213 German Criminal Code), but continues to deserve a special legal position.

Keywords: Neonaticide during birth; Abolition of privileging § 217 German Criminal Code; Legal-medical collusion and collision with code of criminal procedure.

Zusammenfassung

Die Studie wertet die Daten einer Untergruppe von 50 Frauen der bundesweiten Kieler Verbundstudie zur Kindestötung aus den Jahren 1980–1989 aus. Leitende Frage ist, inwieweit eine nicht wahrgenommene Schwangerschaft Ausgangspunkt einer Kindestötung sein kann, zum anderen geht es um die juristische Bewertung dieses Deliktes.

Gezeigt werden konnte, dass das bisherige Bild der Täterin als geistig und sozial unterprivilegierter Frau, die vom Kindesvater verlassen wurde, nicht der Realität entspricht. Ein nicht geringer Teil der Täterinnen weist jedoch eine Persönlichkeitsstruktur auf, die sich durch ein gerin-

ges Selbstwertgefühl auszeichnet, verbunden mit einer ausgeprägten Harmonisierungstendenz und Aggressionshemmung.

Als wesentlich dafür, dass die intakte Schwangerschaft von der Gravida nicht als solche wahrgenommen wird, kann die intrapsychische Fehlverarbeitung der Reproduktion im Sinne einer sog. Reproversion mit fehlenden fehlender adäquater Wahrnehmung der inneren und äußeren Schwangerschaftszeichen aufgezeigt werden. Diese psychosomatische Konstellation ist die Grundlage, aus der – quasi als logische Folge – die Kindestötung hervorgeht, falls sie nicht durch günstige äußere Bedingungen verhindert wird.

Juristisch zeichnete sich eine Tendenz zu einer milden Verurteilung ab, an der die forensisch-psychiatrischen Gutachter wesentlichen Anteil hatten. Sie erkannten der Täterin zum überwiegenden Teil eine Schuldinderung über die Privilegierungsgründe des § 217 StGB hinaus zu oder aber gar Schuldunfähigkeit.

Mit der 1998 erfolgten Abschaffung des § 217 StGB wurde die Privilegierung der nicht ehelichen gegenüber der verheirateten Täterin beendet mit dem Ergebnis einer Strafverschärfung für alle Frauen. Wenn dem spezifischen Delikt einer Kindestötung unter der Geburt jedoch eine in der weiblichen Psychosomatik begründete Fehlverarbeitung der Reproduktion zugrunde liegt, dann darf diese Form der Kindestötung nicht ohne weiteres den anderen Tötungsdelikten wie Totschlag oder Mord gleichgestellt werden, sondern verlangt nach einer rechtssystematischen Sonderstellung innerhalb der Delikte gegen das Leben.

Schlüsselwörter: Kindestötung unter der Geburt, Streichung des privilegierenden § 217 StGB, Juristisch-medizinische Kollusion unter Kollusion mit der StPO

Juristischer Kontext

Das Delikt der Kindstötung unter der Geburt durch eine nicht eheliche Mutter wurde bis 1998 strafrechtlich in dem privilegierten Sonderparagrafen 217 StGB erfaßt, der wie folgt lautete:

- (1) Eine Mutter, welche ihr nichteheliches Kind in oder gleich nach der Geburt tötet, wird mit Freiheitsstrafe nicht unter drei Jahren bestraft.
- (2) In minder schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren.

Dieser privilegierter Tatbestand galt nur für die leibliche nichteheliche Mutter des Kindes; teilnehmende dritte Personen (Kindesvater, (Groß-) Eltern) wurden nach den §§ 211, 212, 213 StGB bestraft. Tatobjekt konnte nur das tatsächlich oder vermeintlich nichtehe-

liche Kind sein. Bei Tötung eines ehelichen Kindes wurde die Mutter – wie nach jetziger Rechtslage – nach §§ 212, 213 oder § 222 StGB bzw. § 221 StGB (Aussetzung) bestraft.

Diese Regelung in der (alten) BRD unterschied sich deutlich von anderen Ländern, insbesondere vom Strafrecht in der DDR, als dort die Privilegierung auch für die eheliche Mutter galt, was Gerchow ab 1954 wiederholt auch für das bundesdeutsche Strafrecht gefordert hatte.

Die Tathandlung bestand in der Tötung des Neugeborenen in oder gleich nach der Geburt. „Gleich nach der Geburt“ war dabei nicht im Sinne eines definierten Zeitraumes zu verstehen, sondern psychologisch: Die Kindesmutter mußte sich zum Zeitpunkt der Tat noch in dem durch die Geburt hervorgerufenen Ausnahmezustand befinden, der dann nicht mehr angenommen wurde, wenn das Neugeborene zwischenzeitlich versorgt worden war. Für den subjektiven Tatbestand war zumindest bedingter Vorsatz erforderlich. Fehlte dieser oder war nicht nachweisbar, so kam alternativ Bestrafung nach § 222 StGB – Fahrlässige Tötung – in Betracht oder ggf. nach § 221 StGB – Aussetzung in hilfloser Lage.

Als Strafmilderungsgrund wurde die zusätzliche seelische Belastung der Kindesmutter angesehen, falls diese bereits ein uneheliches Kind hatte, das sie allein versorgen mußte, oder wenn die Kindesmutter unter einem außergewöhnlichen sozialen oder moralisch-ethischen Druck der familiären oder einer religiösen bzw. ethnischen Gemeinschaft stand. Zusätzlich konnte unter engen und dogmatisch umstrittenen Voraussetzungen eine verminderte Schuldfähigkeit nach § 21 StGB zur Anwendung kommen. Die Zubilligung besonderer Milderungsgründe bzw. des § 21 StGB wurde begrenzt durch § 50 StGB, der die Doppelverwertung besonderer subjektiver Umstände verbietet, so dass es nicht möglich war, den Strafraum wegen besonderer seelischer Umstände nach Abs. 2 zu bemessen (minder schwerer Fall) und darüber hinaus durch die gleichen seelischen Umstände zusätzlich über den § 21 StGB eine Strafmilderung zu erreichen.

Die Privilegierung der nichtehelichen gegenüber der ehelichen Mutter löste in der Nachkriegszeit heftige Diskussionen aus. Die eine Autorengruppe befürwortete eine Beibehaltung der Vorschrift unter Einbeziehung auch der ehelichen Mutter analog zum Strafrecht in der DDR (Wahle 1967). Die andere Gruppe war für die Abschaffung des § 217 StGB, da er nicht mehr zeitgemäß und obendrein verfassungswidrig schien. Befürworter einer Abschaffung des § 217 StGB, wie auch die Gegner stimmten dahingehend aber überein, dass die Privilegierungsgründe unter den veränderten gesellschaftlichen und morali-

schen Einstellungen weniger gravierend erschienen: Die Motive des sog. Ehrennotstandes seien nach dem modernem Zeitgeist überholt, die Motivation der wirtschaftlichen Notlage sei im Sozialstaat mit Adoptionsmöglichkeiten gleichfalls nicht mehr tragfähig. Nachdem die Geburtsmedizin den besonderen Ausnahmezustand im Sinne des Gesetzgebers wissenschaftlich nicht nachweisen konnte, entfallt auch dieser Privilegierungsgrund.

Allerdings erkannten die Befürworter einer Beibehaltung des § 217 StGB die **Verdrängung der Schwangerschaft** bereits als wesentliche kriminalpsychologische Bedingung dieses Spezialdeliktes. Entscheidend sei nicht der Geburtsaffekt, sondern die pathologische, d.h. verdrängende oder nicht wahrnehmbare, Verarbeitung der Schwangerschaft mit Überforderung in der durch Wehen oder Geburtsbeginn ausgelösten Überraschungssituation (Gerchow 1957).

1998 konnten sich die Befürworter einer ersatzlosen Streichung des § 217 StGB durchsetzen. Seitdem wird die Kindestötung nach den §§ 212, 213 StGB (Totschlag) bestraft. Milderungsgründe sind zum einen über die Anwendung von § 213 StGB (Totschlag in minder schweren Fällen) durchzusetzen, zum anderen über die Bestimmungen des § 21 StGB.

In der Rechtspraxis führte die Abschaffung des § 217 StGB dazu, dass sich heute die Strafen für die Kindestötung drastisch erhöht haben, wie man Kasuistiken aus Zeitungsreportagen entnehmen kann (Friedrichsen 2003). Dazu trug nur teilweise die Verdopplung der Mindeststrafe in § 213 StGB von sechs auf zwölf Monate bei.

Methodik – Untersuchungsgut

Konzeption und Durchführung der Studie

Ende der 80-er Jahre wurde eine 18-jährige Gymnasiastin durch das Institut für Sexualmedizin an der Universität Kiel begutachtet (Wille & Beier 1994). Der detailliert rekonstruierte Verlauf von Schwangerschaft und Geburt ergab, dass eine intelligente, sexuell aufgeklärte und sozial integrierte Gymnasiastin nichts von ihrer Schwangerschaft bemerkt hatte und gegen Mitternacht erwachte, als die Geburt aus Beckenendlage bereits soweit fortgeschritten war, dass sie den Hodensack des Kindes zwischen ihren Beinen tasten konnte. Dieses Tatgeschehen widersprach der herrschenden Meinung vom klassischen Täterintertyp der minderbegabten, sozial unterprivilegierten, wenig gestaltungsfähigen, initiativarmen jungen Frau, die ihre Schwangerschaft vor sich selbst sehr wohl registriert, vor der Umgebung jedoch geschickt verheimlicht aus Angst vor Schande und materieller Not.

Daraus ergab sich die Frage, ob die Verheimlichung der Schwangerschaft die regelhafte psychologische Ausgangssituation für die Kindestötung unter der Geburt war oder aber, wie bei der begutachteten Unterprimanerin, eine spezifische Erlebnisabwehr im Sinne einer Verdrängung?

Die daraus hervorgegangene Kieler Verbundstudie (Wille & Beier 1994) erfasste in dem Untersuchungszeitraum von zehn Jahren (1980 bis 1989) insgesamt 213 Fälle von Kindestötungen in den alten Bundesländern. Es wurden auch Fälle aufgenommen, in denen die Kindesmutter nicht ermittelt werden konnte und somit eine exakte rechtliche Zuordnung des Tötungsdeliktes aufgrund der fehlenden Vorgeschichte nicht möglich war. Ebenso flossen Fälle mit ein, bei denen nachträglich die engen Voraussetzungen des § 217 StGB entfielen und die rechtssystematisch unter Totschlag, fahrlässige Tötung und auch Mord einzuordnen waren. In 137 Fällen konnte die Täterin ermittelt werden, in 98 wurden ausführlichere Angaben zur Vorgeschichte, Schwangerschaft und Geburt eruiert. Die somatischen Befunde wurden von Thomsen und Mitarbeitern (1992) unter rechtsmedizinischen Aspekten aufgearbeitet und publiziert.

Aufbauend auf dieser Studie konnten für die vorgelegte Ergänzungsuntersuchung in 50 Fällen die Informationen vollständig erweitert werden. Durch Einsicht in Ermittlungsakten und Einstellungsverfügungen, über Anklageschriften und Urteilsbegründungen bis hin zu forensisch-psychiatrischen Gutachten waren erstmals auch Aussagen über den Umgang mit der Kindestötung durch Staatsanwaltschaften und Gerichte sowie durch medizinische und psychologische Gutachter möglich.

Subfundus der Kieler Verbundstudie

Dennoch fehlten Informationen, um die eingangs geschilderte Fragestellung schlüssig zu beantworten, welcher Art die pathologische Schwangerschaftsverarbeitung durch die Kindesmutter war: Verdrängung im Sinne einer Erlebnisabwehr oder aber geschickte und bewußte Täuschung der Umgebung. Schlug sich dieser Unterschied bei der Ermittlung und Anklageerhebung sowie der Zulassung der Klage im Rahmen der strafrechtlichen Verfolgung nieder?

Wurde der Kindesmutter in jedem Falle vorsätzliches Handeln unterstellt? Wurden die intrapsychischen Vorgänge der pathologischen Schwangerschaftsverarbeitung bei der forensisch-psychiatrischen Begutachtung der Täterinnen berücksichtigt und wenn ja – welchen Einfluss hatte das auf den Strafprozeß und das Strafmaß im Urteil?

Insgesamt ergab sich somit ein Subfundus mit fünfzig Fällen von Kindestötung, zu denen fast vollständige

dige Informationen sowohl zu Schwangerschaft, Geburt und Tatumständen vorlagen, als auch zu sozialem Umfeld, über das Auffinden der Kindesleiche bis hin zur strafrechtlichen Verfolgung über Anklage, Urteil, ggf. Einstellungsbescheid und medizinische/psychologische Gutachten bis zur Strafverbüßung. Erstmals war es anhand einer größeren Zahl von repräsentativen Fällen möglich, die Schwierigkeiten aufzuarbeiten, mit denen sich sowohl medizinische Gutachter(Innen) als auch Jurist(Innen) im Falle einer Kindestötung konfrontiert sehen und die – verkürzt – darauf beruhen, dass die beteiligten Mediziner(innen) und Jurist(Innen) es nicht für möglich halten, dass in heutiger Zeit eine Frau ihre Schwangerschaft nicht wahrnimmt.

Durch Informationen über das persönliche Umfeld der Täterinnen konnten weitergehende Einblicke in die individuelle Vorgeschichte der Kindesmütter, als auch über soziales und sexuelles Verhalten während der nicht wahrgenommenen Schwangerschaft gewonnen werden, die Rückschlüsse auf die pathologische Verarbeitung der Schwangerschaft mit Verheimlichung bzw. psychosomatischer Verdrängung derselben zulassen.

Diese Studie über einen Zeitraum von 1980 bis 1989 bietet die Gelegenheit, neben epidemiologischen und statistischen Daten zur Kindestötung Einblicke in die der Kindestötung regelhaft vorausgehende pathologische Schwangerschaftsverarbeitung zu gewinnen und die juristische Bewertung der Kindestötung unter der Geburt in heutiger Zeit zu überprüfen. Sie ist wie fast immer in der forensischen Medizin retrospektiv und ohne Kontrollgruppe angelegt, kann aber nach einem Vergleich mit der Kriminalstatistik als repräsentativ angesehen werden (Wille u. Beier 1994).

Der Subfundus umfaßt exakt fünfzig Fälle, zur Angabe der Häufigkeit werden jeweils die absoluten Zahlen verwendet, die Prozentangaben erhält man durch einfache Verdoppelung der jeweiligen Ergebnisse.

Retrospektive Analyse des Schwangerschaftsverlaufes

Bei der Analyse des Schwangerschaftsverlaufes galt es zunächst, Kriterien zu definieren, nach denen im Gegensatz zu einer verheimlichten Schwangerschaft eher eine Verdrängung derselben im Sinne einer Erlebnisabwehr anzunehmen war. Dabei wurden folgende Forderungen als Voraussetzung für die Annahme einer fehlenden psychosomatischen Umstellung auf die stattgehabte Konzeption aufgestellt:

1. Subjektive Gewißheit der Schwangeren, nicht schwanger zu sein.
2. Fehlen von Schwangerschaftszeichen oder – falls vorhanden – subjektiv hinreichende Umdeutungen.
3. Unbefangener Arztbesuch bei schwangerschaftstypischen Beschwerden, wie z. B. Rückenschmerzen, Dysurie, Hämaturie.
4. Unbefangenheit in sozialen Situationen, die zur Aufdeckung führen könnten (z.B. Kleideranproben, Schwimmbadbesuche).
5. Bei bestehender Partnerschaft Kohabitationen in gewohnter Art und Häufigkeit mit praktizierter Empfängnisverhütung, sofern kein Kinderwunsch besteht.
6. Zu keinem Zeitpunkt Gedanken an einen Schwangerschaftsabbruch.
7. Jegliches Fehlen von Geburtsvorbereitungen.
8. Verknennung der einsetzenden Wehen und Überraschtwerden von der Geburt.

Berücksichtigt man, dass der Schwangerschaftsverlauf lediglich retrospektiv analysiert werden kann und man hierzu in erster Linie auf die subjektiven Aussagen der Kindesmutter selbst und ihres sozialen Umfelds angewiesen ist, sind diese Kriterien ein leidlich objektiver Maßstab, um zu unterscheiden zwischen nicht wahrgenommener und verheimlichter Schwangerschaft sowie Sonderfällen mit einer besonderen Motivation und eventuell sogar mit Schwangerschaftsvorsorge. In der Gesamtstudie (N=98) als auch in dem dieser Arbeit zugrunde liegenden Subfundus werden diese Kriterien angewendet, mit dem Ergebnis, dass in knapp der Hälfte der Fälle die Schwangerschaft nicht wahrgenommen, in der anderen Hälfte verheimlicht wurde und ein atypischer Sonderfall vorlag.

Ergebnisse

Soziodemographische Daten

Von den soziodemographischen Daten des hier untersuchten Kollektives (N = 50) sollen nur die thematisch bedeutsamen erwähnt und den Ergebnissen der Kieler Verbundstudie gegenübergestellt werden.

Alter der Kindesmutter: Das durchschnittliche Alter der Kindesmütter zum Tatzeitpunkt betrug 19,08 Jahre, die jüngste Mutter war 15 Jahre alt, die älteste 34 Jahre. Da 38 Frauen jünger als 21 Jahre alt waren, konnten sie unter die milderen Sonderbestimmungen des Jugendgerichtsgesetzes (JGG) fallen.

Nationalität der Kindesmutter: 45 Frauen waren deutscher Nationalität, zwei türkischer Nationalität, zwei Jugoslawinnen und eine Griechin.

Familienstand: 45 Frauen waren ledig, 5 verheiratet (davon war in 2 Fällen der Kindesvater nicht der

Ehemann), so dass lediglich drei Täterinnen nicht nach dem damals geltenden § 217 StGB verurteilt werden konnten.

Lebensumstände: 34 Frauen wohnten noch bei den eigenen Eltern, immerhin 7 lebten mit einem Partner zusammen, weitere 7 lebten allein, in 2 Fällen fehlende Angaben. Kindesvater war in N = 40 ein fester Partner, wozu auch heimliche oder ehemalige Intim-Freunde zählten. Nur 5 Frauen gaben einen flüchtigen Bekannten als Kindesvater an, in N=4 war eine Vergewaltigung, sexuelle Nötigung oder Inzest ursächlich für die Schwangerschaft. Fehlende Angaben zum Kindesvater N = 1 .

Schulbildung und Beruf: Bei 43 Frauen konnten konkrete Daten zur schulischen und beruflichen Bildung erhoben werden. In sieben Fällen lagen keine oder nicht konkretisierte Angaben vor. Es hatten N=4 eine Sonderschule besucht, N = 20 eine Hauptschule, N = 13 eine Realschule und immerhin sechs Frauen konnten eine Fachhochschul- oder Hochschulreife vorweisen. Zum Tatzeitpunkt waren N = 6 als Ungelehrte bzw. Hilfsarbeiterin tätig, N = 5 als Arbeiterin, N = 14 arbeiteten als Angestellte (darunter 2 Anlernlinge in Pflegeberufen). N = 14 befanden sich in einer schulischen Ausbildung als Schülerinnen und Studentinnen, N = 3 lebten als Hausfrau. Zur Tatzeit waren 6 der Frauen arbeitslos, für N=2 lag keine Information zur derzeit ausgeübten Tätigkeit vor. Übereinstimmend mit allen Voruntersuchungen stellen auch in diesem Kollektiv die schulisch und beruflich unterqualifizierten Frauen die größte Gruppe dar. Allerdings wird das Delikt der Kindestötung von Frauen aus allen Bevölkerungsschichten begangen, unabhängig von Intelligenz- und Bildungsgrad.

Vergleich von Subfundus mit der Kieler Verbundstudie

Vgl. Tab. 1: Es zeigt sich, dass der Subfundus (N = 50) bzgl. der Lebensumstände der Kindesmütter im Wesentlichen mit dem Fundus der Kieler Verbundstudie (N = 98) vergleichbar ist. Signifikante Unterschiede finden sich lediglich im Anteil der verheirateten Frauen, der im untersuchten Subfundus deutlich geringer ist als in der Gesamtstudie ($p < 0,01$) und – daraus ableitbar – ebenfalls in der Beziehung zum Kindesvater. Die Differenz erklärt sich vor allem mit der besonderen Selektion des untersuchten Kollektivs. Im Rahmen der Aktenrecherche wurde speziell nach Fällen gesucht, in denen die Anwendung des § 217 StGB zu erwarten war. Da die ledige Mutter Tatsubjekt war, erklärt sich der geringere Anteil an verheirateten Frauen im Vergleich zur Verbundstudie. Damit wird auch das niedrigere Durchschnittsalter im Subfundus erklärt ebenso wie die geringen Unterschiede in den Lebensumständen.

Tab. 1: Kieler Verbundstudie (N = 98) Subfundus (N = 50)

| | | | |
|------------------------------|-----|-----|-------------|
| Alter der Mutter | | | |
| 15 – 20 Jahre | 57% | 66% | |
| 21 – 30 Jahre | 31% | 30% | nicht |
| über 30 Jahre | 12% | 4% | signifikant |
| Wohnverhältnisse | | | |
| mit Eltern | 57% | 68% | |
| mit Partner | 28% | 14% | nicht |
| allein | 13% | 14% | signifikant |
| Ausbildung/Beruf | | | |
| Sonderschülerin | 3% | 8% | |
| Schülerin/Auszubildende | 29% | 28% | |
| Angestellte | 39% | 28% | |
| Hausfrau, | | | |
| Arbeiterin, Hilfsarbeiterin | 24% | 28% | nicht |
| Andere | 5% | 8% | signifikant |
| Familienstand | | | |
| ledig | 73% | 90% | |
| verheiratet | 25% | 8% | signifikant |
| geschieden/getrennt | 2% | 2% | $p = 0,01$ |
| Beziehung zum Kindesvater | | | |
| aktueller Partner | 66% | 46% | |
| ehemaliger Partner | 16% | 34% | |
| flüchtiger Bekannter | 14% | 10% | signifikant |
| Andere | 4% | 10% | $p = 0,05$ |
| Anzahl der Schwangerschaften | | | |
| erste Schwangerschaft | 65% | 80% | |
| zweite Schwangerschaft | 21% | 16% | nicht |
| dritte und mehr | 14% | 4% | signifikant |

Schwangerschaft

Entsprechend dem niedrigen Durchschnittsalter waren 40 Mütter Primiparae, in 9 Fällen endete die zweite oder dritte, in einem Fall sogar die vierte Schwangerschaft mit einer Kindestötung. Auffällig bei den Mehrfachgebärenden *besser*: „Mehrfachschwangeren“ ist die Tatsache, daß die vorangehenden Schwangerschaften häufig ebenfalls atypisch verlaufen waren, aber eben nicht mit einer Kindestötung endeten. Von den zehn Multiparae hatten sechs eine vorangegangene Schwangerschaft zumindest über einen längeren Zeitraum verheimlicht, zwei hatten ihre Schwangerschaft nicht wahrgenommen. Diese früheren Schwangerschaften wurden jedoch ausnahmslos durch die Geburt eines gesunden Kindes beendet. Die Familienanamnese einer Täterin ergab, dass auch deren Mutter eine nicht wahrgenommene Schwangerschaft erlebt hatte.

Die Hälfte der Frauen (N = 25) hatte ihre Schwangerschaft anhand der selten schon zur 4., aber zweimal erst in der 28. Woche ausbleibenden „Monatsblutung“

bemerkt, aber es gelang ihnen, ihren Zustand gegenüber ihrer Umgebung zu verheimlichen. Darüber hinaus hatten sie jedoch in keiner Weise Vorsorge für die bevorstehende Geburt getroffen oder bei Außenstehenden um Rat und Hilfe nachgesucht. Von diesen 25 Frauen wurden 16 später durch ihren gynäkologischen oder psychiatrischen Gutachter gefragt, warum sie keine Interruptio hätten durchführen lassen. Immerhin 9 Frauen lehnten eine Interruptio aus Überzeugung ab. Das spricht zumindestens dafür, dass die Tötung des Ungeborenen und erst recht des Neugeborenen eine hohe subjektive Unrechtsbarriere darstellte. Die verbleibenden sieben Frauen dagegen hatten eine Interruptio nicht durchführen lassen aus Informationsmangel, wegen Terminüberschreitung oder aus Angst vor der eigenen Mutter.

Immerhin 24 Schwangerschaften waren weder durch die Frau selbst, noch durch deren engste Umgebung wahrgenommen worden. Die körperlichen Veränderungen durch die Gravidität waren so blande, daß die werdende Mutter sich unbefangen vor ihrer Umgebung bewegte, ohne dass auch nur der Verdacht auf eine Schwangerschaft geäußert wurde. In 32% (N = 16) hatten diese Frauen bis zu eine Woche vor der Entbindung in gewohnter Weise mit ihrem Partner Geschlechtsverkehr, ohne daß dieser die Schwangerschaft bemerkte. Wiederholt wurden Ärzte wegen abdomineller Beschwerden konsultiert, ohne daß hierbei trotz körperlicher Untersuchung eine Schwangerschaft diagnostiziert wurde. In einem Fall fand laut Aktenlage vier Tage vor der Entbindung eine amtsärztliche Untersuchung der werdenden Kindesmutter in unbedecktem Zustand statt, ohne dass der Amtsarzt einen Anhalt für eine Schwangerschaft feststellte, wie er später im Rahmen der Ermittlungen bestätigen mußte. In einem weiteren Fall diagnostizierte die wegen Glieder-, Bauch- und Rückenschmerzen am Entbindungstag aufgesuchte Hausärztin eine Erkältung.

In alle diesen Fällen, die trotz glaubhafter Drittbeurteilungen geradezu unglaublich anmuten, blieb die normale körperliche Umstellung auf die erfolgte Konzeption aufgrund einer komplexen psychischen Fehlverarbeitung der Schwangerschaft gänzlich aus oder verlief zumindest erheblich anders .

Als Zwischenbilanz verdient festgehalten zu werden, dass sich der Subfundus von 50 Frauen aufteilt in eine Gruppe von 25 Frauen mit verheimlichter Schwangerschaft und eine Gruppe von 24 Frauen mit nicht wahrgenommener Schwangerschaft sowie einen Sonderfall, analog der Verteilung in der Gesamtstudie.

Entbindung

Die Entbindung geschah in 26 Fällen auf dem WC oder in der Badewanne, in N = 13 im eigenen Bett, in N = 5 auf dem Fußboden (u.a. im Keller), die verbleibenden Frauen (N= 6) nannten verschiedene andere Örtlichkeiten, wo die Entbindung stattfand.

Bei den Frauen, die ihre Schwangerschaft nicht wahrgenommen hatten, konnte man erwarten, dass sie von dem plötzlich einsetzenden Geburtsvorgang oder auch der plötzlichen Entbindung überrascht wurden. Aber auch die überwiegende Anzahl der Frauen, die ihre Schwangerschaft verheimlicht hatten, machten dieses Überraschungsmoment geltend. Dafür dürften vor allem autosuggestive Vorgänge oder der von Gerchow schon beschriebene, aus Angst und Wunschenken gespeiste, seelische Schwebezustand verantwortlich sein. Auch wenn sie von ihrer Schwangerschaft wußten, versuchten sie, die Geburt in Gedanken möglichst weit vor sich hinaus zu schieben. Allerdings muss hierzu ergänzend noch folgendes vermerkt werden:

- ▶ keine der Frauen (Verheimlichung, Verdrängung) kann den genauen errechneten Geburts-Termin (ET) kennen
- ▶ nur 4% aller Kinder kommen tatsächlich am ET zur Welt, Geburt 2 Wochen vorher (Frühgeburten!) und hinterher ist noch physiologisch
- ▶ d.h.: diese Frauen werden prinzipiell von der Geburt überrascht, auch wenn sie früh von Schwangerschaft wissen!

Tathergang

Die Kindestötung wurde in je 19 Fällen durch aktives Erdrosseln, Erstechen, Erwürgen, Ersticken herbeigeführt oder durch Unterlassen erforderlicher Maßnahmen. Die restlichen 12 Frauen hielten das Kind für tot und begründeten somit, dass lebenserhaltende Maßnahmen unterlassen wurden. Sieht man von dem einen Sonderfall, einer Frau mit Mutterpaß, die das Neugeborene strangulierte, ab, so griffen von den 24 Frauen mit verheimlichter Schwangerschaft 10 zu aktiven und 14 zu passiven Tötungsmaßnahmen. Von den 25 ahnungslosen Frauen haben die meisten (N = 18) nichts unternommen, sondern den Tod durch Unterlassen herbeigeführt, während immerhin sieben Frauen erwähnt werden müssen, die trotz der mutmaßlichen Überraschungssituation aktiv ihre Neugeborenen töteten. Es zeigt sich also ein deutlicher Unterschied im Tathergang zwischen der Gruppe der verheimlichenden Frauen und der Gruppe, welche ihre Schwangerschaft nicht wahrgenommen hatte: Die Erstge-

nannten griffen wesentlich häufiger zu aktiven Tötungsmaßnahmen, während in der zweiten Gruppe im Wesentlichen die Tötung durch Unterlassen erfolgte.

Die Vermutung liegt nahe, dass bei den Frauen, die ihre Schwangerschaft nicht wahrgenommen hatten, die psychosomatische Negierung aller Vorgänge im Zusammenhang mit der Schwangerschaft über die Geburt hin andauerte, und sie daher zu einem umsichtigen Handeln gar nicht fähig waren.

Einlassungen post partum

Zieht man die Ermittlungsakten hinzu, wird der psychische Ausnahmezustand der Täterinnen deutlich. Lediglich 12 Frauen wurde attestiert, dass sie überhaupt zu zielgerichtetem Handeln fähig waren, während 15 ratlos, fünf lethargisch und die verbleibenden 18 Frauen verwirrt waren und um Hilfe riefen.

Wenn in zeitlicher Distanz zu den Turbulenzen der Geburt mit Tod des Neugeborenen vor den Ermittlungsbehörden schuldentlastende Einlassungen vorgebracht werden, so sind diese nicht nur nachvollziehbar, sondern sollen auch das abnorme Verhalten vor der Umgebung und vor allem auch retrograd vor sich selbst rechtfertigen. Dabei bleibt die retrograde Unterscheidung zwischen situativ glaubhaften Einlassungen und „reinen Schutzbehauptungen“ schwierig, aber schon deshalb wichtig, weil sie den juristischen und medizinischen Skeptikern als Argument für pauschalierende Abwertungen dienen. In den 13 Fällen fehlender Schutzbehauptungen wird man wohl ein innerpsychisches Schuldanerkennen aufgrund der Tatumstände annehmen dürfen. Lediglich in $N = 2$ enthielten die Ermittlungsakten keine Angaben zu evtl. Schutzbehauptungen der Kindesmutter.

Die meisten ($N = 22$) Einlassungen liefen darauf hinaus, dass die Mütter ihr Kind auf Grund unterschiedlicher Umstände für tot hielten. Die Einlassung der sieben Frauen, die angaben, sich im Geburtstermin weit verschätzt zu haben und daher von der einsetzenden Entbindung so überrascht worden zu sein, daß sie nicht mehr handlungsfähig gewesen seien, liegt in der Psychologie der verheimlichten Schwangerschaft verankert.

Dabei kann es sicherlich eine Übertreibung sein, dass sie gar nicht mehr handlungsfähig gewesen seien, während man jedoch eine gewisse konfuse Ratlosigkeit auch in diesen Fällen unterstellen darf. In gleicher Weise könnten auch die sechs Fälle lediglich eine Übertreibung sein, in denen die Frauen eine Ohnmacht vorschützten, sich tatsächlich jedoch in einem Erschöpfungszustand und passiver Lethargie befanden.

Kollektive Persönlichkeitsstruktur der Täterinnen

Anhand der forensisch-psychiatrischen Gutachten kann ein „kollektives Psychogramm“ der Täterinnen erstellt werden.

Intelligenzniveau

Von den 30 forensischen Gutachten mit Angaben zur Intelligenz der Täterinnen beruhten 17 auf getesteten Intelligenzquotienten, die übrigen Probandinnen wurden mit allgemeinen Umschreibungen als gering begabt oder durchschnittlich bzw. sogar überdurchschnittlich intelligent klassifiziert.

Lediglich sieben von dreißig begutachteten Frauen entsprachen dem klassischen Täterinnentyp der minderbegabten oder unterdurchschnittlich intelligenten Frau. Ein IQ von 76 bis 82 als wurde grenzdebil eingeordnet, wobei vermerkt werden muss, dass selbst ein klinischer Schwachsinn (IQ unter 70) per se keine Schuldinderung bei dem Tatbestand der Kindestötung nach sich zieht, da selbst debile, ja mitunter sogar imbezile Frauen die Unrechtsbarriere der Tötung eines anderen Menschen beachten.

20 Frauen waren durchschnittlich intelligent, von diesen hatten lediglich drei Frauen einen IQ im unteren Normbereich mit 92 bzw. 93, während die übrigen ohne Einschränkung bis zu einem IQ von 110 rangierten. Drei Frauen wurden als überdurchschnittlich intelligent eingestuft. Das vorherrschende Täterbild von geistig unterdurchschnittlich begabten Frauen konnte somit nicht bestätigt werden.

Persönlichkeitsstruktur

Die Vielfalt von Persönlichkeitsmerkmalen in den einzelnen Gutachten ist, bedingt durch konstitutionelle und lebensgeschichtliche Faktoren, so groß, dass in diesem Zusammenhang lediglich die Persönlichkeitsmerkmale erörtert werden sollen, die auf mindestens drei Frauen zutrafen.

Als Hauptmerkmal wird eine unreife, wenig gefestigte und im Selbstwerterleben eingeschränkte Persönlichkeit beschrieben mit einem negativen Selbstbild und zum Teil recht ausgeprägter Selbstunsicherheit.

