

# Sexuologie

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

## Inhalt

### Originalarbeiten

- 63** Bedarfsanalyse zur sexualmedizinischen Versorgung  
*K. M. Beier, U. Hartmann, H. A. G. Bosinski*
- 96** Determinanten der Geschlechtsidentität. Neue Befunde zu einem alten Streit  
*H. A. G. Bosinski*
- 141** Prostitution in Deutschland um die Jahrtausendwende  
*R. Wille, Th. J. Hansen*
- Historia**
- 155** 30 Jahre Sexualmedizin an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel: Einblicke - Ausblicke  
*R. Wille*

### Fortbildung

- 170** Akademie für Sexualmedizin, Praxisleitlinien zur Diagnose und Therapie von sexuellen Störungen

### Zur Diskussion

- 182** Die Ungleichzeitigkeit von Sittenwidrigkeit, sexuellen Dienstleistungen und Zivilgesellschaft  
*V. Gransow*

### Aktuelles

- 186** Buchbesprechung

#### Anschrift der Redaktion:

Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier; MA Rainer Alisch, Inst. f. Sexualwissenschaft und Sexualmedizin des Universitätsklinikums Charité, Luisenstraße 57, D-10117 Berlin, Tel.: 030/45 06 23 01 (Fax: -6 29 92), E-mail: klaus.beier@charite.de

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

**Anzeigenannahme und -verwaltung:** Urban & Fischer Verlag GmbH & Co. KG, Niederlassung Jena, Anzeigenleitung: Sabine Schröter, PF 100 537, D-07705 Jena, Telefon (03641) 62 64 45, Fax (03641) 62 64 21  
Zur Zeit gilt die Anzeigen-Preisliste vom 01.01.2000

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

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

**Erscheinungsweise:** Zwanglos, 1 Band mit 4 Heften.

**Abo-Preise 2000:** 216,- DM\*; Einzelheftpreis 65,- DM\*; Alle Preise zzgl. Versandkosten.

Vorzugspreis für persönliche Abonnenten 118,- DM\*. \*Unverbindlich empfohlene Preise. Preisänderungen vorbehalten.

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

#### Bankverbindung:

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

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

**Satz:** Rainer Alisch, Hanseatenweg 6, 10557 Berlin

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

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

© 2000 Urban & Fischer Verlag

Abstracted/Indexed in: BIOSIS · CAB Abstracts · Chemical Abstracts Service (CAS) · Chemical Abstracts (SEXUEX)



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

## Sonderheft zum 70. Geburtstag von Prof. Dr. med. Dr. jur. Reinhard Wille

Am 19. August 2000 wurde Prof. Dr. med. Dr. jur. Reinhard Wille 70 Jahre alt. Für die Redaktion der SEXUOLOGIE, die Vorstände der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Praktische Sexualmedizin ist dies Anlass, ihm eine Sonderausgabe der Zeitschrift zu widmen.

Reinhard Wille hat sich als erster Mediziner in Nachkriegsdeutschland mit einem sexualmedizinischen Thema habilitiert. Schon im Titel seiner 1968 fertiggestellten Habilitationsschrift „Die forensisch-psychopathologische Beurteilung der Exhibitionisten, Pädophilen, Inzest- und Notzuchttäter“ wird sein besonderer Interessenschwerpunkt als Facharzt für Rechtsmedizin und promovierter Jurist deutlich. Er vertrat bereits damals die Auffassung, dass menschliche Geschlechtlichkeit und Sexualität die theoretische Berücksichtigung und empirische Erfassung biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren verlangt. Er hat diesen biopsychosozialen Ansatz – letztlich das Programm der Sexualwissenschaft seit Anfang des Jahrhunderts – unbeirrt beibehalten und auch die Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle am Klinikum der Universität Kiel unter diesem wissenschaftstheoretischen Aspekt aufgebaut.

In seiner ärztlichen Tätigkeit hat er stets den einzelnen Patienten im Blick behalten, dessen individuelle Lebenswirklichkeit, seine Grenzen und Möglichkeiten. Und er hat versucht, im Rahmen des Möglichen Veränderungen zu bewirken. Bekanntlich ist gerade im forensischen Bereich das Wünschenswerte oft nicht das Verwirklichbare, und so gilt Reinhard Wille als einer der forensischen Diagnostiker mit besonderem Augenmaß auch für *realistische* Therapieziele.

Neben seiner eigenen wissenschaftlichen Tätigkeit, die sich in über 200 Buch- und Zeitschriftenartikeln manifestiert, lagen ihm zwei Dinge besonders am Herzen: Die Förderung wissenschaftlichen Nachwuchses und die adäquate sexualmedizinische Qualifizierung der Ärzteschaft. Unter seiner Mentorenschaft wurden (bislang) 76 Dissertationen angefertigt und er ist der einzige Fachvertreter in Deutschland, der durch die Habilitation von zwei Medizinern für das Fach Sexualmedizin (Beier und Bosinski) eine wichtige Voraussetzung für das universitäre Fortbestehen dieser Disziplin geschaffen hat.

Sein langjähriges Wirken für die sexualmedizinische Aus- und Weiterbildung prägte die seit 1976 von der Gesellschaft zur Förderung sexualmedizinischer Fortbildung in Heidelberg veranstalteten Fortbildungstage wesentlich. Zugleich arbeitete er aktiv in der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS) mit, unter anderem als Vorsitzender einer Kommission zur Einführung rechtlicher Regelungen für Transsexuelle. 1978 verließ Wille gemeinsam mit anderen die DGfS und gründete (zusammen mit Eicher, Molinski u.a.) die Gesellschaft für Praktische Sexualmedizin (GPS). Deren Name war und ist Programm: Es ging Wille stets um die gesundheitswissenschaftlich relevanten Aspekte von Sexualität und um die Förderung von Forschung, Lehre und Weiterbildung auf dem gesamten Gebiet der Sexualmedizin. Nach vier Jahren übernahm er 1982 die Präsidentschaft der GPS von Molinski und leitete die Gesellschaft 10 Jahre lang. Ein herausragendes Ereignis seiner Präsidentschaft war – gemeinsam mit Eicher – die Ausrichtung des Weltkongresses der *World Association for Sexology* (WAS) 1987 in Heidelberg.

Die in den Mitteilungsblättern der GPS dokumentierte Themenbreite der wissenschaftlichen Sitzungen und Fortbildungsveranstaltungen nötigt noch heute Respekt ab. Indes, das ursprüngliche Ziel der Fortbildungstage, so viel sexualmedizinisches Wissen und Kompetenz in die Ärzteschaft zu tragen, dass sich die Veranstaltung nach einiger Zeit erübrigen würde, erwies sich als zu optimistisch: Trotz inhaltlich hochstehender und auch gut besuchter Kongresse verbesserten sich sexualmedizinische Patientenversorgung und die Aus- und Weiterbildung der Ärzteschaft nur unwesentlich.

Die weiteren Überlegungen gingen in Richtung einer qualifizierten und anerkannten Weiterbildung auf breiterer Basis durch die Einführung postgradueller Curricula. Deshalb brachte die GPS, gemeinsam mit der Gesellschaft zur Förderung sexualmedizinischer Fortbildung, bereits 1992 ei-

nen ersten Antrag auf Einführung einer Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ bei der Bundesärztekammer ein. Um die Entwicklung des nun geforderten Lernzielkatalogs und strukturierter Ausbildungskonzepte zu fördern, um die Kräfte der beiden bisherigen Gesellschaften zu bündeln und zumal, um neue Forschungen auf dem Gebiet der Sexualmedizin zu initiieren, gründete Wille 1993 gemeinsam mit Loewit, Vogt, Eicher, Conrad, Beier, Bosinski und anderen die Akademie für Sexualmedizin. Diese sollte in enger (inhaltlicher und personeller) Verschränkung mit der GPS und der in ihr aufgegangenen Fördergesellschaft die jährlichen Kongresse als wissenschaftliche Tagungen und Fortbildungsveranstaltungen weiterführen. Im Mai 2001 wird die achte Jahrestagung der Akademie, die zugleich die 25. Jahrestagung für Sexualmedizin und Psychosomatik ist, unter Vogts Leitung in Dresden stattfinden. Die Akademie ist auch federführend bei der Durchführung und Zertifizierung der Curricula und bei der Herausgabe der SEXUOLOGIE als Zeitschrift für sexualmedizinische Fortbildung und Forschung.

Mit dem 1996 an der traditionsreichen Berliner Charité gegründeten Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin entstand unter der Leitung des Wille-Schülers Klaus M. Beier ein weiteres sexualmedizinisches Zentrum in Deutschland. An diesem Institut begann im Herbst 1997 in Zusammenarbeit mit der Berliner Ärztekammer die erste zweijährige curricular fundierte sexualmedizinische Fortbildung, deren Absolventen inzwischen zum größten Teil ihre Zertifikate erhalten und die Sexualmedizin in ihre ärztliche bzw. psychotherapeutische Arbeit integriert haben. Derzeit läuft dort der zweite Kurs; weitere fanden bzw. finden in München, Düsseldorf und Hannover statt. Zugleich sind unter Willes aktiver Teilnahme die Arbeiten am Lehrbuch der Sexualmedizin abgeschlossen. Es wird noch in diesem Jahr im Verlag Urban & Fischer erscheinen<sup>1</sup>.

Die Beiträge dieses Hefts sollen das Spektrum des Wirkens Reinhard Willes andeuten: Seiner Betonung des ärztlichen Versorgungsgedankens auch in der Sexualmedizin soll die hier abgedruckte „Bedarfsanalyse zur sexualmedizinischen Versorgung“ gerecht werden. Es handelt sich dabei um eine von den Akademie-Vorstandsmitgliedern Beier, Hartmann und Bosinski verfaßte Antwort auf die Anfrage des Sachverständigenrats für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Dem wichtigen Aspekt der Qualitätssicherung in der Sexualmedizin widmen sich die erstmals in Deutschland vorgelegten „Leitlinien für die Diagnostik und Therapie sexueller Störungen“ der Akademie für Sexualmedizin. Der Grundgedanke der biopsychosozialen Fundierung menschlicher Sexualität und Geschlechtlichkeit wird in Bosinskis Artikel zu neueren Diskussionen über die Determinanten der Geschlechtsidentität exemplifiziert. Schließlich wird der Jubilar und Nestor selbst zu Worte kommen: Gemeinsam mit Hansen legt er in dem Artikel „Prostitution in Deutschland um die Jahrtausendwende“ empirische Befunde zu einem sozialrechtlichen Dilemma vor. Dabei wird deutlich, dass dies „Gründungsthema“ neuzeitlicher Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, dessen Bearbeitung in Gestalt einer Abhandlung zur „Geschichte der Abhängigkeit im Menschengeschlechte“ bereits Wilhelm von Humboldt vorschwebte und das Gegenstand des ersten Bandes des von Iwan Bloch editierten „Handbuchs der gesamten Sexualwissenschaft in Einzeldarstellungen“ (1912) war, auch heute nichts an Aktualität eingebüßt hat. Bloch bezweckte mit seinem Handbuch seinerzeit „die völlige Neubearbeitung und allseitige erschöpfende kritische Durchdringung und Aufhellung der wesentlichen Einzelfragen der Sexualwissenschaft auf der Grundlage der Natur und Kultur gleichmäßig umfassenden, anthropologisch-ethnologischen Methode.“ Dass dies auch für Reinhard Wille stetes Bestreben war, mag der Text seiner Abschiedsvorlesung vom Juni 1997 verdeutlichen, den wir hier – von ihm selbst bearbeitet – in gedruckter Form vorlegen. Redaktion und die Vorstände der Akademie und der GPS verbinden dies mit großem Dank an den Jubilar für die vielen Anregungen, Anstöße und Förderungen, die sie – jeder für sich und alle gemeinsam – von ihm erhielten. Und sie haben den Wunsch, auch weiterhin von seinen Erfahrungen und seinem Wissen zu profitieren.

Die Redaktion

<sup>1</sup> K. M. Beier, H. A. G. Bosinski, U. Hartmann, K. Loewit: Sexualmedizin. Grundlagen und Praxis. Urban & Fischer 2001

# Bedarfsanalyse zur sexualmedizinischen Versorgung\*

## Analysis of Health Care in Sexual and Gender Identity Disorders

K. M. Beier, U. Hartmann, H. A. G. Bosinski

### Zusammenfassung

In einem Bericht an den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen wird der aktuelle Bedarf an sexualmedizinisch-sexualpsychologischer Versorgung und dessen Abdeckung durch adäquate Therapieangebote analysiert. Es wird gezeigt, dass sowohl bei den sexuellen Funktionsstörungen des Mannes und der Frau als auch bei den Sexualstörungen aufgrund von Erkrankungen und/oder deren Behandlung, bei den Geschlechtsidentitätsstörungen und auch bei den soziosexuellen, paraphilen Störungen eine Unterversorgung und teilweise eine Fehlversorgung besteht. Dies ist insofern bemerkenswert, als Störungen in den genannten Bereiche zu erheblichen Einbußen in der Lebensqualität führen können. Vorschläge für eine Überwindung des Dilemmas durch curriculare Qualifizierung von Ärzten und psychologischen Psychotherapeuten werden unterbreitet.

**Schlüsselwörter:** Unterversorgung, Fehlversorgung, Sexualstörungen, Versorgungsbedarf

### Abstract

In a report to the Council of experts for the organization of health care system in German the authors analyze the current need for sexual-medical and sexual-psychological treatment and the existing therapy possibilities. The authors show that in regard to sexual dysfunction in men and women, sexual dysfunction caused by illness and/or its treatment, as well as gender identity disorders and paraphilias/sex offenders there is either a lack of treatment and/or in some cases improper treatment. This is remarkable in that disorders in these areas can lead to significant reduction in the quality of life. Suggestions are made to overcome this situation by means of the postgraduate qualification of physicians and psychotherapists.

**Keywords:** Sexual dysfunktions, Gender identity disorders, Health care system need

## 1. Einleitung

Es gibt kaum einen Fachbereich der Medizin, kaum ein Gebiet der klinischen Psychologie, in dem der Arzt oder Psychologe, aber auch Angehörige anderer Berufsgruppen, nicht mit sexuellen Problemen und Störungen konfrontiert werden. Dabei tritt die Beeinträchtigung der Sexualität in vielerlei Gestalt auf: Als eigenständige (Haupt-)Problematik, im Kontext verschiedenster körperlicher oder psychischer Krankheiten und/oder deren Behandlung (z.B. unerwünschte Wirkungen von Medikamenten, Folgen operativer Eingriffe etc.).

\* Geringfügig geänderte Fassung eines Berichts an den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen auf dessen Anfrage an die Arbeitsgemeinschaft Medizinisch-Wissenschaftlicher Fachgesellschaften (AWMF); der Bericht wurde im Auftrag der Akademie für Sexualmedizin in Verbindung mit der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPF) von K. M. Beier, U. Hartmann und H.A.G. Bosinski erstellt. Auf der Veranstaltung „Sexualmedizin in Ausbildung, Lehre und Forschung“ der 50. Arbeitstagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin am 10.11.99 in Berlin sind die im Bericht aufgenommenen Themen in Einzelreferaten dargestellt worden.

Aus neueren seriösen und methodisch anspruchsvollen Studien lässt sich die hohe Verbreitung sexueller Störungen ablesen (vgl. z.B. Laumann et al. 1994) und die Schlussfolgerung ziehen, dass insbesondere die *sexuellen Funktionsstörungen* zu den häufigsten Krankheitsbildern unserer Zeit zählen. Es ist ferner absehbar, dass durch den altersdemographischen Wandel und die Zunahme von chronischen Erkrankungen die (sekundären) *Sexualstörungen aufgrund einer Erkrankung und/oder deren Behandlung* weiter zunehmen werden.

Entsprechend breit gefächert ist der Kreis der betroffenen Patienten/innen, die an sexuellen Dysfunktionen leiden können: Der Diabetiker, der im Zuge seiner chronischen Krankheit sexuelle Störungen zu beklagen hat (Erektionsprobleme bei Männern, Erregungs- und Orgasmusprobleme bei Frauen), der Hypertoniker, dessen Medikation sich negativ auf die sexuellen Reaktionen auswirkt, und der Patient mit einer Depression, der seine sexuelle Appetenz einbüßt (und durch die Antidepressiva zusätzlich noch Erregungs- und Orgasmusprobleme bekommen kann), gehören ebenso dazu, wie der junge Mann mit sexueller Versagensangst, das Paar, dessen ungelöste Konflikte oder Machtkämpfe sich in sexuellen Symptomen ausdrücken, oder die Frau, die nach der Menopause durch mangelnde Lubrikation Schmerzen beim Koitus hat.

Hinzu kommen die *Geschlechtsidentitätsstörungen* mit dem Begehren vieler Betroffener nach körperverändernden Maßnahmen (deren Indikation sorgfältig nach Standards zu prüfen ist) und schließlich die *sexuellen Verhaltensabweichungen* (Paraphilien und Sexualdelinquenz) mit hohen Anforderungen an die Qualität der Diagnostik und Therapie, da Begutachtungs- und Behandlungsfehler Fremdgefährdungen (d.h. Opfer von sexuellen Übergriffen) nach sich ziehen können. All dies sind zweifelsohne Herausforderungen für die Heilberufe und wichtige Aufgaben für die Wissenschaften, die sich mit der körperlichen und seelischen Gesundheit des Menschen befassen. Allerdings machen die Multifunktionalität der menschlichen Geschlechtlichkeit, ihre Abhängigkeit von sich wandelnden soziokulturellen Gegebenheiten, ihre individuellen und interpersonalen Aspekte und nicht zuletzt die dadurch notwendigen interdisziplinären Überlappungen eine eigenständige fachliche Ausrichtung erforderlich. Diese wird in umfassender Weise ganz aktuell sowohl grundlagenwissenschaftlich als auch nach den aktuellen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten für alle sexuellen Störungen im „Lehrbuch der Sexualmedizin“ von Beier, Bosinski, Hartmann und Loewit (Urban & Fischer 2001) dargestellt. Die folgenden Ausführungen zu den oben aufgeführten einzelnen Störungsgruppen sind weitgehend an Ausarbeitungen des genannten Lehrbuches angelehnt.

## 2. Sexuelle Funktionsstörungen

### 2.1. Vorbemerkung

Für die medizinische Praxis stellen die sexuellen Funktionsstörungen die mit Abstand bedeutsamste Gruppe der sexuellen Störungen dar. Die hohe Prävalenz dieser Sexualprobleme bei Männern und Frauen, die Verfügbarkeit einer Palette unterschiedlicher diagnostischer und therapeutischer Optionen und die zunehmende Inanspruchnahme professioneller Hilfe durch die betroffenen Patienten werden diesem Bereich zukünftig einen noch größeren Stellenwert geben. Mehr als bei den anderen Gruppen sexueller Störungen greifen bei den Funktionsstörungen organische und psychische Faktoren ineinander und machen einen integrativen, biopsychosozialen Zugang notwendig.



## 2.2. Definition und Klassifikation

Definition: Sexuelle Funktionsstörungen manifestieren sich in Beeinträchtigungen des sexuellen Erlebens und Verhaltens in Form von ausbleibenden, reduzierten oder unerwünschten genitalphysiologischen Reaktionen. Zu den sexuellen Funktionsstörungen werden auch Störungen der sexuellen Appetenz und Befriedigung sowie Schmerzen im Zusammenhang mit dem Geschlechtsverkehr gezählt.

**Tabelle 1:** Kategorisierung der sexuellen Funktionsstörungen in DSM-IV und ICD-10

DSM-IV	ICD-10
<b>Störungen der sexuellen Appetenz</b>	
Störung mit verminderter sexueller Appetenz (302.71)	Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen (F52.0)
Störung mit sexueller Aversion (302.79)	Sexuelle Aversion (F52.10) Mangelnde sexuelle Befriedigung (F52.11)
<b>Störungen der sexuellen Erregung</b>	
Störung der sexuellen Erregung bei der Frau (302.72) Erektionsstörung beim Mann (302.72)	Versagen genitaler Reaktionen (F52.2); Männer: Erektionsstörungen; Frauen: Mangel oder Ausfall der vaginalen Lubrikation.
<b>Orgasmusstörungen</b>	
Weibliche Orgasmusstörung (302.73)	Orgasmusstörung (F52.3)
Männliche Orgasmusstörung (302.74)	Ejaculatio praecox (F52.4)
Ejaculatio praecox (302.75)	
<b>Störungen mit sexuell bedingten Schmerzen</b>	
Dyspareunie, nicht aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors (302.76)	Nicht-organische Dyspareunie (F52.6)
Vaginismus, nicht aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors (306.51)	Nicht-organischer Vaginismus (F52.5)
Sexuelle Funktionsstörung aufgrund einer körperlichen Erkrankung (625.8 u.a.)	
Substanzinduzierte sexuelle Funktionsstörung (291.8 u.a.)	
Nicht näher bezeichnete sexuelle Funktionsstörung (302.70)	

## 2.3. Epidemiologie

Der Kenntnisstand zur Prävalenz und Inzidenz sexueller Funktionsstörungen ist in den letzten Jahren zwar besser geworden, im Vergleich zu anderen Bereichen der Medizin aber nach wie vor unbefriedigend. Solide empirische Erhebungen zur Sexualität sind aufwendig, kostenintensiv und methodisch anspruchsvoll und haben sich zudem mit den Besonderheiten dieses Erlebensbereiches auseinanderzusetzen, den die meisten Menschen als besonders privat und intim empfinden. In schriftlichen oder mündlichen Befragungen sind die Verweigerungsquoten daher in der Regel höher und es ist von einem schlecht abzuschätzenden „volunteer bias“ auszugehen, der dazu führt, daß die Befragungsteilnehmer eher offener und liberaler eingestellt sind und sehr wahrscheinlich auch weniger sexuelle Probleme aufweisen als die Verweigerer.

