

# Sexuologie

Herausgegeben von der Akademie für Sexualmedizin

## Inhalt

### 2 Editorial

#### Themenschwerpunkt

### 4 Weibliche Genitalverstümmelung als ein komplexes Phänomen

*Christoph Zerm*

### 12 Genitalverstümmelung und sexuelle und reproduktive Gesundheit

*Helga Seyler*

### 17 Weibliche Genitalverstümmelung – soziokulturelle Hintergründe, rechtliche Rahmenbedingungen, gesundheitliche Folgen, Möglichkeiten der Intervention

*Marion A. Hulverscheidt, Christoph J. Ahlers, Isabelle Ihring*

### 33 Das Jungfernhäutchen

*Helga Seyler*

### 37 Kosmetische Genitalchirurgie als „Normalisierungspraktik“

*Ada Borkenhagen, Heribert Kantenich*

#### Fallbericht

### 43 Prostatakrebs – Frühe Diagnose rettet Leben

*Friedrich W. Zimmermann*

#### Diskussion

### 52 Die unzureichende Begutachtung gefährlicher Gewalt- und Sexualstraftäter im Strafverfahren

*Klaus Michael Böhm, Axel Boetticher*

#### Historia

### 60 Max Weber und die (Sexual)Pathologien der Moderne

*Sonja Vogel, Rainer Alisch*

#### Aktuelles

### 66 Projekt- und Tagungsankündigung, Nachruf auf Henner Völkel, Rezensionen

#### Anschrift der Redaktion

Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier (V.i.S.P.), Rainer Alisch MA, 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:** Elsevier GmbH – Urban & Fischer Verlag, Karlstraße 45, 80333 München, Deutschland.

Tel: +49(0)8953830, Fax: +49(0)895383939, E-Mail: info@elsevier.de

**Anzeigenleitung:** Elsevier GmbH, Karlstraße 45, 80333 München, Deutschland, Ansprechpartnerin:

Sophie Raupach, Tel: +49(0)895383603, Fax: +49(0)895383725 E-Mail: s.raupach@elsevier.com

**Anzeigenpreise:** Gültig ist die Preisliste vom 1. Januar 2008.

**Lieferkonditionen (2008):** Volume 15 (1 Band mit 4 Heften)

**Abopreise\* (2008): Deutschland, Österreich, Schweiz: Vollabopreis 156,00 €; Persönliche Abonnenten 75,00 €; Einzelheftpreis 47,00 €;**

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

**Abonnements:** Bitte richten Sie Ihre Bestellung an Elsevier GmbH, AboService, Postfach 4343, 72774 Reutlingen, Deutschland.

Tel: +49(0)7071935316, Fax: +49(0)7071935335, E-Mail: journals@elsevier.com

\* Die Preisangaben sind unverbindliche Preisempfehlungen. Preisänderungen müssen wir uns vorbehalten. Alle Preise verstehen sich inklusive Versandkosten und exklusive Umsatzsteuer. Bei der Rechnungsstellung wird Umsatzsteuer gemäß der zum Rechnungszeitraum geltenden Richtlinien erhoben. Versand per Luftpost ist möglich, Preise auf Anfrage. Kunden in den EU-Ländern werden gebeten ihre Umsatzsteuernummer anzugeben. Persönliche Abonnements zum Vorzugspreis sind mit Namen und Adresse des Empfängers direkt an den Verlag zu richten. Sie sind mit „Persönliche Abonnements“ zu kennzeichnen. Besteller, Rechnungsempfänger und Rechnungszahler müssen Privatpersonen sein. Die Zahlung kann per Kreditkarte (Eurocard/Mastercard, VISA oder American Express; bitte Kartennummer und Ablaufdatum angeben) oder Vorauskasse erfolgen. Die Angabe einer Instituts- oder Geschäftsadresse ist nur zulässig, wenn das Institut oder Unternehmen ebenfalls ein Abonnement hat. Der Verlag behält sich das Recht vor, Zusatzbände im Abonnementzeitraum zu publizieren. Erscheinende Supplement-Bände zu einzelnen Zeitschriften sind in den genannten Preisen enthalten.

Abstracted/Indexed in BIOSIS –CAB Abstracts –Chemical Abstracts Service (CAS) –Chemical Abstracts (SEXU) –EMBASE/Excerpta –Medica –PSYINDEX –PSYCNFO

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

#### Bankverbindung:

Deutsche Bank AG Reutlingen, Account No. 159 9950 (BLZ 64070085);

IBAN: DE54 6407 0085 0159 9950 00; BIC/SWIFT: DEUTDE5640

Postbank Stuttgart, Account No. 6930-706 (BLZ 600 100 70);

IBAN: DE80 6001 0070 0006 9307 06; BIC/SWIFT: PBNKDEFF

Bitte geben Sie bei der Zahlung Ihre vollständigen Daten an.

Copyright: Alle Artikel, die in dieser Zeitschrift veröffentlicht werden, sind urheberrechtlich geschützt, alle Rechte vorbehalten. Ohne schriftliche Erlaubnis des Verlages ist es verboten, Teile der Zeitschrift in irgendeiner Form zu reproduzieren. Dies beinhaltet ebenso die Digitalisierung, als auch jede andere Form der elektronischen Weiterverarbeitung, wie Speichern, Kopieren, Drucken oder elektronische Weiterleitung des digitalisierten Materials aus dieser Zeitschrift (online oder offline).

Für den allgemeinen Vertrieb von Kopien für Anzeigen- und Werbezwecke, für die Neuzusammenstellung von Sammelbänden, für den Wiederverkauf und andere Recherchen muss eine schriftliche Erlaubnis vom Verlag eingeholt werden.

**Satz:** Rainer Alisch, Taunusstraße 8, 12161 Berlin

**Druckerei, Bindung:** Stürtz GmbH, Alfred-Nobel-Straße 33, 97080 Würzburg

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

Hergestellt in Deutschland

Alle Rechte vorbehalten.

Covergestaltung: Lothar Jänichen, Dornburg/Saale unter Verwendung eines Motives von Getty Images

((Deutsche Fachpresse))

© Elsevier GmbH



Auf dem *Tollwood Festival* im München fällt mir ein Plakat ins Auge, auf dem ein Mädchenkopf mit einer riesigen rostigen Klinge zusehen ist mit der Unterschrift: „Wer jetzt noch ans Rasieren denkt, der hat noch nie die Schreie eines Mädchen gehört, dem damit die Schamlippen weggekratzt wurden“. Eine Bekannte, die mit mir unterwegs ist, meint dazu. „das gibt es doch nicht bei uns“. Auch bei einer Diskussion unter Kollegen zum Thema weibliche Beschneidung höre ich, dass sie nur selten eine Frau mit Beschneidung in ihrer Praxis behandeln. Der leitende Oberarzt der Geburtshilfe in einer großen Münchener Universitätsklinik hat im letzten Jahr nur 1-2 Frauen mit genitaler Beschneidung entbunden.

In Deutschland leben schätzungsweise 30.000 Mädchen und Frauen, die von weiblicher Genitalbeschneidung betroffen oder bedroht sind. Die körperlichen Narben sind bei einer partiellen Entfernung der Klitoris und/oder der Klitorisvorhaut und Entfernung der kleinen Schamlippen, wenn keine Infektion oder andere Komplikationen eingetreten sind, häufig ohne deutlich sichtbare Veränderungen verheilt, die seelischen Narben oder Sexualstörungen bleiben uns verborgen, weil die Frauen aus anderen Kulturkreisen stammen und oft nicht unserer Sprache mächtig sind.

Der Brauch der weiblichen Genitalbeschneidung ist uralte. In griechischen und römischen Dokumenten wird schon davon berichtet. Aber wir müssen auch in unsere jüngere Geschichte zurückblicken. So wurden im 19. Jahrhundert bei Frauen mit „Hysterie“ die Klitoris oder die Ovarien entfernt. Noch im vorigen Jahrhundert wurden sehr viele Frauen Hysterektomiert, Ovarektomiert, vaginale Plastiken und Dammschnitte gemacht ohne die weiblichen Sexualorgane mit ihren empfindlichen Nervenendigungen zu beachten.

Schwerpunktthema dieser Ausgabe der *Sexuologie* sind chirurgische Eingriffe am weiblichen Genitale. Dazu einige Beispiele aus meiner Praxis:

- ◆ 1973: eine langjährige Patientin aus dem Sudan, die sehr gut deutsch spricht und in ihrer Kindheit in ihrer Heimat eine Beschneidung hatte, kommt mit ihrer Schwägerin in meine Praxis. Nach einer „Pharaonischen Beschneidung“ in der Kindheit ist der Introitus Vaginae total verengt und vernarbt ist, so dass ein Vollzug der Ehe nicht möglich ist.
- ◆ 1973: eine Türkin will, nach einer sexuellen Beziehung mit einem deutschen Mann, einen Türken aus einer sehr konservativer Familie heiraten. Die Wiederherstellung des Jungfernhäutchens vor der Hochzeit soll ihre Ehre retten und die Ehe möglich machen.

- ◆ 1973: eine 16 Jährige, wünscht eine Korrektur der kleinen Labien, da sie sich jetzt schämt, sich dem Freund nackt zu zeigen. Bei der Inspektion überragen die inneren Labien die äußeren und es besteht eine leichte Asymetrie. Bei sehr engen Hosen hat sie manchmal ein Scheuergefühl. Ich zeige dem Mädchen Bilder von den unterschiedlichsten Vulven mit künstlich verlängerten Labien, Piercing in den Labien und diverse Normvarianten bis zu Vulven nach Genitalbeschneidung. Nach Aufforderung mir ihre Wunschform zu zeigen, deutet sie auf eine haarlose Vulva mit angedeuteten kleinen Labien, die von den großen Labien bedeckt werden. Es ist die Vulva einer präpubertären 10 jährigen. Ein anderes Bild fällt ihr noch auf, eine Vulva einer Frau nach Beschneidung. Nach Aufklärung über den Sachverhalt verlässt die Jugendliche sehr nachdenklich meine Praxis.

In der wissenschaftlichen Literatur wird das Thema der Vergleichbarkeit von freiwilligen Genitaloperationen mit Genitalverstümmelung zur Zeit viel diskutiert. Ein Team der österreichischen Akademie für Wissenschaften arbeitet an einem interdisziplinären Forschungsprojekt über mögliche Zusammenhänge von weiblicher Genitalverstümmelung/beschneidung und ästhetisch-plastischer Vaginalchirurgie „Wahl und Zwang zum Genitalideal“. Das Ergebnis dieses Forschungsprojekts, in dem die Praktiken in Brasilien, Afrika und England untersucht werden, dürfte sehr interessant sein.

Ein zweiter Aspekt des Schwerpunktthemas dieser Ausgabe: „Die Verbesserung der weiblichen Lustempfindung mittels kosmetischer Chirurgie“. Im Internet fand ich noch viele weitere Beiträge, in denen diverse Operationen angeboten werden. Ein Münchner Schönheitschirurg wirbt auf seiner Webseite: „Die Bestrebung nach äußerlicher Makellosigkeit und körperlicher Perfektion hat längst alle anatomischen Stellen unseres Körpers eingenommen, so auch die Genitalregion. Das Selbstverständnis einer äußerlich ansprechenden Genitalregion geht mittlerweile über die Pflege der Schambehaarung hinaus. Auch die anatomischen Proportionen sollten möglichst perfekt sein.“

Schätzungsweise 20% der Frauen in Deutschland leiden an „unschönen Variationen“ der Natur, seien sie angeboren oder im Laufe des Lebens entstanden: Zu lange Schamlippen, eine Vergrößerung der Klitoris oder ein auffälliger Schamhügel gehören zu den häufigsten Veränderungen, die sich durch die Möglichkeiten der modernen Plastischen Chirurgie beheben lassen“.

Angeboten werden Chirurgie der Schamlippen, des Hymen, des Venushügel bis zur Vaginalchirurgie. und G-Punkt Unterspritzung. Ein besonderes Kapitel widmet sich der G-Punkt Unterspritzung.

Ich zitiere: „Die Vergrößerung des G-Punktes wird durch Unterspritzung mit körpereigenem Gewebe (eigenes Fettgewebe) oder durch Unterspritzung mit Hyaluronsäure erreicht. Angestrebt wird eine Vo-

lumentzunahme des G-Punktes auf das Doppelte der ursprünglichen Größe, um eine ausreichende Stimulationssteigerung beim Geschlechtsverkehr zu erzielen“

Als Sexualmediziner sollten wir uns mit diesen Themen kritisch auseinandersetzen, da die Folgen operativer Eingriffe sich direkt und indirekt auf das Sexualleben Auswirkungen haben können.

Birgit Delisle (München)

#### Kongressleitung

- Prof. Uwe Hartmann (Hannover) DGSM
- Dr. Elia Bragagna (Wien)
- Dipl.-Psych. N. Christoff (Hannover)
- Prof. Christian Stief (München) DGSM
- Dr. med. C. Neuhof (Steyerberg)

#### Wissenschaftliches Programmkomitee

- Dr. E. Bragagna (Wien)
- Prof. Dr. U. Hartmann (Hannover)
- Dr. med. U. Brandenburg (Aachen)
- PD Dr. Till Krueger (Hannover)
- Prof. Dr. N. Rückert (Hannover)
- Prof. Dr. C.G. Stief (München)
- Dipl.-Psych. N. Christoff (Hannover)

## Sexualität – Bindung – Krise

Neue Perspektiven in Therapie und Forschung

6. bis 8. November 2009 in Hannover

5. gemeinsame Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sexualmedizin und Sexualtherapie (DGSM) und der Österreichischen Gesellschaft für Sexualmedizin (ASSM)



#### Tagungsort

Medizinische Hochschule Hannover  
Carl-Neuberg Straße 1  
30625 Hannover  
Telefon: 0511 532-9276  
www.mh-hannover.de

#### Auskunft und Anmeldung

Online auf [www.dgsm.de](http://www.dgsm.de) oder über  
thierkopf.baerbel@mh-hannover.de oder per  
Fax z.Hd. Frau Thierkopf (+49 511 5328873)

#### Inhaltliche Auskünfte

Dr. med. C. Hartmann  
E-Mail: [info@dgsm.de](mailto:info@dgsm.de)  
[www.dgsm.de](http://www.dgsm.de)

# Weibliche Genitalverstümmelung als ein komplexes Phänomen

Christoph Zerm

## Female Genital Mutilation as a Complex Phenomenon

### Abstract

Proceeding from the FGM definition provided by WHO, this article discusses the psychological and social complications as well as historical aspects and the complex socio-cultural rootedness in the practicing ethnic groups. FGM cannot be understood without taking the social role of women and its attendant consequences into consideration. The increasing number of female migrants in Europe poses a challenge for members of all relevant professions, especially health services. A minimum of understanding for the situation of the women is essential to ensure that the needs of the women are met with appropriate respect and that degrading situations do not arise.

*Keywords:* Female genital mutilation, psychological sequelae, socio-cultural background, gender discrimination, female migrants in Europe

### Zusammenfassung

Ausgehend von der seitens der WHO vorgegebenen Definition wird auf die psychischen und sozialen Komplikationen sowie auf historische Aspekte und auf die komplexe sozio-kulturelle Verwurzelung in den anwendenden Ethnien eingegangen. FGM kann nicht verstanden werden ohne Berücksichtigung der gesellschaftlichen Rolle der Frauen und der sich daraus ergebenden Konsequenzen. Die zunehmende Anzahl der in Europa ankommenden Migrantinnen bringt eine neue Herausforderung mit sich für Angehörige aller derjenigen Berufe, die potentiell in Anspruch genommen werden könnten, vor allem im Gesundheitswesen. Nur ein Mindestmaß an spezifischem Verständnis für die Situation der Betroffenen wird gewährleisten, dass in angemessener und respektvoller Weise auf die Bedürfnisse der Frauen eingegangen werden kann, um somit entwürdigende Situationen zu vermeiden.

*Sexuologie 16 (1–2) 2009 4–11 / Elsevier-Urban & Fischer*  
<http://www.elsevier.de/sexuologie>

*Schlüsselworte:* Weibliche Genitalverstümmelung, psychologische Folgen, sozio-kultureller Hintergrund, Geschlechterdiskriminierung, weibliche Migranten in Europe

## Definition

Die FGM „umfaßt alle Verfahren, die die teilweise oder vollständige Entfernung der weiblichen äußeren Genitalien oder deren Verletzung zum Ziel haben, sei es aus kulturellen oder anderen nichttherapeutischen Gründen.“ (WHO 1998)

### Vier Typen von FGM

- ◆ Typ I: Partielle oder vollständige Entfernung der Klitoris und / oder der Klitorisvorhaut (*Clitoridektomie*)
- ◆ Typ II: Partielle oder vollständige Entfernung der Klitoris und der kleinen Schamlippen, mit oder ohne Entfernung der großen Schamlippen (*Exzision*)
- ◆ Typ III: Verengung der vaginalen Öffnung mit Herstellung eines bedeckenden, narbigen Hautverschlusses durch das Entfernen und Zusammenheften oder -nähen der kleinen und / oder großen Schamlippen, mit oder ohne Entfernung der Klitoris (*Infibulation* oder „Pharaonische Beschneidung“)
- ◆ Typ IV: Alle anderen schädigenden Eingriffe, die die weiblichen Genitalien verletzen und keinem medizinischen Zweck dienen, zum Beispiel: Einstechen, Durchbohren, Einschneiden, Ausschaben, Ausbrennen oder Verätzen, Dehnen. (vgl. UN-Interagency Statement 2008)

Die stets drohenden, vielfältigen medizinischen Sofort- und Spät-Komplikationen sind andernorts ausführlich beschrieben, Kenntnisse hierüber seien hier vorausgesetzt. Ergänzend sollte dabei immer wieder in Betracht gezogen werden, dass mit einer **hohen Dunkelziffer** gerechnet werden muß, sowohl aus Unkenntnis der Beteiligten über die Zusammenhänge als auch aufgrund der bisher eisernen Tabuisierung dieses gesamten Themas.

## Zur Terminologie

Eine sorgfältige Differenzierung der Wortwahl ist im Zusammenhang mit FGM dringend anzuraten: „Beschneidung“ (engl. cutting, circumcision; francophon: „excision“) enthält kein Urteil, ist insofern neutral und sollte im Umgang mit Betroffenen bedacht werden, denn einige würden sich durch das stigmatisierende Wort „Verstümmelung“ nicht verstanden, ggfs. verletzt fühlen.

Anders verhält es sich bei der Aufklärung Nichtbetroffener: Da wäre „Beschneidung“ ein verharmlosender Euphemismus. „Umschneidung“ (Circumcision) kann logisch-anatomisch eigentlich nur bei der männlichen Beschneidung verwendet werden. Das IAC (Inter-African Committee) hat 2005 in Bamako eine Entschließung von 1990 (Addis Abeba) nochmals bekräftigt, in Übereinstimmung mit der AU, der EU, der WHO und weiteren wichtigen internationalen Organisationen strikt an der Bezeichnung „FGM“ festzuhalten.

## Sozio-kulturelle Hintergründe und psychologische Aspekte

### Historische Aspekte und kulturelle Verwurzelung

Im Bewusstsein der Anwendenden leitet sich FGM weit verbreitet vor allem aus Folgendem ab, wobei die Begründungen nach Art und Anzahl z.T. erheblich von Ethnie zu Ethnie variieren:

**1. Tradition** („das haben unsere Vorfahren schon immer so gemacht...“; „der Wille der Ahnen wird hierdurch erfüllt...“). Es gibt Berichte über FGM aus dem pharaonischen Ägypten des dritten vorchristlichen Jahrtausends. Möglicherweise breitete sich diese Praxis von dort in alle Richtungen weiter aus.

Allerdings soll dieser Brauch auch bei afrikanischen Völkern mit traditionellen Religionen in vorislamischer Zeit verbreitet gewesen sein. Im Islam war FGM nicht verankert, jedoch von Nachbarvölkern her bekannt. Bei der Eroberung dieser Völker mengte sich nach und nach auch FGM in das Brauchtum der entstehenden muslimischen Reiche und erreichte später so weitere Teile ihres Herrschafts- und Einflussgebietes.

**2.** Die meisten Anwender glauben **irrtümlich**, dass FGM den **Vorschriften der Religion** entspreche, und zwar **bekenntnisübergreifend** (Muslime, Christen und andere Glaubensrichtungen). Keineswegs ist FGM auf die islamische Welt beschränkt, wird andererseits dort auch gar nicht überall praktiziert. Bei genauerer Betrachtung lässt sich FGM durch keine schriftlich überlieferte Glaubensvorschrift, gleich welcher Religion, begründen. Lediglich in den *Hadithen*, das sind Ergänzungsvorschriften neben dem Koran, finden sich Andeutungen hierzu.

**3.** Das magische Konzept der **Initiation**, des Überganges in die erwachsene Geschlechterrolle. Mythologisch wurde vielerorts der Mensch als ein zunächst mit männlichen und weiblichen Anteilen ausgestattetes Wesen angesehen. Der Schritt in die eindeutig definierte Rolle als erwachsene Frau oder Mann wird demzufolge nur möglich durch die Entfernung der „gegengeschlechtlichen“ Attribute. Hinzu kommt möglicherweise (unbewusst) die auch von Indianervölkern bekannte Kombination von Schmerz-Ertragen und Festlichkeit, ferner die allgemeine Vorbereitung auf die späteren Aufgaben im Leben.

**4.** Die Überzeugung, durch FGM die angeblich sonst zu sehr überbordende **Sexualität der Frauen** besser **dämpfen** zu können. Gleichzeitig sei so der Schutz der Jungfräulichkeit und vor Vergewaltigung (z.B. einsamer Hirtenmädchen) gewährleistet, ferner fördere FGM die Empfängnisfähigkeit und die allgemeine Gesundheit sowie die eheliche Treue.

Daneben gibt es eine lange Liste weiterer Argumente der Befürworter, die teils skurrile Unwissenheit, teils das Merkmal bedingungsloser männlicher Dominanz erkennen lassen. Dirie (2005): „Die Sexualität der Frau soll zerstört werden. Deshalb sage ich auch nicht Genital-, sondern Sexualverstümmelung.“)

In vielen Teilen der Länder Afrikas, in denen FGM überwiegend vorkommt, werden unbeschnittene Frauen als Prostituierte verschrien, sie haben praktisch keine Chance, einen Ehemann zu bekommen. Stellt dieser am Hochzeitstag einen unbeschnittenen Zustand fest, wird die Braut in manchen ländlichen Gegenden mit Schande in ihr Heimatdorf zurückgetrieben, wo auch ihre Familie fortan unter Repressalien leiden wird. Ohne Ehe hat eine Frau

aber in vielen Ethnien keine soziale Zukunft, keine realistische Überlebenschance. So ist es ein Akt der Fürsorge, dass vor allem die Großmütter streng auf die Einhaltung dieser Sitte achten, etwa so, wie bei uns die Einschulung die Zukunft sichern hilft.

## Vorkommen und Verbreitung

Nach einer UNICEF-Studie von 2005 leben schätzungsweise 130 Millionen Frauen und Mädchen, deren Genitalen verstümmelt wurden. Jährlich kommen drei Millionen Mädchen dazu, das sind mehr als 8.000 Opfer täglich! Bei der steigenden Tendenz spielt auch das z.T. starke Bevölkerungswachstum in den Prävalenzländern eine Rolle.

Das Vorkommen ist von Land zu Land, manchmal sogar innerhalb eines Landes, sehr unterschiedlich, in einigen Ländern ist nur ein kleinerer Prozentsatz der weiblichen Bevölkerung betroffen, in anderen Ländern wie Sudan, Somalia, Djibuti, Äthiopien, Ägypten, Mali oder Guinea 80 – 100% aller Frauen. FGM wird in 28 afrikanischen Staaten (nicht in Nordwestafrika), in Ägypten, Jemen, Oman, Saudi-Arabien, Dubai, Vereinigte Arabische Emirate, Kurdistan und Indonesien praktiziert.

Die Typen I und II sind am weitesten verbreitet. Weltweit sind etwa 80% der genital verstümmelten Frauen in diesem Sinne beschnitten. Zum Typ III gehören ca. 15% aller von FGM betroffenen Frauen. Es gibt jedoch Länder (bzw. Landesteile) wie Somalia, Nordsudan, Südägypten, Teile von Nordnigeria, in denen praktisch alle Mädchen dieser extremsten Form der FGM unterzogen worden sind.

Alteingewurzelte Traditionen halten sich erfahrungsgemäß am hartnäckigsten in ländlichen Regionen, besonders bei hohem Analphabetenanteil. In der Anonymität der größeren Städte besteht eher die Chance, diesen zwingenden Bräuchen zu entkommen. Allerdings gibt es in den letzten Jahren einige Berichte, dass auch unter großstädtischen Intellektuellen z.B. im Sudan ein Trend zu beobachten sei, wieder streng zu solchen Praktiken zurückzukehren.

In Deutschland leben rund 60.000 Frauen oder Mädchen aus Ländern, in denen die weibliche Genitalverstümmelung praktiziert wird. Schätzungsweise jede Zweite von ihnen ist davon betroffen oder bedroht; hinsichtlich der Gefährdeten muss mit einer beträchtlichen Dunkelziffer gerechnet werden.

## Lebensalter der Opfer

Der Zeitpunkt des Rituals variiert je nach Ethnie und Überlieferung, es kann in den ersten Lebenstagen oder -wochen vorkommen, im Kleinkindalter oder vereinzelt auch in der späten Pubertät als Teil der Hochzeitsvorbereitungen. Sehr häufig ist das Alter von 4 bis 8 Jahren. (Manchmal hängt es auch von den finanziellen Möglichkeiten ab, zu welchem Zeitpunkt eine Beschneidung durchgeführt werden kann). Seit einiger Zeit wird in vielen Prävalenzländern eine zunehmende Verlagerung des Zeitpunktes in immer frühere Lebensabschnitte beobachtet.

## Durchführung

Anatomische Kenntnisse sind im Allgemeinen nicht vorauszusetzen, und auch an medizinische Instrumente ist nicht zu denken. So dient den Beschneiderinnen, zumeist ältere, angesehene Frauen im Dorf, als Schneidewerkzeug alles, was gerade zur Hand ist: Küchenmesser, Glasscherben, Rasierklingen oder -messer, alte geschärfte Eisenblechstücke, zuweilen auch die Fingernägel. Zur Schmerzlinderung werden Kräuterzubereitungen verwendet oder auch gar nichts, Narkosen gibt es nicht, das Mädchen wird von einigen Frauen (darunter oft auch die eigene Mutter) festgehalten.

Selbst wenn die Beschneiderin eine genauere Vorstellung hat von dem, was sie entfernen will, können Altersschwachsichtigkeit oder plötzliche Abwehrbewegungen des Opfers zu zusätzlichen unkontrollierten Verletzungen, Knochenbrüchen u.v.a.m. führen. Bei Säuglingen und Kleinkindern kann es vorkommen, dass die Beschneiderin wegen der Kleinheit und Unreife des Genitale mehr wegschneidet als eigentlich beabsichtigt.

Zum Vernähen werden Bindfäden, Bast, Dornen und Eisenringe verwendet oder die Wundränder werden mit zwei Stöckchen von außen aneinandergespreßt und diese dann mit einer Schnur an beiden Enden zusammengebunden.

Besonders bei Typ III werden den Mädchen anschließend die gesamten Beine fest umwickelt. So sind sie für die nächsten Wochen völlig stillgelegt, bis die Wunde zugeheilt ist.

## Gesundheitliche und volkswirtschaftliche Folgen

Der weiteren Ausbreitung von AIDS und Hepatitis (Verwendung der Schneidewerkzeuge bei mehreren Opfern, wiederkehrende Wunden im Genitalbereich etc.), aber auch dem Auftreten von Vaginalfisteln wird durch FGM stark Vorschub geleistet.

In Zusammenfassung aller Komplikationsmöglichkeiten kann davon ausgegangen werden, dass FGM nicht nur in eklatanter Weise ein Menschenrechtsverstoß ist, sondern auch eine erhebliche volkswirtschaftliche Einbuße für die jeweilige Gesellschaft. Denn die enormen kreativen Potentiale (auch in wirtschaftlicher Hinsicht) der Frauen, die in der Entwicklungszusammenarbeit immer wieder deutlich hervorgetreten sind, bleiben je nach Unterdrückungsgrad in der betreffenden Gesellschaft behindert bis völlig brach liegend, wozu die gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch FGM noch zusätzlich beitragen.

## Auswirkungen

Die **sozialen Folgen** derjenigen Komplikationen, die zu chronischen Entzündungen sowie Inkontinenz führen, sind leicht nachvollziehbar: Wenn Urin und/oder Stuhlgang ständig unkontrolliert abgeht, aber auch schon bei dem mühsamen Abgang von Menstralsekret, kommt es fast immer zu sehr unangenehmen Geruchsentwicklungen, verschärft durch das heiße Klima. Dies wie auch die häufig resultierende Unfruchtbarkeit kann und wird der Ehemann im Falle von schon verheirateten Frauen in vielen Fällen zum Anlass nehmen, seine Frau zu verstoßen. Beide werden mit keinem Gedanken darauf kommen, dass FGM die Ursache dieses Übels ist. Viele Männer wissen ohnehin nichts über die wirkliche Dimension von FGM. Derart verstoßene Frauen werden aus der Dorfgemeinschaft ausgeschlossen, und sie werden nur sehr schwer allein weiter existieren können.

Viele Mädchen erscheinen nach diesem Eingriff wie verändert: Aus fröhlichen, unbeschwerten Kindern werden ernste, mitunter teilnahmslose Kinder. In allen Lebensaltern bedeutet dieses **enorme Trauma** gleichzeitig den **Verlust des Urvertrauens**: Statt Schutzes hat man gerade von dem geliebtesten Menschen unvorbereitet diesen schrecklichen Schmerz erfahren!

Die zumeist **lebenslange seelische Folgesymptomatik**, zum Beispiel **Angst, Depressionen, Perspektivlosigkeit, Gefühle von Unvollständigkeit, Frigidität, Ehekonflikte, chron. Gereiztheit** oder **vielfältige psychosomatische Erscheinungen, Psy-**

**chosen, Dissoziation**, wird von manchen Expertinnen mit dem **Trauma einer Vergewaltigung** verglichen. Die Erinnerung kann zwar verblassen, aber das Erlittene wird dennoch im Unterbewußten gespeichert und wirkt von da unheilvoll in den Lebensablauf hinein.

## Leidensbewußtsein

Auch wenn sich das körperliche und seelische Trauma tief und lebenslang in das Unterbewusstsein eingräbt, so haben die meisten Betroffenen zunächst und häufig dauerhaft keine Vergleichsmöglichkeiten. Das bedeutet, dass dieser furchtbare Schmerz, dieses Trauma für sie isoliert dasteht, ohne jeglichen Bezug zu den oben beschriebenen Folgekomplikationen. Letztere werden als schicksalhaft angesehen, nicht selten als Strafe für Fehlverhalten. Erst die Information, dass Frauen auch anders leben können, ohne diese schreckliche Traumatisierung, führt zu bitterer Erkenntnis und daraus sich ergebendem Leid.

## Tabuisierung und Schweigegebot

Hinsichtlich der Sexualität im Allgemeinen (sowohl im körperlichen als auch im ausübenden Sinne) und FGM im Besonderen bestand bisher in allen Prävalenzländern ein absolutes Schweigegebot: Über all dies spricht Frau nicht, unter keinen Umständen, auch nicht mit Mutter, Schwester oder Freundin! Wenn überhaupt, so könnte eine Frau allenfalls nach langem Vertrauensbildungsprozess sich einer anderen Frau anvertrauen, was selten genug vorkommen dürfte. In noch viel stärkerem Maße gilt dies für FGM. „Das vielleicht Allerschlimmste ist für uns Frauen (...) dieses furchtbare, ungeschriebene Gesetz: Du musst schweigen. Du darfst mit niemandem über die Schmerzen sprechen“ (Dirie 2005). Jede Frau und schon jedes Mädchen ist somit mit ihrem Schock, ihren Ängsten, ihrer Verzweiflung völlig allein. So wird es auch der Migrantin in Europa häufig sehr schwer fallen, über ihre eigene Betroffenheit zu sprechen – sofern sie sich dieser überhaupt bewusst ist. Auch wenn sie sich in manchen Fällen vor allem wegen FGM oder deren Folgen zur Flucht entschlossen hat – sie wird es selten schaffen, dies als Fluchtmotiv zu benennen, sondern wird versuchen, andere Gründe zu finden. Dies sollte in der Betreuung von Migrantinnen unbedingt in Betracht gezogen werden. Die weltweiten Bemühungen zur Überwindung von FGM haben inzwischen zumindest in einigen Prävalenzländern

zu etwas mehr Offenheit diesen Themen gegenüber geführt.

## Fehlendes Wissen

Anatomisch-physiologische Kenntnisse haben in fast allen Fällen weder die Frauen noch die Männer. Somit bleiben ihnen die objektiven Zusammenhänge verborgen, und dieses Vakuum füllt sich dann allzu leicht mit allerlei Aberglauben, Missdeutungen und Verdrängung. Insbesondere die Männer vergleichen FGM allenfalls mit ihrer (männlichen) „Beschneidung“ und entledigen sich dessen als „Frauensache“, wenn sie denn überhaupt darüber reflektieren.

## Armut

Die vorherrschende Armut gerade in den Ländern des Südens führt zu einem *circulus vitiosus*: Nennenswerte Bildung bleibt unerreichbar, ganz besonders für die Frauen, dies verhindert Berufsausbildung und damit (verbessertes) Einkommen. Ohne Einkommen bleibt nur noch der Kampf um das Überleben, welcher alle anderen Probleme in den Hintergrund treten lässt. Not treibt zum Festhalten am Althergebrachten, für Mut zu Veränderung bleibt kein Raum. So halten Ethnien umso strikter auch an FGM als konstituierendem Element ihres soziokulturellen Gefüges fest, je ärmer sie sind. Bildung und sich entwickelnder Wohlstand bedingen sich gegenseitig, und Aufklärung ist der einzig tragfähige Weg zur Überwindung von FGM. (Siehe auch Abschnitt: Kongruente statistische Daten)

## Medikalisierung verhindern!

Die geschilderten Begleitumstände der mangelnden Hygiene und Analgesie (Betäubung) mit daraus resultierenden Komplikationen dürfen nicht dazu verleiten, einer Medikalisierung (d.h. z.B. Verlagerung dieser Prozedur in Ambulanzen oder Krankenhäuser, wie mancherorts bereits im Gange) Vorschub zu leisten. Entsprechend den klaren Stellungnahmen der WHO ist jegliche Form der Antastung körperlicher Integrität eine Menschenrechtsverletzung, die es zu eliminieren gilt. Zu Recht wird dies als schädliche traditionelle Praxis („harmful traditional practice“) gebrandmarkt. Gesellschaftliche Riten und Feste können daher nur unblutig vollzogen werden! Auch die deutsche Ärzteschaft hat sich klar dazu geäußert

(Entschließungen zur rituellen Verstümmelung weiblicher Genitalien auf dem 99. Ärztetag 1996 in Köln und auf dem 100. Ärztetag 1997). Angehörige der im Gesundheitswesen tätigen Berufe dürfen sich nirgends auf der Welt zur Durchführung solcher Praktiken hergeben oder missbrauchen lassen.

## FGM in Europa

Die seit einigen Jahren zunehmende Migrationsbewegung von Süd nach Nord hat dazu geführt, dass auch in Deutschland immer mehr Menschen aus Prävalenzländern leben. Die ungefähre Zahl betroffener Mädchen und Frauen lässt sich leicht kalkulieren, indem der Prävalenzprozentsatz der jeweiligen Ursprungsländer auf die Anzahl der Migrantinnen aus diesen Ländern angesetzt wird. Töchter aus diesen Familien können gefährdet sein, und bereits Betroffene sind unsere potentiellen Patientinnen oder Gegenüber bei anderen Anlässen des Alltags. Hier gilt es, gleichartige Sensibilität zu entwickeln, wie sie in der jüngeren Vergangenheit z.B. gegenüber Behinderten entstanden ist.

Zugleich gehört zur Vervollständigung des Bewusstseins, sich klar zu machen, dass auch in Mitteleuropa bis weit in das 19. Jahrhundert hinein Formen von FGM praktiziert worden sind, bis Anfang des 20. Jahrhunderts sogar unter „wissenschaftlicher“ Indikation (vgl. Hulverscheidt 2002). Wir dürfen auch heute nicht wegschauen, wenn z.B. Kindergartenmädchen von ihrem geplanten „Fest“ erzählen, oder gar illegale Eingriffe verdeckt vorgenommen werden, selbst wenn sie außerhalb Deutschlands geschehen (sollen).

## Zur Situation der Frauen

### Gesellschaftliche Rolle

In den meisten Ländern des Südens (auch solchen mit geringer oder ohne FGM-Prävalenz), zumal in islamischen Ländern, hat die Frau eine gegenüber den Männern völlig untergeordnete Rolle, vor allem in ländlichen Gebieten. Sie wird von Geburt an dazu erzogen, sich den Konventionen und (zumeist männlichen) Autoritäten zu fügen. Ihr Hauptzweck scheint sich darin zu erschöpfen, für diese da zu sein und Kinder, vor allem Söhne, zu gebären. Eigentum und bürgerliche Rechte sind ihr häufig nicht oder zumeist nur vermittels ihres Ehemannes zugänglich. Daher



ist in solchen Gesellschaften eine eigenständige, unabhängige Frauenexistenz nur schwer vorstellbar. Überleben ist meist nur als verheiratete Frau möglich, und dafür sind alle Bedingungen zu erfüllen, die von einer Frau verlangt werden. Eigene Bildung ist hierbei eher hinderlich, und deshalb zeigen alle Statistiken für diese Länder ein insgesamt niedriges, für Frauen aber ein noch erheblich niedrigeres Bildungsniveau. Daran wird eines deutlich: Bildung verhilft Frauen zu der Möglichkeit, sich selber versorgen zu können, und damit zu mehr Unabhängigkeit – ein wichtiger Baustein auch und vor allem zur Überwindung von FGM.

## Unterdrückung und Gewalt gegen Frauen

Aus der Schilderung der gesellschaftlichen Rolle der Frau geht schon die allgemeine Unterdrückung hervor. Diese wird nun noch verschärft durch die vielfältigen Varianten offener und subtiler Gewalt gegen Frauen: Das Gebot der Jungfräulichkeit wird flankiert von Frühehe, Zwangsverheiratung, Brautraub (d.h. die durch nachfolgende Heirat „legitimierter“ Vergewaltigung), Ehrenmorden (bzw. entsprechenden Akten), Entführung, Behandlung von Vergewaltigungsoptionen als Sündenböcke gegen die Ehre (bzw. das soziale Gefüge), häusliche Gewalt, und nicht zuletzt auch FGM. All dies führt die Mädchen weiter weg von der eigenen Chance auf Bildung, auch FGM wirkt sich so aus; Beobachtungen belegen den gehäuften Schulabbruch nach Durchführung dieses Rituals.

## Kongruente statistische Daten

Statistische Daten des Berlin-Instituts für Bevölkerung und Entwicklung zeigen Weltkarten, die in Bezug auf die Länder mit der höchsten Rate an Analphabetismus, mütterlicher Mortalität, Geburtenzahl pro Frau und der niedrigsten Rate an weiblicher Lebenserwartung sowie Prokopfeinkommen weitgehend kongruent sind und in vielen Fällen (besonders in Afrika) gleichzeitig die höchsten FGM-Prävalenzraten aufweisen.

Auch wenn natürlich ganz unterschiedliche Faktoren wie Kriege, Misswirtschaft, Naturkatastrophen, archaische Gesellschaftsstrukturen etc. diesen alarmierenden Daten zugrunde liegen dürften, so deutet dies dennoch den Kontext an, in dem sich die „harmful traditional practice“ FGM befindet.

## Religion und FGM

Patriarchalische Gesellschaften, die auf einem engen tribalen oder Clan-Zusammenhang aufgebaut sind, stützen sich im Allgemeinen auf hierarchische und repressive Mechanismen. Ehre und die Einhaltung strenger Normen stehen an oberster Stelle, Unterordnung, Schuld und Scham sind das disziplinierende Gegenstück dazu. Strenge Religionssysteme sind hierbei willkommene Unterstützung für die gewünschte gesellschaftliche Ausrichtung. FGM hat in diesem Kontext eine besondere, disziplinierende Funktion, und die (wenn auch fälschliche) Verknüpfung mit religiösen Vorschriften ist in solchem Sinne ein willkommener Kunstgriff, der sich in Laufe der Zeit verselbständigen kann. Es kommt hierbei mehr auf die Glaubensstrenge an, nicht so sehr auf die konfessionelle Ausrichtung. Dies zeigt sich daran, dass Christen, Muslime oder andere Glaubensrichtungen bei FGM in jeweils bestimmten Gegenden gleichermaßen involviert sind, wenngleich FGM in muslimischen Gesellschaften auffällig häufiger anzutreffen ist. Die Gemeinsamkeit bezieht sich hier auf die Unterdrückung der Frauen, und dabei nicht zuletzt auf deren Sexualität.

## Migrantinnen in Europa

### Motive

Es sollte stärker in Betracht gezogen werden, dass die meisten Menschen nicht freiwillig und ohne Not ihre Familien und Heimat verlassen, ihre gewohnte Umgebung, ihren Sprachraum, ihre Bekannten und Freunde, ihre ursprüngliche Geborgenheit. Um all das aufzugeben zugunsten einer völlig ungewissen, ja vielleicht tödlichen Zukunft, müssen schon sehr schwerwiegende Gründe vorliegen. Wir sind Zeitgenossen einer ganz neuen, globalen Entwicklung, deren Ausgang noch schwer vorhersehbar ist, die aber mit alten Denkmustern nicht annähernd verstanden werden kann.

### Die wichtigsten Sorgen

Ist eine Migrantin erst einmal z.B. hier in Deutschland angekommen, sieht sie sich in den meisten Fällen mit sehr existenziellen Sorgen und Problemen konfrontiert. Sie muss überleben, d.h. zunächst die Grundbedürfnisse stillen, wie Nahrungsmittel beschaffen und ein Dach über dem Kopf, sich in einer zumeist

unverständlichen Welt zurechtfinden, wo es um Papiere, Genehmigungen und Anerkennungen geht. Vielleicht kommen noch Sorgen um Kinder oder andere Familienangehörige dazu. Man muss sich zumeist in eine ganz neue Sprache einleben, und nicht immer trifft man auf hilfsbereite Menschen. Das Thema FGM ist in so einer Situation völlig im Hintergrund, überlagert von (fast) allem Anderen. Für viele Migrantinnen ist daher, und auch grundsätzlich aus Unwissenheit, die Sorge, die man sich in Europa um FGM macht, einigermaßen unverständlich.

## Unwissen über sich selbst und die Zusammenhänge

Migrantinnen mit niedrigem Bildungsniveau werden lange Zeit wenig oder nichts wissen über ihre „Andersartigkeit“ im Vergleich mit den Europäerinnen, insofern auch nichts über Zusammenhänge zwischen möglichen Gesundheitsstörungen und der erlittenen FGM. Aber auch besser gebildete Migrantinnen können sich in Unkenntnis darüber befinden, was wirklich mit ihnen geschah – in einigen Fällen zu einem Zeitpunkt in ihrem Leben, an den sie sich nicht erinnern können, in anderen Fällen durch Verdrängen oder Unklarheit über die Zusammenhänge. Für alle diese Varianten gilt, dass diese Betroffenen einfühlsam, behutsam behandelt und informiert werden sollten, um erneute und weitere psychische Traumatisierungen zu vermeiden. Vor allem möchte eine Betroffene sich nicht auf den (alterierten) Genitalbereich reduziert, sondern als Gesamtpersönlichkeit wahrgenommen erleben.

## Begegnung mit Europäern

Die Begegnung zwischen zwei völlig verschiedenen Kulturen birgt viele Quellen von Missverständnissen – bis die Beteiligten mehr über einander wissen. Nicht jeder ist von vornherein Fremden gegenüber aufgeschlossen, und das ist auch nicht wie selbstverständlich vorauszusetzen oder zu verlangen. Aber eines sollte in einer zivilisierten Gesellschaft immer gelten: Die grundsätzliche, bedingungslose Achtung vor dem anderen Menschen. Das schließt besonders in einer Untersuchungssituation würdevolleres Verhalten obligat mit ein. Auch bei weniger exponierten Situationen (Ämter etc.) sollten Erniedrigungen nicht vorkommen. Wir wissen das aus dem inzwischen gereiften Umgang mit Menschen mit Behinderungen: Weder Mitleid noch Missachtung oder Arroganz sind erwünscht; unverkrampft und so

achtsam sein, wie man das auch selber gerne hätte, schafft das Nötige an Normalität.

## Traditionsbewahrung

Es ist eine bekannte Tatsache, dass Menschen, die weit weg von ihrem Ursprungsland leben, häufig viel strenger an hergebrachten Traditionen und Bräuchen festhalten, als es die im Lande Verbliebenen tun, die dem lebendigen gesellschaftlichen Entwicklungsprozess vor Ort unmittelbar ausgesetzt sind und ihn mit tragen. So ist es verständlich, wenn auch nicht zu billigen, dass Familien an der Ausübung von FGM festhalten, obwohl keine äußeren gesellschaftlichen Zwänge in ihrer Umgebung dies noch einfordern, einschließlich des Aspektes der Lebensvorsorge für die Tochter. Dennoch glauben manche Eltern, dass sie ihre in einer westlichen Gesellschaft aufwachsende Tochter durch FGM beschützen könnten.

Hier würde sich liberale Toleranz des Gastlandes in sein Gegenteil verkehren, wenn nicht klar Grenzen gesetzt und Stellung bezogen würde hinsichtlich der strafgesetzlichen und menschenrechtlichen Normen, die in der hiesigen Gesellschaft maßgeblich sind. „Kulturelle Besonderheiten“ müssen da enden, wo essentielle Grundrechte tangiert werden.

## Anpassungsdruck in der Diaspora

Häufig sind die familiären Verbindungen zum Ursprungsland noch sehr intensiv, manchmal so intensiv, dass auch über weite Entfernungen hin der soziale Druck des Heimatlandes bzw. der dort verbliebenen Familienmitglieder noch ausreichend groß ist, um bisherige Traditionen wie FGM auch an der nächsten Generation weiter ausüben zu müssen. Ein solcher Druck kann ggfs. auch innerhalb einer Migrantengemeinschaft entstehen, besonders dann, wenn es sich um eine sehr geschlossene Gesellschaft handelt, die ihre Identität in der Abschottung gegenüber der Umgebung sucht.

Hier kann es für einzelne Familien erleichternd sein, wenn ihnen die deutsche Rechtslage eingehend erläutert wird und sie sich dann gruppenintern dahinter verschanzen bzw. damit entschuldigen können.

Dies gilt auch z.B. für die immer wieder vorkommende „Urlaubsbeschneidung“, d.h. beim Heimaturlaub wird das Mädchen, manchmal auch gegen den Willen der Eltern, von dort lebenden Verwandten wie Großmütter, Tanten o.ä. der Genitalverstümmelung unterzogen.

## Emanzipation und Folgegenerationen

Je mehr der Anpassungs- und Emanzipationsprozess, vor allem bei der 2. oder 3. Folgegeneration besonders durch Bildung und Integration vorangeschritten ist, umso eher wird es dazu kommen, dass Gefährdete Schutz suchen und Betroffene Hilfe und Unterstützung benötigen in dem Wunsch nach Korrektur und ggfs. Wiederherstellung, soweit das möglich ist. Dieser Aspekt sollte zunehmend in die Förderung von Anlaufstellen und Kompetenzzentren einmünden, um dem Bedarf an Unterstützung für die Betroffenen gerecht werden zu können. Dies umfasst gleichermaßen die kompetente psychologisch-psychotherapeutische Begleitung. FGM-Betroffene sollten analog gesehen werden wie Opfer von Vergewaltigung oder

Folter, deren lebenslang anhaltende Traumatisierung mit entsprechendem Begleitungsbedarf bekannt ist.

## Literatur

- Hulverscheidt, M., 2002. Weibliche Genitalverstümmelung. Diskussion und Praxis in der Medizin während des 19. Jahrhunderts im deutschsprachigen Raum, Frankfurt/M.
- Waris Dirie & Corinna Milborn: Desert Children (Schmerzskinder), Marion von Schröder Verlag, Berlin 2005.
- WHO, 1998. Female genital mutilation: an overview, Geneva.
- UN-Interagency Statement, 2008. Eliminating Female Genital Mutilation: An Interagency Statement. (verfügbar unter: [http://www.unifem.org/resources/item\\_detail.php?ProductID=110](http://www.unifem.org/resources/item_detail.php?ProductID=110))

### Adresse des Autors

Dr. med. Christoph Zerm, Harkortstr. 6, D 58313 Herdecke

Liebe TeilnehmerInnen, sehr geehrte Damen und Herren,

wir laden Sie herzlich zu unserem diesjährigen Symposium ein, das zu einer guten Tradition geworden ist. Nach genau 10 Jahren wird es nun wieder in Jena stattfinden.

Zum zweiten Mal werden die Deutsche Gesellschaft für Tropenchirurgie (DTC) und die AG Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit (FIDE) ihre Tagungen zusammen abhalten. Der Grund hierfür sind die Überschneidungen, die sich für den operativ tätigen Arzt in fast allen Krankenhäusern der 2. und 3. Welt ergeben. In den Tropen ist Spezialisierung in der praktischen Medizin immernoch ein geträumter Luxus; der hochspezialisierte Facharzt wird im Alltag zur Gefahr.