Ein starkes Harmoniebedürfnis und gleichzeitige Aggressionshemmungen fand sich bei zehn Frauen. In die gleiche Richtung gehen aber auch Merkmalsyndrome wie „Ich-Schwäche, unzureichende Eigenständigkeit, unterentwickelte Individualität und fehlendes Durchsetzungsvermögen“.

Etwas weniger vertreten sind die Merkmale der Introversion, fehlender eigener Lebensgestaltung und auch Schwierigkeiten bei der Erfassung sozialer Zu-

sammenhänge und mitunter eine deutlich eingengte affektive Schwingungsfähigkeit (N = 3).

Wichtiger sind die Auswirkungen dieser Persönlichkeitsmerkmale als Kontaktschwierigkeiten, Bindungsschwäche und Beziehungsstörungen, in einigen Fällen verbunden mit einer „symbiotisch-anklammersbedürftigen Haltung“ zu den Eltern infolge der Abhängigkeit vom Elternhaus mit Angst vor dem Verlust der häuslichen Geborgenheit. Besonders bei überfürsorglichen Müttern fand sich eine pathologische Mutter-Kind-Abhängigkeit mit z.T. uneingestander Aggressionshaltung der Tochter gegenüber der Mutter.

Die daraus resultierende gestörte Konfliktfähigkeit äußerte sich in betontem Konfliktvermeidungsverhalten durch Überanpassung sowie durch Ausweichenden im Sinne vermeintlicher sozialer Erwünschtheit. Eine in immerhin 12 Fällen bescheinigte Überforderung in sozialen Belastungssituationen wird als Basis für Verdrängung und Verleugnung der Schwangerschaft angesehen.

Sieben Frauen wurde eine abnorme Persönlichkeit mit neurotischen Persönlichkeitsanteilen (N = 3), mit passiv-hysteriformer Persönlichkeitsstruktur (N = 3) oder in einem Fall einer narzißtischen Persönlichkeitsstörung bescheinigt.

Strafverfolgung

Die fünfzig Ermittlungsakten enthielten 24 Einstellungsverfügungen, 21 Anklageschriften, 25 Gerichtsurteile, neun Einlassungen der Verteidigung sowie acht weitere Schriftsätze mit Revisionsbegründungen und BGH-Urteilen.

Abgesehen von den rechtsmedizinischen Obduktionsgutachten wurden insgesamt 54 medizinische, psychiatrische und psychologische Gutachten über 39 Kindesmütter (78%) erstellt, die nahezu ausschließlich im Original vorlagen. In immerhin elf Fällen (22%) glaubten Staatsanwaltschaft oder Gericht, auf einen Gutachter verzichten zu können, während in zwölf Fällen (24%) mehr als ein Gutachten in Auftrag gegeben wurde.

Die dort beschriebenen atypischen Schwangerschaftsverläufe und auch die sich dramatisch zuspitzenden Tatkonstellationen lösten nicht nur bei den damit befaßten Juristen, sondern auch bei vielen Medizinern Überraschung, Zweifel und ungläubige Skepsis aus, was sich darin niederschlug, dass die Gedanken und Schlußfolgerungen der medizinisch-psychologischen Gutachten doch in fragwürdiger, manchmal sogar in offensichtlich entstellender Weise in den Urteilen und Einstellungsverfügungen übernommen werden.

Einstellung des Verfahrens

Kommt die Staatsanwaltschaft aufgrund polizeilicher Vernehmungen und eigener Ermittlung zur Überzeugung, dass die be- oder entlastenden Ergebnisse nicht genügend Anlass für eine Anklageerhebung bieten, so stellt sie das Verfahren ein (§ 170,II StPO). Das Fehlen des hinreichenden Tatverdachtes kann im Tatbestandlichen oder auf fehlenden Prozessvoraussetzungen wie Rechtfertigungsgründen oder auch Schuldunfähigkeit beruhen.

Anders ist es mit den Einstellungen nach § 153 a StPO (Geringfügigkeit der Schuld mit Auflagen), auch mit der Einstellung nach § 45 JGG. Hier wird nicht nur ein Geständnis (und damit Schuld) gefordert, sondern sie sind auch mit Auflagen für die Täterin verbunden.

Obwohl zwei Drittel unserer Tatverdächtigen unter 21 Jahre alt waren, wurde auffällig selten (lediglich in N = 3) von den Sonderbestimmungen des mehr strafpädagogisch ausgerichteten Jugendrechtes Gebrauch gemacht. Dieser Einstellungsmodus ist für die Einstellungsinstanzen aufwändiger und für die Jugendlichen und heranwachsenden Frauen belastender als der Routinemodus nach § 170,II StPO.

26 Verfahren wurden eingestellt, 24 eröffnet. Die **26 Einstellungen** erfolgten in:

15 Fällen allein aufgrund der Einlassung der Angeschuldigten sowie fünf unklar formulierter Obduktionsgutachten davon

13mal nach § 170,II StPO und
2 mal nach § 45 JGG bei 15- bzw. 16-jährigen.

8 Fällen aufgrund psychiatrisch/psychologischer und gynäkologischer Gutachten (davon je vier wegen festgestellter, bzw. nicht auszuschließender Schuldunfähigkeit)

3 Verfahren jeweils einmal nach § 47JGG, § 153a StPO und § 204 StPO.

9 Verfahren wurden eingestellt, ohne dass zuvor eine forensisch – psychiatrische Begutachtung der Täterin angefordert wurde.

In den verbleibenden **17 Fällen** erfolgte eine forensisch-psychiatrische Begutachtung der Kindesmütter, davon dreimal durch mehrere medizinische Gutachter. Als Gutachter bestellt wurde in vierzehn Fällen ein Psychiater (jeweils dreimal mit psychologischem Zusatzgutachten), vier Gutachten wurden durch einen Arzt für Rechtsmedizin erstellt sowie drei durch einen Gynäkologen. Wurden mehrere Gutachter zu Rate gezogen, gelangten diese z.T. zu differenten Aussagen bzgl. der Schuldunfähigkeit der Probandin.

Eine Schuldunfähigkeit zum Tatzeitpunkt wurde in vier Fällen durch einen Psychiater bejaht, darunter

einmal wegen Schwachsinn, die anderen Male wegen affektiver Ausnahmesituation, die eigentlich im § 217 StGB bereits impliziert ist. Für vier weitere Frauen vermochten die psychiatrischen Gutachter das Vorliegen einer Schuldunfähigkeit zum Tatzeitpunkt nicht mit der gebotenen Sicherheit ausschließen. Dabei wurde in fünf dieser acht Fälle vom Gutachter ausdrücklich darauf hingewiesen, dass keine Wiederholungsgefahr bestünde und somit die Voraussetzungen für eine Unterbringung nach § 63 StGB entfielen. In einem weiteren (neunten) Gutachten wurde der Täterin Schuldunfähigkeit wegen Schwachsinn zuerkannt. Allerdings wurde dieses Verfahren nicht wegen Schuldunfähigkeit eingestellt, sondern nach § 170, II StPO unter Berufung auf das Obduktionsgutachten, nachdem der Obduzent keine „eindeutigen Hinweise auf den Tötungsvorgang“ gefunden hatte und es für möglich hielt, dass die Kindesmutter das Neugeborene auf Grund einer kurzen Beatmungszeit für tot gehalten habe.

Insgesamt fünf von 26 Verfahren, immerhin fast 20%, wurden wegen unklar formulierter Obduktionsgutachten eingestellt. Weitere acht Verfahren wurden eingestellt, nachdem das Sachverständigengutachten das Vorliegen einer Schuldunfähigkeit nach § 20 StGB zumindestens nicht ausschließen konnte.

Für den juristischen Laien erscheint der Anteil der eingestellten Verfahren hoch, insbesondere, dass rechtsmedizinische, psychiatrische und gynäkologische Gutachter in 50% die Weichen für die Einstellung des Verfahrens stellten. Zieht man aber die vielen Irrationalismen der pathologischen Schwangerschaftsverarbeitung, ferner die für alle Beteiligten fremde und Skepsis nahe legende Materie hinzu, dann erscheint dieses Teilergebnis keineswegs überraschend.

Verfahren mit gerichtlicher Hauptverhandlung

Ein gerichtliches Hauptverfahren wurde in 24 Fällen eröffnet. Wegen zwei Freisprüchen und einer Einstellung mit Auflage wurden 21 Freiheitsstrafen zwischen 10 und 48 Monaten verhängt bei einer gesetzlich vorgesehenen Mindeststrafe von ehemals sechs Monaten. Der überwiegende Anteil der Haftstrafen (N = 17) wurde zur Bewährung ausgesetzt, dabei wurden in einem Fall zusätzlich zur zehnmonatigen Haftstrafe auf Bewährung Auflagen erteilt (achtzig Stunden gemeinnützige Arbeit). Knapp die Hälfte der zu einer Bewährungsstrafe verurteilten Frauen erhielt eine Freiheitsstrafe von 24 Monaten, die übrigen Frauen wurden zu 10, 12, 15, 18 bzw. 21 Monaten auf Bewährung verurteilt.

Lediglich vier der verurteilten Frauen erhielten eine Freiheitsstrafe über 24 Monate ohne Bewährung. Davon wurden zwei Frauen zu einer Strafe von je dreißig Monaten verurteilt, eine zu einer Strafe von 36

Monaten und eine zu einer Haftstrafe von 48 Monaten. Bemerkenswert ist die Tatsache, dass bei dem sonstigen Wohlwollen der Richter in drei Fällen eine mehrmonatige Untersuchungshaft verhängt wurde, wobei zumindest Haftgründe wie Flucht- oder Verdunkelungsgefahr fragwürdig erscheinen.

Urteilsbegründungen

Vgl. Tab. 2 und 3: Bei achtzehn der vierundzwanzig Hauptverfahren wurden die Angeklagten erwartungsgemäß nach der einschlägigen Spezialvorschrift des § 217 StGB verurteilt. Dem stand bei den zwei verheirateten Angeklagten die tatbestandliche Einengung auf die nicht eheliche Mutter entgegen. Bei einer erfolgte die Verurteilung nach § 213 StGB, während bei der anderen Verheirateten sowie bei zwei ledigen Kindsmüttern fahrlässige Tötung nach § 222 StGB angenommen wurde.

Zwei Angeklagte wurden sowohl vom Vorwurf der Kindstötung als auch der fahrlässigen Tötung nach § 222 StGB freigesprochen. Dabei stimmten Anklage und Verurteilung im Wesentlichen überein, eine Inkongruenz von Anklage und Urteil fand sich lediglich in drei der vierundzwanzig Fälle, wenn man den Freispruch von der Anklage auf fahrlässige Tötung nach § 222 StGB dazurechnen will.

Eine unverheiratete Frau wurde des Totschlages nach § 212 StGB angeklagt, jedoch nach § 217 StGB verurteilt, während pikanterweise eine verheiratete Täterin nach § 217 StGB angeklagt, aber gemäß § 222 StGB verurteilt wurde.

Der direkte bzw. bedingte Vorsatz der Täterinnen spielte in den Urteilsbegründungen eine wesentliche Rolle für die Bemessung des Strafmaßes, ebenso für die beiden Freisprüche, da in diesen Fällen Vorsatz nicht nachgewiesen werden konnte. Lediglich in vier

Tab. 2: Verurteilungsquote der verheirateten im Vergleich zu den ledigen Täterinnen

| | verheiratet (N = 5) | ledig (N = 45) |
|-------------------------------|---------------------|----------------|
| Verfahren eingestellt | N = 3 | N = 23 |
| Verurteilt zu Freiheitsstrafe | N = 2 | N = 20 |
| Freispruch | N = 0 | N = 2 |

Tab. 3: Verurteilungsquote in Abhängigkeit von der Tatausführung

| | Aktives Handeln (N = 5) | ITöten durch Unterlassen (N = 45) |
|-------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|
| Verfahren eingestellt | N = 13 (68%) | N = 19 (61%) |
| Verurteilt zu Freiheitsstrafe | N = 6 (32%) | N = 10 (33%) |
| Freispruch | N = 0 | N = 2 (6%) |

Urteilsbegründungen fand der Aspekt des Vorsatzes bei der Tat keine Erwähnung.

Betrachten wir gezielt die fünf verheirateten Täterinnen, so kamen sie keineswegs schlechter, ja angesichts der fehlenden Privilegierung nach § 217 StGB sogar relativ besser davon: Bei dreien wurde das Verfahren eingestellt, zweimal wegen Schuldunfähigkeit, einmal mangels subjektiven Tatbestandes, nachdem Vorsatz oder Fahrlässigkeit nicht nachgewiesen werden konnte.

Gutachten

In 22 von 24 Fällen mit gerichtlicher Hauptverhandlung wurde ein Sachverständigengutachten zur Frage der Schuldfähigkeit nach den §§ 20/21 StGB erstellt, in fast einem Drittel sogar mehr als ein Gutachten angefordert.

In vier Fällen wurde ein psychologisches Zusatzgutachten eingeholt, und zwar lediglich für Intelligenz- und Persönlichkeitstests. Drei forensisch-psychiatrische Gutachten wurden durch einen Arzt für Rechtsmedizin erstattet. Zwei von diesen wiesen im Gutachten ausdrücklich darauf hin, dass der durch die Schwangerschaft und Geburt hervorgerufene Ausnahmezustand zu den subjektiven Tatbestandsmerkmalen des § 217 StGB gehört. Ob darüber hinaus eine Minderung der Steuerungs- und Einsichtsfähigkeit vorliege, sei eine strafrechtsdogmatisch umstrittene Frage.

Einundzwanzig Gutachten wurden durch eine(n) (Jugend) Psychiater(in) erstellt. In zwölf dieser Gutachten wurde positiv eine Minderung der Steuerungsfähigkeit und in vier Fällen eine mögliche Minderung der Steuerungsfähigkeit attestiert.

Als psychosomatische Eingangspforte für eine verminderte Steuerungs- und Einsichtsfähigkeit im sog. psychologischen Stockwerk wurde in der überwiegenden Anzahl der Fälle eine abnorme Erlebnisreaktion mit akuter Überforderung bzw. ein affektiver Ausnahmezustand mit tiefgreifender Bewußtseinsstörung im Zusammenhang mit der ungewollten Schwangerschaft und der überstürzten Geburt diagnostiziert.

In einem Fall wertete ein Gynäkologe den bei der Entbindung eingetretenen Blutverlust als Grundlage für eine erhebliche Einengung des Steuerungsvermögens.

Eine Ärztin für Psychiatrie wollte den psychischen Ausnahmezustand im subjektiven Tatbestand des § 217 StGB nicht doppelt berücksichtigen, billigte jedoch der Angeklagten darüber hinaus eine Verminderung der Steuerungsfähigkeit auf dem Boden einer neurotischen Persönlichkeit zu.

Auffällig ist der hohe Anteil an Gutachten, in denen eine Minderung der Einsichts- und Steuerungsfähigkeit über die Bestimmungen des §217StGB hin-

aus diagnostiziert wurde, wobei sich offensichtlich nur ein geringer Teil der Gutachter einer eventuellen Doppelwertung der psychischen Ausnahmesituation durch die Schwangerschaft bewußt war. Lediglich in sieben der Fälle bescheinigten Gutachter keine Minderung der Schuldfähigkeit.

Auch bei den ärztlich-psychiatrischen Gutachten läßt sich ein auffälliges Wohlwollen erkennen mit mehr oder minder deutlicher Tendenz, die Angeklagte zu entlasten.

Schuldinderung und Schuldunfähigkeit

Das geringste Risiko für die Angeklagte besteht, wenn der Gutachter die Voraussetzungen für die Anwendung des § 21 StGB nicht ausschließen kann (Dekulpierung). Dies eröffnet die Möglichkeit einer Straf-minderung, kann aber nicht für eine Maßregel nach § 63 StGB herangezogen werden. Dagegen sollte eine völlige Exkulpierung (durch Anwendung von § 20 StGB) ein Ausnahmefall bleiben, da die Konsequenz daraus entweder Straffreiheit ist oder aber eine Maßregelung nach § 63 StGB erörtert werden muss.

Eine verminderte Einsichts- und Steuerungsfähigkeit wurde 14 Frauen positiv zugebilligt, in weiteren drei Fällen wurde sie nicht ausgeschlossen. Neun Gutachter begründeten die Dekulpierung mit Umständen, die bereits Tatbestandsmerkmal der Kindstötung waren. Dabei wurde im Einzelnen schuld-mindernd berücksichtigt:

Bewußtseinseinengung durch die Geburt in Verbindung mit hohem Blutverlust und Überforderung durch die allgemeine Situation; affektiver Ausnahmezustand durch die Schwangerschaft und Angst vor Liebesentzug durch die eigene Mutter; Beeinträchtigung der Bewußtseinslage durch zunehmende innere Isolierung in den letzten Monaten vor der Geburt mit erheblicher Belastung durch die während der Nacht anhaltenden Wehen; eine häufig bei Frauen zu beobachtende Passivität während der Austreibungsphase; erhebliche depressive Krise durch die Schwangerschaft mit nachfolgender tiefgreifender Bewußtseinsstörung.

Bei einigen Gutachtern wird eine Tendenz zu vagen Verallgemeinerungen überdeutlich, um der Angeklagten in bester Absicht eine Schuldinderung zugehen zu können.

Einmal wurde die verminderte Steuerungsfähigkeit durch eine intrapsychische Alteration erklärt infolge einer „massiven Belastung durch die Geburt“ sowie einer Bewußtseinsstörung durch den erlittenen Blutverlust. Dass mit diesen Begründungen Tatbestandsmerkmale des §217 StGB für eine weitere Straf-minderung herangezogen wurden, fiel weder der Staatsanwaltschaft noch dem Gericht auf. Speziell im

letztgenannten Fall wurde gegen den § 50 StGB verstoßen, der eine Doppelverwertung von Strafmilderungsgründen bei einem Delikt untersagt.

In den verbleibenden acht Gutachten wurden folgende psychiatrische Diagnosen als Ursache für eine Minderung des Einsichts- bzw. Steuerungsvermögens genannt (Doppelnennungen möglich):

Abnorme psychische Entwicklung von Krankheitswert mit Affektdurchbruch unter der aktuellen Belastungssituation (N=3), schwere abnorme Erlebnisreaktion durch die Persönlichkeitsstruktur einerseits und die emotionale Belastungssituation andererseits (N = 2), affektive Bewußtseinseinengung mit erheblich verminderter Steuerungsfähigkeit (N = 3), Reiferückstand im emotionalen Bereich (N = 1), umschriebener Ausnahmezustand mit Bewußtseinseinengung (N = 2), tiefgreifende Bewußtseinsstörung (N = 4).

Immerhin acht der fünfzig Verfahren wurden eingestellt, nachdem im Rahmen eines forensisch-psychiatrischen Gutachtens eine Schuldunfähigkeit der Kindesmutter im Sinne der §§ 20/21 StGB zum Tatzeitpunkt zumindest nicht ausgeschlossen werden konnte.

In einem Sonderfall wurde der Kindesmutter wie auch deren Ehemann Schwachsinn attestiert bei einem IQ von 82 (!), bei der Beschuldigten lag darüber hinaus ein Residualzustand nach einer schizophrenen Psychose vor.

Schwachsinn wurde ebenfalls bei einer weiteren Frau diagnostiziert, das Verfahren wurde allerdings nicht nach § 20 StGB eingestellt, sondern weil der Beschuldigten weder Vorsatz noch Fahrlässigkeit nachweisbar waren.

Im Einzelnen wurde die Schuldunfähigkeit, abgesehen vom Schwachsinn, aus folgenden psychiatrischen Diagnosen abgeleitet:

Affektiver Ausnahmezustand; depressive Entwicklung mit latenter Suicidalität bei schwerer narzißtischer Störung mit Verzerren des Realitätsbezuges; erhebliche Ausnahmesituation bzw. tiefgreifende Bewußtseinsstörung mit aufgehobener Steuerungsfähigkeit infolge psychischer Depersonalisation und Derealisation in Verbindung mit einem hohen Blutverlust durch die Geburt bzw. cerebraler Minderdurchblutung (N = 2); tiefgreifende Persönlichkeitsstörung (N = 3).

Anzumerken ist, dass o.g. psychische Ausnahmezustände i.A. als Besonnenheitsstörungen gewertet werden, die nicht die Eingangspforte des § 20 StGB erfüllen. Die Gutachter führten jeweils selbst aus, dass diese neurotische Störung für sich genommen keine Schuldunfähigkeit bedinge, sondern lediglich verminderte Steuerungsfähigkeit im Sinne des § 21 StGB zur Folge habe. Dass dennoch eine Schuldunfähigkeit vorliege, wurde wie folgt begründet:

1. Durch die Geburt habe sich vor dem Hintergrund einer tiefgreifenden neurotischen Störung von Krankheitswert eine subjektive Notlage entwickelt, die als „schwere andere seelische Abartigkeit“ anzusehen sei.

2. Die tiefgreifende Persönlichkeitsstörung habe bei dem äußerlich psychopathologisch unauffälligen Mädchen zu einem tiefgreifenden Abspaltungsmechanismus mit Verlust von Selbst – und Weltbezug geführt im Sinne einer schweren emotionsbedingten Bewußtseinsstörung.

3. Bei neurotischer Persönlichkeitsfehlentwicklung mit depressiven und hysterischen Anteilen, entsprechend einer anderen seelischen Abartigkeit, sei es infolge krisenhafter Zuspitzung im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt möglicherweise zu einer psychotischen Dekompensation gekommen. Ein hinzugezogener zweiter psychiatrischer Gutachter bestätigte die Diagnose seines Kollegen (depressiv – hysterische Neurose mit Ausprägungsgrad und Qualität einer echten Psychose). Interessant ist in diesem Fall die Wertung der Kindestötung durch einen der beiden Gutachter als Beziehungstat bzw. alternativ auf dem Boden einer Schwangerschaftspsychose. Hier muß kritisch festgestellt werden, dass es eine Schwangerschaftspsychose gar nicht gibt, sondern eine Wochenbettpsychose, die sich nicht schon bei der Geburt auswirkt.

4. Nachdem bereits eine normale Geburt eine außergewöhnliche körperliche und psychische Belastungssituation darstelle, liege durch die Geburt eines ungewollten Kindes bereits per se ein psychophysischer Ausnahmezustand vor. Freisetzung primitiver Tötungsimpulse bei gleichzeitig damit verzahnter panikartiger Notfallreaktion führten zu einem affektiven Ausnahmezustand, der als tiefgreifende Bewußtseinsstörung zu werten sei, die eine so erhebliche Einschränkung des Einsichts – und Steuerungsvermögens beinhalte, dass Schuldunfähigkeit vorliege.

Es bleibt festzuhalten, dass in acht Fällen die Exkulpierung zur Einstellung des Verfahrens führte, aber insgesamt elfmal (22%) durch das forensisch-psychiatrische Gutachten eine Schuldunfähigkeit zumindest nicht ausgeschlossen werden konnte. In drei Fällen wurde das Verfahren allerdings aus anderen Gründen eingestellt.

Wichtig ist, dass die Prognosen in all diesen Fällen stets als hervorragend bezeichnet wurden, so dass kein Fall von Sicherungsverwahrung nach § 66 StGB auch nur in Betracht gezogen wurde. Eine Wiederholungsgefahr wurde von den Gutachtern ausgeschlossen.

Diskussion

Psychologische Merkmale der Kindesmütter

Im Wesentlichen sind die in dieser Studie erhobenen Daten über die Lebensumstände der Delinquentinnen kohärent mit der Kieler Verbundstudie. Auch hier stellen die schulisch und beruflich unterqualifizierten Frauen die größte Gruppe dar; die Täterinnen kommen aus allen Bevölkerungsschichten, unabhängig von Intelligenz- und Bildungsgrad. Kindestötung ist ein Delikt, das keinesfalls, wie auch in neuerer Literatur immer noch behauptet wird (Püschel et al. 1988, Hinrichs 2000), hauptsächlich von geistig unreifen, unterbegabten Frauen begangen wird.

Dennoch konnten bei den begutachteten Frauen bestimmte Persönlichkeitsmerkmale nachgewiesen werden, die zwar keine typische „Täterpersönlichkeit“ umschreiben, aber dennoch ein gewisses gemeinsames Persönlichkeitsprofil der Täterinnen erkennen lassen. Es sind Frauen mit einer schwachen, unreifen Persönlichkeit, mit unterentwickeltem bis fehlendem Selbstwertgefühl, die bis zur Schwangerschaft in einem sie dominierenden Umfeld aus einem übersteigertem Harmoniebedürfnis heraus im Sinne der vermeintlichen sozialen Erwünschtheit „funktionieren“, und die dann in der Konfliktsituation der ungewollten Schwangerschaft zu den bewährten Konfliktvermeidungs- und Bewältigungsstrategien greifen mit der Folge einer pathologischen Schwangerschaftsverarbeitung und an deren Ende der Kindestötung. Letztlich entwickelt sich das Tatgeschehen aus einem übersteigerten Konfliktvermeidungsverhalten, um auch weiterhin mit Elternhaus oder Partner keine Differenzen aufkommen zu lassen und diese nicht mit den eigenen Problemen zu belasten. Nach Geburt des Kindes wird dieser Verdrängungsmechanismus fortgeführt, was entweder zur Tötung durch Unterlassen führt oder aber zu aktiven Tötungsmaßnahmen mit Beseitigung des *Corpus delicti*.

Die Tatsache, dass in immerhin 46% der Kindesväter ein fester Partner der Kindesmutter war, passt ebenfalls nicht zu dem immer wieder tradierten Bild der vom Kindesvater verlassenen Frau, die ihr Neugeborenes akzeptiert hätte, wenn nur der Erzeuger zu ihr gehalten hätte (Trube-Becker 1975). Der im § 217 StGB implizierte Ehrennotstand der unverheirateten Kindesmutter hat nach den vorliegenden Daten bestenfalls eine subjektive Berechtigung, die aber keineswegs allen Täterinnen zugestanden werden kann.

Zur Theorie der nicht wahrgenommenen Schwangerschaft

Völlig konterkariert werden die bisherigen Vorstellungen über sexuell und lebensunerfahrene Täterinnen durch die Tatsache, dass immerhin 20% der Mütter (N = 10) Plurigravidae waren. Gerade in diesem scheinbaren Widerspruch wird die eigentliche Problematik dieses frauenspezifischen Deliktes offenbar: Nicht eine vermeintliche Lebensunerfahrenheit oder gar ein anachronistischer Ehrennotstand begründen die Notwendigkeit einer Sonderstellung der Kindestötung innerhalb der Tötungsdelikte, sondern die psychosomatisch abnorme Verarbeitung der Schwangerschaft. In der vorliegenden Untersuchung hatte etwa die Hälfte der Frauen ihre Schwangerschaft selbst nicht wahrgenommen.

Wir sprechen in diesem Zusammenhang bewußt von „nicht wahrgenommener“ Schwangerschaft, da der in diesem Zusammenhang bisher gebräuchliche Begriff der „verdrängten Schwangerschaft“ einen definierten psychopathologischen Vorgang impliziert. Gerade dieser wird von einigen Autoren in Frage gestellt (Beier 1994, Wessel 1998).

Kriminalpsychologisch steckt die nicht wahrgenommene Schwangerschaft voller Rätsel, Irrationalismen und Unglaublichkeiten, die jedoch durch völlig Unbeteiligte, zu Tat und Täterin distanzierte Zeugen, glaubhaft bestätigt werden. So zeigen diese Frauen nicht nur ein subjektiv völlig unbefangenes Auftreten in für sie möglicherweise verfänglichen Situationen, sondern sie weisen z.T. auch keine der üblichen Schwangerschaftszeichen auf. Es fehlt sowohl die Wölbung des Leibes als auch ein Chloasma, Linea fusca oder eine Hyperemesis gravidarum. Auch die Monatsblutung persistiert in vielen Fällen, wenn auch abgeschwächt.

Eine Schülerin badete völlig unbefangen in der 30. Schwangerschaftswoche unbekleidet mit Mitschülerinnen im Meer, ohne dass jemand auch nur den Verdacht einer Schwangerschaft äußerte. Bis zwei Tage vor der Geburt nahm sie regelmäßig am Schulsport teil.

Eine Frau wurde gar im sechsten Schwangerschaftsmonat durch einen Amtsarzt im Beisein einer weiblichen Hilfskraft in unbekleidetem Zustand körperlich untersucht. Der im Rahmen der Ermittlungen als Zeuge befragte Kollege konnte sich auch retrospektiv in Kenntnis der Sachlage nicht an schwangerschaftstypische körperliche Veränderungen seiner Patientin erinnern.

Das völlige Ausbleiben schwangerschaftsbedingter körperlicher Veränderungen wird nicht zuletzt deshalb bezweifelt, da für dieses Phänomen bisher hinrei-

chende Erklärungen fehlen, beispielsweise Veränderungen im Hormonhaushalt. Das Fehlen jeglicher somatischer Erklärungsmodelle ist mitbedingt dadurch, dass die beschriebenen Fälle naturgemäß erst retrospektiv analysiert werden können und somit entsprechende Untersuchungen unterbleiben müssen. Charakteristisch ist ferner, dass wenn subjektive Schwangerschaftszeichen bemerkt werden, diese umgedeutet werden im Sinne von Rationalisierungen. Eine Gewichtszunahme wird etwa mit gesteigerten Appetit und vermehrtem Essen oder mit fehlgeschlagenen Diätversuchen oder vertrauten Gewichtsschwankungen erklärt. Ein gespannter Bauch oder Unterleibschmerzen (Kindsbewegungen!) werden etwa als übliche Darm- und Stuhlgangbeschwerden oder bekannte Gallen- bzw. Blinddarmaffektionen erlebt, Übelkeit und Erbrechen mit gewohnten Magen-Darm-Reizungen. Das Eintreten einer Amenorrhoe wird gedeutet als beginnende Wechseljahre oder als vertraute Zyklusunregelmäßigkeiten.

Wessel hat 1998 in einer ersten großen regional repräsentativen und klinisch prospektiven Studie Daten zur Epidemiologie der nicht wahrgenommenen Schwangerschaft erheben können. Danach bemerkt eine von rund fünfhundert Frauen (1:475) ihre Schwangerschaft bis zum Geburtsbeginn (Eintritt der ersten Wehen) nicht.

Die nicht wahrgenommene Schwangerschaft tritt somit öfter auf als Zwillingsgeburten (Hellin-Regel) und ist häufiger als die Placenta praevia oder Uterusrupturen, also zahlenmäßig an dritter Stelle der schwangerschaftsbedingten Komplikationen in einer geburtshilflichen Klinik. Schwangerschaften, die tatsächlich erst intrapartal, bis zum Eintritt der Wehen, diagnostiziert werden ereignen sich in einer Häufigkeitsrelation von 1: 2455. Diese Zahlen zeigen, dass die nicht wahrgenommene Schwangerschaft weit häufiger klinisch diagnostiziert wird und zur Geburt eines gesunden lebensfähigen Kindes führt als dass sie mit einer Kindestötung endet.

Hochgerechnet bedeutet dies: Wenn von 1000 Schwangerschaften zwei negiert werden (Wessel 1998), sind bei insgesamt bei knapp 800.000 Geburten jährlich in Deutschland etwa 1.600 klinische Fälle mit einer Diagnose erst nach der 20. Schwangerschaftswoche zu erwarten bzw. nicht ganz 300 Entbindungen lebensfähiger Kinder, ohne dass die Schwangere zuvor auch nur im geringsten an das Vorhandensein einer Schwangerschaft dachte (Wessel 1998). Dem stehen laut Kriminalstatistik jährlich etwa 30 bis 50 Kindestötungen nach nicht wahrgenommener Schwangerschaft gegenüber (mit einer mutmaßlich etwa gleichen Dunkelziffer), so dass die juristisch verfolgte Tötung unter der Geburt in weniger als 10% aller nicht

wahrgenommenen Schwangerschaften vorkommt. Im Vergleich zu den nicht wahrgenommenen Schwangerschaften zeigt sich bei einer etwa gleich großen Anzahl vom Prinzip her der gleiche Symptomenkomplex, allerdings soweit abgeschwächt, dass die Schwangere ihre Gravidität vor sich selbst erkennt, sie aber vor der Umgebung verbergen kann. Diese Fälle werden den verheimlichten Schwangerschaften zugeordnet. Wird die Schwangere direkt oder mit spitzen Bemerkungen auf ihre körperlichen Veränderungen angesprochen, so gelingt es ihr, durch gekonntes Leugnen ihren Zustand zu verbergen. Obwohl sie weiß, dass mit der Geburt der Tag der Offenbarung näher kommt, gibt sie sich einem katathymen Wunschdenken hin, einem schon von Gerchow (1954) beschriebenen psychischen Schwebezustand, aus dem heraus das Gespinst ihrer Ausreden immer durchlässiger wird, aber ausreicht, keine Vorbereitungen für die drohende Niederkunft zu treffen. Erst nach der überraschenden Geburt mehren sich dann die Angaben aus der Umgebung, die zumindest einen starken Verdacht oder gar Gewißheit bzgl. einer möglichen Schwangerschaft gehabt haben wollen, sich aber erstaunlicherweise mit den Ausflüchten der werdenden Mutter zufrieden gaben.

In seiner Habilitationsschrift beschrieb Gerchow als erster das Phänomen der „verdrängten Schwangerschaft“. Er verstand hierunter „ein Hinausschieben unliebsamer und ambivalenter Tatbestände aus dem Blickfeld des Bewußtseins“ (Gerchow 1954, 1957). Bereits Gerchow ging davon aus, dass der Übergang zur Verheimlichung der Schwangerschaft in einer Vielzahl von Mischungen vorkommen könne und beides letztlich dasselbe bedeute, nämlich eine Flucht aus der Wirklichkeit.