Grundsätzlich ist die Datenlage bei den männlichen Störungen deutlich besser als bei den weiblichen, da – bedingt durch das Interesse der pharmazeutischen Industrie an zuverlässigen Zahlen – speziell zur erektilen Dysfunktion eine Reihe neuerer Studien vorliegen, während entsprechende Erhebungen zu den weiblichen Störungen sich derzeit erst in Planungs- und Durchführungsphasen befinden.

Gleichwohl liegen heute eine Reihe von Daten vor, die ein recht einheitliches Bild ergeben und die sich unterteilen lassen in Untersuchungen an der Allgemeinbevölkerung (community samples) und Studien aus dem klinischen Bereich (office/clinic samples), deren Resultate im folgenden getrennt nach männlichen und weiblichen Störungen zusammen gefaßt werden.

### 2.3.1 Die männlichen Funktionsstörungen

#### Erektionsstörungen

Schon die Prävalenzzahlen des Kinsey-Reports (1948, 1953) verwiesen auf die starke Alterskorreliertheit dieser Störung, die sich in allen neueren Studien bestätigte: vor dem 30 Lebensjahr betrug die Prävalenz erektiler Dysfunktionen bei Kinsey weniger als 1%, bis zum 45 Lebensjahr weniger als 3%, bei den 45 bis 55jährigen 6,7%, bei den 55 bis 65jährigen 25% und bei den 80jährigen annähernd 75%. Spector und Carey (1990) untersuchten insgesamt 23 Studien zur Prävalenz sexueller Dysfunktionen und fanden Prävalenzzahlen zwischen 4 und 9% für Erektionsstörungen. Lendorf et al. (1994) befragten eine Gruppe von 272 dänischen Männern im Alter von 30 bis 79 Jahren nach verschiedenen Dimensionen erektilen Versagens und fanden Impotenz (definiert als Unfähigkeit, den Geschlechtsverkehr zu beginnen oder vollenden) bei insgesamt 4% ihrer Stichprobe, wobei die Zahlen 11% bei den über 60jährigen und 10% bei den über 70jährigen betragen. In der groß angelegten ‚National Health and Social Life Survey‘ (NHSL), einer Repräsentativbefragung an über 3000 US-Amerikanern und Amerikanerinnen im Alter von 18 bis 59 Jahren (Laumann et al. 1994), lag der Prozentsatz von Männern, die über signifikante (mehrere Monate im vergangenen Jahr) Erektionsstörungen berichteten, bei 10,4%. Jing et al. (1998) untersuchten über 40jährige Männer in Shanghai und fanden, dass 33% der 40 – 49jährigen über Erektionsstörungen berichteten, 36% der 50 – 59jährigen, 74% der 60 – 69jährigen und 86% der über 70jährigen. Ebenfalls über 40jährige Männer befragten Pinnock et al. (1999) in Australien und fanden eine Prävalenz erektiler Dysfunktionen von 3% bei den 40 – 49jährigen, von 11,9% bei den 50 – 59jährigen, von 42,3% bei den 60 – 69jährigen, von 64,2% bei den 70 – 79jährigen und von 92,9% bei den über 80jährigen (Gesamtprävalenz: 25,7%, bzw. 16% bei den 40 – 70jährigen). An einer englischen Stichprobe (mittleres Alter: 51 Jahre) erhoben Dunn et al. (1998) eine Prävalenz erektiler Dysfunktionen von 26%.

Die am häufigsten zitierte und ergiebigste neuere Untersuchung zur Prävalenz von Erektionsstörungen ist die *Massachusetts Male Aging Study* (MMAS, Feldman et al. 1994), bei der im Rahmen einer groß angelegten Studie zum Zusammenhang von Alter und Gesundheit bei Männern sich verschiedene Items eines Fragebogens auf die sexuelle Aktivität und Funktion bezogen, die von 1290 Männern beantwortet wurden. Mit Hilfe einer „Kalibrierungs-Stichprobe“ von 303 in einer urologischen Klinik untersuchten Patienten mit erektilen Dysfunktionen wurde der Grad der Erektionsstörung in der nicht-klinischen Hauptstichprobe berechnet. Die Ergebnisse zeigen, daß 52% der zwischen 40 und 70 Jahre alten Männer eine zumindest leichtgradige Störung der Erektionsfähigkeit aufwiesen, und zwar

17% eine minimale, 25% eine mittelgradige und 10% eine komplette erektile Dysfunktion. Die Ergebnisse der MMAS bestätigten die starke Altersabhängigkeit erektiler Dysfunktionen: zwischen 40 und 70 Jahren verdreifachte sich der Prozentsatz kompletter Impotenz von 5 auf 15%, die Wahrscheinlichkeit moderater Impotenz stieg von 17 auf 34%, während der Anteil minimaler Impotenz mit 17% konstant blieb. Nur 32% der 70jährigen beschrieben sich als frei von Erektionsstörungen.

In den bezüglich des Faktors Alter kontrollierten Daten zeigten sich signifikant höhere Prozentsätze kompletter erektiler Dysfunktionen bei Männern, die wegen Diabetes (28%), Herzkrankheit (39%) und Bluthochdruck (15%) in Behandlung waren, verglichen mit der Gesamtstichprobe (9,6%). Entsprechend waren die Prozentsätze für komplette Impotenz bei Männern, die hypoglykämische Substanzen (26%), antihypertensive Medikamente (14%), Vasodilatoren (36%) und Kardiaka (28%) einnahmen, ebenfalls signifikant erhöht.

Aus ihren Daten errechneten die Autoren, daß ca. 18 Millionen US-amerikanischer Männer im Alter von 40 bis 70 Jahren unter Erektionsstörungen leiden, die daher ein ernsthaftes und quantitativ erhebliches Gesundheitsproblem darstellen. Versucht man, die Daten der MMAS anhand der Bevölkerungsdaten des Statistischen Bundesamtes von 1994 auf bundesdeutsche Verhältnisse zu übertragen, müßte man von Zahlen ausgehen, die zwischen 5 und 8 Millionen aller Männer liegen, davon gut 5 Millionen mit *mittelschwerer oder vollständiger erektiler Dysfunktion*.

Die MMAS-Arbeitsgruppe hat jetzt die ersten prospektiven Daten ihrer Längsschnittuntersuchung vorgestellt (Johannes et al. 2000) und daraus erstmals *Inzidenzraten* für erektile Dysfunktionen berechnet. Die Inzidenzrate betrug insgesamt 26 Fälle pro 1000 Mann-Jahre. Die altersspezifischen Inzidenzraten wurden mit 1,2% für die 40 – 49jährigen, 2,98% für die 50 – 59jährigen und 4,6% für die 60 – 69jährigen berechnet. Für die USA ergeben sich daraus in der Gruppe der 40 – 70jährigen Männer über 600.000 neue Fälle mit erektiler Dysfunktion pro Jahr. Die Inzidenzrate war niedriger bei höherem sozioökonomischen Status und wiederum eng verknüpft mit dem allgemeinen Gesundheitszustand.

In der bislang einzigen bundesdeutschen Studie wurde die Prävalenz und die „Therapiebedürftigkeit“ erektiler Dysfunktionen an einer Stichprobe von knapp 5000 Männern (Alter 30 – 80 Jahre) im Großraum Köln erhoben (Braun et al. 1999). Insgesamt berichteten 19,2% der Männer über das Vorliegen einer Erektionsstörung und 8,5% der Männer sahen diese Dysfunktion subjektiv als behandlungsbedürftig an. Die altersabhängige Prävalenz betrug 10% bei den 40 – 49jährigen (von den Befragten als therapiebedürftig eingeschätzt: 3,7%), 15,4% bei den 50 – 59jährigen (als therapiebedürftig eingeschätzt: 6,7%), 35% bei den 60 – 69jährigen (als therapiebedürftig eingeschätzt: 18,4%) und 50% bei den über 70jährigen (als therapiebedürftig eingeschätzt: 33,6%).

Der enge Zusammenhang von Inzidenz und Prävalenz erektiler Dysfunktionen mit dem Lebensalter und dem allgemeinen Gesundheitszustand bringt es mit sich, dass bei einer zunehmend älter werdenden Weltbevölkerung eine deutliche Zunahme dieses Krankheitsbildes und der nachgefragten medizinischen Leistungen vorausgesagt werden muss. Basierend auf Zahlen der UNO haben Aytac et al. (1999) eine Projektion für das Jahr 2025 entworfen: bei einer Zunahme des Anteils der über 65jährigen von derzeit 4,2% auf 9,5% ist mehr als eine Verdoppelung der Zahl erektionsgestörter Männer (berechnet wurden nur mittelgradige und vollständige Dysfunktionen bei Männern über 40) zu erwarten, und zwar von derzeit weltweit 152 Millionen auf 322 Millionen im Jahr 2025. Während die stärksten



Zuwächse in Afrika und Asien zu erwarten sind (+169% bzw. +130%), wird für Europa ein Zuwachs von 39% vorhergesagt. Für Deutschland ergäbe sich daraus ein Zuwachs von derzeit ca. 5 Millionen auf ca. 7 Millionen erektionsgestörter Männer im Jahr 2025.

### Orgasmusstörungen

Die Orgasmusstörungen des Mannes lassen sich unterteilen in den vorzeitigen Orgasmus (Ejaculatio praecox) und die Orgasmushemmung.

Die heute gültige Definition des *vorzeitigen Orgasmus* lautet: Ein anhaltendes oder wiederkehrendes Einsetzen des Orgasmus vor, bei oder kurz nach der Penetration und bevor die Person es wünscht. Die wenigen Untersuchungen an nicht-klinischen Stichproben zeigen, daß die Daten zur Prävalenz des vorzeitigen Orgasmus auf einem hohen Niveau schwanken und in neueren US-amerikanischen Stichproben zwischen 25 und 40% der befragten Männer dieses Problem angeben (Rosen & Leiblum 1995).

Im *National Health and Social Life Survey* (NHSL, Laumann et al. 1994) gaben 29% der befragten Männer an, im vergangenen Jahr mindestens über mehrere Monate das Problem eines vorzeitigen Orgasmus gehabt zu haben. Anders als bei den Erektionsstörungen zeigte sich in der NHSL-Stichprobe für den vorzeitigen Orgasmus keine Alterskorreliertheit, sondern eine sehr gleichmäßige Prävalenz in den verschiedenen Altersgruppen. Andere, allerdings nicht repräsentative Studien kommen zu Prozentzahlen um die 40% und mehr (Überblick bei Metz et al. 1997), so dass die vorhandenen Daten den Schluß erlauben, daß es sich insgesamt beim vorzeitigen Orgasmus um die häufigste sexuelle Funktionsstörung des Mannes handelt.

Die Daten aus klinischen Stichproben und aus speziellen Behandlungseinrichtungen, die als ein Indikator für die Inanspruchnahme professioneller Hilfsangebote betrachtet werden können, liegen niedriger als die Prävalenzzahlen aus den nicht-klinischen Stichproben und durchweg unter den Zahlen für die Erektionsstörungen. In der Sexualberatungsstelle der Hamburger Abteilung für Sexualforschung lag der Prozentsatz ratsuchender Männer mit vorzeitigem Samenerguß sowohl Mitte der 70er- als auch Anfang der 90er-Jahre bei ca. 20%, verglichen mit mehr als 60% bei den erektilen Dysfunktionen (Schmidt 1996). In einer englischen Klinik für sexuelle Dysfunktionen war diese Verteilung ganz ähnlich (16% zu 63%; Catalan et al. 1990), während in der sexualmedizinischen Sprechstunde des Universitätsspitals Zürich der Anteil von Patienten mit vorzeitigem Samenerguß zwischen 1980 und 1990 mit 25 bis 30% höher, aber ebenfalls unter dem Anteil erektionsgestörter Männer lag (Buddeberg et al. 1994).

Die *Orgasmushemmung* des Mannes wird definiert als: Eine anhaltende oder wiederkehrende Verzögerung oder ein Fehlen des Orgasmus nach einer normalen sexuellen Erregungsphase, während einer sexuellen Aktivität, die der Untersucher unter Berücksichtigung des Lebensalters hinsichtlich Intensität, Dauer und Art für adäquat hält. Die wenigen vorliegenden Daten zur Prävalenz des gehemmten männlichen Orgasmus aus nicht-klinischen Stichproben deuten darauf hin, daß diese Problematik nicht so selten ist wie gemeinhin angenommen wird. In der US-amerikanischen NHSL-Studie (Laumann et al. 1994) gaben ca. 8% der befragten Männer an, innerhalb des zurückliegenden Jahres über einen Zeitraum von mehreren Monaten unter einer „Unfähigkeit, zum Orgasmus zu kommen“ gelitten zu haben.

In ihrer Analyse verschiedener Befragungen kamen Nathan (1986) zu einem Prozentsatz von 3 – 4% der „nichtgeriatrischen männlichen Bevölkerung“ und Spector und Carey

(1990) zu einem breiten Range von 1 – 10%. Frenken (1980) kam nach einer Studie an 250 Männern zu dem Resultat, daß 2% seiner Stichprobe eine schwere und weitere 6% eine milde Orgasmushemmung aufwiesen.

In klinischen Stichproben liegt der Anteil männlicher Patienten mit dem Symptom der Orgasmushemmung durchweg zwischen 3 und 8% (s. Dekker 1993; Rosen & Leiblum 1995) und ist damit das seltenste Störungsbild, für das professionelle Hilfe gesucht wird.

### **Appetenzstörungen**

Sowohl die vorhandenen epidemiologischen Daten als auch die klinischen Erfahrungen und Daten lassen eine Zunahme der Appetenzstörungen bei Männern in den vergangenen zwei Jahrzehnten erkennen. In der Hamburger Sexualberatungsstelle war von Mitte der 70er- bis Mitte der 90er-Jahre ein Zuwachs männlicher Inappetenz von 4% auf 16% (Schmidt 1996) zu verzeichnen, während der Prozentsatz in der sexualmedizinischen Sprechstunde des Universitätsspitals Zürich (Buddeberg et al. 1994) zwischen 1980 und 1990 gleichgeblieben ist, aber immerhin auch bei 12% aller Patienten liegt. In der amerikanischen NHSL- Repräsentativerhebung von Laumann et al. (1994) berichteten 15% der Männer über ein mangelndes sexuelles Interesse in den zurückliegenden 12 Monaten. Trotz zum Teil deutlicher Prävalenzunterschiede innerhalb der westlichen Industrieländer (Rosen & Leiblum 1995) mit höheren Störungsraten in Nordamerika im Vergleich zu Europa, lassen die Daten den Schluß zu, daß es sich bei männlichen Appetenzstörungen nicht um ein unbedeutendes Randphänomen handelt. Es steht zu erwarten, daß die zunehmende Verwendung wirksamer, oral applizierbarer Medikamente für erektile Dysfunktionen oder auch für den vorzeitigen Orgasmus dazu führen wird, daß die nicht selten hinter den Funktionsstörungen „verborgenen“ Appetenzprobleme deutlicher zutage treten und in der Praxis noch größere Bedeutung gewinnen werden.

## **2.3.2. Die weiblichen Funktionsstörungen**

### **Appetenzstörungen**

Die weiblichen Appetenzstörungen werden in den aktuellen Diagnosesystemen unterteilt in (i) den Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen und (ii) die sexuelle Aversion.

Der *Mangel oder Verlust des Sexualverlangens* schließt sexuelle Befriedigung oder Erregung nicht aus, sondern bedeutet, dass sexuelle Aktivitäten seltener initiiert werden und äußert sich typischerweise in einer Verminderung des Suchens nach sexuellen Reizen, des Denkens an Sexualität mit Verlangen oder Lust sowie der sexuellen Phantasien. Das Interesse an sexuellen Aktivitäten oder Masturbation besteht seltener als nach Alter und Umständen zu erwarten, oder die Häufigkeit ist deutlich gesunken.

Bei der *sexuellen Aversion* ist die Vorstellung von einer sexuellen Partnerbeziehung stark mit negativen Gefühlen verbunden und erzeugt soviel Furcht oder Angst, daß sexuelle Handlungen vermieden werden.

Die vorhandenen Daten aus den letzten 20 Jahren zeigen eindrücklich, dass die Appetenzstörungen bei den Frauen die mit Abstand höchste Prävalenz von allen sexuellen Dysfunktionen in nicht-klinischen wie klinischen Stichproben aufweisen. In der US-amerikanischen NHSL- Repräsentativstudie (s.o., Laumann et al. 1994) berichteten 33,4% der befragten Frauen über ein mangelndes Interesse an Sexualität und 21,2% gaben an, Sexualität nicht genießen zu können.

Während das mangelnde Interesse keine Alterskorreliertheit aufwies, war die mangelnde Genußfähigkeit in den höheren Altersgruppen (ab 35) geringer ausgeprägt.

In den klinischen Stichproben beklagen gegenwärtig mindestens 30% aller weiblichen Patienten, die um sexualmedizinische Hilfe nachsuchen, einen Mangel an sexueller Motivation oder Sexualverlangen (Kaplan 2000). Rosen et al. (1987) diagnostizierten gehemmtes Sexualverlangen bei annähernd 40% ihrer Sexualpatienten, überwiegend bei den Frauen. Hawton et al. (1986) benannten Prävalenzraten von 37% im Hinblick auf mangelndes Sexualverlangen bei den Patientinnen einer Spezialeinrichtung. In der Sexualambulanz am Uniklinikum Zürich berichteten 23,6 der Patientinnen über einen Appetenzmangel und weitere 12% über eine sexuelle Aversion (Buddeberg 1988). Dass ein Wandel im klinischen Erscheinungsbild der sexuellen Störungen bei Frauen in Richtung Appetenzstörung stattgefunden hat, kann zahlenmäßig kaum deutlicher vermittelt werden als durch die Statistik der Sexualberatungsstelle der Universität Hamburg (Schmidt 1996). Ein Diagnosevergleich zwischen 1975/77 und 1992/94 zeigt, dass sich die Klagen der weiblichen Ratsuchenden über sexuelle Lustlosigkeit von 8% auf 58% erhöhten, während die Klagen über Erregungs-/Orgasmusstörungen von 80% auf 29% sanken.

### **Erregungsstörungen**

Die weiblichen Erregungsstörungen spielen im Unterschied zu ihrem männlichen Pendant, der Erektionsstörung, eine eher untergeordnete Rolle, wobei sich hinter den häufiger diagnostizierten Orgasmusstörungen sowie der Dyspareunie nicht selten Erregungsstörungen verbergen. Die weibliche Erregungsstörung wird heute definiert als ein anhaltendes oder wiederkehrendes Versagen, die Lubrikation und ein Anschwellen der äußeren Genitalien als Zeichen genitaler Erregung zu erlangen oder bis zur Beendigung der sexuellen Aktivität aufrecht zu erhalten.

In der NHSL-Representativstudie (Laumann et al. 1994) berichteten 18,8% der Frauen über Probleme mit der genitalen Lubrikation, mit einer etwas höheren Prävalenz bei den postmenopausalen Frauen. Während in einer Befragung in den Niederlanden nur 4% der Frauen Lubrikationsprobleme angaben (Diamont et al. 1996), lag die Prävalenz in einer japanischen Studie deutlich höher und stieg von 11% bei den bis 30jährigen auf 77% bei den 70jährigen an (Sato et al. 1998).

Im klinischen Kontext wurden Erregungsstörungen eher selten als Haupt-Konsultationsgrund diagnostiziert. Buddeberg (1988) stellte bei den Patientinnen der Züricher Beratungsstelle nur 2,4% Erregungsstörungen fest, während Rosen et al. (1993) in einer US-amerikanischen gynäkologischen Ambulanz bei 14% der Frauen Lubrikationsprobleme fanden.

### **Orgasmusstörungen**

Die weibliche Orgasmushemmung wird heute definiert als anhaltende oder wiederkehrende Verzögerung oder Fehlen des Orgasmus nach einer normalen sexuellen Erregungsphase, wobei die sexuelle Aktivität vom Kliniker hinsichtlich ihrer Zielrichtung, Intensität und Dauer als ausreichend beurteilt wird. Es wird darauf hingewiesen, dass manche Frauen bei nichtkoitaler Klitorisreizung einen Orgasmus erleben können, diesen jedoch nicht beim Koitus ohne manuelle Stimulation der Klitoris erreichen und dass das bei den meisten dieser Frauen eine normale Variation der weiblichen Sexualreaktion darstellt und die Diagnose einer Orgasmushemmung bei der Frau nicht rechtfertigt. Dennoch handelt es sich bei einigen

dieser Frauen um eine psychische Hemmung, welche die Diagnose rechtfertigt. Diese schwierige Entscheidung wird erleichtert durch eine gründliche sexuelle Abklärung, die auch einen Behandlungsversuch erfordern kann (DSM-IV, 1994).