Von den Referenten erwarten wir deshalb für die praktische Tätigkeit in der Dritten Welt ergebnisreiche Aussagen, zeitgemäß wissenschaftlich reflektiert. Die Fachvorträge werden eingebettet sein in Gedanken, die die Entwicklung der Medizin und der Weltgesundheit aus kultureller und politischer Sicht zu beschreiben versuchen.

Wir freuen uns, viele ausländische Referenten und Gäste begrüßen zu können, deren Erfahrungen und kritische Sichtweisen die Diskussion sicher bereichern werden. Die Organisatoren wenden sich mit dem Symposium nicht nur an Gynäkologen und Chirurgen, sondern besonders auch an Interessenten, die (noch) keine berufliche Erfahrung im Ausland gesammelt haben. Deshalb sind Sie als Mediziner aller Fachrichtungen und als Studenten herzlich eingeladen.

Wir freuen uns auf die gemeinsamen Stunden.

### Conference Organisation

Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH

Claudia Kellner

Markt 8

07743 Jena • Germany

Telefon +49 (0)3641 3 53 32 68

Telefax +49 (0)3641 35 33 21

isse2009@conventus.de • [www.conventus.de/isse2009](http://www.conventus.de/isse2009)

Jena • Germany  
NOVEMBER 12-14, 2009



Universitätsklinikum  
Jena

## International Symposium



Deutsche Gesellschaft für  
Tropenchirurgie  
German Society for Tropical Surgery



AG Frauengesundheit in der  
Entwicklungszusammenarbeit  
Women's Health in International Development



Chirurgische Arbeitsgemeinschaft  
Entwicklungsländer der DGCH  
Surgical Association Developing Countries

Sharing Experience

# Genitalverstümmelung und sexuelle und reproduktive Gesundheit

Helga Seyler

## Sexual and Reproductive Health Consequences of Female Genital Mutilation

### Abstract

*Background:* Female Genital Mutilation (FGM) is mainly performed on girls living in East- Central- and Westafrika. The practice can seriously impair physical and mental health as well as sexual experience.

*Method:* Selective literature review, evaluation of own professional experience.

*Results:* There are different types of FGM. The impact on reproductive health depends on the type and extent of the excision. The consequences for the sexual experience and sexual problems must be viewed in the cultural context. Sexual problems may be due to physical and mental consequences of FGM but can also be caused by psychosocial factors. Many women are seriously impaired in their sexuality, others have a satisfying sexual life, even orgasmic response.

*Keywords:* Female genital mutilation, infibulation, sexual experience, sexual dysfunction

### Zusammenfassung

*Hintergrund:* Genitalverstümmelung wird vorwiegend in Ländern in Ost- Zentral- und Westafrika bei Mädchen durchgeführt. Sie kann schwere Auswirkungen auf die körperliche und psychische Gesundheit und das sexuelle Erleben haben.

*Methode:* selektive Literaturrecherche, Auswertung eigener professioneller Erfahrungen.

*Ergebnisse:* Es gibt unterschiedliche Formen der Genitalverstümmelung. Auswirkungen auf die reproduktive Gesundheit sind abhängig vom Typ und Ausmaß der Beschneidung. Die Auswirkungen auf das sexuelle Erleben und sexuelle Funktionsstörungen müssen im kulturellen

Kontext der Frauen betrachtet werden. Bei sexuellen Problemen können körperliche und psychische Folgen der Beschneidung eine Rolle spielen, aber auch psychosoziale Faktoren. Viele Frauen sind in ihrem sexuellen Erleben stark beeinträchtigt, andere berichten von zufrieden steller Sexualität und auch von Orgasmuserleben.

*Schlüsselworte:* Genitalverstümmelung, Infibulation, Sexuelles Erleben, Sexuelle Funktionsstörungen

## Formen der Genitalverstümmelung

Die WHO teilt Genitalverstümmelungen<sup>1</sup> in vier Formen ein:

- ◆ Typ I: die Vorhaut und ggf. Teile der Klitoris werden entfernt.
- ◆ Typ II: Entfernung der Klitoris, zusätzlich werden die inneren Schamlippen teilweise oder ganz entfernt.
- ◆ Typ III (Infibulation): Entfernung der Klitoris, der inneren und äußeren Schamlippen bis zur umgebenden Außenhaut. Diese wird bis auf eine kleine Öffnung für den Abfluss von Urin und Menstruationsblut vernäht.
- ◆ Typ IV: Unterschiedliche Beschneidungsformen, die nicht in die anderen Gruppen eingeordnet werden können, wie Ritzen der Klitoris oder

<sup>1</sup> In diesem Beitrag werden die Begriffe Genitalverstümmelung und Beschneidung parallel verwendet. Grundsätzlich sollte im Gespräch mit Betroffenen immer von „Beschneidung“ gesprochen werden, da „Verstümmelung“ als stigmatisierend empfunden werden kann. In der Öffentlichkeitsarbeit und Fortbildung dagegen kann der Begriff „Beschneidung“ verharmlosend erscheinen, und afrikanische wie internationale AktivistInnen legen Wert darauf, dass von Genitalverstümmelung gesprochen wird.

Klitorisvorhaut, Eingriffe am Hymen, Verätzen der Scheidenhaut und ähnliches.

Meist werden die Beschneidungen nicht streng nach den Typen durchgeführt, sondern es finden sich Mischformen. In verschiedenen Ländern oder Regionen überwiegen bestimmte Typen. Etwa 80% der betroffenen Frauen haben eine Beschneidung, die dem Typ I oder II entspricht, etwa 15% haben eine Infibulation. Besonders in einigen ostafrikanischen Ländern (z.B. Nordsudan, Somalia, Djibouti) wird weit überwiegend die Infibulation durchgeführt.

## Gesundheitliche Folgen der Genitalverstümmelung

Direkte Komplikationen der Genitalverstümmelung sind traumatische Schocks, starke Blutungen und Infektionen. Auch HIV-Infektionen können durch nicht ausreichend gereinigte Instrumente übertragen werden. In einem schwer erfassbaren Umfang (hohe Dunkelziffer) kommt es infolge dieser Komplikationen auch zu Todesfällen.

Besonders die Infibulation führt nach der Verstümmelung oft zu Harnverhalt, wegen der winzigen Öffnung, die in der Vulva belassen wird, aber auch durch postoperative Schwellung des Gewebes im Bereich der Harnröhre und aus Angst vor den Schmerzen beim Wasserlassen. Ähnliche Probleme ergeben sich bei den Monatsblutungen.

Die langfristigen gesundheitlichen Folgen hängen stark von der Art der Beschneidung ab. Sie sind bei der Infibulation am schwerwiegendsten. Viele Frauen leiden an oft wiederkehrenden Harnwegsinfektionen durch die behinderte Miktion. Die Miktionszeit ist oft stark verlängert. Durch den behinderten Abfluss des Menstrualblutes dauert die Menstruation bis zu 14 Tage. Es kommt häufiger zu Infektionen der Genitalorgane mit nachfolgender Beeinträchtigung der Fruchtbarkeit.

Komplikationen bei Geburten können durch gute medizinische Betreuung weitgehend vermieden werden. Wenn diese Versorgung fehlt (was für die Mehrzahl der Betroffenen gilt), kann rigides Narbengewebe jedoch den Durchtritt des kindlichen Köpfchens erschweren oder völlig verhindern. Bei einer stark verlängerten Austreibungsphase kann der Druck des kindlichen Köpfchens zu Nekrosen im umliegenden Gewebe und zu Fistelbildung mit Harn- bzw. Stuhlinkontinenz führen. Wenn das

Narbengewebe unkontrolliert reißt, kann es auch zu Verletzungen von Anus, Harnröhre und anderen Nachbarorganen kommen.

Das Vorgehen während der Geburt sollte schon in der Schwangerschaft besprochen werden. Die Infibulation muss vor der Geburt geöffnet werden. In einzelnen Fällen kann auch eine Defibulation bereits während der Schwangerschaft sinnvoll sein.

Nach der Geburt sollte die Wunde, wie ein Dammschnitt, so weit verschlossen werden, dass der Scheideneingang nicht verengt ist und der Ausgang der Harnröhre frei liegt. Ein weiter gehender Verschluss widerspricht, genauso wie die Durchführung einer Genitalverstümmelung, den ärztlichen berufsrechtlichen Pflichten, selbst wenn die Frau oder ihre Angehörigen dies wünschen (Bundesärztekammer, 2006). Dieses Thema sollte ebenfalls bereits während der Schwangerschaft ausreichend besprochen werden, um Konflikte im Kreissaal zu vermeiden. Alle Beteiligten sollten über die gesundheitlichen Folgen der Infibulation ausführlich beraten werden und verstehen, warum eine Refibulation nicht durchgeführt werden sollte.

In Deutschland wird bei Frauen mit Infibulation oft ein Kaiserschnitt durchgeführt, um das Thema der De- und Refibulation zu vermeiden. Ein Kaiserschnitt ist jedoch medizinisch in den wenigsten Fällen notwendig und mit größeren gesundheitlichen Risiken verbunden, als eine Defibulation.

Für spätere Geburten ist das Risiko von Komplikationen erhöht, was besonders schwerwiegend ist, wenn Frauen dann im Heimatland sind und keine ausreichende medizinische Versorgung haben. Durch eine Defibulation können dagegen Komplikationen bei späteren Geburten deutlich reduziert werden.

## Folgen für das sexuelle Erleben

Wie sich Genitalverstümmelungen auf die sexuelle Funktion und das Erleben der Betroffenen auswirken, ist wenig untersucht. Hindernisse für die Evaluation sind, dass sowohl Genitalverstümmelung als auch Sexualität sehr tabuisierte Themen sind, über die kaum gesprochen werden kann.

In einer umfangreichen Studie aus Eritrea und Deutschland zu den Auswirkungen der Genitalverstümmelung werden die Schwierigkeiten bei der Befragung zu sexuellen Themen beschrieben (Asefaw 2007). Bei der Befragung mussten umschreibende Begriffe zum Beispiel für Koitus und Orgasmus verwendet werden, und es ist möglich, dass einige der

befragten Frauen eine von der sexualmedizinischen Definition abweichende Vorstellung davon hatten.

Ein weiteres Problem ist, dass sexuelles Erleben stark von den kulturellen Hintergründen bestimmt ist, und nur in diesem Kontext verstanden werden kann. Was als sexuelle Funktionsstörungen angesehen wird, weicht in anderen kulturellen Zusammenhängen möglicherweise von den Definitionen des westlichen Medizinsystems ab und hier definierte Störungen wie Orgasmus- oder Libidostörungen haben möglicherweise eine andere Bedeutung.

In den vorhandenen Studien und Berichten werden zahlreiche sexuelle Probleme angegeben, wie Lustlosigkeit und Vermeiden von Sexualität, Schmerzen, Verkrampfungen oder Orgasmusprobleme. Infibulierte Frauen berichten häufiger über sexuelle Probleme als Frauen mit Klitoridektomie oder Exzision der Labien.

Die Studien zeigen jedoch auch, dass Frauen nach Genitalverstümmelung nicht selten mit ihrem sexuellen Erleben zufrieden sind, Lust und Erregung erleben und auch Orgasmen haben. Häufig berichten sie, dass für sie Brüste, Lippen, Oberschenkel oder Bauch die wichtigsten sexuell stimulierbaren Körperregionen sind (Asefaw 2007, Okonofua & Larsen 2002).

## Körperliche Folgen der Genitalverstümmelung für das sexuelle Erleben

Die körperlichen Auswirkungen der Genitalverstümmelung auf sexuelle Funktionen sind individuell unterschiedlich und abhängig von der Art der Verstümmelung sowie der Narbenbildung.

Bei infibulierten Frauen stehen zunächst bei der Kohabitarche Schmerzen und Schwierigkeiten bei der Penetration im Vordergrund. In vielen Fällen ist eine Penetration ohne vorherige instrumentelle Eröffnung des Introitus nicht möglich. Auch wenn die Penetration ohne instrumentelle Öffnung gelingt, kommt es meist zu Verletzungen des Introitus.

Der Koitus bei frisch eröffnetem oder verletztem Introitus ist entsprechend schmerzhaft, muss jedoch, um eine erneute Verengung des Introitus zu verhindern, regelmäßig stattfinden. Daraus kann ein Kreislauf aus Schmerz, Angst und Verspannung entstehen. Bei einigen Frauen können Schmerzen beim Koitus dauerhaft bestehen bleiben. Es wird auch von Verkrampfungen berichtet, die einem Vaginismus entsprechen könnten.

Bei Genitalverstümmelungen vom Typ II ist der Koitus meist nicht durch Vernarbungen im Bereich des Introitus beeinträchtigt. Trotzdem können Narben im Bereich der exzidierten inneren Labien zu Schmerzen bei sexueller Erregung, zu Vulvodynie oder auch zu Dyspareunie führen.

Bei allen Beschneidungsformen kann es zu Keloidbildungen kommen, die kosmetisch stören oder bei rigidem Gewebe auch Schmerzen verursachen können. Durch den Einschluss von Haut, Talg- oder Schleimdrüsen entstehen im Narbenbereich häufiger subkutan störende Zysten.

Im Narbenbereich, insbesondere im Bereich der Klitoris, entwickeln sich häufiger Neurinome, die zu Hyperästhesien und Hyperalgesien führen können. Diese können sexuelle Kontakte stark beeinträchtigen und das Bild einer Vulvodynie vortäuschen.

## Psychische Traumatisierung durch die Genitalverstümmelung

Die psychische Traumatisierung durch die Genitalverstümmelung hängt stark vom Alter bei der Durchführung ab. Viele Frauen haben keine Erinnerung an ihre Beschneidung. Häufig wurde diese im Säuglings- oder frühen Kleinkindalter durchgeführt. Allerdings kann auch die Erinnerung an die Beschneidung, wie andere traumatisierende Kindheitserfahrungen verdrängt worden sein.

Bei Beschneidungen im späteren Kindes- und Jugendalter gibt es zahlreiche Berichte über schwere psychische Traumatisierungen, mit langfristigen Folgen wie Angst, Depressionen, Vertrauensverlust gegenüber nahe stehenden Menschen, und völligem Verlust der sexuellen Genussfähigkeit (Behrendt, 2005).

Dem gegenüber stehen Berichte von Frauen, die sich entweder nicht an die Beschneidung erinnern, oder das Erlebnis durch die Einbettung in den sozialen Kontext integriert haben. Sie bewerten ihre Beschneidung positiv, da sie ihnen Wertschätzung und Anerkennung des sozialen Umfelds verschafft.

Von Asefaw befragte Frauen entwickelten oft erst psychische Probleme und eine negative Haltung zu ihrer Beschneidung, nachdem sie in ein neues soziales Umfeld kamen, in dem Genitalbeschneidungen abgelehnt werden, und sie damit negativ auffielen (Asefaw 2007).

## Einfluss der Genitalverstümmelung auf das sexuelle Erleben der Männer

Bei Asefaw berichten auch Männer davon, dass die Erlebnisse mit infibulierten Frauen in der Hochzeitsnacht und danach für sie traumatisierend waren. Die Schmerzen der Partnerin bei jedem Koitus wirken sich auch negativ auf das sexuelle Erleben der Männer aus. Partner von infibulierten Frauen berichteten häufiger von sexuellen Problemen wie Potenzstörungen, vorzeitiger Ejakulation und Libidoverlust (Asefaw 2007).

## Beratung von Frauen mit Genitalverstümmelung

Selten suchen Migrantinnen explizit wegen Problemen mit der Genitalbeschneidung ärztliche Hilfe. Öfter werden jedoch diffuse Schmerzen im Genitalbereich oder Schmerzen beim Geschlechtsverkehr als Beschwerden angegeben.

Meist fällt die Verstümmelung erst bei der Untersuchung auf. Da Genitalbeschneidung sehr tabuisiert ist, ist es schwierig, Frauen darauf anzusprechen. Es muss auch damit gerechnet werden, dass die Frau sich ihrer Beschneidung nicht bewusst ist, und nicht versteht, worauf die ÄrztIn sie ansprechen will. Deshalb ist es sinnvoll, eine Beschneidung vorsichtig und nur dann anzusprechen, wenn ein Vertrauensverhältnis aufgebaut wurde.

Bei der überwiegenden Mehrzahl der Frauen besteht eine Beschneidung von Typ I und II. In diesen Fällen ist es meist schwierig zu differenzieren, ob Schmerzen und Beschwerden eher psychisch bedingt oder durch Narben verursacht werden.

Neben körperlicher Beeinträchtigung und psychischen Folgen der Genitalverstümmelung können auch andere Probleme, wie sexualfeindliche Erziehung, Partnerschaftsprobleme oder andere psychische Faktoren wesentliche Ursachen für sexuelle Probleme und Funktionsstörungen sein. Sexuelle Probleme bei Frauen mit Genitalverstümmelung sollten daher nicht undifferenziert allein als Folge der Beschneidung gesehen werden.

Bei der Beratung ist es wichtig, einerseits ausreichendes Wissen über die Durchführung und Folgen der Genitalverstümmelung zu haben, andererseits

aber auch unvoreingenommen die Gesamtsituation der Frau und des Paares zu betrachten. Die individuelle Sichtweise der Frau und des Paares in Bezug auf ihre sexuellen Probleme und die ursächlichen Zusammenhänge sollten im Mittelpunkt der Beratung stehen. Offenheit und Sensibilität gegenüber dem jeweiligen kulturellen Hintergrund sowie eine nicht bewertende Grundhaltung sind wichtige Grundlagen der Beratung dieser Menschen.

## Chirurgische Korrekturingriffe

Eine Differenzierung von körperlichen und psychischen Ursachen der geäußerten Beschwerden kann im Einzelfall schwierig sein. Sie ist besonders wichtig, wenn es um die Frage einer operativen Korrektur geht.

Wenn erwogen wird, eine Infibulation zu öffnen, ist eine detaillierte Beratung der Frau und des Paares notwendig, damit sie eine informierte und abgewogene Entscheidung treffen können. Der Eingriff selbst ist zwar medizinisch meist unkompliziert<sup>2</sup>, die Veränderung des Genitalbereiches ist für die Frauen jedoch tiefgreifend, da das Aussehen ihres (infibulierten) Genitales ein wesentlicher Teil ihres Körperbildes ist. Sie müssen grundlegende Kenntnisse über das Aussehen von beschnittenen und unbeschnittenen Genitalien bekommen, um sich eine Vorstellung davon machen zu können, wie ihr Genitalbereich nach der Öffnung aussehen wird. Zum Beispiel erleben Frauen den Harnstrahl nach der Öffnung als massive, und oft beschämende Veränderung, wenn durch die Infibulation der Harnröhrenaussgang verlegt war.

Außerdem sollte möglichst ausführlich besprochen werden, ob und welche Beschwerden durch die Defibulation beseitigt werden können, und dass entfernte Körperteile wie zum Beispiel die Klitoris oder die inneren Schamlippen bei der Öffnung nicht wieder hergestellt werden können.

Bei anderen Beschneidungstypen sollten operative Korrekturen ebenfalls sorgfältig abgewogen werden. Zysten sollten entfernt werden, wenn sie infiziert sind, oder aufgrund ihrer Größe und Lage stören. Neurinome, die Beschwerden verursachen, sollten entfernt werden.

Im europäischen Ausland werden auch rekonstruktive Eingriffe unter der Bezeichnung „Klitoris-

<sup>2</sup> Eine Beschreibung des Eingriffs mit Fotos findet sich bei WHO, 2001.



Rekonstruktion“ angeboten. Dabei werden unter dem Narbengewebe liegende Anteile des Klitorischaft mobilisiert, um die Sensitivität zu verbessern (Zerm, 2007). In Einzelfällen kann unter dem Narbengewebe eine intakte Klitoris freigelegt werden. Durch den Eingriff kann jedoch eine Genitalverstümmelung nicht rückgängig gemacht werden, und erneute Narbenbildung kann zu weiteren Beschwerden führen. Die Auswirkungen auf das sexuelle Erleben sind nicht ausreichend untersucht. Deshalb sind die rekonstruktiven Eingriffe umstritten und sollten nur nach eingehender Beratung über den fraglichen Nutzen und die Risiken durchgeführt werden.

Bei allen chirurgischen Eingriffen brauchen die Frauen eine ausreichende Schmerzkontrolle, am besten eine Vollnarkose, um eine Retraumatisierung durch Schmerzerleben zu vermeiden.

## Literatur

Asefaw, F., 2007. Weibliche Genitalbeschneidung, FGC.

Eine Feldstudie unter besonderer Berücksichtigung der Hintergründe sowie der gesundheitlichen und psychosozialen Folgen für Betroffene und Partner in Eritrea und Deutschland. Dissertation an der Medizinischen Fakultät der Humboldt-Universität Berlin.

Behrendt, A., 2005. Das Vorkommen posttraumatischer Belastungsstörungen nach weiblicher Genitalbeschneidung. Diplomarbeit. Universität Hamburg

Bundesärztekammer, 2006. Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung (female genital mutilation). Deutsch. Ärzteblatt 103, A 285-7

Okonofua, F., Larsen, U., et al., 2002. The association between female genital cutting and correlates of sexual and gynaecological morbidity in Edo State, Nigeria. BJOG, 109, 1089-96

WHO, 2001. Management of pregnancy, childbirth and the post partum period in the presence of female genital mutilation. <http://www.who.int/gender/documents/fgmdocs/en/>

Zerm, C., 2007. AG Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit – AG FIDE e.V. Weibliche Genitale Beschneidung – Umgang mit Betroffenen und Prävention. Empfehlungen für Angehörige des Gesundheitswesens und weitere potentiell involvierte Berufsgruppen.

<http://www.frauenrechte.de/tdf/pdf/fgm/EmpfehlungenFGM-2007.pdf>.

### Adresse der Autorin

Helga Seyler, Familienplanungszentrum, Bei der Johanniskirche 20, 22767 Hamburg, [helga.seyler@gmx.net](mailto:helga.seyler@gmx.net)



Fana Asefaw, *Weibliche Genitalbeschneidung Hintergründe, gesundheitliche Folgen und nachhaltige Prävention*

ISBN 978-3-89741-268-2, Paperback, ca. 140 Seiten, 14,90 € / 27,90 Sfr

Welche gesundheitlichen Folgen hat weibliche Genitalbeschneidung? Welche Bedeutung hat sie dennoch für das Selbstgefühl der Frauen? Und wie geht das Fachpersonal in Medizin, Psychologie und Sozialwesen mit der Würde betroffener Migrantinnen um?

Trotz der Proteste internationaler Organisationen werden Mädchen aus afrikanisch-arabischen Ländern weiterhin beschnitten. Und viele beschnittene Frauen bestehen, auch wenn sie als Migrantinnen im Westen leben, darauf, nach Geburt oder Operationen erneut genital verschlossen zu werden. In westlicher Perspektive, zumal der Medien, wird dies als Ausdruck vermeintlich »primitiver« Kulturen gesehen.

Fana Asefaw, engagierte Gegnerin der Beschneidung, fordert jedoch einen Kurswechsel in der öffentlichen Debatte: Es ist notwendig, die je eigenen kulturellen Hintergründe miteinzubeziehen und die Würde der Betroffenen zu wahren. In ihrem Buch liefert die Autorin unentbehrliches Hintergrundwissen für alle, die in medizinischen und psychosozialen Berufen mit dieser Thematik konfrontiert sind.

Fana Asefaw, Dr. med., in Eritrea geborene Ärztin, promovierte zum Thema dieser Publikation und veröffentlichte hierzu auch internationale Beiträge. Für ihre Dissertation erhielt sie 2008 den Promotionspreis für Gynäkologie und Psychosomatik der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPFH).



# Weibliche Genitalverstümmelung – soziokulturelle Hintergründe, rechtliche Rahmenbedingungen, gesundheitliche Folgen, Möglichkeiten der Intervention

Marion A. Hulverscheidt, Christoph J. Ahlers, Isabelle Ihring

## Female Genital Mutilation, Cultural Background, Legality, Health Aspects, Options of Intervention

### Abstract

This paper provides an overview of the violent, sexually oppressive ritual practice, which has increasingly attracted media attention. Female genital mutilation is the removal of healthy parts of the female outer genitals, which for reasons of tradition millions of girls are subjected to. Migration has turned this issue into an international one. Many of the women who have undergone female genital mutilation suffer all their lives. In addition to information on the scope, the justifications used and the legal aspects, the health implications are presented, based on a survey of the available literature. The socio-cultural background is examined in order to identify obstacles and pitfalls to intervention and prevention within the scope of counselling.

*Keywords:* Circumcision/female, women's rights, FGM, sociocultural background, legal and health aspects, counselling

### Zusammenfassung

Dieser Beitrag stellt eine körper- und sexualfeindliche rituelle Sitte dar, die zunehmend ins mediale Interesse geraten ist. Unter weiblicher Genitalverstümmelung wird hier die blutige Entfernung von gesunden Anteilen des äußeren weiblichen Genitales aus traditionellen Gründen verstanden, die millionenhaft aufgrund von Migration weltweit an Mädchen praktiziert wird und lebenslanges Leid bei den betroffenen Frauen verursachen kann. Neben der

Information über das Ausmaß, die Begründungen sowie die juristischen Rahmenbedingungen werden die gesundheitlichen Implikationen anhand eines Literaturüberblicks dargestellt. Der soziokulturelle Hintergrund wird eingehender ausgebreitet, um so die Hürden und Fallstricke in der Intervention und Prävention im Rahmen einer Beratungssituation sichtbar zu machen.

Schlüsselbegriffe: weibliche Genitalverstümmelung, Frauenrechte, soziokulturelle Hintergründe, gesetzliche und gesundheitliche Aspekte von FGM, Beratungsarbeit

## Einleitung

Die Verstümmelung der weiblichen Genitalien als medizinisch nicht indizierte Praktik, bei der die inneren Schamlippen, Teile der Klitoris und der äußeren Schamlippen entfernt werden, oder bei der, im Rahmen einer Infibulation, sogar der Scheideneingang bis auf eine kleine Öffnung zugenäht wird, ist aufgrund von globaler Migration weltweit verbreitet. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt, dass etwa 130 Millionen Mädchen und Frauen mit verstümmelten Genitalien leben (UNICEF 2007, 108). In Ländern wie Sudan oder Ägypten sind über 90 Prozent aller Frauen verstümmelt (UNICEF 2007, 227ff). Die Zahlen zeigen, dass es sich bei dieser Thematik nicht um ein Randproblem handelt. Dieser Beitrag gibt einen Überblick über die soziokulturellen Hintergründe und die rechtlichen Rahmenbedingungen von weiblicher Genitalverstümmelung, engl. *female genital mutilation* (FGM). Neben der medizinischen Bedeutung werden auch Möglichkeiten und Grenzen der Intervention aufgezeigt und diskutiert.



**Abb. 1** Verbreitung von FGM in Afrika und Asien, Erläuterung im Text (Quelle: Terre des Femmes e.V., 2000).

Abbildung 1 zeigt, in welchen Ländern Afrikas Mädchen und Frauen von Genitalverstümmelung betroffen sind und welche Beschneidungsformen wo praktiziert werden. Darüber hinaus wird FGM auch in bei einigen Volksgruppen oder in Gegenden der Vereinigten Arabischen Emirate, Oman, Jemen und in Teilen Asiens – Indonesien, Malaysia, Indien und dem Iran – vollzogen.

## Forschungsstand

Weibliche Genitalverstümmelung ist ein Thema, das sich noch nicht lange im Fokus des öffentlichen Interesses befindet. Verschiedene Menschenrechtsorganisationen und Ethnologen beschäftigen sich jedoch bereits seit einigen Jahrzehnten mit der Problematik und setzten sich in den vergangenen Jahren auch verstärkt dafür ein, das Thema sowohl auf öffentlicher als auch politischer Ebene publik zu machen (Volger 2004). Seit der Weltfrauenkonferenz von 1995 in Peking ist weibliche Genitalverstümmelung durch die Vereinten Nationen als Menschenrechtsverletzung anerkannt (Bericht der vierten Weltfrauenkonferenz 1995). Bedingt durch Mobilität und Migration handelt es sich mittlerweile um eine weltweit verbreitete Praktik, die auch unter in Europa lebenden

Migrantinnen fortgeführt wird. Neben der politischen Arbeit, die in den letzten Jahrzehnten geleistet wurde (Lightfoot-Klein 1989, dies. 1992, dies. 2003, Beck-Karrer 1996, Hermann 2000, Gesellschaft für technische Zusammenarbeit 2002, Terre des Femmes 2003) existieren auch einige Arbeiten, die die Problematik aus wissenschaftlicher Perspektive betrachten. Im Folgenden soll ein kurzer Überblick über diese Arbeiten gegeben werden.

Die Psychologin Alice Behrendt führte im Jahr 2003 eine Studie zur Erforschung der psychischen Konsequenzen von FGM durch (Behrendt 2004). Im Zentrum ihrer Arbeit stand die Frage, ob und wenn ja in welchem Ausmaß beschnittene Frauen häufiger von einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) betroffen sind als Unbeschnittene. PTBS ist eine psychische Störung (ICD-10: F 43), die in direkter Folge, aber auch einige Zeit nach einer traumatischen Lebenserfahrung (z. B. Körperverletzung, Nötigung, sexueller Missbrauch) auftreten kann. Behrendt führte Interviews mit Betroffenen im Senegal durch. Die Auswertung der Interviews zeigte, dass der Großteil der verstümmelten Frauen die Verstümmelung als „extrem belastendes, traumatisierendes Ereignis“ erlebt hat (Behrendt 2004, 61). Die Autorin untersuchte noch weitere Diagnosekriterien der PTBS und kommt in ihrer Arbeit zu der Schlussfolgerung, dass es sich bei der Verstümmelung der weiblichen

Genitalien um einen Eingriff handelt, der die betroffenen Mädchen und Frauen in starkem Maße psychisch belastet und die Entwicklung psychischer Störungen, insbesondere der PTBS, begünstigt. Sie verweist auf die Notwendigkeit weiterer Untersuchungen, um präzise Aussagen treffen und angemessene Hilfe anbieten zu können (Behrendt 2004, 82 f).

Die Studie von Antje-Christine Büchner bezieht sich auf in Deutschland lebende und von FGM betroffene bzw. bedrohte Migrantinnen. In dieser Arbeit wird die Thematik aus sozialpädagogischer Sicht beleuchtet (Büchner 2004). Büchner beschreibt, dass sich betroffene Mädchen und Frauen meist in einem Konflikt befänden: Auf der einen Seite stünden die Traditionen ihres Heimatlandes zu denen FGM gehöre. Mit dieser Tradition seien die Frauen aufgewachsen und sie wurde ihnen als positiver und wichtiger Bestandteil ihrer Kultur vermittelt.

Auf der anderen Seite erlebten die Migrantinnen die in Deutschland stattfindende öffentliche Debatte, in der FGM als Menschenrechtsverletzung und folgenschwere Frauendiskriminierung diskutiert wird (Büchner 2004, 109ff.). Laut der Autorin würden die Mädchen und Frauen jedoch nicht nur mit diesem Konflikt alleine gelassen, sondern ebenso mit den Konsequenzen der Verstümmelung ihrer Genitalien. Hier scheint sich abzubilden, dass die sozialen Bezugspersonen, die selbst im migrationsbedingten Exil an tradierten, körper- und seelenverletzenden Kulturpraktiken festhalten, nach Vollzug des Eingriffs nicht zur Bewältigung der resultierenden Konflikte und Probleme zur Verfügung stehen. Es wird demnach erst ein normativer Druck aufgebaut und nach der Verstümmelung geschwiegen. Darüber hinaus befindet sich die Beratungssituation für diese Mädchen und Frauen noch in den Anfängen und könne Betroffene oder Bedrohte bislang nur punktuell erreichen. Die Mädchen und Frauen selbst wüssten meist nicht, wohin sie sich wenden und wo sie kompetente Beratung erhalten könnten (Büchner 2004, 112).

Diana Kuring untersuchte weibliche Genitalverstümmelung aus politikwissenschaftlicher Perspektive (Kuring 2007). In ihrer Arbeit wird der Fokus auf das Engagement gegen FGM in Eritrea gelegt, mit dem Ergebnis, dass auch dort vermehrt Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärungskampagnen zu den medizinischen Konsequenzen des Eingriffs stattfinden (Kuring 2007, 241).

Fana Asefaw untersuchte im Rahmen ihrer Studie welche physischen und psychischen Konsequenzen mit weiblicher Genitalverstümmelung einhergehen und welche Erfahrungen betroffene Frauen im deutschen Gesundheitswesen gemacht haben

(Asefaw 2008). Um Aussagen dazu treffen zu können, führte sie insgesamt 470 Interviews in Eritrea und 98 unter in Deutschland lebenden, betroffenen eritreischen Migrantinnen durch. Im Rahmen dieser Untersuchungen gaben 82,6% der befragten in Deutschland lebenden eritreischen Betroffenen an, negative Erfahrungen mit GynäkologInnen oder in Geburtshilfekliniken gemacht zu haben (Asefaw 2008, 74). Die interviewten Frauen erzählten, dass bei gynäkologischen Untersuchungen beispielsweise ÄrztInnen hinzugerufen wurden, um ihr verstümmeltes Genitale zu „bestaunen“ (Asefaw 2008, 74). Des Weiteren würden ihnen von Seiten der GynäkologInnen große Unwissenheit im Umgang mit Beschneidung, mangelnde Sensibilität und Unverständnis entgegen gebracht. Diese Reaktionen können dazu führen, dass Betroffene jede weitere gynäkologische Untersuchung meiden, was sich nicht nur auf ihre eigene sondern, im Falle einer Schwangerschaft auch auf die des ungeborenen Kindes auswirken kann. In ihren Schlussfolgerungen betont Asefaw, wie wichtig es sei, MedizinerInnen über den Umgang mit der Thematik und den kulturellen Hintergründen der Problematik zu informieren (Asefaw 2008, 79). Der Kontakt mit medizinischem Fachpersonal ist vielen Betroffenen nicht fremd, da es die Tendenz gibt, die FGM von Ärzten oder paramedizinischem Personal in Kliniken unter sterilen Bedingungen und unter Narkose durchführen zu lassen. Diese Form der Medikalisierung ist umstritten. Auf der einen Seite können Komplikationen reduziert werden, doch es besteht so die Gefahr der Verharmlosung und der verzögerten Abkehr von der FGM. Ägyptische Frauen berichteten, dass die eigene Beschneidung bei 13%, die der Töchter der Befragten bereits in 46% von Ärzten durchgeführt wurde (Kentenich et al., 2006). Die Folgen der Traumatisierung sind dadurch jedoch nicht geringer, was den Verlust von exzitativ-sensitiven und z.T. erektilen Organen betrifft, eher größer (Müller 2003, 2424).

Die Studie der belgischen Kulturwissenschaftlerin Els Leye untersucht die Situation der von FGM betroffenen Migrantinnen in Europa (Leye 2008). Der Schwerpunkt dieser Untersuchung lag auf der Betrachtung des rechtlichen Umgangs mit FGM und des Umgangs mit FGM im Gesundheitswesen. Hierzu wurden insgesamt 15 EU-Länder miteinander verglichen. Leye gibt an, dass in einigen europäischen Ländern bereits Gesetze existieren, es aber bezüglich der juristischen Handhabung noch keine einheitliche Praxis gebe. Des Weiteren sei zu beobachten, dass es in Europa zwar einen Trend gäbe FGM zu verbieten, Verdachtsfälle jedoch meist nicht geprüft würden und

somit selten strafrechtliche Konsequenzen erwirkt werden könnten (Leye 2008, 62). Auf Seiten des medizinischen Personals sei laut Leye festzustellen, dass noch unzureichende Kenntnisse bezüglich einer adäquaten Versorgung von Betroffenen bestünde (Leye 2008, 57). Dies gelte insbesondere bei Detailfragen, wie dem Wunsch nach Reinfibulation (dem Wiederverschließen der Scheide nach einer Entbindung) oder der vermehrt auftretenden Medikalisierung von FGM.

## Soziokultureller Hintergrund

FGM – Weit entfernt oder nah bekannt? Aus europäischer oder nordamerikanischer Perspektive wird weibliche Genitalverstümmelung als afrikanisches Problem angesehen und kulturell distanziert betrachtet. Britische und deutsche medizinhistorische Studien ergeben jedoch, dass die Verstümmelung des äußeren weiblichen Genitales, z. B. die Entfernung der Klitoris Spitze, der inneren Schamlippen, ebenso die Verätzung mit Silbernitrat bis zum Ende des 19. Jh. vereinzelt auch in der europäischen Medizin diskutiert und sogar praktiziert wurde (Moscucci 1996, Scull/Favreau 1986, Hulverscheidt 2002, dies. 2005). Als „Indikationen“ für solche Eingriffe wurden etwa Masturbation oder „Hysterie“ herangezogen. Kasuistiken vom Ende des 19. Jahrhunderts zeigen auch, dass diese medizinische Praktik mit den entsprechenden afrikanischen Traditionen in Verbindung gebracht wurde (Hulverscheidt 2007). Allerdings konnte auch gezeigt werden, dass solche genitalverstümmelnden Eingriffe an Frauen bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts in der damals noch jungen Sexualwissenschaft kritisch diskutiert und abgelehnt wurden. So äußerte sich beispielsweise Magnus Hirschfeld sehr kritisch zu Verstümmelungen des weiblichen Genitales und sprach sich vehement gegen verletzende, blutige, chirurgische Eingriffe (am äußeren Genitale) zur Veränderung der sexuellen Empfindungsfähigkeit aus (Hirschfeld 1933, 290). Auch in psychoanalytischen Kreisen wurde die kulturelle Praktik FGM fasziniert beobachtet und auch teilweise versucht nachzuvollziehen (Hulverscheidt 2008b). Festzuhalten ist, dass verstümmelnde Eingriffe am äußeren Genitale bei Mädchen und Frauen auch der westlichen Medizin bekannt sind und auch hier vereinzelt praktiziert wurden (Hulverscheidt 2002).

## Weibliche Genitalverstümmelung oder weibliche Genitalbeschneidung?

In der Diskussion um weibliche Genitalverstümmelung existieren unterschiedliche Begrifflichkeiten. Da dies immer wieder für Missverständnisse und Kontroversen sorgt, soll kurz auf die Hintergründe dieser Debatte eingegangen werden.

In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff „weibliche Genitalverstümmelung“ bzw. der englische Begriff „Female Genital Mutilation“ (FGM) benutzt. Festgelegt wurde dieser Begriff vom *Inter-African-Committee on traditional practices affecting the health of women and children* (IAC; <http://www.iac-ciaf.com>, 31. März 2009).

Betroffene afrikanische Frauen haben sich im IAC für diese Begriffswahl eingesetzt, um deutlich hervorzuheben, dass es sich um eine Verstümmelung handelt, die schwerwiegende Folgen für Betroffene haben kann. Mithilfe dieses Begriffes soll zudem hervorgehoben werden, dass FGM von der männlichen Beschneidung abzugrenzen ist. Um auf politischer, öffentlicher und wissenschaftlicher Ebene deutlich zu machen, dass es sich bei der Praktik um einen verstümmelnden Eingriff handelt, empfiehlt es sich daher von „weiblicher Genitalverstümmelung“ oder „FGM“ zu sprechen.

Auf der anderen Seite gibt es Betroffene, die nicht als „Verstümmelte“ bezeichnet werden wollen, weil ihnen damit von Außenstehenden suggeriert würde, keine vollständige Frau zu sein (sic!). Sie empfinden diesen Begriff als stigmatisierend und ausgrenzend (Barre-Dirie 2003, 102). Diese Betroffenen bevorzugen aus diesem Grund den Begriff „weibliche Beschneidung“ bzw. die englische Bezeichnung „Female Genital Cutting“ (FGC).

## Rechtfertigung von FGM

Verfechter von FGM verweisen in erster Linie darauf, dass es sich um eine „Tradition“ handelt, die bereits seit vielen Generationen Bestand habe (Schnüll 2003, 39). Für FGM praktizierende Ethnien ist der Eingriff fester Bestandteil ihrer Kultur (Gruenbaum 2005). Sie sind der Auffassung, dass ein Brechen mit dieser Tradition zur Folge hätte, ihre kulturelle und ethnische Zugehörigkeit aufzugeben. Diese ethnische Zugehörigkeit ist in der Regel von großer Bedeutung,

da die Bevölkerung der einzelnen afrikanischen Länder meist aus vielen, teilweise sehr unterschiedlichen Ethnien besteht. Die verschiedenen Ethnien sind zur Konstitution einer eigenen Identität darum bemüht, sich von benachbarten Ethnien abzugrenzen und hierzu an ihren Traditionen festzuhalten. Somit werden „Traditionen“ wie FGM Teil eines Abgrenzungsprozesses.

Ein weiterer Punkt, der in starkem Ausmaß dazu beiträgt, dass genitale Verstümmelung weiterhin praktiziert wird, ist der Aberglaube bzw. der Mythos, das weibliche Genitale könne nicht vom männlichen unterschieden werden, würde man die Klitoris nicht beschneiden. Vorstellungen, die Klitoris sei giftig oder würde so lange weiter wachsen, bis sie einem Penis gleiche, sind zur Rechtfertigung von FGM verbreitet: Mit der Beschneidung der Klitoris würde man den männlichen Teil des weiblichen Genitales entfernen, sodass aus einem Mädchen erst eine richtige Frau werden könne (Lightfoot-Klein 1992). Diese Argumentationen werden sowohl im Osten als auch Westen Afrikas genannt. Fehlende Aufklärung bzw. mangelnde Bildung ist der Grund dafür, dass Argumente wie diese geglaubt werden und sich in den Köpfen der Menschen festsetzen.

Hinzu kommt eine ästhetische Argumentation: In FGM praktizierenden Ethnien gelten beschnittene Genitalien als schön und als die Norm. Erst wenn die weiblichen Genitalien dem Eingriff unterzogen wurden, könne die Frau ihre ganze Weiblichkeit und Schönheit erreichen (Lightfoot-Klein 1992). Wie stark das Empfinden von „Schönheit“ vom gesellschaftlichen Einfluss abhängt, zeigen die in den westlichen Industrienationen boomenden Schönheitsoperationen. Mittlerweile ist es keine Seltenheit mehr, dass auch hier die weiblichen Genitalien einem gesellschaftlich geprägten Schönheitsideal entsprechend angepasst werden (Borkenhagen et al. 2009). Die Nachfrage nach ästhetisch-plastischen Operationen steigt durch die in Mode gekommene „Intimrasur“ (Entfernung der Sekundärbehaarung im Genitalbereich); durch diese werden bis dahin durch das Haar verborgene Teile der Vulva sichtbar. Als Schönheitsideal wird hier offensichtlich das nackte äußere Genitale eines jungen Mädchens angesehen, außer acht lassend, dass sich im Laufe des Lebens auch hier Änderungen im Aussehen, vergleichbar der mimischen Falten der Gesichtshaut ergeben. Die sogenannte „Intimchirurgie“ unterbreitet entsprechende Angebote zur operativen „Scheidenverschönerung“ (sog. „Designer-Vagina“) beziehungsweise kosmetische Verjüngungsoperationen am äußeren Genitale. Die Analogie in der Argumentation ist augenscheinlich:

Nur mit einer operativ „verschönerten“ Scheide ist eine Frau richtig weiblich, sexuell attraktiv und damit annehmbar.

Bei den erwachsenen Frauen in den westlichen Industrienationen mit einer freien Willensentscheidung zu argumentieren, unterschlägt die Tatsache, dass auch hier die Frauen einem hohen soziokulturellen normativen Gruppendruck ausgesetzt sind (sog. peer-group pressure). Hüben wie drüben spielen somit soziokulturelle Normierungsprozesse eine bedeutende Rolle für die tatsächliche „Freiheit“ der Willensentscheidung, wenn auch die Dimensionen und Erscheinungsformen des Phänomens der Genitalbeschneidung transkulturell divergieren.

Eine weitere Variante der Rechtfertigung besteht in der Deklaration von FGM als Teil eines Initiationsrituals. Für viele afrikanische Ethnien gilt Genitalverstümmelung als Symbol für den Übergang von kindlicher Welt zur erwachsenen Frauenwelt. In vielen Ethnien wird genitale Verstümmelung an pubertierenden Mädchen vorgenommen, in anderen wiederum erst an Frauen, die sich kurz vor der Hochzeit befinden. Genitalverstümmelung gilt in diesem Zusammenhang als „Reifeprüfung“ (Schnüll 2003, 46), mit deren Bestehen den Mädchen eine neue soziale Rolle innerhalb der Gesellschaft zukommt. Sie gelten von nun ab als vollwertige und heiratsfähige Frauen. Offenbar verliert die Deklaration von FGM als Teil eines Initiationsrituals in einigen Teilen Afrikas an Bedeutung. Im Senegal beispielsweise werden offenbar viele Mädchen heutzutage schon viel früher verstümmelt, teilweise sogar schon kurz nach der Geburt. Mütter geben als Grund dafür an, dass sie ihren Töchtern dadurch die Erinnerungen an den schmerzhaften Eingriff ersparen wollten (vgl. Ihring 2006).

Ein weiterer Grund für das leidvolle Fortbestehen von FGM liegt in ökonomischen Gesichtspunkten (vgl. Schnüll 2003, 41). An FGM verdienen die so genannten Beschneiderinnen und bestreiten damit mitunter den gesamten Lebensunterhalt für die Familie. Beschneidungen werden in der Regel von Frauen durchgeführt, die weder anatomische noch medizinische Kenntnisse besitzen. Beschneiderinnen lernen ihr „Handwerk“ meist von ihren Müttern oder Großmüttern, es handelt sich demnach um einen „Beruf“, der von Generation zu Generation weitergegeben wird. Es ist ein in der jeweiligen Gesellschaft angesehener Beruf, der den Beschneiderinnen damit sowohl Sozialstatus, als auch Geld einbringt. Für Beschneiderinnen ist es deswegen nicht einfach, den Beruf zu wechseln. Sie bestreiten mit ihrer Arbeit ihren Lebensunterhalt und haben meist selbst Familien

zu ernähren. Einige Anti-FGM-Organisationen versuchen den Beschneiderinnen berufliche Alternativen anzubieten und bezahlen ihnen Ausbildungen (z.B. zu Hebammen oder Krankenschwestern; Kilanowski 1998), doch sind dies meist Berufe, die einen geringeren Sozialstatus bedeutet und ihnen auch noch weniger Geld einbringen. Daher ist es schwierig und oft nicht nachhaltig, Beschneiderinnen dazu zu bringen, ihr menschenrechtsverletzendes „Handwerk“ aufzugeben.

Für die Familien bedeutet eine beschnittene Tochter nicht nur die Sicherheit, dass diese einen Ehemann bekommen wird, sondern auch ein höheres Brautgeld. Auf dieses können und / oder wollen insbesondere die Familien nicht verzichten, die kaum Geld zur Verfügung haben. Genau solche Familien sind häufig besonders bildungsfern und neigen auch dadurch zum Festhalten an der Tradition der Genitalverstümmelung, wodurch ein Teil des verhängnisvollen Teufelskreises erkennbar wird, der die Perpetuierung von FGM mit sich bringt.

Wohlhabende und höher gebildete Familien, die trotz ihres Bildungszugangs an Genitalverstümmelung festhalten, lassen die Beschneidung ihrer Töchter in Kliniken von medizinisch ausgebildetem Fachpersonal durchführen. Auch wenn diese Mädchen unter sterilen Bedingungen und von MedizinerInnen beschnitten werden, bleiben körperliche und seelische Folgebeschwerden nicht aus.

Ein weiteres Argument, das Genitalverstümmelung rechtfertigen soll, betrifft den angeblich unbändigen „Sexualtrieb“ der Frau (Steixner 1997). Würde man die Klitoris nicht abschneiden, wären Frauen nicht fähig, ihre sexuellen „Triebe“ zu „unterdrücken“. Diese Vorstellung findet sich nicht nur in afrikanischen Ländern, sondern auch in psychoanalytischen Abhandlungen zum Thema weibliche Sexualität in Europa und Nordamerika, wo aus dieser Fehlvorstellung heraus ja sogar bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts ebenfalls Mädchen und Frauen an ihren Genitalien verstümmelt wurden (Hulverscheidt 2002). In ihrer Untersuchung stellt Hulverscheidt dar, dass Genitalverstümmelung bei Frauen auch in Deutschland bis Ende des 19. Jahrhunderts unter solchen, angeblich medizinischen Indikationen real praktiziert wurde, um krankhafte Masturbation zu verhindern oder um Hysterie zu heilen.

Sowohl die Masturbation als auch die Hysterie wurden im 19. Jahrhundert als Krankheiten erachtet, die unter Umständen den Tod zur Folge haben. Diese Argumentation wird bis heute von einigen FGM praktizierenden Ethnien afrikanischer Länder vertreten (Steixner 1997, 30ff.).