Diese Einschätzung konnte im Rahmen unserer Untersuchung erneut bestätigt werden. Es fanden sich fließende Übergänge zwischen einer vorsätzlich verheimlichten und einer nicht wahrgenommenen Schwangerschaft. Wiederholt endete eine anfängliche Verheimlichung der Schwangerschaft gegen deren Ende mit einer Verdrängung, so dass die Schwangere ihren Zustand im weiteren Verlauf ebenfalls nicht mehr wahrnahm. Ein Vergleich zwischen den Müttern mit nicht wahrgenommener und verheimlichter Schwangerschaft zeigte keine wesentlichen Unterschiede bzgl. ihrer Lebensumstände. Wesentlich ist lediglich die subjektive Verarbeitung eines bestehenden Konfliktes. Ob eine Verheimlichung oder eine Verdrängung als Abwehrmechanismus eingesetzt wurde, ist letztlich nicht entscheidend, denn in beiden Fällen ist das Ergebnis dasselbe: Es wird ein ambivalenter Schwebezustand erreicht, der über die Entbindung hinaus anhalten kann, und nach der überraschenden Geburt ein umsichtiges Handeln verhindert.

Im angloamerikanischen Sprachraum wird daher nicht zwischen Verheimlichung und Verdrängung unterschieden, sondern übergreifend von „denial of pregnancy“ – einer „negierten Schwangerschaft“ – gesprochen, wobei dieser übersetzte Terminus nicht als Oberbegriff nicht zwischen Verheimlichung und Verdrängung unterscheiden kann.

Die ambivalente Haltung zur Reproduktion kommt auch in der Haltung einiger befragter Frauen zu einem Schwangerschaftsabbruch zum Ausdruck. Ein nicht geringer Anteil lehnte eine Interruptio aus Überzeugung ab.

Wie kann es in unserer Zeit dazu kommen, dass eine sexuell aufgeklärte, durchschnittlich intelligente junge Frau ihre Schwangerschaft nicht wahrnimmt? Am psychosomatischen Gegenstück der nicht wahrgenommenen Schwangerschaft, der Scheinschwangerschaft oder „grossesse nerveuse“, wird am ehesten deutlich, wie stark der Einfluß der Psyche auf körperliche Merkmale immer ist. Früher sind immer wieder erfahrene Hebammen und Geburtshelfer dem Phänomen einer „grossesse nerveuse“ aufgesessen und haben ihren Irrtum erst nach mehrfacher körperlicher Untersuchung im Kreißaal bemerkt. In Analogie hierzu unterbleiben bei der nicht wahrgenommenen Schwangerschaft die körperlichen Merkmale einer Schwangerschaft oder sie werden umgedeutet und vom Bewusstsein nicht adäquat verarbeitet.

Als ein Beispiel hierfür mag eine von Aszodi aus Ungarn berichtete Kasuistik dienen (Wille und Beier 1994). Eine wegen Kindestötung angeklagte Frau war nach mehreren unauffälligen Gerichtsterminen zum Abschluß der Beweisaufnahme nicht erschienen, weil sie wiederum überraschend ein Kind gebar. Drei gynäkologische Gutachter und das Gericht hatten nichts von der fortgeschrittenen Schwangerschaft bemerkt. Über die intrapsychischen Vorgänge, die zu einer derartigen Abwehrhaltung gegen die Mutterschaft führen, hat Beier (1994) ein interessantes Konzept vorgelegt. Er sieht diese Form gestörter weiblicher Reproduktion in Analogie zu gestörtem männlichen Sexualverhalten im Bereich der Perversionen. Nach derzeitigem Verständnis kommt es beim Konfliktverarbeitungsprozess der Perversion zur Forcierung sexueller Impulse mit dem Ziel der Stabilisierung einer brüchigen männlichen Identität. Aufgrund der somatischen Unterschiede würde die Stabilisierung einer brüchigen weiblichen Identität in erster Linie in den Bereich der Reproduktion verlagert werden. In sprachlicher Analogie zur Perversion bezeichnet Beier diesen Vorgang als „Reproversion“.

Diese Theorie läßt uns die „negierte Schwangerschaft“ besser verstehen. Im Zuge der weiblichen Sexualentwicklung muß die auf Reproduktion ange-

legte weibliche Organausstattung auch psychisch integriert werden. Diese intrapsychische Verarbeitung kann aus unterschiedlichen Gründen fehlerhaft und sich in einer entsprechenden psychischen Problematik äußern, beispielsweise in einer defizitären Identitätsbildung im reproduktiven Bereich, was sowohl in einer grossesse nerveuse als aber auch in einer nicht wahrgenommenen Schwangerschaft symptomatisch werden kann.

Die negierte Schwangerschaft – ob verheimlicht oder nicht wahrgenommen – setzt intraindividuelle, intrapsychische Vorgänge voraus. Die entscheidende psychische Fehlverarbeitung ist lange vor dem forensisch relevanten Tatbestand zu suchen und läßt sowohl die Frage nach Motivation als auch nach dem Vorsatz eher zweitrangig erscheinen.

Wie gezeigt, endet lediglich der geringste Anteil der „nicht wahrgenommenen“ Schwangerschaften mit einer Kindestötung. Im Einzelfall mögen hier ungünstige situative Konstellationen, in anderen Fällen der fortgesetzte passive Schwebezustand ausschlaggebend für die Kindestötung sein, zumal diese im überwiegenden Teil durch Unterlassen erfolgte.

Zur Prophylaxe der Kindestötung

Während der letzten drei Jahre sind von verschiedenen, meist konfessionell gebundenen Organisationen sog. Babyklappen gegründet worden, bei denen Mütter ihre neugeborenen Babys unter Wahrung ihrer Anonymität ohne Angst vor Strafverfolgung nach § 221 StGB (Aussetzung) abgeben können.

Die Adoptionsforscherin Ch. Swientek (2001) versuchte erstmals, eine bundesweite Bilanz über den Erfolg der Babyklappen zu ziehen. Als Fazit dieser Untersuchung wird festgestellt, dass die Zahl der juristisch erfassten Kindestötungen seit Einführung der Babyklappen mit ca. dreißig Fällen jährlich weiterhin auf gleichbleibend niedrigem Niveau stagniert. Ob wohl somit keine Abnahme der Kindestötungen nachweisbar war, wurden dennoch bundesweit etwa neunzig Kinder an Klappen abgegeben bzw. in einer Klinik anonym geboren. Das Resultat der genannten Untersuchung ist, dass die Babyklappen ihr erklärtes Ziel, eine Verringerung von Kindestötungen in Deutschland, nicht erreicht haben, stattdessen jedoch ein neuer Bedarf geschaffen wurde für Frauen, die sich aus unterschiedlichen Gründen dagegen entscheiden, ihr Kind aufzuziehen und den bequemeren und schnelleren Weg der Babyklappe einem formellen Adoptionsverfahren vorziehen (Rautenstrauch 2002).

Nach den Ausführungen dieser Arbeit zur verdrängten/verheimlichten Schwangerschaft kann dieses Ergebnis nicht überraschen. Das Hilfsangebot dieser Einrichtungen kann einen Großteil der Zielgruppe

nicht erreichen, da die psychosomatische Fehlverarbeitung der Schwangerschaft ein aktives Auseinandersetzen mit Unterstützungsmöglichkeiten in diesen Fällen verhindert. Da die Schwangerschaft nicht adäquat realisiert wird, werden auch keine Geburtsvorbereitungen getroffen, wozu auch die Information über eine mögliche Fremdbetreuung des Neugeborenen postpartal gehören würde. Da die Entbindung überraschend einsetzt und zumindest zu Geburtsbeginn häufig verkannt wird, sind die jungen Mütter post partum unfähig, zielgerichtet Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Diese Einschätzung wird geteilt von der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe. In einem offenen Brief (2001) an die Bundesjustizministerin betonen die Unterzeichnerinnen Neises und Rohde, dass Kindestötungen von Frauen begangen werden, „bei denen eine so erhebliche Persönlichkeitsproblematik besteht, dass sie nicht in der Lage sind, adäquate Hilfsangebote wie eine Schwangerschaftskonfliktberatung oder die Freigabe des Kindes zur Adoption in Anspruch zu nehmen.“ (Rautenstrauch 2002)

Juristische Bewertung

In Relation zu dem gesetzlich vorgegebenen Strafrahmen (Regelstrafe nicht unter 3 Jahren) läßt sich für die Zeit zwischen 1980 und 1990 in den alten Bundesländern eine milde Verurteilungstendenz aufweisen, die sich selbst auf verheiratete Angeklagte erstreckte, die per definitionem von der Privilegierung durch § 217 StGB ausgeschlossen waren: von den fünf verheirateten Täterinnen wurden lediglich zwei zu einer Bewährungsstrafe verurteilt (je einmal wegen minder schwerem Totschlag nach § 213 StGB und einmal wegen fahrlässiger Tötung nach § 222 StGB). Von fünfzig Frauen wurden lediglich vier zu einer Haftstrafe ohne Bewährung verurteilt.

Die zunehmende Tendenz zu einer milden Bestrafung der Kindestötung läßt sich aus der rechthistorischen Entwicklung dieses Deliktes ableiten. In den germanischen Regionalrechten hatte der Vater ein Recht auf Aussetzung bzw. Tötung eines neugeborenen Kindes, das allerdings auf Notfälle und Mißbildungen eingeengt war. Dieses der patria potestas vergleichbare Vorrecht des Vaters wurde der Mutter vorenthalten: „Jede Tötung durch Mutterhand war daher eine Missethat, als sei sie durch einen Dritten geschehen.“ (Wächtershäuser 1974)

Die Tötung außer der Ehe gezeugter Kinder wurde bereits in den Skandinavischen Volksrechten besonders erwähnt. Das Tatmotiv, der Schande und der Strafe zu entgehen, wurde jedoch nicht entlastend gewertet, sondern führte zu härterer Strafe.

Sowohl nach der Bambergensis als auch nach der Carolina (CCC 1532) war die Kindestötung ein qualifizierter Mord, der mit der Todesstrafe geahndet wurde. Erst unter dem Einfluß der Aufklärung in der zweiten Hälfte des 18. Jh. änderte sich die Einstellung: das sog. Ehrenrettungsmotiv wurde durch eine mildere Bestrafung berücksichtigt, ebenso die soziale und psychisch-physische Notsituation der Kindesmutter. Erstmals entwickelte die Strafrechtslehre einen speziellen Tatbestand, wobei die in der Carolina lediglich enthaltenden Tatbestandsfragmente unterstützend herangezogen wurden. Obwohl nach herrschender Lehre die Todesstrafe zwingend vorgeschrieben war, minderten die psychische und physische Notsituation der Täterin als auch die Mitverantwortung der Gesellschaft den Schuldvorwurf.

In diesem Dilemma bot sich mit der Erhöhung der Beweisanforderungen juristisch ein offenbar probate Mittel an, was sowohl für die Glaubwürdigkeit des Geständnisses galt als auch für die Lebensfähigkeit des Neugeborenen und die Ermittlung des „Corpus delicti“.

Im Handbuch zur Rechtsgeschichte (Mitherausgeber Adolf Erler) gibt es dazu einen entscheidenden Hinweis: „Da die Todesstrafe nach allgemeiner Auffassung zwingend vorgeschrieben war, wurden in beweisrechtlicher Hinsicht die Anforderungen – man möchte fast sagen künstlich – so hoch geschraubt (...), dass die erdrückende Mehrheit der Kindsmordprozesse mit einer willkürlichen, d.h. mildereren Versuchs- oder Verdachtstrafe endeten. (...) Todesurteile wegen Kindestötung sind Ende des 18. Jh. eine Seltenheit.“

Die fast künstliche Heraufschraubung der Anforderungen in beweisrechtlicher Hinsicht durch die Strafrichter der Aufklärung mit dem Ziel milderer Strafen für die Angeklagten ist der Schlüssel zum Verständnis für die milden Urteile der Neuzeit.

Die widersprüchlichen Argumente bei der Frage der Doppelverwertung mildernder Umstände etwa lösen sich unter diesem neuen Gesichtspunkt auf. Jetzt erscheinen die wohlwollenden Stellungnahmen der Rechtsmediziner und auch die zunächst unverständlich häufige und großzügige Zubilligung der Dekulpierung (§ 21 StGB) und sogar der Exkulpierung (§ 20 StGB) in einem anderen Licht. Die strafmildernde Absicht, versteckt unter dem Deckmäntelchen einer erhöhten Beweisanforderung (schließlich gilt auch ein Sachverständigengutachten als Beweismittel) erklärt sowohl, dass die Mediziner den gutachterlichen Spielraum mitunter krass überstrapazierten, als auch dass die juristischen Prozessbeteiligten sich fast mit zustimmender Erleichterung den Argumenten der Gutachter anschlossen. Als Beispiele seien folgende Zitate angeführt: „Ich weiß, dass diese Beurteilung

ungewöhnlich ist, aber nach reiflicher und ernstlicher Abwägung komme ich zur Schuldunfähigkeit.“ Oder „Eine Haftstrafe kommt für die Angeklagte aus psychiatrischer Sicht nicht in Frage!“

Wenn schon derartige Äußerungen im Prozess akzeptiert und nicht vehement zurückgewiesen werden, so gilt das um so mehr für viele psychodynamische Interpretationen. Geschliffen formuliert und eloquent vorgetragen, ist für den medizinischen Laien bei Begriffen wie De-Realisation und Depersonalisation, veränderte Identität der Frau während der Schwangerschaft, peripartal akzentuierter wahnhaft anmutender Zusammenbruch der Angstabwehr, Schwangerschaftspsychose – trotz blander Vor- und Nachgeschichte – die exkulperierende Tendenz des Gutachtens nicht ohne weiteres ersichtlich.

Die Folge derartiger Gutachten ist eine Doppelverwertung mildernder Umstände. So ist der erschreckend hohe Anteil an Fällen zu erklären, in denen die Minderung der Steuerungsfähigkeit exakt auf Tatbestandsmerkmale zurückgeführt wurde, die bereits als Privilegierungsgründe im § 217 StGB impliziert waren. Beispielhaft seien folgende Zitate genannt: „Aufbau einer zunehmenden Isolierung während der verdrängten Schwangerschaft, psychophysische Belastungen unter der Geburt, speziell in der Situation der Alleingebärenden.“

Trotz Zubilligung von Schuldunfähigkeit im Sinne von § 20 StGB wurde von allen Gutachtern durchgehend „eine gute Prognose“ bescheinigt bzw. trotz der angeblich so gravierenden psychischen Auffälligkeiten eine Wiederholungsgefahr ausgeschlossen. Auch diesen Argumenten der Gutachter hat sich das Gericht bis auf eine Ausnahme kritiklos angeschlossen. In diesem Fall bezeichnete der Staatsanwalt das vorliegende Gutachten als „unbefriedigend, unzulänglich und schwer nachvollziehbar“, allerdings ohne die Konsequenz, ein Zweitgutachten anzufordern. Trotz der berechtigten Zweifel der Staatsanwaltschaft wurde der Fall eingestellt, nachdem eine Schuldunfähigkeit der Täterin in dem fraglichen Gutachten nicht ausgeschlossen werden konnte.

Eine Wiederholungsgefahr ist zumindest dann nicht auszuschließen, wenn die zur psychosomatischen Verleugnung der Schwangerschaft führenden intrapsychischen Konflikte nicht aufgearbeitet werden können, und die Frau eine erneute Schwangerschaft wiederum psychisch nicht akzeptieren kann, wie auch der kürzlich veröffentlichte Fall einer Mutter zeigt, die ihre zwei neugeborenen Kinder in zwei aufeinander folgenden Jahren tötete.

Der medizinische Gutachter in einem Strafprozess kann lediglich als Beweismittel dienen, keinesfalls

darf er die Rolle eines „Richters in Weiß annehmen (Beier et. al. 2001). Unverkennbar haben die Juristen, deren Aufgabe an sich in der Wertung des Beweismittels Gutachten nach eingefahrenen Prozessregeln besteht, sich seit Jahren schon als „rechts-blinzeln“ erwiesen, sicherlich aus innerer Überzeugung vom „richtigen Recht“ und aus mitmenschlicher Motivation.

Den Anschein einer dekulperierenden Absicht erwecken auch vage formulierte Obduktionsgutachten, dass dem Neugeborenen durch die Mutter beigebrachte Verletzungen bis hin zu Strangulationsmarken auf Selbsthilfe der Mutter unter der Geburt zurückgeführt wurden oder sogar auf den Geburtsvorgang selbst, so dass den Juristen sich nur der Ausweg eröffnete, das Verfahren einzustellen. Dieses unabgesprochene Zusammenspiel (Kollusion) nimmt die unvermeidliche Kollision mit der StPO in Kauf.

Sowohl in zahlreichen medizinisch-psychologischen Gutachten als auch in den Urteilsbegründungen zeigt sich die Skepsis von Gutachtern und Juristen gegenüber der Vorgeschichte der Schwangerschaften mit überraschender Geburt. Trotz dieses Misstrauens gegenüber den Einlassungen der Angeschuldigten kommt es zu einer de- bzw. exkulperierenden Begutachtung und einer milden Verurteilung. Dabei wird auch eine Unerfahrenheit im Umgang mit dem Delikt der Kindestötung deutlich, was angesichts der Seltenheit nicht verwunderlich ist. Jährlich werden etwa 50 Fälle von Kindestötungen bekannt, von diesen ca. 30 Tatverdächtige ermittelt und hiervon wiederum nur etwa 7 Frauen verurteilt. In den verbleibenden Fällen wird das Verfahren eingestellt (Wille u. Beier 1994). Im Subfundus wird die eskalierende Dynamik der am Strafprozess beteiligten Juristen und Mediziner unübersichtbar.

Das Phänomen einer bis zur Geburt nicht wahrgenommenen Schwangerschaft bleibt psychosomatisch weiterhin rätselhaft. Das Konzept der reproversonen Symptombildung ist eine mögliche Erklärung, die das insbesondere für somatisch orientierte Mediziner Unverständliche verstehen hilft. Vorzugsweise auf den Gebieten der Geburtsmedizin und Psychosomatik besteht hier weiterhin erheblicher Forschungsbedarf, um dem Gesetzgeber Argumente an die Hand zu geben, die Kindestötung unter der Geburt künftig wieder als Sondertatbestand deutlicher gegen die anderen Tötungsdelikte abzugrenzen als ein strafwürdiges Verhalten, das in einer spezifisch weiblichen psychosomatischen Fehlverarbeitung der Schwangerschaft und damit in einem spezifisch weiblichen Konflikt begründet ist.

Literatur

- Bauermeister, M. (1993): Die Tötung Neugeborener unter der Geburt (Kindestötung § 217 StGB). Eine bundesweite Verbundstudie für die Jahre 1980 – 1989. Med. Diss. Kiel.
- Beier, K. M. (1991): Weiblichkeit und Perversion. Von der Reproduktion zur Reproversion. Stuttgart: Fischer.
- Beier, K. M. ; Bosinski H. A. G.; Hartmann, U.; Loewit, K. (2001): Sexualmedizin – Grundlagen und Praxis, München: Urban und Fischer.
- Böhmer, K. (1928): Ohnmacht der Geburt. Deutsch. Z. Gerichtl. Med. (12): 5-11.
- Dante (1312-21): Die göttliche Komödie. 4. Gesang, Vers 31 – 36. Zit.n. Ausg. Reclam Verlag.
- Drucksache 12/6471 vom 17.12.93 Deutscher Bundestag. Antwort der Bundesregierung auf die kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Marliese Dobberthien, Dr. Jürgen Meyer (Ulm), Herrmann Bachmaier, sowie weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD.
- Düring, S. (1995): Rennen wir offene Türen ein? Die Funktion des Feminismus in der Sexualwissenschaft. Heterosexuelle Verhältnisse. Hrsg. Düring, S.; Hauch, M., Enke-Verlag.
- Flaig, C. (1976): Gerichtsmedizinische Betrachtung zur Kindstötung im Wandel der Gesellschaftsstruktur. Med. Diss. Tübingen.
- Frick, V. (1992): Die Kindestötung im deutschen und englischen Recht, Inaugural-Dissertation, Juristische Fakultät Tübingen.
- Friedrichsen, G. (2003): „Ich habe keine Erklärung“. Der Spiegel, Nr. 7 vom 10.02: 52/53.
- Gerchow, J. (1954): Die Bedeutung der reaktiven Abnormisierung für die Beurteilung von Kindesmörderinnen. Med. Habil. Kiel.
- Gerchow, J. (1957): Die ärztlich-forensische Beurteilung von Kindesmörderinnen. Halle: Marhold.
- Gerchow, J. (1964a): Fahrlässigkeit und bedingter Vorsatz als gerichtsarztliches Problem bei Kindestötungen. Dtsch. Z. Ges. Gerichtl. Med. 49: 605 – 610.
- Gerchow, J. (1964b): Schwangerschaft und Geburt unter medizinisch-forensischen Aspekten der Kindestötung. Monatszeitschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform 47: 233 – 240.
- Hacker, A. (1999): Im Namen Moses für das Leben des Kindes. Heidenheimer Zeitung v. 24.12., 151. Jahrgang, Nr. 298: 5.
- Hinrichs, P. (2000): Kindestötung – Einsichten eines Rechtsmediziners. Hamburger Abendblatt v. 07.03.
- Konow, K.-O. (1961): Die Bedeutung des §217 im Rahmen der Vorschriften des StGB über die Tötungsdelikte. NJW 19: 861 – 862.
- Lakotta, B. (2002): „Die Klappe klappt nicht“ Der Spiegel 48 vom 25.11.: 210.
- Mueller, B., Hartmann, G. (1975): Kindestötung. Mueller, Berthold. Gerichtliche Medizin. 2.Aufl., Springer Verlag: Berlin-Heidelberg-New York.
- Pestalozzi, J. H. (1780): Über Gesetzgebung und Kindermord, Wahrheiten und Träume, Nachforschungen und Bilder. Zit.n. Leipzig: Johann Ambrosius Barth 1910.
- Polizeiliche Ermittlungsstatistik § 217 Bundeskriminalamt Wiesbaden.
- Püschel, K., Hasselblatt, G., Labes, H. (1988): Kindesmörderinnen: Meist geistig unreif. Eine Analyse unter kriminologischen Aspekten. Kriminalistik 525 – 528.
- Rautenstrauch, J.: Anonyme Geburten- Fallstricke einer Legalisierung. Dtsch. Ärzteblatt; Jg.99, Heft 1-2, 07. Januar 2002, S. 30 – 31.
- Rump, A.; Hammer, D. (1994): Zur Verfassungswidrigkeit des § 217StGB. NJW 2: 69 – 71.
- Runge, M.-L. (1963): Untersuchungen über die in den Jahren 1950 bis 1960 in Düsseldorf und Umgebung vorgekommenen Kindestötungen. Med. Diss. Düsseldorf.
- Schönke-Schröder (1980): Kommentar zum StGB. 20. Aufl. bearb. v. A. Eser, München.
- Sieg, R. (1990): Gegen die Privilegierung der Tötung des nicht-ehelichen Kindes (§217 StGB) ZStW 102 (2): 293ff.
- Spinelli, M. (2001): A systematic investigation of 16 cases of neonaticide. Am J Psychiatry 158: 811 – 813.
- Steckeler, U. (2003): Die Tötung unter der Geburt (vormals § 217 StGB) im Strafrecht und in der Forensischen Medizin heute im Spiegel einer letztmaligen empirischen Repräsentativuntersuchung. Med. Diss. Kiel.
- Swientek, Ch.: (2001): Warum anonym – und nicht nur diskret? Familie Partnerschaft Recht 5: 353 – 357.
- Thomsen, H.; Bauermeister, M.; Wille, R. (1992): Zur Kindestötung unter der Geburt. Eine Verbundstudie über die Jahre 1980 – 1989. Rechtsmedizin 2: 135 – 142.
- Trube-Becker, E. (1975): Zur Kindestötung nach §217 StGB. Ärztin (10): 3 – 14.
- Verurteilungsstatistik § 217 StGB Statistisches Bundesamt Wiesbaden.
- Wächtershäuser, W. (1973): Das Verbrechen des Kindesmordes im Zeitalter der Aufklärung. Jur. Diss. Göttingen.
- Wächtershäuser, W. (1974): Kindestötung. In: Handwörterbuch zur Deutschen Rechtsgeschichte (Band. 2, 736 – 741). Hrsg. von Erler, A. und Kaufmann, E., Erich Schmidt-Verlag, Berlin.
- Wahle, E. (1967): Zur Privilegierung der Kindestötung (§§ 217 StGB, 136 E 1962). Fam. RZ 4: 542 – 547.
- Wessel, J. (1987): Geburten bei vorher nicht bekannter Schwangerschaft – Schwangerschaftsverdrängung und menstruationsähnliche Blutungen in graviditate. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 47: 850 – 853.
- Wessel, J. (1998): Die nicht wahrgenommene (verdrängte) Schwangerschaft. Med. Habil. Berlin.
- Wessel, J.; Dudenhausen, J. W.; Schönegg, W.; Schmidt-Gollwitzer, K. (1990): Abgewehrte Schwangerschaftswahrnehmung. Zum Bild der Schwangerschaftsverdrängung. Münch. Med. Wschr. 132: 376 – 380.
- Wessel, J.; Endrikat, J.; Buscher, U. (2002): Frequency of denial of pregnancy: results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin. Acta Obstet Gynecol Scand (81) 11: 1021ff.
- Wille, R.; Beier, K.M. (1994): „Verdrängte“ Schwangerschaft und Kindestötung: Theorie – Forensik – Klinik. Sexuologie 1994 (2): 75 - 100. ZStW 102 1990; 2 : 293 - 317.

Adresse der Autoren

Prof. em. Dr. med. Dr. jur. Reinhard Wille, Dr. Ulrike Steckeler, Sexualmed. Forschungs- u. Beratungsstelle am Klinikum der Universität Kiel, Arnold-Heller-Str. 12, 24105 Kiel

PD Dr. Jens Wessel, Klinik für Geburtsmedizin (Dir: Prof. Dr. J.W. Dudenhausen), Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow-Klinikum, Augustenburger Platz, 113353 Berlin

Gibt es einen Zusammenhang zwischen sexuellen Phantasieinhalten und Persönlichkeitsmerkmalen?

Ines Schweizer-Böhmer, Andreas Beelmann, Uwe Hartmann

Is there a Correlation between Contents of Sexual Fantasies and Personality Factors?

Abstract

This study was intended to investigate the relationship between personality factors and contents of sexual fantasies. For this purpose, a self-developed questionnaire was completed by 89 women and 79 men. The response rate was 42%, the mean age 31 years (SD = 7.2, range = 18 – 51). The personality factors (the 'big five') were measured with the NEO-FFI (Borkenau and Ostendorf, 1993), prevalence and contents of sexual fantasies were assessed through a modified version of the fantasy-checklist compiled by Hartmann (1989).

Correlations were determined between the 4 fantasy dimensions „seduction“, „sexuality outside partnership“, „attractivity“ and „ejaculation“, which emerged as the result of factor analyses, and the five personality factors „neuroticism“, „extraversion“, „openness“, „peaceableness“ and „conscientiousness“ as well as between the personality factors and the single items of the fantasy-checklist. Among women, significant positive correlations were found between the personality factor „extraversion“ and the fantasy dimensions „seduction“ and „attractivity“. In the male group, the following negative correlations were found to be significant: „extraversion“ with the fantasy dimension „seduction“, „conscientiousness“ with the dimension „sexuality outside partnership“, and „neuroticism“ and „openness“ with the fantasy dimensions „attractivity“. There were also a number of significant correlations between single fantasy-items and personality-factors which are described in detail. Although this study has a pilot character and methodological limitations due to a sample size and focus on the 'big five' factors, it allows the

conclusion, that there is a consistent and meaningful relationship between personality-factors and certain contents of fantasies.

Keywords: Sexual fantasies, Content of fantasies, personality

Zusammenfassung

Ziel dieser hypothesengenerierenden Studie war es, die Frage zu klären, ob es einen Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und sexuellen Phantasieinhalten gibt. Dazu wurde eine Fragebogen-Erhebung durchgeführt an der 89 Frauen und 79 Männer teilnahmen. Das durchschnittliche Alter der Versuchspersonen betrug 31 Jahre. Die Persönlichkeitsmerkmale wurden mittels NEO-FFI nach Borkenau und Ostendorf (1993) erhoben, die sexuellen Phantasien anhand einer erweiterten Phantasien-Checkliste nach Hartmann (1989) erfragt.

Es wurden die durch eine Faktorenanalyse erhaltenen 4 Faktoren „Verführung“, „Ausserpartnerschaftliche Sexualität“, „Attraktivität“ und „Ejakulation“ sowie jedes einzelne Item der Phantasien-Checkliste mit den Persönlichkeitsmerkmalen „Neurotizismus“, „Extraversion“, „Offenheit“, „Verträglichkeit“ und „Gewissenhaftigkeit“ korreliert. Dabei zeigten sich signifikante Korrelationen bei den Frauen zwischen „Extraversion“ und „Verführung“ sowie „Attraktivität“. Bei den Männern korrelierte „Extraversion“ mit „Verführung“, „Gewissenhaftigkeit“ mit „Ausserpartnerschaftlicher Sexualität“ negativ und „Neurotizismus“ und „Offenheit“ mit „Attraktivität“. Auch bei einzelnen Phantasieitems ergaben sich signifikante Zusammenhänge mit den Persönlichkeitsmerkmalen.

Diese erste Untersuchung lässt den Schluss zu, dass es verschiedene signifikante Korrelationen zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und Phantasieinhalten gibt.

Schlüsselwörter: Sexuelle Phantasien, Phantasieinhalte, Persönlichkeit

Einleitung

Erstmals brachte S. Freud 1900 und 1908 Sexualität in Beziehung zu Imagination – respektive Phantasie. Vor allem in den 70er Jahren nahm dann das Interesse an Sexualität und sexuellen Phantasien stetig zu.

Der Frage, ob sexuelle Phantasien mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen korrelieren, wurde in der Forschung jedoch bislang nur wenig und tangential Aufmerksamkeit geschenkt. Wurden in Untersuchungen zu sexuellen Phantasien Persönlichkeitsmerkmale einbezogen, geschah dies hauptsächlich im Zusammenhang mit der Häufigkeit von Phantasien, weniger aber unter dem Aspekt der Inhalte von Phantasien. So konnte beispielsweise Maslow (1942) zeigen, dass es in seiner Untersuchung an Frauen über das „dominance-feeling“ – von Maslow auch als „self-esteem“ bezeichnet – im Zusammenhang mit Sexualverhalten, Sexualpraktiken und sexuellen Einstellungen Auffälligkeiten gab. Diese zeigten sich dergestalt, dass die Inhalte der Masturbationsphantasien von Frauen mit grossem „dominance-feeling“ sich auf Themen wie Attraktivität, Vergewaltigungs- und Prostitutionsphantasien sowie Sodomie bezogen. Methodisch benutzte Maslow ein nicht-standardisiertes klinisches Interview, generierte daraus Variablen und beurteilte jede Versuchsperson bezüglich dieser Variablen anhand einer 9-Punkte-Skala.

Eine Studie der 70er Jahre (Hariton & Singer 1974) untersuchte Tagträume von Frauen während sexueller Kontakte und versuchte diese mit verschiedenen theoretischen Modellen bezüglich der Funktion von Koitusphantasien in Beziehung zu setzen. Als Nebenprodukt dieser Untersuchung konnten die Autoren zeigen, dass es Korrelationen zwischen sexuellen Phantasien und Persönlichkeitsmerkmalen wie Kreativität gab. Sie kamen u.a. zu der Schlussfolgerung, dass erotische Phantasien mit Aggressivität, Exhibitionismus, Impulsivität, Anonymität und Dominanz korrelierten – also mit Persönlichkeitseigenschaften, die nach Meinung der Autoren in der Literatur als Persönlichkeitsmerkmale kreativer Menschen diskutiert werden. Ferner resümierten die Autoren, dass diese Studie die Sichtweise stütze, dass die Neigung zum Phantasieren eine allgemeine Eigenschaft sei und dass Frauen, die zu jeglicher Art von Tagträumen neigten, dies auch während sexueller Aktivitäten tun würden.

Andere Untersuchungen beschäftigten sich mit der Häufigkeit von Phantasien. So wurden in Studien (Arndt et al. 1985; Rhue & Lynn 1987; Hartmann 1989) Zusammenhänge im Bereich Dominanz, Bildungsniveau, Aggressivität, Kreativität sowie einigen Skalen des MMPI mit Vielphantasierern gefunden.

Die vorliegende Arbeit ist eine hypothesengenerierende Untersuchung zur Frage, ob es einen Zusammenhang zwischen bestimmten Phantasie-Inhalten und Persönlichkeitsmerkmalen gibt.

Methode

Die vorgestellte Studie beruht auf der Auswertung von Fragebögen, die im Zeitraum zwischen Juni und August 2000 verteilt wurden. Die Fragebögen wurden mittels „Multiplikatoren“ (meist Studentinnen und Studenten) an Personen aus deren Bekanntenkreis verteilt. Es wurden 219 Fragebögen für Frauen und 216 für Männer verteilt. 96 Frauen und 86 Männer sandten ihre ausgefüllten Fragebögen zurück – die Rücklaufquote betrug somit 41,8% (43,8% der Frauen und 39,8% der Männer). Das Alter der Teilnehmer/Innen lag zwischen 18 und 51 Jahren ($M = 31.16$; $SD = 7.18$). 54% der Personen waren zwischen 18 und 31 Jahre alt. 70,9% der Befragten schlossen ihre Schulausbildung mit dem Abitur ab, 23,6% studierten zum Zeitpunkt der Befragung. 34,2% der Teilnehmer/Innen übten einen akademischen Beruf aus. 92,3% der Testpersonen waren heterosexuell, 2,7% homosexuell und 4,4% bisexuell.