In der NHSLS-Repräsentativstudie (Laumann et al. 1994) berichteten 24,1% der Frauen über Orgasmusprobleme, wobei die Prävalenz bei den jüngeren Frauen und den postmenopausalen Frauen am höchsten lag. Im Kinsey-Report (1953) gaben 10% der Frauen an, noch niemals in ihrem Leben einen Orgasmus erlebt zu haben und in anderen nicht-klinischen Studien lag die Prävalenz von Orgasmusstörungen (nie oder selten) zwischen 5% und 20% (Spector und Carey 1990).

In den klinischen Stichproben fanden sich ganz ähnliche Zahlen, da auch hier der Anteil der Frauen, die wegen Orgasmusproblemen Rat suchen, zwischen 10% und 37% liegt (Hawton 1982, Buddeberg 1988, Renshaw 1988, Catalan 1990, Schmidt 1996).

### **Vaginismus und Dyspareunie**

Vaginismus und Dyspareunie bilden die bei Frauen recht häufige Gruppe der Störungen mit sexuell bedingten Schmerzen. Der *Vaginismus* ist dabei definiert als wiederkehrende oder anhaltende unwillkürliche Spasmen der Muskulatur des äußeren Drittels der Vagina, wenn eine vaginale Penetration mit dem Penis, dem Finger, einem Tampon oder einem Spekulum versucht wird.

Zur Prävalenz des Vaginismus in der Allgemeinbevölkerung gibt es kaum Zahlen, da diese Problematik nicht als Extrakategorie erfasst wurde. In klinischen Stichproben bewegt sich der Anteil Frauen mit diesem Symptom zumeist zwischen 10 und 15% und erscheint recht konstant (Masters und Johnson 1970, Spector und Carey 1990, Schmidt 1996, Heiman und Meston 1997, Leiblum 1998).

Die *Dyspareunie* wird heute definiert als wiederkehrende oder anhaltende genitale Schmerzen, die mit dem Geschlechtsverkehr einhergehen, wobei die Symptomatik nicht ausschließlich durch Vaginismus oder eine zu geringe Lubrikation verursacht und nicht besser durch eine andere psychische Störung, Substanzgebrauch oder eine körperliche Erkrankung erklärbar sein soll.

In der NHSLS-Studie (Laumann et al. 1994) berichteten 14% über Schmerzen beim Sexualverkehr, während die Prävalenz in einer älteren Studie (Schover 1981) bei 8% lag. In klinischen Stichproben schwankt der Anteil der Frauen, die wegen dieses Problems Hilfe suchen, zwischen 3 und 17% (Hawton 1982, Buddeberg 1988, Renshaw 1988, Catalan et al. 1990, Spector und Carey 1990), wobei zu berücksichtigen ist, dass viele betroffene Frauen keine Spezialeinrichtungen aufsuchen, sondern ihren Haus- oder Facharzt um Hilfe bitten.

### **2.3.3. Zusammenfassung**

Wenngleich die epidemiologischen Daten zu den sexuellen Funktionsstörungen (mit Ausnahme der erektilen Dysfunktionen) noch nicht den zu fordernden Standards entsprechen, lassen die vorhandenen Zahlen den Schluss zu, dass sexuelle Dysfunktionen sehr häufige, alle Altersgruppen und Männer wie Frauen betreffende Gesundheitsprobleme sind. In der derzeit zuverlässigsten Befragung einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe, der US-amerikanischen National Health and Social Life Survey (NHSLS-Studie, Laumann et al. 1994), gaben insgesamt 43% der Frauen und 35% der Männer an, im Jahr vor der Befragung unter einer signifikanten, mindestens mehrere Monate bestehenden sexuellen Dysfunktion gelitten zu haben. Bei den Frauen stellen Probleme der sexuellen Appetenz sowohl

in der Allgemeinbevölkerung als auch im klinischen Bereich die mit Abstand bedeutsamste Dysfunktion dar, während bei den Männern die Störung mit der höchsten Prävalenz, der vorzeitige Orgasmus (Ejaculatio praecox), viel seltener zur Inanspruchnahme professioneller Dienstleistungen führt als die Erektionsstörung, die deshalb und aufgrund ihres engen Zusammenhangs zu anderen Krankheitsbildern (Diabetes, Hypertonus, KHK, neurologische Krankheiten) die klinisch bedeutsamste Störung des Mannes darstellt. In Deutschland ist derzeit von ca. 5 Millionen erektionsgestörter Männer auszugehen; aufgrund der Alterskorreliertheit wird diese Zahl bis zum Jahr 2025 auf mindestens 7 Millionen Männer ansteigen.

#### 2.4. Sexuelle Funktionsstörungen und Lebensqualität

Die Beziehung von sexueller Gesundheit und sexuellen Störungen zur Lebensqualität ist erst in den letzten Jahren breiter aufgegriffen worden. Beflügelt wurde diese Entwicklung durch die zunehmende Beachtung der Lebensqualität in den klinischen Studien zur Überprüfung neuer Medikamente für erektile Dysfunktionen. Mehr und mehr scheint sich die Erkenntnis durchzusetzen, dass die therapeutische Zielsetzung nicht nur auf eine reine Symptombeseitigung und Wiederherstellung der sexuellen Funktion beschränkt sein darf, sondern sexuelle Gesundheit in einem breiteren Verständnis und speziell in ihrer Bedeutung für die allgemeine und sexualbezogene Lebensqualität als Zielgröße im Mittelpunkt stehen sollte. Die Ergebnisse der vorliegenden empirischen Untersuchungen zur Beziehung von Sexualität und Lebensqualität begründen diese Akzentverschiebung schon heute nachdrücklich.

Verschiedene Studien haben gezeigt, dass ein enger Zusammenhang zwischen sexueller Gesundheit und der allgemeinen Lebenszufriedenheit besteht (Fugl-Meyer et al. 1997, McCabe 1997, Litwin et al. 1998, Ventegodt 1998, Benkert 1999). Einige wichtige Resultate dieser Untersuchungen:

- ▶ Personen, die nicht sexuell aktiv sind, haben eine deutlich niedrigere Lebensqualität, wobei dieser Zusammenhang von dem Fehlen eines geeigneten Sexualpartners mitbestimmt wird.
- ▶ Männer mit Sexualstörungen haben im Vergleich mit *nicht funktionsgestörten* Männern erhebliche Einbußen in den emotionalen, sozialen und sexuellen Qualitäten von Intimität und Paarverbundenheit und die sexuelle Dysfunktion ist bei Ihnen assoziiert mit einem Zusammenbruch der emotionalen und sexuellen Nähe in der Partnerschaft, einer Verminderung des gegenseitigen Austauschs sowie einem Rückgang der Teilnahme an sozialen und Freizeitaktivitäten.
- ▶ Auch bei den Frauen beeinflussen sexuelle Probleme zahlreiche Lebensaspekte und sind verbunden mit einer verminderten Leistungsfähigkeit und einer verminderten Befriedigung im interpersonalen, beruflichen und emotionalen Bereich. Dabei scheint es den Frauen weniger als den Männern zu gelingen, die sexuellen Probleme etwa durch eine „Flucht in die Arbeit“ zu kompensieren bzw. zu verdrängen.
- ▶ In den klinischen Studien führte eine Reduktion der sexuellen Symptomatik zu signifikanten Verbesserungen der Lebenszufriedenheit sowie der seelischen Gesundheit, speziell zu Veränderungen von Ängsten, Depressionen, der interpersonalen Sensibilität und Selbstachtung.

Die enge Beziehung zwischen sexueller Gesundheit und Lebensqualität ist eine wichtige empirische Untermauerung für eine stärkere Gewichtung dieses Bereichs in unserem Ge-



sundheitssystem und zeigt, dass Sexualmedizin sich nicht mit einem Randbereich, sondern mit einem zentralen Erlebens- und Verhaltensbereich des Menschen beschäftigt.

## 2.5. Daten zum Behandlungsbedarf und zur Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen

Ähnlich wie zur Inzidenz und Prävalenz liegen auch zum Behandlungsbedarf und zur tatsächlichen Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei sexuellen Funktionsstörungen bislang nur wenige zuverlässige Zahlen vor, so dass Entscheidungen wie etwa zur Erstattungsfähigkeit oral wirksamer Medikamente für erektile Dysfunktionen sich weitgehend auf vage Schätzungen stützen mussten. Die in diesem Zusammenhang erstmals offen erfolgte Konfrontation des Gesundheitswesens mit den Kosten sexueller Störungen dürfte dazu führen, dass die Datenlage sich mittelfristig verbessern wird.

Betrachtet man zunächst die Dimension *der subjektiv empfundenen Behandlungsbedürftigkeit*, so lassen die vorhandenen Daten eine mehr oder minder stark ausgeprägte Diskrepanz zwischen der Prävalenz sexueller Dysfunktionen und der subjektiv angegebenen Behandlungsbedürftigkeit bzw. dem Therapiewunsch erkennen. In der Studie von Dunn et al. (1998) in England hatten von den 34% der Männer und den 41% der Frauen, die eine sexuelle Störung angaben, 64% der Männer und 44% der Frauen den Wunsch, diese Störung behandeln zu lassen. In der Kölner Untersuchung zur Prävalenz erektiler Dysfunktionen (Braun et al. 1999) betrachteten sich weniger als die Hälfte der Männer, die über eine Erektionsstörung berichteten, als therapiebedürftig, wobei diese Quote mit zunehmendem Alter deutlich ansteigt (auf über zwei Drittel bei den über 70jährigen Männern). Für die hier zu Tage tretende Diskrepanz sind nach dem gegenwärtigen Stand der Kenntnisse zwei Variablenbündel verantwortlich:

(1) Der Leidensdruck ist bei einem Teil der Patienten mit sexuellen Dysfunktionen nicht so ausgeprägt bzw. so ambivalent, dass kein konkreter Behandlungswunsch entsteht. Einem Teil der Betroffenen gelingt ein Arrangement, das Sexualität trotz Funktionsproblemen weiter ermöglicht. Solche Arrangements finden sich am ehesten bei den männlichen und weiblichen Orgasmusstörungen, während es bei den Erregungs- bzw. Erektionsstörungen seltener gelingt. Der Behandlungswunsch bei Appetenzstörungen ist dagegen oft mit einer großen Ambivalenz verbunden und der Leidensdruck eher „extern“ (Drängen des Partners, Angst vor Beziehungsabbruch). Zu diesem Variablenkomplex ist auch der Umstand zu rechnen, dass ein derzeit nicht genau quantifizierbarer Anteil der Störungen passagerer Natur ist bzw. es zu sog. Spontanremissionen kommt. In allen Überlegungen und Berechnungen ist daher ein sexuelles *Problem* von einer tatsächlichen sexuellen *Störung* zu unterscheiden, für deren Definition allerdings heute klare, operationalisierte Kriterien vorliegen (DSM-IV, NIH-Konsensus-Konferenz, ISIR-Kriterien), die auch den hier gemachten Ausführungen zugrunde liegen.

(2) Als noch bedeutsamer für die Erklärung der Diskrepanz zwischen der Prävalenz sexueller Dysfunktionen und dem Therapiewunsch wird heute ein zweites Variablenbündel angesehen, das sich aus *Hemmungen und Kenntnisdefiziten* über Behandlungsmöglichkeiten auf Seiten der Betroffenen und den *unzureichenden Versorgungsangeboten* auf Seiten der Medizin bzw. Sexualtherapie zusammen setzt. So machen Dunn et al. (1998) für die geringe Inanspruchnahme medizinischer Leistungen 4 Gründe verantwortlich: (a) Hemmungen auf Seiten der Patienten; (b) mangelnde Kenntnisse, dass es Behandlungsmöglichkeiten gibt; (c) Vorkommen und Bedeutung von Sexualstörungen werden von der Ärzteschaft unter-

schätzt und (d) Berührungsängste und mangelnde Fachkenntnisse bei den Ärzten. Diese Erklärungen werden von den Ergebnissen der MORI-Studie (Corrado 1999) eindrucksvoll bestätigt, in der in 10 Ländern verschiedener Erdteile (darunter auch in Deutschland) Daten zur Einstellung gegenüber erektilen Dysfunktionen und zur Behandlungsbedürftigkeit erhoben wurden. 83% der (über 40jährigen) Männer sind danach noch niemals von ihrem Arzt auf ihre Sexualität angesprochen worden und 84% hatten ihrerseits ihren Arzt noch niemals auf dieses Thema angesprochen. Diese Situation verdeutlicht sich auch daran, dass 66% der befragten deutschen Männer (mehr als in allen anderen Ländern) die erektile Dysfunktion als das Gesundheitsproblem ansehen, für das sie mit der geringsten Wahrscheinlichkeit ihren Arzt um Rat fragen würden. Gleichzeitig wünscht sich eine Mehrzahl der Männer, dass ihr Arzt sie auf ihre sexuelle Gesundheit anspricht und mehr als die Hälfte glaubt, dass ein offener Umgang mit diesem Thema ihnen persönlich helfen kann und entstigmatisierend wäre.

Betrachtet man nun die wenigen vorliegenden Zahlen zur *tatsächlichen Inanspruchnahme* medizinischer Dienstleistungen für sexuelle Dysfunktionen, so zeigen Zahlen aus den USA, dass 1985 525.000 ambulante Arztkontakte wegen erektiler Dysfunktionen berechnet wurden, das sind 0,2% aller ambulanten Arztbesuche. Aus diesen Zahlen und den Prävalenzdaten der MMAS ergibt sich nach Shabsigh (1996), dass jährlich zwischen 2,6 und 5,2% der betroffenen Männer professionelle Hilfe suchen. 1986 wurde in Deutschland eine Befragung in 189 Allgemeinpraxen und 71 internistischen Praxen zur Behandlung von Erektionsstörungen durchgeführt (Zentgraf und Iffländer 1987). Im Durchschnitt sahen die befragten Ärzte 3 Patienten mit Erektionsstörungen pro Quartal, woraus sich errechnen ließ, dass seinerzeit 120 000 Patienten pro Quartal ihren Arzt wegen dieser Problematik konsultierten. Berücksichtigt man allerdings, dass auch in dieser Studie 75% der Ärzte angaben, ihre Patienten nicht aktiv auf diesen Bereich anzusprechen und dass hier nur die Erektionsstörungen erfasst wurden, lässt sich das Ausmaß der Unterversorgung abschätzen, das sich im übrigen auch aus der englischen Studie von Dunn et al. (1998) ablesen lässt, in der nur 12% der männlichen und 8% der weiblichen Patienten tatsächlich professionelle Hilfe für ihre sexuelle Dysfunktion gefunden hatten.

Insgesamt ist nach gegenwärtiger Datenlage davon auszugehen, dass etwa die Hälfte der subjektiv identifizierten sexuellen Dysfunktionen als subjektiv und objektiv behandlungsbedürftige Störungen einzuschätzen sind. Dabei steigt der Grad der Behandlungsbedürftigkeit mit zunehmendem Lebensalter an.

## 2.6. Die Angebotsseite

Welche wissenschaftlich anerkannten Behandlungsverfahren liegen heute vor und wer ist in der Lage, sie anzuwenden?

Zur Behandlung sexueller Funktionsstörungen liegen heute verschiedene Therapieverfahren vor. Auch auf der Angebotsseite gilt, dass die Datenlage – besonders bezüglich der Langzeitstabilität der Therapieeffekte – noch unbefriedigend ist und dass für die männlichen Störungen ein sehr viel breiteres Repertoire an Therapieoptionen zur Verfügung steht. Mit der von Masters und Johnson (1970) begründeten und seitdem kontinuierlich weiter entwickelten *Sexualtherapie* liegt seit längerer Zeit ein gut erprobtes und effektives Behandlungsverfahren vor, das nicht nur bei den im engeren Sinn psychogen bedingten Funktionsstörungen gute Erfolge aufweisen kann. Der *Grundansatz* der Sexualtherapie ist *paar- und erfahrungsorientiert, zielgerichtet* und *zeitbegrenzt* und kombiniert verhaltensthera-

peutische, psychodynamische und systemische Elemente. Das bevorzugte Setting ist die Paartherapie und es werden selten mehr als 25 Therapiesitzungen abgehalten. Die Daten zur Effizienz der Sexualtherapie (Übersicht bei Beier et al. 2001) zeigen, dass bei ca. 2/3 der Patienten(paare) nach Therapieende eine signifikante Symptomverbesserung erzielt werden kann. Prognostische Faktoren für einen Therapieerfolg sind: (1) Der sozioökonomische Status, (2) die Qualität der Paarbeziehung, (3) das sexuelle Interesse der Partnerin und (4) eine frühe Mitarbeit an der Therapie. Betrachtet man die Behandlungseffektivität bei den verschiedenen Störungsbildern, dann zeigen die vorliegenden Studien, dass bei den Frauen der Vaginismus und die primären Orgasmusprobleme durchweg gute Therapieerfolge aufweisen, während die (stärker beziehungsgebundenen) sekundären Orgasmusprobleme und vor allem die Appetenzprobleme eine schlechtere Prognose haben. Bei den Männern ist die Erfolgsquote zum Zeitpunkt des Therapieendes für die sekundären Erektionsstörungen und den vorzeitigen Orgasmus gut, für die primären Erektionsstörungen und die Orgasmushemmung dagegen deutlich schlechter. Die bislang nur wenigen langfristigen Follow-Up-Studien (Arentewicz & Schmidt 1993, De Amicis et al. 1985, Hawton et al. 1986) zeigen allerdings, dass es gerade beim vorzeitigen Orgasmus, bei den sekundären Erektionsstörungen und bei Paaren mit Appetenzproblemen zu Symptomverschlechterungen und Rückfällen kommt, die Langzeitstabilität der sexualtherapeutisch erzielten Veränderungen also unzureichend ist. Bemerkenswert ist dabei allerdings, dass die Sexualtherapie die sexuelle Zufriedenheit langfristig zu verbessern scheint, selbst wenn die sexuelle Funktionsfähigkeit sich wieder leicht verschlechtert. Auch in der großen Psychotherapie-Evaluation von Grawe und Mitarbeitern (Grawe et al. 1994) wird der Sexualtherapie eine recht gute, aber ausgesprochen differentielle Wirksamkeit bescheinigt.

Eine verkürzte und kompakte Form der Sexualtherapie ist die *Sexualberatung*. Sexualberatung versucht im Rahmen einer zeitbegrenzten und zielorientierten therapeutischen Beziehung durch die Vermittlung von Informationen, die Korrektur von Lerndefiziten und verzerrten Vorstellungen und durch die gezielte Anregung zur Verhaltensmodifikation sexuelle Probleme zu beheben und sexuelle Störungen zu verhindern. Die vorliegenden Erfahrungen (Buddeberg 1995, Hoyndorf et al. 1995) lassen den Schluss zu, dass etwa jedem 3. bis 4. Patienten mit einer Sexualberatung effektiv geholfen werden kann.

Wissenschaftlich anerkannte und effektive *somato-medizinische Therapieoptionen* liegen heute lediglich für die Erektionsstörungen des Mannes vor. Von den verschiedenen Behandlungsansätzen (Übersicht bei Stief, Hartmann et al. 1999, Beier et al. 2001) sind heute die oral wirksamen Medikamente, von denen in Deutschland bislang nur das Sildenafil (Viagra®) für diese Indikation zugelassen ist, die am häufigsten eingesetzte und den Patientenwünschen am stärksten entsprechende Therapieform. Sildenafil ursprünglich zur Therapie der Koronarinsuffizienz entwickelt, ist ein spezifischer Inhibitor des Phosphodiesterase-5-Isoenzyms. Sildenafil konnte in einer Reihe klinischer Studien seine Wirksamkeit unter Beweis stellen; an unselektierten Patientenkollektiven liegt die Ansprechrquote bei ca. 50% (Steers 1998).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die orale Gabe von Sildenafil bei der Mehrheit der erektionsgestörten Patienten – unabhängig von der Störungsursache – wirksam ist. Kritisch anzumerken ist jedoch das noch nicht ausreichend definierte Nebenwirkungspotential von Sildenafil, insbesondere bezüglich kardiologischer und ophthalmologischer Aspekte in der Langzeitanwendung. Von Kardiologenverbänden sind allerdings inzwischen Kontraindikationen und Behandlungsrichtlinien publiziert worden. Mit zuneh-

mender Erfahrung mit diesem therapeutischen Ansatz wird es wahrscheinlich zu einer genaueren Identifizierung von bestimmten Patientengruppen kommen, die besser als andere für diese Therapieoption geeignet sind. Weiterhin ist mit der Entwicklung weiterer, spezifischerer und selektiverer Substanzen mit verbessertem Wirkungs-Nebenwirkungsprofil zu rechnen.