Ein weiteres, häufig genanntes Argument für die Begründung von FGM ist Religion. Sowohl der Islam als auch das Christentum werden herangezogen, um FGM zu rechtfertigen (Lightfoot-Klein 1992). In katholisch geprägten Gebieten heißt es, der Papst würde den Eingriff vorschreiben. In muslimischen Gebieten würde es angeblich im Koran stehen, dass Mädchen und Frauen am Genital beschnitten werden müssen. Dabei ist FGM offenbar weitaus älter als die monotheistischen Religionen Christentum, Islam und Judentum und mit diesen Religionen ohnedies nicht zu rechtfertigen. Dies sei insbesondere für den Islam betont, denn FGM ist in Saudi-Arabien, der Wiege des Islam, unbekannt. Es handelt sich vielmehr um ein uraltes Blutritual, welches sowohl bei den Jungen als auch bei den Mädchen, den Übergang vom Kind zum Erwachsenen markieren sollte (Lightfoot-Klein 2003, 11). Die Ursprünge der Genitalbeschneidung liegen demnach viele tausende Jahre zurück (DeMeo 1990). Auf den ersten Blick erscheinen damit die genannten religiösen Begründungen und Argumentationen haltlos. Betrachtet man die gesellschaftlichen Strukturen und die damit verbundenen Argumentationslinien jedoch näher, wird deutlich, weshalb FGM praktizierende Ethnien von ihrer Richtigkeit überzeugt sind und die Praktik bis zum heutigen Tag Bestand hat. Aus diesem Grund sollen im Folgenden noch einmal zwei Aspekte näher betrachtet werden.

## Identifikation mit der sozialen Rolle und Sicherung der ethnischen Zugehörigkeit

Die Tradition weiblicher Genitalverstümmelung ist besonders in ländlichen Regionen Afrikas verbreitet. Die Landbevölkerung lebt häufig noch sehr ursprünglich und ist eng mit ihren Traditionen verbunden. Das Leben der Menschen auf dem Land ist oftmals nicht nur von schwerer Arbeit und Existenzängsten gezeichnet, sondern ebenfalls von klaren Rollenverteilungen innerhalb der Familie und Gesellschaft. Die eindeutigen Rollenzuweisungen tragen in starkem Maße am Festhalten von weiblicher Genitalverstümmelung bei. So nimmt innerhalb der Familie die Mutter zwar eine zentrale Rolle ein, da sie für alle alltäglich anfallenden Aufgaben zuständig ist (Kindererziehung, Haushalt, Bewirtschaftung der Felder usw.), doch gilt der Vater als Familienoberhaupt und Entscheidungsträger. Da der Großteil der Kindererziehung der Mutter überlassen bleibt, entscheidet sie in den meisten Fällen auch, ob

und wenn, wann ihre Töchter beschnitten werden sollen. Der Vater spielt in diesem Entscheidungsprozess nur indirekt eine Rolle, da er die Tradition zwar befürwortet und den Eingriff damit bewusst duldet, an der Organisation und Durchführung jedoch nicht beteiligt ist. Den Eingriff zu organisieren und durchzuführen, obliegt den Müttern, den Großmüttern und den Beschneiderinnen. Diese Tatsache wirft die Frage auf, weshalb Frauen, die den schmerzlichen Eingriff am eigenen Leib erfahren haben, ihren Töchtern dieselben Schmerzen zumuten. Um dies zu verstehen, muss betrachtet werden, wie stark FGM mit sozialen Strukturen verwoben ist. Geht eine junge Frau die Ehe ein, ist ihre Jungfräulichkeit von großer Bedeutung. Mit weiblicher Genitalverstümmelung, insbesondere dem Zunähen der Scheide (sog. Infibulation), soll dem künftigen Ehemann garantiert werden, dass es sich um eine jungfräuliche Braut handelt (Lightfoot-Klein 2003). An dieser Stelle wird die Funktion und Beteiligung der Männer deutlich, die sich ihrerseits nicht vom Anspruch einer jungfräulichen Braut lösen. Desweiteren soll mit dem Eingriff sichergestellt werden, dass die Mädchen zu erwachsenen, ehrbaren und starken Frauen werden. Verzichten Eltern darauf, ihre Tochter dieser Tradition zu unterziehen, nehmen sie ihr bisher die Möglichkeit, ihren Platz in der Gesellschaft einzunehmen und ihrer Rolle als Ehefrau und Mutter nachzukommen. In Gemeinschaften, in denen das Überleben des Einzelnen jedoch stark von der Gruppe abhängt, ist es wichtig, ein Teil dieser Gruppe zu sein und den damit verbundenen Rechten und Pflichten nachzukommen. Aus diesem Grund ist die Entscheidung gegen FGM für eine Mutter kaum realisierbar, da sie sich der Tatsache bewusst ist, dass eine unbeschnittene junge Frau keinen Ehemann finden kann. Ihre Tochter könnte somit kein Teil der Gemeinschaft werden und ihr Überleben stünde auf dem Spiel. Auf der anderen Seite stehen die jungen Männer, die mit der Behauptung aufwachsen, dass nur eine beschnittene Frau eine treue, saubere Ehefrau sein und gesunde Kinder zur Welt bringen kann. Für die Mehrzahl der jungen Männer steht daher fest, dass ihre künftige Ehefrau beschnitten sein muss (Peller 2002). Des Weiteren werden in FGM praktizierenden Ethnien in der Regel auch die Männer beschnitten. Die Argumentation der männlichen Seite in der Diskussion um FGM bezieht sich meist auf diese Tatsache. Sie sind der Meinung, dass Mädchen ebenso beschnitten werden sollten wie sie selbst. Gerade in Diskussionen mit jungen Männern wurde deutlich, wie wenig Wissen über weibliche Genitalverstümmelung besteht. Sie sind der Meinung, dass es sich bei der weiblichen Form genitaler Beschneidung um einen

Eingriff handelt, der zwar schmerzhaft ist jedoch keinerlei Folgen nach sich zieht und vergleichen diesen immer wieder mit der männlichen Beschneidung. Dies zeigt, wie wichtig Aufklärungsarbeit bezüglich weiblicher Genitalverstümmelung ist und dass darauf zu achten ist, beide Geschlechter anzusprechen.

Die Regierung Kenias hat die Verstümmelung weiblicher Genitalien im Jahre 2002 gesetzlich verboten, was damit zusammen hing, dass die Regierungsmitglieder einer Ethnie angehörten, die FGM nicht praktizierte. Die FGM praktizierenden Ethnien beriefen sich darauf, dass FGM zu ihren Traditionen gehöre. Das Beispiel zeigt, wie sehr die Zugehörigkeit zu einer ethnischen Gruppe das Leben vieler Menschen in Afrika bestimmt. Auch die immer wiederkehrenden politischen Unruhen sind ein Zeichen dafür, dass in den wenigsten Ländern Afrikas eine funktionierende Regierung geschaffen werden konnte. Vor diesem Hintergrund stellt FGM meist nur ein relativ geringes Problem dar. Gerade in Bürgerkriegsländern, wo die Menschen jeden Tag von existentiellen Bedrohungen betroffen sind, wird die Verstümmelung der Genitalien wird zu einem sekundären Problem. Die lebenslangen gesundheitlichen Konsequenzen haben jedoch zur Folge, dass auch die Leistungsfähigkeit der Frau sinkt. In einer Gesellschaft, die zur Hälfte aus genital verstümmelten Frauen besteht, bedeutet dies auch eine enorme soziale und volkswirtschaftlich relevante Schwächung und sollte daher nicht unterschätzt werden (GTZ 2002, UNICEF 2007).

## Mangelnde Bildung

Ein weiterer Aspekt, der in starkem Ausmaß dazu beiträgt, dass sich FGM bis zum heutigen Tag hält, ist mangelnde Bildung. Unter Bildung ist in diesem Zusammenhang nicht nur die schulische oder berufliche Ausbildung gemeint, sondern auch die Entwicklung individueller Selbstbestimmung im Sinne Wilhelm von Humboldts (Kron 1994, 70). Der zentrale Grundgedanke Humboldts, ein Individuum sei in all seinen ihm innewohnenden Kräften auszubilden, um den täglich anfallenden Entscheidungen im Leben gewachsen zu sein, ist gerade in der Arbeit gegen weibliche Genitalverstümmelung hervorzuheben. Humboldt geht davon aus, dass die Vielfältigkeit der Welt dem Individuum Möglichkeiten bietet, die unterschiedlichen individuellen Kräfte anzuregen und auszubilden. Auf der anderen Seite trägt das Individuum durch sein Handeln dazu bei, die soziale und kulturelle Vielfalt dieser Welt mit zu gestalten.

ten. Diese dialektische Beziehung greift auch Klafki (deutscher Erziehungswissenschaftler, der sich intensiv mit Bildungstheorien auseinandersetzt) in seinen Überlegungen zum Bildungsbegriff auf (Klafki 1985). Nach Klafki bedeutet Bildung das „Erschlossensein einer dinglichen und geistigen Wirklichkeit für einen Menschen – das ist der objektive oder materiale Aspekt; aber das heißt zugleich: Erschlossensein dieses Menschen für diese seine Wirklichkeit – das ist der subjektive und der formale Aspekt zugleich im ‚funktionalen‘ wie im ‚methodischen‘ Sinne“ (Klafki 1975, 45). Laut Klafki zielt der Bildungsprozess demnach darauf ab, den Menschen zu befähigen, sich zu emanzipieren und selbstbestimmt über sein Leben zu entscheiden. Andererseits aber auch auf die Befähigung des Individuums, Verantwortung für das gesellschaftliche System zu übernehmen und an der Gestaltung des sozialen und politischen Miteinander teilzunehmen (Kron 1994). Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen wird deutlich, weshalb viele Anti-FGM-Organisationen ihre Aufklärungs- und Bildungsprojekte auf der Diskussionsgrundlage stützen, Kultur sei nicht Gott gegeben, sondern von Menschenhand erschaffen – so auch Traditionen wie die Verstümmelung der weiblichen Genitalien. Somit obliegt es auch dem Menschen, die kulturellen Gewohnheiten zu hinterfragen und gegebenenfalls zu verändern. Insbesondere Mädchen und junge Frauen sollen von diesen Programmen angesprochen werden, mit dem Ziel deren Selbst- und Mitbestimmung zu fördern. Bei Mädchen und Frauen kommt erschwerend hinzu, dass sie selten über eine Schulbildung verfügen. Insbesondere in ländlichen Gegenden bleibt vielen Mädchen der Zugang zur Bildung vollkommen verwehrt. In Ländern wie dem Sudan aber auch im Senegal oder der Elfenbeinküste liegt die Alphabetisierungsrate der weiblichen Bevölkerung weit unter 50% (UNICEF 2007). Die meisten Eltern können es sich nicht leisten, alle ihre Kinder zur Schule zu schicken. Die Gründe dafür sind vielseitig, doch oft liegt es daran, dass die Schule entweder zu weit weg ist oder den Familien das Geld fehlt, die Schule zu finanzieren. Da nach traditionellen Vorstellungen die Söhne auf ihr Leben als Familienernährer vorzubereiten sind und sie mit einer guten Schulausbildung bessere Chancen auf eine Arbeitsstelle haben, werden sie bei der Entscheidung für den Schulbesuch bevorzugt. Für Mädchen dagegen ist es nicht entscheidend, lesen, schreiben und rechnen zu können, um die ihr zugeordnete Rolle als Ehefrau und Mutter erfüllen zu können. Dies bringt mit sich, dass nur wenige Mädchen die Schule über einen längeren Zeitraum besuchen, manche auch nie. Aus diesem Grund sind vor allem

Mädchen und Frauen von Analphabetismus betroffen. Informationen aus der Zeitung oder dem Internet zu entnehmen, ist für diese Gruppierung nicht möglich. Unwahrheiten und Mythen zur Rechtfertigung von FGM werden geglaubt, sie haben nicht die Möglichkeit Gegenteiliges nachzulesen oder zu erfahren. Des Weiteren werden aufgrund des mangelnden Wissens um Hygiene und die Anatomie des weiblichen Genitales viele Konsequenzen von FGM nicht mit dem Eingriff in Verbindung gebracht. Hinzu kommt, dass Mädchen immer wieder vermittelt wird, dass FGM etwas Positives im Leben einer Frau darstellt. Erwachsene Frauen können daher die negativen Konsequenzen nicht mit dem Eingriff in Verbindung bringen.

Bessere schulische Bildung, aber auch die Chance zur Entwicklung individueller Selbstbestimmung vor allem für Mädchen würde in großem Ausmaß dazu beitragen, FGM langfristig abzuschaffen. Eine gebildete Frau hat zudem die Möglichkeit, einen Beruf zu erlernen und auf diese Weise ökonomische Unabhängigkeit zu erzielen. Frauen wüssten dann auch über ihre eigenen Genitalien Bescheid und könnten sowohl die physischen als auch die psychischen Konsequenzen weiblicher Genitalverstümmelung zutreffend einordnen. Sie hätten dadurch auch die Möglichkeit, das gesellschaftliche Leben mitzubestimmen und selbstbestimmt über ihren Körper und ihre Sexualität zu entscheiden.

## Weibliche Genitalverstümmelung in Europa – Rechtliche Lage

Mittlerweile leben in vielen europäischen Ländern Migrantinnen, die einer FGM praktizierenden Ethnie angehören. Auch in Deutschland leben zunehmend Frauen, die von FGM betroffen oder bedroht sind. Zunehmende Migration bringt mit sich, dass Traditionen wie diese importiert werden und es trotz des neuen sozial-normativen Bezugsrahmens bzw. Wertesystems schwer ist, die nächste Generation davor zu bewahren. Laut den Schätzungen von Terre des Femmes e.V. sind ca. 29 000 Mädchen und Frauen in Deutschland von FGM betroffen oder bedroht (Berufsverband der Frauenärzte e.V. / Terre des Femmes e.V. / UNICEF 2005, 6). Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass es sich bei den Daten um Hochrechnungen handelt, deren Dunkelziffer höher zu veranschlagen ist. Offizielle Zahlen gibt es nicht.

In der Regel wird der Eingriff während eines



Heimaturlaubes durchgeführt. Die Mädchen fliegen während der Schulferien zusammen mit ihren Eltern ins Heimatland, wo schon alles für den Eingriff organisiert ist. Im Kontakt mit Betroffenen erfährt man auch, dass andere Eltern ihre Töchter in Deutschland beschneiden lassen. Diese Familien kennen dann entweder innerhalb ihrer Gemeinschaft eine Beschneiderin oder gehen mit ihren Töchtern zu ÄrztInnen, die den Eingriff rechtswidrig, in der Regel gegen Bargeldzahlungen, durchführen.

Verstümmelung (auch und insbesondere von Genitalien) verstößt in Deutschland gegen das Recht auf körperliche Unversehrtheit und stellt somit ein Straftatbestand dar (Kalthegener 2003, 189). In anderen europäischen Ländern existieren explizit Gesetze gegen FGM (Belgien, Frankreich, Großbritannien Österreich und Schweden), die jedoch meist keine Anwendung finden. Im Rahmen der zu Anfang zitierten Untersuchungen Leyes wurde ebenfalls geprüft, wie sich der strafrechtliche Umgang mit FGM in den europäischen Untersuchungsländern gestaltet (Leye 2008). Die Ergebnisse zeigen, dass auf juristischer Ebene zu beobachten ist, dass zwar viele europäische Länder dazu übergegangen sind, FGM per Gesetz zu verbieten, Verdachtsfälle jedoch nicht geprüft und selten strafrechtliche Konsequenzen erwirkt werden. Für Leye wirft dieses Ergebnis die Frage auf, ob es nicht effektiver sei, medizinisches, juristisches und auch pädagogisches Fachpersonal im Umgang mit (drohender) Genitalverstümmelung zu schulen, mit dem Ziel Mädchen langfristig besser schützen zu können (Leye 2008, 62). In Anbetracht dieser Ergebnisse erscheint die immer wiederkehrende Debatte um strenge gesetzliche Regelungen im Umgang mit der Thematik nutzlos. Hier sei insbesondere auf einen aktuelle überfraktionellen Gesetzesentwurf hingewiesen, der wenige Monate vor der Bundestagswahl in den Bundestag eingebracht wurde. Darin wird ein eigener Straftatbestand im Strafgesetzbuch für die Genitalverstümmelung gefordert und die Aufnahme von FGM in dem Katalog von Auslandsstraftaten angeregt (Bundestagsdrucksache 16/12910 Mai 2009). Gesetzliche Regelungen, die allein auf dem Papier bestehen, helfen bedrohten Mädchen nicht weiter. Hinzu kommt die Frage, ob Gesetze allein tatsächlich den gewünschten Erfolg erzielen. In Frankreich existiert bereits seit den 1980er Jahren ein Gesetz, das FGM verbietet (Weil-Curiel 2003, 195). Dieses Gesetz fand auch in mehreren Fällen bereits Anwendung und es kam zu Verurteilungen der Eltern und Beschneiderinnen (Weil-Curiel 2003). Doch ist es nicht allein dem Gesetz zu verdanken, dass in Frankreich Mädchen vor dem Eingriff geschützt werden können. Die

Rechtsanwältin Linda Weil-Curiel weist darauf hin, dass die Arbeit gegen FGM in Frankreich von Anfang an in Zusammenarbeit mit ÄrztInnen stattgefunden hat und viel Wert darauf gelegt wurde, den Familien zu erklären, welche gesundheitlichen Folgen FGM mit sich bringe und diese der Grund seien, dass FGM in Frankreich verboten sei (Weil-Curiel 2003, 198). Mittlerweile existiert in Frankreich ein Netzwerk aus JuristInnen, ÄrztInnen und PädagogInnen, die im Verdachtsfall direkt mit den Familien in Kontakt treten, um das bedrohte Mädchen vor dem Eingriff zu schützen. Die strafrechtliche Verfolgung der Eltern ist in diesem Netzwerk der letzte Ausweg, primär wird mithilfe von Aufklärungskampagnen und präventiven Maßnahmen versucht, die Eltern davon zu überzeugen, ihre Töchter unversehrt zu lassen.

## Medizinische Implikationen

Nach einer Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) umfasst die weibliche Genitalverstümmelung die teilweise oder vollständige Entfernung des äußeren Genitales oder die Verletzung des weiblichen Genitales aus kulturellen oder anderen nicht-medizinischen Gründen. In einem Versuch der Klassifikation der WHO werden vier Formen von FGM beschrieben, wobei nicht jeder genitalverstümmelnde Eingriff eindeutig zugeordnet werden kann.

- Typ I: Entfernung der Klitorisvorhaut und die teilweise oder vollständige Entfernung der Klitoris.
- Typ II („Klitoridektomie“ oder „Exzision“): Entfernung der Klitoris und die teilweise Entfernung der an sie angrenzenden inneren Schamlippen.
- Typ III („Infibulation“): Entfernung der Klitoris und der inneren Schamlippen und auch Teilen der äußeren Schamlippen sowie das Zunähen der Vaginalöffnung bis auf eine enge Öffnung.
- Typ IV: Manipulationen bzw. Mutilationen wie das Langziehen der Klitoris und der Schamlippen oder das Durchstechen derselben sowie das Verätzen der Klitoris oder das Ausschaben von Scheidengewebe, welche der Verengung und Straffung des Scheideneinganges dienen sollen (WHO 2009, Zerm 2005, Zerm 2008, Hulverscheidt / Piccolantonio 2007, Bauer / Hulverscheidt 2003).

Die verschiedenen Formen der FGM haben unterschiedlich gravierende Konsequenzen für die Gesundheit der Mädchen und Frauen. Gesundheit, verstanden als ganzheitliches Wohlbefinden, wird gestört durch

den irreparablen Schaden durch die Entfernung von Teilen des Körpers, aber auch durch die traumatisierende Form des Eingriffs an sich (Behrendt 2004).

Die Folgen der FGM können unterteilt werden in akute und chronische Komplikationen, diese in körperliche und psychische bzw. psychosomatische Folgen, sexualmedizinische Aspekte und Schwierigkeiten bei der Geburt. Nicht jede Frau, nicht jedes Mädchen, muss zwingend diese medizinischen Komplikationen entwickeln. Allerdings bleibt festzuhalten, dass die weibliche Genitalverstümmelung unabhängig von diesen gesundheitlichen Folgen als solche eine Menschenrechtsverletzung darstellt (Büchner 2004, Terre des Femmes 2003, Toubia 1994).

Die Darstellung der gesundheitlichen Folgen von FGM erfolgt unter zwei Aspekten: Zum einen wird nach der Traumatisierung gefragt, die nicht nur physisch, sondern auch psychisch sein kann. Zum anderen werden die möglichen gesundheitsbeeinträchtigenden Zustände dargestellt, die nicht offensichtlich sind oder unmittelbar an FGM denken lassen. Die gesundheitlichen Folgen haben auch ökonomische und soziale Konsequenzen: Eine Frau, die wegen ihrer Menstruation regelmäßig eine Woche lang krank und leidend ist, ist durchschnittlicher Arbeitsbelastung nicht gewachsen. Ein Mädchen, das zum Urinieren eine halbe Stunde benötigt, kann im deutschen Schulalltag dem Unterricht nicht folgen.

## Akute Folgen von FGM

Die unmittelbarste akute Folge des Eingriffs ist eine starke Blutung. Die Klitoris und die inneren Schamlippen werden von zahlreichen Arterien versorgt. Verletzungen eines oder mehrerer dieser Gefäße (die obendrein von anatomisch unkundigen Personen bzw. medizinischen Laien durchgeführt werden) können zu unstillbaren Blutungen führen. Auch die Verletzung des Analschließmuskels oder der Harnröhre kommen vor. Hier besteht sowohl die Gefahr der Harn- als auch der Stuhl-Inkontinenz (Jones 1999).

Der hohe Blutverlust und die unerträglichen Schmerzen können einen doppelten Schock auslösen (Kreislauf- und psychische Dekompensation), der zum Tode führen kann. Statistisch valide Arbeiten zur Todesrate sind nicht bekannt, es existieren lediglich Schätzungen, die von einer Letalitätsrate von über 10% insbesondere bei der Infibulation ausgehen (Dessauer et al. 1996, McCaffrey et al. 1995). Wenn sich die Betroffenen wehren, kommt es auch zu ernsthaften sonstigen Verletzungen: Schnittverletzungen

im perigenitalen Bereich, ausgekugelte Schultern, Knochenbrüche, Zungenbisse, Krampfanfälle.

Die Genitalverstümmelung wird meistens unter unsterilen und immer unter unhygienischen Bedingungen durchgeführt. Eine Infektion, bis hin zu einer Blutvergiftung (Sepsis), kann entstehen. Die Betroffenen können sich mit spezifischen Erregern für den meistens tödlich verlaufenden Wundstarrkrampf (Tetanus) infizieren, aber auch mit Kinderlähmung (Poliomyelitis), Hepatitis oder dem HI-Virus, der zu AIDS führen kann (Monjok 2007).

Im Anschluss an eine Infibulation werden den Mädchen die Beine zusammengebunden, sie müssen bis zu vierzig Tage lang still liegen und werden kaum mit Flüssigkeit versorgt. So soll gewährleistet sein, dass die Wunde gut verheilt. Flüssigkeitsentzug unter den Bedingungen von Hitze und Schmerzen bringen Körper und Seele an die Grenze des Aushaltbaren, wie auch aus Berichten von Folteropfern zu erfahren ist.

## Langfristige gesundheitliche Auswirkungen von FGM

Bleibt eine Infektion über einen längeren Zeitraum bestehen, kann sie chronisch werden. Wurden durch die Verstümmelung die unteren Harnwege geschädigt, führt dies nicht nur zu ständigen Schmerzen und Schwierigkeiten beim Wasserlassen, sondern auch zu chronischen Infektionen der Harnorgane und der Organe des kleinen Beckens (pelvic inflammatory disease). Durch aufsteigende Harnwegsinfektionen können Harnblase, Harnleiter und die Nieren in Mitleidenschaft gezogen werden. Infektion und Stauung führen dann oft zu Steinen im Nierenbecken oder in der Blase. Chronische Infektionen können auch auf die Scheide, die Gebärmutter, die Eileiter und den gesamten Unterleib übergehen. Eine länger andauernde Entzündung der Eileiter kann zur Verklebung derselben und damit zu Unfruchtbarkeit führen.

Eine andere Folge von chronischen Infektionen kann auch die Fistelbildung am Genitale sein. Fisteln sind häutig ausgekleidete Verbindungen zwischen zwei Hohlorganen, also z. B. zwischen der Scheide und der Blase oder der Scheide und dem Mastdarm. Besteht eine solche Fistel, gehen unwillkürlich Urin oder Stuhl durch die Scheide ab, die Frau ist inkontinent. Bedingt durch den unwillkürlichen Verlust von Urin und Stuhl stinkt die Betroffene; nicht selten kommt es aus diesem Grund zu einem Ausschluss aus der Gemeinschaft.

An den Narben kann es zu Narbenwülsten, sogenannten Keloiden, kommen. Dies führt unter Umständen zu erheblichen Verengungen der Harnröhre oder der Vagina mit entsprechenden Folgen wie Harnverhalt, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr und Geburtskomplikationen (Snow et al. 2002).

Da bei dem Eingriff auch Nervenbahnen durchtrennt werden, können an der Schnittstelle auch Neurinome entstehen. Diese können zu einer andauernden Überempfindlichkeit mit Missempfindungen führen und stellen dann ein gravierendes Problem bei der Genital- und Menstruationshygiene und vor allem auch bei sexueller Stimulation, insbesondere bei Geschlechtsverkehr dar.

Eine weitere mögliche Komplikation ist der Hämatocolpos: Hierbei kann das Menstruationsblut nicht vollständig abfließen. Es staut sich in der Scheide zurück, manchmal bis in die Gebärmutter und die Eileiter. Dies ist nicht nur äußerst schmerzhaft, sondern führt unter Umständen zu Infektionen und zur Sterilität. Dysmenorrhöen sind insbesondere bei infibulierten Frauen und Mädchen stark und heftig, weil das Menstrualblut nur schwer abfließen kann (Morison et al. 2001, Makhoul Obermeyer 2005).

Generell ist bei genitalverstümmelten Mädchen und Frauen das Infektionsrisiko erhöht, denn das Narbengewebe ist nicht so dehnbar wie gesunde Haut und reißt schnell ein. Eine weitere Infektionsgefahr besteht beim Analverkehr, der, insbesondere wenn die Vaginalöffnung aufgrund einer Infibulation verschlossen oder zu eng ist, aber auch bei vorehelichen Sexualkontakten zur Erhaltung der „Jungfräulichkeit“, als Ausweichmöglichkeit durchgeführt wird. Hier besteht eine große Infektionsquelle für beide Sexualpartner, insbesondere für das HI-Virus (Brady 1999).

## Geburtshilfliche Komplikationen

Eine Studie der WHO, die in sechs afrikanischen Ländern durchgeführt wurde, kommt zu dem Ergebnis, dass Frauen mit FGM ein signifikant höheres Risiko auch für geburtshilfliche Komplikationen haben. Die Notwendigkeit eines Kaiserschnitts, übermäßige Blutungen nach der Entbindung und verlängerte Krankenhausaufenthalte sind bei von FGM betroffenen Müttern häufiger. Die Rate der Todgeburten oder der Notwendigkeit von Beatmung nach der Geburt ist bei Kindern von Betroffenen höher als bei Frauen ohne FGM (Larsen/Okonofua 2002, WHO Study Group 2006).

## Psychische Konsequenzen

Das innere und äußere Genital ist sehr stark von Nervenbahnen versorgt und dadurch sehr empfindlich. Eine Verwundung dort schmerzt ungleich mehr als an einem anderen Körperteil. Die durch die Verstümmelung entstehenden Schmerzen können daher als sehr stark angesehen werden. Extremen Schmerzen ausgesetzt zu sein, kann zu einer sog. Dissoziation führen. Bei einer dissoziativen Störung (ICD-10: F 44) ist das erfahrene Leid zu groß, um es kompensieren zu können. Es kommt dadurch zu einer psychischen Abspaltung vom eigenen Körper als überlebensnotwendige Reaktion. Betroffene Personen haben dadurch das „Gefühl“, dass die ihnen zugefügten Verletzungen nicht sie selbst betreffen bzw. nicht ihnen widerfahren. Der unkompensierbare Schmerz wird so als nicht zum eigenen „ich“ gehörig abgespalten. Dissoziationsphänomene sind besonders von Folteropfern bekannt.

Verstümmelung der Genitalien kann aber auch lebenslange psychische Folgen haben. Selbstwertstörungen und Störungen der sexuellen Identität (ICD-10: F 66.8; vgl. Ahlers et al. 2005) können daraus resultieren, z.B. das Gefühl, keine „vollwertige“ Frau mehr zu sein, also auch psychosexuell verstümmelt worden zu sein. Diese Frauen leiden unter dem Gefühl einer gesamten geschlechtlichen und sexuellen Unvollkommenheit. Die psychischen und sexuellen Folgen von FGM können erheblich variieren. Sie sind abhängig vom Ausmaß des Eingriffes und seinen Umständen bzw. von der Dimension des erlittenen Psychotraumas. Die Beschneidung soll das Zugehörigkeitsgefühl der Frau zu ihrer sozialen Umgebung und ihre Integration in die soziale Gruppe stärken (Lightfoot-Klein 2003, 80–81). Doch der dabei erlittene Schmerz, die seelischen und körperlichen Verletzungen können so groß sein, dass das Ereignis erst abgespalten (dissoziiert) und später ganz verdrängt wird. So wird aus einer Prozedur, die das Mädchen in die Gemeinschaft aufnehmen will, ein Ereignis, das die Betroffene aus ihrer Umwelt, ihrem eigenen Leben herausnimmt. Das Vertrauensverhältnis zu den Eltern und weiblichen Bezugspersonen kann empfindlich gestört sein. Der so erlebte Vertrauensbruch ist prägend: „Der schlimmste Schock kam, als ich mich umsah und merkte, dass meine Mutter neben mir stand. Ja, sie war es in voller Lebensgröße – es konnte keinen Zweifel geben. Mitten zwischen diesen Fremden stand sie, sprach mit ihnen und lächelte sie an, als habe sie nicht eben erst an der Abschachtung ihrer Tochter teilgenommen“ (Saadawi 1980, 10).

Neben den unmittelbaren psychischen Schädigungsfolgen kann es durch neurotische Fehlverarbeitung des Psychotraumas später auch zum Auftreten von Phobien und Panikattacken bei der Exposition in spezifischen Situationen (gefangener Raum etc.) oder mit bestimmten Gegenständen kommen, die mit dem Übergriff in Verbindung gebracht werden: Rasierklingen, Scheren oder bestimmte Stoffmuster, Stricke / Fesseln.

Auch wenn die konkreten Erinnerungen an die Tat vermeintlich verloren gehen, weil sie abgespalten wurden, so erinnern sich die Seele und der Körper an die erlittenen Verletzungen und Schmerzen. Bei scheinbar banalen Anlässen treten immer wieder unklare Befindlichkeitsstörungen auf: Kopfschmerzen, Rückenschmerzen oder Unterleibsbeschwerden. Der Körper dient als Ausdrucksmittel für den auch seelischen Schmerz, indem psychosomatische Symptome ausgebildet werden.

Es ist evident, dass eine Verstümmelung am Genital Einfluss auf das sexuelle Erleben und Verhalten haben können. So können sexuelle Kontakte durch die erlittene Genitalverstümmelung und mögliche Folgeprobleme als Bedrohung oder Gefährdung und potentielle erneute Verletzung wahrgenommen werden. Die betroffenen Frauen erleben dadurch nicht nur ein Ausbleiben ihres sexuellen Verlangens (ICD-10: F 52.0), sondern haben auch eine größeres Risiko, unter vielen weiteren sexuellen Funktionsstörungen zu leiden, wie etwa Schmerzen bei genitaler Stimulation (sog. Dyspareunie F 52.6) sowie vaginaler Penetration (sog. Vaginismus F 52.5), ausbleibender sexueller Erregung (mit auch ausbleibender Scheidenfeuchtigkeit F 52.2), ausbleibendem Orgasmus (F 52.3) und schließlich einer generellen Abneigung gegen sexuelle Betätigung (sog. sexuelle Aversion; F 52.10; vgl. Ahlers et al. 2005).

Dabei ist natürlich zu berücksichtigen, dass das sexuelle Erleben und Verhalten stark kulturell geprägt ist und die Ausbildung sexueller Funktionsstörungen somit auch starken soziokulturellen Interpretationsschwankungen unterliegt.

Gerade auf diesem Gebiet wären sexualwissenschaftliche Studien erforderlich.

## Ansätze zur Verbesserung der Aufklärungs- und Beratungsarbeit

Die bisherigen Ausführungen zeigen, wie wichtig Aufklärungsarbeit gegen FGM ist. Hierbei müssen immer wieder Hindernisse überwunden werden, um diese Arbeit weiter voranzutreiben. Gerade in der Arbeit gegen genitale Verstümmelung sollte nicht vergessen werden, dass es sich bei Migrantinnen um Frauen handelt, die ihr Heimatland verlassen haben und neben Sprachschwierigkeiten auch damit zu kämpfen haben, sich in das alltägliche Leben in einem fremden Land einzufinden. Genitalverstümmelung spielt vor diesem Hintergrund häufig eine untergeordnete Rolle. Erschwerend kommt hinzu, dass es sich um ein Tabuthema handelt, über das nicht im ersten Kontakt gesprochen wird.

In Deutschland bestehen acht Beratungsstellen, die mit ihrer Arbeit hier lebende bedrohte Mädchen schützen und Betroffenen kompetente Beratung anbieten wollen. Diese befinden sich in Berlin (drei Beratungsstellen), Köln, Saarbrücken, Tübingen, Düsseldorf und Frankfurt/Main. Inwieweit die präventiven und beratenden Angebote von Migrantinnen angenommen werden, war Untersuchungsgegenstand einer Studie von Isabelle Ihring (2006). Die Ergebnisse zeigen, dass nur wenige deutsche Beratungsstellen Kontakt zu Betroffenen haben. Die überwiegende Mehrheit der Beratungsstellen gibt an, dass ihre Angebote nur selten von Betroffenen und deren Familien angenommen werden. Für männliche Familienmitglieder existieren kaum Angebote, obwohl alle befragten Beratungsstellen angeben, dass die Arbeit mit den Männern in gleichem Maße wichtig wäre wie die mit den Frauen. Darüber hinaus gaben nahezu alle befragten Beratungsstellen an, dass zu wenig GynäkologInnen und PsychologInnen über die Konsequenzen von FGM informiert seien. Dies deckt sich mit den Ergebnissen von Franz Josef Gülle, der Medizinstudierende Ende der 1980er allgemein zu FGM befragt hatte (Gülle 1989). Hier zeigte sich, dass nur 55% der Befragten Kenntnisse zu FGM angeben konnten, was der Verfasser der Studie unter anderem damit bebründete, dass dieses Themengebiet nicht in den Curricula der medizinischen Fakultäten enthalten sei (Gülle 1989, 103). Betroffene Frauen, die unter physischen und/oder psychischen Folgen des erlittenen Übergriffs leiden, können in Deutschland nicht adäquat versorgt werden, obwohl wir ein leistungsstarkes und patientenorientiertes Gesundheitssystem

haben, weil die dafür notwendige Expertise nur punktuell vorhanden ist. (Müller 2003). Diese Ergebnisse decken sich mit den eingangs dargestellten Untersuchungen von Asefaw und Leye (Asefaw 2008, Leye 2008). So berichteten Betroffene beispielsweise in der Untersuchung von Asefaw (2008), GynäkologInnen hätten mit Entsetzen auf ihre Genitalien reagiert und KollegInnen hinzu gerufen, die sich die beschnittenen Genitalien anschauen sollten (Ebd.). Laut Asefaw berichten betroffene Mädchen und Frauen bei entsprechenden Befragungen häufig von solchen Erfahrungen. Der unprofessionelle und unsensible Umgang hat zur Folge, dass Betroffene sich einem schaulustigen Gaffen ausgesetzt fühlen, anstatt professionelle Hilfe zu bekommen und deswegen gynäkologische Untersuchungen, auch im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen, meiden (Asefaw 2008, 77).

Die Arbeit Leyes zeigen, dass nicht nur deutsche ÄrztInnen unzureichend zum Thema weibliche Genitalverstümmelung informiert sind. Die Studie wurde vom „International Centre of Reproductive Health“ in Gent als Reaktion auf die Forderung der EU nach allgemein gültigen gesetzlichen und medizinischen Richtlinien im Umgang mit von Genitalverstümmelung betroffener Mädchen und Frauen durchgeführt. Die EU forderte insbesondere für die Frauen, die von Infibulation (der schwersten Form weiblicher Genitalverstümmelung) betroffen sind, eine medizinische Betreuung, die auf die Konsequenzen dieses Eingriffs eingestellt sei (Leye 2008, 57). Die Untersuchungen Leyes zeigen, dass trotz vermehrter Aufklärungsveranstaltungen für MedizinerInnen noch immer große Unwissenheit über FGM und die medizinische Konsequenzen für Betroffene besteht (Ebd., 63). Insbesondere bei Detailfragen wie der Diskussion um Reinfibulation nach einer Entbindung existiere zu wenig Wissen unter MedizinerInnen (Zerm 2008, 22). Andererseits seien die Folgen von FGM nicht allein auf der physischen Ebene zu finden. Häufig fühlten sich Betroffene mit ihrer Traumatisierung und anderen psychischen Konsequenzen auch vom medizinischen Versorgungssystem alleine gelassen, was deswegen zusätzlich bedauernswert ist, weil das soziale Umfeld, welches die Verstümmelung erzwungen, vorgenommen bzw. geduldet hat, offenbar nach den Taten nicht unterstützend in Erscheinung tritt.

Schlussfolgernd lässt sich anhand der Ergebnisse der Studien sagen, dass Aufklärungsarbeit in Europa zwar Fortschritte macht, doch ist sie an vielen Punkten noch verbesserungswürdig. Dringender Bedarf besteht bei Schulung der Berufsgruppen, die in Kontakt mit Betroffenen stehen oder mit großer Wahrscheinlichkeit im Laufe ihrer beruflichen Laufbahn mit betroffenen

Familien in Kontakt kommen könnten. In erster Linie sind das MedizinerInnen (v.a. GynäkologInnen und KinderärztInnen), doch auch ErzieherInnen, LehrerInnen und JuristInnen sollten vermehrt im Umgang mit FGM geschult werden. Die im Jahr 2005 durchgeführte Umfrage vom Berufsverband der Frauenärzte e.V., UNICEF und Terre des Femmes e.V. verdeutlicht einmal mehr, dass vor allem deutsche GynäkologInnen nicht nur mehr Informationen zum Umgang mit Genitalverstümmelung benötigen, sondern diese auch wünschen (Berufsverband der Frauenärzte e.V. / Terre des Femmes e.V. / UNICEF 2005, 9). Um die Unsicherheiten des medizinischen und auch sozialen Fachpersonals abzubauen, könnten vermehrt Seminare und Fortbildungen zu dieser Thematik angeboten werden. Außerdem wäre es wünschenswert, das Thema FGM in die medizinische Ausbildung zu integrieren. Letztendlich sollte das wichtigste Ziel solcher Schulungen sein, die genannten Berufsgruppen zu sensibilisieren und ihnen zu vermitteln, an wen sie sich im Zweifelsfall wenden und wie sie auf diese Situation reagieren können. Für diesen Fall wiederum ist die Etablierung eines Netzwerkes, wie es in Frankreich existiert, hilfreich und nützlich.

Um die Arbeit der bestehenden Beratungsstellen zu verbessern, wäre es in erster Linie sinnvoll mehr afrikanische MigrantInnen für Aufklärungsarbeit und die Beratung Betroffener zu gewinnen. Auch hier könnte die Zusammenarbeit mit bestehenden afrikanischen MigrantInnen-Selbsthilfeorganisationen von Vorteil sein. Betroffene Frauen kostet es weniger Überwindung über dieses Tabuthema zu sprechen, wenn sie mit einer Person sprechen können, die den selben oder einen vergleichbaren kulturellen Hintergrund aufweist. Insbesondere dann, wenn bereits subjektiv negative Erfahrungen mit deutschen Ärztinnen und Ärzten oder anderen Berufsgruppen gemacht wurden. Hinzu kommt, dass beratende Angebote in der Muttersprache durchgeführt werden könnten. Gerade bei Migrantinnen, die noch nicht lange in Deutschland sind, wäre dies ein großer Vorteil. Findet die Beratung in der Muttersprache statt, könnte zudem eine differenziertere Betreuung und Aufklärung Betroffener, Bedrohter und deren Familien stattfinden. Außerdem würde der afrikanische Blickwinkel auf diese Praktik nicht verloren gehen und es wäre gemeinsam möglich, mehr Angebote zu schaffen, die betroffene oder bedrohte Mädchen und Frauen auch wirklich erreichen.

Für Beratungsstellen wäre darüber hinaus von Vorteil, würden mehr regelmäßig Präventivangebote und Angebote für betroffene und bedrohte Mädchen

und Frauen durchgeführt werden. Dabei sollten die männlichen Familienmitglieder nicht außer Acht gelassen werden, denn auch ihnen muss die Möglichkeit geboten werden, sich über die juristischen, körperlichen, psychischen und sozialen Konsequenzen von Genitalverstümmelung an Mädchen und Frauen zu informieren. Am effektivsten gestaltet sich Aufklärungsarbeit gegen FGM, wenn das gesamte soziale Umfeld einbezogen wird. Der Druck der Verwandten und Bekannten auf eine junge Mutter, die vor der Entscheidung steht, ihre Tochter beschneiden zu lassen oder nicht, ist auch für Mütter, die in Deutschland leben, enorm hoch. Werden alle Familienmitglieder über die Risiken und die unter Umständen auftretenden lebenslänglichen Konsequenzen der Beschneidung aufgeklärt, ist die Chance größer, dass die junge Mutter in der Entscheidung gegen FGM unterstützt wird.

Ein letzter aber sehr bedeutender Punkt in der Arbeit gegen FGM, ist die Berücksichtigung der soziokulturellen Hintergründe. Möchte man erreichen, dass sich Menschen auf einen offenen Dialog über ein sensibles Thema einlassen, ist es wichtig, diese nicht mit einer vorgefertigten Meinung vor den Kopf zu stoßen. In der Aufklärungsarbeit gegen FGM muss daher berücksichtigt werden, in welchem Kulturkreis die Menschen aufgewachsen sind und wie sie erzogen und sozialisiert wurden. Auch muss eine offene und informierende Grundhaltung bestehen, um im Dialog zu vermitteln, dass in verschiedenen Kulturkreisen die körperliche und seelische Integrität und das Bedürfnis nach Schutz unterschiedlich definiert wird. Die Universalität der Menschenrechte muss nicht nur proklamiert, sondern vorgelebt und permanent erklärt werden. MigrantInnen müssen die Möglichkeit bekommen, zunächst über die Grundwerte der Gesellschaft aufklärend und umfassend informiert zu werden, ohne einer Vorverurteilung zu unterlaufen. MigrantInnen müssen sich aber auch, trotz aller Unterschiede, Schwierigkeiten und stattgehabten Traumatisierungen öffnen für die Werte und Grundhaltungen in Deutschland und sollen auch ermutigt werden, dafür aktiv einzutreten. Ein solches interkulturelles Verständnis zu schaffen, ist für beide Seiten schwierig. Doch wird dies möglich, wenn noch mehr afrikanische MigrantInnen dafür gewonnen werden können selbst aktiv gegen FGM zu arbeiten.

## Literatur:

- AG FIDE, Zerm, C., 2002. Kampf gegen weibliche Genitalverstümmelung im In- und Ausland. *Frauenarzt* 43, 464–466.
- Ahlers Ch. J., Schaefer G. A., Beier K. M., 2005. Spektrum der Sexualstörungen und ihre Klassifizierbarkeit in DSM-IV und ICD-10, *Sexuologie* 12 (3/4), 120–152.
- Asefaw, F., 2007. Weibliche Genitalbeschneidung (Female Genital Cutting, FGC) – Eine Feldstudie unter besonderer Berücksichtigung der Hintergründe sowie der gesundheitlichen und psychosexuellen Folgen für Betroffene und Partner in Eritrea und Deutschland. Diss. Med. Berlin.
- Asefaw, F., 2008. Weibliche Genitalbeschneidung. Hintergründe, gesundheitliche Folgen und nachhaltige Prävention. Helmer Verlag Königstein.
- Askew, I. 2005: Methodological issues in measuring the impact of interventions against female genital cutting. *Culture, Health & Sexuality*, 7 (5), 463–477.
- Barre-Dirie, A., 2003. Betroffene Frauen verdienen unseren Respekt und unsere Unterstützung, in: *Terre des Femmes* (Hg.). *Schnitt in die Seele. Weibliche Genitalverstümmelung – eine fundamentale Menschenrechtsverletzung*. Mabuse Verlag Frankfurt / am Main, 101–108.
- Bauer, C., Hulverscheidt, M., 2003. Gesundheitliche Folgen der weiblichen Genitalverstümmelung, in: *Terre des Femmes* (Hrsg.), *Schnitt in die Seele. Weibliche Genitalverstümmelung – eine fundamentale Menschenrechtsverletzung*. Mabuse-Verlag, Frankfurt / am Main, 65–81.
- Beck-Karrer, C., 1996. *Löwinnen sind sie: Gespräche mit somalischen Frauen und Männern über Frauenbeschneidung*. eFeF-Verlag Bern.
- Behrendt, A., 2004. Das Vorkommen posttraumatischer Belastungsstörung nach weiblicher Genitalverstümmelung. Unveröffentlichte Diplomarbeit Hamburg 2004.
- Berufsverband für Frauenärzte, Terre des Femmes e.V., Unicef, 2005. *Schnitte in Körper und Seele. Eine Umfrage zur Situation beschnittener Mädchen und Frauen*. Köln.
- Borkenhagen, A.; Brähler, E., Kentenich, H., 2009. Intimchirurgie. Ein gefährlicher Trend. *Deutsches Ärzteblatt* 106(11), A-500.
- Brady, M., 1999. Female Genital Mutilation: Complications and Risk of HIV Transmission. *AIDS Patient Care and STDs* 13 (12), 709–716.
- Büchner, A.-C., 2004. Weibliche Genitalverstümmelung. Betrachtung eines traditionellen Brauchs aus Menschenrechtsperspektive – Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit in Deutschland. Paulo Freire Verlag, Oldenburg 2004.
- Bundestagsdrucksache 16/12910 vom 6. Mai 2009 Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Strafgesetzbuches – Strafbarkeit der Genitalverstümmelung.
- DeMeo, J.; 1990. The Geography of Female Genital Mutilations (Part 4: Desertification and the Origins of Armoring: The Saharasian Connection). *Journal of Orgonomy*, 24(2), 233–239.
- Dessauer, R., Hauenstein, E., Müller, C., 1996. Rituelle Verstümmelung – auch in Deutschland sind Mädchen gefährdet. *Deutsches Ärzteblatt* 93, A-1526–1528.
- Ettenhuber, H., 2000. Weibliche Genitalverstümmelung –

- Ursprung und Gegenwart, in: Hermann, C. (Hg.), *Das Recht auf Weiblichkeit. Hoffnung im Kampf gegen die Genitalverstümmelung*, Bonn, 20–22.
- Gesellschaft für technische Zusammenarbeit, 2002. *Gewalt gegen Mädchen und Frauen beenden. Abbau und Prävention geschlechtsspezifischer Gewalt als Beitrag zum Schutz der Menschenrechte und zur Entwicklung*. Eschborn.
- Gruenbaum, E., 2005. Socio-cultural dynamics of female genital cutting: Research findings, gaps, and directions. *Culture, Health & Sexuality*, 7 (5), 429–441.
- Gülle, F.J., 1989. *Die weibliche Beschneidung – eine Frage der Sexualmedizin*. Med. Diss. Berlin.
- Hulverscheidt, M., 2002. *Weibliche Genitalverstümmelung. Diskussion und Praxis in der Medizin während des 19. Jahrhunderts im deutschsprachigen Raum*, Mabuse-Verlag Frankfurt / am Main.
- Hulverscheidt, M., 2005. „Eine merkwürdige Methode zur Verhinderung der Onanie“ Zur Geschichte der Genitalverstümmelung von Frauen im deutschsprachigen Raum. *Zeitschrift für Sexualforschung* 18, 215–242.
- Hulverscheidt, M., 2007. *Weibliche Genitalverstümmelung und die „Hottentottenschürze“ – ein medizinhistorischer Diskurs des 19. Jahrhunderts*, *Journal für Ethnologie* 3/2007, ULR: <http://journal-ethnologie.inm.de/>, Zugriff am 27.5.2009
- Hulverscheidt, M., 2008a, *Zur Beschreibung und Bewertung der weiblichen Genitalverstümmelung durch Magnus Hirschfeld*. *Mitteilungen der Magnus Hirschfeld-Gesellschaft*, 39/40, 65–73.
- Hulverscheidt, M., 2008b. *Die Halban-Narjani-Operation – ein biologisch-medizinisches Experiment zur Frigidität der Frau*, in: Schickanz, Pethes, N. (Hg.), *Sexualität als Experiment – Identität, Lust und Reproduktion zwischen Science und Fiction*, Campus-Verlag Frankfurt am Main, 173–192.
- Hulverscheidt, M., Piccolantonio, C., 2007. *Gesundheitliche Folgen von weiblicher Genitalverstümmelung*, *Journal für Ethnologie* 3/2007 ULR: <http://journal-ethnologie.inm.de/>, Zugriff am 27. 5. 2009.
- Ihring, I., 2006. *Menschenrechtspädagogik als Bildungs- und Aufklärungsarbeit in Beratungsstellen. Zum Umgang mit weiblicher Genitalverstümmelung in Deutschland und Frankreich*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Freiburg.
- Jones, H., Diop, N., Askew, I., Kabore, I., 1999. *Female genital cutting practices in Burkina Faso and Mali and their negative health outcomes*. *Studies in Family Planning*, 39, 219–30.
- KaltheGener, R., 2003. *Strafrechtliche Regelungen in europäischen Staaten*, in: *Terre des Femmes (Hg.): Schnitt in die Seele*. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 187–195.
- Kentenich, H., Utz-Billing, I., 2006. *Weibliche Genitalverstümmelung: Lebenslanges Leiden*. *Deutsches Ärzteblatt*, 103, A 842–845.
- Kilanowski, K., 1998. *Mama Sanes weißes Kleid*. In Gambia kämpft eine Frauenorganisation erfolgreich gegen die weibliche Genitalverstümmelung. *Südwind* 7–8, 22–24.
- Klafki, W.: *Studien zur Bildungstheorie und Didaktik*. Beltz Verlag, Weinheim/Basel 1975, 45.
- Klafki, W.: *Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik. Zeitgemäße Allgemeinbildung und kritisch-konstruktive Didaktik*. Beltz Verlag, Weinheim/Basel 1985.
- Kron, F.W.: *Grundwissen der Pädagogik*. Reinhardt Verlag, München / Basel 1994
- Kuring, D., 2007. *Weibliche Genitalverstümmelung in Eritrea. Regionale Erklärungen, nationale Ansätze und internationale Standards*. Diss. Pol. Magdeburg.
- Larsen, U., Okonofua, F.E., 2002. *Female circumcision and obstetric complications*. *International Journal for Gynecology and Obstetrics*, 77, 255–65.
- Leye, E., 2008. *Female Genital Mutilation. A study of health services and legislation in some countries of the European Union*. International Centre for Reproductive Health, Ghent.
- Lightfoot-Klein, H., 1989. *Über radikale Beschneidung von Frauen im Sudan*. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 2, 147–159.
- Lightfoot-Klein H. 1992. *Das grausame Ritual: sexuelle Verstümmelung afrikanischer Frauen*. (Die Frau in der Gesellschaft) Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt / am Main.
- Lightfoot-Klein, H., 2003. *Der Beschneidungsskandal*. Orlanda Frauenverlag Berlin.
- Makhlouf Obermeyer, C., 2005. *The consequences of female circumcision for health and sexuality: an update on the evidence*. *Culture, Health & Sexuality*, 7 (5), 443–461.
- McCaffrey M., Jankowsky A., Gordon H., 1995. *Management of female genital mutilation. The Northwick Park Hospital experience*. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 102, Oct 1995, 787–790.
- Meyer, P., 2007. *Weibliche Genitalverstümmelung: Angst vor Empörung*. *Dtsch Arztebl*, 104 (1–2), A-16.
- Monjok, E., Essien, E.J., Holmes, L., 2007. *Female genital mutilation: potential for HIV transmission in sub-Saharan Africa and prospect for epidemiologic investigation and intervention*. *African journal of reproductive health*, 11 (1), 33–42.
- Moscucci, O., 1996. *Clitoridectomy, circumcision, and the politics of sexual pleasure in Mid-Victorian Britain*. In: Miller, A.H. et al (Hrsg). *Sexualities in Victorian Britain*. Indiana University Press, Bloomington, 60–87.
- Morison, L., Scherf, C., Ekpo, G., 2001. *The long-term reproductive health consequences of female genital cutting in rural Gambia: A community-based survey*. *Tropical Medicine and International Health* 6, 643–53.
- Müller, 2003. *Über das Fremde in uns und den Umgang mit genitalverstümmelten Frauen*, in: *Terre des Femmes (Hg.): Schnitt in die Seele*. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 242–248.
- Peller A., 2002. *Chiffrierte Körper-Disziplinierte Körper. Female genital cutting. Rituelle Verwundung als Statussymbol*. Weißensee-Verlag, Berlin.
- Schnüll, P., 2003. *Weibliche Genitalverstümmelung in Afrika*, in: *Terre des Femmes (Hg.): Schnitt in die Seele. Weibliche Genitalverstümmelung – eine fundamentale Menschenrechtsverletzung*. Mabuse Verlag Frankfurt am Main, 23–64.
- Scull A., Favreau D., 1986. *The clitoridectomy craze*. *Social Research* 53, 243–260.
- Snow, R.C., Slinger, T.E., Okonofua, F.E., Oronsaye, F., Wacker, J., 2002. *Female genital cutting in southern urban and peri-urban Nigeria: self-reported validity, social*

- determinants and secular decline. *Tropical Medicine and International Health*, 7, 91–100.
- Steixner, M., 1997. Die Beschneidung der Weiblichkeit. Verstehensprozess einer westafrikanischen Tradition im Lichte ihrer Ursprünge und Kontexte. Leopold-Franzens-Universität, Innsbruck
- Terre des Femmes (Hg.), 2003. Schnitt in die Seele. Weibliche Genitalverstümmelung – eine fundamentale Menschenrechtsverletzung. Mabuse-Verlag Frankfurt am Main.
- Toubia, N., 1994. Female circumcision as a public health issue. *New England Journal for Medicine* 331, 712–716.
- UNICEF, 2007. Zur Situation der Kinder in der Welt. Starke Frauen – starke Kinder. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main.
- Volger, H. (Hg.), 2000. Lexikon der Vereinten Nationen. Oldenbourg Verlag, München.
- Weil-Curiel, L., 2003. Weibliche Genitalverstümmelung aus Sicht einer Französischen Rechtsanwältin und Aktivistin, in: Terre des Femmes (Hg.), Schnitt in die Seele. Weibliche Genitalverstümmelung – eine fundamentale Menschenrechtsverletzung. Mabuse-Verlag Frankfurt / am Main, 195–202.
- WHO Study Group on female genital mutilation and obstetric outcome, Banks, E., Meirik, O., Farley, T., Akande, O., Bathija, H., Ali, M., 2006. Female Genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *The Lancet* 367, 1835–1841.