In die folgenden Auswertungen wurden nur die heterosexuellen Teilnehmerinnen ($n = 89$) und Teilnehmer ($n = 79$) einbezogen.

Untersuchungsinstrumente

Die Untersuchung bestand aus einer Zusammenstellung von Fragen zur Person, zur Partnerschaft und zur Sexualität, einer Phantasienliste (Hartmann 1989) und dem NEO-FFI (NEO-Fünf-Faktoren-Inventar; Borkenau & Ostendorf 1993). Der NEO-FFI erfasst die Merkmale Neurotizismus (erfasst die unterschiedliche emotionale Stabilität bzw. Labilität), Extraversion (beschreibt die Geselligkeit, Selbstsicherheit, Aktivität, Gesprächigkeit etc.), Offenheit (erfasst das Ausmass an Offenheit für neue Erfahrungen, Erlebnisse, Eindrücke), Verträglichkeit (erfasst die Höhe des Altruismus) und Gewissenhaftigkeit (beschreibt eine gewisse Selbstkontrolle bezüglich Planung, Organisation und Durchführung von Aufgaben).

Die Fragen zu Person, Partnerschaft und Sexualität wurden von der Autorin in Anlehnung an den FLP (Fragen zur Lebensgeschichte und Partnerschaft; Hahlweg 1995) und an den Fragenbogen von Hartmann (1989) konstruiert. Die Phantasienliste wurde in Anlehnung an die Phantasienliste von Hartmann (1989) erstellt. Insgesamt entstand so eine Phantasien-Checkliste mit 88 Items. Die Befragten sollten zu

jedem Phantasieitem u.a. angeben, wie häufig (5 Abstufungen von „nie“ bis „fast immer“) sie die betreffende Phantasie hatten. Es spielte dabei keine Rolle, ob die sexuelle Phantasie als Tagtraum, während der Masturbation oder beim Geschlechtsverkehr vorkam.

Die statistischen Auswertungen wurden mit SPSS 10.0 durchgeführt. Korrelationen (nach Pearson) wurden berechnet und eine Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse; Varimax-Rotation mit Kaiser-Normalisierung) durchgeführt.

Ergebnisse

Zunächst wurden die 88 einzelnen Phantasieitems (Phantasieszenen) mit den Persönlichkeitsmerkmalen korreliert. Auf eine Alpha-Fehlerkorrektur wurde verzichtet, da es sich um eine hypothesengenerierende Studie handelt.

Es ergaben sich dabei folgende signifikanten Zusammenhänge mit den einzelnen Persönlichkeitsmerkmalen des NEO-FFI:

Neurotizismus: Bei den Frauen korrelierte nur das Phantasieitem: „Zärtlichkeit zu einer Frau“ signifikant ($r = .255$; $p < 0.05$).

Bei den Männern korrelierte ein Item über transzendentes Körpererleben ($r = .441$; $p < 0.01$) hochsignifikant. Bei einem Niveau von $p < 0.05$ signifikant waren 4 homosexuelle Phantasien sowie die Phantasie über das „Urinieren auf eine Frau“.

Extraversion: Bei den Frauen korrelierten insgesamt 29 Phantasieitems signifikant positiv mit diesem Persönlichkeitsmerkmal. Fast jeder Phantasietyp war hier vertreten. Nicht vertreten waren Submissionsphantasien, Gewaltphantasien und Phantasien über aussergewöhnliche oder strafbare Sexualpraktiken. Hochsignifikant ($p < 0.01$) korrelierten 13 der 29 Phantasieitems bei denen Attraktivität und das Verführen im Vordergrund standen.

Bei den Männern standen hier drei Phantasieitems in einem signifikanten Zusammenhang ($p < 0.05$): Dies waren Phantasien über das Entkleiden einer Frau, das Streicheln weiblicher Geschlechtsteil, sowie eine Phantasie über die Erinnerung an eine frühere sexuelle Begegnung.

Offenheit: Hiermit korrelierten bei den Frauen zwei Phantasien hochsignifikant: „Von vielen Männern begehrt werden“ ($r = .305$; $p < 0.01$) und „Sex mit einem humorvollen, geistreichen Mann“ ($r = .312$; $p < 0.01$). Die anderen zwei signifikanten Phantasieitems ($p < 0.05$) handelten von Verführen und dem Wiedererleben einer früheren sexuellen Begegnung.

Im Gegensatz dazu korrelierten mit dem Merkmal Offenheit bei den Männern 11 Items, bei denen die äussere Schönheit im Mittelpunkt stand. In einem

negativen Zusammenhang standen hier Phantasien über Filmszenen, Analverkehr, Pornographie und Autoerotik.

Verträglichkeit: Bei den Frauen ergaben sich hier keine positiven, sondern nur zwei negative Korrelationen. Zum einen die Phantasie über das Urinieren auf den Partner ($r = -.250$; $p < 0.05$), zum anderen das Wiedererleben einer früheren sexuellen Begegnung ($r = -.232$; $p < 0.05$).

Auch bei den Männern gab es mit diesem Persönlichkeitsmerkmal keine positiven, sondern nur negative Korrelationen: Die Items handelten von Fetischismus ($r = -.298$; $p < 0.01$), von sinnlichen und romantischen Szenen und Sexualität ausserhalb der Partnerschaft ($p < 0.05$).

Gewissenhaftigkeit: Bei den Frauen zeigte sich hier eine signifikant positive Korrelation mit dem Phantasieitem „Einen Mann peitschen/schlagen“ ($r = .212$; $p < 0.05$) und eine signifikant negative Phantasie über Zärtlichkeiten zu einer Frau ($r = -.250$; $p < 0.05$).

Bei den Männern zeigte sich eine signifikant positive Korrelation zur Phantasie über das Flirten mit einer Frau ($r = .243$; $p < 0.05$) und ein signifikant negativer Zusammenhang ($p < 0.05$) mit Phantasien von nonkonformen Sexualpraktiken wie Exhibitionismus, Pädophilie, homosexuelle und ausserpartnerschaftliche Sexualität.

Die Häufigkeit des Phantasierens (Mittelwert der 88 Phantasieitems) korrelierte bei den Männern mit keinem Persönlichkeitsmerkmal signifikant, bei den Frauen zeigte sich einzig zwischen der Häufigkeit des Phantasierens und dem Persönlichkeitsmerkmal Extraversionen ein hochsignifikanter Zusammenhang ($r = .315$; $p < 0.01$).

Phantasie-Dimensionen

Die Faktorenanalyse über die 88 Phantasieitems ergab 4 Faktoren Männer und Frauen wurden nicht getrennt untersucht (siehe Tab. 1). Der Faktor mit der grössten aufgeklärten Varianz (34.57%; $\lambda = 7.95$) wurde entsprechend seines Inhaltes „Verführung“ genannt. Er beschreibt Szenen, die von Verführung handeln. Die Phantasieszenen beinhalten nicht nur verbale Verführung, so wie sie beim Flirten vorkommt, sondern auch Verführung zur Sexualität. Der zweite Faktor (aufgeklärte Varianz: 9.64; $\lambda = 2.22$) hatte Items zum Inhalt, die von „ausserpartnerschaftlicher Sexualität“ handeln. Hierunter fallen Phantasien, die von Fremdgehen und ausserpartnerschaftlichen Sexualität handeln. Die Szenen handeln von Sexualität ausserhalb der gewohnten Beziehung oder der üblichen Zweisamkeit. Im Mittelpunkt stehen

hierbei Sexualpartner, die entweder unbekannt sind oder wahllos gewählt wurden, respektive in einer Vielzahl vorkommen. Weiterhin sind hier Szenen eingeschlossen, die in einem eher unüblichen Setting stattfinden. Der dritte Faktor „Attraktivität“ beinhaltet Items, bei denen das Äussere und die Attraktivität des Gegenübers eine Rolle spielen. Alle Phantasien sind aktiv und betonen das Visuelle (aufgeklärte Varianz: 7.07%; $\lambda = 1.63$). Der Faktor 4 „Ejakulation“ enthält lediglich zwei Items, bei denen die Ejakulation im Zentrum steht (aufgeklärte Varianz: 6.19%; $\lambda = 1.42$). Die dargestellten vier Faktoren erklärten insgesamt 57.47% der Varianz (siehe Tab. 2).

Die innere Konsistenz für die Faktoren 1 und 2 betrug jeweils $\lambda = .83$, für Faktor 3 $\lambda = .84$ und für Faktor 4 betrug die innere Konsistenz $\lambda = .89$.

Zusammenhänge zwischen den Phantasiedimensionen und den Persönlichkeitsmerkmalen

Wurden diese 4 Faktoren mit den Persönlichkeitsmerkmalen des NEO-FFI der weiblichen und männlichen Teilnehmer korreliert, ergab sich folgendes Bild:

Bei Frauen zeigte sich ein hochsignifikanter Zusammenhang zwischen dem Persönlichkeitsmerkmal Extraversion und dem Faktor „Verführung“ ($r = .340$; $p < 0.01$), ebenso mit dem Faktor „Attraktivität“ ($r = .262$; $p < 0.05$). Die Faktoren „Ausserpartnerschaftliche Sexualität“ und „Ejakulation“ korrelierten mit keinem der Persönlichkeitsmerkmale signifikant (siehe Tab. 3).

Auch bei den männlichen Teilnehmern korrelierte Extraversion mit dem Faktor „Verführung“ ($r = .232$; $p < 0.05$). Gewissenhaftigkeit korrelierte mit dem Faktor „Ausserpartnerschaftliche Sexualität“ signifikant negativ ($r = -.240$; $p < 0.05$). Neurotizismus ($r = .241$; $p < 0.05$) und Offenheit ($r = .297$; $p < 0.01$) korrelierten mit „Attraktivität“. Der Faktor „Ejakulation“ zeigte keine signifikanten Korrelationen mit den Persönlichkeitsmerkmalen (siehe Tab. 4).

Diskussion

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass es einen Zusammenhang zwischen den Inhalten sexueller Phantasien eines Menschen und dessen Persönlichkeitseigenschaften gibt. Deutet man das häufige Vorkommen bestimmter Phantasieinhalte als besonders beliebte Phantasien, so liesse sich aussagen, dass Menschen, die bestimmte Phantasien bevorzugen, auch besondere Persönlichkeitseigenschaften auf-

Tab. 1: Faktoren 1 bis 4 mit den dazugehörigen Phantasieszenen und deren Ladungen (Version für Männer/Version für Frauen)

| | Komponenten | | | |
|--|-------------|------------|------------|------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Eine Frau streichelt Ihre Geschlechtsteile/ Ein Mann streichelt Ihre Geschlechtsteile | ,746 | ,128 | ,242 | ,193 |
| Von einer Frau verführt werden/ Von einem Mann verführt werden | ,707 | 5,303E-02 | ,175 | -,138 |
| Von einer Frau entkleidet werden/ Von einem Mann entkleidet werden | ,663 | 8,051E-02 | ,255 | -7,637E-02 |
| Eine Frau küsst Ihre Geschlechtsteile/Ein Mann küsst Ihre Geschlechtsteile | ,651 | 2,640E-02 | 5,417E-02 | ,368 |
| Die Geschlechtsteile einer Frau streicheln/ Die Geschlechtsteile eines Mannes streicheln | ,557 | -6,335E-02 | ,367 | ,332 |
| Laszive Äusserungen (flüstern, hauchen, stöhnen) mit erotisch-sexuellem Inhalt/ Laszive Äusserungen (flüstern, hauchen, stöhnen) mit erotisch-sexuellem Inhalt | ,551 | ,235 | 6,800E-02 | ,187 |
| Von vielen Frauen begehrt werden/ Von vielen Männern begehrt werden | ,508 | ,391 | ,105 | ,144 |
| Mit einer völlig hemmungslosen Frau sexuell zusammensein/ Mit einem völlig hemmungslosen Mann sexuell zusammensein | ,490 | ,457 | ,269 | ,219 |
| Sex mit einer unbekanntem Frau machen/ Sex mit einem unbekanntem Mann machen | -3,522E-02 | ,776 | ,248 | 3,148E-02 |
| Gleichzeitig mit mehreren Frauen sexuell zusammensein/ Gleichzeitig mit mehreren Männern sexuell zusammensein | ,181 | ,707 | 3,853E-02 | ,320 |
| Wahllos sexuelle Beziehungen zu vielen verschiedenen Frauen haben/ Wahllos sexuelle Beziehungen zu vielen verschiedenen Männern haben | ,107 | ,701 | ,160 | ,347 |
| Bei Gruppensex mitmachen/ Bei Gruppensex mitmachen | ,225 | ,697 | -7,721E-02 | ,125 |

Fortsetzung Tab 1

| | Komponenten | | | |
|---|-------------|-----------|------|------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Szene, in der eine anonyme Liebhaberin zärtlich zu Ihnen ist/ Szene, in der ein anonymes Liebhaber zärtlich zu Ihnen ist | ,107 | ,686 | ,325 | -,121 |
| Mit einer Frau aus Ihrem Umfeld (Arbeit, Bekanntenkreis) sexuell zusammensein/ Mit einem Mann aus Ihrem Umfeld (Arbeit, Bekanntenkreis) sexuell zusammensein | 1,898E-02 | ,431 | ,406 | ,290 |
| Sich eine Frau mit schönen, wohlgeformten Brüsten vorstellen/ Sich einen Mann mit einem muskulösen, wohlgeformten Oberkörper vorstellen | ,226 | ,122 | ,758 | -,1148E-02 |
| Sie entkleiden eine Frau/ Sie entkleiden einen Mann | ,157 | -,313E-02 | ,681 | ,267 |
| Sich eine Frau mit langen, wohlgeformten Beinen vorstellen/ sich einen Mann mit muskulösen, wohlgeformten Beinen vorstellen | ,122 | ,128 | ,632 | 5,287E-02 |
| Sich eine Frau mit besonders erotischer und weiblicher Ausstrahlung vorstellen/ Sich einen Mann mit besonders erotischer und männlicher Ausstrahlung vorstellen | ,345 | ,307 | ,608 | -,9254E-03 |
| Sich laszive sexuelle Bewegungen einer Frau vorstellen/ Sich laszive sexuelle Bewegungen eines Mannes vorstellen | ,136 | ,206 | ,596 | ,354 |
| Mit einer Frau, die einen attraktiven Körper hat, Sex machen/ Mit einem Mann, der einen attraktiven Körper hat, Sex machen | ,514 | ,163 | ,549 | 6,614E-02 |
| Mit einer attraktiven Frau ein Abenteuer haben/ Mit einem attraktiven Mann ein Abenteuer haben | ,318 | ,414 | ,481 | -,3337E-02 |
| Ins Gesicht oder auf den Körper einer Frau ejakulieren/ Ein Mann ejakuliert in Ihr Gesicht oder auf Ihren Körper | ,170 | ,240 | | ,823 |
| In den Mund einer Frau ejakulieren/ Ein Mann ejakuliert in Ihren Mund | ,127 | ,203 | | ,820 |

Tab. 2: Aufgeklärte Varianz und Eigenwert der Faktoren 1 bis 4 (Frauen und Männer nicht getrennt berechnet).

| | Aufgeklärte Varianz | Eigenwert (λ) |
|---|---------------------|-------------------------|
| FAKTOR 1 „Verführung“ | 34,57% | 7,95 |
| FAKTOR 2 „Ausserpartnerschaftliche Sexualität“ | 9,64% | 2,22 |
| FAKTOR 3 „Attraktivität“ | 7,07% | 1,63 |
| FAKTOR 4 „Ejakulation“ | 6,19% | 1,42 |

Tab. 3: Korrelation (nach Pearson) der Faktoren 1 bis 4 mit den Persönlichkeitsmerkmalen Neurotizismus (N), Extraversion (E), Offenheit (O), Verträglichkeit (V) und Gewissenhaftigkeit (G) des NEO-FFI (Borkenau & Ostendorf 1993) bei den Frauen.

| | N | E | O | V | G |
|---|------|--------|-------|-------|-------|
| FAKTOR 1 „Verführung“ | ,017 | ,340** | ,175 | -,003 | -,001 |
| FAKTOR 2 „Ausserpartnerschaftliche Sexualität“ | ,057 | ,105 | ,145 | -,093 | -,097 |
| FAKTOR 3 „Attraktivität“ | ,074 | ,262* | ,134 | -,024 | -,085 |
| FAKTOR 4 „Ejakulation“ | ,025 | ,047 | -,027 | ,008 | ,006 |

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Tab. 4: Korrelation (nach Pearson) der Faktoren 1 bis 4 mit den Persönlichkeitsmerkmalen Neurotizismus (N), Extraversion (E), Offenheit (O), Verträglichkeit (V) und Gewissenhaftigkeit (G) des NEO-FFI (Borkenau & Ostendorf 1993) bei den Männern.

| | N | E | O | V | G |
|---|------|--------|-------|-------|-------|
| FAKTOR 1 „Verführung“ | ,017 | ,340** | ,175 | -,003 | -,001 |
| FAKTOR 2 „Ausserpartnerschaftliche Sexualität“ | ,057 | ,105 | ,145 | -,093 | -,097 |
| FAKTOR 3 „Attraktivität“ | ,074 | ,262* | ,134 | -,024 | -,085 |
| FAKTOR 4 „Ejakulation“ | ,025 | ,047 | -,027 | ,008 | ,006 |

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

weisen. Hier ist allerdings anzumerken, dass korrelative Berechnungen keine Aussage über den kausalen Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsmerkmal und Phantasieinhalt zulassen. Wie diese Zusammenhänge genau gestaltet sind, müssen weitere Untersuchungen an einem grösseren Kollektiv klären.

Aber auch auf der Ebene der einzelnen Phantasieitems, lassen sich Auffälligkeiten feststellen:

So schien es einen Zusammenhang zwischen „Neurotizismus“ bei Frauen und Männern und dem Äussern von homosexuellen Phantasien zu geben. Sehr deutlich war hier die Häufung von Phantasien bei dem Persönlichkeitsmerkmal Extraversion bei Frauen. Bei den Männern standen nur wenige Phantasien im Zusammenhang mit Extraversion. Offenheit schien bei den Frauen ein Persönlichkeitsmerkmal zu sein, das mit der Äusserung von „Begehrt werden“, „Sexualität mit Männern mit Esprit“, „Verführung“ und dem „Wiedererleben von sexuellen Begegnungen“ in Verbindung stand. Bei den Männern wurden hier vor allem Phantasien über äussere Schönheit thematisiert, weniger Phantasien über Filmszenen, Analverkehr, Pornographie oder Autoerotik. Der Zusammenhang zwischen bestimmten Phantasien bei Frauen mit dem Merkmal Verträglichkeit könnte dahingehend gedeutet werden, dass Frauen mit hoher Ausprägung auf dem Merkmal „Verträglichkeit“ eher weniger Phantasien über das Urinieren auf den Partner und über das Wiedererleben einer sexuellen Begegnung äussern. Bei Männern wurden hier eher weniger Phantasien über Fetischismus, Romantik und ausserpartnerschaftliche Sexualität genannt. Ein positiver Zusammenhang zwischen Sadismus und ein negativer zwischen Zärtlichkeit und Gewissenhaftigkeit zeigte sich bei den Frauen. Umgekehrt zeigte sich ein negativer Zusammenhang zwischen der Äusserung von nonkonformen Sexualpraktiken und ein positiver zwischen Flirten und Gewissenhaftigkeit bei Männern.

Insgesamt stand die Häufigkeit des Vorkommens bestimmter Phantasien in dieser Untersuchung in einem hochsignifikanten Zusammenhang mit Extraversion bei Frauen. Bei Männern konnte kein vergleichbares Persönlichkeitsmerkmal gefunden werden.

Betrachtet man die Ergebnisse auf dem Hintergrund der Geschlechterdifferenz, so lässt sich sagen, dass bei Neurotizismus zwar bei beiden Geschlechtern homosexuelle Phantasien mit diesem Persönlichkeitsmerkmal korrelierten, bei den Männern dieser Zusammenhang jedoch deutlicher war als bei den Frauen. Bei dem Merkmal Extraversion wurden die Differenzen zwischen den beiden Geschlechtern noch deutlicher. Hier standen 29 Phantasieitems bei den Frauen gegenüber von 3 Phantasieitems bei den

Männern mit Extraversion in einem Zusammenhang. Bei den Merkmalen Offenheit und Verträglichkeit schienen die Geschlechterdifferenzen keine grosse Rolle zu spielen. Beide Persönlichkeitsmerkmale schienen bei beiden Geschlechtern mit ähnlichen Phantasieinhalten in einem signifikanten Zusammenhang zu stehen. Bei dem Merkmal Gewissenhaftigkeit kamen wieder deutlichere Geschlechterdifferenzen zum Tragen. Bei den Frauen stand dieses Merkmal mit „nonkonformen“ Sexualpraktiken in einem positiven Zusammenhang, bei den Männern korrelierte dieses Merkmal mit ähnlichen Phantasieinhalten negativ.

Wie lässt sich nun dieser Zusammenhang zwischen Phantasieinhalt und Persönlichkeit erklären? Leider kann nicht erklärt werden, wieso bestimmte Persönlichkeitstypen bestimmte Phantasieinhalte bevorzugen (Leitenberg & Henning 1995). Man nimmt an, dass die Bevorzugung sexueller Phantasien durch Konditionierungsprozesse zustande kommen (Leitenberg & Henning 1995), durch die biologische Bereitschaft – „preparedness“ (Seligman 1971) – dass aber auch Sozialisationsprozesse beteiligt sind (Gagnon & Simon 1973). Allerdings werden sexuelle Phantasien auch durch sexuelle Erfahrungen beeinflusst (Kinsey, Pomeroy, Martin 1948; Kinsey, Pomeroy, Martin, Gebhard 1953). Personen mit einer grösseren sexuellen Erfahrung haben unterschiedlichere und reichhaltigere Phantasien als Menschen mit weniger sexueller Erfahrung (Chick & Gold 1987 – 1988).

Während bei Konditionierungsprozessen und der biologischen Bereitschaft ein Einfluss von Persönlichkeit nicht anzunehmen ist, so beeinflussen die Persönlichkeitsmerkmale Sozialisationsprozesse und auch die Erfahrungen, die ein Mensch im Laufe seines Lebens macht.

Anzumerken ist, dass eine Phantasien-Checkliste immer nur ein Ausschnitt des sehr grossen Spektrums menschlicher sexueller Phantasien sein kann und letztlich auch eine bestimmte Sichtweise von Sexualität vorgibt. Auch aufgrund des Tabuthemas „Sexualität“ und der möglichen Tendenz in Richtung sozialer Erwünschtheit zu antworten, sind die Ergebnisse dieser Studie noch nicht geeignet, eine umfassende Betrachtung dieses Themas zuzulassen. Des weiteren ist anzumerken, dass die relativ niedrige Responsequote – symptomatisch für sexualmedizinische Fragestellungen – die Aussagekraft der Untersuchung einschränkt. Im Sinne einer hypothesenerzeugenden Arbeit können die Resultate jedoch für zukünftige sexologische Forschung genutzt werden. Denn trotz dieser möglichen Einschränkungen kann diese Studie zeigen, dass es Zusammenhänge zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und Phantasieinhalten gibt.

Ausblick

Es konnten in dieser Untersuchung Zusammenhänge zwischen der Bevorzugung bestimmter Phantasieinhalte eines Menschen und seinen Persönlichkeitseigenschaften aufgezeigt werden. Aufgrund der geringen Fallzahl in dieser Untersuchung kann es sich dabei aber nur um eine hypothesengenerierende Studie handeln. Um diese Zusammenhänge genauer zu untersuchen, bedarf es einer weiteren, weitaus grösseren Studie. Ebenso wenig kann und soll hier über die zeitliche Stabilität von Persönlichkeitsmerkmalen oder sexuellen Phantasieinhalten eine Aussage gemacht werden. Es ist Aufgabe weiterer Untersuchungen, die zeitliche Stabilität von Phantasieinhalten, aber auch deren Stabilität in sich veränderbaren Persönlichkeitsakzentuierungen zu erforschen. Da das Thema der sexuellen Phantasien einen sehr intimen Bereich des menschlichen Seins betrifft, und – gerade deswegen – in der Therapie von sexuellen Störungen als bedeutend empfunden wird, ist es besonders wichtig, mehr Einblicke und Einflussvariablen auf Inhalte sexueller Phantasien zu erforschen.

Literatur

- Arndt, W.; Foehl, Jr. J.; Good, E. (1985): Specific Sexual Fantasy Themes: A Multidimensional Study. *Journal of Personality and Social Psychology* 48: 472–480.
- Borkenau, P. & Ostendorf, F. (1993): NEO-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI), nach Costa und McCrae. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Chick, D.; Gold, S.-R. (1987-1988). A review of influences of sexual fantasy: Attitudes, experience, guilt and gender. *Imagination, Cognition and Personality* 7: 61–76.
- Freud, S. (1900): Die Traumdeutung. Gesammelte Werke, Chronologisch geordnet, Band II und III. London: Imago Publishing Co., Ltd.
- Freud, S. (1908): Der Dichter und das Phantasieren. Gesammelte Werke, Chronologisch geordnet, Band VII. London: Imago Publishing Co., Ltd.
- Gagnon, J. H.; Simon, W. (1973): *Sexual conduct*. Chicago: Aldine.
- Hahlweg, K. (1995): Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik (FPD). Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Hariton, B. & Singer, J. (1974): Women's Fantasies during Sexual Intercourse: Normative and Theoretical Implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 42: 313–322.
- Hartmann, U. (1989): Inhalte und Funktionen sexueller Phantasien. Ergebnisse einer Panel-Studie an Männern und Frauen. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Kinsey, A. C.; Pomeroy, W. B.; Martin, C. E. (1948): *Sexual Behavior in the Human Male*. Philadelphia: Saunders.
- Kinsey, A. C.; Pomeroy, W. B.; Martin, C. E.; Gebhard, P. H. (1953): *Sexual Behavior in the Human Female*. Philadelphia: Saunders.
- Leitenberg, H.; Henning, K. (1995): Sexual Fantasy. *Psychological Bulletin* 117: 469–496.
- Maslow, A. H. (1942): Self-esteem (Dominance-feeling) and Sexuality in Women. *The Journal of Social Psychology* 16: 259–294.
- Rhue, J. W.; Lynn, S. J. (1987): Fantasy proneness and psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology* 53: 327–336.
- Seligman, M. (1971): Phobias and Preparedness. *Behavior Therapy* 2: 307–320.

Adresse der Autoren

Dipl.-Psych. Ines Schweizer-Böhmer, Prof. Dr. Uwe Hartmann, Medizinische Hochschule Hannover, Arbeitsbereich Klinische Psychologie, Carl-Neuberg-Str. 1, 30623 Hannover, mail: Ines.Schweizer@gmx.net
 PD Dr. Andreas Beelmann, Psychologisches Institut der Universität Erlangen-Nürnberg, Bismarckstr. 1, 91054 Erlangen

Weibliche Sexualität in der zweiten Lebenshälfte – Ergebnisse einer empirischen Studie an Frauen zwischen 50 und 70 Jahren

Beate Schultz-Zehden

Women's Sexual Life in Midlife

Abstract

In a questionnaire survey women's sexual needs, experience and behaviour in 521 women between 50 and 70 years old were investigated. Also the women were asked, what has actual varied compared to former times.

The spectrum of sexual needs is long and extends to the total refusal from the daily desire for sexual contact. In fact, there was found a discrepancy, a number of women with more sexual needs than real sexual activities.

Many reasons could be identified for sexual inactivity with increasing age. The strongest change occurs from age 65, here only every third woman is still sexually active. The way women describe their sexual life offers different aspects: indeed some of them lost their interest in sex.

For others the quality of sexual life becomes more and more important, some of them feel sexually liberated because of the reliefs of the menopause, another group specifies themselves as sexually extremely active.

The study indicates a change in sexual life for women in midage.

Keywords: women's sexual needs, experience and behavior, midlife

Zusammenfassung

In einer repräsentativen Fragebogen-Erhebung wurde das sexuelle Interesse, Erleben und Verhalten bei insgesamt 521 Frauen im Alter zwischen 50 und 70 Jahren untersucht. Es wurde auch nach den Veränderungen im Laufe der gelebten Sexualität gefragt.

Das Spektrum der sexuellen Bedürfnisse ist weit und reicht vom täglichen Wunsch der Frauen dieses Alters nach sexuellem Kontakt bis zur völligen Ablehnung. Der Wunsch nach sexuellen Kontakten war allerdings größer als die tatsächlich gelebte Sexualität.

*Sexuologie 10 (2/3) 2003 85 – 89 / © Urban & Fischer Verlag
<http://www.urbanfischer.de/journals/sexuologie>*

Es lassen sich multifaktorielle Gründe für sexuelle Inaktivität feststellen. Die stärkste Veränderung scheint ab dem 65. Lebensjahr stattzufinden. Hier gibt nur noch jede dritte Frau an, sexuell aktiv zu sein.

Hinsichtlich der Veränderungen im Sexuellen mit zunehmendem Alter wurden verschiedene Aspekte deutlich: manche Frauen verlieren tatsächlich gänzlich das Interesse am Sex und reagieren mit sexuellem Rückzug. Andere legen immer mehr Wert auf die Qualität der sexuellen Begegnung, erleben nun die Sexualität befreiter oder berichten über besonders sexuell aktives Verhalten.

Die Studie gibt Hinweise darauf, dass sich möglicherweise ein Wandel im Sexuellen von Frauen im mittleren Lebensalter vollzieht.

Schlüsselwörter: sexuelles Interesse, sexuelles Erleben und Verhalten, mittleres Erwachsenenalter

Sexualität im Alter, insbesondere das Sexuelle älterer Frauen, ist in unserer, auf ewige Jugend eingestellten Gesellschaft ein tabuisiertes Thema. Allenfalls existieren Vorurteile – sowohl bei den Frauen selbst als auch in der gesellschaftlichen Auseinandersetzung. Altern wird von vielen Frauen mit einer kontinuierlichen sexuellen Entwertung erfahren, die von Sorgen um die eigene Attraktivität, abnehmender Leistungsfähigkeit, diversen Erkrankungen und Beschwerden begleitet ist. Beeinflusst werden sie vom gesellschaftlichen „double standard of aging“, was bedeutet, dass Frauen früher als Männer als unattraktiv, alt und asexuelle wahrgenommen werden. Die hormonelle Umstellung mit dem Ende der fertilen Phase und dem Beginn der Wechseljahre sowie die Zunahme allgemeiner Erkrankungen, wurden bisher überwiegend als Ursachen für die Veränderungen im Sexuellen verantwortlich gemacht. Wovon aber Qualität und Quantität

weiblicher Sexualität nach den Wechseljahren wirklich abhängt, ist ein unfreiwillig gehütetes Geheimnis vieler Frauen.

Der wissenschaftliche Kenntnisstand weiblicher Sexualität ist insgesamt defizitär. Die meisten Forschungsarbeiten zum Sexualleben älterer Frauen wurden in den USA durchgeführt, im deutschsprachigen Raum gab es bisher nur Einzelfallstudien oder Untersuchungen an kleineren Stichproben, jedoch keine repräsentativen Studien. Heterogene Befunde sind die Folge einer hohen Variabilität der empirischen Ergebnisse bisheriger Untersuchungen. Am häufigsten wurde in den Studien nach der Häufigkeit sexueller Aktivität wie Geschlechtsverkehrsfrequenzen gefragt, die weder der weiblichen Sexualität noch der Lebenswelt älterer Frauen Rechnung trägt. Relativ selten wurden Fragen nach dem individuellen sexuellen Erleben wie sexuelle Bedürfnisse allgemein, sexueller Genuß, Orgasmusexistenz und -häufigkeit gestellt. Es lässt sich feststellen, dass im Durchschnitt sexuelle Interessen und Bedürfnisse im Alter erhalten und Frauen bis ins hohe Alter sexuell genuß- und orgasmusfähig bleiben. Jedoch scheint insgesamt betrachtet mit zunehmendem Alter ein Libidorückgang sowie eine Abnahme der sexuellen Aktivität unbestritten. Eine weit verbreitete Meinung ist die, diese Veränderungen den hormonellen Umstellungsprozessen zuzuschreiben. Dabei können hier eine komplexe Reihe von anderen Ursachen mitverantwortlich sein, die nicht nur körperliche, sondern vor allem psychologische und soziologische Gründe betreffen als auch die Partnerschaft allgemein. Dazu zählen:

- ▶ Internalisierte Vorurteile gegenüber der Sexualität der älteren Frau
- ▶ Befangenheit und Hemmung der Lust durch das Erleben des körperlichen Alterungsprozesses, Scham und sexueller Rückzug als mögliche Reaktion auf eine Kränkung durch das gesellschaftliche Schönheitsideal der jungen und sexuell attraktiven Frau
- ▶ Gründe auf seiten des Partners (z.B. sexuelle Funktionsstörungen, gesundheitliche Probleme, Libidoverlust, Kränkungen). Frauen neigen dazu, die Gründe für sexuelle Probleme zunächst bei sich selbst zu suchen als beim Partner.
- ▶ Die Abnahme der Verfügbarkeit eines Sexualpartners bedingt durch die demographische Entwicklung.
- ▶ Libidoverlust im Zusammenhang mit Depressionen sowie depressiver Verstimmtheit
- ▶ Hormonelle Veränderungen in der Postmenopause, die z.B. zu einer Atrophie der Genitale und somit zu Lubrikationsmangel und Schmerzen beim Geschlechtsverkehr führen können.