Die Markteinführung von Sildenafil hat dazu geführt, dass auch zahlreiche Patienten mit psychogen oder „gemischt“ psychogen-somatogen verursachten Erektionsstörungen mit dieser Therapieoption behandelt werden, bei denen jedoch das Therapieverfahren der Wahl die Sexualtherapie wäre, die – anders als die orale Medikation – eine kausale Therapie ist und eine dauerhafte Heilung oder Symptomverbesserung bewirken kann. Dieser Umstand begründet eine *erhebliche Fehlversorgung*, die auch unter Kostengesichtspunkten (wenngleich Viagra® derzeit noch nicht erstattungsfähig ist) zu betrachten ist, da eine Sexualtherapie von 25 Sitzungen Kosten von ca. DM 3.000 verursacht, was etwa einem Einjahresbedarf Viagra® (110 Tabletten à DM 27,-) entspricht.

Die unbefriedigende Versorgungslage im Bereich der sexuellen Dysfunktionen wird also einerseits von den zum Teil noch nicht ausreichend erprobten und differenzierten Therapieoptionen geprägt, mehr aber noch von der völlig unzureichenden Anzahl sexualmedizinisch qualifizierter Ärzte und Psychologen. Vor allem bezüglich Sexualberatung und Sexualtherapie besteht derzeit ein eklatantes Unterangebot. Die steigende Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und die durch die Verfügbarkeit oral wirksamer Medikamente bedingte Verschiebung in den primärärztlichen Bereich machen verbesserte Weiterbildungs- und (curricular fundierte und zertifizierte) Qualifizierungsangebote dringend erforderlich (s. unten).

## 2.7. Schlussfolgerungen

Sexuelle Funktionsstörungen sind aufgrund ihrer hohen Prävalenz und ihrer Folgewirkungen auf Lebensqualität und Partnerbeziehung *ernsthafte Gesundheitsprobleme*. In Erhebungen an repräsentativen Bevölkerungsstichproben berichten jeder dritte Mann und zwei Fünftel aller Frauen über sexuelle Dysfunktionen, von denen etwa die Hälfte als behandlungsbedürftige Störungen anzusehen sind. In Deutschland muss nach den vorliegenden Zahlen von ca. 5 Millionen erektionsgestörter Männer ausgegangen werden und die Anzahl von Frauen mit signifikanten sexuellen Funktionsstörungen liegt nach zuverlässigen Schätzungen ebenfalls in dieser Größenordnung. Da nach heutigem Kenntnisstand sexuelle Funktionsstörungen oftmals ein *Frühsymptom von Körperkrankheiten* (Hypertonie, KHK, Diabetes, neurologische Krankheiten) sind, ist eine adäquate Diagnostik und Behandlung besonders wichtig. Diesem Gebot steht derzeit noch eine ausgeprägte Unterversorgung gegenüber, die dazu führt, dass sexuelle Dysfunktionen als *in hohem Maße unterdiagnostizierte und untertherapierte Störungsbilder* anzusehen sind. Es ist davon auszugehen, dass weniger als die Hälfte der betroffenen Personen eine adäquate, qualifizierte Behandlung erhalten. Dabei besteht sowohl eine *Unterversorgung* als auch eine *Fehlversorgung*, da sexuelle Funktionsstörungen überwiegend mit somatomedizinischen Therapieoptionen (v.a. mit oral wirksamen Medikamenten) behandelt werden, während kausal und dauerhaft wirksame Verfahren wie Sexualberatung und Sexualtherapie sehr viel seltener zum Einsatz kommen. Angesichts der viel zu geringen Anzahl sexualmedizinisch/sexualtherapeutisch qualifizierter Ärzte und Psychologen besteht dringender Bedarf nach entsprechenden Weiterbildungsmöglichkeiten. Darüber hinaus gilt es, das Therapieangebot – gerade für die

weiblichen Störungen – zu verbessern und integrative, psycho-somatische und paarorientierte Optionen zu entwickeln und zu erproben. Niederschwellige Präventionsangebote sind aufzubauen, da gegenwärtig Behandlungen überwiegend erst nach einer langen Chronifizierungsphase stattfinden. Schließlich sollte der Primärarzt auch in diesem Bereich eine ausreichende Qualifikation besitzen, um ein Case-Management zu leisten, das dem Patienten einer fachgerechten, individuell angepassten Behandlung zuführt und so Kosten sparen kann.

### 3. Sexualstörungen aufgrund von Erkrankungen und/oder deren Behandlung

#### 3.1. Vorbemerkung

Praktisch alle medizinisch-klinischen Fächer betreuen Patienten, bei denen es durch eine Erkrankung oder die Behandlung dieser Erkrankung zur Ausbildung einer Sexualstörung kommen kann, deren *Krankheitswertigkeit* im DSM-IV (APA 1994) durch *eigene Diagnosenummern* auch anerkannt ist („Sexual dysfunction due to a general medical condition“: z. B. 607.84 „Male erectile disorder“, 625.8 „Female hypoactive sexual desire disorder“ etc.). Sexualmedizinisch bedeutsam sind dabei vor allem die in der folgenden Übersicht aufgeführten *Erkrankungen*.

#### Sexualmedizinisch bedeutsame Erkrankungen

- ▶ Kardiovaskuläre Erkrankungen, wobei Herzinsuffizienz, koronare Herzerkrankung, Myokardinfarkt und Hypertonie im Vordergrund stehen
- ▶ Endokrinologische und Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus
- ▶ Gynäkologische Erkrankungen, insbesondere chronisches Unterbauchschmerzsyndrom, Vulvodynie, Puritus genitalis, Fluor vaginalis
- ▶ Schwere Allgemeinerkrankungen, insbesondere Krebserkrankungen
- ▶ Erkrankungen des Bewegungsapparates, z.B. Arthritis oder Lupus erythematodes
- ▶ Urogenitale Erkrankungen und Fehlbildungen
- ▶ Operative Eingriffe im Abdominal-, Becken- und Urogenitalbereich
- ▶ Neurologische Erkrankungen, insbesondere die neuropsychiatrischen Erkrankungen wie Multiple Sklerose und Morbus Parkinson aber auch neurologisch bedingte Behinderungen
- ▶ Psychiatrische Erkrankungen, einschließlich der Angststörung und Depression sowie auch psychiatrisch bedingter Behinderungen sowie Suchterkrankungen, wie insbesondere die Alkoholabhängigkeit

Die Übersicht verdeutlicht zugleich, dass in großem Umfang Ursachen sexueller Störungen in der Behandlung selbst liegen können:

- ▶ Operative Eingriffe, die zu Wundschmerzen sowie Schmerzen bei der Kohabitation durch operationsbedingte Lageveränderungen innerer Organe oder Verwachsungen (z. B. nach Darmoperation) führen; gleichfalls unmittelbare anatomische Schädigungen von Genitalorganen, z. B. nach Penisteilamputationen.
- ▶ unmittelbare physiologische Schädigungen der Genitalorgane, z. B. mangelnde Lubrikation nach Strahlentherapie des Beckens.



- ▶ Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung. In Betracht kommen insbesondere
  - a) Kardiovaskulär wirkende Pharmaka, die teils auf periphere Neurotransmissionsmechanismen wirken, teils (auch) zentrale Wirkungen haben;
  - b) Psychopharmaka mit primärer Wirkung auf die cerebrale Neurotransmission, aber unterschiedlichen peripheren Begleiteffekten;
  - c) Verschiedenartige Pharmaka mit endokrinen Wirkungen, sei es durch Prolaktinerhöhung, Beeinträchtigung der Testosteronbiosynthese, erhöhter Testosteronbindung oder als komplexe Folge von Rezeptorenblockaden.

### 3.1.1. Psychische Auswirkungen

Besonders zu beachten sind darüber hinaus stets auch die psychosozialen Belastungen von Erkrankungen, die erheblichen Einfluß auf die sexuelle/partnerschaftliche Beziehung haben können:

- ▶ Veränderungen von Körperfunktionen oder Körperbild, welche die Sexualität indirekt beeinflussen und ein negativ verändertes Selbstwertgefühl sowie eine subjektiv abnehmende Attraktivitätsbewertung zur Folge haben können, z. B. nach Mammarresektion, Anlage eines Stomas bei Inkontinenz etc.
- ▶ Auswirkungen auf die Zeugungsfähigkeit, z. B. nach Hysterektomie oder Kastration, die zu einer Verunsicherung und Entwertung der männlichen und weiblichen Identität führen können.
- ▶ Fehlvorstellungen, z. B. hinsichtlich des vermeintlichen Risikos sexueller Aktivitäten bei Zustand nach Herzinfarkt.
- ▶ Gegenseitige Fehlvorstellungen hinsichtlich der sexuellen Wünsche des Partners.

### 3.2. Epidemiologie

Zu den verschiedenen Erkrankungen und Behandlungsoptionen, die mit einer sexuellen Störung verbunden sein und die Lebensqualität der Betroffenen reduzieren können, gibt es in der Regel nur allgemeine epidemiologische Daten, die den einschlägigen Veröffentlichungen entnommen werden können. Empirische Untersuchungen zur *Prävalenz* von krankheits- oder behandlungsbedürftigen Sexualstörungen fehlen weitgehend. Es kann aber aufgrund klinischer Erfahrungen und erster Daten zu ausgewählten Krankheitsbildern davon ausgegangen werden, dass in der Beratung und Behandlung von krankheits- und behandlungsbedingten Sexualstörungen eine *gravierende Unterversorgung* besteht. Es ist davon auszugehen, dass aufgrunddessen die Ressource „Partnerschaft und Sexualität“ zur Verbesserung der Lebensqualität nicht genutzt wird; ferner kann vermutet werden, dass die erhöhte partnerschaftliche Unzufriedenheit ihren Abfluß in anderen psychosomatischen Symptombildungen findet. Dies soll im folgenden beispielhaft bei Morbus Parkinson dargestellt werden:

#### 3.2.1. Beispiel: Morbus Parkinson

Morbus Parkinson ist eine chronische Erkrankung des höheren und zunehmend auch des mittleren Lebensalters, an der in Deutschland über 250 000 Menschen leiden. Die Schwere der Erkrankung variiert sehr stark und reicht von geringen Einschränkungen der Beweglichkeit bis zu einer massiven Behinderung. Die vier kardinal klinischen Symptome sind Hypo- oder Akinesie (verlangsamte und verarmte Körperbewegung), Muskelstarrheit (Ri-

gor), Ruhetremor („Geldzählertremor“) und Verschlechterung der aufrechten Balancehaltung mit Gangunsicherheit und Sturzneigung.

Grund für diese vielfachen Symptome ist ein Dopaminmangel vornehmlich in einer Gruppe von Hirnkernen (Basalganglien), die für die Bewegungsabläufe enorme Bedeutung haben. Nach dem gegenwärtigen Stand der Forschung existieren aber zwei Dopaminrezeptorfamilien und insgesamt fünf Dopaminrezeptoren mit unterschiedlicher Verteilung in verschiedenen Gehirnstrukturen. Dies erklärt die außerordentlichen Erschwernisse bei der medikamentösen Behandlung des Morbus Parkinson und die völlig unterschiedlichen, z. T. entgegengesetzten Auswirkungen der gleichen Substanzen bei verschiedenen Betroffenen. Schon theoretisch lassen sich Auswirkungen auf die Sexualität durch drei bedeutsame *Dopaminsysteme* herleiten: Die Basalganglien und damit verbunden Einschränkungen der Beweglichkeit, dopaminerge Verschaltungen mit dem Hypothalamus-Hypophysen-System (dem Hauptkontrollzentrum der endokrinen Drüsen) und Verbindungen zwischen dem Mittelhirn, dem Großhirn und dem sog. limbischen System (Einfluß auf Gefühle und Wahrnehmungen). Einen weiteren wichtigen Einflußfaktor auf die Sexualität stellen ferner die *parkinsonspezifischen Medikamente* selbst dar (Levodopa-Präparate, Dopamin-Agonisten, Enzymhemmer und Amantadine sowie Anticholinergika). Hinzu kommen *mögliche Nebenwirkungen medikamentöser Behandlungen* anderer Erkrankungen, welche Parkinson-Betroffene – nicht zuletzt aufgrund ihres höheren Alters – haben können: Hierzu zählen insbesondere Herz-Kreislauf-, Nieren sowie Stoffwechselerkrankungen. Schließlich kann durch die Behandlung von Begleiterscheinungen des Morbus Parkinson – z. B. depressive Verstimmungen, die medikamentös therapiert werden – noch ein weiterer substanzbedingter Einflußfaktor gegeben sein, der sich negativ auf das sexuelle Erleben und Verhalten auswirkt.

### 3.2.2. Auswirkungen auf Sexualität und Partnerschaft

Die Angaben zur Häufigkeit sexueller Funktionsstörungen bei M. Parkinson schwanken zwischen 35 % und 80 %, was an der fehlenden Operationalisierung der Variable „Funktionsstörung“ liegen dürfte – ein systematischer Fehler, der in der nachfolgend vorgestellten Untersuchung durch die Orientierung an der Kriteriologie des DSM-IV (APA 1994) vermieden wurde.

In einer aktuellen Studie des Instituts für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité (Diss. Boxdorfer 2000; Diss. Lüders i.Vorb.; Lüders et al. 1999) wurden alle 12 000 Mitglieder der Deutschen Parkinsonvereinigung (dPV) und ihre Partner befragt. Insgesamt 2 099 Betroffene (davon 330 Frauen und 1 008 Männer, die sich in einer Partnerschaft befanden) füllten die Fragebögen aus. Das Durchschnittsalter der Betroffenen lag etwa bei 65 Jahren und die durchschnittliche Partnerschaftsdauer bei 37 Jahren. Etwa zwei Drittel waren berentet und die Betroffenen waren im Durchschnitt ca. 10 Jahre an Morbus Parkinson erkrankt.

Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen war eine *starke Zunahme sexueller Funktionsstörungen* seit der Diagnosestellung Morbus Parkinson festzustellen. (nach den Kriterien des DSM-IV und nur als Störung gewertet, wenn eine funktionelle Beeinträchtigung in Verbindung mit subjektivem Leidensdruck und Unzufriedenheit angegeben wurde). Bei den betroffenen Männern war dieser Anstieg besonders auffällig: Während vor Diagnosestellung weniger als 10 % eine Appetenz-, Erregungs- oder Orgasmusstörung beklagten, waren dies seit Diagnosestellung 50 %. Bei den Frauen betrug der Anstieg von ca. 10 %, die eine Funktionsstörung vor Diagnosestellung angaben, bis zu 30 % seit Diagnosestellung.

Besonders eindrucksvoll war, dass auch bei den Partnern/innen der betroffenen Parkinson-Patienten/innen ein signifikanter Anstieg von sexuellen Funktionsstörungen festzustellen war und bei allen Betroffenen und allen Partnern eine starke Abnahme der sexuellen Zufriedenheit: Während vor Diagnosestellung ungefähr 90 % der Befragten mit ihrer Sexualität zufrieden waren, sank dieser Prozentsatz seit Diagnosestellung auf unter 60 %.

Die Betroffenen gaben vor allem *parkinsonspezifische Symptome* als maßgeblich für die Beeinflussung ihrer Sexualität an. Dies gilt sowohl für die betroffenen Frauen als auch für die Männer, wobei die Frauen etwas häufiger auch die Auffassung vertraten, dass bei ihnen Depressionen und Angst zu einer Veränderung ihres sexuellen Erlebens und Verhaltens beigetragen haben könnten.

Etwa ein Drittel der betroffenen Frauen und zwei Drittel der Männer sahen ein Zusammenhang zwischen Medikamenteneinnahme und Veränderung ihrer Sexualität. Bei den Levodopa-Präparaten wurde vor allem Madopar genannt, bei den direkten Dopaminagonisten Pergolid (Parkotil) sowie Bromocriptin (Pravidel, Kirim). Auffällig war aber, dass ein und dieselbe Substanzgruppe bei den Betroffenen für fast alle sexuellen Funktionen sowohl eine Abnahme als auch eine Zunahme oder auch gar keine Veränderung bewirken konnte, wobei auch noch eine geschlechtstypisch unterschiedliche Verteilung der Zuordnung auffiel: So führen Levodopa-Präparate beispielsweise bei Männern in etwa zwei Dritteln der Fälle zu einer Abnahme der sexuellen Erregung und Orgasmusfähigkeit, aber nur bei einem Drittel der Frauen. Die meisten Frauen berichten sogar über eine Zunahme von Erregung und Orgasmusfähigkeit unter Levodopa-Präparaten. Auch innerhalb der einzelnen Substanzgruppen fallen bemerkenswerte Unterschiede auf: Lisurid (Dopergin) führte beispielsweise bei etwa 50% der Frauen, die eine Veränderung ihrer Sexualität bemerkten, zur Abnahme des sexuellen Verlangens, bei den Männern lag der entsprechende Prozentsatz lediglich bei 25 %. Hinsichtlich der *partnerschaftlichen Situation* wird sowohl von den Männern als auch von den Frauen angegeben, dass der Austausch von Zärtlichkeiten, die Mitteilung von Empfindungen wie überhaupt die Kommunikation seit der Diagnosestellung abgenommen hatten, wobei der Wunsch nach einer gemeinsamen Gestaltung des Alltags aber unvermittelt fortbestand, und zwar sowohl bei den Erkrankten als auch bei ihren Partnern; bei beiden kam es auch zu einer Zunahme von Erwartungsängsten, d.h. der Befürchtung, den Erwartungen des Partners nicht gerecht werden zu können.

Die Ergebnisse der Befragung von Parkinsonbetroffenen machen deutlich, dass bei bestehender Unzufriedenheit über die sexuelle und/oder partnerschaftliche Situation folgende Veränderungsmöglichkeiten mit dem Paar besprochen werden können:

1. eine Beeinflussung der parkinsonspezifischen Symptome
2. eine Umstellung der aktuellen Medikation (wobei selbstverständlich nicht gemeint ist, dass die sexuelle Symptomatologie zum Leitmotiv der Parkinsonmedikation erhoben werden soll, sondern lediglich ein Aspekt unter vielen anderen sein kann)
3. eine Verbesserung der partnerschaftlichen Kommunikation (z. B. Klärung gegenseitiger Vorstellungen)
4. der Einsatz von Hilfsmitteln oder Medikamenten zur Behandlung sexueller Funktionsstörungen (z. B. sofern keine Kontraindikationen bestehen bei Erektionsstörungen auch der Einsatz von Sildenafil, vgl. Brewer et al. 1998).

Das derzeitige Ausmaß der *Unterversorgung* wird daran deutlich, dass mehr als 80% der Morbus-Parkinson-Betroffenen den Wunsch nach Verbesserung der Versorgung bei sexuellen Schwierigkeiten äussern.

## 4. Geschlechtsidentitätsstörungen

### 4.1. Vorbemerkungen – Begriffsbestimmung und Problemlage

„**Transsexualismus**“ ist als Krankheitsbegriff in die medizinische Terminologie relativ spät – erstmals im ICD-9 (1975) - eingeführt worden. Im derzeit gültigen ICD-10 (WHO 1993) wird er im Kapitel F6 (Persönlichkeitsstörungen) unter dem Abschnitt „Störungen der Geschlechtsidentität“ (F64) unter der Nummer F 64.0 aufgeführt:

„Es besteht der Wunsch, als Angehöriger des anderen anatomischen Geschlechtes zu leben und anerkannt zu werden. Dieser geht meist mit dem Gefühl des Unbehagens oder der Nichtzugehörigkeit zum eigenen Geschlechts einher. Es besteht der Wunsch nach hormoneller und chirurgischer Behandlung, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht soweit wie möglich anzugleichen.“ (WHO 1993: 241).

Aus den diagnostischen Leitlinien des ICD-10 für Transsexualismus ergibt sich, daß die transsexuelle Identität mindestens 2 Jahre durchgehend bestehen muss, nicht Symptom einer anderen psychischen Störung sein darf und ein Zusammenhang mit intersexuellen, genetischen oder geschlechtschomosomal Anomalien ausgeschlossen sein muss. Der Operationswunsch ist eine *conditio sine qua non* für die Diagnosevergabe. Besteht er nicht, soll die Diagnose F64.1 „Transvestismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen“ (F64.1) gegeben werden. Die Abgrenzung zum fetischistischen Transvestitismus (F65.1) wird durch das Fehlen sexueller Erregung beim Cross-dressing angegeben.

Diese strenge Abgrenzung, die von einer monolithischen Entität des Transsexualismus ausgeht, ist mittlerweile verlassen worden: Das aktuelle DSM-IV (APA 1996) verwendet den Begriff gar nicht mehr, sondern beschreibt unter der Nummer 302.85 (bei Adoleszenten und Erwachsenen) bzw. 302.6 (bei Kindern) im Abschnitt „Sexuelle Funktionsstörungen und Störungen der Geschlechtsidentität“ die „*Gender Identity Disorders (GID)*“ (Geschlechtsidentitätsstörungen).

Diagnostische Merkmale für *Geschlechtsidentitätsstörung* bei Jugendlichen und Erwachsenen nach DSM-IV (302.85):

A. Ein starkes und andauerndes Zugehörigkeitsgefühl zum anderen Geschlecht (d.h. nicht lediglich das Verlangen nach irgendwelchen kulturellen Vorteilen, die als mit der Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht verbunden empfunden werden). [...]