## Internetseiten

- <http://www.unifem.de>, Zugriff am 27.5.2009.
- <http://www.terredesfemmes.de>, Zugriff am 27.5.2009.
- <http://www.iac-ciaf.com>, Zugriff am 27.5.2009.
- <http://www.ag-fide.de/deutsch/neu/FGMFachinformation2005.pdf> (= Zerm 2005).
- <http://www.ag-fide.de/deutsch/neu/EmpfehlgenFGM2007.pdf> (= Zerm 2008).
- <http://www.who.int/reproductive-health/fgm/>, Zugriff am 27.5.2009.
- [http://www.un.org/Depts/german/conf/beijing/beij\\_bericht.html](http://www.un.org/Depts/german/conf/beijing/beij_bericht.html), Zugriff am 27.5.2009.
- <http://www.female-genital-mutilation-fgm.forward-germany.de/2.html>, Zugriff am 27.5.2009.

### Adresse der AutorInnen

Dr. med. Marion Hulverscheidt, Institut für Geschichte der Medizin, Charité Centrum 1 für Human- und Gesundheitswissenschaften, Ziegelstr. 5-9, 10117 Berlin, mail: marion.hulverscheidt@charite.de

Dipl.-Psych. Christoph Joseph Ahlers, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Universitätsklinikum Charité Campus Mitte, Freie und Humboldt-Universität zu Berlin, Luisenstraße 57, 10117 Berlin, www.sexualmedizin-charite.de, mail: christoph.ahlers@charite.de

Dipl. päd. Isabelle Ihring, Pädagogische Hochschule, Institut für Erziehungswissenschaften / Erwachsenenbildung, Kunzenweg 21, 79117 Freiburg, mail: isabelleihring@web.de

Mithu M. Sanyal



**VULVA**

Die Enthüllung  
des unsichtbaren Geschlechts

Wagenbach

Mithu M., Sanyal, *Vulva. Die Enthüllung des unsichtbaren Geschlechts*, 2009, Gebunden mit Schutzumschlag. 240 Seiten, 19.90 €, 34.90 sFr / 20.50 € [A], 240 Seiten mit vielen Abbildungen, ISBN 978-3-8031-3629-9

Diese freche, facettenreiche, lustvoll erzählte Kulturgeschichte des weiblichen Geschlechts, eine Geschichte von Aberkennung und Aneignung, stellt die aktuelle Diskussion um Post- und Popfeminismus sowie um öffentlich enthüllte Privatgebiete auf ein solides Fundament. Was nicht existiert, benötigt keinen Namen, und was keinen Namen hat, existiert nicht. Das ist die Ausgangsthese von Mithu M. Sanyals bahnbrechender Studie über die Vulva, über den historischen und kulturellen Bedeutungswandel des weiblichen Geschlechts. Mithu Sanyal sucht nach der Geschichte der Vulva und stößt in vergessenen Quellen auf fast sakrale Wertschätzung ebenso wie auf hasserfüllte Diffamierung. Sie erzählt von Baubo, die in der griechischen Mythologie die Menschheit durch die Enthüllung ihres Genitales rettete, findet zahlreiche explizite Darstellungen selbst in der mittelalterlichen Kunst, geht auf gewaltsame Verstümmelungen ebenso wie auf die Mode der Vagnialverjüngung ein, untersucht Schleiertanz und Striptease sowie die subversiven Performancekünstlerinnen Valie Export oder Annie Sprinkle.

Eine kulturgeschichtliche Pionierarbeit für Leser jeden Geschlechts. Unterhaltsam, intelligent, subversiv, notwendig.



# Das Jungfernhütchen

Helga Seyler

## The Hymen

### Abstract

*Background:* The hymen is a frequent topic in gynecological consultations, especially with Muslim girls and young women. The issue reflects the conflicts the patients experience between the norms and values of their country of origin and those of the country in which they live.

*Methods:* selective literature review, evaluation of professional experiences.

*Results:* The WHO considers forced virginity examinations to be gender specific violence. If an examination of the hymen is requested, the physician risks getting entangled in the patient's ethical dilemmas. Detailed counseling and evaluation of the patient's dilemmas are necessary to come to an individually appropriate approach. The physician should reflect their own values and their attitude towards the patient's values. Hymen reconstruction is a controversial issue but an often performed procedure.

*Keywords:* Hymen, virginity examination, hymen-reconstruction

### Zusammenfassung

*Hintergrund:* Das Jungfernhütchen ist häufig Thema in der frauenärztlichen Praxis beim Besuch von Mädchen und jungen Frauen, vorwiegend mit muslimischem Hintergrund. Das Thema spiegelt die Konflikte der Patientinnen zwischen den Normen und Werten der Herkunftskultur und der des Landes, in dem sie leben.

*Methodik:* selektive Literaturrecherche und Auswertung der eigenen praktischen Erfahrungen.

*Ergebnisse:* Erzwungene Untersuchungen auf Virginität werden von der WHO als geschlechtsspezifische Gewalt verurteilt. Bei gewünschter Begutachtung des Hymens besteht die Gefahr, dass der Arzt/ die Ärztin in den Werte-Konflikt der Patientin hineingezogen wird. Es besteht die Notwendigkeit einer eingehenden Beratung, in der die Konflikte der Patientinnen evaluiert werden und ein individuell adäquates Vorgehen erarbeitet wird. Der Arzt/

die Ärztin sollte die eigenen Normen und die Haltung gegenüber den Normen der Patientin reflektieren. Die chirurgische Rekonstruktion des Hymens ist ein zwar umstrittener, aber häufig praktizierter Eingriff.

*Schlüsselworte:* Hymen, Jungfräulichkeits-Untersuchung, Hymenrekonstruktion

Das Jungfernhütchen ist häufig Thema in Beratungen und in der sexualpädagogischen Arbeit mit Jugendlichen und jungen Frauen, vorwiegend mit muslimischem Hintergrund. In vielen Familien ist die sexuelle Enthaltsamkeit der Frauen vor der Ehe nicht nur ein wichtiger Wert, sondern die Ehre der ganzen Familie hängt von der Einhaltung dieser Norm ab. Das Jungfernhütchen steht für diese Norm, und anhand seiner Form und Beschaffenheit bzw. am Bluten beim ersten Geschlechtsverkehr in der Hochzeitsnacht wird die Einhaltung überwacht.

Die Sorge um das „heile“ Jungfernhütchen spielt daher im Leben junger Frauen aus diesen Familien eine sehr große Rolle. Drei Viertel der sexuell aktiven muslimischen Frauen hatten in einer Befragung in den Niederlanden Konflikte mit ihren sexuellen Wünschen und der kulturellen Norm der Enthaltsamkeit vor der Ehe (Rademakers & Mouthaan et al., 2005).

In der Gruppenarbeit gibt es meist sehr lebhaft Diskussionen über Jungfräulichkeit und das Jungfernhütchen, aber auch großen Informationsbedarf. Die meisten Frauen und Mädchen haben kaum eine Vorstellung davon, wo sich das Jungfernhütchen befindet und wie es aussieht und vor allem, wie unterschiedlich es beschaffen sein kann.

In der Beratung taucht das Thema auf, wenn eine Begutachtung des Jungfernhütchens gewünscht bzw. gefordert wird. Oft kommen die Frauen selbst mit diesem Anliegen, um sich von ihrer großen Sorge zu entlasten. Manchmal werden sie von der Familie unter Druck gesetzt, sich ihre Jungfräulichkeit ärztlich bescheinigen zu lassen, oder werden direkt von den

Eltern mit dieser Frage zur Untersuchung gebracht.

Oft kommen Frauen auch mit dem Anliegen einer Wiederherstellung des Hymens.

## Untersuchung des Jungfernhäutchens

In vielen muslimischen Ländern werden zwangsweise Begutachtungen des Jungfernhäutchens durch ÄrztInnen auf Veranlassung von Angehörigen oder anderen Autoritäten (Schulleitung, Polizei) sehr häufig durchgeführt. Die WHO zählt diese Praxis zu den Formen sexueller Gewalt und verurteilt sie dementsprechend.

Eine Studie beschäftigt sich mit der Praxis dieser Untersuchungen in der Türkei (Frank & Bauer et al., 1999). Die Türkische Ärztesvereinigung hat 1992 diese Untersuchungen als geschlechtsspezifische Gewalt verurteilt und festgestellt, dass es dafür (außerhalb von Gerichtsprozessen wegen sexueller Gewalt) keine rechtliche oder ethische Rechtfertigung gibt. Trotzdem wurden auch 1998 noch mindestens 1800 solcher Untersuchungen allein von RechtsmedizinerInnen durchgeführt. Die Mehrzahl dieser ÄrztInnen hielt die Untersuchungen für gerechtfertigt, die meisten waren auch überzeugt, dass sie am Aussehen des Hymens eindeutig feststellen können, ob ein Geschlechtsverkehr stattgefunden hat. Und dies, obwohl unterschiedliche ÄrztInnen bei wiederholten Untersuchungen sich widersprechende Urteile abgaben. 1999 hat auch der türkische Justizminister ein Gesetz erlassen, das Untersuchungen auf Jungfräulichkeit außerhalb von Gerichtsprozessen wegen sexueller Gewalt verbietet, und diese Untersuchungen nur nach richterlicher Anordnung erlaubt.

Für die Untersuchung auf Jungfräulichkeit gibt es keine Standards, und keine eindeutigen Kriterien für die Beurteilung, ob ein Geschlechtsverkehr stattgefunden hat. Viele Studien beschäftigen sich mit dem Aussehen des Jungfernhäutchens bei Mädchen vor der Pubertät im Zusammenhang mit der Frage, ob durch eine Untersuchung ein sexueller Missbrauch eindeutig festgestellt werden kann. Auch vor der Pubertät kann eine eindeutige Aussage schwierig sein. Nach der Pubertät wird das Jungfernhäutchen unter Hormoneinfluss elastischer und weiter, und viele Untersuchungen belegen, dass sichere Aussagen über einen vorangegangenen Geschlechtsverkehr dann meist nicht möglich sind (Adams & Botash et al., 2004; Goodyear-Smith & Laidlaw, 1998).

Das Anliegen einer Untersuchung auf Jungfräulichkeit bringt ÄrztInnen, die der Norm der Jungfräulichkeit bis zur Ehe und der Praxis dieser Untersuchungen kritisch gegenüber stehen, in ein Dilemma. Das Anliegen wird meist mit viel Druck geäußert, sei es von der betroffenen jungen Frau selbst, oder von den Angehörigen. Außerdem besteht bei den Ratsuchenden die feste Überzeugung, dass die Beschaffenheit des Jungfernhäutchens entscheidet, ob die Frau „Jungfrau“ und damit ehrbar ist.

Der Arzt / die Ärztin muss dann entscheiden, ob sie ohne sichere medizinische Grundlage eine solche Aussage mit weit reichenden Konsequenzen machen will. Selbst wenn nur die junge Frau selbst eine Information über ihr Jungfernhäutchen haben möchte, hängt doch fast immer ihre ganze Selbstachtung vom Ergebnis ab. Noch weit reichender können die Konsequenzen sein, wenn ein Untersuchungsergebnis Angehörigen mitgeteilt wird. Die große Medienöffentlichkeit einzelner Ehrenmorde hat deutlich gemacht, was den Frauen schlimmstenfalls drohen kann. In muslimischen Ländern wird auch von einer hohen Zahl von Selbstmorden vor erzwungenen Untersuchungen auf Jungfräulichkeit berichtet.

Deshalb ist ein ausführliches Gespräch vor einer solchen Untersuchung unerlässlich. Es sollte geklärt werden, was das konkrete Anliegen der Frau ist. Wie ist die Situation in der Familie? Welche Bedrohung besteht konkret und aktuell? Wird ein konkreter Verdacht von der Familie geäußert? Steht eine Heirat unmittelbar bevor, oder geht es eher um Sorgen in Bezug auf die fernere Zukunft?

Wie geht die Frau selbst mit den sexuellen Normen der Herkunftskultur um? Strebt sie sexuelle Enthaltbarkeit bis zur Ehe an? Welche sexuellen Kontakte hat es gegeben?

Dabei muss vorsichtig ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden. Gerade über vorangegangene sexuelle Kontakte wird oft erst offen gesprochen, wenn die Ratsuchende Vertrauen gefasst hat. Stattdessen wird anfangs eher ein Sportunfall oder ähnliches als Grund für die Sorge vorgeschoben.

Unsicherheit über den Zustand des Hymens können sexuelle Praktiken verursachen, die das Hymen möglichst nicht verletzen sollen. Viele junge Frauen, die der Norm der Enthaltbarkeit vor der Ehe entsprechen müssen, lassen sich vor der Ehe auf solche sexuelle Praktiken ein. Zum Beispiel wird der Penis zwischen den Schenkeln im Genitalbereich gerieben, oder es findet Analverkehr statt. Beim Reiben des Penis im Genitalbereich fehlt vielen Frauen ausreichende Kenntnis und Wahrnehmung ihrer Geschlechtsorgane, um beurteilen zu können,

ob der Penis eventuell doch in die Scheide eingeführt wurde. Nicht selten kommt es bei diesen Praktiken auch zu Schwangerschaften, deshalb ist bei diesen Frauen auch eine Verhütungsberatung wichtig.

Aber auch nach einem Geschlechtsverkehr haben manche Frauen die Hoffnung, dass das Jungfernhütchen intakt geblieben ist, und sie noch „Jungfrau“ sind.

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Beratung ist, den oft bestehenden Konflikt zwischen den Normen des Herkunftslands und denen der deutschen Umgebung zu thematisieren. Das Gespräch kann den Frauen helfen, sich ihrer eigenen Werte bewusst zu werden und Wege im Umgang mit widersprüchlichen Normen zu finden.

Und nicht zuletzt sind möglichst konkrete Informationen über Lage und Aussehen des Jungfernhütchens anhand von Zeichnungen oder Modellen wichtig. Die Frauen müssen wissen, dass das Jungfernhütchen unterschiedlich weit und elastisch sein kann, und dass der Arzt / die Ärztin deswegen bei der Untersuchung keine sichere Aussage über die Jungfräulichkeit machen kann. Und auch, dass nicht alle Frauen beim ersten Geschlechtsverkehr bluten.

Ob trotz des oben beschriebenen Dilemmas eine Untersuchung durchgeführt werden soll, ist in jedem Einzelfall eine persönliche Entscheidung. Auch über eine (eventuell sogar falsche) Bescheinigung der Jungfräulichkeit muss jeder Arzt / jede Ärztin im Einzelfall entscheiden. Dabei müssen die eigenen Werte und die eigene Haltung gegenüber den Werten der Ratsuchenden reflektiert und eine Entscheidung getroffen werden, die persönlich und als Arzt / Ärztin vertreten werden kann. Außerdem müssen die Konsequenzen für sich selbst und für die betroffene Frau abgewogen werden.

## Wiederherstellung des Hymens

Die operative Rekonstruktion des Hymens ist eine verbreitete Maßnahme, um schwerwiegende Bedrohungen für eine Frau oder für die Ehre der Familie zu verhindern. Der Eingriff wird sowohl in allen westeuropäischen Ländern als auch Ländern mit muslimischer Kultur durchgeführt. Ägypten wird zum Beispiel als ein Zentrum der arabischen Länder für diesen Eingriff bezeichnet (Kandela, 1996). Dass diese Praxis nicht auf muslimische Kulturen beschränkt ist, belegt ein Bericht über die häufige Durchführung dieses Eingriffs im katholischen Guatemala (Roberts, 2006).

In Ländern mit der Norm der vorehelichen sexuellen Enthaltbarkeit wird der Eingriff in der medizinischen Fachwelt geächtet und ist oft verboten. Von anderen ÄrztInnen wird er als gute Maßnahme zur Vermeidung schwerwiegender sozialer Konsequenzen, insbesondere zur Vermeidung von Ehrenmorden angesehen.

In der westlichen Welt wird der Eingriff eher wegen der Verletzung der genitalen Integrität kritisiert und zum Teil als eine Form von Genitalverstümmelung angesehen. Außerdem wird kritisiert, dass der Eingriff zur Aufrechterhaltung restriktiver Normen beiträgt, und eine Auseinandersetzung damit vermeidet.

Kritisiert wird auch, dass ÄrztInnen den Eingriff aus finanziellen Interessen anbieten, und dass die betroffenen Frauen oft hohe Kosten dafür aufbringen müssen. Zu hohe Kosten können dazu führen, dass ärmere Frauen diesen Eingriff bei Anbietern ohne ausreichende Ausbildung und unter unhygienischen Bedingungen durchführen lassen.

Offizielle Standards für die Durchführung des Eingriffs gibt es nicht. In verschiedenen Berichten werden unterschiedliche Techniken des Eingriffs beschrieben. Meist wird an den Kanten sichtbarer Einrisse des Hymens oberflächlich die Haut entfernt, und die Seiten des Hymens werden zusammengenäht (Logmans & Verhoeff et al., 1998). Es gibt auch Berichte darüber, dass Gelatine kapseln mit einer blutähnlichen Flüssigkeit eingenäht werden, die beim folgenden Geschlechtsverkehr platzen sollen (Paterson-Brown, 1998; Kandela, 1996). Wenn zu wenig Hymenalgewebe vorhanden ist, werden auch Teile der Scheidenschleimhaut vernäht. Dabei kann es zu Verengungen und Vernarbungen des Scheideneingangs kommen (Paterson-Brown, 1998).

Bei ausgebildeten OperateurInnen ist die Komplikationsrate wahrscheinlich sehr gering. In Ländern, in denen der Eingriff in großer Heimlichkeit und von nicht ausgebildeten Anbietern durchgeführt wird, wird von vielen Komplikationen wie Blutergüssen, Infektionen, schmerzhaften Vernarbungen und sogar Fisteln im Bereich der Harnröhre berichtet (Roberts, 2006).

Auch vor einer Hymenrekonstruktion ist ein ausführliches Gespräch über die Umstände und Hintergründe notwendig.

Wenn zum Beispiel ein kurz zurückliegender Geschlechtsverkehr durch den Eingriff „ungeschehen“ gemacht werden soll, ohne dass aktuell konkrete Folgen drohen oder in absehbarer Zeit eine Heirat geplant ist, ist es möglicherweise sinnvoller, den bestehenden Wertekonflikt zu thematisieren und die

Frau zu unterstützen, Wege im Umgang damit zu finden.

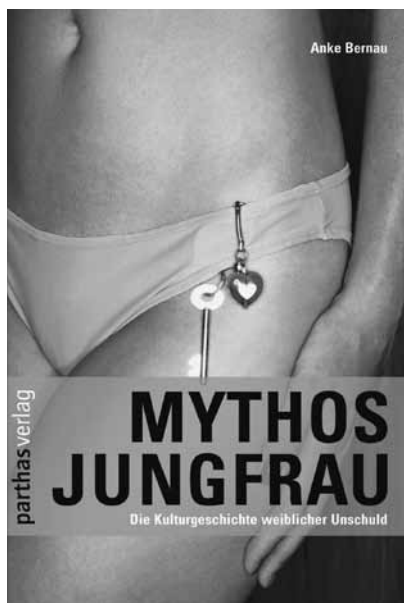
Der Eingriff sollte am besten einige Wochen vor einer Heirat durchgeführt werden, und wenn klar ist, dass von der Familie Zeichen einer Jungfräulichkeit wie zum Beispiel eine Blutung beim Geschlechtsverkehr gefordert werden. Die Frauen sollten dann auch über mögliche Komplikationen aufgeklärt werden, sowie über die Grenzen des Eingriffs. Es gibt z.B. keine Daten darüber, wie viele Frauen nach diesem Eingriff beim ersten Geschlechtsverkehr bluten.

## Literatur

- Adams, JA., Botash, AS. et al., 2004. Differences in hymenal morphology between adolescent girls with and without a history of consensual sexual intercourse. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine 158, 280–5.
- Frank, MW., Bauer, HM. et al., 1999. Virginity examinations in Turkey: role of forensic physicians in controlling female sexuality. JAMA, 282, 485–90.
- Goodyear-Smith, FA., Laidlaw, TM., 1998. What is an 'intact' hymen? A critique of the literature. Medicine, Science, and the Law 38, 289–300.
- Kandela, P., 1996. Egypt's trade in hymen repair. Lancet 347, 1615.
- Logmans, A., Verhoeff, A. et al., 1998. Should doctors reconstruct the vaginal introitus of adolescent girls to mimic the virginal state? Who wants the procedure and why. BMJ 316, 459–60.
- Paterson-Brown, S., 1998. Should doctors reconstruct the vaginal introitus of adolescent girls to mimic the virginal state? Education about the hymen is needed. BMJ 316, 461.
- Rademakers, J., Mouthaan, I. et al., 2005. Diversity in sexual health: problems and dilemmas. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 10, 207–11.
- Roberts, H., 2006. Reconstructing virginity in Guatemala. Lancet 367, 1227–8.

### Adresse der Autorin

Helga Seyler, Familienplanungszentrum, Bei der Johanniskirche 20, 22767 Hamburg, helga.seyler@gmx.net



Anke Bernau, *Mythos Jungfrau. Die Kulturgeschichte weiblicher Unschuld*

Aus dem Englischen von Ulrike Seith, 2007, 200 Seiten

ISBN 978-3-86601-062-8, € 19,80 / sFr 35,20

### Lolitas keusche Schwestern

„Als Jungfrau bezeichnete man ursprünglich eine freie Frau, die nicht im Besitz eines Mannes war, die sexuell und daher auch sozial autonom war.“

Popstars, die ihren freiwilligen Verzicht auf vorehelichen Sex erklären, Frauen, die sich ihre Jungfräulichkeit aus den unterschiedlichsten Gründen „zurückoperieren“ lassen, Keuschheitsbewegungen in den USA: Jungfraulichkeit ist heute noch wichtig.

Anke Bernau liefert mit diesem Buch eine Kulturgeschichte der weiblichen Jungfräulichkeit im Westen, mit zahlreichen Referenzen auf Literatur, Psychologie, Philosophie, Politik sowie Film-, Medizin und Religionsgeschichte.

Was ist Jungfräulichkeit? Handelt es sich um ein physisches oder um ein psychisches Phänomen? Wie hat sie sich historisch entwickelt? Was bedeutet es, jungfräulich zu leben, warum fasziniert uns das Thema, warum ist es immer noch oder ausgerechnet jetzt aktuell? Angefangen im christlichen Mittelalter bis zur heutigen Zeit, mit besonderem Bezug auf England und Amerika, erkundet Anke Bernau die verwickelte und gefährliche Faszination mit weiblicher 'Unschuld', deren Folgen oft alles andere als harmlos sind.

# Kosmetische Genitalchirurgie als „Normalisierungspraktik“

Ada Borkenhagen, Heribert Kentenich

## Cosmetic Genital Surgery as „Normalizing Practice“

### Abstract

Given the contemporary discussion of genital cosmetic surgery in modern western societies the present article focuses our concerns about these trendy cosmetic surgical procedures. These surgeries are mostly medically unnecessary and they can cause harm. They commonly include procedures as drastic as labia reduction and up to now research on the consequences has been insufficient. Clever marketing through mass media lifestyle stories, snazzy websites, and glossy brochures implies that genital surgery will improve a woman's sexual satisfaction, self esteem, and confidence. Promotional material routinely makes exaggerated and unproven claims about the benefits women can expect, yet at the same time minimizes the risks and potential complications of surgery. There is no independent published evidence for the safety and efficacy of these procedures, or for any of the promised benefits. There is no standard for educating women about genital anatomy, although research repeatedly shows that women are unfamiliar with real genital diversity. The promotion and normalization of genital cosmetic surgery has wide sociocultural implications. Doctors who promote these surgeries market extremely narrow aesthetic and sexual ideals that represent wildly distorted impressions of „normal“ genitalia. In fact the size, shape, and form of women's genitals vary greatly, and change over time. We believe that the aggressive marketing of cosmetic procedures is likely to encourage and exacerbate the anxiety and dissatisfaction that some women feel about their labia and their vaginas. Beyond this, through the way in which the promotion distorts people's ideas about what is normal, there is a good chance that uncritical publicity actually produce discontent among women who had not previously worried about this part of their body.

In campaigning against genital cosmetic surgery we are calling critical attention to the cultural conditions that lead women to choose these operations. We want to encourage debate about what is going on in contemporary western society that evokes a woman's desire to surgically alter her genitals. The business of genital cosmetic surgery exploits this cultural context for profit. But aggressive marketing serves not only to advertise surgical solutions for pre-existing problems; it also increases the market by normalizing and expanding women's dissatisfaction with their bodies.

*Keywords:* Cosmetic genital surgery, normalizing practices, cultural conditions, designer vagina

### Zusammenfassung

In den westlichen Industrieländern steigt die Nachfrage nach kosmetischen Genitalkorrekturen. Ein Grund ist die Herausbildung einer für breite Bevölkerungsschichten verbindlichen Intimästhetik und Intimnorm. Abweichungen von dem massenmedial propagierten Intimideal werden vor allem von jungen Frauen als Stigma erlebt. Anbieter und Medien propagieren die kosmetische Genitalchirurgie als Mittel der Wahl zur Verbesserung des weiblichen Lustempfindens. Die Risiken dieser Eingriffe werden dabei in der Regel bagatellisiert. Besonders die Verkleinerung der Labien wird häufig als „kleiner Eingriff“ dargestellt. Komplikationen können aber auch hier schwerwiegende Funktions- und Empfindungseinschränkungen zur Folge haben. Zudem liegen keine wissenschaftlichen Daten vor, die nachweisen, dass diese Eingriffe zu anhaltenden psychischen oder funktionellen Verbesserungen führen. Der medial geschürten Unzufriedenheit von Frauen und Mädchen mit ihren Genitalien kann nur durch eine vermehrte Information und Bewusstseinsbildung bzgl. des vielfältigen Erscheinungsbildes der weiblichen Genitalien entgegengetreten werden. Vor jeglichen chirurgischen Eingriffen im Genitalbereich – insbesondere aber bei Verkleinerungen der Schamlippen – sollte ein ärztliches Gespräch im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung geführt werden. Der

Gynäkologe sollte hierbei abwägen, ob eine zusätzliche psychologische Einschätzung sinnvoll ist, die besonders indiziert ist, wenn sich Hinweise auf depressive Verstimmungen, Sexualstörungen, Selbstwertstörungen oder Reifungskonflikte finden.

*Schlüsselwörter:* Kosmetische Genitalchirurgie, Normalisierung, soziokulturelle Bedingungen, Designervagina

## Problem

Kosmetische Genitalchirurgie zählt zu den neuesten Praktiken der Veränderung des weiblichen Körpers mittels plastisch-ästhetischer Chirurgie. In den USA sind genitale Schönheitsoperationen bereits ein beliebtes Thema von Fernsehsendungen wie z.B. „Californication“. Auch in Deutschland häufen sich Medienberichte über kosmetische Genitalkorrekturen, besonders von Labienreduktionen (Vgl. Ostwald 2005; Meyruhn 2008).

Gibt man in die Suchmaschine google die Begriffe „labia plasty“ und „vaginal rejuvenation“ ein, so erhält man ca. 200.000 Einträge für „labia plasty“ und 223.000 für „vaginal rejuvenation“. Als ersten Eintrag unter der „vaginal rejuvenation“ findet sich das YouTube Video des „world famous Dr Matlock“, dem „Erfinder“ der „Laser Vaginal Verjüngung“. Das Video, das in der Zuschauergunst recht hoch steht – es ist mit vier von fünf möglichen Sternen bewertet – zeigt in 3½ Minuten eine Vaginalverjüngung ([www.youtube.com/watch?v=s4ruOHrakRk](http://www.youtube.com/watch?v=s4ruOHrakRk)). Auch bei den übrigen Einträgen handelt es sich in der Mehrzahl um Werbeanzeigen von Kliniken und Ärzten, die diese Operationen anbieten. Welches Ausmaß die offensive Werbung für kosmetische Genitalchirurgie inzwischen auch in Deutschland erreicht hat, war bis vor kurzem in der Hamburger U-Bahn zu sehen: Die Adressen der Anbieter von Schamlippenverkleinerungen flimmerten dort über die Monitore, die sonst über das Wetter und die neuesten Nachrichten informieren.

## Fragestellung

Kritische Einwände gegen die Zunahme kosmetischer Genitalchirurgie und der offensiven Werbung für diese Eingriffe richten sich daher auch gegen einen kulturellen Trend, der vor allem bei jungen Frauen die Unzufriedenheit mit dem Aussehen der eigenen Genitalien schürt und die Nachfrage nach einer operativen „Verschönerung“ der Genitalien schafft.

## Soziokulturelle Ursachen

Was sind die soziokulturellen Ursachen des aktuellen Trends zur kosmetischen Genitalchirurgie?

Kosmetische Genitalchirurgie steht im Spannungsverhältnis der Anpassung an vorherrschende soziale Normen einer Gesellschaft und der Autonomie und Selbstbestimmung über den eigenen Körper. Unter einer soziokulturellen Perspektive kann kosmetische Genitalchirurgie als normalisierende Praxis verstanden werden, d.h. als eine Körpermanipulation, deren sozialer Bedeutungshorizont es ist, kosmetische Genitalchirurgie als gesellschaftliche Norm zu reproduzieren (Boddy 2002). Der Begriff der „Normalisierung“ leitet sich dabei von Foucaults Konzeption der „Mikro-Physik der Macht“ her, in der Körper und Selbst durch soziale Techniken und Institutionen gesellschaftlich normalisiert werden (vgl. Foucault 1992). Normalisierende Praktiken – mithin kosmetische Genitalchirurgie – sind Handlungen der Anpassung an gesellschaftliche Normen. Wie lässt sich die gesellschaftliche Norm genauer bestimmen, in der kosmetische Genitalchirurgie zunehmend zu einer „normalen“ Praxis zu werden scheint?

In den vergangenen Jahrzehnten ist aus „schön“ „sexy“ geworden. Sprechen wir über Schönheit, denken wir heute fast ausschließlich an den nackten Körper. Dies spiegelt sich besonders deutlich in der Mode. Nach Lehnert ist „Mode heute zunehmend ein Vorwand, um die schönen Körper der Models zu inszenieren“ (Lehnert 1996, 12). Und die bekannte Chefredakteurin der *Vogue* Suzy Menkes konstatierte bereits 2001, dass früher eine Frau ihre aufwändige Robe zur Schau stellte, während sie heute ihren Körper präsentiert, der vom Training gestählt oder durch eine Fettabsaugung und eine Brustvergrößerung gestylt wurde (Menkes 2001). Frauen konkurrieren heute auf der Ebene von trainierten oder operativ veränderten Körpern miteinander. Im Zuge dieser Entwicklung wurde Sexiness zur ersten Tugend der modernen Frau. So haben sich seit Beginn der 90er Jahre in den führenden Damenbekleidungsketten wie *H&M*, *C&A* usw. große Verkaufsflächen für Reizwäsche etabliert, während es früher eher die einzelne – verschämt im hinteren Teil der Wäscheabteilung platzierte – Kleiderstange war. Auch die mittlerweile allgegenwärtigen Dessouswerbekampagnen sind ein Produkt der neunziger Jahre. Entsprechend konstatiert Hoeing (2008) auf der Tagung Kinder-TV des *Adolf-Grimme-Instituts* 2008 in den letzten zehn Jahren einen Trend zur Hypersexualisierung, der besonders bei weiblichen TV-Protagonisten zu beobachten ist.

Ein Klick auf halbnackte 14-Jährige, die auf *MySpace*, – dem unter Jugendlichen wohl beliebtesten Freundschaftsnetzwerk –, in Pornostarmanier posieren, bestätigt diesen von der Medienwissenschaftlerin diagnostizierten Trend. Es scheint das Motto zu gelten, wer Anerkennung will, muss Fleisch zeigen. Welchen Einfluss pornographische Darstellungen inzwischen auf Jugendliche haben, lässt auch die Studie von Heiligen (2005) erkennen, nach der jedes vierte Mädchen in Deutschland zwischen 12–14 Jahren mindestens einen Pornofilm gesehen hat. Unter Studentinnen haben 75% Erfahrung mit Pornographie, der Anteil bei den Studenten liegt zwischen 80–90%. Parallel dazu findet sich ebenfalls seit etwa zehn Jahren in den Medien eine vermehrte Darstellung voll- oder teilrasierter weiblicher Genitalien. So wurde im Jahr 2001 erstmals ein Playmate im *Playboy* mit vollständig rasiertem Intimbereich gezeigt (Playboy 2001). Seither hat sich in Deutschland bei den unter 30-jährigen Frauen die Teilrasur der Schamhaare durchgesetzt. Entsprechend gibt in der Repräsentativbefragung „Körperbehaarung und Attraktivität“ der Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) von 2007 und der „Dr. Sommerstudie“ der Zeitschrift *Bravo* (2006) die Mehrheit der deutschen Frauen an, Haarwuchs in der Bikini-Zone bei Frauen unattraktiv zu finden. In der „Dr. Sommerstudie“ der *Bravo* (2006) sagen mehr als die Hälfte (54%) der 11–17-jährigen Mädchen, dass sie sich die Schamhaare rasieren. Zwei Drittel der im Auftrag von *Bravo* befragten Mädchen finden rasierte Schamhaare schöner, 41% meinen, es sei hygienischer (Bravo, 2006). Zeitgleich hat sich der weibliche Oralsex als neue Sexualpraxis etabliert, und den Trend zur Intimirasur verstärkt (Borkenhagen & Brähler 2008). Durch die vermehrte mediale Darstellung der nackten weiblichen Genitalien in Magazinen, Filmen und im Internet wurde die öffentliche Aufmerksamkeit auf diesen bisher weitgehend privaten und unbeachteten Körperbereich gerichtet. Zudem fallen durch die Mode der Intimirasur individuelle Unterschiede der weiblichen Genitalien stärker auf. Mit der vermehrten Sichtbarkeit der weiblichen Genitalien hat sich ein für breite Bevölkerungsschichten verbindliches Schönheitsideal für den Intimbereich ausgebildet (Borkenhagen 2008). Dieses massenmedial etablierte Intimideal folgt dabei der allgemeinen Schönheitsnorm von Jugendlichkeit: Gefragt ist ein Genitale, das wie das eines jungen Mädchens aussieht, wobei die äußeren Schamlippen die inneren verdecken und die Schamlippen in engen Tangas oder Bikinihöschen nicht aufragen sollen. Die kosmetischen Genitalkorrekturen sind Folge dieses Schönheitsideals, das sich in den vergangenen Jahren

für den Intimbereich ausgebildet hat und sich an Bildern des *Playboy* und anderen Softpornomagazinen orientiert. Darüber hinaus sind in vielen Darstellungen der Lifestyle-Magazine die inneren Schamlippen mittels Grafikbearbeitung entfernt oder die Modells so fotografiert, dass diese nicht sichtbar sind. Dennoch dienen diese Darstellungen vielen Frauen als Vergleichsmaßstab, was der Etablierung des unrealistischen Intimideals Vorschub leistet. Diese Magazine suggerieren, dass sich der „Begehrens-Wert“ einer Frau nun nicht mehr nur durch ihren „Brustumfang“, sondern auch nach dem Aussehen ihrer Genitalien bemisst. Abweichungen von dem massenmedial propagierten Intimideal werden vor allem von jungen Frauen als Stigma erlebt.

Da nur etwa die Hälfte aller Frauen der „neuen“ Intimästhetik des jungfräulichen, jugendlichen Genitales entspricht, wächst der Druck sich dem neuen Ideal mittels kosmetischer Genitalchirurgie anzupassen. 2007 machten Liao and Creighton (2007) im *British Medical Journal* auf die Folgen des Trends zur kosmetischen Genitalchirurgie aufmerksam: Sie berichteten, dass sich in Großbritannien die Labienreduktionen (Reduktion und Symmetrisierung der Labien) nach Angaben des *National Health Service* in den vergangenen 5 Jahren auf 800 Eingriffe pro Jahr nahezu verdoppelt habe und stellen fest, dass die Mehrzahl der Eingriffe aus ästhetischen Gründen erfolge. Laut der Studie „Schönheitsoperationen: Daten, Probleme, Rechtsfragen“ der *Bundesanstalt für Ernährung und Landwirtschaft* (Korczak 2007) lässt eine Hochrechnung auf rund 1000 Schamlippenstraffungen in Deutschland im Jahr 2005 schließen, wobei der Autor von einer Dunkelziffer unbekannter Größenordnung ausgeht, aufgrund der in diesem Bereich existierenden Tabus. Nach Korczak (2007) belaufen sich die durchschnittlichen Kosten für eine Labienstraffung in Deutschland auf 785 Euro. In einer aktuellen Onlinebefragung des *Schweizer Meinungsforschungsinstitut zehnvier* (2007) an 675 Internetnutzern gaben 1,8 % an, eine Schamlippenverkleinerung in Erwägung zu ziehen. 3,6% hegen die konkrete Absicht eine Schamlippenverkleinerung vornehmen zu lassen.

Von den Anbietern kosmetischer Genitalchirurgie wird den Patientinnen ein verbessertes Selbstwertgefühl, mehr Lebensqualität und besserer Sex durch ein der neuen Intimästhetik entsprechendes Genitale in Aussicht gestellt. Entsprechend wird in den Medien die Behinderung sexueller Befriedigungsmöglichkeiten als Hauptgrund für die Inanspruchnahme einer kosmetischen Genitalchirurgie genannt (Borkenhagen 2008). Die Klientinnen erscheinen in den Medienberichten gleichsam als Opfer ihrer Genitalien – deren nicht

normgerechtes Aussehen – ihnen ein erfülltes Sexualleben verwehrt. Die Anbieter kosmetischer Genitalchirurgie suggerieren, dass bei einem Genitale, das nicht dem neuen Schönheitsideal entspricht, „richtige“ sexuelle Befriedigung letztlich nur über eine chirurgische Veränderung erreichbar ist. Folgendes Zitat aus dem *Cleo Magazine* (NZ 2001, zitiert nach Braun 2005) zeigt dies sehr deutlich: „Feedback from patients suggests their sex lives have improved enormously: Male urologist stated: ‚I’ve known women who are mono-orgasmic to become multiply orgasmic as a result.““

Es ist demnach erst die chirurgische Maßnahme, die den Frauen erlaubt, ihr sexuelles Repertoire zu erweitern und auszuschöpfen. Angesichts der medialen Aufbereitung des Themas wird nachvollziehbar, wie sich aus dem massenmedial verbreitetem Verhalten Einzelner zunehmend eine neue soziale Norm entwickelt, die einen enormen Druck auf Frauen ausüben vermag. Analysiert man die Medienberichte über kosmetische Genitalchirurgie, so zeigt sich, dass kosmetische Genitalchirurgie als probates Mittel dargestellt wird, über die Anpassung an das neue genitale Schönheitsideal mit dem Skalpell zugleich auch eine sexuelle Norm zu erfüllen, denn erst über die Angleichung an die vorherrschende Genitalästhetik werden bestimmte Sexualpraktiken wie Oralsex als kulturell akzeptabel dargestellt.

Kosmetische Genitalchirurgie wird damit für die Nutzerinnen zu einem Weg sich an die „neue“ sexuelle Norm anzupassen und so dem Gefühl des Nichtnormalseins zu entkommen. Hierbei zeigt sich auch die Doppeldeutigkeit kosmetischer Genitalchirurgie: Einerseits impliziert kosmetische Genitalchirurgie Anerkennung und Legitimität der sexuellen Befriedigungsmöglichkeiten von Frauen, da kosmetische Genitalchirurgie explizit das Ziel verfolgt, das weibliche Lustempfinden zu verbessern (Borkenhagen, 2008).

Kosmetische Genitalchirurgie ist dabei Ausdruck einer allgemeinen soziokulturellen Entwicklung hinzu einer „Erotisierung der weiblichen Sexualität“ (Seidman, 1992, 24), die weibliche sexuelle Lust legitimiert: Entsprechend stellt 1996 ein Artikel im *Flare Magazine* mit dem Titel „The Sex Files“ fest, dass „weibliche Befriedigung ein öffentlicher Trend sei“. Allgemein wurde Sex in den vergangenen Jahrzehnten für Männer wie für Frauen bedeutsamer (Weeks, 1985, 7), wobei häufiger, lustvoller, variantenreicher und ekstatischer Sex zum wichtigsten Zeichen persönlichen Glücks und Identität (D’Emilio & Freedman, 1997; Heath, 1982) avanciert. Im Zuge der Bedeutungszunahme von Lust und Befriedigung

werden die körperliche Erlebnisfähigkeit und sexuellen Techniken bedeutsamer (Seidman 1991), gleichzeitig nehmen jedoch Gefühle des sexuellen Unbefriedigenseins zu.

Im Zuge dieser Entwicklung erhält die sexuelle Befriedigung den Status eines unhinterfragbaren Gutes, was die allgemeingültige liberale Sexualrhetorik widerspiegelt, die den aktuellen westlichen Diskurs über Sexualität bestimmt. Weil der Geschlechtsakt vorrangig als Domäne der Befriedigung und Lust konzeptualisiert wird (Seidman 1991), wird sexuelle Befriedigung zum legitimen und verpflichtenden Ziel des befreiten sexuellen Subjekts. Es haben sich kulturelle Erwartungen etabliert, nach denen jedes Individuum das Recht und die Pflicht hat, ein Maximum an sexueller Befriedigung in seinen Beziehungen zu realisieren. Es sind diese kulturellen Rahmenbedingungen, die das Aufkommen kosmetischer Genitalchirurgie als breiten gesellschaftlichen Phänomens befördern und zu einer zunehmend normalen Praktik werden lassen.

Dabei ist das mittels kosmetischer Genitalchirurgie herstellbare weibliche Genitale eines, bei dem die natürliche Verschiedenheit durch die Konformität einer normativen Intimästhetik ersetzt wird. Diese neue weibliche Genitalästhetik ist jedoch weiterhin an den traditionellen Vorstellungen männlicher und weiblicher Sexualität orientiert, bei der Männlichkeit durch Sichtbarkeit eines äußeren Genitales und Größe desselben, Weiblichkeit dagegen durch Verborgenheit (des inneren Genitales) und Abwesenheit symbolisiert wird. Denn trotz der „neuen“ Sichtbarkeit der weiblichen Genitalien dürfen diese nur sichtbar sein, sofern sie gleichzeitig der weiblichen Intimästhetik von Verborgenheit (des inneren Genitales), Jugendlichkeit und Jungfräulichkeit entsprechen.

Die von der kosmetischen Genitalchirurgie etablierte Intimästhetik greift dabei auf die Tradition der Pathologisierung langer und großer innerer Schamlippen zurück, die als Ausdruck ungehemmter weiblicher Sexualität sowie Ausschweifung und Devianz angesehen wurden (vgl. Gilman 1985). Die Risiken kosmetischer Genitalchirurgie bleiben typischerweise in den meisten Medienberichten, den Patientenberichten oder den Berichten von Chirurgen unerwähnt. Stattdessen wird unisono ein überwältigender Zuwachs sexueller Befriedigung konstatiert. Besonders die Verkleinerung der Labien wird häufig als „kleiner Eingriff“ dargestellt. Komplikationen können aber auch hier schwerwiegende Funktions- und Empfindungseinschränkungen zur Folge haben. Zudem liegen keine wissenschaftlichen Daten vor, die nachweisen, dass diese Eingriffe zu anhaltenden



psychischen Verbesserungen führen (Borkenhagen & Kentenich, 2009).

Der medial geschürten Unzufriedenheit von Frauen und Mädchen mit ihren Genitalien kann nur durch eine vermehrte Information und Bewusstseinsbildung bzgl. des vielfältigen Erscheinungsbildes der weiblichen Genitalien entgegengetreten werden. Auch aus einer gesundheitspolitischen Perspektive ist der Trend zu kosmetischen Genitalkorrekturen kritisch zu bewerten. Es steht zu vermuten, dass durch diesen Trend die natürlichen Erscheinungsvarianten der weiblichen Genitalien immer weniger tolerabel erscheinen. Dies könnte den Druck auf das Gesundheitssystem erhöhen, auch vorrangig kosmetisch motivierte Genitalkorrekturen zu finanzieren und somit Ressourcen binden, die für andere medizinisch Aufgaben fehlen.