- ▶ Andere gesundheitliche Probleme bei der Frau oder beim Partner, die mit dem Alter zunehmen.

Im Alter werden sexuelle Bedürfnisse mitunter schamhaft als unpassend erlebt, vor allem, wenn der Partner altersbedingte Schwierigkeiten hat. Mangelnde Kommunikation, beispielsweise über Erektionsprobleme, führt dann mitunter zur völligen Aufgabe sexueller Begegnungen, obwohl befriedigende Kontakte für beide Partner möglich wären.

In einer repräsentativen Befragung haben 521 Frauen im Alter zwischen 50 und 70 Jahren einen umfangreichen Fragebogen zur Sexualität anonym beantwortet. Diese bundesweite, repräsentative Untersuchung erfaßte nicht nur das aktuelle Sexualleben – sexuelles Verhalten und Erleben – von Frauen im höheren Erwachsenenalter, sondern fragte auch nach den Veränderungen im Laufe der gelebten Sexualität. Im folgenden werden die wesentlichen Ergebnisse ausgeführt.

Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit

Die verbreitete Ansicht, dass sexuelles Verlangen mit Beginn der hormonellen Umstellung im Klimakterium deutlich abnimmt, wurde in der Studie nicht bestätigt. Diese Annahme kann folglich entkräftet werden, da sie für die Mehrheit der Frauen unzutreffend ist. Das Spektrum der sexuellen Bedürfnisse ist weit und reicht vom täglichen Wunsch der Frauen dieses Alters nach sexuellem Kontakt bis zur völligen Ablehnung. Zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr wünschen sich die befragten Frauen durchschnittlich mehrmals im Monat Sex, zwischen 65 und 70 Jahren dagegen möchte die Hälfte aller Frauen gar keine sexuelle Beziehung mehr (siehe Abb. 1). Allerdings war der Wunsch nach sexuellen Kontakten grösser als die tatsächlich gelebte Sexualität. Vorhandene sexuelle Bedürfnisse bleiben demnach bei einigen Frauen nicht befriedigt. Wie Frauen im Alter mit Sexualität umgehen, ist sicher von deren jeweils individuellen Biographien abhängig.

Multifaktorielle Gründe für sexuelle Inaktivität

Es wurde bestätigt, dass mit zunehmendem Alter nicht nur die Häufigkeit, sondern auch die Anzahl der Frauen mit sexuellem Verkehr abnimmt. In der Altersgruppe der 50- bis 55- Jährigen leben 25% der befragten Frauen nach eigenen Angaben keine aktive Sexualität. Die stärkste Veränderung scheint ab dem

65. Lebensjahr stattzufinden. Bei den 65- bis 70-Jährigen waren es bereits 66%. In diesem Alter gibt nur noch jede dritte Frau an, sexuell aktiv zu sein (siehe Abb. 2). Hierfür existieren verschiedenste Gründe: viele Frauen leben ohne Partner. Beispielsweise kommen bei den 70-79-Jährigen auf drei Frauen nur noch zwei Männer. Die Möglichkeit, für ältere Frauen einen neuen Partner zu finden, ist in vielerlei Hinsicht schwierig. Die demographische Struktur, also das – relativ gesehen – frühere Sterben der Männer ist einer der Ursachen. Interessanterweise ist nur noch ein Drittel der allein lebenden Frauen bereit, sich erneut zu binden. Eine differenzierte Auswertung unter Einbeziehung der Ursachen für die Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit ergab vielfältige Aspekte. Erkrankungen oder Verlust des Partners sowie generelle Beziehungsprobleme reduzieren die Libido der Frauen und verhindern deren Befriedigung.

Einige Frauen bleiben in ihrer sexuellen Beziehung unbefriedigt. Wir müssen darüber nachdenken, wie jene Probleme, die mit Enttäuschungen und Frustrationen für die betroffenen Frauen einhergehen, besser verarbeitet werden können.

Manche Frauen verlieren tatsächlich gänzlich das Interesse am Sex und reagieren mit sexuellem Rückzug. Sie nutzen das Älterwerden, um sich von der Verpflichtung zu sexuellen Aktivitäten zu befreien: Über die Jahre hinweg ist es zu einer Form der Abnutzung der Partnerschaft gekommen oder sie haben jahrelang ohne Lust sexuell verkehrt und nehmen sich jetzt die Freiheit der sexuellen Verweigerung.

Immer mehr gewinnt die Qualität der sexuellen Begegnung an Bedeutung

Sowohl die sexuelle Lust als auch ein befriedigendes Sexualleben – so läßt sich aus der Befragung schlußfolgern – korrelieren mit der Qualität der Partnerschaft und mit der Qualität des Sexuallebens in früheren Jahren, wobei die Befriedigung in der Sexualität nicht primär von der Quantität der Aktivitäten, sondern der Qualität der sexuellen Begegnung abhängig gemacht wird. Der Häufigkeit des sexuellen Verkehrs wird mit zunehmendem Alter immer weniger Bedeutung beigemessen, dafür aber – laut den Ergebnissen der Studie – immer mehr der Zärtlichkeit in der Sexualität. Diese gewinnt auch im Hinblick darauf, sexuelle Lust zu entwickeln, an Bedeutung. Vicki Baum (1962) schrieb einst dazu: „Wenn man älter wird, läßt dieses Feuer ja ohnehin nach, es wärmt einen, aber es verbrennt einen nicht mehr.“

Abb. 1: Wunsch nach sexuellen Kontakten, 521 Frauen Alter 50-70

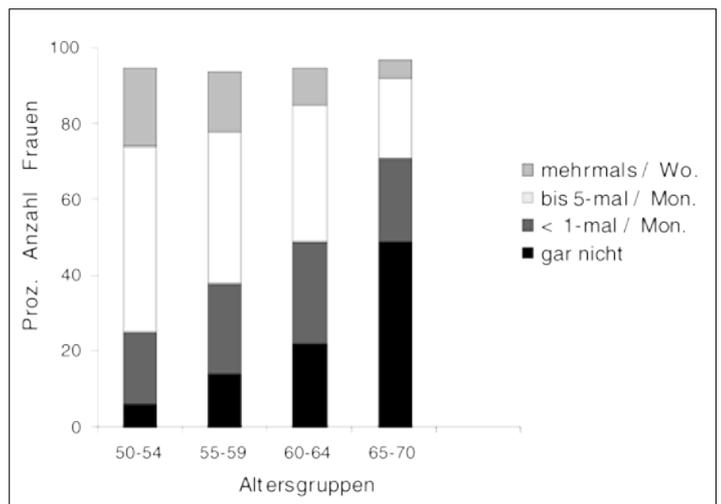
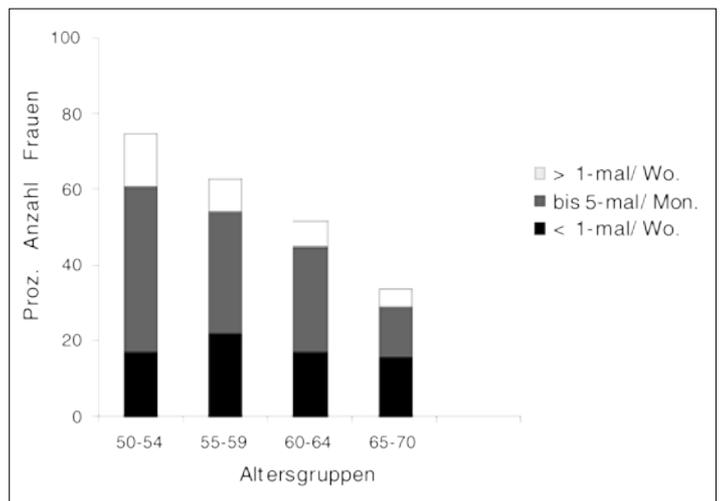


Abb. 2: Sexuelle Aktivität – Koitushäufigkeit, 521 Frauen Alter 50-70



Ein zweiter Frühling – einige Frauen erleben ihre Sexualität befreiter

Einige Frauen fühlen sich durch Entlastungen der Menopause freier in der Sexualität. Der Wegfall der monatlichen Regelblutungen und der Menstruationshygiene, die Befreiung von Verhütungsproblemen und der Furcht vor unerwünschten Schwangerschaften, bei vielen auch der Auszug der Kinder beleben das Sexualleben neu. Diese Frauen genießen mehr Zeit und Spontaneität in der Sexualität, sie müssen keine Rücksicht mehr auf ihre Kinder nehmen.

Das Erleben dieser Frauen hing jedoch auch stark mit einer glücklich eingeschätzten Partnerschaft und nach eigenen Angaben wenig Sexualproblemen in der

Vergangenheit zusammen. Eine Frau, die in der Vergangenheit gelernt hat, ihr Sexualeben zufrieden stellend zu gestalten, genießt es mit größerer Wahrscheinlichkeit auch noch mit zunehmendem Alter.

Zusammenhang zwischen Selbstannahme und befriedigender Sexualität

Sexuelle Freuden auch im Alter haben insbesondere diejenigen Frauen, die eine positive Einstellung zur Sexualität und Interesse an sexuellen Aktivitäten zeigen, wobei es weniger um die Quantität als vielmehr um die Qualität der sexuellen Begegnung geht. Die Ergebnisse zeigten, daß es einen signifikanten Zusammenhang zwischen Selbstannahme und positiver Haltung dem eigenen Körper gegenüber und einer befriedigend erlebten Sexualität bei den befragten Frauen gab. Das setzt sowohl ein stabiles Selbstbewusstsein voraus, sich von den vorherrschenden Schönheitsnormen nicht negativ beeinflussen zu lassen, als auch einen Partner, der die Frau und ihren Körper in sexueller Hinsicht wertschätzt.

Individuelle Erfahrungen können in jeder Phase des Lebens zum Abbruch sexueller Begegnungen oder zu einer neuen Erfahrung und Bereicherung des Sexuallebens führen. Positive Sexualerfahrungen können insbesondere älteren Frauen helfen, sich von negativen gesellschaftlichen Wertmaßstäben nicht entmutigen zu lassen.

Abb. 3: Typologie Sexualität – Typ 5. Die „sexuell emanzipierte“ Frau
14 %, 407 Frauen mit Partner Alter 50-70

- 98 % sind sexuell aktiv
 - Sie ergreifen in der Sexualität häufig die Initiative und übernehmen die aktive Rolle
 - Sie können offen über ihre sexuellen Wünsche und Gefühle reden
 - Sie berichten eine hohe sexuelle Befriedigung
 - Durchschnittsalter 55 Jahre
- Im Vergleich zu früher**
1. Sexuelles Verlangen: gleich
 2. Koitushäufigkeit: gleich häufig
 3. Sexuelle Befriedigung: gleich häufig

Ist ein Wandel im Sexualverhalten älterer Frauen zu erwarten ?

Eine neue Generation von Frauen, die sich von traditionellen Verhaltensmustern stark distanzieren konnten, rückt ins mittlere und höhere Lebensalter vor. Zu den Erfahrungen dieser Frauen gehört die Einführung der „Pille“ in den 60er Jahren, mit der sie ihre reproduktive Biographie selbstbestimmter gestalten konnten, die vermehrte Beteiligung am Berufsleben, die sie unabhängiger (vom Mann) leben ließ und die sexuelle Liberalisierung. Frauen dieser Generation haben sich ihre Rolle in der Gesellschaft neu erkämpft. Dementsprechend wünschen sie sich, nicht aufgrund ihres Älterwerdens benachteiligt und auch nicht als asexuell betrachtet zu werden.

Die Studie gibt Hinweise darauf, daß sich möglicherweise Veränderungen im Bereich des sexuellen Verhaltens der Frauen ergeben haben. Es fand sich eine kleinere Gruppe von so genannten „sexuell emanzipierten“ Frauen zwischen 50 und 65, die über ein äußerst erfülltes und befriedigendes Sexualeben berichteten. Sie sind sexuell besonders aktiv, ergreifen zum Teil häufiger als ihr Partner die Initiative im Sexualeben und übernehmen anstelle des passiven Parts auch immer mehr eine aktive Rolle (siehe Abb. 3).

Bei dieser Gruppe von Frauen fiel auf, daß sie mit ihrem Partner über ihre Sexualität, eigene Bedürfnisse, Wünsche oder Probleme besser sprechen konnten als die übrigen Frauen in der Untersuchungsgruppe. Laut eigenen Angaben hatte sich im Sexualeben dieses insgesamt sehr offenen und kommunikativen Frauentyps im Vergleich zu jüngeren Jahren nichts verändert. Einige unter ihnen befanden sich allerdings noch in einer jüngeren Beziehungsphase oder lebten in räumlicher Distanz zu ihrem Partner.

Wir wissen, dass für Frauen altersunabhängig das Artikulieren und Ausleben eigener sexueller Wünsche vielfach problematisch ist. In jeder Altersgruppe begegnen wir dem Phänomen, dass Frauen Ängste entwickeln können, wenn sie sich in der Sexualität aktiv verhalten:

- ▶ die Angst, gegen tradierte Rollenvorstellungen zu verstoßen,
- ▶ die Angst vor dem eigenen weiblichen Begehren,
- ▶ die Scham, sich zu offenbaren, wenn die eigene Lust größer ist als die des Partners,
- ▶ die Angst vieler Frauen vor Ablehnung und Liebensverlust, wenn sie sich sexuell sehr aktiv zeigen.

Mehr Gesprächsangebote schaffen

Der gesellschaftliche Wandel hat es ermöglicht, dass weibliche Sexualität im Alter überhaupt zur Kenntnis genommen wird. Das beinhaltet auch, mehr über sexuelle Entfaltungsmöglichkeiten älterer Frauen nachzudenken beziehungsweise neue Wertmaßstäbe zu entwickeln. Ebenso wie gleichaltrige Männer, deren Falten und Ergrauen des Haares eher als Zeichen der Reife gelten und die sich zuweilen jüngeren Partnerinnen zuwenden, dürften nun auch Frauen keinen gesellschaftlichen Sanktionen mehr unterliegen, wenn sie sich einen jüngeren Partner suchen. An den demographischen Gegebenheiten, der Feminisierung der älteren Bevölkerung, wird sich wohl kaum etwas ändern, es sei denn, die durchschnittliche Lebenserwartung des Mannes würde sich zukünftig verlängern.

Meines Erachtens mangelt es leider noch an ausreichenden Beratungsangeboten speziell für Ältere. Viele Angebote richten sich gezielt an jüngere Frauen, wenn es beispielsweise um Fragen rund um die Schwangerschaft oder um einen Schwangerschaftsabbruch geht. GynäkologInnen können aber gerade für ältere Frauen wichtige AnsprechpartnerInnen sein; laut den Ergebnissen der Studie spricht aber nur in etwa jede vierte Frau, die in der untersuchten Altersgruppe überhaupt noch einen Frauenarzt/ eine Frauenärztin aufsucht, mit ihm/ihr über sexuelle Fragen. In der Mehrzahl der Fälle sind es dann auch die Frauen selbst, die das Thema ansprechen.

Jede Frau hat eine individuelle Sexualentwicklung und Erfahrungen, ihr Alter allein sagt nichts über ihre Wünsche, sexuellen Bedürfnisse oder Probleme aus. Einfühlsame Aufklärung ist zur Entwicklung von mehr sexueller Selbstbestimmung unabdingbar, um auch im Alter Sexualität lustvoll und befriedigend zu erleben.

Literatur:

- Brähler, E. & Unger, U. (1994): Sexuelle Aktivität im höheren Lebensalter im Kontext von Geschlecht, Familienstand und Persönlichkeitsaspekten – Ergebnisse einer repräsentativen Befragung. *Gerontologie*, 27: 110–116.
- Bucher, T. (2002): Sexualität in der zweiten Lebenshälfte. *Sozial Aktuell*. 21: 6–8.
- Frick-Bruder, V. (1995): Sexuelle Konflikte im Alter. *Z. f. Sexualforschung*, 8: 49–53.
- Froehlich, H.H. (1996): Sexualität im Alter. *Sexualmedizin*, 18: 334–340.
- Rosenmayr, L. (1995): Eros und Liebe im Alter. In Baltes, M.M., L. Montada: *Produktives Leben im Alter*. Campus, 258f.
- Schultz-Zehden, B. (1997): *FrauenGesundheit in und nach den Wechseljahren. Die 1000-Frauenstudie*, Kempkes, 106–116.
- Starr, B. & Weiner, M. (1996): Anhaltend starkes Interesse an Sex. *Psychologie heute*, 23: 28–29.
- Von Sydow, K. (1992): Weibliche Sexualität im mittleren und höheren Erwachsenenalter. Übersicht über vorliegende Forschungsarbeiten: *Zeitschrift für Gerontologie*, 15: 113–119.
- Zank, S. & Baltes, M.M. (1997): Sexualität der älteren Frau. In: Lauritzen, C.: *Altersgynäkologie*. Thieme, 103–111.

Adresse der Autorin

Dr. phil. Beate Schultz-Zehden, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Institut für Medizinische Psychologie, Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin, mail: schuzehd@zedat.fu-berlin.de

XXXIII. Symposion 2004

Institut für Konfliktforschung e.V. Köln, Deutsche Strafverteidiger e.V. Frankfurt/M.
27.03. / 28.03 2004 in Maria Laach (Benediktinerabtei)

Thema: Neue Lust auf Strafen

u.a. angekündigte Referate:

Dr. med. M. Schott – Sadismus oder Angst. Psychoanalytische Gedanken über den Drang zum Wegsperrern

Prof. Dr. med. Leygraf, Dr. rer. nat. Norbert Schalast – Wodurch wird ein Maßregelpatient „schwer entlassbar“? Ergebnisse einer empirischen Untersuchung über Patienten des Maßregelvollzugs gemäß § 63 STGB mit geringen Entlassungsaussichten

Informationen: Fr. Schöpfner 02203-33686, Fax: 02203-34080 oder 02922-7673

Sildenafilzitat (Viagra®) in der Therapie der erektilen Dysfunktion

Tim Schneider, Herbert Sperling, Herbert Rübber

Sildenafil Citrate (Viagra®) in the Therapy of Erectile Dysfunction

Summary

Sildenafil, vardenafil and tadalafil are PDE-5-inhibitors, used for the treatment of male erectile dysfunction. Due to the fact, that sildenafil is available in the USA since spring 1998, clinical data exceed that of the other drugs. Inhibition of phosphodiesterase-typ-5 leads to an increased amount of the intracellular transmitter cGMP, resulting in a relaxation of smooth cavernous muscle in combination with parallel sexual stimulation by NO-release from the cavernous nerves. Sildenafil is available in 25, 50 and 100mg dosage. The starting dosage should not exceed 50mg. In case of renal or hepatic insufficiency or in patients older than 65 years, the starting dosage should be reduced to 25mg. Meals, rich in fat, and alcohol reduce the effect of sildenafil and therefore a 2 hour fasting period is recommended before sildenafil intake. A success rate of 50–80%, referring to all forms of erectile dysfunction can be expected, with better results in patients with psychogenic origin of ED than in patients with severe organic ED. Patients with lesions of the N. erigentes, e.g. following radical prostatectomy, can also be treated sufficiently with sildenafil. The effect of sildenafil in the treatment of sexual dysfunction in females is not clear up to now. In the end, sildenafil treatment leads to good results even over a longer period without reduction in efficacy. Absolute contraindications are parallel intake of nitrates or NO-donators, which may lead to a severe, life-threatening drop in blood pressure.

Keywords: Erectile dysfunction, sildenafil citrate, PDE-5-inhibitors

Zusammenfassung

Für die Therapie der erektilen Dysfunktion des Mannes stehen die PDE-5-Inhibitoren Sildenafil und seit kurzem auch Vardenafil und Tadalafil zur Verfügung. Aufgrund der bereits im Frühjahr 1998 erfolgten Markteinführung in den USA existieren für Sildenafil die meisten klinischen Daten. Durch die Hemmung der Phosphodiesterase-Typ-5, welche cGMP abbaut, kommt es zu einer erhöhten Konzentration dieses intrazellulären Transmitters. Dies führt zu einer Relaxation der kavernen glatten Muskelzellen bei paralleler sexueller Stimulation über die Freisetzung von Stickoxid aus den Nervenendigungen der N. cavernosi. Verfügbare Dosierungen von Sildenafil sind 25, 50 und 100mg. Als Anfangsdosis empfehlen sich 50mg, im Falle einer renalen oder hepatischen Schädigung oder aber einem Alter >65 Jahre sollte mit 25mg begonnen werden. Fettreiche Mahlzeiten und Alkoholgenuss vermindern die Wirkung, so dass eine Nüchternepisode von 2 Stunden vor der Einnahme angeraten wird. Die Erfolgsrate von Sildenafil beträgt 50–80% bei allen Formen der erektilen Dysfunktion, wobei Patienten mit psychogener Ursache stärker profitieren, als solche mit schwerer organischer erektiler Funktionsstörung. Auch bei Patienten mit postoperativer Läsion der Nervi erigentes (z.B. nach radikaler Prostatektomie) lassen sich gute Therapieerfolge erzielen. Der Effekt bei der sexuellen Dysfunktion der Frau ist bislang nicht vollständig geklärt. Die Therapie mit Sildenafil kann in den meisten Fällen erfolgreich über einen längeren Zeitraum ohne Wirkverlust durchgeführt werden. Als absolute Kontraindikation gilt die parallele Einnahme von nitrathaltigen Medikamenten oder NO-Donatoren, da diese in Kombination mit Sildenafil zu einem lebensbedrohlichen Blutdruckabfall führen können.

Schlüsselworte: Erektile Dysfunktion, Sildenafilzitat, PDE-5-Inhibitoren

Einleitung

Die lokale Therapie der erektilen Dysfunktion (ED) durch Prostaglandin E1 (PGE1) mit intrakavernöser, intraurethraler und transdermaler Applikation und die oral applizierbaren, zentralen Pharmaka der erektilen Funktion Apomorphin und Yohimbin wurden im Rahmen dieser Serie bereits dargestellt. Neben den zentralen Medikamenten stehen für die Therapie der erektilen Dysfunktion des Mannes die Phosphodiesterase-Typ-5-Inhibitoren (PDE-5-Inhibitoren) Sildenafil und seit kurzem auch Vardenafil und Tadalafil, zur Verfügung. Aufgrund der Markteinführung in den USA im Frühjahr 1998 existieren für Sildenafil (Viagra®) im Vergleich zu den anderen Substanzen bislang mehr klinische Daten. Sildenafil ist als medikamentöse Therapie der ED in über 110 Ländern weltweit zugelassen und es wurden bislang über 1 Milliarde Tabletten Viagra® verschrieben. Im Rahmen dieses Artikel soll die Substanz Sildenafil in der Therapie der ED gesondert dargestellt werden, wenngleich sie wegen ihrer vasodilatierenden Eigenschaften ursprünglich als kardiovaskuläres Therapeutikum entwickelt wurde. Besondere Berücksichtigung finden Indikationsstellung, Erfolgsraten, Nebenwirkungen und Kontraindikationen.

Pharmakologie

Unselektive Phosphodiesteraseinhibitoren wie Koffein oder Theophyllin sind schon seit Jahren bekannt. Phosphodiesteraseinhibitoren verhindern den intrazellulären Abbau von Phosphodiestern, wie dem zyklischen Adenosinmonophosphat (cAMP) oder dem zyklischen Guanosinmonophosphat (cGMP). Diese beiden zyklischen Nukleotide sind sogenannte „second messenger“ und damit wesentlich an der intrazellulären Informationsübertragung von Hormonen und Neurotransmittern beteiligt. Durch Hemmung ihres Abbaus wird die intrazelluläre Wirksamkeit verstärkt. Es existieren mindestens 11 Phosphodiesteraseuntergruppen, die sich molekulargenetisch, biochemisch als auch aufgrund ihrer Gewebelokalisation unterscheiden. Sildenafil ist ein selektiver PDE-5-Inhibitor, sein Molekulargewicht beträgt 666,7 Dalton (s. Abb. 1). Zur Inhibition anderer Phosphodiesterase-Subtypen werden 10–200fach höherer Sildenafilkonzentrationen benötigt. Die Phosphodiesterase-Typ-5 findet sich im menschlichen Körper hauptsächlich in vaskulären, glatten Muskelzellen (auch den Koronararterien), im kavernenösen Schwellkörpergewebe, der Trachea, den Nieren und in Thrombozyten. Durch die Hemmung dieses Enzyms, welches cGMP abbaut, kommt es zu einer erhöhten Konzentration des intra-

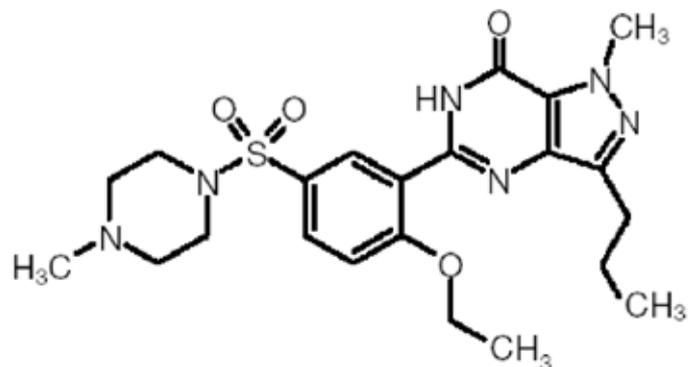
zellulären Transmitters, was schlussendlich zu einer Relaxation der kavernenösen glatten Muskelzellen führt. Notwendig ist eine parallele sexuelle Stimulation um das Stickoxid (NO) aus den terminalen Nervenendigungen freizusetzen. Sildenafil ist ein peripherer Konditionierer der Erektion, ohne diese eigenständig auslösen zu können.

Sildenafil wird schnell resorbiert und erreicht maximale Plasmaspiegel innerhalb von ca. 60 Minuten. Die absolute Bioverfügbarkeit beträgt dabei 40% und kann in Zusammenhang mit stark fettreicher Nahrung vermindert sein. Bei einer Plasmaeiweißbindung von 96% können andere Pharmaka mit hoher Plasmaeiweißbindung zu Arzneimittelinteraktionen durch gegenseitige Verdrängung aus der Plasmaeiweißbindung führen. Die Ausscheidung von Sildenafil erfolgt hauptsächlich hepatisch und die Metabolisierung erfolgt primär durch den Cytochrom-P450-Komplex bzw. dessen Unterform 3A4. Der dabei entstehende aktive Metabolit N-Desmethyl-Sildenafil trägt zu 20% zur Wirkung bei. Klinisch bedeutsame gesteigerte Plasmaspiegel ergeben sich in Kombination von Sildenafil mit Medikamenten oder Nahrungsmitteln, die den Cytochrom-P450-Komplex hemmen, wie z.B. Cimetidin, Erythromycin oder Ketokonazol. Bei einem Alter > 65 Jahren können erhöhte Plasmaspiegel durch eine verminderte Clearance auftreten. Eine eingeschränkte Nierenfunktion wirkt sich erst ab einer glomerulären Filtrationsrate unter 30ml/min relevant aus.

Klinische Erfahrungen

Verfügbare Dosierungen von Sildenafil sind 25, 50 und 100mg. Als Anfangsdosis empfehlen sich 50mg, im Falle einer renalen oder hepatischen Schädigung oder aber bei einem Alter >65 Jahre sollte aufgrund der o.g. Problematik mit 25mg begonnen werden. Gleiches gilt für HIV-Patienten unter Einnahme von Proteaseinhibitoren. Fettreiche Mahlzeiten und Alkoholenuss vermindern die Wirkung von Sildena-

Abb. 1: Strukturformel von Sildenafilzitat



fil, so dass eine Nüchternepisode von 2 Stunden vor Einnahme angeraten wird.

In prä-Marketing Studien wurden Patienten, die eine erektile Dysfunktion im Rahmen eines arteriellen Hypertonus, Diabetes mellitus, Rückenmarksverletzungen, multipler Sklerose, Niereninsuffizienz, Morbus Parkinson, oder bei Depressionen beklagten unter Einbeziehung aller Schweregrade der ED, definiert durch den International Index of Erectile Function (IIEF), untersucht. Die Erfolgsrate von Sildenafil beträgt 50–80%, wobei Patienten mit psychogener Ursache stärker profitieren, als solche mit schwerer organischer erektiler Funktionsstörung (Guay et al. 2001). Auch bei Patienten mit postoperativer Destruktion oder Läsion der Nervi erigentes (z.B. nach radikaler Prostatektomie) lassen sich gute Therapieerfolge erzielen (Montorsi et al. 2003). Die Therapie kann in den meisten Fällen erfolgreich über einen längeren Zeitraum ohne Wirkverlust durchgeführt werden. Die Therapieabbruchrate aufgrund fehlender bzw. abnehmender Wirksamkeit liegt nach 36–52 Wochen Therapie bei 5% (Carson et al. 2002). 70% der Patienten, die vor Markteinführung von Sildenafil SKAT erfolgreich durchführten, können wirksam mit Sildenafil therapiert werden und haben von SKAT auf die für den Patienten angenehmere orale Therapieform gewechselt (Giuliano et al. 2000).

Wirksamkeit bei Patienten mit Diabetes mellitus

Die sekundäre ED ist eine häufige Begleiterkrankung des Diabetes mellitus mit einer Prävalenz von 38% bei Diabetikern im Alter zwischen 20 und 70 Jahren. Die Häufigkeit steigt mit dem Alter und 10 Jahre nach Beginn der Erkrankung beklagen mehr als 50% der Patienten eine ED (Fedele et al. 1998). Die Effektivität von Sildenafil bei Typ I und II Diabetikern beträgt 51–64% und ist bei Typ II Diabetikern ausgeprägter (Rendell et al. 1999, Boulton et al. 2001). Ein Wechsel von der intrakavernösen Injektionstherapie zur PDE-5-Inhibitoren scheint bei Diabetikern insgesamt weniger erfolgreich und die Erfolgchancen sinken mit der Ausprägung und Dauer des Diabetes mellitus und mit der Schwere der ED. Die Nebenwirkungsrate beim Einsatz von Sildenafil bei Diabetikern entspricht der anderer Subpopulationen.

Wirksamkeit bei Patienten mit neurologischen Erkrankungen

Die Prävalenz der ED bei Parkinson-Patienten wird mit 60% angenommen und geht häufig mit einer reduzierten sexuellen Aktivität und sexueller Unzufriedenheit

einher (Singer et al. 1991). Bislang existieren wenig Daten zu diesem Patientengut, dennoch konnte neben einer signifikanten Besserung der ED unter Sildenafil in zwei Studien mit jeweils 10 Patienten auch in einer Studie mit 33 Patienten eine Verbesserung der Erektion bei 85% der Patienten nachgewiesen werden, die parallel zu einer Besserung koexistenter Depressionen führte (Raffaële et al. 2002). Auch bei diesen Männern zeigte sich keine veränderte Nebenwirkungsrate.

Patienten mit multipler Sklerose (MS) weisen in bis zu 90% der Fälle eine Störung der Sexualfunktion mit einer parallelen ED in 80% der Fälle auf, die meist 4–9 Jahre nach Erstdiagnose der MS beginnt und in 70% zu einer Belastung der Partnerschaft führt (Mattson et al. 1995). Auch bei diesen Patienten ist Sildenafil eine sichere und wirksame Therapieoption ohne erhöhte Nebenwirkungsrate, wie in einer placebo-kontrollierten Doppelblindstudie an 217 Männern mit ED und MS nachgewiesen werden konnte, die nach 12 Wochen Therapie eine Verbesserung der Erektionen in 89% der Fälle zeigte (Fowler et al. 1999).

Auch Patienten mit einer ED aufgrund einer Rückenmarksschädigung im Sinne einer kompletten oder inkompletten Querschnittslähmung können von einer Therapie mit Sildenafil profitieren. Insbesondere bei einer erhaltenen erektilen Restfunktion zeigen sich gute Ansprechraten. So konnten Giuliano et al. in einer doppelblinden, placebo-kontrollierten Studie an 178 Patienten mit Querschnittslähmung bei 76% der Patienten eine Verbesserung der Erektion berichten, in der Untergruppe der Patienten mit erektiler Restfunktion sogar bei 78% (Giuliano et al. 1999). Neuere Studien von Hulting et al. und auch Sanchez Ramos et al. mit 178 und 170 Patienten bestätigten diese Daten mit einer Verbesserung der Erektion in bis zu 88%, wobei die Ansprechrate bei einer inkompletten Lähmung höher als bei einer kompletten war und Patienten mit hohem Querschnitt bessere Ansprechraten zeigten als solche mit tiefem Querschnitt (Hulting et al. 2000, Sanchez Ramos et al. 2001). Auch Spina bifida Patienten mit ED können von einer Therapie mit Sildenafil profitieren, was erste Ergebnisse mit einer Verbesserung der Erektionen bei 5 von 8 Männern mit Spina bifida und ED zeigten (Palmer et al. 2000).

Wirksamkeit bei Patienten mit Depressionen

Die ED ist eine häufige Begleiterscheinung bei Patienten mit Depressionen und kann sowohl Folge der Depression oder deren medikamentöser Therapie sein, oder auch als Auslöser der depressiven Symptomatik wirken. Die medikamentöse Therapie mit Sildenafil führt in bis zu 73% der Fälle zu einer Verbesserung der

erektilen Funktion und parallel zu einer Besserung der Depressionen (Seidmann et al. 2001). Serotonin-Reuptake-Inhibitoren (SSRI) werden häufig zur Therapie von Depressionen eingesetzt und können eine ED auslösen. Nurnberg et al. konnten nachweisen, dass Sildenafil unter SSRI-Therapie zu einer signifikanten Verbesserung der erektilen Funktion führt, so dass die Therapie mit SSRI aufgrund der Nebenwirkung ED nicht abgebrochen werden musste (Nurnberg et al. 2001).