Bei Jugendlichen und Erwachsenen manifestiert sich das Störungsbild durch Symptome wie geäußertes Verlangen nach Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht, häufiges Auftreten als Angehöriger des anderen Geschlechts, das Verlangen, wie ein Angehöriger des anderen Geschlechts zu leben oder behandelt zu werden oder die Überzeugung, die typischen Gefühle und Reaktionsweisen des anderen Geschlechtes aufzuweisen. [...]

B. Anhaltendes Unbehagen im Geburtsgeschlecht oder Gefühl der Person, daß die Geschlechtsrolle dieses Geschlechts für sie nicht die richtige ist.

Bei Jugendlichen und Erwachsenen manifestiert sich das Störungsbild durch Symptome wie das Eingenommensein von dem Gedanken, die primären und sekundären Geschlechtsmerkmale loszuwerden (z.B. Nachsuchen um Hormone, Operation oder andere Maßnahmen, welche körperlich die Geschlechtsmerkmale so verändern, daß das Aussehen des anderen Geschlechts simuliert wird) oder der Glaube, im falschen Geschlecht geboren zu sein.

C. Das Störungsbild ist nicht von einem somatischen Intersex-Syndrom begleitet.

D. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder beeinträchtigt in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. (APA 1996: 609-610).

Der Wunsch nach operativer Geschlechtsumwandlung ist somit ein mögliches, jedoch kein zwingendes Kriterium zur Vergabe der Diagnose.

#### 4.2. Epidemiologie

Die Angaben über die Häufigkeit von Geschlechtsidentitätsstörungen insgesamt variieren außerordentlich stark in Abhängigkeit von zugrundegelegten definitiven Begrenzungen des Störungsbildes, verwendeten Erhebungskriterien und Untersuchungsland. Sie werden um so höher sein, je niedriger die diagnostische Schwelle ist (s. Tab. 2).

**Tabelle 2:** Prävalenzraten des Transsexualismus in verschiedenen Ländern. Nach Osburg & Weitze (1993: 103, Lit. s. dort)

Autor	Land	TS Total	MFT*	FMT*	Ratio MFT/FMT
Wälinder (1967b)	Schweden	1 : 54.000	1 : 37.000	1 : 103.000	2,8 : 1
Pauly (1968)	USA		1 : 100.000	1 : 400.000	4 : 1
Hoenig & Kenna (1974)	England	1 : 53.000	1 : 34.000	1 : 108.000	3,2 : 1
Ross et al. (1981)	Australien	1 : 42.000	1 : 24.000	1 : 150.000	6,1 : 1
Tsoi (1988)	Singapur	1 : 2.900	1 : 9.000	1 : 27.000	
Bakker et al. (1993)	Niederlande		1 : 11.900	1 : 30.400	70-80%
Osburg & Weitze (1993)	BRD (bis 1990)	1 : 42.000 bzw. 1 : 48.000	1 : 36.000 bzw. 1 : 42.000	1 : 94.000 bzw. 1 : 104.000	2,3 : 1 bzw. 2,2 : 1

\* MFT = Mann-zu-Frau-Transsexuelle; FMT = Frau-zu-Mann-Transsexuelle

Für Deutschland liegen Angaben zur 10-Jahresprävalenz nach den gerichtlichen Entscheidungen zur Vornamens- bzw. Personenstandsänderung gemäß dem *Transsexuellengesetz* vor (Osburg & Weitze 1993). Demnach betrug für die Jahre 1981 bis 1991 die Prävalenz von transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörungen in der Bundesrepublik ca. 2,1 auf 100.000 der erwachsenen Wohnbevölkerung. Bei biologischen Männern war sie mehr als doppelt so häufig wie bei biologischen Frauen. Diese Zahlen stellen Mindestangaben dar, da nicht sicher festgestellt werden kann, daß alle Transsexuellen auch die gesetzlichen Regelungen in Anspruch nehmen. Aus dem oben Gesagten folgt, daß die Zahl der Geschlechtsidentitätsstörungen insgesamt bei weitem (mutmaßlich um eine Zehnerpotenz) höher liegt. Insgesamt kann aufgrund empirischer Daten und klinischer Erfahrungen die Prävalenz behandlungsbedürftiger (inklusive transsexueller) Geschlechtsidentitätsstörungen auf ca. 15 bis 20 zu 100.000 der erwachsenen Bevölkerung der Bundesrepublik geschätzt werden.

#### 4.3. Behandlungsbedarf und Behandlungsoptionen

Ärzte und psychologische Psychotherapeuten werden im wesentlichen aufgrund folgender Fragestellungen mit transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörungen konfrontiert:

1. Die Patienten wenden sich an sie mit der Bitte um Beratung, zunehmend aber auch mit der Forderung nach Einleitung einer hormonellen und operativen Geschlechtsumwandlung.
2. Ärzte stellen die Indikation zur hormonellen und/oder operativen Geschlechtsumwandlungsbehandlung und führen diese – bei entsprechender Spezialisierung – auch durch.
3. Sie werden von den zuständigen Amtsgerichten als Gutachter nach dem *Transsexuellengesetz* bzw. vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) als Gutachter für die Kostenübernahme der Transformations-OP herangezogen.

Für die Frage nach *objektivem und subjektivem Behandlungsbedarf* ergeben sich folgende Probleme



1. „*Transsexualismus*“ ist in der Regel zunächst eine selbstgestellte Diagnose des Patienten. Es gibt kein einzelnes „objektives“ Kriterium – keinen Laborwert und keinen psychometrischen Test – für die Irreversibilität einer Geschlechtsidentitätsstransposition im Sinne eines „*Transsexualismus*“.
2. Die vermeintliche Alternative „*Psychotherapie versus Operation*“ ist falsch: Alle Patienten mit Geschlechtsidentitätsstörung benötigen psychotherapeutische Begleitung, bei einigen kann nur die hormonelle und operative Geschlechtsumwandlungsbehandlung eine dauerhafte Minderung des Leidensdruckes herbeiführen.
3. Nicht bei jeder *Geschlechtsidentitätsstörung* ist die Indikation zur *Geschlechtsumwandlungsbehandlung* gegeben. Sie kann nur im Ergebnis eines längerwährenden diagnostisch-therapeutischen Prozesses (*ex juvantibus*) gestellt werden. Die Irreversibilität der Rollenstransposition ist eine der Voraussetzungen zur Indikation für eine Umwandlungsbehandlung. Dabei kommt dem mindestens einjährigen *Alltagstest* (s.u.) eine entscheidende Bedeutung bei der Sicherung der Diagnose zu.
4. Bei jeder *Geschlechtsidentitätsstörung* ist die Indikation zur psychotherapeutischen Behandlung/Begleitung gegeben (Bosinski 2000). Tatsächlich besteht aber gegenwärtig die überaus starke Tendenz der Patienten, eine psychotherapeutische Behandlung abzulehnen bzw. zu umgehen, da sie meinen, daß nur die „Umwandlung“ ihnen helfen könne. Dabei werden die Patienten oft von Selbsthilfegruppen bestärkt.
5. Ein Verschleppen der Behandlung, ein Vertrösten des Patienten ohne tatsächliche Hilfsangebote zum Ausloten seines tiefgreifenden Lebenskonfliktes mit ihm gemeinsam kann letztlich letale Folgen für Patienten haben, da viele in der „Umwandlung“ die letzte lebhbare Möglichkeit sehen. *Autoaggressionen, Automutilationen und Suizide* sind bei Patienten mit Geschlechtsidentitätsstörung nachweislich erhöht (Lit. i. Überblick bei Beier et al. 2001).
6. Andererseits kann aber auch *ein vorschnelles Einleiten* weitgehend irreversibler körperverändernder Maßnahmen ohne ausreichende diagnostisch-therapeutische Abklärung deletäre Konsequenzen – bis hin zum Rückumwandlungsbegehren – haben. Als zunehmend problematisch erweist sich, dass ein „transsexuelles Umwandlungsbegehren“ offenbar verstärkt als vorgebahnte Lösungsschablone für übergreifende Identitätskonflikte zu funktionieren scheint, so daß zunehmend Patienten mit derartigen Wünschen vorstellig werden, bei denen zwar eine Geschlechtsidentitätsstörung i.w.S. vorliegt, es aber unklar ist, ob diese Störung tatsächlich nur – wie die Patienten es dringend wünschen – mittels irreversibler, eingreifender und auch kostenträchtiger hormoneller und operativer „Umwandlungsbehandlung“ adäquat behandelbar ist.

#### 4.4. Schlußfolgerungen

Aufgrund dieser Entwicklung haben die sexualmedizinischen/sexualwissenschaftlichen Fachgesellschaften 1997 leitlinienartige „*Standards der Behandlung und Begutachtung Transsexueller*“ erarbeitet (s. Becker et al. 1997).

Deren Anwendung scheitert jedoch gegenwärtig an der unzureichenden Anzahl adäquat sexualmedizinisch qualifizierter Diagnostiker und Therapeuten, d.h. es besteht sowohl eine Unter- als auch eine Fehlversorgung:

- ▶ Der *psychotherapeutischen Begleitung* kommt eine zentrale Bedeutung in Diagnostik und Therapie transsexueller Geschlechtsidentitätsstörungen zu. Die Psychotherapie von Patienten mit Geschlechtsidentitätsstörungen gehört in die Hand eines Therapeuten, der psy-

chodiagnostische, psychopathologische und psychotherapeutische Kompetenzen durch eine möglichst sexualmedizinisch fokussierte Ausbildung (s. Vogt et al. 1995; Beier 1999) erworben hat und mit den Problemen der Geschlechtsidentitätsstörungen auf dem aktuellen Kenntnisstand vertraut ist. Darüber hinaus sollte er bereit und fähig sein, sich mit dieser oft sehr problematischen Patientengruppe helfend zu befassen, d.h. weder überidentifizierend noch deren Wunsch nach Umwandlung innerlich generell ablehnend. In der Ausbildung der Psychotherapeuten kommt die Diagnostik und Therapie sexueller und geschlechtlicher Störungen jedoch nicht oder nur unzureichend vor (*i.e. Unterversorgung*).

▶ Gegenwärtig wird die Indikation zu und Einleitung von *irreversiblen körperverändernden Behandlungsmaßnahmen* häufig von Ärzten vorgenommen, die mit der Materie unzureichend bis gar nicht vertraut sind, in der sicherlich wohlmeinenden Annahme, daß das möglichst schnelle Bedienen der vehement vorgetragenen Patientenwünsche in deren Interesse wäre (*i.e. Fehlversorgung*).

▶ Die von der Akademie für Sexualmedizin initiierten postgradualen berufsbegleitenden Curricula (s.u.) werden hier erst mittelfristig eine Abhilfe schaffen können.

## 5. Paraphilien und Sexualdelinquenz

### 5.1. Vorbemerkung

Die Terminologie ist hier unübersichtlich. Die Bezeichnungen in den internationalen Klassifikationssystemen sind unterschiedlich, decken sich aber inhaltlich weitgehend. Im ICD-10 (WHO 1993) lautet der Oberbegriff *Störung der sexuellen Präferenz* und im DSM-IV (APA 1994) *Paraphilie* – ein alter Begriff aus der Anfangsphase der Sexualwissenschaft. Unter die *Paraphilien* fallen nach Kriterium A des DSM-IV „über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten wiederkehrende intensive sexuell erregende Phantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen“, die sich beziehen können

1. auf nichtmenschliche Objekte (Fetischismus, Sodomie),
2. auf Leiden oder Demütigung, Schmerz oder Erniedrigung seines Partners oder seiner selbst (Masochismus, Sadismus),
3. auf Kinder (Pädophilie) oder nicht einwilligende oder einwilligungsfähige Personen.

Nicht alle *Paraphilien* sind dementsprechend also als sexuell übergriffig einzustufen und mit einem Sozialversagen verbunden (z. B. der Fetischismus oder die mit partnerschaftlichem Einverständnis praktizierte Kopro- oder Urophilie – sexuelle Erregung in Verbindung mit Urin oder Kot), wobei das DSM-IV das Ausmaß der partnerbezogenen Dysfunktionalität grundsätzlich unbestimmt läßt. Phantasien und Impulse gelten – wie bereits ausgeführt – dann als paraphil, wenn unübliche sexuelle Aktivierungsmuster im Erleben soviel Raum einnehmen, daß die Person entsprechend handelt oder unter ihnen leidet – das Leid der anderen ist hierin nicht enthalten. Nach Kriterium B (für die Diagnose „Paraphilie“ entsprechend DSM-IV) wird lediglich gefordert, dass „das Verhalten, die sexuell dranghaften Bedürfnisse oder Phantasien in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen“ führen müssen.

Aus sexualmedizinischer Sicht besonders belangvoll sind hingegen gerade diejenigen Handlungen, die durch den sexuellen Übergriff auf einen anderen Menschen dessen Integrität und Individualität direkt verletzen – Handlungen überdies, für die keine Zustimmung des Betroffenen vom Täter vorausgesetzt werden kann, weshalb sie (und das ist die soziale Beeinträchtigung) ein Verfehlen der kollektiven Partnererwartungen zum Ausdruck bringen.

## 5.2. Epidemiologie

Zur Prävalenz der Paraphilien gibt es keine epidemiologischen Zahlen; die Erfahrungen aus klinischen Arbeitszusammenhängen zeigen aber, daß von einem großen Dunkelfeld ausgegangen werden muß (so auch die Einschätzung der Expertenkommission im DSM-IV). Ebenfalls schlecht abschätzen läßt sich der Anteil der mit sexuellen Übergriffen verbundenen Paraphilien, da in der Kriminalstatistik (genauso wie die Dunkelfeldberechnung) auch diejenigen Täter enthalten sind, die aus verschiedenen Problemstellungen heraus (z.B. Persönlichkeitsstörungen, starke Intelligenzminderung, Adoleszenzkrise) einen sexuellen Übergriff begangen haben, aber keine Paraphilie aufweisen.

Gleichwohl wird aus kriminalstatistischen Daten der Versorgungsbedarf abschätzbarer, zumal auch nicht-paraphile Sexualdelinquenten einer Betreuung bedürfen können.

Da für juristische Laien die Gesetzestexte oft intransparent erscheinen und auch für den Experten kaum erkennen lassen, was strafbar oder erlaubt ist, sollen in der Tab. 3 die ab 1998 gültigen Sexualstraftatbestände in systematischer Reihenfolge des Strafgesetzes, die in ihrer Unübersichtlichkeit nur strafrechtshistorisch zu erklären ist, aufgeführt werden, jedoch nur mit den (lediglich bis 1997 auch für die Strafverfolgungsstatistik) vorliegenden Zahlen der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) und der Strafverfolgungsstatistik (SVS) des Jahres 1997 (allerdings jeweils mit dem Anteil weiblicher Tatverdächtiger und Verurteilter).

Die „klassischen“, d.h. für Diagnostik und Therapie wichtigsten Sexualdelikte des sexuellen Mißbrauches von Kindern (§§ 176, 174), weiterhin die der sexuellen Aggressionen (§§ 177, 178) und des Exhibitionismus (§§ 183, 183a) machen nicht nur den größten Anteil (ca 70%) der Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung aus, sondern werden zu annähernd 99% von Männern an Frauen und Kinder begangen. Nur bei den Prostitutions- und Pornographiedelikten tauchen in nennenswertem Umfang Täterinnen auf (z.B. ist in der Gruppe der Zuhälter und Bordelliers der Frauenanteil nicht unerheblich), so dass der Anteil der nach dem 13. Abschnitt des StGB verurteilten Frauen insgesamt etwa 7% beträgt.

Die in den Kriminalstatistiken festgestellte Sexualkriminalität wird beeinflusst durch:

- ▶ den Gesetzgeber (Erhöhung des Strafmaßes, Entkriminalisierung oder Neueinordnung von Sexualstraftatbeständen, Verjährung)
- ▶ durch die Rechtsprechung (verschärfte Strafzumessung, Einzeltatschuld statt Fortsetzungszusammenhang, Einstellungen nach §§ 153/153a StPO) und nicht zuletzt
- ▶ durch den vorherrschenden Zeitgeist (Anzeigebereitschaft, kollektive Emotionalisierung, gesellschaftliche Ausgrenzung, Betonung des Opferschutzes).

Ohne Frage ergibt sich aus dem Dunkelfeldproblem, d.h. den nicht angezeigten sexuellen Übergriffen, ein erheblicher Unsicherheitsfaktor. Von den Kriminalstatistiken, die eben nur Anzeige-, Ermittlungs- und Verurteiltenstatistiken sind – aber keine Realitätsstatistiken –, können daher keine sicheren Erkenntnisse, aber faktenbezogene Orientierungswerte erwartet werden. Die in der Öffentlichkeit unkritisch lancierten Multiplikationsfaktoren von 10 bis 30 entbehren jedenfalls einer empirischen Grundlage. Es bleibt hier aber die ergänzende Orientierung mittels Erhebungen an repräsentativen Stichproben, bei denen die Befragten rückblickend über bisherige Mißbrauchserfahrungen in ihrem Leben berichten. Auch wenn bei dieser Erfassungsmethodik ebenfalls davon ausgegangen werden muß, daß manche der Befragten aus vielerlei Gründen sich nicht über tatsächlich erlebte sexuelle Übergriffe äußern können oder wollen, weisen neuere Daten (Wetzels 1997) darauf hin, daß (unter Einbeziehung auch exhibitionistischer Handlungen) etwa 20 % der Frauen im Laufe ihres Lebens Opfer von sexuellen Übergriffen sind. Die Differenzierung nach einmaligen und

länger anhaltenden Übergriffen zeigt eine Tendenz zur Einmaligkeit bei extrafamiliären Sexualstraftaten, während die innerfamiliären eher Wiederholungstaten sind. Männer sind zu etwa 5 % Opfer von sexuellen Handlungen gewesen.

**Tabelle. 3:** Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung. 13. Abschnitt des StGB; Straftatbestände in aktueller gesetzlicher Reihenfolge mit absoluten Zahlen der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) und der Strafverfolgungsstatistik (SVS) des Jahres 1997 mit Anteilen der jeweils weiblichen Tatverdächtigen und Verurteilten

	§§ STGB	Fälle	TV	davon weiblich TV	Verurteilte	davon weibliche Verurteilte
Sexueller Missbrauch						
▶ von Schutzbefohlenen (leibl. u. adopt. Kinder)	174	1.950	1.627	112	126	7
▶ von behördlich Verwahrten	174a					
▶ unter Ausnutzung einer Amtsstellung	174b					
▶ von Schutzbefohlenen bei Beratung oder psychotherapeutischer Behandlung.	174c	Erst seit 1998 in Kraft: Daten liegen noch nicht vor				
Sexueller Missbrauch von Kindern (Schwerer Missbrauch von Kindern) mit Todesfolge	176 176a 176b	16.888	9.166	343	2686	11
Vergewaltigung	177	6.636	5.071	41	1321	11
sexuelle Nötigung (früher § 178)	178	5.343	3.724	56	982	9
sex. Missbrauch Widerstandsunfähiger	179	641	550	16	110	1
Förderung sex. Hdlg. Minderjähriger	180	228	221	37	28	4
Förderung der Prostitution	180a	1.187	1.264	389	172	69
Menschenhandel	180b	1.091	1.228	239	184	37
Schwerer Menschenhand.	181					
Zuhälterei	181a	784	748	147	170	45
sex. Missbrauch Jugendlicher (unter 16 Jahren; früher „Verführung“)	182	1.266	915	28	82	2
Exhibitionismus	183	10.352	3.535	27	988	4
Erregung öffentlichen Ärgernisses	183a					
Pornographie	184	5.052	3.940	325	493	40
Prostitution	184a, b	1707	statistisch nicht ausgewiesen		290	273
Insgesamt		53.135	30.902	2.613	7.632	548

Aus diesen Zahlen lassen sich bei rund 800.000 Geburten pro Jahr in Deutschland und einer Opferrelation von 80 % weiblichen und 20 % männlichen Kindern jährlich etwa 40.000 mißbrauchte Mädchen und 10.000 mißbrauchte Jungen als realitätsorientierter Annäherungswert errechnen.

### 5.3. Behandlungsoptionen

Bei der Therapie reicht das Spektrum der Interventionen von sexualpädagogischen Maßnahmen und sexualmedizinischen Interventionen bis hin zur Anwendung psychotherapeutischer Verfahren ggf. in Kombination mit medikamentösen Optionen.

#### 5.3.1. Interventionen mit sexualpädagogischem Schwerpunkt

Steht das Sexualdelikt im Zusammenhang mit einer *adoleszenten Reifungskrise*, dann sind supportive Therapiemaßnahmen sinnvoll, welche eine besondere Gesprächsmöglichkeit für sexuelle Themen bieten und eher *sexualpädagogisch* orientiert sind.