## Fazit

Daher sollte vor jeglichen chirurgischen Eingriffen im Genitalbereich - insbesondere aber bei Verkleinerungen der Labien – ein ärztliches Gespräch im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung geführt werden. Der Gynäkologe muss hierbei abwägen, ob eine zusätzliche psychologische Einschätzung sinnvoll ist, die besonders indiziert ist, wenn sich Hinweise auf depressive Verstimmungen, Sexualstörungen, Selbstwertstörungen oder Reifungskonflikte finden. Weiterhin sollten bei der Indikation zu einer Labienreduktion die vom *American College of Obstetricians and Gynecologists* gegebenen Empfehlungen berücksichtigt werden:

1. Vor einem solchen Eingriff sollten die Motive für Operation genau abgeklärt werden.
2. Es sollte eine medizinische Indikation (körperlicher Befund) für den Eingriff vorliegen.
3. Die Patientinnen sind darüber aufzuklären, dass bisher keine wissenschaftlichen Daten darüber vorliegen, dass diese Eingriffe zu anhaltenden psychischen oder funktionellen Verbesserungen führen.
4. Über die Risiken der Eingriffe wie Infektionen, veränderte Sensibilität, Dyspareunie, Verwachsungen und Narben muss detailliert aufgeklärt werden.

## Literatur

- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Committee Opinion No. 378, 2007. Vaginal „rejuvenation“ and cosmetic vaginal procedures. *Obstet Gynecol.* 110, 737–738.
- Boddy, J., 2002. Verkörperte Gewalt? Beschneidung, Geschlechterpolitik und kulturelle Ästhetik. In: Duden, Barbara; Noeres, Dorothee (Hg.). *Auf den Spuren des Körpers in einer technologischen Welt.* Leske und Budrich, Opladen.
- Borkenhagen, A., 2008. Designervagina – Enhancement des weiblichen Lustempfindens mittels kosmetischer Chirurgie. Zur sozialen Konstruktion weiblicher kosmetischer Genitalchirurgie. In: Ada Borkenhagen & Elmar Brähler (Hrsg.) *Psychosozial 112: Intimmodifikationen*, 31, 23–30.
- Borkenhagen, A. & Brähler, E., 2008. Die nackte Scham, in: Borkenhagen, A., Brähler, E. (Eds.) *Psychosozial 112: Intimmodifikationen*, 31, 7–12.
- Borkenhagen, A., Kentenich, H., 2009. Labienreduktion – Neuester Trend der kosmetischen Genitalkorrektur – Übersichtsarbeit. *Geburtsh Frauenheilk.* 2009, 69, 1–5.
- Braun, V., 2005. In Search of (Better) Sexual Pleasure: Female Genital ‘Cosmetic’ Surgery. *Sexualities*, 8, 407–424.
- D’Emilio, J., Freedman, E.B., 1997. *Intimate Matter: A History of Sexuality in America*, 2nd edn. Chicago, IL: The University of Chicago Press.
- Dr Sommerstudie, 2006. *Liebe! Körper! Sexualität!* Bauer: München.
- Foucault, M., 1972. *Mikrophysik der Macht. Über Strafjustiz, Psychiatrie und Medizin.* Merve Verlag, Berlin.
- Gilman, S., 1985. *Difference and Pathology.* Ithaca, NY and London: Cornell University Press.
- GfK, Gesellschaft für Konsum- und Marktforschung, 2007. Repräsentativbefragung zum Thema „Körperbehaarung und Attraktivität“. Baierbrunn: Wort & Bild Verlag.
- Heath, S., 1982. *The Sexual Fix.* New York: Schocken Books.
- Heiligen, A., 2005. Zur Pornographisierung des Internets und Wirkung auf die Jugendliche Daten aus Deutschland 1990. *Zeitschrift für Frauenforschung*, 131–140.
- Hoening, V., 2008. Kinderfernsehen: Was ist, was wie wirkt, was sein sollte/könnte Kurzprotokoll/Kernaussagen/Kernbeobachtungen. Online im Internet: <http://www.grimme-institut.de/html/index.php?id=813>. [23.12. 2008].
- Korcak, D., 2005. „Schönheitsoperationen: Daten, Probleme, Rechtsfragen – Abschlussbericht“. Projektnummer 05HS0 20, Auftraggeber: Bundesanstalt für Ernährung und Landwirtschaft, Deichmanns Aue 29, 53179 Bonn, 2005.
- Lehnert, G., 1996. *Mode. Models. Superstars.* Köln: Dumont.
- Liao, L.M., Creighton, S.M., 2007. Requests for cosmetic genitaloplasty: how should healthcare providers respond? *British Medical Journal*, 334, 1090–1092.
- Menkes, S., 2001. Sieg der Schamlosigkeit, *Vogue dt.* Ausg., Januar Heft, 156–161.
- Meyruhn, M., 2008. Marie Stein lässt sich die Vagina verengen. – Schlechter Sex nach Geburt – hier spricht eine Betroffene, *Bild.de.* Online im Internet: [Http://www.bild.de/BILD/unterhaltung/erotik/2008/06/23/vagina-verengen/sex.html](http://www.bild.de/BILD/unterhaltung/erotik/2008/06/23/vagina-verengen/sex.html) [23.06.2008]

- Playboy, 2001. Online im Internet: <http://www.playboy.com/girls/hotmodels/features/waxing-nostalgic/waxing-nostalgic.html> [23.12.2008]
- Ostwald, G., 2005. Intimchirurgie. Delikate Operation. Stern.de. Online im Internet: <http://www.stern.de/wissenschaft/medizin/Intimchirurgie-Delicate-Operation/551712.html>, [19.12.2005].
- Seidman, S., 1991. Romantic Longings: Love in America, 1830–1980. New York: Routledge. Seidman, S., 1992. Embattled Eros: Sexual Politics and Ethics in Contemporary America. New York: Routledge.
- Weeks, J., 1985. Sexuality and its Discontents: Meanings, Myths and Modern Sexualities. London: Routledge & Kegan Paul.
- Zehnvier, 2007. Studie Schönheit und Schönheitschirurgie 2007 – Ergebnisbericht für Deutschland. Online im Internet: [http://www.zehnvier.ch/data/1210268637\\_Schoenheit\\_Deutschland.pdf](http://www.zehnvier.ch/data/1210268637_Schoenheit_Deutschland.pdf) [12.01.2009].

#### Adresse der Autorinnen

Dr. Ada Borkenhagen, DRK Kliniken Berlin, Westend, Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Spandauer Damm 130, 14050 Berlin, sowie Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universität Leipzig, mail: [Dr.Borkenhagen@web.de](mailto:Dr.Borkenhagen@web.de)  
 Prof. Dr. Heribert Kentenich, DRK Kliniken Berlin | Westend, Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Spandauer Damm 130, 14050 Berlin



Ulrike Helmer (Hg.), **Muschiland**. Exkursionen in eine kulturelle Intimzone

ISBN 978-3-89741-271-2, Paperback, ca. 150 Seiten, 12,90 € / 24,00 Sfr

Erscheint: August 2009

Unsere Zeit hält für das weibliche Geschlecht allerlei bereit: Designervaginas, die für jugendliche Optik sorgen, Vulva-Parfüms, Schamlippen-Piercings, Delfin-Dildos und himmelblaue Tamponwerbung. Andererseits aber auch Genitalbeschneidungen und Hymen-OPs zur Wiederherstellung ewiger Jungfräulichkeit. Wie schon lange nicht mehr oszilliert das Geschlecht zwischen Huren- und Heiligtum, zwischen Selbst- und Fremdbestimmung.

Spätestens seit Charlotte Roches »Feuchtgebieten« und dem vorausgegangenen Erfolg der Vagina-Monologe tobt offenbar der Sturm auf die kulturelle Intimzone. Tabubruch ist angesagt. Den wohl letzten Schritt tat Rapperin Lady Bitch Ray, als sie das Wort »Fotze« in der Harald-Schmidt-Show etablierte und ein Döschen Vaginasekret als Gastgeschenk überreichte.

Ist diese Entwicklung als eine Befreiung zu sehen oder erblicken wir hier bloß eine weitere (Selbst)Vermarktung weiblicher Körperlichkeit? Ist es nicht immerhin ein Schritt, mit beherrzten Wortbesetzungen jenes Namenlose auf den Begriff zu bringen, für das wir ohnehin nur hilflose Vokabeln haben? Die Wendung diskriminierender Begriffe hat eine lange Tradition in der Frauen- wie der Lesben- und Schwulenbewegung.

Weitere historische Parallelen drängen sich auf: »Mein Bauch gehört mir!«, stellte die Frauenbewegung der frühen Siebziger klar. Dass jeder Frau ihre Vulva gehört, dass sie ein Selbstbestimmungsrecht auch über diesen Teil ihres Körpers besitzt, ist bis heute in weiten Teilen der Welt alles andere als selbstverständlich.

Und das bei einer langen kulturgeschichtlichen Tradition, in der das Geschlecht der Frauen als Symbol göttlicher Fülle, als Gral der Fruchtbarkeit und Lebenskraft galt – die Künstlerin Judith Chicago feierte dies in ihrer berühmten »Dinner Party«.

Ulrike Helmer hat Journalistinnen und Wissenschaftlerinnen eingeladen, zu diesem Band über die Geschichte und Gegenwart der Vulva und deren Symbolkraft beizutragen und damit über das weibliche Geschlecht zwischen Tabu und Profanisierung zu reflektieren. Hierbei spannt sich der Bogen vom Mythos über Kunst und Medien hin zur Politik.

# Prostatakrebs – Frühe Diagnose rettet Leben

Friedrich W. Zimmermann

## Prostate Cancer – Early Diagnosis Saves Lives

### Abstract

I managed to ignore my prostate throughout almost 40 years of sexual activity. Actually, I had no idea what a prostate was good for, anyhow. Among my male friends we made jokes about impotent old men to emphasize our own virility. In my family such topics were taboo. I gave my prostate a serious thought only when I was confronted with the urologist's diagnosis of prostate cancer. My second question concerned my so-called masculinity: whether, after removal of the prostate, is sexual activity still possible? The first question was, of course, the chances of a cure for this cancer.

To my surprise, three months after the total removal of my prostate, I re-discovered my libido. Instead of the weekly routine of sexual intercourse there came a new desire to explore feelings of tenderness not focussed merely on the act of penetration. With the loss of my prostate came a different kind of lust.

The operation to remove my prostate turned out to be not the end but the beginning of a new and immensely satisfying sexual relationship.

*Keywords:* Prostate cancer, sexual relationship, different kind of lust

### Zusammenfassung

In den fast 40 Jahren sexueller Aktivität hatte ich mir keinen Kopf gemacht, wozu eine Prostata überhaupt gut ist. Unter Freunden spotteten wir darüber, um uns von den alten, vermeintlich impotenten Männern abzugrenzen; in der Familie war das Thema tabu.

Eine ernsthafte Betrachtung dieser Vorsteherdrüse begann erst, als mich der Urologe mit der Diagnose Prostatakarzinom konfrontierte. Gleich meine zweite Frage war die nach der so genannten Männlichkeit: Ob nach der Entfernung der Prostata eine sexuelle Betätigung überhaupt noch möglich sei? Die erste Frage galt natürlich den Heilungschancen bei diesem Krebs.

Nach der totalen Entfernung der Prostata entdeckte ich die Libido neu. Die sonstige Routine sexueller Aktivitäten wich einer intensiven Lust nach Zärtlichkeit und

Befriedigung. Mit dem Verlust der Prostata entdeckte ich eine andere Lust. Dieser Eingriff war nicht das Ende, sondern der Beginn einer neuen und lustvollen Beziehung.

*Schlüsselworte:* Prostatakrebs, sexuelle Beziehung, neue Form sexuellen Lusterlebens

Über Sex will ich schon seit meiner Pubertät schreiben. Erste Versuche habe ich in meinen frühen Tagebuchaufzeichnungen entdeckt. Damals waren es neue, unbekannte Gefühle. Freischreiben wollte ich mich.

Später dann, Texte über mein Liebesleben, mit gelegentlich wechselnden Partnern und endlich in der Ehe, all das wären nur triviale Auflistungen eines Max Mustermann gewesen. Hausmannskost mit gelegentlichen Ausreißern, nichts besonderes.

Jetzt aber, fünfzig Jahre später, verspüre ich den gleichen Wunsch. Was ist passiert? Fünf Jahrzehnte Abstinenz – sicherlich nicht. Endlich die Traumprinzessin kennen gelernt – auch nicht. Dennoch, ich will über den Anfang einer neuen Lust schreiben. Endlich habe ich etwas zu sagen. Was ist passiert?

Der Auslöser für diesen Schritt war schmerzhaft. Radikale Entfernung der Prostata nach der Diagnose Krebs. Immer noch ein Tabuthema. Kein Promi redet gern darüber, schon gar nicht öffentlich. Man(n) wird schon mal in der Boulevardpresse verpetzt. Angst und Scham, Ignoranz oder Vorurteile verhindern oft die lebensrettende Krebsuntersuchung.

Wir sollten froh sein, dass es Früherkennungsindikatoren für Prostatakrebs gibt.

## Die Fakten (I)

1998 hat das Prostatakarzinom in Deutschland den Lungenkrebs als häufigsten bösartigen Tumor bei Männern abgelöst. 2002 stand es mit 22,3% (etwa 48.650 Fälle) an der Spitze der Krebsneuerkrankungen, noch vor Darmkrebs (16,3%, ca. 35.600 Fälle) und Lungenkrebs (14,9%, ca. 32.550 Fälle). Die Neuerkrankungsrate (Inzidenz, standardisiert) betrug etwa 98 je 100.000 Männer.

Unter den bei Männern zum Tode führenden Krebserkrankungen lag das Prostatakarzinom hingegen mit 10,4% (etwa 11.400 Fälle) nur an dritter Stelle, nach Lungenkrebs (26,3%) und Darmkrebs (12,8%). Die Sterberate (Mortalität, standardisiert) betrug etwa 24 je 100.000 Männer. Quelle: <http://www.prostatakrebs-bps.de/>)

## Entmythologisierung

Ich habe einen Angriff auf meine Männlichkeit überstanden. Diese Aussage ist Quatsch, provozierend und falsch.

Das Klischee von Männlichkeit und Sex möchte ich ad absurdum führen. Begriffe, die oft synonym verwendet werden. Das Geschäft mit den Versagensängsten im Beruf und Bett spült viel Geld in die Kassen der Pharmaindustrie. Den Mythos vom allzeit potenten Mann möchte ich aus Erfahrung entzaubern. Ich kann darüber reden, ich muss darüber schreiben.

Meine These: Kein Ende der Lust, sondern ein Neubeginn. Neubeginn heißt wirklich neu, nicht etwa, dass es nach einer Zwangspause im Krankenhaus und Anschlussheilbehandlung so weiter geht wie gewohnt. Ich sage, das Sexualleben bekommt eine neue Qualität, eine andere Bedeutung.

## Vorgeschichte

Hin und wieder sollte man auf väterliche Freunde hören, wenn sie mit guten Ratschlägen und Erfahrungen daher kommen. Bei mir begann das Abenteuer in einer Personalversammlung in Johannesburg. John verkündete aus heiterem Himmel, dass sein Urologe bei ihm Prostatakrebs diagnostiziert habe. Schweigen, Schockstarre, Räuspern, Stottern beim Institutsleiter, der als erster meinte etwas sagen zu müssen. John unterbrach ihn und schaute uns an: „Jeder von uns hat schon davon gehört, keiner redet bei uns offen darüber. Ich will mich den Fragen stellen. In vier Wochen werde ich operiert.“

Auch ich verlasse schockiert die Sitzung. Mein Mentor und Freund John ist ein gut aussehender Mittsechziger, seine Frau eine liebenswürdige Gastgeberin, sehr attraktiv und mindestens 15 Jahre jünger. Ich er tappe mich bei dem Gedanken, für ihn und seine Partnerin müsse wohl jetzt eine Welt zusammenbrechen.

Nach der Operation – Entfernung der Prostata – sitze ich an seinem Bett im Krankenhaus. Er erzählt

mir, dass die Ärzte zufrieden seien. Alles okay. Zum ersten Mal erfahre ich von ihm etwas über das so genannten prostata-spezifische Antigen und den danach benannte, standardisierten PSA-Wert. „Wenn ich hier raus bin, dann melde ich dich bei meinem Urologen an. Ich möchte deinen PSA-Wert wissen.“ Ich war damals 57 Jahre alt.

John tut was er sagt; er ist beliebt bei seinen Kollegen und Studenten. Gerade wegen seiner Offenheit.

## Fakten (II)

Gesamt-PSA (t-PSA) und Schwellenwert. Das prostata-spezifische Antigen (PSA). Zur Bestimmung des Gesamt-PSA-Serumspiegels stehen verschiedene Testsysteme zur Verfügung. Die Ergebnisse werden meistens in ng/ml angegeben (ng = Nanogramm = Milliardstel Gramm, ml = Milliliter = tausendstel Liter). Sie sind jedoch nur dann direkt miteinander vergleichbar, wenn das gleiche Testsystem verwendet wurde. Die untere Nachweisbarkeitsgrenze beträgt normalerweise 0,1ng/ml.

### Altersabhängiges Gesamt-PSA

Weil sich die Prostata mit dem Alter oft vergrößert (benigne Prostatahyperplasie, s. Häufigkeit des BPS) und der PSA-Serumspiegel somit meist steigt, wurden folgende altersabhängige Schwellenwerte für das Gesamt-PSA veröffentlicht:

40–49 Jahre: 2,5ng/ml

50–59 Jahre: 3,5ng/ml

60–69 Jahre: 4,5ng/ml

70–79 Jahre: 6,5ng/ml

Weil nur Prostatazellen PSA herstellen können, ist es Prostata-spezifisch (daher der Name) und markiert sein Herkunftsorgan; man bezeichnet es deshalb als Organmarker für die Prostata. Doch auch die bösartigen Zellen eines Prostatakarzinoms bilden PSA, im Falle von Metastasen (Tochtergeschwülste) selbst außerhalb der Prostata.

Da die PSA-Bildungsrate von Karzinomzellen erheblich (bis zu 10mal) größer ist als die normaler Prostatazellen, eignet sich das PSA auch gut als Tumormarker: Zwar schließt ein niedriger Serumspiegel ein Prostatakarzinom nicht aus, jedoch steigt mit dem Spiegel das Risiko, dass ein Karzinom vorhanden ist. Das Prostata-spezifische Antigen (PSA) ist ein Protein (Eiweiß), das von den Prostatadrüsen gebildet wird. Es gelangt mit dem Prostatasekret in den Samen und

verflüssigt ihn nach der Ejakulation. Diese biochemische Reaktion zu ermöglichen, ist die Aufgabe des PSA. Somit handelt es sich um ein normales Enzym (Ferment) des gesunden Mannes. Quelle: <http://www.prostatakrebs-bps.de/>

## Nach dem Erschrecken

Mein erster PSA-Test mit 57 Jahren zeigt 1,5 ng/ml auf der nach oben offenen Skala. Ich nehme das Ergebnis entspannt entgegen, das Ergebnis liegt im grünen Bereich, bei 4 plus wird's kritisch. Doch John gibt keine Entwarnung: „Du musst regelmäßig den Wert bestimmen lassen, wenigstens einmal im Jahr.“ Ich verspreche es.

Wieder in Deutschland lasse ich einmal im Jahr den PSA-Wert bestimmen. Zehn Jahre lang. Der Wert steigt linear in kleinen Schritten. Bei 5,4 ng/ml wird mein Hausarzt energisch. Er lässt keine Ausreden mehr gelten. Er überweist mich an einen Urologen. Die Prostata-Biopsie zeigt: 12 Stanzungen sind positiv, d.h. Krebs.

Ich bin von der Nachricht erschüttert. Bislang hat es immer die anderen getroffen. Angst. Mein Leben ist bedroht. Drei Monate später bekomme ich einen OP-Termin. Noch scheint das Karzinom nicht nachweislich zu streuen.

Die Operation verläuft ohne Komplikationen. Der Oberarzt kommt zu mir ans Krankenbett und tröstet mich: „Der rechte Nerv war vom Tumor noch nicht angegriffen. Den konnte ich erhalten.“ Was diese Nachricht letztlich bedeutet, ist mir spontan nicht klar. Ich möchte lieber genau wissen, ob er die Krebstumore radikal entfernen konnte. Er vertröstet mich für drei Tage, bis das Ergebnis aus dem Labor vorliegt.

Nach Bauchschnitt und Verschlauchung, Katheter und Infusion, denke ich noch nicht an die möglichen Folgen. Potenz oder Impotenz sind im Krankenhausbett kein Thema. Über Kontinenz oder Inkontinenz reden wir immer.

## Bad Wildungen

Wir kennen das Klischee vom typischen Macho. Selbst bei gutem Willen bin ich nicht ganz frei von diesem Vorurteil. Auch in den Reha-Kliniken gockeln Patienten herum. Der Bauchschnitt heilt, der Schmerz lässt nach. Wir genießen, weil wir überlebt haben, dem Krebsstod erst einmal von der Schippe gesprungen sind.

Und wir müssen uns dann mit dem I-Wort beschäftigen. Impotenz.

Zu den Anschlussheilbehandlungen gehören praktische Übungen und Vorträge. „Aktive Sexualität ohne Prostata.“ Einige der Patienten bringen ihre Frauen mit. Der Urologe erklärt die neue Situation wissenschaftlich, die medizinischen Begriffe sind eingedeutscht. Verständlich, keine Tabus mehr. Er geht alle möglichen Varianten durch. Sex ohne und mit Hilfsmitteln. Er redet darüber, wie wichtig das Liebesleben ist. Jetzt in dieser Situation besonders. Verständnis ist der Schlüssel. Ehefrauen, Partnerinnen und Freundinnen müssten mit einbezogen werden zur Überwindung der Potenzprobleme. Wer die Zusammenhänge versteht, der begreift auch die Schwierigkeiten.

Die Folien auf dem Overhead-Projektor wechseln. Die Betroffenen fühlen sich angesprochen. Der Arzt geht davon aus, dass jeder seinen Befund kennt. „Wer nicht?“ Das klingt wie eine rhetorische Frage. Doch da melden sich Stimmen, die ihren Befund nie gesehen haben, nicht wissen, zu welcher Kategorie sie gehören. Ob mögliche Kandidaten für Vakuum-Pumpe, Direkt-Injektionen, für gelbe und blaue Pillen? Sie werden aufgefordert, ihren Krankenhausbericht genau zu lesen und sich diesen notfalls in der Sprechstunde von ihm erklären zu lassen.

Ein Kandidat im modischen Jogginganzug meldet sich zu Wort. Das sei zwar alles interessant, aber er habe auch nach der OP keinerlei Potenzprobleme. Dr. U. will mehr wissen. Ihm, dem Mann im Joggingdress, seien beide Nervenstränge mit entfernt worden. Eine Nerven schonende OP sei nicht mehr möglich gewesen. Trotzdem, tönt der Patient in den Raum, mit der Potenz habe er keine Probleme.

„Wirklich“, fragt der Arzt nach. Ein unmissverständliches Na-Klar kommt zurück. Die Spannung steigt im Raum. Wie ist das möglich nach den gehörten Erklärungen der Schulmedizin? „Nun“, – Pause, Doktor denkt – „auch in der Medizin gibt es gelegentlich Wunder.“ Ich kann mich nicht erinnern, ob jemand im Saal gelacht hat.

Ein Jahr später, zweite Anschlussheilbehandlung in Plau, ich habe einen Tischnachbarn, der in dieser kleinen Runde mit seiner Potenz protzt. Ihn störe nur sein künstlicher Blasenaustritt. Mit der Prostata habe man ihm auch die Blase entfernen müssen. Aber, Viagra oder Levitra brauche er nicht, denn beim Sex habe sich bei ihm nichts geändert.

Ob diesen Herren ihr Macho-Verhalten wirklich bewusst ist? Vielleicht ist es ja etwas anderes. Sie haben in jedem Falle ein zusätzliches Problem, nicht nur mit ihrer vermeintlichen Impotenz.

So sehe ich das.

Viagra<sup>®</sup>, Levitra<sup>®</sup>, Cialis<sup>®</sup> werden als Luxusdrogen in den Medien verspottet. Entsprechend schlecht ist ihr Ruf. Als Medikament wird es in der Öffentlichkeit selten oder überhaupt nicht wahrgenommen. An diesem „schlechten Ruf“ sind die Pharmakonzerne interessiert. Sie fördern das Image, denn gerade dieses spült viel Geld in die Kassen. Die Vermarktung als Potenzpille bringt letztlich mehr Profit als der Hinweis in der Werbung auf die pharmakologische Wirkung bei Erektile Dysfunktion nach einer Prostata-OP.

Aus der so genannten Luxusdroge wird ein Medikament. Der Unterschied liegt in der Wahrnehmung.

Sie alle trifft der Schock, wenn der Urologe im Krankenhaus oder später in der Reha-Klinik dem frisch Operierten die „Hamburger Methode“ als Therapieempfehlung mit auf den Weg gibt. Für das Rezept zahlt der Patient in der Apotheke mindestens 44 Euro für die kleinste Packungsgröße. Das sind 4 Stück à 25 mg. Die Preisabsprache unter den drei den Markt beherrschenden Herstellern führt zu einem Einheitspreis von 5,50–6,00 Euro pro 10 mg. Der Schock trifft voll, wenn der Arzt auch noch erklärt, dass keine (!) Krankenkasse die Verschreibung erstattet.

Eine Viagra-Pille (25 mg) am Anfang, jede zweite Nacht, wenn die Wunden noch heilen, das geht ins Geld. Die anfängliche Euphorie, bald wieder ein normales Leben ohne Krebs führen zu können, weicht zunehmend dem Frust, wenn man wieder ein neues Rezept braucht und dem Apotheker an der Kasse die großen Scheine rüber reicht.

Auch habe ich schon mal mit dem Gedanken gespielt, die Billigangebote aus dem Internet zu testen. Achtung! Mein Urologe warnt eindringlich, dieser Versuchung nicht nachzugeben. Im günstigsten Falle würde ich Placebos erwischen. Fälschungen aus Indien oder China. Gefährlicher sind die Pillen, die einen unbekanntes Wirkstoff enthalten, der die neu erworbene

Gesundheit sogar nachhaltig schädigt. Finger weg!

Also habe ich begonnen bei anderen Ausgaben zu sparen. Für 165,- Euro habe ich mir eine große Packung Viagra gegönnt. Das war vor meiner Bekanntschaft mit dem Konkurrenzprodukt Levitra<sup>®</sup> von Bayer. Dieses Mittel gefällt mir inzwischen besser. Die ziemlich umständliche Viertelung der rautenförmigen Viagra-Tablette fällt weg. Der Kopfschmerz auch. Ob die nachgesagte Blaufärbung der visuellen Wahrnehmung auch bei mir spürbar ist, kann ich nicht bestätigen. Nachts sind alle Katzen blau.

Spitzfindige Beobachtungen über die unterschiedliche Wirkung (z.B. Intensität, Ausdauer, Härte) kann ich nicht beschreiben. Ich bin kein Proband in einer medizinischen Testreihe. Es gibt sicherlich authentische, klinische Untersuchungen, die ich allerdings nicht kenne.

Ich weiß, dass sexuelle Stimulation im Kopf passiert, der vermeintliche Zwang zum „GV“ zu vorgeschriebener Stunde fällt weg. So sehe ich quasi die Einnahme der Pille schon mal als teure Prophylaxe, zumal sie keine Nebenwirkungen bei mir zeigt.

## Besuch in Brüssel

Nach der ersten Reha (Anschlussheilbehandlung) in Bad Wildungen fliege ich mal kurz entschlossen nach Brüssel. Mein Freund Tony hat Anspruch darauf zu erfahren, wie es mir nach der OP geht. Die Gespräche drehen sich hauptsächlich um die Operation und die Folgen. Das Monster Krebs scheint besiegt. Das sagen die Ärzte, nicht ganz so drastisch, aber ich höre es so heraus, will es so verstehen.

Tony möchte es genau wissen, quasi aus erster Hand, wie ich mit den beiden I-Wörtern umgehe. Ob Inkontinenz und Impotenz mich im Alltag einschränken oder ich gar darunter leide. Tony hält mich für kompetent. Dennoch ist er nicht frei von den billigen Witzchen vieler Kabarettisten und Comedy-Schwätzern; ihr I-Wort ist Inkompetenz.

Das Thema Kontinenz ist schnell abgehakt. Durch Beckenbodengymnastik bin ich wieder trocken – fast. Ich muss weiter üben und irgendwann werde ich auch wieder ohne Vorlagen-Depot verreisen können. (Diese Hoffnung hat sich bei Drucklegung dieser Zeilen längst erfüllt.)

Und wie ist es mit der Potenz? So wie alle „richtigen“ Männer will er vor allem wissen, ob es mit dem Sex auch wieder klappt.

Mein schnelles Ja, vielleicht ein wenig trotzig herausgetönt, irritiert mich selbst mehr als ihn. „Na klar,

**Tab. 1** Preise der einzelnen Medikamente zusammengestellt (Stand März 2009)

Quelle: <http://www.impotenz-selbsthilfe.de/faq/bezugsquelle.html>

Handelsname	Wirkstoff	Dosis	4 Stück	8 Stück	12 Stück	28 Stück
Cialis <sup>®</sup>	Tadalafil	5 mg	-	-	-	€ 129,95
		10 mg	€ 59,95	-	-	-
		20 mg	€ 62,99	€ 133,99	€ 167,99	-
Levitra <sup>®</sup>	Vardenafil	5 mg	€ 46,16	€ 82,05	€ 123,11	-
		10 mg	€ 51,29	€ 102,58	€ 133,36	-
		20 mg	€ 60,98	€ 119,98	€ 164,98	-
Viagra <sup>®</sup>	Sildenafil	25 mg	€ 44,11	-	-	-
		50 mg	€ 46,16	-	€ 125,78	-
		100 mg	€ 60,32	-	€ 164,12	-

geht!“ Doch merken wir bald, dass wir erst einmal die Begriffe klären müssen.

Mit der Prostata hat mir der Chirurg nicht auch die Libido raus geschnitten. Mein sexuelles Verlangen und Lustempfinden sind mir geblieben, so wie früher. Nein – nicht wie vorher, sondern mein Verlangen ist stärker, drängender als zuvor. Der Wunsch nach Zärtlichkeit und Erotik überkommt mich häufiger. „Und dann?“ „Und dann kommt die Erektion.“ Und dann, und dann? Wie das letztlich endet, wissen wir doch, oder? „Also, gibt es keine Einschränkungen?“

Doch, die gibt es. Die Potenz, die Erektion, die Gliedsteife muss ebenso trainiert werden wie die Kontrolle des Blasenschließmuskels.

Ich erzähle Tony von der „Hamburger Methode“ – auch Kieler Konzept genannt): Wenn nur noch ein Nervenstrang verblieben ist (bei Nerv erhaltender OP generell), werden die Schwellkörper schlecht durchblutet. Der Penis muss aber auch in der Nacht, während des Schlafs versorgt werden. Wenn nicht, könnte eine Degeneration (wie beim Muskelschwund – ein besseres Bild fällt mir nicht ein) die Folge sein. Wir kennen das Phänomen und nennen es umgangssprachlich „Morgenlatte“. Deshalb verschreibt der Urologe gleich nach der OP, spätestens während der Reha, möglichst alle zwei Tage 25mg Viagra für die Nacht.

## Traum

Ihre Konturen sind nur schwach zu erkennen. Streulicht überall. Auffällig der rote Haarschopf. Ich spüre ihre Nähe, fühle ihre Brüste, es sind die schönsten, die ich kenne.

Sie dreht sich auf die Seite. Ich greife nach ihrem Rücken, streichle ihren Po. Der leuchtend rote Eingang zum Paradies wölbt sich mir entgegen. Mein Glied ist steif. Ich will sie glücklich machen. Und auch mich.

Erinnerungen an eine Zwischenwelt, an einen Traum. Ich wache mit einem festen, erigierten Penis auf. Zum ersten Mal nach der OP habe ich einen erotischen Traum. Dieses aufrechte, steife Glied, so wie in meiner Jugend, erscheint mir wie ein Wunder. Plötzlich bin ich hellwach. Wie kann das sein? Ohne Viagra, im Traum, alleine im Bett. Nach der Entfernung der Prostata kehrt die Potenz zurück. Nicht langsam, sondern mit einem Ruck.

In der Nacht, nach dem Essen, wohl in einer frühen Morgenstunde, habe ich diesen Sextraum, den wir als Jugendliche „feuchten Traum“ nannten. In diesem Fall war es ein „trockener“ Traum. Ich wache auf, bin

allein im Bett mit meinem erigierten Penis. Erstaunlich steif. Traum und Erektion sind so intensiv, dass ich mich selbst befriedigen will, um den Orgasmus herbeizuführen. Geht das? Ja, es geht. Nur dauert diese Aktion etwas länger.

Die Nerven an der Penisspitze (Eichel) sind ja weiter intakt, nicht vom Chirurgenkalpell gekappt. Erst später erfahre ich, dass eine perfekte Erektion nicht unbedingt die Voraussetzung für einen Orgasmus ist.

Welche Bedeutung hat diese erste Selbstbefriedigung nach der OP? Ich wundere mich, dass es geht! Wenn ES geht, wenn ich selber Hand anlege, dann muss es auch gehen, wenn Paula Hand anlegt. Dann kann ich das „Selbst“ weglassen, ihre zarte Hand schafft die schönere Befriedigung – mit ausgeprägtem Fingerspitzengefühl.

Tony ist ein guter Koch. Seine Spezialität sind exotische Gerichte. Er hat viele Jahre in Indonesien und Papua-Neuguinea gearbeitet. Sein Rindfleisch-Stew ist exzellent – vor allem scharf. An die ostasiatische Gewürzmischung werde ich mich lange erinnern. Dieses Traumerlebnis gibt mir am Morgen zu Denken. Allerdings frage ich nicht gleich nach dem Gewürzmix, denn ich vermute in einer der Substanzen den extremen Durchblutungseffekt.

Wir reden nicht gleich über mein nächtliches Abenteuer. Zu einem späteren Zeitpunkt erkläre ich Tony mein nächtliches Tun in seinem Bett. Er reagiert biblisch: „Schwager Onan konnte damals noch keine Prostata-OP vorschützen.“ Tonys Humor möchte ich haben.

## Fakten (III)

Die für den Orgasmus zuständigen Nerven laufen von der Penisspitze durch den Beckenboden durch und werden bei der OP nicht tangiert. Eine Manipulation der Penisspitze reizt die Orgasmuskerven und es kommt zum Orgasmus, der allerdings im Gegensatz zu früher sich auf einen rein nervlichen Orgasmus reduziert, weil Ejakulation, Erektion und die Kontraktion der Prostata fehlen.

Daher sind alle Operierten im Normalfall auch orgasmusfähig; selbstverständlich auch durch Selbstbefriedigung. Sie müssen nur etwas mehr Geduld aufbringen, weil es meist etwas länger dauert als früher. (Nach: Hansjörg Burger, Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Rhein-Neckar e.V.)

## Rheinsberg Reha-Klinik

Das Zimmer 179 ist behinderten-gerecht. Dort wo sonst der Rollstuhl abgestellt wird, steht jetzt eine Klappliege. Einzelzimmer mit Aufbettung heißt das bei der Buchung. Der Bettkasten für Paula ist etwa 90 cm schmal, eingebaut zwischen Zimmerwand und Schreibtisch. Nicht gerade einladend für ein zärtliches Nebeneinander und gemeinsames Einschlafen. Spartanisch und lustfeindlich. Mich erinnert das Zimmer an meine Bude im Studentenwohnheim – vor 40 Jahren.

Heute bin ich im Ruhestand, Rentner, Pensionär, also über 65 Jahre alt. Doch der Vergleich mit der Studentenbude spült Erinnerungen hoch. Damals bestimmten Lust und Frust, starkes sexuelles Verlangen die Zeit vor dem Einschlafen. Der Besuch der Freundin beschränkte sich auf seltene Gelegenheiten. Immer war da die Herausforderung und das schlechte Gewissen und die Angst vor der Schwangerschaft. Und da das Bett für zwei Liebende und danach Schlafende viel zu eng war, halfen wir Studenten uns mit Luftmatratzen, die für diese besonderen Fälle unter dem Bett (hinter den Koffern) versteckt waren.

Diese Erinnerung an die Jahre grenzenloser Potenz und selten glücklicher Liebesnächte verbinde ich mit dem Blick auf den Bettkasten in der Reha-Klinik, nicht etwa mit der Frau an meiner Seite. Heute bin ich richtig glücklich. Sie ist viel aufregender und wesentlich attraktiver als meine jungen Kommilitoninnen von damals. Die Schönheit liegt im Auge des Betrachters. (Dieser triviale Spruch verklärt die heutige Wahrnehmung.) Dagegen ist die frühere Aufgeregtheit einer prickelnden Gelassenheit gewichen. Es gibt viele Auslöser, spielerische Lust kann zu sexuellem Verlangen werden. Früher, in der Jugend und in der so genannten Mitte des Lebens, erinnere ich mich, war es meistens umgekehrt. Erst war das Verlangen, Zeit für Spiele war äußerst selten. Man kam gleich zu Sache.

„Freddy, kannst Du mir mal den Rücken eincremen?“ Paula fragt's, nachdem wir aus dem Swimming Pool zurück ins Zimmer kommen. Körperpflege für die durch das Chlor gereizte Haut. „Na klar, kann ich!“ Paula holt die Flasche mit der Lotion aus dem Badezimmer. Ich helfe ihr aus dem Bademantel. Welch ein schöner Rücken. Die Luft vibriert, wir senden und empfangen auf der gleichen Wellenlänge.

Als ich aus dem Bad zurückkomme liegt sie bereits auf dem Bett. Rücken, Po und Beine warten auf die Massage. Die Haut ist warm. Die Lotion ist kalt. Rück-sichts-voll (!) verreise ich die Creme in den Handflächen bis die Temperatur stimmt. Jeder kennt das wohlige Gefühl einer Massage: Hals, Schultern,

Wirbelsäule, Rippenbogen, rauf und runter. Dann der Po. Gierig saugt die weiche, trockene Haut die Lotion auf. Die kreisenden Handbewegungen werden zärtlicher. Merklich – für mich, den Masseur – ändert sich die Spannung der Gesäßmuskeln. Die Rundungen werden fester, wölben sich den Handflächen entgegen.

Der Übergang zum Oberschenkel verlangt volle Konzentration. Die erogenen Zonen berühre ich mit meinem Massagegriff nur beiläufig. Noch nicht! Oberschenkel, Waden, Füße, auch sie wollen mit der Hautcreme verwöhnt werden.

„Bitte umdrehen!“ Nach dieser leisen Aufforderung legt sich Paula auf den Rücken. Mehr Lotion zwischen meine Handflächen, aus den kräftigen Massagebewegungen wird ein Streicheln, ein zärtliches Auftragen der cremigen Flüssigkeit auf die auch nach der Dusche noch nach Chlor riechende Haut. Hals, Schultern Busen, Bauch, Hüften, Oberschenkel, Schienbeine, Füße. Spätestens beim neuerlichen Verreiben der Creme an den Innenseiten der Oberschenkel wird aus der Massage ein erotisches Vorspiel.

Unübersehbar stehen die Brustwarzen (welch schreckliches Wort für so schöne Körpermerkmale) in leuchtendem Rot. Sie verlangen nach einem kurzen, flüchtigen Kuss von mir. Die anfängliche Massage ist längst dem Streicheln gewichen und in sexuelle Stimulation übergegangen.

Deutlich spürbar der Beginn meiner Erektion. Bis zu diesem Zeitpunkt scheint alles normal zu verlaufen. Wie das Liebespiel weitergeht und endet, muss ich nicht weiter beschreiben. Der Fantasie des Lesers sind keine Grenzen gesetzt. Kann aber Lust und sexuelle Befriedigung überhaupt normal sein? Jeder lustvolle Höhepunkt ist einmalig. Ein Orgasmus ist immer wieder neu; keiner ist so wie der vorherige.

Dennoch will ich hier den Unterschied beschreiben. Kann ein Mann ohne Prostata, nach einer Krebs-Operation, genau so weitermachen? So tun, als sei alles normal? Nein, es gibt nicht nur den so genannten gefühlten Unterschied, sondern auch einen objektiven.

Das spontane Liebespiel ist kein Problem. Die frühere Angst des Jünglings, oder späteren Mannes, man müsse möglichst schnell „zur Sache“ kommen, die Gunst der Stunde „nutzen“, ist vergessen. Weitermachen, nur keine Unterbrechung, die Erregung könnte nachlassen, gar verpuffen. Schnell, schnell – das alles gilt nicht mehr. Gelassenheit kann ich heute nicht nur buchstabieren.

Der Gang ins Badezimmer, zur Toilette, wird zur Selbstverständlichkeit. Die Verkleinerung der Blase nach der OP, der fehlende zweite Schließmuskel, der den Urinabgang kontrolliert – die Entfernung der Prostata war keine Schönheitsoperation. Die Folgen



für Liebe und Lust, Potenz und Kontinenz, sind gegenwärtig, nicht aber vordergründig. Unbewusst, eingeschliffen in das Lustzentrum, höre ich den Befehl: Blase leeren, Hände waschen, Handtuch nehmen.

## Kurzer Einschub zur Hygiene

Körperpflege: Blase leeren. Wenn die Inkontinenz auch überwunden ist, es tröpfelt gelegentlich in die Unterhose und wenn das nicht sauber gehalten wird, dann sind empfindliche Nasen irritiert. Spontane Lust ist möglich. Dennoch sind die Vorbereitungen jetzt andere. Ja, auch hier – Vorbereitungen. Körperpflege, rundum, so wie sonst auch. Nicht nur „unten rum“, und Zähneputzen, auch die Hände werden gründlich gereinigt, nicht nur gewaschen, weil mehr als sonst die Finger ins Spiel kommen.

So wie wir Männer das Hand- und Zungenspiel genießen, weil die Reizung der Nerven an der Penisspitze zum Orgasmus führen, so freut es jede Partnerin gleichermaßen, wenn wir ihre Nerven an den Stellen reizen, wo ihre Orgasmusnerven „blank liegen“. Die sensiblen Punkte der Frau möchten gleichermaßen manuell gereizt werden. Allerdings: Sie vertragen keine Alltagshand. Sauberkeit ist das Gebot der Stunde. (Die Unterbrechung des Vorspiels ist zeitlich kürzer als der Versuch, die Zäsur hier zu beschreiben.)

Doch zurück zu der Liegenden, Liebenden, Erwartenden, erregten Paula. Für sie ist die kurze Unterbrechung keine Überraschung. Sie weiß Bescheid. Nicht „Ernüchterung“ tritt ein, sondern eine zusätzliche Spannungskurve. Wie machen wir es heute? Wie stark ist seine Erektion?

Die gegenseitigen Liebkosungen bedecken die Körper – von Kopf bis Fuß. Die äußeren Merkmale der sexuellen Erregung sind handgreiflich – schön. Die Erektion ist nicht nur fühlbar, sondern auch spürbar. Spontane Lust, ein unvorhersehbares Ereignis.

Der Versuch, mit einer der Potenzpillen kurzfristig nachzuhelfen ist Quatsch. Die Express-Pille, wirksam in fünf Minuten, gibt es nicht. Die stereotype Vorstellung, dass Erektion, Penetration und Orgasmus eine zwangsläufige Einheit bilden, spukt in den meisten Köpfen der Männer. Dieses Klischee ist längst obsolet, nicht nur bei Männern ohne Prostata. (Ob Frauen auch so denken? Ich kann's verneinen – aus Erfahrung.) Es geht auch anders. Sensibilität und Fingerspitzengefühl bekommen plötzlich eine aufregende Bedeutung.

Klar, an diesem Nachmittag fehlt meiner Erektion die Härte, die Steifigkeit. Der vermeintliche Mangel ist in diesem Fall kein Versagen. Ich weiß es, meine

Partnerin weiß es: Das ist der Preis für die lebensrettende Prostata-OP, bei der ein Nervenstrang entfernt werden musste; der andere, der zweite aber erhalten werden konnte.

Wir erinnern uns: Mein Leben ohne Krebs wollte ich nicht gegen den Verlust meiner sexuellen Potenz aufrechnen. Der Chirurg hat mich ernst genommen, und er hat Recht behalten: Auch die Fähigkeit zum Orgasmus kehrt nach der OP wieder – auch für die Partnerin. Quot errat demonstrandum. Was zu beweisen war.

## Barcelona

Urlaubsreisen und Hotelzimmer üben auf mich eine besondere Faszination aus. Nein, der Bezug ist falsch. Nicht das Zimmer im Urlaub, sondern Paula an meiner Seite ist das Subjekt meiner Begierde. Sie fasziniert mich immer wieder neu. Die berühmte Urlaubsstimmung hat inzwischen einen neuen Reiz. Hier addieren sich fremde Eindrücke mit gesteigertem Lustgefühl zu ungewohnten Höhepunkten.

Vier Hotelnächte im Gotischen Viertel in Barcelona. Mitten drin im Zentrum Kataloniens. Schönes gemeinsam erleben. Gutes Essen und Trinken, Kunst und Kultur vom Feinsten, Gaudi, Dali, Miro, Picasso. Das Schnuppern eines betörenden Parfums. Die Auslöser für erotische Phantasien sind so vielfältig wie die Glockenschläge von der Kirchturmuhr oder Sterne am nächtlichen Himmel. Mit zunehmendem Alter allerdings schiebt der Blick schon eher auf die Sterne auf dem Schild des Hotelnamens.

In der ersten Nacht verstehen wir uns ohne Worte. Die ersten Eindrücke dieser fremden Stadt haben Paula entspannt. Das Hotelzimmer gefällt uns. Von Küssen bedeckt erreicht das Vorspiel bei ihr schnell den ersehnten Orgasmus. „Freddy, nun du!“ Sie ahnt und sieht, dass ich mich mit einer Pille auf dieses Liebespiel vorbereitet habe. Meine Erektion ist jugendlich stark. Nach meinem Orgasmus liegen wir glücklich ineinander verkeilt zusammen und genießen die langsame Entspannung.

Diese Innigkeit auf weißem Linnen bei katalanisch spätsommerlichen Temperaturen wiederholt sich am nächsten Tag. Die hilfreichen Substanzen mit dem medizinischen Namen Vardenafil und Sildenafil machen uns glücklich.

Am dritten Tag wollen wir unbedingt Gaudis Meisterwerke im Parc Güell sehen und erleben. Seine phantastischen Skulpturen und Steinbilder faszinieren, wir erkennen die natürlichen Vorbilder. Seine my-

thischen Verklärungen von Tieren und Pflanzen sind schön anzuschauen, erotische Anspielungen allerdings sucht der Betrachter vergeblich. Seine Kunst ist frei von Erotik. Selbst die berühmten Bienen bestäuben bei ihm nicht einmal Blumen.

Nach dem Abendessen im Hotel denke ich an die Potenz steigernde Pille, noch reicht der Vorrat. Der Tag war aufregend, das Laufpensum im Park enorm. Erschöpft und glücklich fallen wir auf das Bett. Und – schlagartig überfällt uns der Schlaf.

Erst am nächsten Morgen erinnere ich mich an die kleine gelbe Dröhnung aus dem Hause Bayer. Da war nichts. Soll ich das jetzt bedauern? Ich weiß, die sexuelle Stimulation findet im Kopf statt, so oder ähnlich heißt es im Beipackzettel. Klare Worte, eindeutige Fakten: Der so genannten Wunderdroge fehlt die aphrodisierende Wirkung. Levitra und Viagra sind keine Aphrodisiaka oder Libido-Booster.

Wenn dieser Effekt bei Männern hinter vorgehaltener Hand beschrieben wird, dann ist das wohl die berühmte „self fulfilling prophecy“. Wenn schon Pille, dann muss sich das auch lohnen. Sonst sind die 15 Euro für die blaue Pille raus geschmissenes Geld. Die Ökonomie hat das Lotterbett erobert.

Fünf Tage und vier Nächte genießen wir katalanische Hoch- und Alltagskultur. Baumeister Gaudi war ein Genie. Auf der nächsten Reise werden wir uns Picasso vornehmen, seine blaue Periode. Die Freude an den schönen Künsten stimuliert gegenwärtig auch Lust und Liebe.

## Tabuthema

Prostataleiden gehören immer noch zu den best gehüteten Geheimnissen des Mannes. Leider. Man(n) redet nicht darüber. Ein Mann, so scheint es, ist nur dann ein richtiger Mann, wenn keine Zweifel an seiner Potenz aufkommen. Verlust der Prostata bedeutet für ihn gleichermaßen Verlust der Zeugungsfähigkeit und somit der Männlichkeit. Und ein solcher Verlust wäre ja schrecklich – ob im Alter von 35 oder 85 Jahren. Eine weit verbreitete Meinung unter Männern.

Frauen, liebende Frauen, haben da eher Verständnis. Sie sind offenbar nicht so vordergründig „penetrations-orientiert“ und auf die Potenz fixiert. Verächtlich sprechen viele von „rauf-rein-raus“. Von einer Befriedigung sind sie mit solchen Männern weit entfernt. (Zu dieser Aussage komme ich nicht allein durch ei-

gene Recherchen; auch Psychologen haben darüber geforscht.)