Wirksamkeit bei Patienten mit Niereninsuffizienz und nach Nierentransplantation

Die ED ist eine häufige Begleiterscheinung bei zunehmender Niereninsuffizienz und findet sich bei 71% der Hämodialyse- und 80% der Peritonealdialyse-Patienten (Turk et al. 2001). Yenicieroglu et al. konnten eine Zufriedenheitsrate von 80% der Hämodialyse-Patienten und 82% der Peritonealdialyse-Patienten unter Sildenafilgabe nachweisen, was durch die Daten von Seibel et al. mit einer Verbesserung der erektilen Funktion bei 85% der behandelten Hämodialyse-Patienten bestätigt wurde (Yenicieroglu et al. 2002; Seibel et al. 2002). Die ED nach Nierentransplantation tritt in 50–56% der Fälle auf und kann ebenfalls suffizient mit Sildenafil therapiert werden. Erste Daten von Espinoza et al. zeigten eine Verbesserung der erektilen Funktion durch Sildenafil bei 26 von 28 Patienten mit ED nach Nierentransplantation (Espinoza et al. 2002).

Wirksamkeit bei Patienten nach radikaler Prostatektomie

Grundvoraussetzung für die Wirksamkeit von Sildenafil ist die Freisetzung von NO aus den terminalen Nervendigungen der N. cavernosi. Da diese Nerven aufgrund der direkten Nähe der N. erigentes zur Prostata häufig im Rahmen einer radikalen Prostatektomie geschädigt werden, ist ein Erfolg der Sildenafil-Therapie nur bei Patienten mit nervschonender Operationstechnik zu erwarten. Insbesondere eine postoperative Elongation oder Resttumeszenz des Penis lassen einen Therapieerfolg erhoffen. Trotz der o.g. Operationstechnik kommt es im Rahmen der Operation zu einer Neuropraxie, so dass die Therapie mit Sildenafil ggf. erst nach 12–18 Monaten zum Erfolg führt. Schlussendlich werden bei beidseitiger nervschonender Operationstechnik Erfolgsraten von Sildenafil bis zu 80% berichtet, wobei ein Alter < 55 Jahre die besten Resultate verspricht (Montorsi et al. 2001). Ein weiterer Ansatz der Verbesserung der erektilen Funktion postoperativ ist die direkte postoperative kontinuierliche Applikation erektionsfördernder Phar-

maka. Montorsi et al. berichteten bereits 1997 über die direkte postoperative intrakavernöse Applikation von Alprostadil dreimal pro Woche nach nervschonender radikaler Prostatektomie zur Verbesserung der Oxygenierung des kavernösen Gewebes bei 15 Patienten über 3 Monate, von denen 8 Spontanerektionen wiedererlangten (Montorsi et al. 1997). Durch diesen Trainingseffekt konnten in einer aktuellen Studie von Montorsi et al. 52% von 41 Patienten, die allein mit Sildenafil per os zur Nacht nach radikaler Prostatektomie behandelt wurden, 6 Monate postoperativ den vaginalen Geschlechtsverkehr ausüben, die Erfolgsrate ist bei primärem Training mit SKAT über 3 Monate und nachfolgender Sildenafil-Therapie über 3 Monate mit 82% sogar noch höher (Montorsi et al. 2002).

Sildenafil bei der sexuellen Dysfunktion der Frau

Wenngleich Sildenafil als PDE-5-Inhibitor bislang nur für die Therapie der ED des Mannes zugelassen ist, erscheint ein positiver Effekt auch bei der sexuellen Dysfunktion der Frau bei Nachweis von NO-Synthetase und Phosphodiesterase-Typ-5 in Vagina und Klitoris möglich. Bislang existieren zu dieser Thematik aber nur wenig Daten aus Studien mit meist nur geringer Fallzahl. So konnten z. B. Basson et al. in einer plazebo-kontrollierten Studie mit 781 Patientinnen mit sexueller Dysfunktion keinen signifikanten Unterschied von Sildenafil gegenüber Plazebo nachweisen (Basson et al. 2002). Gleiches gilt für die Daten von Kaplan et al., die bei 30 Patientinnen ebenfalls keinen signifikanten Vorteil für Sildenafil erkennen konnten, aber eine Zunahme der vaginalen Lubrifikation und klitoralen Sensitivität beobachtete (Kaplan et al. 1999). Berman et al. haben in einer plazebo-kontrollierten, doppelblinden Studie an 202 Patientinnen mit sexueller Dysfunktion eine signifikant gesteigerte Empfindsamkeit des Genitales und der sexuellen Befriedigung nachweisen können, wobei Patientinnen mit reduzierter Libido weniger profitierten (Berman et al. 2003). Insgesamt bleibt die Datenlage unklar, es scheint aber Hinweise darauf zu geben, dass Sildenafil bei einer Untergruppe von Patientinnen mit sexueller Funktionsstörung positive Effekte erzielen kann. Erste Daten über einen positiven Effekt bei Patientinnen mit sexueller Dysfunktion nach Rückenmarksverletzung, MS oder unter SSRI-Medikation erscheinen erfolgversprechend (Nurnberg et al. 1999; Sipski et al. 2000; Dasgupta et al. 2003).

Nebenwirkungen

Typische Nebenwirkungen bei Sildenafil-Einnahme sind Kopfschmerzen, Flush (Rötung des Gesichts durch Vasodilatation) aber auch Sodbrennen (Relaxation des glattmuskulären gastroösophagealen Sphinkters), Durchfälle, Sehstörungen, verstopfte Nase oder Blutdruckabfall. Diese sind in der Regel nur von kurzer Dauer und führen nur selten zum Therapieabbruch durch den Patienten (Moreira et al. 2000). Die Verträglichkeit von Sildenafil wurde inzwischen in mehr als 50 klinischen Studien evaluiert. In einer aktuellen Studie von Lim et al. mit 1520 Patienten waren o.g. Nebenwirkungen in 14% der Fälle nachzuweisen (Lim et al. 2002). Die wichtigsten Nebenwirkungen des Sildenafil ergeben sich aus dem Wirkmechanismus als Phosphodiesterasehemmstoff. Die unerwünschte Hemmung von Phosphodiesterasen vom PDE-6-Typ gilt als Ursache von Störungen des Farbsehens. Wie die meisten unerwünschten Wirkungen ist auch dies dosisabhängig und wird bei Einnahme von 100 mg in 10% der Fälle berichtet. (Sperling et al. 1999). Aus der glattmuskulären Vasodilatation lassen sich auch die meisten unerwünschten Wirkungen des Sildenafil erklären, über deren Häufigkeit je nach Studie in unterschiedlichem Ausmaß berichtet wurde: Kopfschmerzen in 6–30%, Gesichtsrötung in 1–27%, Dyspepsie in 1–16% und Rhinitis in 1–11% (Gingell et al. 1999).

Kardiovaskuläre Sicherheit

Entgegen der verbreiteten Meinung resultiert der Gebrauch von Sildenafil bei Patienten mit bekannter ischämischer Herzerkrankung nicht zwingend in einer Verschlechterung der kardialen Situation unter Belastung, vielmehr kann sogar die Latenzzeit bis zu peccanginösen Beschwerden bei Anstrengung verlängert werden (Fox et al. 2001; Arruda-Olson et al. 2003). Dennoch muss die Therapie mit Sildenafil bei jedem kardiovaskulär-vorerkrankten Patienten überlegt erfolgen, da vermehrte körperliche Anstrengung bei sexueller Aktivität und vorgeschädigtem Herzen insgesamt ein Gefährdungspotential birgt.

Ausgangspunkt der Debatte über eine möglicherweise erhöhte Mortalität unter Sildenafil war ein Bericht der US-amerikanischen FDA, der 1998 123 Spontanmeldungen über Sildenafil-assoziierte Todesfälle in den USA vorlagen. Mitka erregte 2000 großes Aufsehen mit seinem Beitrag „Some men who take Viagra® die – why?“ (Mitka 2000). Er rechnete die 564 Todesfälle von Männern, denen Viagra® verschrieben wurde, in Korrelation zu den getätigten 11

Millionen Verschreibungen, wobei dies rechnerisch einen Wert von 49 Todesfällen pro 1 Million Verschreibungen ergab. Unter pharmakoepidemiologischen Gesichtspunkten sind diese Berichte über Todesfälle aber nur begrenzt interpretierbar. Befunde neuerer Zeit weisen darauf hin, dass unter sachgemäßer Behandlung mit Sildenafil nicht mit vermehrten Todesfällen zu rechnen ist (Wysowski et al. 2002). Herzinfarkt und Tod sind unter Sildenafil-Therapie nicht häufiger als unter Placebo (Fink et al. 2002). In der Nachanalyse von 53 klinischen Studien mit Sildenafil bezüglich kardiovaskulärer Komplikationen und Todesfälle wurden Herzinfarkte mit und ohne tödlichen Ausgang nicht vermehrt beobachtet (Mittleman et al. 2000). Eine Analyse von 5600 Männern im Alter von 18–90 Jahren (im Mittel 57,4 Jahre) nach Sildenafil-Verschreibung erbrachte keine erhöhte Mortalität oder erhöhte Inzidenz von Koronarschämien (Shakir et al. 2001). Auch für die 19 Sildenafil-assoziierten Toten in der Bundesrepublik Deutschland hat sich kein sicherer Zusammenhang zur Sildenafil-Applikation gezeigt (DÄB2000).

Kontraindikationen

Als absolute Kontraindikation gilt die parallele Einnahme von nitrathaltigen Medikamenten oder NO-Donatoren wie Molsidormin, da diese in Kombination mit Sildenafil zu einem lebensbedrohlichen Blutdruckabfall führen können. Da Nitrate und andere NO-Donatoren den zellulären cGMP-Gehalt erhöhen und Sildenafil dessen Abbau hemmt, kommt es bei deren Kombination zu einem mehr als additiven, teilweise dramatischen Blutdruckabfall. Wysowski et al. fanden bei 130 Toten, die als Folge einer Sildenafil-Medikation gestorben sein sollten, bei 12% eine parallele Nitrat-Medikation (Wysowski et al. 2002) Auch sollte vor allem in Zusammenhang mit missbräuchlicher Sildenafil-Verwendung an die möglicherweise gleichzeitige Einnahme sogenannter „Poppers“ (Amylnitrat) erinnert werden, die ebenfalls zu den Nitraten gehören.

Das American College of Cardiology und die American Heart Association haben zusätzlich zur absoluten Kontraindikation der parallelen Nitrat-Medikation zur extremen Vorsicht bei der Anwendung von Sildenafil bei einigen kardiologischen Befundkonstellationen geraten (s. Tab. 1) (Zusman et al. 1999, Mahmud et al. 2001).

Tab. 1: Leitlinien des American College of Cardiology und der American Heart Association zum zurückhaltenden Einsatz von Sildenafil bei *:

- ▶ Patienten mit aktiver Koronarschämie auch ohne Nitratmedikation
- ▶ Patienten mit Herzinsuffizienz und grenzwertig niedrigem Blutdruck- und Volumenstatus
- ▶ Patienten mit komplizierter medikamentöser Mehrfachtherapie bei arteriellem Bluthochdruck
- ▶ Patienten, die durch parallele Medikation oder eingeschränkte Leber- sowie Nierenfunktion eine verlängerte Halbwertszeit des Sildenafil aufweisen könnend

* nach Zusman et al. 1999 und Mahmud et al. 2001

Schlussfolgerung

Mit dem PDE-5-Inhibitor Sildenafil steht heute eine oral applizierbare, wirkungsvolle therapeutische Option aller Formen der ED zur Verfügung, die die Therapie der ED revolutioniert hat. Sildenafil ist gut verträglich und die Sicherheit wurde in multiplen klinischen Studien nachgewiesen. Dieses entbindet aber den Mediziner nicht von der Pflicht der suffizienten und detaillierten Anamnese und klinischen Untersuchung des Patienten um sowohl körperlichen Schaden von diesem fernzuhalten als auch patientenorientiert zu handeln. Die Kenntnis absoluter Kontraindikationen wie die parallele Gabe von Nitraten und anderen NO-Donatoren mit Lebensgefahr für den Patienten ist unabdingbar. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Sildenafil ein hochwirksames Medikament mit hoher Akzeptanz durch die Patienten ist, welches ein gutes Sicherheitsprofil bei strenger Beachtung von Indikationen und Kontraindikationen aufweist. Die Wirksamkeit von Sildenafil bei der sexuellen Dysfunktion der Frau kann noch nicht abschließend beurteilt werden.

Literatur

- Arruda-Olson, A.M.; Mahoney, D.W.; Nehra, A.; Leckel, M.; Pellikka, P.A. (2002): Cardiovascular effects of sildenafil during exercise in men with known or probable coronary artery disease. *JAMA* 287: 719-725.
- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (2000): Hinweise zur sicheren Verordnung von Sildenafil (Viagra®) *Deutsches Ärzteblatt* 97, Heft 24 vom 16.06, Seite A-1704.
- Basson, R.; McInnes, R.; Smith, M.D.; Hodgson, G.; Koppiker, N. (2002): Efficacy and safety of sildenafil citrate in women with sexual dysfunction associated with female sexual arousal disorder. *J Womens Health Gend Based Med* 11: 376-377.
- Berman, J.R.; Berman, L.A.; Toler, S.M.; Gill, J.M.; Haughie, S. (2003): A placebo-controlled, double-blind trial of sildenafil citrate in women with sexual arousal disorder. *J Urol* 169: A375.
- Boulton, A.J.M.; Selam, J.L.; Sweeney, M.; Ziegler, D. (2001): Sildenafil citrate for the treatment of erectile dysfunction in men with Type II diabetes mellitus. *Diabetologia* 44: 1296-1301.
- Carson, C.C.; Burnett, A.L.; Levine, L.A.; Nehra, A. (2002): The efficacy of sildenafil citrate (Viagra) in clinical populations: an update. *Urology* 60: 12-27.
- Dasgupta, R.; Wiseman, O.J.; Fowler, C.J. (2003): Viagra for women with neurogenic female sexual dysfunction. *J Urol* 169: A1420.
- Espinoza, R.; Melchor, J.L.; Gracida, C. (2002): Sildenafil (Viagra) in kidney transplant recipients with erectile dysfunction. *Transplant Proc* 34: 408-409.
- Fedele, D.; Coscelli, C.; Santeusano, F.; Bortolotti, A.; Chatenoud, L.; Colli, E.; Landoni, M.; Parazzini, F. (1998): Erectile dysfunction in diabetic subjects in Italy. *Gruppo Italiano Studio Deficit Erettile nei Diabetici. Diabetes Care* 21: 1973-1977.
- Fink, H.A.; MacDonald, R.; Rutks, I.R.; Nelson, D.B.; Wilt, T.J. (2002): Sildenafil for male erectile dysfunction. A systematic review and metaanalysis. *Arch Intern Med* 162: 1349-1360.
- Fowler, C.J.; Miller, J.; Sharief, M. (1999): Viagra (sildenafil citrate) for the treatment of erectile dysfunction in men with multiple sclerosis. *Ann Neurol* 46: 497.
- Fox, K.; Thadani, U.; Ma, P.T.S.; Nash, S.D.; Keltai, M. (2001): Time to onset of limiting angina during treadmill exercise in men with erectile dysfunction and stable chronic angina: effect of sildenafil citrate. *Circulation* 104 (Suppl): 2841.
- Gingell, C.; Buvat, J.; Jardin, A.; Olsson, A.M.; Dinsmore, W.W.; Maytom, M.C.; Orr, M.M.; Smith, M.D.; Osterloh, I.H. (1999): Sildenafil citrate (VIAGRA), an oral treatment for erectile function: 1-year, open-label, extension studies. *Multicentre Study Group. Int J Clin Pract Suppl* 102:30-31.
- Giuliano, F.; Hulting, C.; el Masry, W.S.; Smith, M.D.; Osterloh, Orr, M.; Maytom M. (1999): Randomized trial of sildenafil for the treatment of erectile dysfunction in spinal cord injury. *Ann Neurol* 46: 15-21.
- Guay, A.T.; Perez, J.B.; Jacobson, J.; Newton, R.A. (2001): Efficacy and safety of sildenafil citrate for treatment of erectile dysfunction in a population with associated organic risk factors. *J Androl* 22: 793-797.
- Guiliano, F.; Montorsi, F.; Mirone, V.; Rossi, D.; Sweeney, M. (2000): Switching from intracavernous prostaglandin E1 injections to oral sildenafil citrate in patients with erectile dysfunction: results of a multicenter European study. *J Urol* 164: 708-711.
- Hulting, C.; Giuliano, F.; Quirk, F.; Pena, B.; Mishra, A.; Smith, M.D. (2000): Quality of life in patients with spinal cord injury receiving Viagra (sildenafil citrate) for the treatment of erectile dysfunction. *Spinal cord* 38: 363-370.
- Kaplan, S.A.; Reis, R.B.; Kohn, I.J.; Ikeguchi, E.F.; Laor, E.; Te, A.E.; Martins, A.C. (1999): Safety and efficacy of sil-

- denafil in postmenopausal women with sexual dysfunction. *Urology* 53: 481-486.
- Lim, P.H.; Li, M.K.; Ng, F.C.; Chia, S.J.; Consigliere, D.; Gooren, L.; NG, K.K.; Munisamy, M.; Perianan, M. (2002): Clinical efficacy and safety of sildenafil citrate (Viagra) in a multi-racial population in Singapore: a retrospective study of 1520 patients. *Int J Urol* 9: 308-315.
- Mahmud, A.; Hennessy, M.; Feely, J. (2001): Effect of sildenafil on blood pressure and arterial wave reflection in treated hypertensive men. *J Hum Hypertens* 15: 707-713.
- Mattson, D.; Petrie, M.; Strivastava, M.; McDermott, M. (1995): Multiple sclerosis and its response to medication. *Arch Neurol* 52: 862-868.
- Mitka, M. (2000): Some men who take Viagra die – why?. *JAMA* 285: 590-593.
- Mittleman, M.A.; Glasser, D.B.; Orazem, J.; Collins, M. (2000): Incidence of myocardial infarction and death in 53 clinical trials of Viagra (sildenafil citrate). *J Am Coll Cardiol (Supp)* 35: 302.
- Montorsi, F.; Deho, F.; Salonia, A.; Cestari, A.; Guazzoni, G.; Rigatti, P.; Stief, C.G. (2003): Pharmacological management of erectile dysfunction. *BJU Int* 91: 446-454.
- Montorsi, F.; Guazzoni, G.; Strambi, L.F.; Da Pozzo, L.F.; Nava, L.; Rigatti, P.; Pizzini, G.; Miani, A. (1997): Recovery of spontaneous erectile function after nerve-sparing radical prostatectomy with and without early intracavernous injections of alprostadil: results of a randomised prospective trial. *J Urol* 158: 1408-1410.
- Montorsi, F.; Salonia, A.; Barbieri, L.; Maga, T.; Zanoni, M.; Raber, M.; Bua, L.; Cestari, A.; Guazzoni, G.; Rigatti, P. (2002): The subsequent use of I.C. alprostadil and oral sildenafil is more efficacious than sildenafil alone in nerve sparing radical prostatectomy. *J Urol (Suppl)* : A 1098.
- Montorsi, F.; Salonia, A.; Zanoni, M.; Colombo, R.; Pompa, P.; Rigatti, P. (2001): Counselling the patient with prostate cancer about treatment-related erectile dysfunction. *Curr Opin Urol* 11 : 611-617.
- Moreira, S.G.; Brannigan, R.E.; Spitz, A.; Orejuela, F.J.; Lipshultz, L.I.; Kim, E.D. (2000): Side effect profile of sildenafil citrate (Viagra) in clinical practise. *Urology* 56: 474-476.
- Nurnberg, H.G.; Gelenberg, A.J.; Hargreave, T.B.; Harrison, W.M.; Siegel, R. (2001): Efficacy of sildenafil citrate for the treatment of erectile dysfunction in men taking serotonin reuptake inhibitors. *Am J Psychiatry* 158: 1926-1928.
- Nurnberg, H.G.; Hensley, P.L.; Lauriello, J.; Parker, L.M.; Keith, S.J. (1999): Sildenafil for women patients with antidepressant-induced sexual dysfunction. *Psychiatr Serv* 50: 1076-1078.
- Palmer, J.S.; Kaplan, W.E.; Firlitt, C.F. (2000): Erectile dysfunction in patients with spina bifida is a treatable condition. *J Urol* 164: 958-961.
- Raffaele, R.; Vecchio, I.; Giammusso, B.; Morgia, G.; Brunetto, M.B.; Rampello, L. (2002): Efficacy and safety of fixed-dose oral sildenafil in the treatment of sexual dysfunction in depressed patients with idiopathic Parkinson's disease. *Eur Urol* 41: 382-386.
- Rendell, M.S.; Raifer, J.; Wicker, P.A.; Smith, M.D. (1999): Sildenafil for the treatment of erectile dysfunction in men with diabetes. *JAMA* 281 : 421-426.
- Sanchez Ramos, A.; Vidal J.; Jauregui, M.L.; Barrera, M.; Recio, C.; Giner, M.; Toribio, L.; Salvador, S.; Sanmartin, A.; de la Fuente, M.; Santos, J.F.; de Juan, F.J.; Moraleda, S.; Mendez, J.L.; Ramirez, L.; Casado, R.M. (2001): Efficacy, safety and predictive factors of therapeutic success with sildenafil for erectile dysfunction in patients with different spinal cord injuries. *Spinal cord* 39: 637-643.
- Seibel, I.; Poli de Figueiredo, C.E.; Teloken, C.; Morales, J.F. (2002): Efficacy of oral sildenafil in hemodialysis patients with erectile dysfunction. *J Am Soc Nephrol* 13: 2770-2775.
- Seidmann, S.N.; Roose, S.P.; Menza, M.A.; Shabsigh, R.; Rosen, R.C. (2001): Treatment of erectile dysfunction in men with depressive symptoms: results of a placebo-controlled trial with sildenafil citrate. *Am J Psychiatry* 158: 1623-1630.
- Shakir, S.A.W.; Wilton, L.V.; Bashier, A.; Layton, D.; Heeley, E. (2001): Cardiovascular events in users of sildenafil: results from first phase of prescription event monitoring in England. *BMJ* 322: 651-652.
- Singer, C.; Weiner, W.J.; Sanchez-Ramos, J.R.; Ackermann M. (1991): Sexual dysfunction in patients with Parkinson's disease. *J Neurosurg Psychiatry* 54: 942.
- Sipski, M.L.; Rosen, R.C.; Alexander, C.J.; Hamer, R.M. (2000): Sildenafil effects on sexual and cardiovascular responses in women with spinal cord injury. 55: 812-815.
- Sperling, H.; Michel, M.C.; Rübber, H. (1999): Sildenafil (Viagra) Verträglichkeit, Kontraindikationen, Arzneimittelinteraktionen. *Urologe A* 38: 124-127.
- Turk, S.; Karalezli, G.; Tonbul, H.Z.; Yildiz, M.; Altintepe, L.; Yildiz, A.; Ye, M. (2001): Erectile dysfunction and the effects of sildenafil treatment in patients on haemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Nephrol Dial Transplant* 16: 1818-1822.
- Wysowski, D.K.; Farinas, E.; Swartz, L. (2002): Comparison of reported and expected deaths in sildenafil (Viagra) users. *Am J Cardiol* 89: 1331-1334.
- Yenicieroglu, Y.; Kefi, A.; Aslan, G.; Cavdar, C.; Esen, A.A.; Camsari, T.; Celebi, I. (2002): Efficacy and safety of sildenafil for treating erectile dysfunction in patients on dialysis. *BJU* 90: 442-445.
- Zusman, R.M.; Morales, A.; Glasser, D.B.; Osterloh, I.C. (1999): Overall cardiovascular profile of sildenafil citrate. *Am J Cardiol* 83: 35C-44C.

Adresse der Autoren

Dr. med. Tim Schneider, Dr. med. Herbert Sperling, Prof. Dr. med. Dr. h.c. Herbert Rübber, Urologische Universitätsklinik Essen, Hufelandstr. 55, 45122 Essen, mail: tim.schneider@uni-essen.de

Menstruation – Aspekte einer kulturellen Deutungsgeschichte

Annegret Künzel

Menstruation – Aspects of a Cultural History

Die Geschichte der Menstruation steht in engem Zusammenhang mit der Geschichte der weiblichen Schwäche. Bereits die medizinischen Schriften der griechischen Antike beschreiben das periodische Bluten der Frau als Minderwertigkeit gegenüber der Konstitution des Mannes. Die Vorstellung, dass der weibliche Körper vom männlichen abweicht, was paradigmatisch auch die Menstruation symbolisiert, war in der christlich-abendländischen Geschichte stets vom Bild weiblicher Unzulänglichkeit begleitet. Insofern der männliche Körper die Norm verkörperte, wurde dem weiblichen Körper die Abweichung davon, somit das Mangelhafte, Versehrte zugewiesen.

Die Menstruation als *das* herausragende Merkmal der Differenz beider Körper und *das* Symbol für weibliche Minderwertigkeit wurde so zu einem Fixpunkt, an dem sich die symbolische Ordnung der Geschlechter in medizinischen, philosophischen oder theologischen Diskursen immer wieder neu befestigen ließ – was nachfolgend anhand historischer Darstellungen der Menstruation gezeigt werden soll.

Vom „gewohnten Fluß“ zur „Reinigung von schlechtem Blute“

Die antike Säftelehre beschrieb Gesundheit als Folge eines Gleichgewichts von Körpersäften. Allerdings erschien die Frau dem Mann gegenüber als überfeuchtes Wesen, in dem durch einen Säfteüberschuß die beständige Gefahr zu Fäulnis und Zersetzung besteht, gehen die schädlichen Körpersäfte nicht regelmäßig ab. Denn die Frau wurde von weniger dichter, weniger starker Konstitution als der Mann gedacht, woraus gefolgert wurde, dass sich das lockere weibliche Gewebe leichter mit Nässe vollzusaugt.

Aus dieser Sicht diente die Menstruation der Gesunderhaltung – als monatliche Reinigung befreite sie wie ein natürlicher Aderlaß von überflüssigem Geblüt

und stellt das Gleichgewicht der Körpersäfte wieder her (vgl. Fischer-Homberger 1979: 49)

Für die Fortpflanzung hingegen schien die überfeuchte Beschaffenheit der Frau als überaus dienlich. Hier wurde angenommen, dass das Ungeborene sich während der Schwangerschaft von dem überflüssigen Menstrualblut ernährt und bei der Laktierenden das Blut zur Herstellung von Milch verwendet wird. Als problematisch galt lediglich, dass die schädlichen Bestandteile des Blutes vom Ungeborenen nicht aufgenommen wurden und deswegen das Wohlergehen der Schwangeren bedrohten (vgl. ebd. 1988: 50, 220). Der antiken Auffassung nach, mangelte dem Menstrualblut als wesentlichem weiblichen Fortpflanzungsbeitrag jedoch eine gewichtige Eigenschaft, über die nur der Mann verfügte: die Fähigkeit, das Ungeborene zu beseelen. Im Gegensatz zum weiblichen Samen, der Materie, war der männliche Same in der Lage, das weibliche Material mit Geist zu versehen und somit überhaupt eine Belebung herbeizuführen (vgl. Balme 1990: 20ff., Laqueur 1992: 48ff.).

Das Mittelalters erklärte die Frau nicht nur zum körperlich und geistig schwachen Geschlecht, wie schon die Antike, sondern auch zum moralisch verwerflichen und spirituell minderwertigen. Besonders ihre Körperlichkeit – die sich in Sexualität, Menstruation und Geburt ausdrückt –, erschien als Ursache für die Vertreibung der Menschheit aus dem Paradies. Die Menstruation wurde zum Sündenmal, zum Fluch Gottes für Evas (sexuelle) Verführungskraft. Dies verband sich mit der antiken Auffassung, vom Menstrualblut als weiblichen Zeugungsbeitrag, sodass dessen nutzlose Verschwendung als weitere Sünde, die wider den göttlichen Auftrag zur Vermehrung, erschien.

Fast allen Kulturen spielt das Menstrualblut eine symbolisch aufgeladene Rolle: Es steht für Fruchtbarkeit, ihm werden magisch-heilbringende Kräfte zugeordnet, gleichzeitig gilt es aber auch als faulig und unsauber (vgl. von Braun 2001: 609, Martin 1989: 49). Der fruchtbare Charakter des Menstrualblutes etwa kommt bis in das frühe Mittelalter in den Abbildungen des gekreuzigten Jesus zum Ausdruck, dessen zunächst weiblich konnotierte blutende Wunden oft in Verbindung mit seinem Schoß stehen. Später erfolgt von der Transsubstantiationslehre her eine geschlecht-

liche Umkodierung, nach der das Blut des Erlösers auch ohne Verweis auf Weiblichkeit als fruchtbar und heilsam gilt: „Der *Geschlechtswandel*, den die Symbolik des Blutes im Mittelalter durchlief – er beinhaltete, dass sich das Blut als Symbol von Fruchtbarkeit nicht auf Weiblichkeit, sondern auf das Heilswerk des Erlösers bezog – hatte die *Dämonisierung* des Menstruationsblutes zur Folge.“ (von Braun 2001: 369)

Die Rezeption der von den Arabern entwickelten Pharmazie und Toxikologie führte im Mittelalter zu einem chemisch-toxikologischen Verständnis des Menstrualblutes und betonte seine Giftigkeit (vgl. Fischer-Homberger 1979: 56f.), eine Überzeugung, die noch 1920 mit der „Entdeckung“ des sog. Menstrualgiftstoffs Menotoxin durch Bela Schick wissenschaftlich befestigt wurde und sich bis in die 50er Jahre hielt. Nicht nur der böse Zauber und die Schädlichkeit des Blutes waren nun zu meiden, sondern auch die giftige, menstruierende Frau, deren Körper in nun das Unreine symbolisierte. Die Verehrung der fruchtbringenden Wirkung des Menstrualblutes schlug um zu einer Angst vor seinen magischen Kräften.

Im späten 15. und 16. Jahrhundert führte die Assoziation von Gift mit Weiblichkeit dazu, das weibliche Blut zur Ursache zahlreicher Krankheiten zu erklären. Für Paracelsus etwa galt es als giftiger als jedweder andere Stoff auf Erden; er postuliert, dass durch Menstrualblut die Liebeskrankheit hervorgerufen wird, bei der das Blut „in geradezu exemplarischer Weise das materielle Gift und den immateriellen Zauber“ (zit.n. Fischer-Homberger 1979: 58f) in sich vereinigt. Gleichzeitig hielt sich weit über das Mittelalter hinaus in den medizinischen Lehren wie auch im volkstümlichen Aberglauben die Vorstellung von der Fruchtbarkeit und Heilkraft des Menstrualblutes. Die Blutung selbst galt im Mittelalter nicht als schädlich, vielmehr ihr Ausbleiben als monatliche Reinigung. „Bis ins 19. Jahrhundert gab es eine Vielzahl von Heilmitteln, die die Menstruation herbeiführen sollten, wenn sie nicht von sich aus eintrat oder ins Stocken geriet.“ (Martin 1989: 49) Noch bis ins 18. Jahrhundert gehört das Fließen des Blutes zum Wohlsein von Frauen und Männern. (vgl. Duden 1991: 100).

Bis ins 18. Jahrhundert hinein galten weiblicher und männlicher Körper analog zu antiken Vorgabe strukturell als identisch, wobei der Mann das vollkommene Wesen zu sein schien, da dessen Genitalien nach außen treten und nicht wie bei der Frau mangels vitaler Hitze während des Wachstums im Mutterleib im Körperinnern zurück behalten werden.

Der Versuch des neu entstandenen Bürgertums, sich sozial zu positionieren, die damit verbundene Verunsicherung über das Geschlechterverhältnis und die Suche nach wahrer Männlich- bzw. Weiblichkeit

führten dazu, die gesellschaftlich ungleichen Rollen der Geschlechter als „notwendig“ zu rechtfertigen. Dementsprechend konnte der „objektive“ Blick des Anthropologen die soziale Hierarchisierung in der Verschiedenheit der geschlechtlichen Grundstrukturen ablesen (vgl. Laqueur 1992, Honegger 1996). Ein wesentlicher Schwerpunkt lag darauf, die körperliche und geistige Minderwertigkeit der Frau und ihrer daraus abgeleiteten gesellschaftlichen Rolle zu beweisen: „Es gibt also gegen Ende des 18. Jahrhunderts so etwas wie eine genuine politische „Männerbewegung“ mit dem Ziel, den Einfluß der Frauen und Damen auf Staat und Gesellschaft einzudämmen.“ (Honegger 1996: 53) Männer wurden mit Kulturentwicklung und Zivilisation assoziiert, Frauen mit Natur. Sie schienen damit der permanenten Gefahr ausgesetzt, durch zivilisatorische Vergnügungen, einen üppigen Lebensstil und allzu strenge Sexualerziehung sowohl ihren natürlichen weibliche Charakter zu verlieren wie auch den Leib zu verbilden. Zugleich galten sie auf Grund ihrer „naturhaften“ unkontrollierten Leidenschaften als gefährlich, konnten so aber auch der wissenschaftlichen Beherrschung unterworfen werden. Menstruation erschien in den Debatten des 18. Jahrhunderts demnach als Zivilisationsschaden, dem „naturnahe“, mithin wenig gebildete Frauen unterer sozialer Schichten, nicht im selben Maße ausgeliefert schienen wie Frauen höherer Schichten (vgl. Fischer-Homberger 1979).