Gerade sexuell unerfahrenen Jugendlichen, die sich als typologische Beschreibung sowohl bei der Deliktgruppe Vergewaltigung/sexuelle Nötigung als auch beim sexuellen Kindesmißbrauch finden, aber auch nicht wenigen erwachsenen (keineswegs nur intelligenzgeminderten) Sexualstraftätern aller Deliktgruppen müssen basale Kenntnisse über die Anatomie der Genitalorgane, über den sexuellen Reaktionszyklus bei Mann und Frau, über Fortpflanzung und Verhütung vermittelt werden, um Fehlvorstellungen über Sexualität und Partnerschaft zu korrigieren.

#### 5.3.2. Interventionen mit sozial-stützendem Schwerpunkt

Ein supportives Vorgehen mit sozial-stützendem Schwerpunkt bietet sich vor allem bei den *stark intelligenzgeminderten (schwachsinnigen) Tätern* an – wobei zusätzlich und zeitlich begrenzt der Einsatz von Antiandrogenen (s.u.) erwogen werden kann -, nicht zuletzt um den meist bestehenden sozialen Bezugsrahmen zu bewahren und einer stets drohenden Desintegration vorzubeugen. Der Anteil stark intelligenzgeminderter Täter unter den Sexualdelinquenten liegt zwischen 25 und 30 % mit einer gewissen Häufung bei den Deliktgruppen Vergewaltigung/sexuelle Nötigung und sexueller Mißbrauch von Kindern.

#### 5.3.3. Interventionen mit psychotherapeutischem Schwerpunkt

Unter den *psychotherapeutischen Behandlungsmethoden* sind sowohl die konfliktzentrierten Verfahren (Psychoanalyse, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) als auch lerntheoretische Verfahren (Verhaltenstherapie) von Bedeutung, während erlebnisorientierte Verfahren (z. B. Gestaltpsychotherapie) kaum Anwendung finden. Einen gewissen Stellenwert haben noch Mischformen wie z. B. die Gesprächstherapie nach Rogers. Die bisherigen empirischen Behandlungsergebnisse verhaltenstherapeutischer oder psychoanalytisch orientierter Therapieverfahren sind wegen der (sehr kurzen) Katamnesezeiten und dem fehlenden Kontrollgruppendesign wenig aussagekräftig. Die im ambulanten Bereich angebotenen Therapieverfahren hängen weitaus mehr von der Persönlichkeit und dem Ausbildungsstand des Therapeuten/der Therapeutin als von einer Indikation für das entsprechende Verfahren ab.

Wenig verbreitet ist insgesamt darüber hinaus die mögliche Applikation von Antiandrogenen. (s. u.) . Auch aus psychotherapeutischer Sicht können diese dann eine sinnvolle zusätzliche therapeutische Option darstellen, wenn sie sexuelle Impulse entdynamisieren helfen und dadurch für den Patienten alternative Strategien der Konfliktbewältigung erst wahrnehmbar werden, somit also günstigere Voraussetzungen für eine Zuwachs an verhaltenskontrollierenden Ich-Funktionen geschaffen werden. Für diesen Zuwachs bedarf es dann aber der Psychotherapie, weshalb eine alleinige Gabe von Antiandrogenen obsolet ist (vgl. z. B. Petri 1980).

Ein ernstes Problem ist allerdings, dass bei der psychotherapeutische Behandlung von Sexualstraftätern neben den Erschwernissen der Therapiemotivation der Betroffenen oft genug auch noch ungesicherte Rahmenbedingungen besonders beachtet werden müssen. So ist der Schutzraum der Schweigepflicht häufig gefährdet, weil Dritte (Gericht, Bewährungshilfe etc.) Einblick in den therapeutischen Prozeß nehmen möchten und den Therapeuten für ihre prognostische Einschätzungen benutzen wollen. Praxisrelevante Hinweise zu den Möglichkeiten der Absicherung von Rahmenbedingungen forensischer Psychotherapien liegen seit einiger Zeit mit den „Sankelmarker Richtlinien“ (vgl. Beier und Hinrichs 1995) vor.

#### 5.3.4. Interventionen mit sexualmedizinischem Schwerpunkt

Bei einer überraschend hohen Anzahl von Sexualstraftätern (ca. einem Drittel) liegen *sexuelle Funktionsstörungen* vor, für deren Diagnostik und Therapie es einer speziellen sexualmedizinischen Kompetenz bedarf (Unterscheidung von primären vs. sekundären, generalisierten vs. situativen Appetenz-, Erregungs- oder Orgasmusstörungen unterschiedlicher Genese), zumal in nicht wenigen Fällen spezielle apparative Untersuchungen erforderlich sein können.

Es entspricht klinischen Erfahrungen in der forensischen Sexualmedizin, dass bei Sexualstraftätern meist die größte Therapiebereitschaft für die Behandlung der sexuellen Funktionsstörungen besteht und über dieses Symptom ein günstiger Einstieg für die Therapie des eigentlichen Sexualkonfliktes gegeben sein kann. Zu den Behandlungstechniken spezieller sexualmedizinischer Interventionen gehört die Einbeziehung der Partnerin für eine anzustrebende Paartherapie.

#### 5.3.5. Zusätzliche somatische Therapieoptionen

Eine Rolle spielen (auch im internationalen Schrifttum, vgl. Bradford 1997) vor allem die Antiandrogene, LHRH-Analoga und Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, während chirurgische Interventionen (z. B. die Kastration) – nicht zuletzt aufgrund der genannten medikamentösen Optionen – ohne nennenswerte praktische Relevanz sind.

##### Antiandrogene (Cyproteronacetat, LHRH-Analoga)

Im deutschsprachigen Raum wird die steroidale Verbindung *Cyproteronacetat* (Handelsname: Androcur) von den verfügbaren Medikamenten bei der Behandlung sexueller Verhaltensabweichungen sicher am häufigsten verschrieben. Cyproteronacetat verdrängt das männliche Geschlechtshormon Testosteron von den Rezeptoren in den Zielorganen (periphere Wirkung) und hemmt zugleich die Androgen-Biosynthese aufgrund von Wirkmechanismen im Gehirn (zentrale Wirkung).

Wie Doppelblindstudien gezeigt haben, kommt es bei richtiger Dosierung des Medikaments (Hohe Anfangsdosen um die Rezeptoren zu besetzen; Erhaltungsdosis: 300-600mg i.m. alle 2 Wochen oder 50-100mg per os; intramusculäre Verabreichung ist aufgrund der geringeren Leberbelastung immer vorzuziehen) in den meisten Fällen zu einem Rückgang von sexueller Appetenz, Erektions- und Orgasmusfähigkeit, während Zärtlichkeits- und Zuwendungsbedürfnis sogar zunehmen. Nur bei wenigen Patienten erzielen – möglicherweise aufgrund androgenunabhängiger Erregungen in den Rezeptorarealen (z. B. bei Zustand nach frühkindlicher Hirnschädigung oder nach Schädel-Hirn-Trauma; vgl. Laschet 1990) - auch hohe Dosen von Antiandrogenern kaum Effekte. Als mögliche Nebenwirkungen müs-



sen vor allem Müdigkeit, Konzentrations- und muskuläre Leistungsabschwächung, Gynäkomastie und Gewichtszunahme genannt werden. Es versteht sich von selbst, dass solche Nebenwirkungen vor allem von Patienten hervorgehoben werden, die sich innerlich mit diesem Behandlungskonzept nicht einverstanden fühlen. Dies sollte erneut Anlaß sein, die Indikation sorgfältig zu prüfen. Regelmäßige Kontrollen (etwa alle 2 bis 3 Monate) des Routinelabors, insbesondere der Transaminasen (Leberbelastung!), sind während der Behandlung erforderlich. Die Wirkung von Cyproteronacetat kann durch Alkoholkonsum abgeschwächt, ja aufgehoben werden. In seltenen Fällen kann es nach Einnahme von Cyproteronacetat zu Thrombosen kommen, die dann zum Absetzen des Medikaments zwingen.

Alternativ kommen die (zur Behandlung von Männern mit sexuellen Verhaltensabweichungen in Deutschland bislang noch nicht zugelassenen) *LHRH-Analoga* in Frage (z. B. Triptorelin, Handelsname Decapeptyl), das einmal monatlich intramuskulär verabreicht werden muß. Durch die vielfachen Erfahrungen mit der chemischen Kastration von Männern mit Prostatakarzinom können sie kontrolliert und sicher eingesetzt werden. Pharmakologisch kommt es nach anfänglicher Stimulierung der Gonadotropinsekretion zu einem Verlust von LHRH-Rezeptoren an den gonadotropinsynthetisierenden Zellen der Hypophyse; dieses Phänomen wird als „receptor down regulation“ bezeichnet. Die Folgen sind eine verminderte LH-Sekretion und damit verbunden eine deutliche Reduzierung der testikulären Androgenbiosynthese. Nach Behandlungsbeginn kommt es allerdings initial zu einer vermehrten Testosteronausschüttung, weshalb eine 6wöchentliche zusätzliche Antiandrogengabe (Cyproteronacetat) erforderlich ist, um den „hot flushes“, die im Zusammenhang mit erhöhten Testosteronspiegeln auftreten können, vorzubeugen. Bei LHRH-Analoga ist im übrigen die Gefahr einer irreversiblen Schädigung der Leydig'schen Zwischenzellen im Hoden höher als bei der Verwendung von Cyproteronacetat, bei dem bisher von einer Reversibilität der Auswirkungen auf die Spermatogenese ausgegangen wird. Daher ist es erforderlich, vor Beginn einer Behandlung mit Antiandrogenen ein Spermogramm zu machen, um später auftretende Fertilitätsstörungen beurteilen zu können. Darüber hinaus ist eine genaue Aufklärung über Sinn und Zweck der Behandlung im Rahmen eines Gesamtbehandlungsprogramms erforderlich. Diese ist zu dokumentieren und durch Unterschrift vom Patienten zu bestätigen.

In Deutschland fehlen noch einschlägige Behandlungserfahrungen mit LHRH-Analoga bei sexuellen Verhaltensabweichungen. Bisher vorgelegte Studien sind aber eher ermutigend (vgl. Seifert 2000).

### **Serotonin-Wiederaufnahmehemmer**

Über die zunehmende Nutzung der für die Behandlung von Depressionen und Angst entwickelten *Serotonin-Wiederaufnahmehemmern* zum Zwecke der Minderung sexueller Impulsivität informiert die Literaturübersicht von Gijs und Gooren (1996). Im Vordergrund steht dabei Fluoxetin (Handelsname Fluctin), das die Konzentration des Überträgerstoffes Serotonin im Gehirn an den Synapsen der Nervenzellen erhöht und dadurch modulierend in die Affektentwicklung eingreift. Durch die langsamere Anflutung von Gefühlszuständen – so die Überlegung – entsteht mehr Zeit, um (psychotherapeutisch aufgebaute) alternative Bewältigungsstrategien in Gang zu setzen. Die Ergebnisse müssen aber bisher – aufgrund der geringen Fallzahlen und überwiegend unkontrolliert durchgeführten Studien – als vorläufig und ungesichert gelten. Wenn man berücksichtigt, dass die Einflußnahme auf die sexuelle Appetenz, Erregbarkeit und die Orgasmusfähigkeit nicht so gravierend und außer-

dem leberschonender ist als bei den Antiandrogenen, handelt es sich hierbei durchaus um eine mögliche Ergänzung im Gesamtbehandlungsplan. Dazu kommt, dass die antidepressive Wirkungskomponente in manchen Fällen zusätzlich sehr willkommen sein kann.

#### **5.4. Angebotsseite**

Grundsätzlich gilt, dass die Behandlung sexueller Störungen vom Therapeuten ein besonders hohes Maß an kritischer (und selbstkritischer) Auseinandersetzung mit der menschlichen Geschlechtlichkeit und den Möglichkeiten erfolgversprechender therapeutischer Interventionen verlangt. Hierfür sind nicht nur theoretische Kenntnisse erforderlich, sondern auch praktische Fertigkeiten, die sich über spezielle Ausbildungen erwerben lassen und Elemente umfassen, die sich in keinem anderen Fort- oder Weiterbildungsangebot finden (themenzentrierte Selbsterfahrung; Supervision sexualmedizinischer Diagnostik und Behandlung). Hinzu kommen die Besonderheiten (z. B. der Übertragungs-Gegenübertragungsproblematik) in der Behandlung von Menschen mit sexuellen Verhaltensabweichungen (insbesondere Sexualstraftätern), die schnell dazu führen können, dass anfangs gutwillige und engagierte Therapeuten/innen nach ersten Enttäuschungen und Frustrationen nicht mehr bereit sind, diese Patienten in Therapie zu übernehmen.

Von großer Wichtigkeit ist es schließlich, auch die Möglichkeiten der somatischen Therapie in die Überlegungen miteinzubeziehen. Diese sind leider bei nicht wenigen Behandlern/innen negativ besetzt, was dazu führen kann, dass sie dem Patienten pauschal als ungeeignete Therapieformen geschildert werden und entsprechend Chancen ungenutzt bleiben können.

#### **5.5. Schlußfolgerungen**

Für die medizinische Versorgung im Rahmen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung muß zunächst darauf hingewiesen werden, dass Verhaltensabweichungen gemäß den Psychotherapierichtlinien eine Psychotherapieindikation begründen können. Selbstverständlich sind aber neben der Therapiebedürftigkeit (z. B. bei einer Pädophilie) Fragen der Therapiefähigkeit (z. B. bei einer Intelligenzminderung) und der Therapiemotivation (z. B. bei fehlendem Veränderungsmotiv und Signalisieren von Therapiebereitschaft nur aufgrund erhoffter günstiger juristischer Beurteilungen) mit zu berücksichtigen. Geschätzt wird man daher bei den jährlich verurteilten 4500 Sexualdelinquenten im engeren Sinne nur zur Hälfte eine Therapieindikation stellen können. Hinzu kommen nach Erfahrungen der klinischen Einrichtungen mindestens dreimal so viel noch nicht strafverfolgte behandlungsmotivierte Betroffene (bei denen eine Indikation gestellt werden könnte), so dass ein Behandlungsbedarf in Deutschland für jährlich 10 000 männliche Betroffene zugrunde gelegt werden muß. Der zeitliche Umfang der Behandlungsmaßnahmen wird zwischen 20 und 150 Stunden liegen. Für die Therapie der meisten Täter (ca. 80 %) ist eine psychotherapeutische Zusatzqualifikation neben spezieller sexualmedizinischer Kompetenz erforderlich. Diese Qualifikation weisen in Deutschland maximal 50 Therapeuten/innen auf, die wiederum zum größten Teil nicht schwerpunktmäßig mit Sexualstraftätern befaßt sind. In Deutschland dürften darüber hinaus ca. 200 psychotherapeutisch tätige Kollegen/innen zur Behandlungsübernahme bereit sein, ohne dass sie eine spezielle sexualmedizinische Kompetenz aufweisen und über die Schwierigkeiten und Gefahren einer unzureichenden Behandlung genügend informiert sind, z. T. aber auch die medikamentösen Behandlungsoptionen nicht selber nutzen können (ca. 75 % davon sind psychologische Psychotherapeuten/innen). Es ist aus diesen Gründen auf dem Gebiet der Paraphilien und Sexualdelin-

quenz von einer *eklatanten Unterversorgung* auszugehen. Der größte Teil der in Deutschland versorgten Patienten ist wegen der nach dem gegenwärtigen Stand der Wissenschaft fehlenden Kenntnisse auf Therapeutenseite und der aufgrund von mangelndem Wissen über medikamentöse Wirkungen unterbleibenden medikamentösen Behandlung *fehlversorgt*.

## 6. Sexualmedizinische Aus-, Fort- und Weiterbildung

Von 36 Medizinfakultäten in der Bundesrepublik Deutschland ist lediglich an 4 Universitätsklinika (Berlin, Frankfurt, Hamburg, Kiel) die Sexualmedizin als eigenständiges Fach mit entsprechenden Lehrangeboten und einschlägiger Forschung vertreten. Zur Behebung eines ähnlich gravierenden und dem Bedarf in der Patientenversorgung zuwiderlaufenden Mangels in der Weiterbildung werden seit 1997 berufs begleitende Kurse zur sexualmedizinischen Qualifizierung von Ärzten/innen und klinischen Psychologen/innen durchgeführt. Nur wenige Universitäten in Deutschland bieten sexualmedizinische/ sexualtherapeutische Lehrveranstaltungen an, insbesondere diejenigen, an denen die Sexualmedizin als eigenständiges Fach vertreten ist (Berlin, Frankfurt, Hamburg, Kiel). Diese Lehrangebote sind fakultativ und die Sexualmedizin ist bisher in keiner Studienordnung als Pflichtfach verankert. In der medizinischen Approbationsordnung sind sexualmedizinische Lehrinhalte über ganz verschiedene Fächer verstreut (z.B. Dermatologie, Gynäkologie, Medizinische Psychologie, Psychiatrie, Rechtsmedizin, Urologie etc.; vgl. Übersicht), in den psychologischen Studienordnungen spielen sie überhaupt keine Rolle.

In fast allen klinischen Fächern der Medizin werden sexualmedizinische Kompetenzen (zunehmend) von den betroffenen Patienten/innen nachgefragt.

Darum hat die Akademie für Sexualmedizin 1995 ein sexualmedizinisches Curriculum vorgelegt (Vogt et al. 1995), um Ärzte/innen verschiedener Fachrichtungen und klinische Psychologen für die eigenständige Erkennung und Behandlung von sexuellen Störungen zu qualifizieren. Das Curriculum umfaßt die Vermittlung von theoretischen Kenntnissen (100 Stunden) sowie Haltungen und Fertigkeiten (120 Stunden).

Die Aneignung eines biopsychosozialen Verständnisses von Sexualität verlangt, sich mit anthropologischen, biomedizinischen, psychologischen und soziokulturellen Aspekten der menschlichen Geschlechtlichkeit auseinanderzusetzen. Erforderlich ist daher, ein interdisziplinäres Denken zu entwickeln und in diesem Sinne disziplinäres Wissen aus unterschiedlichen medizinischen Fachgebieten (insbesondere Allgemeinmedizin, Gynäkologie, Urologie, Dermatologie, Endokrinologie, Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie) sowie benachbarten Humanwissenschaften (insbesondere Biologie, Psychologie, Soziologie etc.) zu integrieren.

Für die praktische Tätigkeit und die eigenständige Durchführung sexualtherapeutischer Interventionen sind darüber hinaus vor allem drei weitere Ausbildungselemente von besonderer Bedeutung.

Dieses Curriculum liegt dem bei der Bundesärztekammer 1995 gestellten Antrag auf Einführung der Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ in die ärztliche Weiterbildungsordnung zugrunde und wird in verschiedenen Bundesländern mittlerweile umgesetzt

Der bundesweit erste Kurs dieser curricular fundierten sexualmedizinischen Qualifizierung fand von November 1997 bis Oktober 1999 an der Charité statt und wurde veranstaltet von der *Berliner Ärztekammer*, der *Akademie für Sexualmedizin* und dem *Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin* der Charité (vgl. Beier 1999).

Die Teilnehmer stammten aus unterschiedlichen Facharztgebieten (30 % Gynäkologie, 20 % Urologie, 20 % Allgemeinmedizin/Praktische Ärzte, 20 % Nervenheilkunde, z. T. mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie, 10 % innere Medizin sowie klinische Psychologie). Die Gruppengröße war auf 30 bemessen, es durften nicht mehr als 10 % der verschiedenen Ausbildungsteile versäumt werden. Vor Zulassung zum Abschlußkolloquium mußten die schriftlich dokumentierten Erstinterviews und Behandlungsfälle eingereicht werden. Der Prüfungskommission gehörte ein Mitglied der Berliner Ärztekammer, als Vorsitzender ein Mitglied des Akademie-Vorstandes und der Direktor des Instituts für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité an.

Nach den zweijährigen Erfahrungen mit diesem ersten Kurs läßt sich sagen: Die angebotene sexualmedizinische Fortbildung ist geeignet, um die Kollegen/innen innerhalb ihrer Arbeitszusammenhänge für die eigenständige Diagnostik und Therapie von sexuellen Störungen auszubilden. So ist es beispielsweise Gynäkologen/innen (auch ohne Zusatzbezeichnung Psychotherapie) möglich geworden, Patientinnen mit sexuellen Funktionsstörungen (z. B. Vaginismus) selbst zu behandeln, während Fachärzte für Nervenheilkunde die Betreuung von geschlechtsidentitätsgestörten Menschen übernehmen und diejenigen mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie sich auch die Behandlung von Patienten mit sexuellen Verhaltensabweichungen zutrauen. Nach den Rückmeldungen der Kursteilnehmer hat das Curriculum eine ausreichende Sicherheit für den Umgang mit sexuellen Störungen vermittelt und durch das Miteinander der verschiedenen Fachdisziplinen dafür gesorgt, die eigenen Möglichkeiten und Grenzen besser zu erkennen. So haben die überwiegend somatisch tätigen Kollegen/innen von den überwiegend psychotherapeutisch tätigen genauso profitiert wie letztere von ersteren.

Die Teilnehmer/innen aus den verschiedenen medizinischen Fachgebieten sowie der klinischen Psychologie können somit insgesamt das Spektrum sexualmedizinisch relevanter Störungsbilder abdecken, wenn sie auch – je nach Arbeitsschwerpunkt – nur bestimmte sexualmedizinische Behandlungsoptionen bevorzugt bereithalten (s. Übersicht).