Warum aber werden Prostataleiden und die Entfernung dieses Organs so kontrovers aufgenommen?

Schon bei der Frage nach der eigentlichen Funktion der Prostata reden viele Männer um den heißen Brei herum, weil sie diese nicht kennen, nicht so genau kennen wollen. „Das hat irgendwie mit der Potenz und dem Sex zu tun.“ Irgendwie? „Damit habe ich mich noch nicht befasst. Sollte ich?“ Es ist ihm peinlich. Und warum sollte sich jeder Mann damit befassen? Nur weil die Statistik behauptet, dass es jeden 100sten Mann irgendwann trifft. „Mich doch nicht!“ Es trifft doch immer die anderen. Irrtum – mich hat es getroffen.

## Epilog

Für meine beruflichen Reportagen hatte ich oft wenig Zeit. Bei Langzeitbeobachtungen fehlte mir die Geduld. Momentaufnahmen, wechselnde Standorte, kritischer Blick (Objektivität einfordernd), nur nicht zu dicht dran. Distanziert, aus dem Blickwinkel des Schmetterlingssammlers, habe ich die meisten meiner Reportagen abgeliefert. Bestürzung zeigen, das war zu Beginn meines Berufslebens verpönt. Dann schwang das Pendel in die andere Richtung, wir waren plötzlich alle „irgendwie“ betroffen. Das Substantiv Betroffenheit wurde schließlich zum Unwort. Journalisten sind seit der Kommerzialisierung der Medien in erster Linie Lohnschreiber. So sehe ich das als pensionierter Redakteur rückschauend. Ich konnte zwar immer tun was ich wollte, was ich glaubte tun zu wollen. Zensur habe ich nie erfahren. Die Schere im Kopf war allerdings immer präsent. Wenn auch nur eine ganz kleine.

Das erklärt vielleicht, warum ich heute so respektlos mit diesem Thema umgehe. Hier schreibt einer, der sich wünscht, dass mehr Männer die Angst vor der Untersuchung verlieren mögen. Der erste Schritt zu einem verlängerten Leben ohne Prostata-Karzinom wäre die Früherkennung durch regelmäßige PSA-Wert-Bestimmungen, denn – frühe Diagnose rettet Leben! Männer, fällt nicht auf die beschwichtigenden Worte derer rein, die den PSA-Wert klein reden oder den Test gar gesundheitspolitisch (Krankenkassen) verweigern!

Und: Auch nach dem Verlust der Prostata gibt es Lebensqualität. Nicht das Ende der Lust, sondern ein Neuanfang.

### Adresse der AutorInnen

Friedrich W. Zimmermann, Propststraße 11, 10178 Berlin

## **Neue Ära in der Behandlung des hormonabhängigen Prostatakarzinoms Der Kreis schließt sich – mit erstem weltweit eingeführten GnRH-Rezeptor-Blocker**

Ein Fortschritt in der Therapie des Prostatakarzinoms ist greifbar. Mit der schnellen, deutlichen und lang anhaltenden Testosteron-Suppression und PSA-Reduktion ermöglicht der neue GnRH-Blocker Firmagon® (Degarelix) eine Kontrolle der Erkrankung von Anfang an. Der Wirkstoff gilt als erster GnRH-Rezeptor-Blocker, der das direkte und logische Wirkprinzip einer Androgendeprivations-Therapie umsetzt und dabei gut verträglich ist. Degarelix ist in den USA und Europa zugelassen und seit Juni 2009 unter dem Handelsnamen Firmagon® in Deutschland erhältlich.

Ziel der Androgendeprivations-Therapie ist ein Absenken des Serum-Testosteron-Spiegels unterhalb des Kastrationsbereiches. Bis zur Einführung der LHRH-Analoga in den 80er Jahren galt die Entfernung beider Hoden als Goldstandard zur Erreichung des Zielwertes innerhalb weniger Stunden bei fortgeschrittenem und metastasierendem Prostatakarzinom. Doch auch die heute eingesetzten LHRH-Analoga stellen keine ideale Therapieform dar, räumt Professor Kurt Miller aus Berlin ein: „Zwei bis drei Wochen nach erstmaliger Gabe kommt es aufgrund der initialen Überstimulation von LH zu einer gesteigerten Testosteronproduktion, dem so genannten Surge.“ Dieses Phänomen erhöht das Risiko einer Flare-up-Symptomatik und damit des Tumorwachstums, und es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Gesamtüberlebenszeit verschlechtert wird. Wie Miller weiter ausführt, „erreichen die LHRH-Analoga nicht in allen Fällen eine der Orchiektomie entsprechende Absenkung des Testosteron-Spiegels“. Unter Folgeinjektionen werden Microsurges (kurzfristige Testosteronerhöhungen) beobachtet, welche die Krankheitsprogression beschleunigen könnten.

### **Degarelix – das neue Medikament beim fortgeschrittenen Prostatakarzinom**

Mit dem neuen GnRH-Blocker Degarelix (Firmagon®) steht jetzt eine alternative Therapieoption zur Verfügung. Daten aus der Phase-III-Studie, die über 12 Monate mit 610 Prostatakarzinom-Patienten durchgeführt wurde, belegen, dass Degarelix im Vergleich zu Leuprorelin 7,5mg eine signifikant schnellere Testosteron-Suppression und PSA-Reduktion bewirkt. Das neue Medikament hat gegenüber LHRH-Analoga den Vorteil, dass es keinen initialen Testosteron-Anstieg hervorruft. „Bis zum Tag 3 der Studie waren die Testosteron-Werte bei 96,1 Prozent der Patienten in den beiden Degarelix-Armen der Studie auf  $\leq$  0,5ng/ml (das Kastrationsniveau, das für die Zulassung Voraussetzung ist) gesunken, verglichen mit Null Prozent im Leuprorelin-Arm“, erklärt Professor Johannes Wolff, Viersen. Die niedrigen Testosteron-Werte konnten über die gesamte Studiendauer aufrecht erhalten werden, ohne dass Microsurges oder so genannte Breakthrough-Escapes beobachtet wurden. Der mediane Testosteron-Wert lag bei 0,08ng/ml.

Unter dem GnRH-Blocker wird der PSA-Wert ebenfalls signifikant schneller als unter Leuprorelin abgesenkt, die niedrigen Werte werden über die gesamte Studiendauer aufrecht erhalten. Eine explorative Folgeanalyse der Zulassungsstudie zeigt, dass bei Patienten unter Degarelix (240/80mg) der Zeitraum des PSA-progressionsfreien Überlebens signifikant länger als unter Leuprorelin ist.

### **Erfahrungen in der Praxis**

Firmagon® verfügt durch die zuverlässig schnelle, deutliche und lang anhaltende Senkung des Testosteron-Spiegels ohne initialen Testosteronanstieg (surge) sowie durch die lang anhaltende PSA-Reduktion genau über die für einen Therapieerfolg entscheidenden Eigenschaften. Bei gleichem Sicherheitsprofil und einfacher Anwendung bietet das neue Medikament „eine interessante Therapie-Alternative und erfüllt alle Voraussetzungen einer modernen zukunftsorientierten Hormontherapie des Prostatakarzinoms in der urologischen Praxis“, folgert Dr. Christoph Rüssel aus Borken. Die Behandlung mit Degarelix bietet sich besonders bei Patienten mit fortgeschrittener Tumorerkrankung mit und ohne Metastasen an, „da keine Flare-up-Symptomatik auftritt und auf eine initiale Begleitmedikation mit einem Antiandrogen verzichtet werden kann“. Besonders bei Patienten mit Metastasen können die initial erhöhten Testosteron-Spiegel eine Verschlechterung der klinischen Situation bewirken.

Aus den vorliegenden Studienergebnissen kann das Resümee gezogen werden, dass Degarelix die Voraussetzungen eines Standardtherapeutikums optimal erfüllt. Aktuell ist ein umfangreiches klinisches Phase-IIIb-Studienprogramm gestartet, im Rahmen dessen unter anderem der therapeutische Nutzen von Degarelix bei der intermittierenden Therapie überprüft wird.

Quelle: Launch-Presskonferenz: Neue Ära in der Behandlung des hormonabhängigen Prostatakarzinoms Der Kreis schließt sich – mit erstem weltweit eingeführten – GnRH-Rezeptor-Blocker, 14. Mai 2009, Hamburg

# Die unzureichende Begutachtung gefährlicher Gewalt- und Sexualstraftäter im Strafverfahren, die Mängel bei deren Behandlung im Vollstreckungsverfahren sowie die Folgen

## Memorandum zur Änderung der Strafprozessordnung und des Strafgesetzbuches

Klaus Michael Böhm, Axel Boetticher

### The insufficient forensic psychiatric examination of dangerous violent and sex offenders in criminal proceedings, the lack of therapy during the execution of a sentence and the consequences

### Memorandum for a change in the criminal procedure and the criminal code

#### Abstract

A large number of dangerous violent and sex offenders are convicted without having been examined by forensic psychiatric experts. In the subsequent execution of the sentence they do not get the necessary therapies in the penal institutions and are often released as dangerous as before. The article makes proposals for better treatment.

*Keywords: Forensic examination, therapies in penal institutions, protection of victims*

#### Zusammenfassung

Eine große Anzahl von gefährlichen Gewalt- und Sexualstraftätern wird überführt, ohne von forensischen psychiatrischen Fachkräften untersucht worden zu sein. Im anschließenden Strafvollzug erhalten sie selten oder gar

nicht die benötigte psychotherapeutische Behandlung und sind bei der Entlassung oft so gefährlich wie zuvor. Dieser Artikel schlägt bessere Behandlungsmöglichkeiten vor.

*Schlüsselworte: Begutachtung, Therapien im Strafvollzug, Opferschutz*

## Einleitung

Der **Schutz von Opfern und Zeugen** ist ein wichtiges  **kriminalpolitisches Anliegen** der Bundesregierung, wie dies auch der am 18. Februar 2009 beschlossene Gesetzentwurf zum Schutz von Opfern und Zeugen im Strafverfahren zeigt. Allerdings beschränken sich die Gesetzesänderungen der letzten Jahre im Wesentlichen darauf, das von gefährlichen Gewalt- und Sexualstraftätern ausgehende Gefährdungspotential dadurch zu reduzieren, dass die Maßregel der Sicherungsverwahrung durch mehrfache Herabsetzung der Anordnungsvoraussetzungen ausgedehnt wurde. Allein hierdurch kann aber ein ausreichender Schutz vor gefährlichen Gewalt- und Sexualstraftätern nicht erreicht werden.

Die beim Oberlandesgericht Karlsruhe ansässige Behandlungsinitiative Opferschutz (BIOS-BW) e.V. setzt sich für eine **psychotherapeutische Behandlung von Straftätern** vor allem im Strafvollzug ein – eine höchst effektive und verfassungsrechtlich unbedenkliche Lösung –, um den gebotenen Schutz des Opfers mit den Persönlichkeitsrechten des Täters in Einklang zu bringen (vgl. hierzu: [www.bios-](http://www.bios-)

bw.de). Dazu bedarf es jedoch schon in der gerichtlichen Hauptverhandlung einer effektiveren Erfassung vorhandener Störungsbilder des Angeklagten sowie der Möglichkeit der Anordnung von therapeutischen Behandlungsmaßnahmen durch den Richter.

Eine solche Erweiterung ist nicht nur aus Gründen des Opferschutzes, sondern auch aus verfassungsrechtlichen Gründen geboten. **Denn erst wenn es genügend Angebote zur Behandlung gefährlicher Gewalt- und Sexualstraftäter** im Regelvollzug oder der Sozialtherapie gibt und aufgrund dieser Angebote vorher oder im Anschluss an die Verurteilung durchgeführte therapeutische Maßnahmen keinen Erfolg gehabt haben, kann die Anordnung der **Sicherungsverwahrung als letztes kriminalpolitisches Mittel** im Lichte des Grundgesetzes als **verhältnismäßig** angesehen werden.

## Die Struktur des deutschen Strafverfahrens

### Der Vorrang des Schuldprinzips

Im Straf- und Strafvollstreckungsverfahren findet der Aspekt des **präventiven Opferschutzes** bislang nicht in ausreichendem Maße Beachtung. Dies hat seine rechtstheoretische Begründung darin, dass im Vordergrund des deutschen Strafprozesses die Klärung der Tatumstände und im Falle des Tatnachweises die Ahndung des Täters steht. Nach dem **Schuldprinzip** hat der Richter in der Hauptverhandlung bei der nachträglichen Beurteilung einer Straftat davon auszugehen, dass er als Täter einen geistig gesunden Menschen vor sich hat, der im Normalfall die Gebote des Rechts erkennen und ihnen folgen kann. Störungen dieser Fähigkeiten betrachtet das Gesetz, wie die Wortwahl in § 20 ergibt, als Ausnahme. Es verlangt von jedermann, dass er seine Steuerungskräfte voll einsetzt. Das Gesetz schreibt nur in bestimmten Fällen die Hinzuziehung eines psychiatrischen/psychologischen Sachverständigen vor – etwa wenn sich wegen einer sich aus einem Zustand ergebenden Gefährlichkeit für die Allgemeinheit die Frage nach der Anordnung von freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung (§§ 63, 64 StGB) und Sicherung (§ 66 StGB) stellt. Im Übrigen kommt es auf die eigene Sachkunde des Richters an. Für die Beurteilung der Voraussetzungen der §§ 20, 21 StGB reicht diese jedenfalls dann regelmäßig nicht mehr aus, wenn sich auf Grund von Auffälligkeiten oder gar Störungen

Zweifel an der strafrechtlichen Verantwortlichkeit ergeben. Dann ist ein Sachverständiger zu vernehmen (vgl. hierzu ausführlich Boetticher/Nedopil/Bosinski/Saß, Mindestanforderungen für Schuldfähigkeitsgutachten, NStZ 2005, 57 ff). Dessen Gutachtensauftrag beschränkt sich somit in erster Linie auf die Klärung der Schuldfähigkeit und das Vorliegen eines Schuld-aufhebungs- oder -milderungsgrundes (§§ 20, 21 StGB).

### Der Präventionsgedanke im Strafverfahren

Die wenigsten Gewalt- und Sexualstraftäter sind bei Begehung ihrer Taten jedoch schuldunfähig oder vermindert schuldfähig, so dass ihre Unterbringung nach § 63 StGB nicht in Betracht kommt („bad not mad“). Bei ihnen liegen aber **häufig dissoziale Störungen der Persönlichkeit oder Störungen der Sexualpräferenz** vor, die in vielen Fällen **dringender psychotherapeutischer Behandlung** bedürfen. Solche Fragen werden mangels eines ausdrücklichen gesetzlichen Auftrags nicht in der Hauptverhandlung geklärt, sondern bleiben dem Vollstreckungsverfahren überlassen. Im Strafverfahren ist eine Prüfung der Gefährlichkeit des Angeklagten ausdrücklich nur dann vorgesehen, wenn die Anordnung der Maßregeln der Sicherungsverwahrung (§ 66 StGB), der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) oder einem Psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB) in Betracht kommt. So heißt es in der dem Gesetz vom 16. Juli 2007 (BGBl I. S. 1327) geltenden Fassung des

#### § 246a StPO

1. Kommt in Betracht, dass die Unterbringung des Angeklagten in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in der Sicherungsverwahrung angeordnet oder vorbehalten werden wird, so ist in der Hauptverhandlung ein Sachverständiger über den Zustand des Angeklagten und die Behandlungsaussichten zu vernehmen.
2. Gleiches gilt, wenn das Gericht erwägt, die Unterbringung des Angeklagten in einer Entziehungsanstalt anzuordnen.
3. Hat der Sachverständige den Angeklagten nicht schon früher untersucht, so soll ihm dazu vor der Hauptverhandlung Gelegenheit gegeben werden.

Solche Fälle sind aber die Ausnahme. Die von Schöch aufgezeigte Entwicklung der Exkulpationen und der Dekulpationen für die Zeit von 1998 bis 2003 hat ergeben, dass nur 0,05% aller Abgeurteilten nach § 20 StGB exkulpiert wurden, während die Zahl der

Verurteilten, die nach § 21 StGB vermindert schuld-  
fähig waren, zwischen 2,7–2,9% lag. Auch wenn die  
Zahl der in Sicherungsverwahrung Untergebrachten  
von 176 im Jahre 1996 auf 461 zum 30.11.2008 ange-  
stiegen ist, stellen sie gleichwohl nur eine geringe  
Zahl der Abgeurteilten gefährlichen Gewalt- und  
Sexualstraftäter dar. So befanden sich etwa in Baden  
Württemberg zum 31.03.2006 von 482 wegen Sexu-  
aldelikten abgeurteilten Tätern nur 29 in Sicherungs-  
verwahrung.

## Folgen für das Gerichtsverfahren

Die derzeitige Gesetzesfassung des § 246a StPO  
hat einmal zur Folge, dass überhaupt nur in einem  
**Bruchteil von Fällen im Strafprozess Schuldfähig-  
keitsgutachten** eingeholt werden. Damit bleibt auch  
die Gefährlichkeit und die Behandlungsbedürftigkeit  
eines Straftäters verborgen.

Aus der von Egg/Elz in der *KrimZ* im Jahr 2002  
durchgeführten Aktenanalyse ergibt sich, dass sich

bei den Vergewaltigern nur 31% einer Begutachtung  
unterziehen mussten, und dies auch dann erst, wenn  
die Täter bereits rückfällig waren (Bd. 33, 155). Bei  
sexuellem Missbrauch lag die Zahl etwas höher,  
weil bei den Taten häufig Alkoholgenuss behauptet  
wird und der Sachverständige die mögliche BAK zu  
berechnen hat, anstatt sich mit der Täterpersönlichkeit  
zu befassen.

Noch **beunruhigender** sind die Zahlen einer  
neueren Untersuchung von Bosinski und Budde vom  
Institut für Sexualmedizin der Universität Kiel, die  
aufgrund einer Aktenanalyse herausgefunden haben,  
dass von 284 Fällen einer Sexualdelinquenz **nur in  
10,9% ein Sachverständigengutachten** eingeholt  
worden ist. Etwas höher lagen die Zahlen dann, wenn  
Haftstrafen über zwei Jahre verhängt wurden.

Dagegen fiel die Zahl eingeholter Gutachten  
bei jüngeren Tätern weitaus geringer aus, obwohl  
bei ihnen **kriminelle Karrieren** oftmals gerade erst  
beginnen und durch eine indizierte psychotherapeu-  
tische Behandlung diesen Mechanismen entgegenge-  
wirkt werden könnte (vgl. die Tabellen 1 und 2).

Deliktgruppen	Gesamt	Begutach- tungsfälle	% von Ges.
Sex. Kindesmissbrauch	149	19	12,8
Sex. Nötigung/ Vergewaltigung	87	11	12,6
Exhibitionismus	30	1	3,3
Sex. Missbrauch Schutzbefohlener	8	-	-
Sex. Missbrauch Widerstandsunfähiger	7	-	-
Sex. Missbrauch Jugendlicher	3	-	-
<b>Gesamt</b>	<b>284</b>	<b>31</b>	<b>10,9</b>

Deliktgruppen	Gesamt	davon begutachtet	%
Sexueller Kindesmissbrauch	145	20	13.8
Sexuelle Nötigung u. Vergewaltigung	89	12	13.5
Exhibitionismus u. Err. öff. Ärgernisses	39	2	5.1
Sex. Missbrauch nach §§ 174 bis 174c	11	-	-
Sex. Missbrauch Widerstandsunfähiger	5	-	-
Sex. Missbrauch Jugendlicher	2	-	-
<b>Gesamt</b>	<b>291</b>	<b>34</b>	<b>11.7</b>

**Tab. 1** Anzahl der Angeklagten und der vorhandenen  
Gutachten in den einzelnen Deliktgruppen.

Bei den hier in der obigen Tabelle zitierten Zahlen handelt  
es sich um vorläufige Zwischenergebnisse des von Bosinski  
und Budde (Budde, 2009, unveröffentlichte Dissertation,  
Universität Kiel) durchgeführten Forschungsprojekts. Die  
endgültigen Zahlen der Untersuchung befinden sich in der  
unteren Tabelle.



	Haftstrafe ≥ 2 Jahre	davon begutachtet	davon unter 21 Jahre
Sex. Kindesmissbrauch	26	6 (23%)	2
Vergewaltigung / sex. Nötigung	34	9 (26%)	2
Sex. Missbrauch Schutzbefohlener	1	-	-
<b>Gesamt</b>	<b>61</b>	<b>15 (25%)</b>	<b>4</b>

Deliktgruppe	Gesamt	davon begutachtet	davon unter 21 J.
Sexueller Kindesmissbrauch	28	8 (28,6 %)	2
Sexuelle Nötigung u. Vergewaltigung	34	10 (29,4 %)	2
Sex. Missbrauch Schutzbefohlener	1	-	-
<b>Gesamt</b>	<b>63</b>	<b>18 (28,6 %)</b>	<b>4</b>

**Tab. 2** Anzahl der Begutachtungen bei Haftstrafen von mindestens zwei Jahren.

Bei den hier in der obigen Tabelle zitierten Zahlen handelt es sich wie in Tab. 1 gleichfalls um vorläufige Zwischenergebnisse des von Bosinski und Budde (Budde, 2009, unveröffentlichte Dissertation, Universität Kiel) durchgeführten Forschungsprojekts. Die endgültigen Zahlen der Untersuchung befinden sich ebenfalls in der darunter liegenden Tabelle.

Zu dieser bedenklichen Entwicklung trägt vor allem die **offene Fassung des § 246a StPO** und das damit eingeräumte weite Ermessen der Tatrichter bei. Dazu gibt es bis in die Strafsenate des Bundesgerichtshofs erhebliche Unklarheiten, in welchen Fällen und zu welchem Anlass die Staatsanwaltschaften und die Tatrichter ein Sachverständigen-Gutachten in Auftrag geben und welchen Umfang die Gutachten haben sollen:

Der 5. Strafsenat hat in seinen Urteilen vom 30. August 2007 – 5 StR 193/07 = NStZ 2008, 644 f. und – 5 StR 197/07 = BGHR StGB § 21 Sachverständiger 13 angemahnt:

„Der Fall gibt Anlass darauf hinzuweisen, dass in Kapitalstrafsachen, zumal im Bereich der Anwendbarkeit von Jugendstrafrecht, in der Mehrzahl der Fälle – wenn nicht ein länger geplantes, wenn gleich verwerfliches, so doch rational nachvollziehbar motiviertes Verbrechen vorliegt – Anlass besteht, rechtzeitig im Vorfeld der Hauptverhandlung einen psychiatrischen Sachverständigen mit der Erstattung eines Gutachtens zur Schuldfähigkeit zu betrauen (vgl. Basdorf/Mosbacher in Lammel u. a. [Hrsg.], Forensische Begutachtung von Persönlichkeitsstörungen 2007, 111, 125; Senatsurteil vom heutigen Tage – 5 StR 193/07; jeweils m.w.N.).“

Dem hat der 1. Strafsenat in seinem Beschluss vom 5. März 2008 – 1 StR 648 = NStZ 2008, 645 f. widersprochen:

„Das Landgericht war aus Gründen der Aufklärungspflicht nicht gehalten, einen Sachverständigen zur Frage der Schuldfähigkeit der Angeklagten – „bei Begehung der Tat“ (vgl. Boetticher/Nedopil/Bosinski/Saß NStZ 2005, 57, 58) – zu hören. Ein Rechtssatz des Inhalts, dass der Tatrichter in Kapitalstrafsachen, zumal im Bereich der Anwendbarkeit von Jugendstrafrecht, aus Gründen der Aufklärungspflicht stets gehalten ist, einen Sachverständigen mit der Erstattung eines Gutachtens zur Schuldfähigkeit zu betrauen, existiert nicht (BGH NJW 2007, 2501, 2503 f.). Unabhängig von den Umständen des Einzelfalles ist nach gesetzlicher Wertung (§ 246a StPO) ein Sachverständiger nur dann stets heranzuziehen, wenn bestimmte Maßregeln der Besserung und Sicherung im Raum stehen, nicht schon bei bestimmten Anklagevorwürfen. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus den Beschlüssen des BGH vom 30. August 2007 (5 StR 193/07, 5 StR 197/07). Maßgeblich sind auch bei Kapitalstrafsachen vielmehr stets die Umstände des Einzelfalles. Namentlich dann, wenn dem Tatentschluss – und sei er auch spontan gefasst – rationale Abwägungen zugrunde liegen und wenn dieser Entschluss auch die nahe liegenden Tatfolgen mit umfasst, ist der Tatrichter nicht gedrängt, die Voraussetzungen der §§ 20, 21 StGB durch Beauftragung eines Sachverständigen zu überprüfen.“

Das Revisionsgericht kann vielmehr regelmäßig davon ausgehen, dass der Tatrichter über die notwendige Sachkunde verfügt, um zu beurteilen,

ob mit Blick auf das Tatbild und die Person eines Angeklagten die Hinzuziehung eines psychiatrischen oder psychologischen Sachverständigen zur Frage der Schuldfähigkeit geboten ist.“

## Folgen der bisherigen gesetzlichen Regelung für den Strafvollzug

Die Beurteilung der durch die abgeurteilte Tat zu Tage getretenen zukünftigen Gefährlichkeit und die Schaffung von Möglichkeiten ihrer Reduzierung werden somit dem Strafvollzug überlassen. Insbesondere bei Gewalt- und Sexualstraftaten stehen solche Fragen heute im Mittelpunkt des sich an die Hauptverhandlung anschließenden **Behandlungsvollzugs**, der bei zeitigen Freiheitsstrafen auch die vielfältigen Prognoseentscheidungen für Lockerungen, vorzeitige Entlassung, Führungsaufsicht und nachträgliche Anordnung der Sicherungsverwahrung beantworten muss (vgl. Boetticher/Kröber/Böhm/Müller-Metz/Wolf Mindestanforderungen für Prognosegutachten, NStZ 2006, 537 ff).

Bei der gegenwärtigen **dezentralisierten Struktur des Strafvollzuges** und der Sozialtherapie beginnt die Arbeit für die dort Verantwortung tragenden Personen in der Regel wieder von vorne, um für den Vollzugsplan Erkenntnisse des Störungsbildes des dann Verurteilten und seiner Behandlungsfähigkeit und Behandlungswilligkeit zu erlangen. Da im Gerichtsverfahren, wie ausgeführt, weder Feststellungen zur Gefährlichkeit des Straftäters noch zu dessen Behandlungsbedürftigkeit und -fähigkeit getroffen werden und deshalb auch selten in Urteilen enthalten sind (§ 267 Abs. 4 StPO), geht wertvolle Zeit verloren.

Zwar gilt grundsätzlich, dass ein behandlungsbedürftiger Verurteilter über § 9 StVollzG in einer **Sozialtherapeutischen Anstalt** zu behandeln ist. Dies **scheitert aber in der Praxis** nicht nur an der Unkenntnis vom Vorliegen eines Störungsbildes, sondern auch an dem bisher noch unzureichenden Ausbau solcher Einrichtungen. Die Realität sieht so aus: Bei jährlich rund 4.000 wegen einer Sexualstraftat Verurteilten stehen bundesweit (Ergebnisübersicht der *KrimZ* zum Stichtag 31.3.2008) in 47 sozialtherapeutischen Einrichtungen nur 1.895 Haftplätze zur Verfügung, die bereits zu 62,5% mit Sexualstraftätern belegt sind. Es gibt aufgrund der Verwaltungsvorschriften der Länder zu § 9 StVollzG lange Wartezeiten, die in nicht wenigen Fällen dazu führen, dass überhaupt keine therapeutische Intervention stattfindet. Als Beispiel mögen die Zahlen betreffend die Sozialtherapie in Baden-Württemberg gelten, die im Vergleich zu

**Tab. 3** Therapeutische Interventionen am Beispiel Baden-Württembergs

Anlassdelikt	Freiheitsstrafe +SV	Sozialtherap. Anstalt
Insgesamt	453 Freiheitsstrafe	
Sex. Missbrauch	29 in SV	
Vergew./sex. Nötigung	29 Jugendstrafe	38 (9,3 %)

anderen Bundesländern sogar eher günstig sind. Eine Untersuchung des kriminologischen Dienstes zum 31.3.2006 über Verurteilungen wegen angeklagter Sexualstraftaten hat zu folgendem Ergebnis geführt (vgl. Tab. 3).

Auch ist zu sehen, dass sich viele Verurteilte für eine Behandlung in der Sozialtherapie nicht eignen oder die zumeist erforderliche restliche Mindestverbüßungsdauer von drei bis vier Jahren nicht erreichen. Dies hat zur Folge, dass für die **Feststellung psychischer Störungen und deren Behandlung nur die Angebote des Regelvollzugs** verbleiben, welche aber nur in geringem Umfang vorhanden sind. Hinzu kommt, dass der allgemeine Strafvollzug aufgrund einer unzureichenden personellen und sachlichen Ausstattung sowie des oftmals notwendigen psychiatrisch-psychologischen Fachwissens weder zur sachgerechten Diagnose einer schwierigen Persönlichkeitsstörung noch zu deren fachgerechter Behandlung in der Lage ist. Eine **Expertise wird oftmals nur und erst dann** erstellt, wenn der Verurteilte **seine vorzeitige Entlassung** zum sog. Zweidrittelzeitpunkt anstrebt, weil als Voraussetzung hierfür die vorherige Einholung eines psychiatrischen Gutachtens gesetzlich vorgeschrieben ist (§ 454 Abs.2 StPO i.V.m. § 57 StGB). Warum eine solche Gefährlichkeitsbeurteilung erst zu diesem späten Zeitpunkt erfolgt, ist nicht nachvollziehbar.

## Folgen der gesetzlichen Regelung für die Allgemeinheit

Da es für therapeutische Maßnahmen in diesem späten Stadium der Haft oftmals zu spät ist, werden viele (genaue Zahlen liegen nicht vor, sicher mehr als 50%) **gefährliche Gewalt- und Sexualstraftäter unbehandelt** aus der Strafhaft entlassen, obwohl es zwischenzeitlich als wissenschaftlich gesichert anzusehen ist, dass durch **indizierte deliktorientierte Therapien das Rückfallrisiko deutlich – zumindest um die Hälfte – gesenkt werden kann** (Übersicht bei Egg/Elz, *KrimZ*, „Legalbewährung und kriminelle Karrieren von Sexualstraftätern – Bd. 33 Sexuelle



Missbrauchsdelikte; Bd. 34 Sexuelle Gewaltdelikte; vgl. auch die Nachweise bei [www.bios-bw.de](http://www.bios-bw.de)). Dazu ein Beispiel: Bei einer allgemeinen Rückfallquote von 40% – wie etwa bei Vergewaltigungen – können danach von 100 Straftaten 20 weitere Verbrechen verhindert werden. Im Ergebnis bedeutet dies, dass es **in Deutschland hingenommen wird**, dass der überwiegende Teil von Gewalt- und Sexualstraftätern – nicht bei jedem Verurteilten besteht freilich eine Behandlungsbedürftigkeit und Behandlungsfähigkeit – seine Freiheitsstrafe ohne fachgerechte therapeutische Intervention im Regelvollzug verbüßt und ohne ausreichende Behandlung entlassen wird.

Dies stellt eine **erhebliche Gefährdung** der Allgemeinheit dar, denn **schwere Persönlichkeitsstörungen wie etwa pädophile Neigungen erledigen sich gerade nicht durch die reine Verbüßung einer Freiheitsstrafe oder durch Zeitablauf**, selbst wenn dies – wie in einem landgerichtlichen Urteil zu lesen war – vom Angeklagten versprochen und von der Strafkammer geglaubt wird. Wird der Straftäter – für Fachleute oftmals erwartungsgemäß – wieder straffällig, dann stellt sich für den Wiederholungstäter oftmals die Frage seiner Unterbringung in der Sicherungsverwahrung. Eine solche **Tatwiederholung muss aber nicht abgewartet** werden, vielmehr kann einer solchen auch mit rechtsstaatlich unbedenklichen Mitteln des Gesetzgebers präventiv entgegengewirkt werden, wie ein Rechtsvergleich mit der Schweiz zeigt.

## Konkreter Vorschlag

Durch eine Änderung der Vorschrift des § 246a StPO und eine **Ausdehnung seines Anwendungsbereichs auf die in § 66 Abs.3 StGB aufgezählten Straftaten** könnte bereits im Strafverfahren eine Feststellung zur Gefährlichkeit des Straftäters getroffen und rechtzeitig therapeutische Maßnahmen in die Wege geleitet werden. Eine Neufassung der Vorschrift ist notwendig, weil solche Feststellungen im **Erkenntnisverfahren ohne ausdrückliche Regelung von der Praxis nicht getroffen** werden. Demnach sollte die Vorschrift lauten:

### § 246a StPO

1. Ist damit zu rechnen, dass die Unterbringung des Angeklagten in einem psychiatrischen Krankenhaus, einer Entziehungsanstalt oder in der Sicherungsverwahrung angeordnet oder vorbehalten werden *oder eine sozialtherapeutische Maßnahme* notwendig wird, so ist in der Hauptverhandlung ein Sachverständiger über den Zustand des Angeklag-

ten, seine *Gefährlichkeit für die Allgemeinheit und die Behandlungsaussichten* zu vernehmen.

2. Bei einem Verbrechen gegen das Leben, die körperliche Unversehrtheit, die persönliche Freiheit oder die sexuelle Selbstbestimmung oder eines Verbrechens nach den §§ 250, 251, auch in Verbindung mit den §§ 252, 255, oder wegen eines der in § 66 Abs. 3 Satz 1 genannten Vergehen (Gewalt- oder Sexualstraftaten) *ist ein Sachverständiger in der Regel zu vernehmen*.
3. Hat der Sachverständige den Angeklagten nicht schon früher untersucht, so soll ihm dazu vor der Hauptverhandlung Gelegenheit gegeben werden.

## Die notwendigen Maßnahmen in der Strafvollstreckung

Eine solche Änderung des § 246a StPO würde sich dann als **besonders opfer-schützend** erweisen, wenn die notwendigen Interventionen nicht nur in der Hauptverhandlung festgestellt, sondern aufgrund einer gerichtlichen Anordnung im Vollstreckungsverfahren auch tatsächlich durchgeführt werden.

Die nach § 9 StVollzG notwendigen Plätze reichen weder aus, noch bieten sie ohne **Anordnungs-zwang** durch die Tatrichter in der Hand der Landesjustizverwaltungen einen den Maßregeln der §§ 63,64 StGB vergleichbaren Schutz. Nachdem historisch die Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Anstalt (§ 65 StGB E) nicht durchsetzbar war, muss heute festgestellt werden, dass therapeutische Angebote im Regelvollzug nicht flächendeckend angeboten werden. Ein Behandlungsauftrag des Gesetzgebers wäre heute aber notwendiger denn je.

Dafür gibt es in der **Schweiz eine nachahmenswerte Vorschrift**. Nach § 56 Schw.StGB kann der Richter therapeutische Maßnahmen anordnen, wenn eine Strafe allein nicht geeignet ist, der Gefahr weiterer Straftaten zu begegnen. Dies ist namentlich dann der Fall, wenn eine schwere psychische Störung vorliegt, eine Behandlungsbedürftigkeit des Täters besteht oder ohne Behandlung die öffentliche Sicherheit gefährdet ist. Die damit verbundenen Eingriffe in die Persönlichkeitsrechte dürfen dabei nicht unverhältnismäßig im Hinblick auf die Wahrscheinlichkeit und die Schwere weiterer Straftaten sein (§ 56 Abs. 2 Schw.StGB). Auch muss sich das Gericht bei seiner Entscheidung über eine Anordnung einer Maßnahme auf eine sachverständige Begutachtung stützen (§ 56 Abs. 3 Schw.StGB).

Diese hat sich auch zu äußern zur Notwendigkeit und den Erfolgsaussichten einer Behandlung, der Art und der Wahrscheinlichkeit weiterer Straftaten und den Möglichkeiten des Vollzugs der Maßnahme. Hinzu kommt, dass es bei unseren Nachbarn ein **breites Spektrum therapeutischer Maßnahmen** gibt, wie z.B. ambulante Therapien, vor, während oder anstelle des Strafvollzugs, stationäre Maßnahmen mit therapeutischem oder, wenn notwendig, sicherndem Charakter. § 56 des Schweizer Strafgesetzbuches lautet:

### Therapeutische Maßnahmen und Verwahrung Art. 56

1. Eine Maßnahme ist anzuordnen, wenn:
  - a. eine Strafe allein nicht geeignet ist, der Gefahr weiterer Straftaten des Täters zu begegnen;
  - b. ein Behandlungsbedürfnis des Täters besteht oder die öffentliche Sicherheit dies erfordert; und
  - c. die Voraussetzungen der Artikel 59–61, 63 oder 64 erfüllt sind.
2. Die Anordnung einer Maßnahme setzt voraus, dass der mit ihr verbundene Eingriff in die Persönlichkeitsrechte des Täters im Hinblick auf die Wahrscheinlichkeit und Schwere weiterer Straftaten nicht unverhältnismäßig ist.
3. Das Gericht stützt sich beim Entscheid über die Anordnung einer Maßnahme nach den Artikeln 59–61, 63 und 64 sowie bei der Änderung der Sanktion nach Artikel 65 auf eine sachverständige Begutachtung. Diese äußert sich über:
  - a. die Notwendigkeit und die Erfolgsaussichten einer Behandlung des Täters;
  - b. die Art und die Wahrscheinlichkeit weiterer möglicher Straftaten; und
  - c. die Möglichkeiten des Vollzugs der Maßnahme.
4. Hat der Täter eine Tat im Sinne von Artikel 64 Absatz 1 begangen, so ist die Begutachtung durch einen Sachverständigen vorzunehmen, der den Täter weder behandelt noch in anderer Weise betreut hat.
5. Das Gericht ordnet eine Maßnahme in der Regel nur an, wenn eine geeignete Einrichtung zur Verfügung steht.
6. Eine Maßnahme, für welche die Voraussetzungen nicht mehr erfüllt sind, ist aufzuheben.

## Weitere Folgerungen für den deutschen Gesetzgeber

Zum Schutz der Bevölkerung vor gefährlichen Gewalt- und Sexualstraftätern bedarf es eines **Ausbaus der Maßregeln**. Dem **Präventionsgedanken** ist bereits bei der **ersten erheblichen strafrechtlichen Auffälligkeit Rechnung** zu tragen. Aufgabe des Strafrechts ist nämlich nicht nur die Ahndung begangener Straftaten, sondern im begrenzten Umfang auch deren Verhütung. Dazu können auch Maßregeln mit geringerer Eingriffsintensität angeordnet werden, wenn sie sich als notwendig erweisen, wie etwa diejenige der Entziehung der Fahrerlaubnis (§ 69 a StGB). Wird heute einem Verkehrsteilnehmer aufgrund Trunkenheit im Straßenverkehr seine Fahrerlaubnis entzogen, so erhält er diese bei Vorliegen von Auffälligkeiten erst dann wieder, wenn er sich einer psychologischen Nachschulung unterzieht. Auf eine solche „Behandlung“ wird in der Praxis hingegen bei gefährlichen Gewalt- und Sexualstraftätern in Deutschland vielfach verzichtet, vielmehr geht man davon aus, diese würden sich ohne weiteres an die Gebote des Rechts halten und entlässt sie ohne jede therapeutische Intervention. Im Sinne eines **modernen Risiko-managements** muss aber bereits in der Hauptverhandlung bei Vorliegen einer Straftat nach § 66 Abs. 3 Satz 1 StGB durch einen Experten eine Gefährlichkeitsprognose erstellt und eine Aussage zur Behandelbarkeit des Täters und zu den hierfür in Betracht kommenden Möglichkeiten getroffen werden.

Ist eine Behandlung indiziert, so kann diese **innerhalb oder außerhalb** des Strafvollzugs durchgeführt werden. Während bei schweren psychischen Störungen innerhalb des Straf- oder Maßregelvollzugs auf die Angebote des Maßregelvollzugs bzw. der Sozialtherapie zurückgegriffen werden muss, kommen für leichtere Störungsbilder – die Personen stehen oftmals am Anfang ihrer kriminellen Karriere – oder den vielfachen Fällen, in welchen sich Straftäter nicht für eine Behandlung in der Sozialtherapie eignen (etwa 30%), auch ambulante Maßnahmen in Betracht.

So beginnen die Therapeuten der von der Behandlungsinitiative Opferschutz (BIOS-BW) e.V. gemeinsam mit dem Psychiatrischen Zentrum Wiesloch getragenen **Forensischen Ambulanz Baden** in Karlsruhe mit ihren Behandlungsmaßnahmen bereits im geschlossenen Vollzug und unterstützen damit die spärlichen Möglichkeiten der finanziell Not leidenden Haftanstalten.

Solche **Angebote** sind nicht nur effektiv, sondern in Anbetracht zu vermeidender Folgekosten auch

**besonders preisgünstig** (80 therapeutische Sitzungen kosten etwa 6.500 Euro).

Die **Notwendigkeit von therapeutischen Maßnahmen** auch außerhalb des Maßregelvollzugs und der Sozialtherapie hat der Gesetzgeber bereits im Bereich der ambulanten Nachsorge anerkannt. Das am 18. April 2007 in Kraft getretene **Gesetz zur Reform der Führungsaufsicht** sieht nunmehr ausdrücklich die Möglichkeit vor, einen Verurteilten anzuweisen, sich psychiatrisch, psycho- oder sozialtherapeutisch betreuen zu lassen und sich hierzu in eine Forensische Ambulanz zu begeben. Die hierdurch eingeräumte Möglichkeit der Behandlung von Straftätern nach Haftentlassung reicht jedoch bei weitem nicht aus, vielmehr muss in einem weiteren Schritt durch den Bundesgesetzgeber die Verpflichtung zur Feststellung von psychischen Störungen von gefährlichen Gewalt- und Sexualstraftätern im Strafverfahren geschaffen und diese in den dafür in Betracht kommenden Fällen auch auf deren psychotherapeutische Behandlung innerhalb und außerhalb des Strafvollzuges ausgedehnt werden.

Ein solcher Schritt wird aus der Sicht der **forensischen Praxis die Rückfallquote deutlich senken** und eine verfassungsrechtlich bedenkliche weitere Verschärfung der Maßregel der Sicherungsverwahrung als verzichtbar erscheinen lassen. Hinzu kommt, dass sich dieser schärfste Eingriff des Staates in das Freiheitsgrundrecht im Lichte des Grundgesetzes **dauerhaft nur dann als verhältnismäßig erweisen kann**, wenn sich der Verurteilte entweder von vornherein als nicht therapierbar erweist oder aber zuvor alle therapeutischen Interventionen unternommen worden sind. Verdeutlicht man sich dann noch die gegenwärtige Praxis, dass Strafgefangene mit anschließender Siche-

rungsverwahrung weder im Straf- noch im Maßregelvollzug während ihrer Inhaftierung therapeutische Interventionen erhalten und „de facto“ nur verwahrt werden, so wird offensichtlich, dass allein eine Verschärfung der Maßregel der Sicherungsverwahrung weder rechtsstaatlichen Anforderungen genügen noch dem berechtigten Sicherheitsbedürfnis der Allgemeinheit gerecht werden kann.

Wenn schon eine Einführung der sozialtherapeutischen Anstalt nicht möglich ist, könnte eine neue Vorschrift über therapeutische Maßnahmen weiterhelfen:

### § 65(a) Therapeutische Maßnahmen

1. Eine ambulante oder stationäre psychotherapeutische Maßnahme ist anzuordnen, wenn
  - a. die Voraussetzungen des § 66 Abs.3 Satz 1 StGB vorliegen;
  - b. eine Strafe allein nicht geeignet ist, der Gefahr weiterer Straftaten des Täters zu begegnen;
  - c. ein Behandlungsbedürfnis des Täters besteht oder die öffentliche Sicherheit dies erfordert und
  - d. der mit ihr der therapeutischen Maßnahme verbundene Eingriff in die Persönlichkeitsrechte des Täters im Hinblick auf die Wahrscheinlichkeit und Schwere weiterer Straftaten nicht unverhältnismäßig ist.
2. Die Anordnung unterbleibt, wenn eine therapeutische Maßnahme als von vornherein aussichtslos erscheint.

#### Adresse der Autoren

Klaus Michael Böhm, Behandlungsinitiative Opferschutz (BIOS-BW) e.V. Oberlandesgericht Karlsruhe, Hoffstrasse 10, 76133 Karlsruhe, mail:

boehm@olgkarlsruhe.justiz.bwl.de, web: www.bios-bw.de

Dr. Axel Boetticher, Vorholzstr. 28, 76137 Karlsruhe; mail: mail@axel-boetticher.de

# Max Weber und die (Sexual)Pathologien der Moderne\*

Sonja Vogel, Rainer Alisch

## Max Weber and the (Sexual) Pathologies of Modernism

### Abstract

In connection with the 500th anniversary of the birth of the theologian Johannes Calvin (1509-64) attention has also been turned to the most important German sociologist Max Weber (1864-1920) and his thesis of the genesis of modern capitalism out of the "spirit of Protestantism". This text raises the question, based on Weber's biography, about the extent to which Weber's sexual pathologies may have determined his perception and elaboration of industrial modernization, and presents Weber's suffering as prototypical of consequences of modernization that still exist today.

*Keywords:* Rationalization, Protestantism, Ethics, Sexual Disorders, Neurasthenia, Emotion, Depression

### Zusammenfassung

Im Zusammenhang mit dem 500. Geburtstag des Theologen Johannes Calvin (1509–64) ist auch der wichtigste deutsche Soziologe Max Weber (1864–1920) und dessen These von der Entstehung des modernen Kapitalismus aus dem „Geist des Protestantismus“ wieder in den Blick geraten. Der Text thematisiert zum einen anhand der biographischen Daten die Frage, wie weit die sexuellen Pathologien Webers seine Wahrnehmung und Verarbeitung der industriellen Modernisierung bestimmt haben und stellt das Leiden Webers prototypisch für bis in die Gegenwart reichende Modernisierungsfolgen dar.

*Schlüsselworte:* Rationalisierung, Protestantismus, Ethik, sexuelle Störungen, Neurasthenie, Emotion, Depressionen

Als Max Weber 1904 mit einer Delegation deutscher Wissenschaftler in die USA reist, ist er begeistert. Wie vielen Liberalen seiner Zeit galt auch ihm die ameri-

kanische Gesellschaft gegenüber dem rückständigen Deutschland als Vorbild. Er ist fasziniert von der fortgeschrittenen Industrialisierung und ihren Folgen, vom beißenden Qualm, der über den Städten hängt, vom Schmutz, aber auch von den brutalen, offen zu Tage tretenden Klassengegensätzen.

Während einige der Kollegen unter den ungewohnten Eindrücken die USA-Reise abbrechen, beachtigt Weber die Chicagoer Schlachthöfe, die für ein neues beschleunigtes und erbarmungslos mechanisiertes Konzept menschlicher Arbeit standen. Auf dem Weg zur Konserve, schreibt Weber, passieren die Rinder auf einem Fließband die Arbeiter, die „im Tempo der Arbeit an die Maschine gebunden sind, die Fleischbrocken an ihnen vorbei zieht. Man sieht ganz unglaubliche Arbeitsleistungen in dieser Atmosphäre von Qualm, Kot, Blut und Fellen, in der ich (...) herumbalanzierte, um nicht im Dreck zu ersaufen.“ (Weber zit.n. Rehmann 1998, 24)

Ganz besonders hatte es Weber aber eine spezifische ‚Nacktheit‘ der Gesellschaft angetan, die im Deutschen Reich zu dieser Zeit verborgen und verdrängt war – die Prostitution, in Deutschland galt sie seit 1901 als sittenwidrig: „Die ganze gewaltige Stadt (...) gleicht (...) einem Menschen, dem die Haut abgezogen ist, und dessen Eingeweide man arbeiten sieht. Denn man sieht alles – abends z.B. in der Nebenstraße der City die Dirnen ins Schaufenster bei elektrischem Licht gesetzt nebst Preisangabe!“ (Weber zit.n. ebd., 22)

Jene derbe Nacktheit, die in der Beschreibung der Stadt gleichsam deren Bewohner zu charakterisieren scheint, kehrt schamlos deren Inneres – ein Hybrid aus Mensch und Maschine – nach außen.

Das Bild der Dirne, das Anpreisen, Ausleuchten und zur Schau stellen sexueller, damals ausschließlich weiblicher, Körper lässt eine in den Debatten um Rationalisierung häufig vernachlässigte Dimension der Moderne hervortreten: die neuen Formen einer ambivalenten Sinnlichkeit und des Begehrens. Oder anders: Wie muss ein Subjekt beschaffen sein, um in einer solchen Atmosphäre nicht von Ekel und Befremden überwältigt zu werden und sich der geradezu unmenschlichen Versachlichung nicht nur zu fügen, sondern sie auch noch zu forcieren?

\* Der Text ist aus einer Arbeit entstanden, die im Rahmen des Seminars „Pathologien der Moderne. Modernisierungsängste und Verunsicherungen des männlichen Vernunftsubjekts am Beginn des 20. Jahrhunderts“ angefertigt wurde. (WS 2007/08, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Universitätsklinikum Charité, Freie- und Humboldt-Universität Berlin, Leitung Birgit Dahlke und Rainer Alisch)

## Die Protestantische Ethik und der Geist des Kapitalismus

Unter den Eindrücken seines Aufenthaltes in den USA beendet Weber die um 1900 begonnene Arbeit *Die Protestantische Ethik und der Geist des Kapitalismus*. Weber fragt hier nicht nur danach, welche Glaubensformen dazu beitrugen, einen Menschentyp auszubilden, der eine ökonomische Modernisierung entfesseln konnte, sondern arbeitet sich selbst am ‚idealtypischen‘ Ethos dieses neuen Subjektes ab. Dessen Ur-Formen vermeinte er bei den aus Europa nach Amerika ausgewanderten puritanischen und calvinistischen Sekten gefunden zu haben, die Affektkontrolle und Selbstdisziplin in rationale Lebensführung transformiert hätten (vgl. Arndt, 2007, bes. 128–133).