Die wissenschaftliche Vorstellung von der Geschlechterdualität trug unter anderem dazu bei, männlich-assoziierte Tätigkeiten, wie etwa geistige Arbeit, für Frauen als unnatürlich und damit als schädlich erscheinen zu lassen. Denn dementsprechend litten Frauen als Folge übermäßigen Denkens an besonders heftigen und starken Blutungen.

Damit war erstmals ein Krankheitscharakter der Menstruation formuliert, nicht mehr nur für das Blut, sondern auch für den Vorgang, für den es in den zeitgenössischen medizinischen Lehren keine Entsprechung im männlichen Körper gab. Die Menstruation symbolisierte damit eine körperliche und geistige Minderwertigkeit der Frau, die ihrer Positionierung in der gesellschaftlichen Hierarchie der Geschlechter entsprach.

„Gründliche gesundheitliche Schädigung“

Im Verlauf des 19. Jahrhunderts wurde die traditionelle Dichotomie des Christentums, die Männlichkeit mit Geistigkeit und Weiblichkeit mit Fleischlichkeit verknüpfte, aufgebrochen und umgekehrt. Dem neuen Bild von Weiblichkeit eigneten dabei Eigenschaften

von Blutleere, Unnatürlichkeit und krankhafter Geistigkeit, verbunden mit einem defizienten Geschlechtstrieb. Ausdruck der weiblichen Versehrtheit war die nun als krankhaft bezeichnete regelmäßige Blutung. „Die Autoren des 19. Jahrhunderts wurden nicht müde zu betonen, dass die Menstruation schwächend wirke und die Lebenskraft und Aktivität von Frauen stark beeinträchtige.“ (Martin 1989: 53.)

Die in scheinbar neutraler Wissenschaftssprache gehaltenen Beschreibungen des Blutungsvorgangs verwiesen mit ihren an Kriegsberichterstattung erinnernden Formulierungen von Zerstörung, klaffenden Wunden oder Verlust auf ungeheuerliche Kräfte, die im weiblichen Unterleib jedweder Kultur entgegenwirken und nicht überformbar schienen. „Die sozialen Eigenschaften von Frauen schienen in Blut und Geronnenem und in zyklischem Wüten geschrieben, das sich durch Kultur kaum in Schranken halten ließ.“ (Laqueur 1992: 242).

Den Bildern von einer periodischen Verletzung der weiblichen Lebenskraft und dem Leiden der Frauen lagen medizinische Metaphern zu Grunde, die den Körper und seine Vorgänge als Gewinn und Verlust im ökonomischen Sinne beschrieben (vgl. Martin 1989: 52f.). Die Menstruationsblutung erschien dabei als ein unangemessener Energieverbrauch, für den es keine äquivalente Einnahme gab. Nicht zuletzt konnten unter Hinweis auf die desolate körperliche Verfassung der Frau während der Menstruation jegliche emanzipatorische Bestrebungen zurückgewiesen werden.

Bis in das 20. Jahrhundert hinein blieb die schädliche Wirkung der Menstruation das entscheidende Argument gegen eine geistige Tätigkeit von Frauen und gegen öffentlichen Aktivitäten. Dabei wurde der weibliche Körper nicht nur für die Menstruierende selbst zu einer Gefahr erklärt, durch die postulierte geistige Unzurechnungsfähigkeit galten Frauen auch als Bedrohung für ihre Umwelt.

Nachdem Eduard Pflüger seine Reflexlehre aufgestellt hatte, rückte die Menstruation in den Umkreis von Nervosität und Nervenerkrankungen. Pflüger zufolge lösten gewaltige Eruptionen der chronisch überreizten schwachen weiblichen Nerven den Eisprung und die Menstruation aus (vgl. Fischer-Homberger 1979: 72ff.). Die Menstruation als physiologische Geistesstörung wurde zum psychiatrischen Phänomen, über das der Psychiater Richard von Krafft-Ebing die „Untersuchungen über Irresein zur Zeit der Menstruation“ verfaßte. Einige Ärzte forderten sogar einen speziellen Schutz und ausschließlich Ruhe für Menstruierende, was zwar eine willkommene monatliche Rückzugsmöglichkeit bot, aber die Überzeugung von der weiblichen Minderwertigkeit erneut stützte. Ausgeschlossen blieben natürlich Frauen, die nicht den

bürgerlich-gehobenen Schichten angehörten. Ihren Niederschlag fand diese Auffassung auch in der forensischen Psychiatrie, indem bestimmte, von menstruierenden Frauen begangene Verbrechen, wie etwa Kindsmord oder Brandstiftung, mit Verweis auf die fehlende geistige Integrität der Täterin weniger streng geahndet wurden. (vgl. Fischer-Homberger 1979: 73ff)

Der enorme Symbolwert der Menstruation für die weibliche Schwäche verlor sich mit der Entdeckung der hormonellen Zusammenhänge des Gebärmutter-schleimauflauf- und -abbaus. In den Jahren während und zwischen den beiden Weltkriegen verlangte die Arbeitsmarktlage den vermehrten körperlichen Einsatz von Frauen, der keine Rücksicht auf monatliches Unwohlsein zuließ. Beschwerden während der Menstruation wurden auf überkommene Tabus zurückgeführt. In den 1920er Jahren konnte nachgewiesen werden, dass Menstruation und Eisprung, also weibliche „Brunst“, zeitlich nicht zusammenfallen. Damit verlor auch die Auffassung von der weiblichen Geistesstörung während der Menstruation erheblich an Bedeutung. Weitere wissenschaftliche Entdeckungen ließen den Abortcharakter verblassen und führten zu neuen Methoden hormoneller Verhütung. „Mit dem Aufschwung der Endokrinologie hat das Hormon als Träger genereller Betrachtungen über ‚die Frau‘ die Menstruation etwas abgelöst und verdrängt.“ (Fischer-Homberger 1979: 81). Die Menstruation geriet aus dem Fokus wissenschaftlichen Interesses und wurde in den privaten Raum abgedrängt. Die geistige und körperliche Minderwertigkeit der Frau gegenüber dem Mann, die die Vorstellungen über Menstruation bestimmte, wurde aus der offiziellen wissenschaftlichen Diskussion weitgehend ausgeschlossen.

Von „Krankheit“ und „Tabu“ zum heutigen Frauenbild

In den gegenwärtigen Diskussionen um Geschlechterverhältnisse und Vergesellschaftung von Frauen kommt der Menstruation nach wie vor konstitutive Bedeutung zu. Dabei steht einer schulmedizinisch- bzw. psychologischen Diskussion, die fortschrittsgläubig auf einen naturwissenschaftlichen Wissenszuwinn baut, eine feministisch geprägte kultur- und sozialwissenschaftlichen Betrachtungsweise gegenüber, die eher darauf abhebt, wie gesellschaftliche Vorstellungen und Deutungen das subjektive, physische und psychische Erleben der Menstruation formen.

Frühere Denkweisen, die das Menstrualblut für giftig hielten und die Menstruation selbst als Verschwendung und Krankheit werteten, sind auch in

heutige medizinische und populärmedizinische Abhandlungen eingeschrieben. So stellen diese den Zyklus oft als einen hierarchisch strukturierten Ablauf dar, der vom Hypothalamus dominiert wird (vgl. Martin 1989: 60ff.), der in der Perspektive einer Empfängnis aber zwangsläufig als Verfehlung und Verschwendung und somit negativ besetzt, erscheinen muss. Kommt es nicht zur Einnistung eines befruchteten Eis, symbolisiert das Menstrualblut eine sinnlose, schiefgelaufene Produktion: „Alle mir bekannten Lehrbücher der Physiologie beschreiben Menstruation als einen Prozeß der Zerstörung, der Reparaturen erforderlich macht“. (Martin 1989: 72)

Auch nachdem die Menstruation auf eine hormonale Stimulation der Gebärmutter Schleimhaut beim Ausbleiben einer Empfängnis zurückgeführt wurde, haftet ihr nach wie vor ein pathologischer Zug an, etwa in Hinblick auf das prämenstruelle Syndrom und der Dysmenorrhoe. (vgl. Zinn-Thomas 1997: 18)

Zwar gibt es hinsichtlich der determinierenden Faktoren, die häufig im organischen oder psychischen Bereich gesucht werden, und einer effektiven Therapie keine Einigkeit, doch zeichnet sich ein Paradigmenwechsel ab, insofern nicht mehr nach allgemeingültigen und intersubjektiven Normen gesucht wird, sondern individuelle Unterschiede im Erleben berücksichtigt werden (vgl. ebd.: 11). Kritik an Tabuisierungen der Menstruation und an den negativen Vorurteilen, die im sozialen Umfeld der Mädchen und Frauen verankert sind und ein positives Erleben erschweren, kommt daher auch von psychologischen Ansätzen.

Gemeinsam ist all den naturwissenschaftlich orientierten Ansätzen die Annahme, überlieferte Vorstellungen über die Menstruation lassen sich mittels medizinischen Wissensgewinn überwinden, der zu einem enttabuisierten Umgang mit Menstruation führt.

Von Seiten der kulturellen Feminismen wird insbesondere die assoziative Verbindung von Menstruation und Krankheit kritisiert. „Sollte die Menstruation selbst ein pathologischer Zustand sein, wenn tatsächlich 70–90% der Frauen unter ihm leiden, dann existiert in diesem Bereich jedoch kein Bild von Gesundheit mehr, vor dessen Hintergrund man Krankheit definieren könnte.“ (Hohage 1998: 265 f.) Statt dessen wird danach gefragt, ob massenhaft auftretenden Menstruationsbeschwerden nicht vielmehr Ausdruck weiblicher Rollenkonflikte sind und ob nicht kulturelle und soziale Hintergründe von der traditionellen Forschung zu wenig berücksichtigt werden (vgl. ebd.: 198f). Doch auch ein solch kritischer Ansatz geht von einer hormonellen und psychischen Verursachung der Menstruationsschmerzen aus, indem darauf verwiesen wird, die Beschwerden seien zwar weitgehend hormonell verursacht, die Bildung von Hormonen oder hor-

monähnlicher Substanzen sei aber stark von der seelischen Verfassung abhängig. (vgl. Corazza/Ernst 1987: 104) Damit rekurren auch die feministischen Darstellungen darauf, dass der Körper die Frauen in ihrem sozialen Verhalten bestimmt. Gerade hinsichtlich der Menstruation wären sie letztlich auf ihren Körper zurückgeworfen, etwa durch die „Hirnanhangsdrüse, welche die Vermittlerrolle zwischen seelischen Problemen und existenziellen Nöten auf der einen Seite und der Funktionsfähigkeit der Eierstöcke auf der anderen Seite spielt“ (Hering/Maierhof 2002: 120). Indem ein solcher feministische Ansatz von einer möglichen Leistungsminderung von Frauen im Zusammenhang mit Menstruation ausgeht (vgl. ebd. 86f), wird damit genau jenes normierende Rollenbild der „schwachen“ Frau gestärkt, das eigentlich überwunden werden soll.

Die zahlreichen Hygienemaßnahmen, die menstruierten Frauen nahe gelegt werden, greifen auf frühere Vorstellungen von der Schädlichkeit des Menstrualblutes zurück. Nicht nur in der Werbung für Hygieneartikel, sondern auch in den Alltagsvorstellungen der meisten Frauen wird beim Umgang mit Menstrualblut besonderer Wert auf Sicherheit, (tabuisierende) Diskretion und Sauberkeit gelegt. (vgl. Zinn-Thomas 1997: 222ff)

In Bezug auf das unübersichtliche Angebot an Hygieneartikeln lassen sich zwei gegensätzliche feministische Positionen benennen: Die eine vermutet eine neuerliche Disziplinierungsstrategie, die den weibliche Körper der männlichen, linear verfügbaren Körpernorm angleicht, die andere sieht in der bunten Vielfalt die Chance, den unterschiedlichen Arten die Menstruation zu erleben, überhaupt angemessen Rechnung zu tragen.

Da die Menstruation öffentlich gemeinhin nicht thematisiert wird, ist von feministischer Seite oft von einem Menstruationstabu die Rede. Dabei wird die Vorstellung evoziert, der ursprüngliche und natürliche Umgang mit der Menstruation in sog. „archaischen“ Gesellschaften sei im christlichen Abendland kulturell überformt worden. Der Ansatz beschreibt Frauen als hilflose und passive Wesen, die von Männern und von einer männlich dominierten Wissenschaft unterdrückt werden und imaginiert zugleich eine idealisierte Vergangenheit, in der Menstruation noch nicht durch den naturwissenschaftlichen Erkenntniszugewinn tabuisiert gewesen sei (vgl. Hering/ Maierhof 2002: 18).

Die schulmedizinische Seite hingegen unterstellt Frauen oft indirekt „ein mangelndes Sexualaufklärungswissen sowie ein Festhalten an überkommenen (abergläubischen) Vorstellungen und eine mangelnde Offenheit und Aufgeschlossenheit gegenüber neuen Erkenntnissen und Fortschritt“ (Zinn-Thomas 1997:

230). Kritisiert wird ebenfalls, daß mit der Verlagerung von Menstruation aus der öffentlichen Sphäre in den privaten Bereich und mit der Fokussierung auf Sicherheit und Diskretion das negative Bild von Menstruation tabuisiert und stabilisiert werde. Die Entwicklung einer positiven körperlichen Identität sowie die Stärkung des weiblichen Selbstbildes seien somit nicht möglich. (vgl. Hohage 1998: 311) Von schulmedizinischer Seite wird Frauen hingegen oft indirekt „ein mangelndes Sexualaufklärungswissen sowie ein Festhalten an überkommenen (abergläubischen) Vorstellungen und eine mangelnde Offenheit und Aufgeschlossenheit gegenüber neuen Erkenntnissen und Fortschritt“ (Zinn-Thomas 1997: 230) unterstellt.

Einige feministische Positionen sehen in einem rein medizinischen Blick auf den weiblichen Körper den Versuch, an ihm biologisch begründbar die geschlechtlichen Unterschiede abzulesen. Ziel einer feministischen historischen Menstruationsforschung sei es statt dessen, „nicht nur die ‚vorgeschichtlichen‘ und ethnologisch bedeutsamen Zugänge zu einem positiven Menstruationsverständnis freizulegen, sondern auch zur Entmystifizierung der Sache beizutragen.“ (ebd. 8) Beabsichtigt ist also in diesen Feminismen, mit der Darstellung des Umgangs mit der Menstruation als patriarchal überformt, die Instrumentalisierung und die Entfremdung des weiblichen Körpers in den modernen Wissenschaften zu kritisieren und ein

positives Verständnis weiblicher Identität zu vermitteln. Dass es sich jedoch auch dabei um eine Ideologisierung von Menstruation handelt, indem durch die Verknüpfung mit einer Patriarchatskritik ein Verständnis von Weiblichkeit als abhängig und unterworfen entsteht, wird verschleiert. Die Projektionsfläche Menstruation spiegelt daher häufig auch in den Positionen feministischer Kritik ein Bild der Schwäche von Frauen und die Vorstellungen von der weiblichen Minderwertigkeit wider.

Ziel sowohl der medizinisch-naturwissenschaftlich als auch der genannten feministisch geprägten Ansätze ist es, ausschließlich über eine negative Darstellung von vergangenen Menstruationsvorstellungen Kompetenz und Glaubwürdigkeit zu vermitteln. Ihren stabilisierenden Symbolgehalt für die Ordnung der Geschlechter hat die Menstruation, eben weil ihr unverändert ein Verständnis zweier hierarchisch positionierter Geschlechter zugrunde liegt, daher bis heute nicht verloren.

Sinnvoller schiene daher ein integrativer Ansatz, der die kulturelle Denkebene mit biologisch-naturwissenschaftlichen Befunden verknüpft. So könnten kulturelle Mechanismen zur Erklärung bisher nicht zweifelsfrei zu begründender Phänomene, wie der Akzeleration, den zunehmenden Wechseljahresbeschwerden oder des prämenstruellen Syndroms, herangezogen werden – und nicht zuletzt wären auch zur Menstruation neue Zugänge möglich.

Literatur

- Balme, D.M. (1990): Human is Generated by Human. In: Dunstan, G.R. (Hrsg.): The human embryo: Aristotle and the Arabic and European traditions. Exeter: University of Exeter Press: 20-31.
- Braun, C. v. (2001): Versuch über den Schwindel: Religion, Schrift, Bild, Geschlecht. Zürich, München: Pendo.
- Corazza, V.; Ernst, A. (1987): In der Regel. Wenn die Menstruation Probleme macht. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Duden, B. (1991): Der Frauenleib als öffentlicher Ort: Vom Mißbrauch des Begriffs Leben. Hamburg, Zürich: Luchterhand Literaturverlag.
- Fischer-Homberger, E. (1979): Krankheit Frau – und andere Arbeiten zur Medizingeschichte der Frau. Bern, Stuttgart, Wien: Verlag Hans Huber.
- Fischer-Homberger, E. (1988): Medizin vor Gericht: Zur Sozialgeschichte der Gerichtsmedizin. Darmstadt: Luchterhand Literaturverlag.
- Hering, S.; Maierhof, G. (2002): Die unpässliche Frau. Sozialgeschichte der Menstruation und Hygiene. Frankfurt/M: Mabuse-Verlag.
- Hohage, K. (1998): Menstruation: Eine explorative Studie zur Geschichte und Bedeutung eines Tabus. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- Honegger, C. (1996): Die Ordnung der Geschlechter: Die Wissenschaften vom Menschen und das Weib 1750–1850. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Laqueur, T. (1992): Auf den Leib geschrieben: die Inszenierung der Geschlechter von der Antike bis Freud. Frankfurt/M, New York: Campus Verlag.
- Lorenz, M. (2000): Leibhaftige Vergangenheit. Einführung in die Körpergeschichte. Tübingen: edition diskord.
- Martin, E. (1989): Die Frau im Körper: weibliches Bewusstsein, Gynäkologie und die Reproduktion des Lebens. Frankfurt/M, New York: Campus Verlag.
- Wernz, C. (1993): Sexualität als Krankheit: der medizinische Diskurs zur Sexualität um 1800 (Beiträge zur Sexualforschung; 67) Stuttgart: Enke.
- Zinn-Thomas, S. (1997): Menstruation und Monatshygiene: zum Umgang mit einem körperlichen Vorgang. Münster; New York, München, Berlin: Waxmann Verlag.

Adresse der Autorin

MA Annegret Künzel, Naugarder Str. 37, 10409 Berlin, mail: annegretkuenzel@web.de

Konferenzbericht

„Fünf Jahre keine Resistenzen in der Ersttherapie“ Hohe antiretrovirale Potenz von Kaletra® bei guter Verträglichkeit in der Langzeitbehandlung

Wiesbaden, im Oktober 2003 Die Wahl der Ersttherapie hat eine entscheidende Bedeutung für den langfristigen und dauerhaften Erfolg der lebenslangen HIV-Behandlung. Es geht vor allem darum, mit ausreichend hohen Wirkstoffspiegeln die Entwicklung resistenter Mutationen von Anfang an so lange wie möglich zu verhindern. Mit dem Proteasehemmer Kaletra® (Lopinavir/r) ist in der initialen Therapie auch nach fünf Jahren keine primäre PI-Mutation aufgetreten. Seit Juli 2003 empfehlen die aktuellen amerikanischen Richtlinien Kaletra® als eine von zwei bevorzugten Ersttherapien in Kombination mit den Reverse-Transkriptase-Hemmern 3TC plus AZT oder d4T.

Wenn PI in der Ersttherapie, dann geboostet

Je schneller und je tiefer die Viruslast zu Beginn der Therapie absinke, umso potenter und dauerhafter sei eine antivirale Therapie, betonte Professor Frank Goebel aus München. Dieses sei vor allem mit geboosteten Proteasehemmern (PI) gegeben. Für eine Ersttherapie mit einem geboosteten PI spreche auch, dass nicht nur selten resistente Virusmutationen gegen PI entstehen, sondern auch sehr viel weniger Resistenzen gegen die anderen Medikamente der Kombinationstherapie nachgewiesen werden. In einer Vergleichsstudie gegen den Standard-PI Nelfinavir waren nach 96 Wochen die PI- und NRTI-Resistenzraten mit Lopinavir/r signifikant geringer. Unter Lopinavir/r trat bei den Patienten, deren Viruslast trotz Therapie wieder anstieg, weder eine PI- noch eine d4T-Resistenz und nur bei 7 % eine 3TC-Resistenz auf. Im Nelfinavir-Arm waren es bei 48 % der Patienten eine PI-, bei 29 % eine 3TC- und bei 5 % eine d4T-Resistenz. Doch auch geboostete PI unterscheiden sich Goebel zufolge hinsichtlich ihrer Potenz. So haben therapie-naive und vorbehandelte Patienten bis Woche 48 mit Lopinavir/r im Vergleich zum geboosteten Saquinavir eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit eines virologischen Versagens ($p=0,0006$) und eines Therapieabbruches ($p=0,0001$), wie die MaxCmin2-Studie zeigte.

Therapieprinzip Simplifizierung ist fraglich

Die Vereinfachung einer komplexen hochaktiven antiretroviralen Therapie, nachdem die Viruslast die Nachweisgrenze unterschritten hat, habe bisher in Studien nicht überzeugen können, sagte Goebel. Weniger Tabletten am Tag seien zwar wünschenswert und erleichterten die Therapietreue, aber die Wirksamkeit einer lebenslangen HIV-Therapie müsse vor allem auch im Hinblick auf Resistenzen beurteilt werden, die stets irreversibel seien, im Gegensatz zu reversiblen Nebenwirkungen infolge der Medikation. Nach einer sogenannten Simplifizierung oder Deeskalation mit beispielsweise drei NRTIs versagt die einfachere, aber weniger potente Therapie virologisch bei sehr viel mehr Patienten, als eine kontinuierliche PI-haltige Kombination, so Goebel, und verschlechtere dadurch die Langzeitprognose des Patienten erheblich.

Lopinavir-Kombi hält das Virus lange in Schach

Dass Lopinavir/r langanhaltend die Virusvermehrung hemmen und somit Resistenzen vermeiden könne, zeige eine bisher fünf Jahre dauernde Phase-II-Studie, in der noch 68 von anfangs 100 Patienten mit Lopinavir/r plus 3TC und d4T behandelt werden, berichtete Privatdozent Gert Fätken-

heuer, Köln. Bei Woche 252 lag die Viruslast bei 99 % der Patienten unter 400 Kopien/ml Blut und bei 94 % unter 50 Kopien. In der Intent-To-Treat-Analyse waren es 67 und 64 %. Bei den Therapieversagern trat keine Primärmutation gegen Lopinavir/r auf. Bis heute hat sich Fätkenheuer zufolge bei mehr als 1.000 therapie-naiven Patienten in Studien keine einzige PI-Resistenz mit Kaletra® entwickelt. Zwei prospektive Studien mit mehr als 1.300 Patienten untersuchen zur Zeit das Resistenzmanagement bei Patienten, die Lopinavir/r als ersten und zweiten PI erhalten. Bisher sei aber auch in diesen Studien bei Versagen der initialen Therapie noch keine Resistenz gegen Lopinavir/r und nur selten eine resistente Virusmutante bei vorbehandelten Patienten ($n=8$) aufgetreten.

Einzigartiges pharmakologisches Profil

Lopinavir/r hat laut Dr. Peter Langmann aus Würzburg im Vergleich zu den anderen PI den höchsten inhibitorischen Quotienten, da durch die Boosterung mit Ritonavir der Talspiegel 75 mal höher ist als die EC_{50} . Zudem komme es, wenn die Boosterwirkung des Ritonavir nachlasse, beim Abbau von Lopinavir zu einem besonders schnellen Plasmaspiegelabfall, der einer Resistenzbildung des Virus kaum Gelegenheit lasse. Der Lopinavir-Plasmaspiegel verändere sich auch nach im Mittel 53 Wochen Behandlung nicht und sei bei Frauen und Männern nahezu gleich. Lopinavir könne in der Samenflüssigkeit, im Liquor und auch intrazellulär nachgewiesen werden, betonte Langmann. Gemäß den Empfehlungen eines internationalen Expertengremiums sollte bei therapienaiven Patienten der Talspiegel von Lopinavir im Plasma 1.000 ng/ml und wegen eventuell schon vorhandener Kreuzresistenzen bei vorbehandelten Patienten 4.000 ng/ml nicht unterschreiten. Entscheidend – so Langmann – sei jedoch der virologische und immunologische Erfolg. Ein therapeutisches Drugmonitoring biete sich zum Beispiel bei Verdacht auf mangelnde Compliance, in der Pädiatrie und auch bei Nebenwirkungen an.

Dyslipidämien: ein multifaktorielles Geschehen

Unter einer hochaktiven antiretroviralen Therapie kann es zu erhöhten Cholesterin- und Lipidwerten, vor allem bei Behandlungen mit PI und NNRTI kommen. Laut Dr. Stefan Mauss aus Düsseldorf scheint bei diesen komplexen Störungen aber nicht die HIV-Therapie alleine die Ursache zu sein. Neben den Risikofaktoren wie Rauchen, Ernährung, zu wenig Bewegung sowie genetische Prädisposition ist die HIV-Infektion an sich als ein eigenständiger kardiovaskulärer Risikofaktor anzusehen und die Behandlung der HIV-Infektion könnte dieses Risiko senken. Vorrangiges Ziel der HIV-Therapie sollte die maximale Hemmung der Virusvermehrung sein und sekundäres Ziel die Vermeidung einer Hyperlipidämie, so Mauss. Professor Werner Richter aus Windach betonte, dass selbst in so groß angelegten Untersuchungen wie der D:A:D-Studie zum kardiovaskulären Risiko der HIV-Therapie die Blutabnahmen zur Bestimmung des Lipidprofils häufig nicht standardisiert, also vor allem streng nüchtern, erfolgt seien. Und es gebe oft nur eine einzige Bestimmung, obwohl die Spontanschwankungen bei einem Patienten trotz unveränderter Lebensumstände sehr hoch seien. Bisher sei nicht bewiesen, dass HIV-Patienten unter Therapie ein höheres kardiovaskuläres Risiko als die Normalbevölkerung habe, sagte Richter. Diese Annahme unterstützt die Beobachtung, dass Dyslipidämien unter antiretroviral behandelten HIV-Patienten keineswegs häufiger auftreten als in der nicht-infizierten Normalbevölkerung.

Bericht vom 5. Rheingau-HIV-Workshop „Kurzfristige Therapie versus weitsichtige Strategie“ am 27. September in Wiesbaden, veranstaltet vom Unternehmen Abbott GmbH & Co. KG

Die Frau als Zukunft des Mannes? Zu Sexualität, Dandys und dem Begriff des Politischen

Volker Gransow

The Woman as the Future of the Man? On Sexuality, Dandys and the Concept of the Political

Zum 80. Geburtstag des Berliner Kultursoziologen Nicolaus Sombart im Mai 2003 erschienen zwei der vorzustellenden Bücher, nämlich die von Frithjof Hager edierte Kollektion Sombartscher Essays unter dem Titel *Die Frau ist die Zukunft des Mannes* und das *Journal intime*, ein Tagebuch aus Sombarts Zeit als Fellow am Berliner Wissenschaftskolleg 1982/83. Der erste Text bietet Reflektionen zu Erotik, Kultur und Gesellschaft, während der zweite die Lebenspraxis des Autors in seinem sechzigsten Jahr dokumentiert. Lebenspraxis – oder Lebenskunst? Für den Verfasser des dritten hier zu diskutierenden Werkes, Günter Erbe, sind Dandys jedenfalls „Virtuosen der Lebenskunst“. Selbst-Stilisierung als Charakteristikum der Dandys wird von Sombart in dem Sammelband in Form allgemeiner Überlegungen angesprochen und im Diarium von 1982/83 diesem Genre gemäß subjektiv und intim zelebriert. Insofern handelt es sich um eine ausgesprochen glückliche Ergänzung aller drei Bücher.

Geschlecht und Gesellschaft

Kerngedanke der Essaysammlung ist die Frage nach der Versöhnung von männlichen und weiblichen Momenten in jedem Menschen und damit auch nach den Potenzialen für eine aufgeklärte Gesellschaft. Frithjof Hager hat das Buch liebevoll zusammengestellt und mit einem Vor- und Nachwort versehen. Unter Hinweis auf Michael Lukas Möllers Untersuchungen betont Hager: „Dass es mit Mann und Frau nur zwei Geschlechter gebe, ist nur eine traditionelle Vorstellung; nicht mehr“ (Sombart 2003: 331, vgl. Möller 2002). Mit der Zunahme der Bisexualität werde die

Einteilung in die übliche Geschlechtlichkeit schon fast absurd. Hager entwickelt – je nachdem – nicht weniger als 24–40 basale Liebespaarungen durch die Einführung der Geschlechter der Bisexuellen und der Geschlechtslosen, die dann neben klassischen Kombinationen wie „weiblich / männlich“ oder „weiblich / weiblich“ etwa auch die „geschlechtslos / bisexuelle“ Paarung möglich macht. Die „große Idee“ Nicolaus Sombarts ist nach Hager folgender Gedanke: „durchdringe und begreife das Denken des anderen, und er wird dir nicht mehr feindlich sein können“ (Sombart 2003: 325). Damit spielt er auf das polarisierende „Freund-Feind-Schema“ als Kriterium des Politischen an, wie es vom zeitweiligen Nazi-Kronjuristen Carl Schmitt entwickelt und zuletzt im Irak-Krieg 2003 wieder kräftig aufgewärmt wurde. Konsequenter findet sich dann auch eine psychoanalytische Schmitt-Lektüre im Zentrum des vierteiligen Buches. Zunächst geht es um „deutsche Geschichte – Männer frauenlos“. Dem folgen „männliche Phantasmen des Weiblichen“ und „der europäische Horizont – eine andere Geschichte“. Schließlich wird der Blick auf die „Herkunft anderer Zeiten – prismatisch“ gerichtet.

Schlüsseltext des ersten Abschnitts ist das Kapitel über „sexuelle deutsche Obsessionen – die männliche Homosexualität in der Wilhelminischen Gesellschaft“. Hier unterscheidet Nicolaus Sombart als soziale „Grundtypen“ die patriarchalische Gesellschaft, die männerbündlerische Gesellschaft, matriachale Gesellschaften und die androgyne Gesellschaft. Die patriarchalische Gesellschaft beruht Sombart zufolge auf heterosexueller Paarbildung. Der Mann beherrscht als Vater Frau und Kinder. Die Frau findet sich in einer subalternen, domestizierten und entsexualisierten Rolle. Die Ablehnung der männlichen Homosexualität entspricht einer generellen Disqualifizierung des Geschlechtlichen. Anders ist es in der „männerbündischen Gesellschaft“. Hier ist die Homosexualität dominant und manifest, die Herrschaftsstruktur oligarchisch-elitär. „In der elitären Oberschicht kommt das

Weibliche (im Manne) in der mann-männlichen Beziehung indessen voll zur Entfaltung. Historische Beispiele für dieses Gesellschaftsmodell sind das antike Sparta und die in den Kreuzzügen entstandenen Ritterorden“ (ebd.: 51).

Dritter Gesellschaftstypus ist das Matriarchat, wo Frauen dominieren und den Männern subalterne Aufgaben zugewiesen werden. Dieses Gesellschaftsmodell „gehört entweder zur mythischen Vorgeschichte oder findet sich auf der Ebene der sogenannten primitiven Gesellschaften“ (ebd.). Während es die matriarchalische Gesellschaft gegeben hat, ist der vierte Gesellschaftstyp – die „androgyn Gesellschaft“ – eine utopische Zielvorstellung, wo „die fundamentale Bisexualität des Menschen im männlichen und weiblichen Individuum zur vollen Entfaltung käme“ (ebd.: 53). Sie existiert nur experimentell von Ascona bis Berkeley und gehört seit den Saint-Simonisten und Fourier zum Grundbestand der Konstruktion einer Gegengesellschaft. So erklärt sich auch der Titel des Sammelbandes. Im wilhelminischen Deutschland herrschte laut Sombart eine patriarchalische Gesellschaft, innerhalb derer sich das männerbündlerische Modell entfaltete. „Die offizielle Ablehnung der Homosexualität ging darum Hand in Hand mit ihrer inoffiziellen Omnipräsenz“ (ebd.: 54).

Diese Typologie scheint dem Rezensenten nicht unplausibel. Auch die Sympathie des Verfassers für die männerbündlerische und die androgyn Gesellschaft wirkt zumindest stellenweise verständlich. Nur fragt man natürlich, warum es denn kein „liberal-demokratisches“ Gesellschaftsmodell gibt, wo Männer und Frauen formal und substanziell gleichberechtigt sind und gleich- oder multigeschlechtliche Lebensweisen toleriert und akzeptiert werden? Viele Elemente einer solchen Gesellschaft gehören zur Realität heutiger westlicher Länder. Und als Teil einer Dialektik von Weg und Ziel würde die angestrebte androgyn Gesellschaft so ein pragmatisches Moment bekommen.

Von der „Ent-Scheidung“

Sombart liefert ein analytisches Meisterstück mit dem zu Recht in die Kollektion aufgenommenen Beitrag „Der Ort der Ent-Scheidung“, einem Ausschnitt aus der Studie *Die deutschen Männer und ihre Feinde* (vgl. Sombart 1991). Es geht um psycho-pathologische Elemente in der politischen Theorie von Carl Schmitt*. Wer war Carl Schmitt?