*Sexuelle Funktionsstörungen:* Verbesserung partnerschaftlicher und sexueller Kommunikation ggf. unter Einsatz somatischer Therapieoptionen

*Krankheitsbedingte Sexualstörungen:* Unter Beachtung der Paar-Situation gezielte Verbesserung symptom- oder medikamenteninduzierter sexueller Beeinträchtigungen

*Geschlechtsidentitätsstörungen:* Gemäß Standards of care - körperverändernde Maßnahmen erst nach verlaufsbezogener Diagnosestellung

*Sexuelle Verhaltensabweichungen:* Sexualpädagogische, sozialstützende oder psychotherapeutische Schwerpunktsetzung ggf. in Verbindung mit medikamentösen Optionen (Antiandrogene wie Cyproteronacetat oder LH-RH- Analoga, Serotonin-Wiederaufnahmehemmer)

Auf diese Weise kann mittelfristig eine fachlich strukturwirksame Verbesserung der Versorgung betroffener Patienten/innen resultieren. Ohne Frage bedarf es in diesem Zusammenhang allerdings auch einer adäquaten finanziellen Honorierung dieser speziellen Leistungen sowie der Einführung einer Zusatzbezeichnung (bzw. eines „Moduls“) Sexualme-

dizin in die ärztliche Weiterbildungsordnung, weil (bisher nur) auf diese Weise die Kollegen/innen ihre sexualmedizinische Fachkompetenz für die Patienten (und Krankenkassen bzw. an den Leistungen interessierte Behörden wie z.B. Gerichte) nach außen sichtbar machen können und so eine gezieltere Inanspruchnahme erfolgen würde.

## Literatur

- American Psychiatric Association (APA) (1994): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition. Washington: APA press. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV). Deutsche Bearbeitung und Einführung von Saß, H.; Wittchen, H.-U.; Zaudig, M. Göttingen: Hogrefe (1996).
- Arentewicz, G.; Schmidt, G. (1993): Sexuell gestörte Beziehungen. Konzept und Technik der Paartherapie. Stuttgart Enke 3. Aufl.
- Aytac, I.A.; McKinlay, J.B.; Krane, R.J. (1999): The likely worldwide increase in erectile dysfunction between 1995 and 2025 and some possible policy consequences. *BJU International* 84: 50 – 56.
- Basson, R. (1996): Sexuality and Parkinson's Disease. *Parkinsonism and related disorders* 2 (4): 177 – 185.
- Becker, S.; Bosinski, H.A.G.; Clement, U.; Eicher, W.; Goerlich, T.; Hartmann, U.; Kockott, G.; Langer, D.; Preuss, W.; Schmidt, G.; Springer, A.; Wille, R. (1997): Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Sexualwissenschaft. *Sexuologie* 4: 130 – 138.
- Beier, K. M.; Hinrichs, G. (1995): Psychotherapie mit Straffälligen. Standort und Thesen zum Verhältnis Patient – Therapeut – Justiz. Stuttgart: Fischer.
- Beier, K. M. (1999): Sexuamedizin – berufsbegleitende Fortbildung mit Zertifikat. *Dt Ärzteblatt* 33: A 2075 – 2077.
- Beier, K.M.; Bosinski, H.A.G.; Hartmann, U.; Loewit, K. (2001): Lehrbuch der Sexualmedizin. Urban & Fischer: München.
- Benkert, O. (1999): Lebensqualität und Partnerschaftsqualität bei behandelter vs. unbehandelter ED. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Bosinski, H.A.G. (2000): Transsexuelle Geschlechtsidentitätsstörungen. *Psychotherapeut* (i.Druck)
- Boxdorfer, S.A. (2000): Partnerschaft und Sexualität bei Morbus Parkinson. Ergebnisse einer empirischen Studie bei betroffenen Männern und ihren Partnerinnen. *Med Diss, Humboldt Universität Berlin*.
- Bradford, J. (1997) Medical Interventions in Sexual Deviance. In: Laws, D.R.; O'Donohue, W. (Eds) (1997): *Sexual Deviance Theory. Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Braun, M.; Klotz, T.; Reifenrath, B.; Engelmann, U. (1999): The „Cologne 8000 men survey“ – prevalence and therapy necessity of men with erectile dysfunction. Poster presented at the 1st Int. Consultation on erectile dysfunction. Paris.
- Brewer, M.; Stacy, M. (1998): Sildenafil citrate therapy in men with Parkinson's disease. *PSG/HSG/MDS Twelfth annual symposia abstracts. Movement disorders* 13 (5): 860.
- Brown, M.; Jahanshahi, M.; Quinn, N.; Marsden, C.D. (1990): Sexual function in patients with Parkinson's disease and their partners. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 55: 480-486.
- Buddeberg, C.; Bass, B.; Gnirss-Bormet, R. (1994): Die lustlose Frau – der impotente Mann. Zur sexuellen Beziehungsdynamik in ehelichen Zweierbeziehungen. *Familiendynamik* 19: 266 – 280.
- Buddeberg, C., Willi, J., Sieber, M.; Furrer, H. J. (1988): 10 Jahre Sexualmedizin am Universitätsspital Zürich. *Schweizerische Ärztezeitung*. 69: 388 – 394.
- Buddeberg, C. (1995): *Sexualberatung*. Stuttgart: Enke 3. Aufl.
- Catalan, J.; Hawton, K.; Day, A. (1990): Couples referred to a sexual dysfunction clinic. *Brit J Psychiatry* 156: 61ff.
- Corrado, M. (1999): Men and erectile dysfunction: a survey of attitudes in 10 countries. *Newsbulletin of the International Society Impotence Research*. 2:
- De Amicis, L.A.; Goldberg, D.C.; LoPiccolo, J.; Friedman, J.; Davies, L. (1985). Clinical Follow-up of Couples Treated for Sexual Dysfunction. *Archives of Sexual Behavior* 14 (6): 467 – 489.
- Dekker, J. (1993): Inhibited male orgasm. In: O'Donohue, W.; Geer, J.H. (Eds): *Handbook of sexual dysfunctions. Assessment and Treatment*. Allyn and Bacon: Boston.
- Diemont, W.; Vrugink, P.A.; Doesburg, W.; Meuleman, E. (1960): Prevalence of sexual problems in the Dutch population. Poster presented at the 22nd Annual Meeting of the International Academy of Sex Research. Rotterdam.
- Dunn, K.M.; Croft, P.R.; Hackett, G.I. (1998): Sexual problems: A study of the prevalence and need for health care in the general population. *Family Practice* 15: 519 – 524.

- Feldmann, H. A.; Goldstein, I.; Hatzichristou, D. G.; Krane, R. J.; McKinlay, J. B.: Impotence and its medical and psychosocial Correlates: Results of the Massachusetts Male aging Study. *The Journal of Urology* Vol 151: 54ff.
- Frenken, J. (Hrsg.) (1980): *Seksuologie*. Van Loghum Slaterus. Deventer.
- Fugl-Meyer, AR.; Lodnert, G.; Bränholm, I.-B.; Fugl-Meyer, K.S. (1997): On life satisfaction in male erectile dysfunction. *Int J of Impotence Research* 9: 141 – 148 Stockton Press.
- Gijs, L.; Gooren, L. (1996): Hormonal and Psychopharmacological Interventions in the Treatment of Paraphilias: An Update. *Journal of Sex Reserch* 33: 273 – 290.
- Hawton, K. (1982): The behavioural treatment of sexual dysfunction. *Br J Psychiatry* 140: 94 – 101.
- Hawton, K.; Catalan, J.; Martin, P.; Fagg, J. (1986): Prognostic factors in sex therapy. *Behaviour Research and Therapy* 24: 377 – 385.
- Heiman, J. R.; Meston, C. M. (1997): Empirically validated treatment for sexual dysfunction. *Annual Review of Sex Research* Vol. VIII: 148 – 194.
- Hoyndorf, S.; Reinhold, M.; Christmann, F. (1995): *Behandlung sexueller Störungen*. Weinheim, Beltz Psychologie Verlags Union.
- Hyypä, M.; Rinne, K.; Sonninen, V. (1970): The activating effect of L-dopa treatment on sexual functions and its experimental backgrounds. *Acta Neurol Scand* 46 (Suppl 43): 223.
- Jing, L.; Guo-wu, C.; Yi-xin, W.; Bin, C.; Xu-yuan, H. (1998): The prevalence of erectile dysfunction in elder men in Shanghai (an analysis of 1582 cases). *Int J Impotence Res* 10 Supl. 3: S1 – S68.
- Johannes, C.B.; Araujo, A.B.; Feldman, H.A.; Derby, C.A.; Kleinman, K.P.; McKinlay, J.B. (2000): Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: Longitudinal results from the Massachusetts Male Aging Study. *Journal of Urology* 163: 460 – 463.
- Kaplan, H.S. (1995): *The sexual desire disorders*. Brunner/Mazel (dt.: *Sexualtherapie bei Störungen des sexuellen Verlangens*. Stuttgart: Thieme 2000).
- Kinsey, A.C. (1953): *Sexual behavior in the human female*.
- Kinsey, A.C. (1948): *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: Saunders.
- Koller, W.C.; Vetere-Overfield, B.; Williamson, A.; Busenbark, K.; Nash, J.; Parrish, D. (1990): Sexual dysfunction in Parkinson's disease. *Clin neuropharmacol* 13 (5): 461 – 463.
- Laschet, U. (1990) *Zur Therapie mit Cyproteronacetat*. In: Wille, R. Schumacher, W., Andrzejak, N. (Hrsg.): *Zur Therapie von sexuell Devianten*. Berlin: Diesbach: 36 – 42.
- Laumann, E. O.; Gagnon, J. H.; Michael, R. T.; Michaels, S. (1994): *The social Organization of Sexuality. Sexual Practices in the United States*. London: The University of Chicago Press, Ltd.
- Leiblum, S. R. (1998): Definition and classification of female sexual disorders. *International Journal of Impotence Research* 10 Suppl 2: 104-106.
- Lendorf, A.; Juncker, L.; Rosenkilde, P. (1994): Frequency of erectile dysfunction in a Danish subpopulation. *Nordisk Sexologi* 12: 118 – 124.
- Litwin, M.S.; Nied, R.J.; Dhanani, N. (1998): Health-Related Quality of Life in Men with Erectile Dysfunction. *J Gen Int Med* 13: 159 – 166.
- Lüders, M.: *Partnerschaft und Sexualität bei Morbus Parkinson: Ergebnisse einer empirischen Studie bei betroffenen Frauen und ihren Partnern*. Med. Diss. i.Vorb. Humboldt Universität Berlin
- Lüders, M.; Boxdorfer, S.; Beier K.M. (1999): Partnerschaft und Sexualität bei Morbus Parkinson. *Sexuologie* 6: 18ff.
- Masters, W. H., Johnson, V. E. (1970): *Human sexual inadequacy*. Boston: Little/Brown. (Deutsch: *Impotenz und Anorgasmie*. Frankfurt: Goverts 1973).
- McCabe, M. P. (1997): Intimacy and Quality of Life Among Sexually Dysfunctional Men and Women. *J of Sex & Marital Therapy* Vol 23 No 4.
- Metz, M.; Pryor, J.; Nesvacil, L.; Abuzzahab, F.; Koznar, J. (1997): Premature ejaculation: A Psychophysiological review. *Journal of Sex & Marital Therapy* 23: 3 – 23.
- Nathan, S. G. (1986): The Epidemiology of the DSM-III Psychosexual Dysfunctions. *J of Sex & Marital Therapy* Vol 12 No 4.
- National Institutes of Health (1993): Impotence. NIH Consensus Development Conference Statement on Impotence. *JAMA* 270: 83 – 90.
- Osburg, S.; Weitzel, C (1993): Betrachtungen über zehn Jahre Transsexuellengesetz. *Recht & Psychiatrie* 11: 2-26.
- Petri, H. (1980): Analytische Kurztherapie bei sexuellen Perversionen. Mit Bemerkungen zur Antiandrogentherapie. In V. Sigusch (Hrsg.): *Therapie sexueller Störungen*. Stuttgart: Thieme: 187-219.
- Pinnock, C.B.; Stapleton, A.M.F.; Marshall, V.R. (1999): Erectile dysfunction in the community: a prevalence study. *Medical J Australia* 171: 353 – 357.



- Quinn, N.P.; Toone, B.; Lang, A.E.; Marsden, C.D.; Parkes, J.D. (1983): Dopa dose – dependent sexual deviation. *Brit J Psychiat* 142: 296 – 298.
- Renshaw, D.C. (1988): Profile of 2376 patients treated at Loyola Sex Clinic between 1972 – 1987. *Sex Marital Ther* 3 111 – 117.
- Rosen, R. C.; Leiblum, S. R. (1995): *Case Studies in Sex Therapy*. NY: The Guilford Press.
- Rosen, R. C.; Leiblum, S. R.; Hall, K. S. (1987): Etiological and predictive factors in sex therapy. Paper presented at the annual meeting of the Society for Sex Therapy and Research. New Orleans.
- Rosen, R. C.; Taylor, J. F.; Leiblum, S. R.; Bachmann, G. A. (1993): Prevalence of Sexual Dysfunction in Women: Results of a Survey Study of 329 Women in an Outpatient Gynecological Clinic *J of Sex & Marital Therapy* Vol 19 No 3.,
- Sato, Y.; Kumamoto, Y.; Horita, H.; Tsukamoto, T. (1998): Sexual activity and dysfunction in Japanese women. *Int J Impotence Res* 10 Suppl 3: 74.
- Schmidt, G. (1996): Paartherapie bei sexuellen Funktionsstörungen. In: Sigusch, V. (Hrsg.): *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung*. Stuttgart: Thieme.
- Schover, L. (1981): Unpublished research. Cited in: Schover, L.R.; Jensen, S.B. (1988): *Sexuality problems and chronic disease*. New York: Guilford Press.
- Seifert, D. (2000): LHRH-Analoga bei der Behandlung von Sexualstraftätern. *Sexuologie* 7: 1 – 11
- Shabsigh, R. (1996): Impotence on the rise as a urological subspeciality. *J Urol* 155: 924 – 925.
- Singer, C.; Weiner, W.J.; Sanchez-Ramos, J.R.; Ackerman, M. (1989): Sexual Dysfunction in Men with Parkinson's disease. *J Neuro Rehab* 3: 199 – 204.
- Spector, I. P.; Carey, M. P. (1990): Incidence and Prevalence of the Sexual Dysfunctions: A Critical Review of the Empirical Literature. *Archives of Sexual Behavior* Vol 19 No 4.
- Steers, W.D. (1998): Meta-analysis of the efficacy of sildenafil (Viagra®) in the treatment of severe erectile dysfunction. *J Urol* 159 (5) suppl: AA910.
- Stief, C.G.; Hartmann, U.; Truss, M.C.; Jonas, U. (Hrsg) (1999): *Zeitgemäße Therapie der erektilen Dysfunktion*. Berlin: Springer.
- Szasz, G. (1989): Sexuality in persons with severe physical disability: A guide to the physician. *Can Fam Physician* 35: 345 – 351.
- Uitti, R.J.; Tanner, C.M.; Rajput, A.H.; Goetz, C.G.; Klawans, H.L.; Thiessen, B. (1989) Hypersexuality with anti-parkinson therapy. *Clin Neuropharmacol* 12 (5): 375 – 383.
- Ventegodt, S. (1998): Sex and the Quality of Life in Denmark. *Archives of Sexual Behavior* Vol 27 No 3.
- Vogt, H.J.; Loewit, K.; Wille, R.; Beier, K.M.; Bosinski, H.A.G. (1995): Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ – Bedarfsanalyse und Vorschläge für einen Gegenstandskatalog. *Sexuologie* 2 (2): 65 – 89.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1993): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.
- Wermuth, L.; Stenager, E. (1992): Sexual aspects of Parkinson's disease. *Semin Neurol* 12 (2): 125 – 126.
- Wetzels, P. (1997): Prävalenz und familiäre Hintergründe sexuellen Kindesmißbrauchs in Deutschland: Ergebnisse einer repräsentativen Befragung. *Sexuologie* 2: 89 – 107.
- Zentgraf, M.; Iffländer, B. (1987): Erektile Dyfunktion – Impotenz. *Dt Ärzteblatt* 84: B-1998.

#### Anschriften der Autoren

Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin des Universitätsklinikums Charité, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften der Freien und der Humboldt-Universität Berlin, Luisenstr. 57, 10115 Berlin

Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Uwe Hartmann, Arbeitsbereich Klinische Psychologie der Abteilung für Klinische Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Psychologische Medizin, Medizinische Hochschule, Konstanty-Gutschow-Str. 8, 30623 Hannover

Priv.-Doz. Dr. med. Hartmut A. G. Bosinski, Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle, Klinikum der Christian-Albrechts-Universität, Arnold-Heller-Str. 12, 24105 Kiel

# Determinanten der Geschlechtsidentität. Neue Befunde zu einem alten Streit

Determinants of gender identity. New findings in an old debate

H. A. G. Bosinski

## Zusammenfassung

Die gegenwärtige Debatte um die erziehungskonträre Geschlechtsidentitätsentwicklung eines biologischen Knaben, bei dem es im Säuglingsalter zu einer traumatischen Penisamputation kam und der in der Folgezeit orchidektomiert und als Mädchen aufgezogen wurde, wird zum Anlass genommen, den aktuellen Stand des Wissens über die somatosexuelle Differenzierung und deren Einflüsse auf die psychosexuelle Entwicklung, die Ausbildung geschlechtstypischer Leistungs- und Verhaltensunterschiede und die Geschlechtsidentität zu referieren. Dabei wird deutlich, dass die Entwicklung der Geschlechtsidentität durch ein hochkomplexes, zeitabhängiges biopsychosoziales Bedingungsgefüge determiniert wird. Zwar kann ein einzelner Faktor durch seine extreme Ausprägung unter Umständen größere Penetranz erlangen, dies entspricht jedoch nicht einer überwiegenden Bedeutung dieses Faktors im Zuge der normalen Entwicklung.

*Schlüsselwörter:* Somatosexuelle Differenzierung, geschlechtstypische Unterschiede, Geschlechtsidentität, Intersex-Syndrom, biopsychosoziale Determinierung

## Abstract

Actual discussions about the case of a male child who was subject to a traumatic penis lost in early childhood, afterwards raised as a girl but later changed to the male role are used as an occasion to summarize the actual state of the knowledge regarding prenatal somatosexual development and its influence on gender-typical behavior and gender identity. It is demonstrated that gender identity development is a complex time-dependent process of interaction between biological, psychological and socio-cultural factors. In rare cases it can happen, that the exaggeration of one single factor in a certain period can determine the whole developmental process. This is not to say that this particular factor has an overwhelming influence under normal conditions.

*Keywords:* Sexual differentiation, gender typical behavior, gender identity, Intersex syndroms, biopsychosocial determination

## 1. Einleitung

Die Fragen, warum und wie jemand zur Frau / zum Mann wird, was es heißt, eine Frau / ein Mann zu sein, ob, wie und ggf. warum Frauen und Männer anders denken, fühlen und handeln, gehören zu den spannendsten, aber auch umstrittensten Problemen humanwissenschaftlicher Forschung überhaupt.

Bis weit in die Mitte des 20. Jahrhunderts dominierte die unhinterfragte Vorstellung, dass sich (vermeintliche oder tatsächliche) psychische Geschlechtsunterschiede aus den körperlichen Unterschieden der Geschlechter und deren verschiedenen Funktionen im Prozeß der biologischen Reproduktion „naturgemäß“ ergäben. Dass diese Auffassung zumeist von der religiös und / oder wissenschaftlich begründeten und politisch umgesetzten Behauptung ei-

ner „natürlichen“ Inferiorität des weiblichen Geschlechts begleitet war, ist hinlänglich bekannt. Ihre Forderungen seien „widernatürlich“, war einer der geläufigen Vorwürfe gegen die Protagonistinnen der Emanzipationsbewegung.

Erst im 20. Jahrhundert wurde diese Position nachhaltig infrage gestellt. Grundlage hierfür waren zunächst politisch-ökonomische Veränderungen: Verstärkte Einbeziehung von Frauen in den Prozess der außerhäusigen, industriellen Reproduktion der Gesellschaft, im Gefolge Einbindung in gesellschaftliche Emanzipationsbewegungen und Etablierung einer eigenständigen Frauenbewegung. Aber auch durch wissenschaftsimmanente Entwicklungen wurde dieser Prozess des Umdenkens über die Geschlechterverhältnisse begleitet und verstärkt. Wesentlichen Anteil an der Veränderung der Sicht auf die Geschlechterdifferenzen hatte zweifellos die sexuologische und psychoneuroendokrinologische Forschung, die mit ihren Ergebnissen die Relativität der biologischen Geschlechterkategorien und deren nur vermittelten Einfluss auf die psychosoziale Geschlechtlichkeit (insbesondere die Geschlechtsidentität und die sexuelle Orientierung) demonstrierte.