Entscheidend wurde Weber zufolge der Bruch, den die Sekten mit den alten Glaubenssicherheiten des Katholizismus, aber auch des Luthertums vollzogen hatten. An die Stelle passivierender, innerlicher Heilsgewissheiten hinsichtlich der Frage ‚Bin ich ein würdiger Mensch?‘ sei für die neuen Gläubigen ein existenzieller, angstdurchsetzter Zweifel getreten. Sie lebten in ‚permanenter Unsicherheit, und ohne zu wissen, ob ihr Leben zu ewigen Höllenqualen führen wird.‘ (Sennett 1998, 140) Um die Ungewissheit über den eigenen Gnadenstand abzumildern, hätten die Gläubigen sich eine bittere Medizin verabreicht: ‚(U)narmherzige, auf die Zukunft ausgerichtete Arbeit‘. (Ebd., 140) Müßiggang, Schwäche und die Mächte des inneren Chaos seien fortan nicht mehr durch ein institutionalisiertes Korsett aus Vorschriften, Strafen und Versprechungen bekämpft worden, sondern durch unerbittliche Zeiteinteilung und systematische, individuelle Selbstkontrolle. Zwar habe es dafür Vorbilder gegeben – beispielsweise das ‚religiöse Tagebuch‘. Doch diene es damals lediglich der ‚autoritären Leitung‘ – ‚der reformierte Christ (‚fühlte‘ sich) mit seiner Hilfe *selbst* den Puls.‘ (Weber 1904/05, 106)

Die Essenz der Weberschen Erzählung fließt im Bild vom ‚Unternehmer ‚neuen Stils‘‘ (Ebd., 57) zusammen, der eine asketische Gesinnung kultiviert habe, in der der ‚Erwerb von Geld und immer mehr Geld (...) rein als Selbstzweck gedacht‘ (Ebd., 41) wird, eine Gesinnung, die sich ‚(m)it voller Gewalt vor allem gegen eins (richtet): das *unbefangene Genießen* des Daseins und dessen, was es an Freuden zu bieten hat.‘ (Ebd., 145f) Als Kehrseite dieser Entsagung propagiert Weber, dass nur ein ‚ungewöhnlich fester Charakter vor dem Verlust der nüchternen Selbstbeherrschung und vor moralischem wie ökonomischem Schiffbruch bewahren‘ (Ebd., 57) kann.

Inwiefern spricht Weber hier über sich selbst? Zwar hatte er seine Ausführungen als ‚überaus nüchterne Darlegungen (und) der Absicht nach streng empirische Studien‘ eingeführt und ‚kleine persönliche Kommentare‘ (Ebd., 22f) entschieden zurückgewiesen. Doch an diesen Selbstauskünften sind Zweifel angebracht. Vielmehr scheint die immer wieder thematisierte ‚Selbstkontrolle‘ (Ebd., 97, 101, 109) auch auf Erfahrungen mit dem eigenen ‚Selbst‘ zu beruhen, scheint die *Ethik* ein Spiegel zu sein, in den Weber als er sie verfaßte, eher nicht zu schauen vermochte.

## Brüchiges Leben

Als 2005 die große Weber-Biographie des Historikers Joachim Radkau erschien, zeigte sich die Zunft der Weber-Forscher wenig beglückt. In seiner *Spiegel*-Rezension (4/2006, 143f) fasste der Marburger Soziologe Dirk Kaesler die strittige Konstellation prägnant zusammen: ‚Derjenige, der sich in einer seriösen Biographie sehr detailliert in die persönlichen – zumeist recht banalen – Konstellationen des Intimlebens seiner Heldin oder seines Helden hineinbegibt, muss zeigen, dass diese Perspektive tatsächlich ein erhellendes Licht auf das Werk, um das es geht, wirft.‘ Anders gesagt, es geht um den Vorwurf, Radkau habe ‚zum halbseidenen Vergnügen des Publikums (...) das Webersche Œuvre als schiere Übersetzung seines Sexlebens vorgeführt.‘ (Kaesler, 144)

In der Tat lautet eine der Annahmen Radkaus, Webers Werk – besonders die These vom Zusammenhang zwischen asketischem Puritanismus und modernem rationalem Kapitalismus – ergebe ‚sich (eindeutig) weder aus reiner Logik noch aus dem Wortlaut der Quellen‘, sie sei vielmehr ‚einem leidenschaftlichen Nacherleben‘ (Radkau 2005, 200) entsprungen und könne aus Webers psychischer Konstitution und einer Arbeitspraxis der ‚Selbstquälerei‘ (Ebd., 203) abgeleitet werden.

Obwohl dies erstmal wenig glaubhaft klingt, lässt sich das Rationalitätsparadigma mit Webers ‚Krankengeschichte sexualpathologischer Qualen‘ (Kaesler, 143) durchaus synchronisieren, lässt sich gerade an Webers Biographie der individuelle Preis errahnen, der mit Weber beim Eintritt in die individuelle Moderne zu entrichten war.

Nachdem Weber sich über mehrere Jahre nicht in der Lage sah, seine Vorlesungen abzuhalten, schied er 1903 schließlich aus dem Hochschuldienst aus. Die Arbeitsunfähigkeit, die mit einer diffusen Unruhe begann, leitete eine leidvolle Krankheits-Odyssee

ein. Weber litt im Laufe der nächsten Jahre unter vielem: schwerer Schlaflosigkeit, Niedergeschlagenheit, Unruhe, schließlich Lethargie bis zur Unfähigkeit die eigenen Angelegenheiten zu regeln – und wie sich heute sagen liesse – an einer unausgelebten Sexualität.

Nach wiederholten Kuraufenthalten, verfehlten Therapien – z.B. damals gängigen Kaltwasser- und „Elektrischer“-Behandlungen für einen besseren Schlaf –, „Medikamenten“-Einnahmen (Brom-, Heroin-, und Opiumpräparate, die Webers Leben erheblich verkürzt haben dürften) und daran anschließende Abhängigkeiten, bestimmen Selbstbeobachtungen und Selbsttherapie sein Leben. Weber protokollierte seinen Schlaf und setzt ihn ins Verhältnis zu seinem Tagesablauf, mit der Folge, dass er sich nach Tätigkeiten, denen man eine ‚Schlaf raubende‘ Wirkung nachsagte – ein Spaziergang, eine anregende Lektüre – schuldig fühlte und sich einen anderen Umgang mit sich selbst verordnete – allerdings nicht so wie es eine *Protestantische Ethik* erwarten liesse, dazu fühlte sich Weber nicht mehr in der Lage (Vgl. Radkau 2005, 266).

„Schlaf“, so Radkau, wurde „zum Angelpunkt der Selbstdiagnose (...), zum Ausgangspunkt der Reflexionen über die gesamte Lebensweise“, wobei Schlaflosigkeit einerseits nichts Peinliches hatte, andererseits aber doch als „Chiffre für sexuelle Beunruhigungen“ – gemeint sind vor allem die nächtlichen „Pollutionen“ (Ebd., 264, 273) – fungieren konnte.

Webers Ehe scheint weder von seiner Schlaflosigkeit noch von der gelebten sexuellen Askese bedroht gewesen zu sein, im Gegenteil. Marianne Weber, die gern Ärztin geworden wäre und gleichfalls an Schlafstörungen litt, führte Buch über die nächtlichen Samenergüsse ihres Mannes – die „Dämonen“, ‚Plagegeister‘, ‚Katastrophen‘“ (Ebd., 273) –, die diesen zutiefst ängstigten und als Auslöser für seine Erschöpfung galten<sup>1</sup>. Sie wurde so Teil eines Paktes gegen die Natur, der sich erst am Lebensende Webers mit seinen beiden Geliebten Mina Tobler und Else Jaffé<sup>2</sup> auflöste, sich aber auch bis in Webers Kampf gegen den „Naturalismus“ in den Sozialwissenschaften verfolgen lässt.

Doch was bestimmte – von diesem Hintergrund her – Webers wohlwollende Faszination der warenförmigen Inszenierung des sexuellen Körpers in den Straßen Chicagos? Und inwieweit lässt sie sich mit der Askese-Forderung verbinden, die dem Puritanismus zugesprochen wurde?

<sup>1</sup> Als ultima ratio wird auch die „Kastration“ erwogen (Vgl. Radkau, 2005, 289).

<sup>2</sup> Else Jaffé war 1907 die Geliebte von Otto Gross [Vgl. *Sexuologie*, Heft 2 (1) 1994, 113ff] dessen Text Weber damals für eine Publikation ablehnte (Vgl. Radkau 2005, 300).

Radkau beurteilt die historische Stringenz der Weber-These eher zurückhaltend: Immer wieder seien ihr Belege dafür entgegengehalten worden, „daß der Geist der puritanischen Prediger von dem der auf Kapitalakkumulation versessenen Geschäftsleute durch eine Welt getrennt war“, der „Konnex zwischen Puritanismus und Kapitalismus“ sei nicht vom „Geist“ gestiftet worden, sondern sei „naturwüchsige(r) Art“ – „eine unbeabsichtigte Wirkung der Askese und strengen Lebensmethodik auf das menschliche Naturrelle bis in die kommende Generation.“ (Ebd., 330)

Diese Skepsis gegenüber dem kausalen Schluß von „Geist“ zum „Kapitalismus“ wertet auch Radkaus These vom „Nacherleben“ als methodischem Schlüssel zu Webers Werk noch einmal auf.

Edmund Leites hat Webers Rationalisierungsbegriff am Material puritanischer Beziehungsmodelle überprüft. Er zitiert eine Äußerung Webers zu einem Vortrag, der die Frage der „sittlichen Statthaftigkeit“ der „hygienischen Prostitution“ thematisiert. Unter Verweis auf die dichterische Verklärung der Prostitution durch Faust und Gretchen habe Weber vermerkt, dass die „Behandlung Gretchens als einer Prostituierten und die ‚Gleichstellung des mächtigen Waltens menschlicher Leidenschaften mit dem Geschlechtsverkehr gesundheitshalber‘ durchaus dem puritanischen Standpunkt entsprechen.“ (Leites 1988, 113)

Leites widerspricht dieser Sichtweise entschieden: „Weber irrt sich; die Puritaner waren dem leidenschaftlichen Begehren und dem erotischen Verlangen nach einander aufgeschlossen, ja, es war ihnen heilig und verlieh dem puritanischen Ehebett einen Lebenssinn, der weit tiefer reichte, als daß die Psychologie ihn hätte erfassen können.“ (Ebd., vgl. auch Radkau 2005, 336f)

Wenn Radkau mit Blick auf Weber postuliert, dass „der ‚normale‘ Mann seine Sexualität bis zu einem gewissen Grade dem eigenen Willen unterwerfen kann (...), Weber seine animalische Natur als eine wilde, unbeherrschbare Macht“ (Radkau 2005, 276) entgegentrat, dann ergänzt dieses Bild die Deutungen, die Leites anbietet. Für Leites verfügte Weber über zwei Deutungsvarianten des Sexuellen: Er konnte es entweder zum Residuum des Irrationalen verklären, das tragisch mit der Rationalität verstrickt ist (Vgl. Leites 1988, 212, Endnote 45), oder es versachlichen. Das Sexuelle in moderner Weise<sup>3</sup> als ein „medi-

<sup>3</sup> Um die Weberschen Sexualvorstellungen zu illustrieren, zitiert Leites aus der Autobiographie Bertrand Russels, dessen Eltern für ihn als Inbegriff der „Modernen“ gelten. Diese hätten für den Bruder einen Hauslehrer angestellt, der sich in einem „fortgeschrittenen Stadium der Schwindsucht“ befand. Um ihm dennoch die Erfahrung der Sexualität zu ermöglichen, habe die Mutter ihm erlaubt, „mit ihr zusammenzuleben, obwohl mir nichts bekannt ist, was darauf schließen ließe, daß

zinische(s), physiologische(s) oder hygienische(s) Phänomen“ (Ebd.) anzusehen, bildet somit die Kehrseite des Versuchs der warenförmigen Bändigung, die das Sexuelle in den Straßen Chicagos erfuhr.

Und die neue Sinnlichkeit des Kapitalismus verhiess ein instrumentelles Verhältnis zum (individuellen) Begehren und damit dessen Kontrollierbarkeit in Anbetracht der neuen Formen seiner Virulenz<sup>4</sup>. Was vormals als schmutzig galt und gegen die guten Sitten verstieß, trat offen im sauberen Gewand eines abstrakten Tauschgeschäfts zu Tage. Diese neue Sinnlichkeit mag auch bedingt haben, dass es mit Webers Amerikareise zu einer (wenn auch nur vorübergehenden) Besserung der Leiden kam: Wieder ganz dem bürgerlichen Berufsideal verpflichtet, wuchs sein Arbeitsenthusiasmus – erstmals konnte er wieder vor Publikum sprechen und beendete drei Monate nach der Reise auch den zweiten Teil der *Protestantischen Ethik*.

## Weber ein „Neurastheniker“?

*Neurasthenie* als Bezeichnung für das Leiden, das Weber arbeitsunfähig machte, wurde ihm erstmals 1900 diagnostiziert. Die damit verbundenen leidvollen, kulturell vermittelten Erfahrungen teilte er mit vielen Zeitgenossen. Die Diagnose von vielfältigen Symptomen als „Nervenschwäche“, wie ein anderer Begriff lautete, als Massenphänomen, als so genannte ‚Kultur‘- oder ‚Zeitkrankheit‘ wurde durch wissenschaftliche Erkenntnisse, zum Beispiel die Entdeckung des Nervensystems als ‚Kontrollsystem‘ überhaupt erst möglich. Am Beispiel der Neurasthenie wird aber auch deutlich, dass Krankheiten mehr sind als ein biologischer Zustand, dass ihr Entstehen vielfältig kulturell determiniert ist.

Die Wahrnehmung der Neurasthenie verlief parallel zu einer Welt im Wandel, zu moderner Stresserfahrung und permanenter Überforderung durch die

sie daran Freude gehabt hätte.“ (Zit.n. Leites 1988, 212, Endnote 45). Vgl. dazu auch die Aufnahme des Puritanismus bei Marianne Weber, die in der „Zucht des männlichen Trieblebens“ eine „Verfeinerung des seelischen Verhältnisses der Geschlechter“ begründet sieht. (Zit.n. Radkau, 2005, 322)

<sup>4</sup> Mitgedacht werden müssen hierbei die Debatten um homosexuelles Begehren als Frage von menschlicher Degeneration, kulturellen, sowie politischen Verfalls [vgl. J.-U. Bock, K.M. Beier, Albert Eulenburg – Wegbereiter der Sexualwissenschaft, *Sexuologie* 8 (2) 2001 78–87, bes. 83ff.], Freuds „Entdeckung“ des Unbewußten, sowie dessen in den *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie* formulierte Genealogie des Normalen aus dem Abweichenden.

Verdichtung von Zeit und Raum mittels neuer Fortbewegungs- und Kommunikationsmöglichkeiten sowie zersplitterter Arbeitsabläufe.

Hinzu kam, dass Begriffe und Denkmodelle aus der technischen Sphäre auf den menschlichen Körper übertragen wurden: Der Mensch stand ‚unter Strom‘, ‚unter Druck‘ oder lief mit ‚Volldampf‘. Rudolf Diesel, Erfinder des Dieselmotors, wurde von seinem Sohn beispielsweise als „ewig gehetzte(r) Hochdruckmensch“ charakterisiert, wie Radkau (1998, 10) erwähnt, der zu dem Phänomen der Nervosität eine eigene Studie verfaßt hat. Wenn er Neurasthenie dahingehend charakterisiert, dass sie „einem ganzen Bündel von Beschwerden einen Sinn (gab)“ (Ebd., 12), ohne dass dieser Sinn Ruhe verschafft hätte, dann umreißt er das Phantasmagorische dieses Krankheitsbildes, das es auch für die Webers hatte.

Marianne Webers Rede von der „sexuellen Neurasthenie“ (Zit.n. Radkau 2005, 279) liegt die Annahme zugrunde, die nächtlichen „Pollutionen“ wären Folge einer chronischen Überreiztheit des gesamten Nervenapparates. Der Umkehrschluß, – den die Ärzte durchaus nahelegten – die ‚Störungen‘ könnten etwas mit unausgelebter Sexualität zu tun haben und somit mit dem partnerschaftlichen Zusammenleben, blieb den Webers versperrt. Marianne hoffte auf eine glückliche Ehe ohne Sex, auf einen Willenssieg des Geistes über den Körper.

Für Weber verliefen die Fronten etwas anders. Neben dem Gefühl, dem Körper ausgeliefert zu sein, dominierte die Angst um den „Geist“<sup>5</sup>, die wiederum auch seine Selbstreflexivität als Wissenschaftler antrieb. In diesen Zusammenhang gehört auch seine Rezeption der *Grundlinien einer Psychologie der Hysterie* (1904) des Nervenarztes Willy Hellpach. Hysterie galt zunächst als *das* ‚Frauenleiden‘ schlechthin. Nachdem die Entstehung nicht mehr somatisch gedacht wurde, konnten ihre Symptome auch auf Männer übertragen werden, als Spielart der Neurasthenie. Diese Linie hatte – wie Radkau schreibt – für Weber neben den „peinlichen, (...) auch tröstliche Seiten“ (Ebd., 305). Hellpachs Leistung bestand für Weber nun darin, die „historische Überwindung“ der „Nervendinge“ (Ebd., 306) zu annonciieren. Wenn Hysterie ein historisierbares psychopathologisches Geschehen ist, d.h., letztlich auf Vorstellungen beruhte, dann konnte der ‚Geist‘ das naturhafte der ‚Psyche‘ überwinden.

<sup>5</sup> Weber erkrankte als Kind an Gehirnhautentzündung, die damals syphilitisch konnotiert war, hinzu kommen die Phantasmen über die Folgen der Onanie, die bei Weber freilich eine eigene Zwanghaftigkeit auslösten (Vgl. Radkau 2005, 45f, 291, 298f, 312).



## 100 Fragen? 100 Antworten!



2009. 331 S.,  
1 Tab., Kt  
€ 24,95 /  
CHF 42,00  
ISBN 978-3-  
456-84672-9

Brigitte Vetter

### **Pervers, oder?** Sexualpräferenzstörungen – 100 Fragen 100 Antworten Ursachen, Symptomatik, Behandlung

Um sich für dieses Buch zu interessieren, brauchen Sie nicht «pervers» zu sein. Vielleicht haben Sie nur Fragen, weil Sie Betroffene kennen oder weil Sie beruflich damit beschäftigt sind oder aus ganz anderen Gründen mehr erfahren möchten.



2008. 263 S., Kt  
€ 19,95 /  
CHF 33,90  
ISBN 978-3-  
456-84555-5

Brigitte Vetter

### **Sexuelle Störungen** 100 Fragen 100 Antworten Ursachen, Symptomatik, Behandlung

Fachlich fundiert und leicht verständlich geschrieben beantwortet eine erfahrene Psychotherapeutin Fragen zu den Ursachen, der Symptomatik und den Behandlungsmöglichkeiten sexueller Störungen.

«Rundum empfehlenswert.»  
*Gehirn & Geist*

Erhältlich im Buchhandel oder über  
[www.verlag-hanshuber.com](http://www.verlag-hanshuber.com)

HUBER



## Das stählerne Gehäuse

Das System der Arbeitsaskese, das Weber in der *Protestantische Ethik* entwirft, endet mit einem apokalyptisch-düsteren Ausblick: Die Wirtschaftsordnung sei zu einem „mächtigen Kosmos“ geworden, der „den Lebensstil aller einzelnen, die in dies Triebwerk hineingeboren werden (...), mit überwältigendem Zwange bestimmt und vielleicht bestimmen wird, bis der letzte Zentner fossilen Brennstoffs verglüht ist.“ (Weber, 1904/05, 159f) Unmittelbar daran nimmt Weber nochmals die Frage auf, wie Kapitalismus und Religion miteinander verbunden sind. Allerdings ist es nicht mehr der ‚Ursprung‘, der ihn interessiert, sondern die Konsequenz dieses Verhältnisses: „Nur wie ein dünner Mantel, den man jederzeit abwerfen könnte“, sollte „sich die Sorge um die irdischen Güter um die Schultern (der) Heiligen legen“ – die Arbeit diene ja lediglich als Weg zum Heil –, doch das „Verhängnis“ ließ daraus ein „stahlhartes Gehäuse“ werden.

Als Weber diese Vision formulierte, befand er sich zwar in einer produktiven Hochphase, war aber weit davon entfernt in einer Weise zu funktionieren, wie er dies für seine asketischen Heroen entworfen hatte<sup>6</sup> – die vegetative Natur in einem rationalen Akt qua ‚Geist‘ zu beherrschen. Dem Gegenmodell dazu, den Kapitalismus auf naturhafter, menschlicher ‚Geldgier‘ zu begründen – gegenwärtig wird ja die Finanzkrise so erklärt –, hatte er entschieden widersprochen.<sup>7</sup> Wenn Weber also von einem „Verhängnis“ spricht, das ein „stahlhartes Gehäuse“ hervorbringt, woran könnte er gedacht haben? Möglicherweise formulierte er, wie er sich selbst in der Subjektgeschichte des Kapitalismus verortet hätte: Beruhte die Askese zunächst auf ‚freier‘ Entscheidung, so wurde sie für die nachfolgenden Generationen zu einem durch Erziehung vermittelten inneren Zwang, zum „Gehäuse“ – oder wie es sich mit Sennett formulieren liesse: Das „Gehäuse“ könne sich „zu einem Gefängnis, aber auch zu einer psychologischen Heimat entwickeln.“ (Sennett, 2005, 30), die allerdings – so müsste man mit Blick auf Weber ergänzen – eher auf den pathologischen Anlagen des Menschen beruht und auf der Prämisse, dass es auch Lust bereitet, sich zu quälen.

## Und heute? Emotionaler Kapitalismus und Depression

Im Kontext der Weberschen Biographie illustriert die *Protestantische Ethik* jene Dynamik, die entsteht, wenn Natur unterdrückt wird, die gefesselten Anlagen jedoch mit den Mechanismen ihrer Unterdrückung zusammenspielen. Den Ausgang dieses menschlichen Großexperiments hielt Weber offen: „Niemand weiß noch, wer künftig in jenem Gehäuse wohnen wird und ob am Ende dieser ungeheuren Entwicklung ganz neue Propheten oder eine mächtige Wiederge-

<sup>6</sup> „Die puritanische – wie jede ‚rationale‘ Askese arbeitet daran, den Menschen zu befähigen, seine ‚konstanten Motive‘, insbesondere diejenigen, welche sie selbst ‚einübten‘, gegenüber den ‚Affekten‘ zu behaupten und zur Geltung zu bringen (...).“ (Weber 1904/05, 101f)

<sup>7</sup> „Die ‚auri sacra fames‘ ist so alt wie die uns bekannte Geschichte der Menschheit; wir werden aber sehen, daß diejenigen, die ihr als Trieb sich vorbehaltlos hingaben (...) keineswegs die Vertreter derjenigen Gesinnung waren, aus welcher der spezifisch moderne kapitalistische ‚Geist‘ als Massenerscheinung – und darauf kommt es an – hervorbrach.“ (Weber, 1904/05, 45)



burt alter Gedanken und Ideale stehen werden (...).“ (Weber, 1904/05, 160)

Hundert Jahre später haben besonders Soziologen im Anschluß an Weber es immer wieder unternommen, die Bewohner des „Gehäuses“ und ihre Rationalitätsformen, mit denen sie sich eingerichtet haben, zu analysieren.

So beschreibt Eva Illouz in welcher Weise die *Emotionalität* menschlicher Beziehungen – in der *Protestantischen Ethik* waren sie als „Angstaffekte“ für das „rastlose Jagen“ (Weber, 1904/05, 94, 58) verantwortlich –, die gegenwärtige Transformation des Kapitalismus in einen „emotionalen Kapitalismus“ bestimmen – besonders in den Erscheinungsformen, die ein „öffentliches emotionales Selbst“ (Illouz, 13) voraussetzen, wie etwa die Internettechnologien.

Neu gegenüber Weber ist also nicht der Aspekt der Emotionalität an sich, sondern es sind die ‚Objekte‘, denen die Emotionalität zugeordnet wird. Bildete zu Webers Zeiten die Privatheit, besonders in Form der bürgerlichen Familie, eine von der Ökonomie weitgehend abgeschottete Sphäre und damit auch eine vermeintlich emotional ‚heile‘ Welt, so erkennt Illouz für die Gegenwart, eine „diskursive *Kontinuität zwischen Familie und Arbeitsplatz*“. Diese habe sich einerseits seit den 40er Jahren über den „therapeutischen“ und den „feministischen Diskurs“, die sich den „Pathologien des Selbst“ widmeten, andererseits über den Aufstieg der Psychologie zur Managementtheorie herausgebildet. Dadurch hätten sich auch die emotionalen Kulturen neu geordnet, indem „das ökonomische Selbst emotionaler und die Emotionen instrumenteller“ geworden seien. (Illouz 2007, 43, 41)

Folgt man der Charakteristik, die Radkau der Weberschen Rationalität zuordnet, scheinen die Differenzen der bei Weber und Illouz zugrunde liegenden Begriffe von Rationalität dennoch eher marginal: Weber – so Radkau (2005, 331) – kenne „aus eigener Erfahrung keine Vernunft, die ein- für allemal die Leidenschaften überwindet, sondern nur eine Ratio, die mit den Leidenschaften Symbiosen eingeht.“ Wenn dies so ist, warum hat Weber dann nicht das Nächstliegende vermocht, die Arbeit libidinös zu besetzen – fehlte ihm dazu nur ein sprachlich vermit-

telter Erfahrungshorizont, den er vielleicht nur durch den Ausbruch aus der ‚Heiligen Familie‘ (Karl Marx) hätte erlangen können?

Das Webersche „Gehäuse“ bot Sicherheit, auch emotional, was aber wenn es zerbricht, wenn wir – wie der französische Soziologe Alain Ehrenberg fragt – vor dem Problem der „Grenzziehung“ stehen: „zwischen dem Erlaubten und dem Verbotenen, dem Möglichen und dem Unmöglichen, dem Normalen und dem Pathologischen“? Ehrenberg, der mit seiner Geschichte der *Depression* an die der *Neurasthenie* anknüpft, stellt sie unter ein zentrales Postulat: Die Geschichte habe begonnen, als das disziplinarische Modell der Gesellschaftsteuerung zurücktritt, zugunsten einer „Norm“, die „jeden zu persönlicher Initiative auffordert: ihn dazu verpflichtet, er selbst zu werden“ (Ehrenberg, 4) – und viele damit überfordert. Der Depressive kapituliere somit angesichts der Vielzahl an Möglichkeiten, er sei schlicht erschöpft davon, er selbst werden zu müssen, auch als sexuelles ‚Selbst‘.

## Literatur

- Arndt, M., 2007. Wax Weber und die „deutsche Gemütlichkeit“, in: ZRGG 59, 2.
- Ehrenberg, A., 2004. Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart, Campus Verlag, Frankfurt/Main.
- Illouz, E., 2007. Gefühle in Zeiten des Kapitalismus, Suhrkamp-Verlag, Frankfurt/Main.
- Kaesler, D. 2006, Natur, Nerven, Pollutionen, in: Der Spiegel, (4), 143f.
- Leites E., 1988. Puritanisches Gewissen und moderne Sexualität. Suhrkamp-Verlag, Frankfurt/Main.
- Radkau, J., 1998. Das Zeitalter der Nervosität. Deutschland zwischen Bismarck und Hitler, Darmstadt.
- Radkau, J., 2005. Max Weber. Die Leidenschaft des Denkens, Carl Hanser Verlag, München, Wien.
- Rehmann, J., 1998. Max Weber. Modernisierung als passive Revolution, Argument-Verlag, Hamburg.
- Sennett, R., 1998. Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus, Berlin-Verlag, Berlin.
- Sennett, R., 2005. Die Kultur des neuen Kapitalismus, 2005.
- Weber, M., 1904/05 (2006). Die protestantische Ethik und der „Geist“ des Kapitalismus. Area Verlag, Erfstadt.

### Adressen der Autoren

Sonja Vogel, Institut für Kulturwissenschaft, Humboldt-Universität Berlin, Philosophische Fakultät III, Sophienstraße 22a, 10178 Berlin

Rainer Alisch, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Universitätsklinikum Charité, Freie- und Humboldt-Universität Berlin, Luisenstr. 57, 10117 Berlin

# Das neue „Präventionsprojekt Kinderpornografie“ (PPK): Erweiterung des Berliner Ansatzes zur therapeutischen Primärprävention von sexuellem Kindesmissbrauch im Dunkelfeld

Klaus M. Beier und Janina Neutze

Das „Präventionsprojekt Kinderpornografie“ (PPK) resultiert aus den bisherigen Erfahrungen des „Präventionsprojekt Dunkelfeld (PPD)“, einem 2004 vom *Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin* der Charité initiierten Forschungsprojekt.

Ziel des PPD war und ist es, Männern mit pädophiler Neigung präventiv therapeutische Maßnahmen anzubieten, bevor sie Kinder sexuell missbrauchen. Erste Ergebnisse bestätigen, dass dieses Hilfsangebot von dieser Zielgruppe aufgegriffen wird. Als problematisch erweist sich jedoch, dass unter präventiven Aspekten die Nutzung von Kinderpornografie bislang vernachlässigt wurde: Männer mit pädophiler Neigung sind aufgrund ihrer Präferenzstörung potentielle oder reale Nutzer von kinderpornografischen Materialien.

Ziel des PPK ist es, diese Lücke in der Prävention zu schließen, indem versucht werden soll, potentielle Nutzer von Kinderpornografie therapeutisch zu erreichen, um auf diesem Weg den Konsum von Kinderpornografie zu unterbinden und über die eingeschränkte Nachfrage langfristig auch zu einer Reduktion von sexuellem Kindesmissbrauch beizutragen.

## Das Problemfeld

Repräsentative Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung (Wetzels 1997, Dansky et al. 1997) gehen davon aus, dass 8,6% der Mädchen und 2,8% der Jungen im Laufe ihres Lebens Opfer sexueller Übergriffe geworden sind. Jährlich finden etwa 15.000 Fälle sexuellen Kindesmissbrauchs über eine Anzeige Eingang in

die polizeiliche Kriminalstatistik, die das sogenannte *Hellfeld* beziffert.

Ein anderer Teil der Delikte gegen die sexuelle Selbstbestimmung, die justizbekannt werden, erfüllt den Tatbestand der Nutzung, Verbreitung oder des Besitzes von Kinderpornografie. Laut Zwicke (2000) ist die Online-Verbreitung von Kinderpornografie in den letzten Jahren beunruhigend gestiegen. Wyre (2003) schätzt, dass es in einer Sechsmontatsperiode im Jahr 2001 einen 345%igen Anstieg von Kinderpornografieseiten im Internet gab. Sorge muss in besonderem Maße bereiten, dass Kinderpornografie auch für Menschen mit geringen Computerfertigkeiten immer leichter zugänglich wird. Zudem verweisen Daten aus dem Hellfeld bei 84,5% der einschlägig Inhaftierten auf eine Koinzidenz der Nutzung von Kinderpornografie und in der Vorgeschichte begangenen sexuellen Missbrauchshandlungen (Bourke & Hernandez 2009). In Deutschland machten 2007 Kinderpornografiedelikte 15,7% (N=8832) aller angezeigten Sexualdelikte aus (Bundesinnenministerium 2007). Zum Vergleich: In den USA macht die Nutzung von Kinderpornografie zwei Drittel aller verurteilten Fälle sexueller Ausbeutung von Kindern aus (Motivans & Kyckelhan 2007).

Die Mehrzahl aller Fälle sexuellen Kindesmissbrauchs oder der Nutzung von Kinderpornografie kommt jedoch nicht zu einer Anzeige, sondern bleibt von Justiz bzw. Strafverfolgung unerfasst und taucht in keiner Kriminalstatistik auf – dies ist das so genannte *Dunkelfeld* (Beier et al. 2007). Schätzungen gehen davon aus, dass der Anteil der Taten im Dunkelfeld um ein fünffaches höher liegt als im Hellfeld.

Kinderpornografie beinhaltet in vielen Fällen Bildmaterial zu unbekleideten Genital- oder Analbereichen von Minderjährigen oder zu sexuellen Interaktionen zwischen Erwachsenen und Minderjährigen. Diese Darstellungen haben einen sexuellen Missbrauch zur Voraussetzung (Taylor et al. 2000), weshalb zu befürchten ist, dass dieser Missbrauch als Folge einer regelmäßigen Nachfrage kinderpornografischer Materials steigt.

Vor diesem Hintergrund besteht keinerlei Zweifel darüber, dass es vermehrter gesellschaftlicher Anstrengungen bedarf, um die Nutzung von Kinderpornografie langfristig einzuschränken und somit auch den sexuellen Kindesmissbrauch zu verringern

Aktuell richtet sich das gesellschaftliche Engagement politisch wie finanziell überwiegend auf Täter aus dem *Hellfeld*, indem es neben einer Bestrafung sekundärpräventive therapeutische Maßnahmen mit Sexualstraftätern fokussiert. Die Bemühungen, die sexuelle Ausbeutung von Kindern und Jugendlichen durch die Herstellung, Nutzung und Verbreitung von Kinderpornografie zu stoppen, beschränken sich auf eine Reduktion des Angebotes einerseits und die Bestrafung der Nutzer (ggf. mit Therapieauflagen) andererseits.

Dabei zeigt die klinische Erfahrung aus dem Bereich der forensischen Sexualmedizin, dass rechtskräftig verurteilte Sexualstraftäter für therapeutische Angebote schwerer zugänglich sind, da sie häufig ihr Innenleben vor Therapeuten aus Angst vor rechtlichen Nachteilen im Strafvollzug abschirmen müssen. Auch gehen Experten davon aus, dass sich weder die Nachfrage nach Kinderpornografie noch der vorausgehende sexuelle Missbrauch über diese Maßnahmen eindämmen lassen.

Demgegenüber böte die Unterstützung eines Primärpräventionsansatzes, der sich an selbst-motivierte Männer wendet, ergänzend die Möglichkeit, auf das Angebot an Kinderpornografie über eine Reduktion der Nachfrage einzuwirken. Gleichzeitig senkt dieser Ansatz die Wahrscheinlichkeit, dass betroffene pädophile Männer Kinder selbst missbrauchen, da er darauf abzielt, dass diese Männer die Verhaltenskontrolle über ihre Impulse lernen.

Aus diesem Grund favorisiert die Sexualmedizin primärpräventive Maßnahmen, die therapeutische Unterstützung bei der sexuellen Impulskontrolle anbieten, bevor es zu sexuellem Missbrauch oder Kinderpornografiekonsum kommt. Im Zentrum stehen hier Eigenverantwortlichkeit und Problembewusstsein im Umgang mit der eigenen, pädophilen Sexualpräferenz.

## Die Bedeutung der sexuellen Präferenz

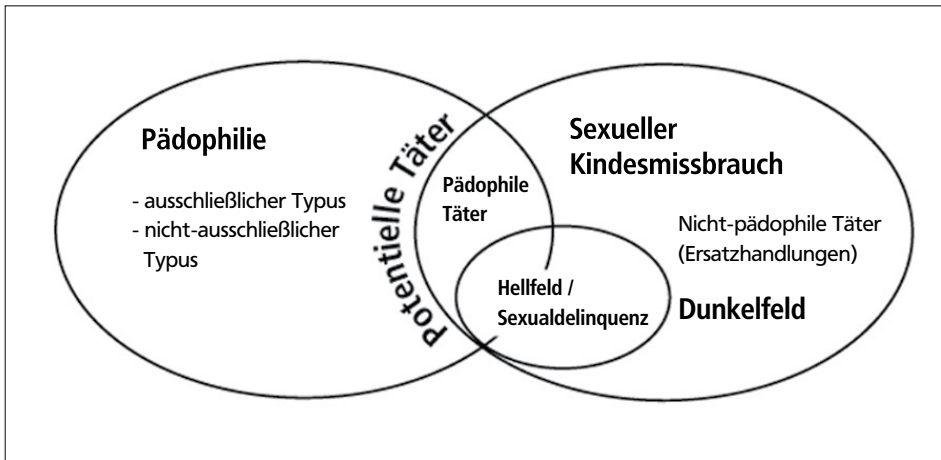
Mit Blick auf Begutachtung, Prognose, Therapie und Sekundärprävention im Hellfeld wird in der Regel nicht ausreichend abgeklärt, welche Hintergrundproblematik zu einem sexuellen Kindesmissbrauch oder der Nutzung kinderpornografischer Materialien führte.

Bei 60% der wegen sexueller Übergriffe auf Kinder inhaftierten Männer lässt sich keine Präferenzstörung im Sinne einer Pädophilie diagnostizieren. Taten werden vielmehr als sogenannte „Ersatzhandlungen“ für eigentlich gewünschte sexuelle Interaktionen mit erwachsenen Partnern begangen, die aus verschiedenen Gründen – etwa auf Grund einer Persönlichkeitsstörung oder einer Intelligenzmindering – nicht sozial adäquat realisiert werden können. Nur 15% der wegen sexueller Übergriffe auf Kinder inhaftierten Männer erfüllen alle diagnostischen Kriterien einer pädophilen Hauptströmung, ca. 25% die einer pädophilen Nebenströmung (vgl. Beier 1995, Bosinski 1997).

Hinsichtlich des sexuellen Kindesmissbrauchs veranschaulicht Abbildung 1, dass nur ein Teil der Delikte auf Täter mit einer pädophilen Neigung zurückgeführt werden kann, wohingegen viele pädophile Männer in der Lage sind, ihre Wünsche nach Sexualkontakten mit Kindern exklusiv auf die Fantasieebene zu beschränken (sog. *potentielle Täter*). Wieder andere haben ihre Impulse bereits auf der Verhaltensebene umgesetzt, sind aber nicht justizbekannt (*Dunkelfeld-Täter*).

Dennoch muss bei Vorliegen einer sexuellen Präferenz für Minderjährige von einem erhöhten Risiko für einen wiederholten sexuellen Kindesmissbrauch ausgegangen werden (Hanson & Morton-Bourgon, 2005). So lagen die Rückfallquoten bei Präferenztätern zwischen 50 und 80% während Täter anderer Motivation nur in 10–30% der Fälle rückfällig wurden (vgl. Beier 1995, Bosinski 1997).

Für die Nutzer von Kinderpornografie ergibt sich bei einer Differenzierung in Präferenztäter und Täter anderer motivationaler Hintergründe nach Abbildung 2 ein anderes Bild als bei Tätern, die sexuellen Kindesmissbrauch begehen (vgl. Abb. 1): Der Anteil von Männern mit pädophiler Neigung an der Gesamtgruppe der Nutzer ist ungleich höher, nicht zuletzt, weil sich Männer mit einer Pädophilie in besonderem Maße durch Darstellungen von Kindern sexuell angezogen fühlen und damit ein erhöhtes Risiko haben, Kinderpornografie regelmäßig zu betrachten,



**Abb. 1** Pädophilie  $\neq$  sexueller Kindesmissbrauch. Der Anteil pädophiler Täter an der Gesamtgruppe von Männern, die Kinder sexuell missbrauchen liegt unter 50%.

herunterzuladen oder zu sammeln (Seto 2006). Dies entspricht auch dem allgemeinen Forschungsstand, demnach jeder Mensch sich von dem pornografischem Material sexuell angezogen fühlt, das seinen sexuellen Fantasien entspricht. Daher begünstigt aus sexualmedizinischer Sicht auch das Vorliegen einer hebephilen Neigung (i. e. die sexuelle Ansprechbarkeit auf das jugendliche Körperschema) eine regelmäßige Kinderpornografie-nutzung.

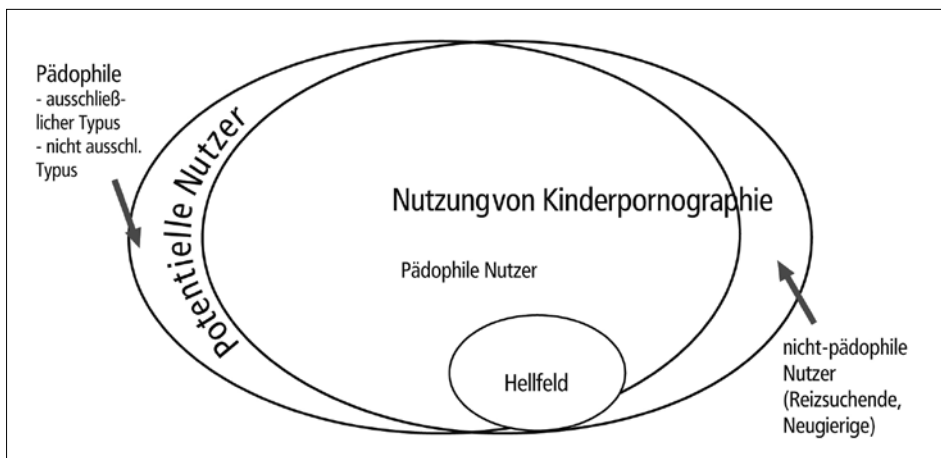
Abbildung 2 zeigt aber auch, das bei einem Kinderpornografiedelikt nicht ungeprüft das Vorliegen einer pädophilen oder hebephilen Neigung angenommen werden darf, weil es in wenigen Fällen auch auf Neugierverhalten, Sensationssuche oder verschiedenen psychischen Problemen zurückgehen kann.

Die Zusammenhänge von Sexualpräferenz und sexuellem Verhalten beunruhigen zusammenfassend umso mehr, als ersten epidemiologischen Daten zufolge die Prävalenz pädophiler Neigungen bei ca. 1% der männlichen Bevölkerung liegt, während das Auftreten bei Frauen eine Seltenheit darstellt (Beier et al. 2006). Dies entspricht der Prävalenz der Schizophrenie oder des Morbus Parkinson. Zudem gilt für die Pädophilie, dass sie sich im Jugendalter als Teil (bei der Neben-

strömung) oder ausschließliches Kennzeichen (bei der Hauptströmung) der sexuellen Präferenzstruktur manifestiert und von da an als unveränderbarer Bestandteil der Gesamtpersönlichkeit dauerhaft bestehen bleibt (vgl. Beier et al. 2005).

## Primärpräventive Therapie

Potentielle Täter oder Nutzer, die einen drohenden Impulsdurchbruch vermeiden wollen, suchen oftmals therapeutische Hilfe. Dieser Umstand erweist sich als hilfreich, wenn man neben pädagogischen Präventionsmaßnahmen für potentielle Opfer auch therapeutische Präventionsmaßnahmen für Männer mit ausreichendem Problembewusstsein etablieren möchte. Sinnvoll erscheint nach dem bisher Gesagten insbesondere diejenigen therapeutisch erreichen zu wollen, die sich aufgrund ihrer sexuellen Präferenz (Pädophilie oder Hebephilie) von Minderjährigen oder Kinderpornografie stark angezogen fühlen, jedoch ihre Impulse bislang nicht ausgelebt haben (*Primärprävention für potentielle Täter/Nutzer*). Motivierbar



**Abb. 2** Zusammenhang zwischen Pädophilie und Nutzung von Kinderpornographie. Der Anteil pädophiler Täter an der Gesamtgruppe von Männern, die Kinderpornographie nutzen, nähert sich 100% an.

sollten aber auch diejenigen sein, die bislang unentdeckt und unbestraft Sexualdelikte gegen Minderjährige begangen haben, eine Tatwiederholung aber selbst verhindern wollen (*Sekundärprävention im Dunkelfeld*). Beiden Gruppen kommt im Rahmen dieses erweiterten Kinder- und Jugendschutzes eine große Bedeutung zu.

## Das „Präventionsprojekt Dunkelfeld“ (PPD)

Ein präventives Therapieangebot für potentielle Täter und Täter im Dunkelfeld wurde in Deutschland erstmals 2004 im Rahmen des Forschungsprojekts „Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch im Dunkelfeld“ am *Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin* des Universitätsklinikums Charité in Berlin etabliert. Das Projekt wurde zunächst finanziell von der *VolkswagenStiftung*, seit 2008 auch durch Bundesmittel gefördert und zudem unterstützt von der Kinderschutzorganisation *Stiftung Hänsel und Gretel* sowie der Medienagentur *scholz & friends*.

Problembewusste Männer der Zielgruppe konnten mit Hilfe einer Medienkampagne erfolgreich auf die Möglichkeit aufmerksam gemacht werden, im Rahmen des „Präventionsprojektes Dunkelfeld (PPD)“ kostenlos und schweigepflichtgeschützt sowohl eine diagnostische Expertise als auch qualifizierte Beratung bzw. Therapie in Anspruch zu nehmen (vgl. Abb. 3).

Bis zum Ende des Jahres 2008 meldeten sich mehr als 800 Männer, von denen etwa die Hälfte die Diagnostik vollständig abgeschlossen hat. Erste Ergebnisse konnten bestätigen, dass eine große Anzahl von Männern unter einer Pädophilie (im Sinne einer sexu-

ellen Ansprechbarkeit auf das kindliche Körperschema) und/oder Hebephilie (im Sinne einer sexuellen Ansprechbarkeit auf das jugendliche Körperschema) leiden (Beier et al. 2009). Die Betroffenen stammten aus allen sozialen Schichten, wussten im Schnitt seit dem 22. Lebensjahr um ihre sexuelle Neigung, kamen aber erst mit durchschnittlich 39 Jahren ins Projekt. Über die Hälfte hatte jedoch bereits versucht, bis zu diesem Zeitpunkt therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen. 48% der Interviewpartner waren mehr als 100 km angereist, um an der Studie teilzunehmen (Beier et al. 2007).

Ausgangspunkt für eine Erweiterung dieses Präventionsangebotes bildete eine überraschend große Anzahl von Interessenten, die entweder angaben, seit geraumer Zeit ausschließlich Kinderpornografie zu nutzen (Kinderpornografienutzer im Dunkelfeld), oder aber Angst zu haben, aufgrund ihrer sexuellen Präferenz in die Suche nach pornografischen Darstellungen Minderjähriger „einzusteigen“ (*potentielle Nutzer*).

## Das neue „Präventionsprojekt Kinderpornografie“ (PPK)

Für Kinderpornografienutzer im Dunkelfeld oder potentielle Kinderpornografienutzer gibt es in Deutschland aktuell keine Einrichtungen, die eine präventive therapeutische Behandlung anbieten. Daher startete im Juni 2009 das neue „Präventionsprojekt Kinderpornografie“ (PPK) dank zusätzlich bewilligter Bundesmittel, um einen offenkundigen Therapiebedarf ebenso aufzugreifen wie einen weiterführenden Bedarf nach Forschungsergebnissen.

**Abb. 3** Plakat der Medienkampagne, mit der problembewusste, therapiemotivierte, potentielle Täter und Dunkelfeld-Täter zur Teilnahme an dem Präventionsprojekt Dunkelfeld gewonnen wurden. Konzeption: Scholz & Friends



## Projektbeschreibung

Vorrangiges Ziel des geplanten Projekts ist es, einen aktiven Beitrag zum Kinderschutz zu leisten, indem zunächst potentielle Nutzer angesprochen werden, die nach derzeitigem Kenntnisstand aufgrund ihrer sexuellen Präferenzstörung (Pädophilie oder Hebephilie) als Risikogruppe gelten müssen. Darüber hinaus soll auch bei Nutzern im Dunkelfeld gezielt das Problembewusstsein für das eigene Verhalten geweckt werden, um auf diese Weise ihre Bereitschaft zu erhöhen, therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Zwei Annahmen leiten das methodische Vorgehen des geplanten Projektes: (1) eine neue Medienkampagne kann die Zielgruppe ansprechen und erreichen, und (2) Männer mit einem sexuellen Interesse an Kindern bzw. Jugendlichen sind potentiell motivierte Teilnehmer in einem präventiven Behandlungsprogramm. Als Zielgruppe gelten:

- (1) Männer, die bislang weder sexuellen Kindesmissbrauch noch Kinderpornografiedelikte begangen haben, jedoch fürchten, Kinderpornografie zu nutzen (potentielle Kinderpornografienutzer).
- (2) Männer, welche noch nie einen sexuellen Missbrauch begangen haben, die jedoch bereits Kinderpornografie im Dunkelfeld genutzt haben und fürchten, letzteres weiter zu tun (Kinderpornografienutzer im Dunkelfeld).
- (3) Männer, welche in der Vergangenheit Kinderpornografiedelikte im Hellfeld begangen hatten (vorausgesetzt es bestehen keine Bewährungsauflagen, die Zweifel an einer intrinsischen Therapiemotivation nahe legen) und einen Rückfall befürchten (Kinderpornografienutzer im Ex-Hellfeld).

Im Zentrum der Medienkampagne steht wie schon im PPD ein Spot, welcher im Fernsehen, in Kinos, und im Internet platziert werden soll. Begleitet von einer professionellen Öffentlichkeitsarbeit sollen sowohl die Öffentlichkeit als auch die Zielgruppe von dem Angebot einer Diagnostik und weiterführender Behandlung informiert, und Betroffene zu einer Therapieteilnahme motiviert werden.