Carl Schmitt (1888–1985) war angesehener Jura-professor (an der Handelshochschule Köln) in der Weimarer Republik. Seine Schrift über die Diktatur wurde von Austromarxisten gelobt, seine Bestimmung des Politischen als Freund-Feind-Verhältnis in der Fachwelt breit diskutiert. 1933 präzierte Schmitt-Schüler Ernst Forsthoff, wer genau der Feind war: „Der Jude“ (vgl. Forsthoff 1933). Schmitt selbst wurde nach Berlin berufen und von Hermann Göring zum preußischen Staatsrat ernannt. Die Mordaktion vom Juni 1934 an Ernst Röhm und vielen anderen, der auch sein Mentor Kurt Schleicher zum Opfer fiel, legitimierte er mit dem Satz „der Führer schafft das Recht“ (Schmitt 1934). Ebenso beflissen durchdachte er 1941 die „Großraumordnung mit Interventionsverbot“ – vereinfacht gesagt die Ideologie einer geopolitischen imperialistischen Kumpanei. Nach 1945 beobachtete der Emeritus, wie seine Schüler das bundesdeutsche Staatsrecht gestalteten. Seine Attraktivität für Faschisten, viele Rechtskonservative und einige Linksintellektuelle ist vermutlich nicht nur in Staatsfixiertheit, Antiliberalismus und Misogynie begründet, sondern vor allem auch in der oft faszinierend empfundenen Kombination von Apodiktik und Ambivalenz (vgl. Gransow/Miller 1989).

Sombart stellt zunächst trocken fest, dass Schmitts Staatsmodell von „verblüffender Einfachheit“ sei: „Es reduziert sich auf die Identität von drei Begriffen, die wiederum in einer Reduktion zweiten Grades auf einen Zentralbegriff reduziert werden. Es sind die Begriffe Souveränität, Staat und Politik, deren Essenz und gemeinsamer Nenner Entscheidung ist“ (Sombart 2003: 132). Der Schmittsche Dezisionismus und seine Reduzierung des Staates auf den Moment der Entscheidung werden psychoanalytisch interpretiert. Die von Carl Schmitt und Martin Heidegger oft beschworene Orakelhaftigkeit der deutschen Sprache wird nun auf sie selbst angewendet: „Die Entscheidung ist dann eben die so entschlossene wie verzweifelte Option für den alles dominierenden Signifikanten (der Männergesellschaft), den Phallus, den *nom du père* oder einfach die Ent-Scheidung – wortwörtlich – die Abwehr und Abkehr von der Scheide, der Vulva. Entscheidung ist die Fixierung auf den Phallus, um der schrecklichen Gefahr zu entrinnen, von der klaffenden Öffnung, der *béance*, dem Abgrund verschlungen zu werden, in den man nur zu gerne hinein möchte“ (ebd.: 138 f.). Schmitt leitet seine „politische Theologie“, die in eine „Staatsphilosophie der Gegenrevolution“ mündet, mit folgendem Diktum ein: „Souverän ist, wer über den Ausnahmezustand entscheidet“ (Schmitt 1985: 11). Sombart kommentiert dies mit dem Hinweis, dass das gelegentliche Anschwellen des Penis

* Vgl. zum Kontext auch: Gerhard Hafner, Entmannte Männer: Männerforschung (Literaturbericht II. Teil). In: *Sexuologie* Heft 2, 2002:87ff.

„in der Erektion – im Ausnahmezustand“ Wurzel sexueller Phantasmen sei, aber nicht zur Etablierung männlicher Herrschaft als Dauerzustand reiche. „Das Korrelat seiner puissance ist seine impuissance“ (Sombart 2003: 150).

Die Schmittsche Theoriebildung gehört Sombart zufolge in den Forschungsbereich der Sexualpathologie. Er resümiert: „Alles deutet daraufhin, dass seine (Schmitts, V.G.) politische Theorie mit ihren berühmtesten Formeln der Unterscheidung von Freund und Feind (...), von Ausnahmezustand und Entscheidung, Chaos und Anarchie die typische Neurose der Wilhelminischen Männergesellschaft auf den Begriff gebracht hat.“ (ebd.: 142).

Nach Ansicht des Rezensenten ist hier zu fragen, warum nur von der „wilhelminischen“ Männergesellschaft die Rede ist. Erfuhr nicht akzidenteller Dezinismus im deutschen Nationalsozialismus eine extreme Steigerung? War nicht Leo Strauss – ein Ahnherr des US-amerikanischen Neokonservatismus und Inspirator der Bush-II-Administration – Schmitt-Adept (vgl. Meier 2003)? Lässt sich der zweite Irak-Krieg 2003 nicht auch mit der Überschrift „Männlichkeitskonstruktionen in der Carl-Schmitt-Rezeption“ deuten (vgl. Orocz 2003)? Niemand anders als der wohl bedeutendste lebende Historiker Eric Hobsbawm bemerkte, „dass die Ideen des Staatsrechtlers Carl Schmitt eine große intellektuelle Stütze für Rumsfelds Berater sind. Stellen Sie sich eine Welt vor, die nach Schmittschen Mustern regiert würde. Das ist keine verlockende Aussicht“ (Hobsbawm 2003). Eine Kölner Tagung über „Partisanenkrieg in der Medienlandschaft“ ergab, dass sich Schmitts Freund-Feind-Schematisierung ebenfalls auf Vietnam, Al Quaida und Nigeria anwenden lässt. Denn „daß die Abarbeitung des eigenen Fragenkatalogs die bedrohliche Denkfigur des Feindes entzaubert und diesen zum Verschwinden bringt, darauf hofft wohl heute niemand mehr“ (Rosenfelder 2003). Niemand – so möchte man ergänzen, der Sombarts brillante Dekonstruktion nicht zur Kenntnis genommen hat.

Die Sammlung wird abgerundet mit lesenswerten Überlegungen zum „Prinzip Verführung“, zur Aktualität von Charles Fourier und kunstkritischen Gedanken. In den Kapiteln über die „(Un)Freiheit der Dirne“, „In den Salons“ (der Autor betrieb selber über Jahrzehnte einen, der von ihm hier als „Enklave des Matriarchats“ apostrophiert wird) und „Dandy sein“ werden autobiographische und erotische, ja erotomanische Dimensionen immer deutlicher.

Im Kapitel „L'amour à trois“ heisst es über das Dreierverhältnis, das keine Dreierbeziehung zu sein braucht „Jeder ist männlich und weiblich. Anal, oral,

genital. Ocular. Das Paar, ineinander verkrallt, ist blind. Nein, keine hierarchische Situation. Es leuchtet ein anderes Gesellschaftsmodell auf“ (Sombart 2003: 304). Dann fährt er fort: „Wer sie (die Dreiersituation, V.G.) gekannt hat, wird sie nie vergessen. Wer sie nie erlebt, weiß nicht, was das Leben zu bieten hat“ (ebd.: 305).

Intimes

Solche Bemerkungen wecken ein Interesse an der Privatperson Nicolaus Sombart, das im „Journal intime 1982/83“ nur teilweise befriedigt wird. Bei diesem Tagebuch seines Jahres am Berliner Wissenschaftskolleg ging/geht es dem Verfasser zufolge explizit nicht um „private Identitätssuche“, sondern um ein „Zeitdokument“ (Sombart 2003a: 7).

Das ist vielleicht etwas tief gestapelt, denn „Privatheit“ als Kriterium und Korrelat einer funktionierenden Öffentlichkeit (vgl. Habermas 1990) wird wirklich nur gestreift (Vermögens- und Familienverhältnisse bleiben marginal). Der Text ist aber auch nur partiell ein Dokument der damaligen Zeit. Er wird zu Recht ein „intimes“ Journal genannt. Wir lesen völlig unausgewogene Bewertungen (z.B. „ganz und gar jüdisch“, Sombart 2003a: 29, oder „lamentable Vulgarisation“, ebd.: 38) und bekommen Schilderungen von Situationen, die im Englischen „juicy“ genannt werden. Zuweilen ergibt sich der Eindruck, dass massiv für ein noch heute existierendes Berliner Bordell geworben wird.

Der Autor beschreibt die Arbeit an seinen späteren Publikationen über Fourier, Schmitt und Wilhelm II sowie seine Begegnungen mit Männern wie Bolaffi, Bussche, Cullon (recte: Cullen), Fietkau, Galtung, Jäggi (recte: Jaeggi), Kamper, Kittsteiner, Krockow, Lauer mann, Lem, Meyer, Mosse, Szondi (recte: Szondi), Taubes, Vize (recte: Viesel), Walker, Wapnewski, Wesel, Weyergraf. Mit diesen Nachnamen wird oft diskutiert (ein Verzeichnis der Fellows im akademischen Jahr 82/83 findet sich im Anhang). Vornamen sind dagegen Anna, Babsi, B..., Bettina, Bonny, Claudia, Claudie, D..., Dagmar, Irene, Judith, Margarete, Merit, Miranda, Sabine, Sandra, Sybille, Sylvia, Tamara, Tamara Nr. 2, Therese – meist professionelle Prostituierte (ohne Verzeichnis). Immerhin wird einer Senatoren-Gattin bescheinigt, dass auch sie sich als Hure gut machen würde (Sombart 2003a: 23). Wenige Vornamen sind männlich. Es handelt es sich etwa um einen Diego, einen „Bazon“ (wohl den Kulturwissenschaftler Bazon Brock) und einen „Hubert“ (vermutlich ein Mäzen, der trotz des stattlichen Salärs vom Wissenschaftskolleg die zahlreichen

Bordellbesuche erst ermöglicht hat). Soziale Ereignisse werden oft so kommentiert „Warum wurde ich nicht eingeladen?“ (ebd.: 45 u.ö.).

Das Tagebuch ist flüssig geschrieben, obwohl ursprünglich keine Publikationsabsicht bestand und es vor Veröffentlichung nicht oder nur wenig redigiert wurde. Nicht selten lassen sich die Aufzeichnungen wie Kommentare zu den Ausführungen in „Die Frau ist die Zukunft des Mannes“ lesen. So fragt sich Sombart, „ob die Sexualität nicht der in die Körperlichkeit / Leiblichkeit eingeschriebene Ritus der immer wieder fälligen Wiedervereinigung ist? (...) Meine kleinen Huren: Priesterinnen! Zelebrieren den großen Mythos“ (ebd.: 170). Zur bisexuell-androgynen Zukunftsgesellschaft notiert er: „Ich fand alle meine ‚Theorien‘ bestätigt, wie der Flux des Begehrens durch die Dreiersituation eine Art von Akkumulation erfährt, bis zu dem Augenblick, in dem die Leiber entgrenzt sind und alles sich auflöst in ein Bad von Zärtlichkeit. In dieser Stunde nahm Diego physisch von mir Besitz, wie es, solange wir auf unsere beiden Körper allein angewiesen waren, gar nicht möglich gewesen ist“ (ebd.: 50).

Carl Schmitt darf nicht fehlen: „Die Fellows Marquard, Schierau, Fietkau und Sombart schicken C.S. zum 95. Geburtstag ein Glückwunschtelegramm“ (ebd.: 186). Hier findet sich kein weiterer Kommentar. Offenbar hat sich Sombarts Verhältnis zu Schmitt über die Jahre und Jahrzehnte hinweg extrem gewandelt. In den dreißiger Jahren war Carl Schmitt für den jungen Nicolaus Sombart „so etwas wie mein geistiger Mentor“ (Sombart 2000: 189).

In seinem 2000 erschienenen „Rendezvous mit dem Weltgeist“, das mithin nach dem Schmitt-Buch publiziert wurde, notiert der Autor zunächst über seine Heidelberger Zeit von 1945 bis 1951: „Kesting und ich gehörten in Heidelberg zu dem weit gespannten Netz von Vertrauenspersonen, das Carl Schmitt unermüdlich knüpfte“. Kaum glaublich wirkt es da, wenn Sombart fortfährt: „Was wirklich in ihm vorging, sollten wir erst viel später erfahren“ (ebd.: 206).

War denn nicht die eindeutige Kompromittierung Schmitts im Nationalsozialismus in einer Fülle von Texten nachprüfbar? Überrascht liest der Verfasser Jahrzehnte später Schmitts „Glossarium“, ein Tagebuch von 1947–1951 und stellt nun prononciert fest: „Ein furchtbares Buch, voller Hass (...). Antiliberalismus und Antisemitismus waren ein und dasselbe. Carl Schmitts Obsession waren die Juden“ (Sombart 2000: 206 f.). Neben Spekulationen sei das Glossarium „durchsetzt von Wutanfällen, Ausbrüchen larmoyanter Ich-Besessenheit, Hasstiraden, Polemik und Zeugnissen hämischer Medisance“ (ebd.: 208). Höhepunkt des „Journal intime“ ist die genüßlich registrierte Feier

von Sombarts 60. Geburtstag. Der Jubilar mietete das Schloßhotel Gehrhuis im Grunewald zum „Konzert-souper-spectacle-Ball-Frühstück“ für geladene Gäste. Es gab Auftritte von Schauspielern, die einen Zwergenaufstand mimten oder von Sombart verfaßte Texte in der Maske von Charles Fourier oder Wilhelm II. vortrugen. Die Lieblingshuren des Geburtstagskindes waren ebenfalls präsent. „Hubert“ mußte wohl tief in die Tasche greifen: „Tolle Gerüchte (...) Hat sich dieser immense Aufwand gelohnt? Für wen? Pour ma propre gloire? Was hätte ich mit den DM 40.000 nicht alles machen können?“ (Sombart 2003a: 157). Das aufwändige Unternehmen ist trotz dieser leichten Zweifel ausführlichst dokumentiert (vgl. ebd.: 134 – 146) – zu wichtig ist die Selbstdarstellung für den Dandy, obwohl der „klassische“ Dandy des 19. Jahrhunderts sich Sombarts ironische Frage vielleicht gar nicht erlaubt hätte. „Die Akkumulation von Geld setzt eine Konzentration voraus, die dem Dandy nicht gestattet ist. Der Dandy gibt Geld aus, er verdient keines“ – so Erhard Stölting in einem luziden Text über soziologische Aspekte des schönen Scheins (Stölting 1999: 42).

Dandys gestern und heute

Günter Erbes Studie zu Dandys als einer Geschichte des mondänen Lebens enthält eine Danksagung an Nicolaus Sombart. Sein Untertitel „Virtuosen der Lebenskunst“ paraphrasiert im gewissen Sinn Sombarts Diktum, der Dandy sei „kein humanistisches Persönlichkeitsideal, sondern die perfekte (formale) Kultivierung eines Lebensstils“ (Sombart 2003: 308).

Erbe legt mit diesem Buch die erste umfassende kultur- und sozialgeschichtliche Darstellung der Dandys in England und Frankreich vor. Die Studie ist gleichermaßen Mode-, Gesellschafts und Literaturgeschichte, auch wenn die kultursoziologische Perspektive dominiert. Der Dandy, der modebewußte Beau, meist Aristokrat oder großbürgerlicher Müßiggänger, beherrschte zu Anfang des 19. Jahrhunderts die elegante Männerwelt und erlebte im Fin de siècle eine Renaissance. Erbe spürt diesem Sozialtyp nach.

Er beginnt mit George Brummell, dem Urbild des Dandys. Dann folgen: Lord Byron, Dichter und Dandy, sowie Benjamin Disraeli, später seriöser Politiker. Weiter geht es mit dem Dandy in Frankreich von der Restauration bis zum zweiten Kaiserreich und dem englischen Dandy der Jahrhundertwende, prominent vertreten durch Oscar Wilde und Aubrey Beardsley. Nächstes Thema ist der französische Dandy in der Belle Époque. Abgeschlossen wird das materialreiche, vielfältig illustrierte Werk mit einem skeptischen

Ausblick auf den Dandy im Zeitalter der Massenkultur. „Der Dandy des 19. Jahrhunderts stand noch am Anfang seiner Entwicklung. Er stemmte sich gegen den Strom der Zeit und konnte dabei auf zahlreiche Mitstreiter rechnen. Ein Dandy unserer Zeit stünde allein da“ (Erbe 2002: 303).

Zur Sexualität der Dandys vermerkt der Verfasser, es ließe sich feststellen, „daß Dandytum und Homosexualität in enger Verbindung zueinander standen. Dem Wesen des Dandys, seinem Narzißmus und Exhibitionismus, seinem Machtwillen und Stoizismus entspricht freilich mehr der Hang zur Unterdrückung seiner sexuellen Triebe (...). Der Androgyn kommt seinem Habitus am meisten entgegen“ (Erbe 2002: 20f.). Hier gibt es offensichtlich weiteren Forschungsbedarf – gerade wenn Sombarts Bemerkungen zum Dandy und zur Androgynität mit bedacht werden. Wünschenswert ist eine räumliche, zeitliche und methodische Erweiterung auf residuales Neodandytum in Deutschland – man denke nur an Ernst Jünger und eben Nicolaus Sombart selbst.

Jenseits des Phallischen

Die vieldeutige Rede von der Frau als Zukunft des Mannes gewinnt an Kontur durch eine Analyse des Freund-Feind-Denkens in der Politik. Wird dies binäre Schema hinterfragt und als schlicht phallokratisches Konstrukt vorgestellt, dann eröffnen sich womöglich nicht nur neue Dimensionen aktueller Gesellschaftskritik. Vielmehr werden im kulturhistorischen Rückgriff wie in der utopischen Spekulation Dimensionen potenzieller androgyner Gesellschaftlichkeit sichtbar. Doch vorerst kann es nur um ein Mehr an Gleichberechtigung, von Mann und Frau gehen, um Respekt und Akzeptanz – sei es für Dandys, sei es für vielleicht gar nicht so minoritäre Lebensformen wie Bi- oder Homosexualität.

Literatur

- Erbe, G. (2002): Dandys – Virtuosen der Lebenskunst. Eine Geschichte des mondänen Lebens. Böhlau: Köln, Weimar, Wien.
- Forsthoff, E. (1933): Der totale Staat. Hamburg.
- Gransow, V.; Miller, W. (1989): Carl Schmitt: Feind oder Fundgrube? In: Das Argument, Heft 175.
- Habermas, J. (1990): Strukturwandel der Öffentlichkeit. Neuauflage. Suhrkamp: Frankfurt/Main.
- Hobsbawm, E. (2003): Macht ohne Recht. In: Die Zeit, 10. Juli.
- Meier, H. (2003): Carl Schmitt, Leo Strauss und „Der Begriff des Politischen“. Zu einem Dialog unter Abwesenden. Metzler: Stuttgart.
- Möller, M.L. (2002): Wie die Liebe anfängt. Die ersten drei Minuten. Rowohlt: Reinbek.
- Orozco, T. (2003): Männlichkeitskonstruktionen in der Carl-Schmitt-Rezeption. In: Das Argument, Heft 250.
- Rosenfelder, A. (2003): Feind denkt auch. Partisanenkrieg in der Medienlandschaft. Eine Kölner Tagung. In: FAZ: 9. Juli.
- Schmitt, C. (1934): Der Führer schützt das Recht. In: Deutsche Juristen-Zeitung, 1. August.
- Schmitt, C. (1985): Politische Theologie. Vier Kapitel zur Lehre von der Souveränität, vierte Aufl. Duncker & Humblot: Berlin.
- Schmitt, C. (1995): Glossarium. Aufzeichnungen der Jahre 1947–1951. Duncker & Humblot: Berlin.
- Sombart, N. (1991): Die deutschen Männer und ihre Feinde. Hanser: München.
- Sombart, N. (2000): Rendezvous mit dem Weltgeist. Heidelberger Reminiszenzen 1945–1951. Fischer: Frankfurt/M.
- Sombart, N. (2003): Die Frau ist die Zukunft des Mannes. Aufklärung ist immer erotisch. Hrsgg. von F. Hager. Dielmann, Frankfurt/M.
- Sombart, N. (2003a): Journal intime 1982/83. Rückkehr nach Berlin. Elfenbein: Berlin.
- Stölting, E. (1999): Der exemplarische Dandy. Soziologische Aspekte des schönen Scheins. In: Ästhetik des Politischen – Politik des Ästhetischen. Hrsgg. v. K. Barck, R. Faber. Königshausen & Neumann: Würzburg.

Adresse des Autors

PD Dr. phil. Volker Gransow, Pariser Str.6, 10719 Berlin, mail: vgransow@zedat.fu-berlin.de

Martin Birkhäuser, Christine Bodmer-Hindermann: **Aktuelle Aspekte der Menopause – Wichtige Fragen und Antworten**. Bremen-London-Boston: UNI-MED Verlag, 1. Aufl. 2003, 128 Seiten, Preis: 44,80 €

Menopause, Klimakterium, Hormonersatztherapie, Brustkrebsrisiko (...), das sind Schlagworte, die angesichts des heftig tobenden Hormonkriegs in Deutschland bei jedem, der Frauen in den Wechseljahren betreut, (Hitze)-Wallungen hervorrufen. Eigentlich möchte man sich mit dem Thema Hormone ja gar nicht mehr befassen angesichts der Flut von sachlichen und unsachlichen Äußerungen dazu in Fach- und Laienpresse, Funk, Fernsehen und im Internet.

Als niedergelassene Gynäkologin werde ich aber trotzdem täglich mit Fragen meiner Patientinnen wie: „Darf ich meine Hormone nun nicht mehr nehmen, ich fühle mich doch so wohl damit?“ oder „Nun habe ich jahrelang die Hormonpillen geschluckt, werde ich Brustkrebs bekommen?“ konfrontiert.

Frauen im Klimakterium und ihre Ärzte werden unfreiwillig zu Akteuren im Hormondrama, das reichlich Bühne für Gesundheitspolitiker, Krankenkassenfunktionäre und Pharmaindustrie bietet, sich im Machtkampf ineinander zu verbeißen. Die Medien spornen die Darsteller zu Höchstleistungen an und applaudieren, wenn es richtig hoch hergeht. Den Ärzten wird Bestechlichkeit und Ignoranz vorgeworfen, den Frauen Wellnessucht und Anti-Aging-Kult. Ob das Drama als Happy End oder im Supergau endet, ist noch ungewiß.

Die Autoren betiteln ihr neues Hormonbuch (fast die Hälfte des Buches ist dem Thema Hormontherapie gewidmet) mit „Aktuelle Aspekte der Menopause“, vermeiden damit das Reizwort im Titel und machen den Bissen für den Leser so etwas schmackhafter.

Sachliche Information zur Physiologie der Menopause, zu den Folgen des Östrogenmangels und zur Hormonersatztherapie mit ihren Chancen und Risiken sowie die Aufzeigung von Alternativen zur Hormonpille tut gut.

Die Reihe UNI-MED SCIENCE will aktuelle Forschungsergebnisse zur Diagnostik und Therapie wichtiger Erkrankungen „state of the art“ darstellen.

Ist die Menopause nun doch eine Erkrankung? Im Vorwort führen die Autoren dem Leser noch einmal vor Augen, daß die Durchschnittsfrau in Mitteleuropa 82 Jahre alt wird und damit 30 Jahre ihres Lebens nach den Wechseljahren im Östrogendefizit lebt. Es folgt die ausführliche Erläuterung der Physiologie der Menopause und des Alterns mit den hormonellen Veränderungen der Peri- und Postmenopause. Die besonders für den Gynäkologen interessante These,

dass eine Hysterektomie auch ohne Ovarektomie zu einer signifikanten Vorverlegung der Menopause führt, wurde leider nicht mit einer Quellenangabe versehen.

Wie das gesamte Buch ist das Kapitel gut gegliedert und mit anschaulichen Tabellen und Grafiken versehen, die einen schnellen Überblick ermöglichen.

Für den Sexualmediziner sind die Ausführungen zum Thema SHBG und Androgene interessant. Die Autoren postulieren, daß die Menopause zu keinem akuten Androgenabfall führt, so daß die meisten Sexualstörungen in der Peri- und frühen Postmenopause nicht endokrin erklärt werden können.

Den physiologischen Grundlagen schließt sich im 2. Kapitel eine Zusammenfassung der Kurz- und Langzeitprobleme nach der Menopause an.

Die sexuelle Dysfunktion wird hier als Teil des klimakterischen Syndroms verstanden. Die Autoren betonen in diesem Zusammenhang die Wichtigkeit eines vertrauensvollen Arzt-Patienten-Gesprächs. Als Ursache für Sexualstörungen im Klimakterium werden (an dieser Stelle nun doch) hormonelle und nichthormonelle Faktoren genannt.

Neben der östrogenmangelbedingten urogenitalen Atrophie, den vasomotorischen Symptomen, depressiven Verstimmungen und der allgemein verminderten Leistungsfähigkeit werden nicht östrogenmangelbedingte Faktoren wie Partnerschaftskonflikte und Veränderungen im beruflichen und sozialen Umfeld für Sexualstörungen verantwortlich gemacht. Die Möglichkeiten der Therapie, die ursachenorientiert von der Behandlung somatischer Grunderkrankungen bis zur Paartherapie reicht, wird nur ganz kurz angerissen.

Für den interessierten Leser sind die Ausführungen zur Osteoporose eine Fundgrube, wenn es um Fragen der Diagnostik, Therapie und Prävention geht.

Kardiovaskuläre Erkrankungen steigen in ihrer Inzidenz nach der Menopause an und werden im Alter über 60 Jahren auch bei Frauen zur häufigsten Todesursache. Das Buch beschäftigt sich mit den Ursachen und zeigt Möglichkeiten der Prävention.

Das 3. große Kapitel widmen die Autoren der Hormonsubstitutionstherapie. Der Nutzen des Östrogensatzes bei der Behandlung vasomotorischer und psychischer Symptome, bei der Prävention von Osteoporose und Knochenfrakturen sowie zur Therapie der urogenitalen Atrophie wird auch von ihren Kritikern nicht bestritten. Östrogene verbessern das seelische Gleichgewicht, die Selbstwahrnehmung der Frau, das Gefühl der Attraktivität, die Gedächtnis- und Konzentrationsfähigkeit, die soziale Kontaktfähigkeit und damit auch Libido und sexuelle Erlebnisfähigkeit, so die Autoren.

Ein Statement zur Hormontherapie ohne Hinweis auf ihre Risiken wie die mögliche Stimulierung vorhandener Brustkrebszellen und das Thromboembolierisiko ist heutzutage undenkbar. Auch andere gynäkologische und nichtgynäkologische Karzinome werden auf einen möglichen Zusammenhang zur Östrogengabe abgeklopft. Das Kapitel zur Hormontherapie wird ergänzt durch den Hinweis auf nichtpharmakologische therapeutische Maßnahmen wie Ernährung und körperliche Betätigung. In ihren Schlußfolgerungen gehen Birkhäuser und Bodmer-Hindermann noch einmal auf die Konsequenzen der WHI- und HERS-Studie für die Hormonsubstitutionstherapie ein und leiten zehn Empfehlungen für die tägliche Praxis des Umgangs mit dem Hormonersatz ab. Diese Empfehlungen sind meines Erachtens auch nach der zwischenzeitlich publizierten Million Women Study aktuell. Östrogene sind keine Life-Style-Droge und kein Allheilmittel für die Probleme der alternden Frau, bieten indikationsgerecht eingesetzt und unter Beachtung der Risiko-Nutzen-Bilanz effektive Behandlungsmöglichkeiten bestimmter klimakterischer Symptome.

Das Buch versucht den derzeitigen Erkenntnisstand zur Physiologie der weiblichen Meno- und Postmenopause, ihren Kurz- und Langzeitproblemen und deren Behandlung durch Hormonsubstitutionstherapie zusammenzufassen. Der Sexualmediziner bekommt Hinweise auf die unterstützende hormonelle Therapie sexueller Symptome der Frau wie z.B. der Androgen- oder Östrogensubstitution zur Libidosteigerung und der lokalen Wirkung der Östrogene bei atrophiebedingter Dyspareunie, die er in sein Repertoire der Behandlungsmöglichkeiten integrieren kann. Insgesamt ein empfehlenswertes Buch für alle Leser, die an Problemen der Frau in der Peri- und Postmenopause interessiert sind.

Dr. med. Gabriele Freitag (Magdeburg)

Sexualstörungen – Eine multidisziplinäre Herausforderung

28. Fortbildungstagung für Sexualmedizin

11. Jahrestagung der Akademie für Sexualmedizin

Hansestadt Stralsund, 20. – 22. Mai 2004

Wissenschaftliche Leitung

Prof. Dr. med. Dr. phil. K. M. Beier, Dr. med. H.J. Berberich, Prof. Dr. med. H. A. G. Bosinski, Dr. med. Birgit Delisle,
PD Dr. med. F.-M. Koehn, Prof. Dr. med. H.-J. Vogt

Tagungspräsident

Dr. med. Dirk Rösing

Die Akademie für Sexualmedizin lädt gemeinsam mit der Gesellschaft für Praktische Sexualmedizin alle sexualmedizinisch tätigen und/oder interessierten ärztlichen und psychologischen Kolleginnen und Kollegen ein zu ihrer 11. Jahrestagung. Gleichzeitig sind dies die 28. Fortbildungstage für Sexualmedizin, welche 1976 erstmals von W. Eicher, H.-J. Vogt und F. Conrad in Heidelberg organisiert wurden.

Die Thematik der Plenarvorträge ist breit gefächert, wie es der Vielgestaltigkeit der Sexualmedizin entspricht und ausgerichtet am Gegenstandskatalog der curricular fundierten Fortbildung „Sexualmedizin/ Sexualtherapie“. Die Seminararbeit steht gleichrangig neben den Vorträgen und kann auch zum modularen Erwerb der Zusatzbezeichnung Psychotherapie sowie für die Curricula „Sexualmedizin/Sexualtherapie“ genutzt werden.

Weitere Informationen über

Dr. med. Dirk Rösing

17487 Greifswald, Fleischmannstr. 42-44
Tel.: 03834 / 865976 Fax: 03834 / 865978
E-Mail: roesing@urologie.uni-greifswald.de

Tagungsort

„Alte Brauerei“ (www.altebrauerei.com)
Greifswalder Chaussee 84-85, 18439 Stralsund

Vorläufiges wissenschaftliches Programm

Donnerstag, 20. Mai 2004

8.30 Uhr: Eröffnung und Grußworte

9.00 – 10.30 Uhr: Krebserkrankungen und Sexualität

F.-M. Puttlitz (Rostock): Mammakarzinom – eine Kasuistik

J. Neutze (Berlin): Mammakarzinom und Sexualität

G. Fröhlich (Lohne): Theorie und Praxis im Umgang mit Sexualität nach radikaler Prostatektomie

D. Rösing (Greifswald): Urologische Neoplasien und Sexualität

11.00 – 12.30 Uhr: Seminargruppen

14.00 Uhr – 15.30 Uhr: Haut- und sexuell übertragbare Krankheiten und Sexualität

V. Niemeier (Giessen): Psoriasis – eine Kasuistik

Ch. J. Ahlers (Berlin): Psoriasis und Sexualität

A. Rieke (Koblenz): HIV und Sexualität – eine Kasuistik

U. Rieke (Montabaur): Sexuelle Probleme bei HIV- und Hepatitis-diskordanten Paaren

16.00 Uhr – 17.30 Uhr Seminargruppen

20.00 Uhr Begrüßungsabend im Deutschen Meeresmuseum

Freitag, 21. Mai 2004

9.00 – 10.30 Uhr: Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter

K. Rösing (Stralsund): „Ich habe eine Schwester“ – Kasuistik eines 12-jährigen Jungen mit Geschlechtsidentitätsstörung

H. A. G. Bosinski (Kiel): Geschlechtsidentitätsstörungen in der Kindheit

11.00 bis 12.30 Uhr: Seminargruppen

12.45 Uhr Mitgliederversammlung der Akademie für Sexualmedizin (ASM) und Gesellschaft für Praktische Sexualmedizin (GPS)

14.30 bis 16.00 Uhr: Geschlechtsidentitätsstörungen im Erwachsenenalter

A. Dabelstein (Kiel): „Nicht in mir zu Hause“ – drei (a-)typische Fallberichte

M. Gillner (Stralsund): Transsexualität in Mecklenburg-Vorpommern – eine 10-Jahres-Analyse

16.30 Uhr – 18.00: Uhr Seminargruppen

20.00 Uhr: Gesellschaftsabend in der Alten Brauerei

Samstag, 22. Mai 2004

9.00 – 10.30 Uhr: Frauen als Täter?

R. Wille (Kiel): Kindstötung unter der Geburt – eine Kasuistik

J. Wessel (Berlin): Empirische Daten zur nicht wahrgenommenen Schwangerschaft

V. Habura (Stralsund): Sexueller Missbrauch – eine Kasuistik

K. M. Beier (Berlin): Konsequenzen für die Klassifikationssysteme (ICD-10, DSM-IV)?

11.00 – 12.30 Uhr: Seminargruppen

14.00 – 15.30 Uhr: Sexualmedizin in der Praxis

H. J. Berberich (Frankfurt a. M.): Sexualmedizinische Curricula in Deutschland – Inhalt und Ausbildungsziele

Erfahrungsberichte nach Abschluss des Curriculums; Tätigkeit in der:

K. Dietrich (Ravensburg) – Psychotherapie

G. Smigelsky (München) – Urologie

G. Kumpan (Berlin) – Gynäkologie

K. Loewit (Innsbruck): Berufsbild -Sexualmedizin

16.00 Uhr: Verabschiedung und Ausblick auf 2005

Themen und LeiterInnen der Seminargruppen

I. Fallseminare

1. Sexualmedizinische Diagnostik (H. A. G. Bosinski)
2. Sexualmedizinische Interventionen (K. Loewit)
3. Sexualmedizinische Kasuistiken (K. M. Beier)

II. Schwerpunkt-Themenseminare

4. Erotische Übertragung in der Sexualtherapie (W. Dmoch)
5. Sexuelle Deviationen und Störungen in tiefenpsychologischer Sicht (H. Völkel)
6. Einführung in die imaginative Technik bei Paaren (M.-L. & H. Neubauer)
7. Themenzentrierte Selbsterfahrung (P. Nijs)
8. Postgraduiertengruppe (G. Kumpan)