Bei der Entwicklung des Spots und der Strategie zur Öffentlichkeitsarbeit wurde der nach den Erfahrungen des PPD erwartete beachtliche Leidensdruck der Kinderpornografienutzer berücksichtigt, indem die Kampagne:

- (1) Empathie und Perspektivenwechsel erkennen lässt,
- (2) sich davon distanziert, jemanden aufgrund seiner sexuellen Präferenz zu diskriminieren,
- (3) vor Strafe durch die Justiz bei einer möglichen Projektteilnahme entängstigt,
- (4) Schweigepflicht und Anonymität in Bezug auf alle gesammelten Daten zusichert, und
- (5) Schuld- und Schamgefühle durch die Vermittlung folgender Botschaft reduziert (vgl. Abb.4): „Kinderpornografie ist sexueller Missbrauch. Du bist nicht schuld für deine sexuelle Ansprechbarkeit durch Kinderpornografie, aber du bist verantwortlich für dein Verhalten, also dafür, ob du *klickst*. Es gibt Hilfe! Kein Täter werden, auch nicht im Netz“

Darüber hinaus soll die Öffentlichkeit über den Standpunkt des Institutes informiert werden: Das Downloaden und/oder die Verbreitung von Kinderpornografie schadet Kindern insofern, als dass es die Nachfrage nach noch mehr Bildern erhöht, was zu weiterem Kindesmissbrauch in der Produktion dieser Bilder beiträgt.



**Abb. 4** Standbild aus dem TV-Spot der Medienkampagne, mit der problembewusste, therapiemotivierte, potentielle und Dunkelfeld-Kinderpornografienutzer zur Teilnahme an dem „Präventionsprojekt Kinderpornografie“ gewonnen werden sollen. Konzeption: Scholz & Friends

## Neuer Schwerpunkt: Einbeziehung von Angehörigen und Partnern

Angehörige erfahren meist eher „zufällig“ von den sexuellen Aktivitäten ihrer Kinder oder Partner. Oft stoßen sie auf Bildmaterial im Computer des Betroffenen oder finden Bildersammlungen an anderen Orten. Die Reaktionen auf diese Entdeckungen sind verständlich und beinhalten verschiedene Gefühle: Viele sind schockiert über das, was auf den Bildern dargestellt ist. Zugleich wächst die Angst, welche Folgen die Entdeckung für Familie und Partnerschaft haben könnten und inwieweit polizeiliche Ermittlungen in sozialer Ausgrenzung oder finanziellen Ruin münden könnten. Hinzu kommt die Sorge um die Sicherheit der eigenen Kinder, insbesondere dann, wenn pornografische Materialien entdeckt wurden, die sexuelle Handlungen mit Kindern oder Jugendlichen beinhalteten.

Insbesondere Partnerinnen fühlen sich mitunter verraten und betrogen, wenn sie erfahren, dass der geliebte Mensch noch ein „anderes Leben“ führt. Diese Gefühle können eine bestehende Beziehung grundsätzlich infrage stellen. Der resultierende Trennungsimpuls wird verstärkt, wenn die entdeckten paraphilen Verhaltensweisen, einschliesslich der zugrunde liegenden Bedürfnissen und Fantasien, Ekel und Abscheu hervorrufen. Eine gemeinsames Gespräch von Nutzer und Partnerin, – eventuell in Gegenwart eines Therapeuten – kann zu einer Stabilisierung der partnerschaftlichen oder familiären Situation beitragen.

Auf der Suche nach Antworten und Unterstützung bleiben viele Angehörige mit ihren Fragen und Ängsten allein. Aus diesem Grund soll ihnen im Rahmen des Präventionsprojekt die Möglichkeit geboten werden, sich über das *Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin* gezielt zu informieren, um die für sie neue Situation akzeptieren und verstehen und so leichter dem Partner im offenen Gespräch begegnen zu können. Intendiert ist auch, mit Unterstützung der Angehörigen beim Nutzer ein Problembewusstsein für das eigene Verhalten zu befördern, um ihn so zu einer Inanspruchnahme therapeutischer Maßnahmen zu motivieren.

Dieser Schritt ist zugleich für den Angehörigen von Bedeutung, als erst das direkte Gespräch mit dem Nutzer eine zuverlässige Einschätzung der Situation und damit auch eine Beantwortung der vielen quälenden Fragen erlaubt.

Insgesamt setzt also die Therapie im Rahmen des PPK noch stärker als im Rahmen des PPD auf eine Einbeziehung naher Bezugspersonen in das therapeutische Setting, um deren „normative Kraft“ ebenso als Ressource nutzen zu können wie dyadische Copingstrategien. Von entscheidender Bedeutung ist in diesem Zusammenhang ein Verständnis aller Beteiligten für die pädophile/hebephile Neigung und die Akzeptanz von deren Unveränderbarkeit. Die daraus resultierenden Ängste und Konflikte innerhalb der Partnerschaft bedürfen einer therapeutischen Begleitung, die Offenheit im Umgang mit einem aufgrund der Paraphilie fehlendem sexuellen Begehren, authentische partnerschaftliche Zuneigung, gegenseitiges Vertrauen und eine körperliche Intimität fördert, welche sich aus der syndyastischen Dimension von Sexualität speist (vgl. Beier & Loewit 2004).

## Das Vorgehen

Betroffene und Angehörige können direkt und anonym telefonisch oder elektronisch Kontakt mit dem Institut für Sexualmedizin aufnehmen. Im Zuge dieser ersten Kontaktaufnahme erfolgt ein telefonisches Interview, in dessen Rahmen die Möglichkeit zu einer ersten Situationsklärung besteht, Informationen vermittelt werden sowie ein Termin zu einer weiterführenden Diagnostik vereinbart werden kann.

Die nachfolgende Diagnostik ist verpflichtend für alle Therapieinteressenten und umfasst ein strukturiertes sexualmedizinisches klinisches Interview sowie eine Reihe von Fragebögen, deren Auswertung die Grundlage einer abschliessenden Befunderhebung bilden, in deren Zentrum die Prüfung der apriori definierten Einschlusskriterien (Pädophilie/Hebephilie nach DSM-IV-TR, Kinderpornografienutzen im Dunkel- oder Ex-Hellfeld) und Ausschlusskriterien (akute psychotische Episode, organische Hirschäden, unbehandelter Substanzabusus, Hellfeldstatus, sexueller Missbrauch) für die Therapieaufnahme steht .

Die Eingangsdiagnostik soll neben einer Aufschlüsselung der sexuellen Präferenzstruktur Einblick in die Therapiemotivation geben und die Voraussetzung für eine Evaluation der Behandlungsergebnisse schaffen (baseline).

Mit Blick auf die Forschung dienen die Daten der Fragebögen dazu, das Dunkelfeld von Kinderpornografienutzern bezüglich seiner Charakteristika aufzuheben und ein differenzierteres Wissen über bisher nicht identifizierte Prädiktoren eines Kinderpornografiekonsums aufzubauen.



Einschlusskriterien*	Ausschlusskriterien**
Diagnosen von Pädophilie und / oder Hebephilie in Anlehnung an DSM-IV_TR	Eine nicht stabilisierte psychotische Episode
Kinderpornografienutzer im Dunkelfeld (offiziell unbekannt)	Organische Hirnschäden
Kinderpornografienutzer im Ex-Hellfeld (keine gegenwärtige Supervision durch die Justiz)	Eine unbehandelte Drogen- oder Alkoholabhängigkeit
	Ausstehende Verurteilungen, ausstehende Strafen, oder Verurteilungen für Verbrechen jeder Art.
	Sexuelle Vergehen an Erwachsenen, prä- und/oder postpubertären Kindern
* Kriterien erlauben die Teilnahme am Behandlungsprogramm	
** Kriterien sichern, dass ein Teilnehmer von der Behandlung profitiert und der Therapieerfolg nicht durch externe Einflussfaktoren beeinflusst wird.	

**Tab. 1** Ein- und Ausschlusskriterien für das neue „Präventionsprojekt Kinderpornographie“

## Die Therapie

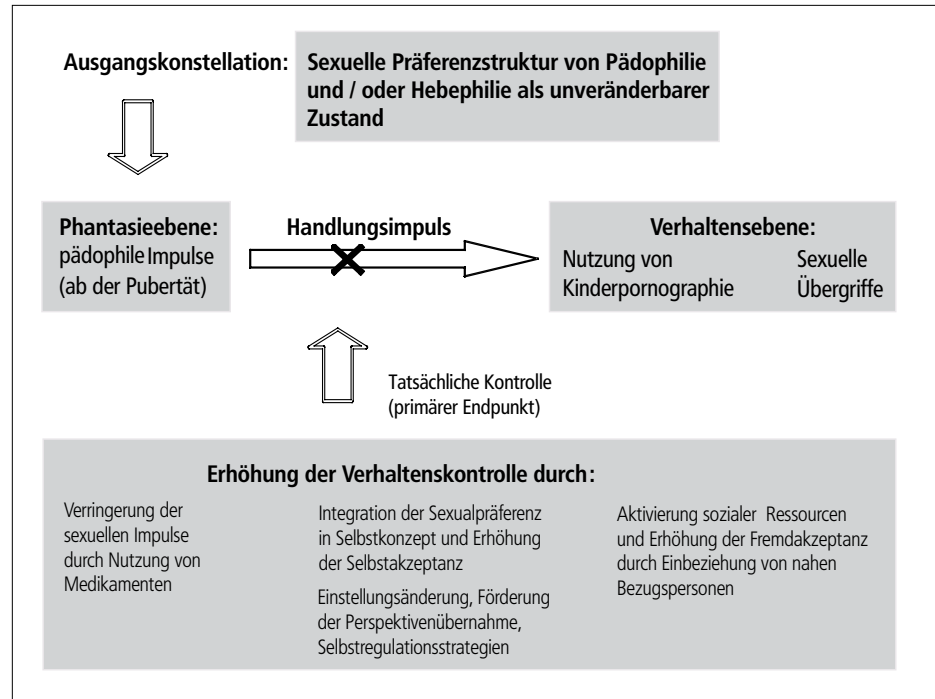
Im Rahmen des aktuellen Pilotprojektes ist die Durchführung von Gruppen- und Einzeltherapien ( $N \geq 24$ ) geplant. Ausgehend vom Behandlungsansatz des PPD (sog. „Dissexualitäts-Therapie“, vgl. Beier et al. 2005) wurde den spezifischen Erfordernissen in der Therapie von Kinderpornografienutzern mit einem adaptierten Behandlungsprogramm im Rahmen des PPK Rechnung getragen. Ein Manual dient formal als Richtlinie bezüglich der Behandlungsinhalte, -prozesse und -ziele. Insgesamt ruht die Dissexualitäts-Therapie auf drei Säulen als Ausdruck einer bio-psycho-sozial fundierten Behandlung, deren vorrangiges Ziel die Erhöhung der Verhaltenskontrolle ist (vgl. Abb. 5): Den Einsatz von Medikamenten zur sexuellen Impulsverringern, psychotherapeutische Interventionen zur Integration der unveränderlichen Sexualpräferenz in das Selbstkonzept sowie zur Modifikation der Kognitionen und eine Aktivierung sozialer Ressourcen über die Einbeziehung naher Bezugspersonen. Über eine Interaktion der Behandlungsansätze soll sicher gestellt werden, dass die aus der Sexualpräferenz resultierenden sexuellen Impulse auf der Fantasieebene verbleiben und deren Übergang auf eine Verhaltens- bzw. Interaktionsebene unterbunden bleibt (potentielle Täter/Nutzer) bzw. wird (Dunkelfeld). Ausgangspunkt der Verhaltenskontrolle bildet die verantwortliche Integration der Ansprechbarkeit durch den kindlichen oder jugendlichen Körper in das Selbstkonzept als Voraussetzung einer inneren Vorbereitung auf Situationen, die den Betroffenen in Kontakt mit Minderjährigen im präferierten Alter bringen. Um die Wahrscheinlichkeit dafür zu erhöhen,

dass die Fantasien sich nicht auf der Verhaltensebene etablieren und/oder eine Verhaltenskontrolle dauerhaft möglich wird, bedarf es einer professionellen Unterstützung, die im Einzelfall prüft, wie hoch das Risiko eines Impulsdurchbruchs ist und mit welchen Methoden es sich gegebenenfalls verringern lässt.

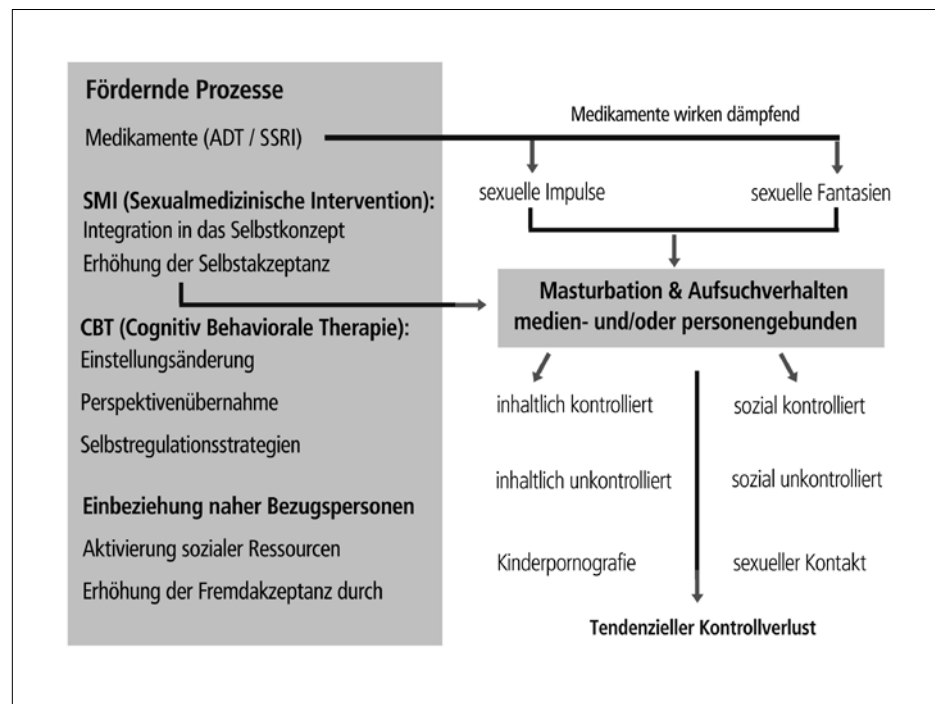
Abbildung 6 vertieft schematisch die Bedeutung des multimodalen Vorgehens im Hinblick auf Therapiemethoden, -inhalte und -ziele: Die mit der sexuellen Präferenz verbundenen sexuellen Impulse und Fantasien etablieren sich in einem ersten Schritt auf der Verhaltensebene in Form regelmäßiger Masturbation und einem mehr oder weniger reflektierten Aufsuchverhalten. Letzteres kann sich auf Minderjährige in Medien richten (u.a. Texte, Bilder, Filme) und/oder auf Minderjährige an realen Orten (Schulen, Kindergärten, Sportvereine, Konzerte). In Abhängigkeit von der jeweiligen inhaltlichen bzw. sozialen Ausgestaltung variiert das Ausmaß an Kontrolle. So können sich sexuelle Impulse „inhaltlich kontrolliert“ auf kommerzielle Katalogbilder und/oder Situationen richten, in denen es zu Begegnung mit Kindern in einem sozial kontrollierten Rahmen kommt (z. B. Grundschullehrer). Mit abnehmender Kontrolle der Inhalte oder sozialen Kontexte wird mehr Risikoverhalten gezeigt und steigt das Impulsdurchbruchsrisiko.

Mit Hilfe einer Pharmakotherapie (SSRI, Antiandrogene oder „Androgene Deprivation Treatment – ADT“), werden sexuelle Impulse wie Fantasien gedämpft, wodurch Masturbation und sexuell motiviertes Aufsuchverhalten reduziert werden. Zugleich fördern sexualmedizinische Interventionen (SMI) die Selbstakzeptanz der sexuellen Neigung und deren





**Abb. 5** Sexualmedizinisches Interventionsmodell zur Verhinderung sexuellen Kindesmissbrauchs und der Nutzung von Kinderpornografie



**Abb. 6** Zusammenspiel verschiedener Komponenten des sexualmedizinischen Interventionsmodells zur Verhaltenskontrolle bei veränderungsmotivierten Männern mit pädophiler/hebephiler Neigung. Die linke Seite zeigt therapeutische Interventionen und die entsprechenden das Verhalten förmernden Prozesse. Die rechte Seite zeigt hemmende Prozesse, wobei die Tendenz zum Kontrollverlust deutlich wird.

Integration in das Selbstkonzept, was das Bedürfnis nach schuldfreier Masturbation und die Hoffnung auf angstfrei erlebte Alltagskontakten zu Minderjährigen befördert. Daher sind zusätzlich kognitiv verhaltenstherapeutische Therapiemethoden (CBT) erforderlich, die Selbstregulationsstrategien über veränderte Einstellungen zu Sexualität, Befähigung zur Perspektivenübernahme, erfolgreiche Emotions- und Stressbewältigung und Konfliktbewältigung in Beziehungen

verbessern. Gemeinsam mit der Einbeziehung naher Bezugspersonen wirken die psychosozialen therapeutischen Prozesse (Abb. 6, links) so hemmend auf die verschiedenen Formen sexuell motivierten Verhaltens (Abb. 6, rechts)

## Ausblick

Erste Hinweise auf einen Behandlungserfolg sollen Datenerhebungen während und nach der Therapie ermöglichen (6 und 12 Monate nach Behandlungsbeginn). Bezüglich der Primär- und Sekundärziele wird angenommen, dass Teilnehmer nach der Behandlung tendenziell angeben:

- ◆ weniger Kinderpornografie zu nutzen,
- ◆ weniger kognitive Verzerrungen hinsichtlich pornografischer Darstellungen von Kindern und/oder Jugendlichen zu haben,
- ◆ weniger dysfunktionale Bewältigungsstrategien, weniger Einsamkeit und weniger psychische Beschwerden zu erleben,
- ◆ mehr Opferempathie und mehr Selbstwirksamkeit und -kontrolle zu haben.

Eine abschließende Datenanalyse soll Annahmen bezüglich der Zielgruppe und erste Hinweise zur Therapiewirksamkeit kritisch bewerten.

Zusammengefasst will das neue Präventionsprojekt den Konsum von Kinderpornografie reduzieren, indem es erstens die Voraussetzungen dafür schafft, dass Hilfe suchende (potentielle) Kinderpornografienutzer von Spezialisten innerhalb eines klinischen, nicht-forensischen Settings diagnostisch und therapeutisch versorgt werden können. Zweitens, indem es eine spezialisierte Behandlung bereitstellt, welche darauf abzielt, über die therapeutische Intervention die Nachfrage nach Kinderpornografie zu verringern. Damit ist einmal – unmittelbar – intendiert, dass die Nutzer selbst keinen sexuellen Kindesmissbrauch begehen, zum anderen – mittelbar –, dass der sexuellen Kindesmissbrauch auf der kinderpornographischen Produktionsebene reduziert wird. Drittens, indem es anderen Therapeuten und Institutionen Forschungsergebnisse zur Verfügung stellt, die zu einer steten Verbesserung der Interventionen und zu mehr Sicherheit hinsichtlich des Risiko- und Tätermanagements beitragen können.

Die Erfahrung mit dem Präventionsprojekt Dunkelfeld (PPD) hat gezeigt, dass das hier geplante Projekt als Modell für andere behandelnde Institutionen oder niedergelassene Therapeuten fungieren kann.

## Literatur

- American Psychiatric Association. 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edition, text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Beier, K.M., Schäfer, G.A., Goecker, D., Neutze, J., Ahlers, C. J. (2006). Präventionsprojekt Dunkelfeld. Der Berliner Ansatz zur therapeutischen Primärprävention von sexuellem Kindesmissbrauch. *Humboldt-Spektrum*, 3, 4–10.
- Beier, K.M., Schaefer, G. A., Goecker, D., Neutze, J., Ahlers, Ch. J.: Prevention Project Dunkelfeld – Treating Pedophiles in the Community to Improve Child Protection in Germany; Presentation at the IASR-Meeting 2007, Vancouver, August 8–11; abstracts on <http://www.iasr.org>.
- Beier, K.M., Ahlers, Ch., Goecker, D., Neutze, J., Mundt, I. A., Hupp, E., Schaefer, G.A. (2009). Can pedophiles be reached for primary prevention of child sexual abuse? First results of the Berlin Prevention Project Dunkelfeld (PPD). *Journal of Forensic Psychiatry and Forensic Psychology* (accepted for publication).
- Beier, K.M. (2008). Damit aus Fantasien keine Taten werden: Das Charité-Projekt zur Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch im Dunkelfeld. In: *Die Renaissance der Rechtspolitik; Zehn Jahre Politik für den sozialen Rechtsstaat*. B. Zypries (Hrsg.). München: C.H. Beck, 45–51.
- Bourke, M.L., & Hernandez, A.E. (2009). The 'Buttner Study' redux: A report of the incidence og hands-on child victimization by child pornography offenders. *Journal of Family Violence*, 24, 183–191.
- Dansky, B.S., Brewerton, T. D., Kilpatrick, D. G., O'Neil, P. M. (1997). The National Women's Study: Realtionship of victimization and posttraumatic stress disorder to bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorder*, 21, 213–228.
- Federal Ministry of the Interior (2008). *Die Kriminalität in der Bundesrepublik Deutschland. Polizeiliche Kriminalstatistik für das Jahr 2007*. <http://www.bka.de.pdf>.
- Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: a meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 1154–1163.
- Motivans, M., & Kyckelhahn, T. (2007). *Federal prosecution of child sex exploitation offenders, 2006*. Bureau of Justice Statistics Bulletin (Report No. NCJ 219412). Washington, DC: Bureau of Justice Statistics.
- Seto, M. C., Cantor, J. M., & Blanchard, R. (2006). Child pornography offenses are a valid diagnostic indicator of pedophilia. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 115, 610–615.
- Taylor, M., Quayle, E. (2003). *Child Pornogrfy: An Internet Crime*. New York: Brunner-Routledge.
- Wetzels P. (1997). Prävalenz sexuellen Kindesmissbrauch. *Sexuologie* 4 (2), 89–107.
- Wyre, R. (2003). *Child Porn*. *Community Care*, 11–17 September 2003.
- Zwicke, L. (2000). *Crime on the Superhighway: A Guide to Online Safety*. Retrieved March 27 2000 from <http://www.geocities.com/CapitolHill/6647/> by Burke, A., Sowerbutts, S., Blundell, B., & Sherry, M. (2002). Child Pornography and the Internet: Policing and Treatment Issues *Psychiatry, Psychology and Law*, 9(1).

### Adressen der Autoren

Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier, Dipl. Psych, Janina Neutze, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Universitätsklinikum Charité, Freie- und Humboldt-Universität zu Berlin, Luisenstr. 57, 10117 Berlin

**Internet und neue Medien –  
Chancen und Risiken aus Sicht der Sexualmedizin“  
34. Jahrestagung der Akademie für Sexualmedizin**

**Potsdam vom 12. bis 15. Mai 2010**

**Vorläufiges wissenschaftliches Programm**

Die Akademie für Sexualmedizin veranstaltet ihre 34. Jahrestagung gemeinsam mit dem Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité (Freie Universität und Humboldt-Universität zu Berlin) und dem Institut für Informatik der Universität Potsdam sowie der Gesellschaft für Informatik (GI).

Die Tagung wird auf dem Campus Griebnitzsee der Universität Potsdam stattfinden und bietet hervorragende räumliche Bedingungen. Das Tagungsgebäude befindet sich in nächster Nähe zum historischen Stadtkern von Potsdam (vom S-Bahnhof Griebnitzsee in 5 Minuten zu erreichen), das Zentrum von Berlin ist mit 30 minütigen S-Bahnfahrt zu erreichen.

Der Kongress wird neben einer Bestandsaufnahme zu Sexualität und Partnerschaft im Internet – von online bis offline – die klinischen Implikationen thematisieren und dabei den positiven wie negativen Auswirkungen der neuen Technologien in gleichem Maße Beachtung schenken. Darüber hinaus sollen aktuelle Forschungsaktivitäten, aber auch -lücken erkennbar werden.

**Themen der Plenarveranstaltungen**

- ◆ Sexualität und Internet: Nutzung und Nutzer
- ◆ „Online-Pornographie“: Erwachsene und Kinder
- ◆ Von Online zu Offline: Dating und Social-Network-Plattformen

- ◆ Der Blick ins Innere: Neurobiologie sexueller Stimuli
- ◆ Der Blick aufs Äußere: Von der Inszenierung „perfekter“ Körper zur kosmetischen Genitalchirurgie
- ◆ Sexsucht und Sexualtherapie
- ◆ Medikamente zur Impulskontrolle

**Themen der Seminarveranstaltungen und Workshops**

- ◆ Einführung in die Sexualmedizin
- ◆ Fallseminar zur Sexualtherapie
- ◆ Anamneseerhebung bei sexuellen Präferenzstörungen anhand von Fallbeispielen
- ◆ Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter
- ◆ Einführung in die Syndyastische Sexualtherapie
- ◆ Technologien des „Assisted Living“ und ihre klinische Nutzbarkeit (mit Computerarbeitsplatz für jeden Teilnehmer)
- ◆ Internet Capabilities: Einführung in die Informationsgesellschaft des Web 2.0 (mit Computerarbeitsplatz für jeden Teilnehmer)
- ◆ Supervisionsseminar
- ◆ Selbsterfahrung zu den Wirkungen des Internets
- ◆ Therapie bei Nutzung von Kinderpornographie

**Interdisziplinär besetzte Podiumsdiskussion**

**Weitere Informationen**

Universität Potsdam, UP Transfer – Zentraler universitärer Partner für Wissens- und Technologietransfer,  
Am Neuen Palais 10, 14469 Potsdam,  
Tel.: 0331/977-1117, Fax: 0331/977-1143; brunhilde.schulz@uni-potsdam.de

## Zum Tode von Prof. Dr. med. Henner Völkel (1916–2008)

Vor fast zwei Jahren veröffentlichten wir an dieser Stelle<sup>1</sup> den Vortrag von Henner Völkel anlässlich seiner Ehrung mit dem Stiftungspreis der Wilhelm-von-Humboldt-Stiftung. An meine damals gehaltene Laudatio möchte ich einige Worte der Erinnerung anfügen. Ich tue dies in großer Verbundenheit mit einem – ziemlich genau doppelt so alten – Kollegen und in den letzten Jahren nach meinem Empfinden väterlichen Freund, der mich in den zwanzig Jahren unserer Bekanntschaft durchgehend außerordentlich beeindruckt hat und dem ich nicht nur persönlich, sondern auch fachlich eine Vielzahl von wichtigen Impulsen verdanke.

Als ich 1988 als junger Assistent mit meiner Familie nach Kiel kam, lernte ich Henner Völkel sehr bald kennen. Ich interessierte mich für Psychoanalyse und traf in ihm auf einen exzellenten Fachvertreter, der auf brillante Weise plausible Arbeits-Konzepte zu vermitteln vermochte, undogmatisch und offen für Neues war und die Jüngeren ermutigte, auch ungewöhnliche Hypothesen zu prüfen.

Damit hatte er eine besondere Haltung verkörpert: Sich dem Anderen aufzuschließen, das Fremde, noch nicht Gedachte, in sich aufzunehmen und in den Dialog zu treten. Zu allen Themen. Wenn sie Befangenheit auslösten und tabuisiert waren, musste das Tabu untersucht werden, nicht das Thema vermieden.

Ich bin sicher, dass ich hier für viele Kollegen spreche, die vergleichbare Erfahrungen gemacht haben und ihn gleichfalls erleben konnten als authentisch interessierten und rege beteiligten Begleiter ihrer Entwicklung – erkennbar an der Kraft seiner Gedanken, die er ihnen zur Verfügung stellte.

Auch als langjähriger Vorsitzender unserer Fachgesellschaft – der *Akademie für Sexualmedizin* –, deren Ehrenmitglied Henner Völkel viele Jahre gewesen war, kann ich hier sprechen: Ab Mitte der 70er Jahre war er kontinuierlich in der sexualmedizinischen Fortbildung tätig, seine Seminare waren legendär und immer sofort ausgebucht.

Was passierte hier? Hier sprach jemand über das menschliche Seelenleben, der nicht nur aus reichhaltiger klinischer Erfahrung schöpfen konnte, sondern ein Anliegen hatte: Er wollte aufschließen für ein ganzheitliches Denken in der Befassung mit gesunden



Prof. Dr. Henner Völkel zusammen mit Prof. Dr. Dr. Klaus M. Beier auf der Jahrestagung der Wilhelm-von-Humboldt-Stiftung am 22.06.2007

und kranken Menschen und dabei eben keinem Thema ausweichen, sofern dessen Nichtbeachtung zu einem unvollständigen und damit nicht ausreichenden Informationsstand für ärztliches Handeln hätte führen können.

Viele haben bedauert, dass er im Laufe seiner langen Karriere nur wenig publizierte, doch gerade die frühen Veröffentlichungen enthalten brillante Beiträge zur Psychoanalyse und auch zur Sexualmedizin. Für ihn war die persönliche Ansprache, das *Bilden* und *Aus-Bilden* erfüllender – und es wurde dankbar entgegen genommen. Sein Wissen gelangte über den Dialog, über das gesprochene Wort in der Psychotherapie-Ausbildung zu Generationen von nachwachsender Kollegen/innen.

Sicher hatte diese Vorliebe auch seinen Grund in der narzisstischen Konturierung seiner Persönlichkeit. Aber soviel ist klar: Es wäre ein Segen für unsere Universitäten, wenn die Hochschullehrer alle auf diese Weise ihr Geltungsbedürfnis zum Ausdruck bringen würden, um – wie Henner Völkel selbst gesagt hätte – *narzisstisch gefüttert zu werden*.

1981 erhielt er die Ernst-von-Bergmann-Plakette der *Bundesärztekammer* für Verdienste in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung und 1985 das Bundesverdienstkreuz, mit dem sein soziales Engagement, insbesondere die Betreuung Suchtkranker in der Guttempler Organisation gewürdigt wurde.

2007 wurde ihm der erstmalig vergebene Stiftungspreis der *Wilhelm-von-Humboldt-Stiftung* verliehen. Dies nicht zuletzt eingedenk der Tatsache, dass auch Henner Völkel analog zu Wilhelm von Humboldt sich vornehmlich der Erforschung des inneren Erlebens des Menschen gewidmet hat, eine Antwort auf die Frage nach dem unverwechselbaren Eigensein des

<sup>1</sup> Vgl. *Sexuologie* Heft 3–4 (14) 2007, 128–133.

Individuums und seiner sinnlichen Wahrnehmungen suchte. Mit dieser Frage knüpfte er an einen zentralen Gedanken Humboldts an, der auf die Überwindung des Individuellen zielt, denn diese ist immer Schranke: Im Individuellen wird immer nur eine Möglichkeit aus einer Vielzahl anderer aktualisiert, sie trägt somit den Stempel des Endlichen.

Eine *Überwindung der Individualität* gelingt zum einen durch *Sprache*. Ein jeder von uns hat seine eigene sprachlich verfaßte Weltansicht und wir können diese – ebenso wie die Sicht der anderen – durch Reflexion nur begrenzt verobjektivieren. Diese Begrenztheit erfahren wir oft als Fremdheit – unserer je eigenen wie auch der je anderen. In Bezug auf den anderen erfahren wir die Fremdheit in der Anerkennung dessen, was wir an der anderen *Sprache* und am anderen *Sprechen* von uns aus gerade nicht verstehen können. Doch ist dieses *Nicht-Verstehen-Können* an eine wichtige Voraussetzung geknüpft: Man muss in der *Sprache* und im *Sprechen* der anderen soviel von dem Seinigen wieder finden um das Fremde daran erfassen und in sich übertragen zu können.

Dies war zweifellos eine der ganz großen Stärken von Henner Völkel und vielleicht der Grund für sein Überleben in russischer Kriegsgefangenschaft, in die er 1943 in Stalingrad geriet.

Seine damals rasch erworbenen Russischkenntnisse, seine Liebe zu den russischen Menschen, zu ihrer Sprache und Kultur trugen entscheidend dazu bei, die schwierigen Bedingungen der Gefangenschaft zu überstehen – und eben auch seine Offenheit für das andere, für das Fremde der ihn jetzt umgebenden russischen Sprache, die er bereitwillig in sich aufnahm.

Die Überwindung der Individualität gelingt zum anderen durch Liebe. Da wir geschlechtliche Individuen sind, bildet die Geschlechtlichkeit nicht nur eine eigene Form der Schranke, sondern eben auch besondere Chancen ihrer Überwindung in Liebesbeziehungen durch Sinnlichkeit. Die Schranken der geschlechtlichen Individualität werden aufgehoben durch die Verbindung mit dem komplementären Geschlechtspartner und führen – das ist das Geheimnis – zur Erweiterung beider.

Henner Völkel hat in der Verbindung zu Gerthild Berg-Völkel diese Überwindung individueller Schranken durch Liebe erfahren können und aus den letzten Besuchen in Kiel weiß ich, wie viel Erweiterung und Lebenszufriedenheit beiden dadurch zuwuchs. Bei



Prof. Dr. Henner Völkel zusammen mit seiner Frau Gerthild Berg-Völkel auf der Jahrestagung der Wilhelm-von-Humboldt-Stiftung am 22.06.2007

diesen Besuchen wurde aber auch deutlich, dass sein bevorstehender Tod ihn weniger bedrückte als das Wissen um ihre neue Situation als Zurückbleibende.

Überhaupt: Seine Auseinandersetzung mit dem Ende seines Lebens war von einer beeindruckenden inneren Ruhe und Ausgeglichenheit gekennzeichnet, so dass man auch hier seinen besonderen Weg entgegennahm, um ihn dankbar in das Spektrum des Menschenmöglichen zu integrieren.

Er, der als Lehrer so viele Antworten zu geben wusste, befasste sich mit derselben freudigen Zuewandtheit, mit der er Wissen begehrte, auch mit den Fragen, auf die Menschen gar keine belastbaren Antworten geben können, um sie eben als nicht allgemein beantwortbar in seine persönliche Metaphysik einzubeziehen – eben mit seiner eigenen Antwort.

Ich bin überaus dankbar für diese letzten Gespräche, die den Blick freilegten auf seinen Glauben an eine Art kosmische Kraft, welche das Zusammenspiel der verschiedenen Wirkfaktoren sowohl der belebten als auch der unbelebten Natur lenkt.

Wir alle kennen Empfindungen, die wir mit Henner Völkel teilen, auch wenn wir sie nun nicht mehr real auffrischen können. So mögen sie zwar zeitlich desynchronisiert sein, zeigen aber gleichwohl den Zusammenhang im Geiste. Er gehörte zu den Menschen, denen gelungen ist, in vielen anderen einen Widerhall ihrer selbst zu erzeugen und dieser Klang wird weiterhin in uns ertönen, auch wenn Henner Völkel zukünftig nicht mehr unter uns weilt.

Klaus M. Beier (Berlin)

Mithu M. Sanyal: **Vulva. Die Enthüllung des unsichtbaren Geschlechts.** Wagenbach-Verlag, Berlin 2009, ISBN 978-3-8031-3629-9, 236 Seiten. € 19.90

Godiva ist unter Pralinenfans bekannt als belgischer Luxus-Chocolatier. Es gibt aber auch eine Musikband mit dem Namen Lady Godiva, der auf jene englische Adelige zurückgeht, die im 11. Jahrhundert nackt durch Coventry geritten sein soll, um ihren Ehemann zu veranlassen, die Steuerlast zu senken. Nur ein einziger Bürger, Peeping Tom, wagte es, „die Göttliche“ dabei anzuschauen, worauf er erblindete.

Unschwer lassen sich die biblischen Ursprünge dieser frühen Peep Show erkennen, und Legion sind die Männer, die mit Blindheit geschlagen wurden, weil sie in das Weiblich-Heilige schauten, das zugleich der Abgrund und ihr Untergang ist. Doch in der abendländischen Kulturgeschichte, klagt Mithu M. Sanyal, komme das, worum sich der Blick der Männer dreht, nicht vor: Das weibliche Genitale, die Vulva, sei eine symbolische und semantische Leerstelle. Von ihrer Gefährlichkeit kündigt die „vagina dentata“, das „Tor zur Hölle“, und sie erinnert auch an die Anstrengung, die es gekostet haben muss, diesen einst „heiligen Ort“ zu verleugnen und zu diffamieren. Dieses „unsichtbare Geschlecht“ zu enthüllen, der männlichen Definitionsmacht zu entreißen und es unserer Vorstellung (wieder) zugänglich zu machen, ist das Anliegen ihrer kleinen Kulturgeschichte der Vulva, die in die Reihe jenes „Provokationsfeminismus“ (Sanyal) gehört, der zumindest in den Medien ihre feucht-redselige Spur hinterlässt.

Nach einer eher kursorischen Bestandsaufnahme des medizinischen Diskurses über die Vulva, der von dem römischen Arzt Galen bis zur Psychoanalyse führt und das bekannte Bild von der Vagina als „invertiertem Penis“ kolportiert, öffnet Sanyal das kulturhistorische Fenster in die Mythen und die Mythologie. Im Iambe-Baubo-Mythos entdeckt sie eine Geste, die vor der Zeit der Beschämung, der christlich-jüdischen Verhüllung des weiblichen Geschlechts liegt: Baubo präsentiert in einer weiblichen Gemeinschaft so schamlos ihre Genitale, dass sie die um ihre Tochter Persephone trauernde Göttin Demeter zum Lachen bringt.

Die Baubo-Geste ist nicht nur im „Homerischen Hymnus an Demeter“ verbürgt, sie findet sich auch im ägyptischen Ishtar-Mythos und in vielen anderen Zeugnissen der vorchristlichen Zeit. Erstaunlicherweise hat es die rituelle Entblößung, die „Genitalbleckerin“ („sheela-na-gig“) sogar an manche romanische Kirche geschafft, ein Hinweis darauf, dass die Umwertung des einst verehrten fruchtbaren und lustvollen Schoßes in einen verleugneten Ort der Schande viele Jahrhun-

derte andauerte. Dass der genitale Mund nicht nur eine lustvolle, sondern auch eine intellektuelle Versuchung darstellte und die weiblichen Verführerinnen – die heidnischen Göttinnen ebenso wie Eva und Maria Magdalena oder die indische Göttin Kali – sowohl sexy als auch der Sprache mächtig waren, ist nicht gerade eine neue Erkenntnis. Doch liegt die Stärke des furiosen Rittes Sanyals durch die weiblichen Geburtskanäle ohnehin weniger in der Originalität der Thesen als in der kenntnisreichen und etymologisch versierten kulturgeschichtlichen Synopse, die mit ihrer reichen Bebilderung auch ein Augenschmaus ist. Hier spielt die Kulturwissenschaftlerin mit dem polnisch-indischem Hintergrund ihren höchsten Trumpf aus.

Der Rückkehr der Vulva-Schau auf die tagesscheue abendländische Bühne ist der zweite Teil des Buches gewidmet. Vom Nackttanz der Salome über die modernen Stripperinnen bis hin zum provokativen künstlerischen Akt reicht die Rückeroberung der weiblichen Genitale, wobei die Subversion darin besteht, dass Frauen die Blickregie auf ihr Geschlecht zurückgewinnen. Zwischen den mehr oder weniger bekannten Performerinnen – Valeska Gerts und Anita Berber, Carolee Schneemann und Judy Chicago, Kathy Acker und den Riot Grrrls, – ist die Stripperin Gypsy Rose Lee eine schöne Wiederentdeckung. Auf die Exkursionen ins Märchen und in die Psychoanalyse wäre dagegen verzichtbar gewesen, und wer sich an den postmodernen Theoretikern Lacan oder Baudrillard abarbeitet, sollte zumindest zur Kenntnis nehmen, dass die Sentenz „la femme n'existe pas“ durchaus einmal kritischen Impetus hatte und das Fanal für eine ganze Feministinnen-Generation gab.

Diesen Erinnerungsverlust teilen die heutigen Provokationsfeministinnen ungewollt mit jenen Altvorderen, die den „heiligen Gral“, die Vulva, ins Vergessen drängten. Wie überhaupt die Sakralisierung der „Leerstelle“ und die „Wiederaneignung der eigenen Tradition“ (Sanyal) über den Matriarchatskult einer längst vergessenen Mary Daly kaum hinausgeht, aber neue Blüten treibt wie etwa im Vulva-Design der Schönheitschirurgie. So freut sich Sanyal in ihrem „Vulva-Epilog“ auch darüber, dass es im Internet endlich „yoni-puppets“, Vulvas zum Streicheln, zu kaufen gibt. Na ja, Pralinen tun's auch.

Ulrike Baureithel (Berlin)

Anke Bernau: **Virgins. A Cultural History**, Granta Books 2007, 232 pages, £ 18.99

In *Virgins: A Cultural History*, the University of Manchester academic Anke Bernau demonstrates that even

in the worldly west the matter of virginity is anything but dispatched. Part clinical status, part metaphor, virginity is still vague in its – definition. Does homosexual, anal, or oral sex “count”? If a virgin is raped, is she still pure?

Just as primitively, dominant western thought has long vacillated between whether virginity is a good or a bad thing, a debate that consumes much of Bernau’s engaging, readable-history. On the one hand, the patriarchal powers-that-be have sanctified virginity, and exacted a ferocious price for its unauthorised sacrifice, the better to ensure that men’s property is secure – that daughters are viable commodities in the marriage marketplace, and that wives bear children only of the husbands’ bloodlines. On the other hand, men have had to keep virginity from becoming so revered that, not to put too fine a point on it, they can’t get any.

Despite the west’s historic emphasis on women being “unviolated” until marriage, and the dire social consequences levied on women who stray, corroborating vaginal virginity remains medically impossible to this day. An “intact” hymen is no sure indicator, when so many women rupture the thin membrane in girlhood, or never really had one to begin with.

This has not impeded a profusion of theories about how to tell – in the slang of contemporary adolescents – “slags” from “drags”. Some of these ostensibly diagnostic tip-offs are hilarious. In the late 13th century, it was suggested that “apart from downward pointing breasts” chastity could be determined by urine less like wee than champagne – “clear and lucid, sometimes white, sometimes sparkling” – as well as by “the heightened hissing noise” produced by its elimination. In the 19th century, fallen women were purportedly marked by swollen necks, rings around the eyes, and a distinctive smell.

Lest virginity seem overly appealing, a variety of illnesses have been associated with keeping your legs crossed for too long, such as “suffocation of the womb”: “Sufferers of this disease were told that their wombs were roaming their bodies – a rather frightening and unpleasant experience, one imagines.” In Hippocratic theory, a sexually mature girl who doesn’t marry experiences “mental disturbance, including a sensation of being strangled, seeing ghosts and desiring death as her lover”. You couldn’t make this stuff up.

Yet *Virgins* does not merely impugn the ignorance of the past in contrast with the enlightenment of the present. While the condition of a woman’s hymen is virtually meaningless, “hymen restoration” is an increasingly popular form of plastic surgery. Bernau notes incisively, “It is often claimed that such procedures protect women who come from cultures where unfulfilled proof of virginity can lead to a woman’s death. They also, however, reinforce and perpetuate the very myth of provable – virginity that endangers these women in the first place.”

Moreover, virginity remains high on the agenda of the American right, and an “abstinence-only” approach has quietly overtaken conventional sex education in US public schools. Studies suggest that prim curricula promoting virginity until marriage barely delay teenage sexual activity, and the refusal to provide medical information may be helping to spread venereal disease.

Reflective rather than didactic, Bernau explores the west’s ongoing ambivalence about whether we prefer our women lascivious or pure – a conflict that may originate in the discomfort produced by lovers becoming mothers. (Only the ultimate female icon, the Virgin Mary, manages to embody both sexual innocence and maternity, and her methods are challenging to emulate.) “The concepts of whore and virgin turn out to be two sides of the same coin,” Bernau supposes. “They don’t make sense without each other, and a virgin is certainly always under suspicion of turning into a whore – or already being one, if only in her thoughts.”

While the author further observes that women who forgo sex have often threatened men (everyone wants to be needed), her tone is even-tempered, and *Virgins* is no feminist rant. Calm, sometimes bemused, she usually lets facts speak for themselves, even if, under passages about “abstinence-only” sex education, you can feel a -little rage teeming. On occasion her analysis may be overly academic for a general readership, but in the main this is an entertaining, informative treatment of a still puzzling subject. Virginity remains a status that females either desperately want to keep or (as it was in my day) desperately want to chuck, even if they don’t know what it is.

Lionel Shriver (Financial Times)



## Hinweise für Autorinnen und Autoren

**Die Beiträge für die Sexuologie** gliedern sich in Originalarbeiten, Kasuistiken und Fallberichte, Historia, sowie Buchrezensionen. Eingerichtete Manuskripte werden anonymisiert beurteilt. Der Korrespondenzautor erhält einen Korrekturabzug (Fahnen). Die Redaktion bittet, folgende Hinweise zu beachten:

**Manuskripte** einschließlich Literaturverzeichnis, Abbildungen, Abbildungslegenden und Tabellen sind in zweifacher Ausfertigung einzureichen. Ein gesondertes Blatt soll enthalten: 1. kurzer, klarer Titel der Arbeit; 2. Namen, Vornamen aller Autoren; 3. vollständige Anschrift mit Bezeichnung der Abteilung, Klinik bzw. Institut; 4. Korrektur- und Korrespondenzadresse mit Telefonnummer und ggf. Faxnummer und e-mail Adresse. Die Beiträge müssen nach Annahme in einem gängigen Textverarbeitungsprogramm (unformatiert) elektronisch unter: [alisch@zedat.fu-berlin.de](mailto:alisch@zedat.fu-berlin.de) (Rainer Alisch) eingereicht werden. Graphikdateien können übernommen werden.

**Vor dem Text stehen:** 1. der Titel in Englisch, 2. die Autorennamen, 3. eine deutsche und eine englische Zusammenfassung (jeweils ca. 250 Worte), die Hintergrund, Methodik und Ergebnisse der Arbeit darstellen. Unter den Zusammenfassungen stehen jeweils drei bis fünf „key words“ bzw. Schlüsselwörter, entsprechend dem Medical Subject Heading des Index Medicus. Der Beitrag ist zu gliedern, bei Originalarbeiten z.B. durch kurze, klare Zwischenüberschriften wie Methodik, Ergebnisse, Diskussion. Hervorhebungen sind kursiv möglich; die Wörter im Manuskript kursiv schreiben oder unterstreichen; Texte in Kleindruck (petit) durch einen senkrechten Strich am linken Manuskriptrand markieren.

**Tabellen, Abbildungen** sind zu numerieren und mit einer Überschrift zu versehen. Die Einschaltstelle ist im Manuskript zu kennzeichnen. Abbildungen – falls sie nicht als Grafikdatei vorhanden sind – sind als reproduktionsfertige Vorlagen zu liefern: etwa als Strichzeichnungen, Graphiken, Computerausdrucke oder als schwarz/weiß Fotos. Der Abdruck von Farbabbildungen macht eine Rücksprache mit Rainer Alisch erforderlich. Falls Abbildungen von Patienten verwendet werden, dürfen diese nicht erkennbar und identifizierbar sein.

Für Maßeinheiten wird das SI-System verwendet. Gebräuchliche ältere Maßangaben können in Klammern ergänzt werden. Weitere Abkürzungen sollten nach Möglichkeit vermieden werden. In jedem Fall sollte der ersten Verwendung der Abkürzung die ausgeschriebene Vollform vorangestellt werden. Bei Medikamenten werden die Generika angegeben. Präparatennamen (Handelsnamen) können in Klammern ergänzt werden. Bei Geräten oder Instrumenten sollte generell die allgemeinen Bezeichnungen verwendet werden. Herstellerbezeichnungen können in Klammern ergänzt werden.

**Für die Literaturangaben und die Zitierweise im Text** sind nachfolgende vom Verlag vorgegebenen Vorgaben **unbedingt** einzuhalten:

- Literaturangaben: *Text:* All citations in the text should refer to:
1. *Single author:* the author's name (without initials, unless there is ambiguity) and the year of publication;
  2. *Two authors:* both authors' names and the year of publication;
  3. *Three or more authors:* first author's name followed by 'et al.' and the year of publication.
- Citations may be made directly (or parenthetically). Groups of references should be listed first alphabetically, then chronologically.
- Examples: "as demonstrated (Allan, 1996a, 1996b, 1999; Allan and Jones, 1995). Kramer et al. (2000) have recently shown ...."
- List:* References should be arranged first alphabetically and then further sorted chronologically if necessary. More than one reference from the same author(s) in the same year must be identified by the letters "a", "b", "c", etc., placed after the year of publication.
- Examples:*
- Reference to a journal publication:  
Van der Geer, J., Hanraads, J.A.J., Lupton, R.A., 2000. The art of writing a scientific article. *J. Sci. Commun.* 163, 51–59.
- Reference to a book:  
Strunk Jr., W., White, E.B., 1979. *The Elements of Style*, third ed. Macmillan, New York.
- Reference to a chapter in an edited book:  
Mettam, G.R., Adams, L.B., 1999. How to prepare an electronic version of your article, in: Jones, B.S., Smith, R.Z. (Eds.), *Introduction to the Electronic Age*. E-Publishing Inc., New York, pp. 281–304.