Diese Prozesse führten dazu, dass in den letzten 30 Jahren sich allmählich – zumindest im populärwissenschaftlich gestützten *common sense* – die Vorstellung herausbildete, der Prozess der Entwicklung der Geschlechtsidentität, des Seins, Fühlens und Verhaltens als Mann oder Frau, sei primär oder gar ausschließlich durch sozialisatorische bzw. psychosoziale Faktoren determiniert. Oft und gern wird in diesem Zusammenhang als Protagonistin einer expliziten Soziogenese Simone de Beauvoir zitiert: „Man wird nicht als Frau geboren, man wird dazu gemacht.“

Mit dieser Übersetzung wird man jedoch der Autorin, die in ihrem 1949 erstmals erschienen Opus „Das andere Geschlecht“ bemerkenswert ausführlich auf den seinerzeitigen Kenntnisstand zur Biologie der Geschlechter einging, wohl nicht gerecht: Klein (1999) weist darauf hin, dass de Beauvoir tatsächlich sagte, „Man wird nicht als Frau geboren, man wird es.“ („On ne naît pas femme, on le devient.“). Die Wandlung von der aktivischen in die passivische Form sagt u.E. sehr viel über die Intentionen der Beschäftigung mit dem Thema in den 50er und zumal 60er Jahren.

Die Verhältnisse verkehrten sich nun: Autoren, die darauf hinwiesen, dass eine solche einseitig soziogenetische Sicht empirisch nicht haltbar sei und der Komplexität menschlicher Entwicklung nicht gerecht würde, liefen Gefahr, als „Biologen“, „Traditionalisten“, letztlich „Fortschrittsfeinde“ angegriffen zu werden.

In jüngster Zeit wurden nun sexuologische Befunde mitgeteilt, die zentrale Grundannahme einer solchen exklusiv sozio- und/oder psychogenetischen Sicht auf die Geschlechterentwicklung in Frage stellen. Und es hat den Anschein, als ob nun ein erneutes „Umschwingen des Diskurs-Pendels“ erfolgt: Weg von einem Verständnis des Menschen als „Produkt seiner Verhältnisse/Erziehung“, hin zu einem Bild, das ihn eher als mehr oder weniger willenslosen Spielball in der Hand der „Biologie als Schicksal“ zeichnet.

Diese neue Diskussion soll deshalb hier zunächst in ihrem Anlass skizziert werden, um dann den aktuellen Forschungsstand zum Problem ausführlicher zu referieren und schließlich zu versuchen, eine Einordnung vorzunehmen.

## 2. Der aktuelle Anlass

1966 wurde in einer kanadischen Klinik ein acht Monate alter Zwillingsknabe einer – offenbar völlig unnötigen – Zirkumzision unterzogen, wobei es zu einem Zwischenfall mit dem verwendeten Elektrocauter kam, in dessen Folge der Penis des Knaben bis auf einen

minimalen Rest verstümmelt wurde. Ärzte und Eltern waren entsetzt und ratlos – die Vorstellung, den Knaben (neben seinem gesunden Zwillingsbruder) penislos heranwachsen zu lassen, war nachvollziehbar bedrückend, eine operative Rekonstruktion des Penis technisch damals nicht oder kaum möglich. Durch Zufall erfuhren die Eltern vom Wirken John Money in Baltimore. Dieser hatte sich nicht nur für die damals in den Anfängen befindliche geschlechtstransformierende Operation bei Transsexuellen eingesetzt, sondern auch, gemeinsam mit Hampson und Hampson 1955 eine umfangreiche Untersuchung über die Langzeitentwicklung bei Patienten mit Intersex-Syndromen durchgeführt. Die Autoren waren dabei zu dem Ergebnis gekommen, dass die nach dem überwiegenden Genitalbefund ausgerichtete Geschlechtszuweisung und die darauf fußende Geschlechtersozialisation letztlich die Entwicklung der Geschlechtsidentität als Junge oder Mädchen, Mann oder Frau, bestimmte (s.a. Money & Ehrhardt 1972). Für die geschlechtliche Selbstakzeptanz des Kindes sei somit der Befund des äußeren Genitales und eine daran anknüpfende konsistente Erziehung wesentlich.

In Anbetracht dieser Befunde und fehlender operativer Alternativen beschloss man, als der Knabe 17 Monate alt war, ihn zu orchidektomieren (was im 21. Lebensmonat erfolgte), ihn einer partiellen (und funktionell bezüglich der Urinierposition wenig befriedigenden) feminisierenden Genitaloperation zu unterziehen und als Mädchen aufzuziehen. Die ersten Verlaufsberichte (als das Kind neun Jahre alt war) sprachen von einem vollen Erfolg des gewählten Vorgehens (Money 1975).

Dieser Fall wurde nun in einer Fülle von Lehrbüchern und Abhandlungen zum Paradebeleg jenes oben zitierten Paradigmas von der nachgeraden Bedeutungslosigkeit biologischer Faktoren für die Entwicklung der Geschlechtsidentität hochstilisiert und fand so Eingang auch in populärwissenschaftliche und geschlechterpolitische Diskurse. Dass Money selbst schon in den siebziger Jahren einen explizit interaktionalen („biopsychosozialen“) Ansatz vertrat und immer wieder auf die Bedeutung biologischer Prädispositionen für die psychosexuelle Entwicklung verwies (s. z.B. Money 1977, 1988a, 1994, s.a. Zucker 1996), blieb dabei völlig unberücksichtigt: Zu schön „passte“ der Fall in den (soziologistisch geprägten) Zeitgeist.

Dabei hätte schon damals die aufmerksame Lektüre der Fachliteratur die Grenzen dieser Illusion gezeigt: Bereits 1982 teilte Diamond mit, dass der Patient mit 14 Jahren die Behandlung mit konträrgeschlechtlichen Hormonen ablehnte, sich als Junge empfand und ausschließlich zu Frauen hingezogen fühlte. Diese Publikation blieb indes ohne Echo – leider auch von Money.

Der heute 35jährige Patient hat sich in seinen Zwanzigern zum Manne „rückumwandeln“ lassen, heiratete mit 25 Jahren und adoptierte die Kinder seiner Ehefrau. Diamond (1996, 1997) hat den Fall inzwischen ausführlicher dokumentiert und zum Anlass genommen, das (auch, aber nicht nur) auf diesem vermeintlich geglückten Verlauf aufbauende „Procedere der optimalen Geschlechtszuschreibung“ für die Behandlung von Neugeborenen mit ambivalentem/intersexuellem Genitalbefund zu kritisieren und ein anderes Vorgehen zu fordern (s. Diamond & Sigmundsen 1997).

Dies allein würde eine eigene Abhandlung fordern, denn in der Tat besteht zur Frage der Geschlechtsfestlegung bei Kindern mit Intersex-Syndrom erheblicher Klärungsbedarf. Aus den USA ist inzwischen von Entscheidungsmoratorien in dieser Hinsicht zu hören, weil die behandelnden Ärzte spätere Regress-Forderungen (bei mißglückter Rolleneinfindung) fürchten.

Darüber hinaus hat diese Diskussion aber noch weitergehende Implikationen, die zunächst Gegenstand dieses Artikels sein sollen: Der desaströse Verlauf des in die Fachliteratur als John/Joan/John-Fall eingegangenen Knaben wurde von einem US-amerikanischen Journalisten in Buchform aufbereitet (Colapinto 2000) und brachte dem Autor viel Beachtung in Talk-Shows und Bestseller-Reviews, ein Erscheinen des Buches in Deutschland ist geplant. Die Peinlichkeit, dass sich ausgerechnet eine deutsche Boulevardzeitung (BILD vom 4.2. 2000) zu dem ungeheuerlichen Vergleich Moneys mit dem KZ-Arzt Mengele herbeifand, kann hier nur mit Entsetzen vermerkt werden. Uns soll jedoch die hinter dem Buchtitel aufscheinende Insinuation beschäftigen, da zu befürchten ist, dass auch diese nun Eingang in den Mainstream des Denkens über die Geschlechterentwicklung finden wird: Colapinto nannte seinen Report „*As Nature Made Him*“. Was „macht“ die Natur? Und was die Kultur? Und wie – wenn überhaupt – interagieren sie bei der Etablierung der Geschlechtsidentität?

### 3. Terminologie

Zur Beantwortung dieser Fragen ist es zunächst erforderlich, die terminologischen Ebenen zu unterscheiden. Dass dies zumeist nicht getan wird, dass ganz allgemein von „Unterschieden der Geschlechter“, von „Geschlechterrollen“, „geschlechtsspezifischen Zuweisungen“ usw. gesprochen wird, trägt ganz wesentlich mit zur Verwirrung bei. Die oft undifferenziert als allumfassend und ubiquitär unterstellten *Geschlechtsunterschiede* haben aber tatsächlich sehr verschiedene Qualitäten und dementsprechend auch verschiedene Ausprägungen. Sie lassen sich unterteilen in *geschlechtsspezifische* und *geschlechtstypische* Unterschiede.

**Geschlechtsspezifische Unterschiede** finden sich einzig bei denjenigen Funktionen und/oder Strukturen, die unmittelbar und direkt verbunden sind mit den spezifischen Funktionen der Geschlechter im Prozeß der biologischen Reproduktion, also mit der Tatsache, dass nur biologische Frauen menstruieren, Kinder empfangen, gebären und stillen können, während biologische Männer die hierfür notwendigen Strukturen bzw. Funktionen nicht haben, dafür aber diejenigen, die es ihnen ermöglichen, Kinder zu zeugen. Geschlechtsspezifische Unterschiede sind folglich bipolar-dichotom geteilt, d.h. im Normalfall nur als männlich oder weiblich möglich. Die Untersuchung *eines einzelnen Menschen* erlaubt bezüglich der Geschlechtsspezifität seine Zuordnung als entweder weiblich oder männlich. Übergänge kommen zwar vor, haben dann aber – als Intersex-Syndrome, die zu mehr oder weniger gravierenden Beeinträchtigungen der definitiv benutzten Reproduktionsfunktion führen – den Charakter einer Störung bzw. Krankheit.

**Geschlechtstypische Unterschiede** sind hingegen statistisch-deskriptiver Natur und ergeben sich nur im *Geschlechtergruppenvergleich*. Sie können körperliche, psychische oder soziale Eigenschaften, Funktionen und Verhaltensweisen betreffen, die innerhalb der einen Geschlechtergruppe häufiger und/oder intensiver auftreten als innerhalb der anderen und/oder bei denen die Differenzen der Mittelwerte innerhalb der Geschlechtergruppe kleiner sind als zwischen den beiden Gruppen. Die Abweichung vom Mittelwert und die Überlappung mit der Verteilung der Funktion, Eigenschaft etc. innerhalb der anderen Geschlechtergruppe ist konstituierend für diese Art von Unterschieden, somit nicht krankhaft, sondern die Regel.

**Geschlechtsidentität** als „die überdauernde Erfahrung der eigenen Individualität, des eigenen Verhaltens und der eigenen Erlebnisweisen als eindeutig und uneingeschränkt männlich, als eindeutig und uneingeschränkt weiblich oder als in größerem bzw. kleinerem Grad ambivalent“ (Money & Ehrhardt 1975: 16) ist mehr als nur die Summe geschlechtsspezifischer und geschlechtstypischer Unterschiede. Diese können, müssen aber durchaus nicht konkordant sein, ohne dass dies die innere Überzeugung eines Menschen von sich als Mann oder Frau tangieren muss.

Geschlechtsidentität drückt sich auch im **Geschlechtsrollenverhalten** aus, also in all dem, was jemand tut oder läßt, um zu zeigen, dass er sich als Mann, als Frau, oder „irgendwie dazwischen“ empfindet. Es ist dies einerseits das mehr oder (meist) weniger reflektierte Bestreben, kulturell angängigen Erwartungen über ein Verhalten als Mann oder Frau zu entsprechen. Diese kulturell präformierten Geschlechterrollen haben sich indes nicht im luftleeren Raum gebildet, sondern sind zumindest hinsichtlich basaler Verhaltensweisen auch Kondensate dessen, was Jungen und Mädchen, Männer und Frau „von sich aus“ in die Verhaltensrollen einbringen. Insofern besteht hier eine Verbindung zwischen geschlechtstypischen Verhaltensunterschieden (als durchschnittliches Gruppenphänomen), daran anknüpfenden kulturellen Erwartungen an das Verhalten des Einzelnen als Mitglied einer (Geschlechter-)Gruppe und individuellem Verhaltensrepertoire.

#### 4. Bestandsaufnahme I: Geschlechtsspezifische Unterschiede

Im Prozess der Ausbildung geschlechtsspezifischer Unterschiede, also jener Strukturen und/oder Funktionen, die unmittelbar mit den verschiedenen Funktionen der Geschlechter in der biologischen Reproduktion verbunden sind, lassen sich vier Ebenen unterscheiden:

*Chromosomale Ebene* – Determinierung des genetischen Geschlechts

*Gonadale Ebene* – Determinierung des Keimdrüsengeschlechts

*Gonoduktale Ebene* – Determinierung des inneren Genitalstrukturen

*Genitale Ebene* – Determinierung der äußeren Genital-Konfiguration

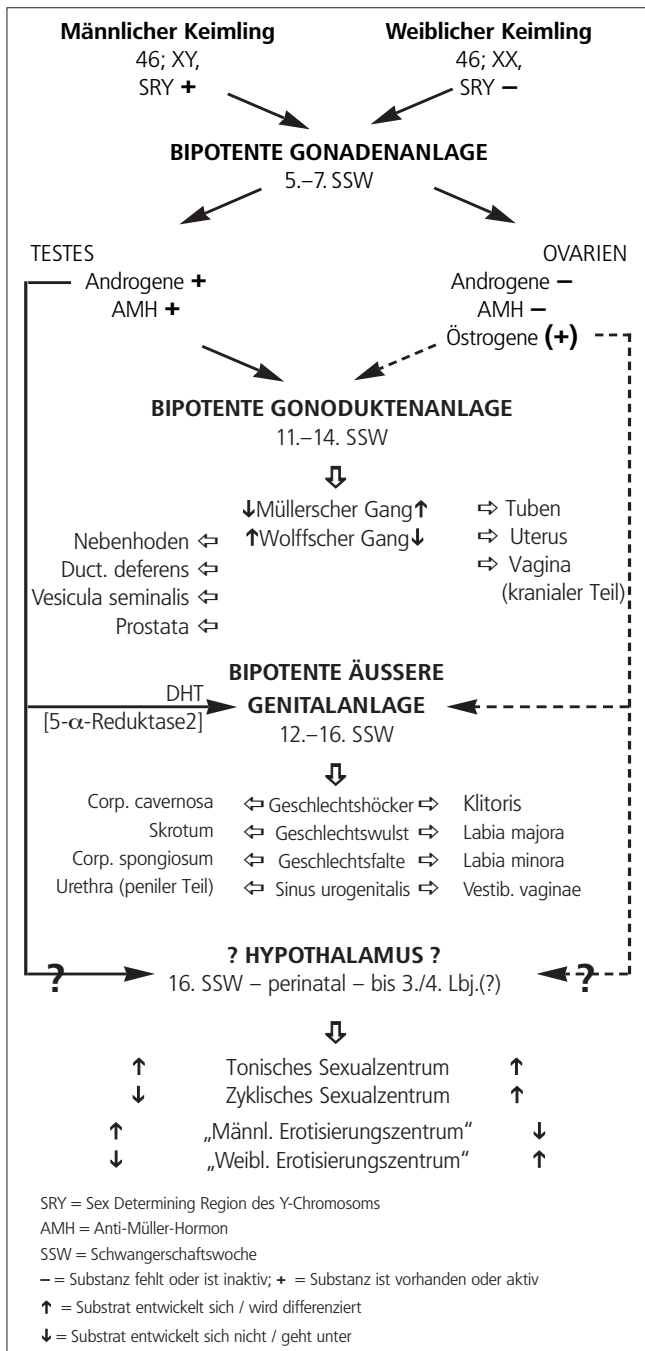
Die Entwicklung vollzieht sich in einem kaskadenartigen Prozess (s. Abb. 1):

##### 4.1. Die chromosomale Differenzierungsebene

Die Kenntnisse über die Mechanismen der somatosexuellen Differenzierung nehmen zumal durch das *Human Genome Project* eine rasante Entwicklung. Nach dem gegenwärtigen Stand der Forschung wird nach Vereinigung der beiden haploiden Chromosomensätze die weitere Differenzierung des Keimlings davon bestimmt, ob ein Y-Chromosom mit einem funktionsfähigen sog. SRY-Gen (*sex-determining region of the Y-chromosome*, Sinclair et al. 1990; Su & Lau 1993) vorhanden ist. Fehlt das SRY-Gen, also üblicherweise beim genetisch weiblichen Keimling, aber auch bei Patienten mit bestimmten Intersex-Syndromen, so geht die weitere Entwicklung in weibliche Richtung. Diese weibliche Differenzierungsrichtung ist offenbar auch unabhängig davon, ob (wie üblich) zwei X-Gonosomen vorhanden sind oder nur eines, wie beispielsweise die Entwicklung von Patientinnen mit Turner-Syndrom (45,X0-Konstellation) zeigt. In jüngster Zeit wurden darüber hinaus weitere Gene gefunden (SOX1, SOX9, DAX1, WT1; s. Malas et al. 1997; Scherer et al. 1998; Parker et al. 1999), die auch auf Autosomen gelegen sein können (z.B. auf Chromosom 9, s. Raymond et al. 1999, oder auf dem langen Arm des Chromosom 10, s. Mutoh et al. 1999; Suzuki et al. 1999) und die die Gonadendifferenzierung mit zu beeinflussen scheinen bzw. bei denen Mutationen zu Störungen der Gonadendifferenzierung führen.



Abbildung 1: Schema der pränatalen somatosexuellen Differenzierung



#### 4.2. Die gonadale Differenzierungsebene

Bis zur 5. Schwangerschaftswoche (SSW) ist die aus Urnierenzellen und Cölomepithel entstehende Gonadenanlage sexuell undifferenziert. Bei Fehlen von SRY (also im Regelfalle beim genetisch weiblichen Keimling) differenziert sich vor allem die *Rinde* dieser – mithin *bipotenten* – Gonadenanlage zu Ovarien. Bei Vorhandensein und ungestörter Funktion des SRY-Gens (also im Regelfalle beim genetisch männlichen Keimling) differenzieren sich (nach Aktivierung eines Testes-determinierenden-Faktors – TDF) aus dem *Mark* dieser Anlage Testes. Die weitere somatosexuelle Entwicklung steht nun vorwiegend unter der Ägide der Keimdrüsen bzw. der dort gebildeten Hormone:

Beim *genetisch männlichen Keimling* produzieren die Leydig-Zellen der Testes unter dem Einfluss des in der Plazenta gebildeten Choriongonadotropins bereits ab der 9. SSW Androgene (vor allem Testosteron), die bis zur 18. SSW bezogen auf die Größe des Keimling den Werten erwachsener Männer entsprechen (Badell 1982). Daneben wird in den Sertoli-Zellen der Testes das sog. Anti-Müller-Hormon (AMH) produziert. Bei der Transkription des AMH-regulierenden Gens scheinen die mit SRY im Zusammenhang stehenden Proteine SOX9 und SF1 eine wesentliche Rolle zu spielen (De Santa Barbara et al. 1998). Beim männlichen Geschlecht lassen sich physiologischerweise drei zeitlich verschiedene Gipfel in der Sekretion der Androgene ausmachen: Ein erster in der Pränatalzeit (ca. 9. bis 18. Schwangerschaftswoche), welcher mit der Differenzierung der gonoduktalen und genitalen Strukturen einhergeht. Störungen in dieser kritischen Phase können zu Intersex-Syndromen führen. Ein zweiter, zweiphasiger Gipfel in der Neonatalperiode (in der 2. bis 4. Lebensstunde sowie zwischen dem 60. und 90. Lebenstag; vgl. Amendt et al. 1979), dessen Funktion möglicherweise in der Organisation des hypothalamischen Gonadostaten besteht, welcher dann das (aktivierende) Timing für den Beginn der Pubertät bestimmt. Schließlich der dritte Gipfel in der Pubertät, der dann zu den bekannten extragenitalen körperlichen Geschlechtsunterschieden führt und möglicherweise pränatal *organisierte* Sexual- und Paarungszentren im Hypothalamus puberal *aktiviert*. Die Relativität der Bezeichnung „männliche“ und „weibliche“ Sexualhormone wird dabei an der Tatsache deutlich, dass ca. ein Drittel des Testosterons intrazellulär zu seiner Wirkform Östrogen aromatisiert wird.

Beim *genetisch weiblichen Keimling* produzieren die Ovarien hingegen in dieser Phase der Differenzierung kaum nennenswerte Hormonmengen. Ob und inwieweit für die weibliche Differenzierung Hormone aus anderen Quellen – etwa der mütterlichen Plazenta – erforderlich sind, ist umstritten. Plazentare Hormone sind quantitativ unabhängig vom Geschlecht des Embryos bzw. Feten und werden zumindest bei Nagern durch das  $\alpha$ -Fetoprotein deaktiviert.

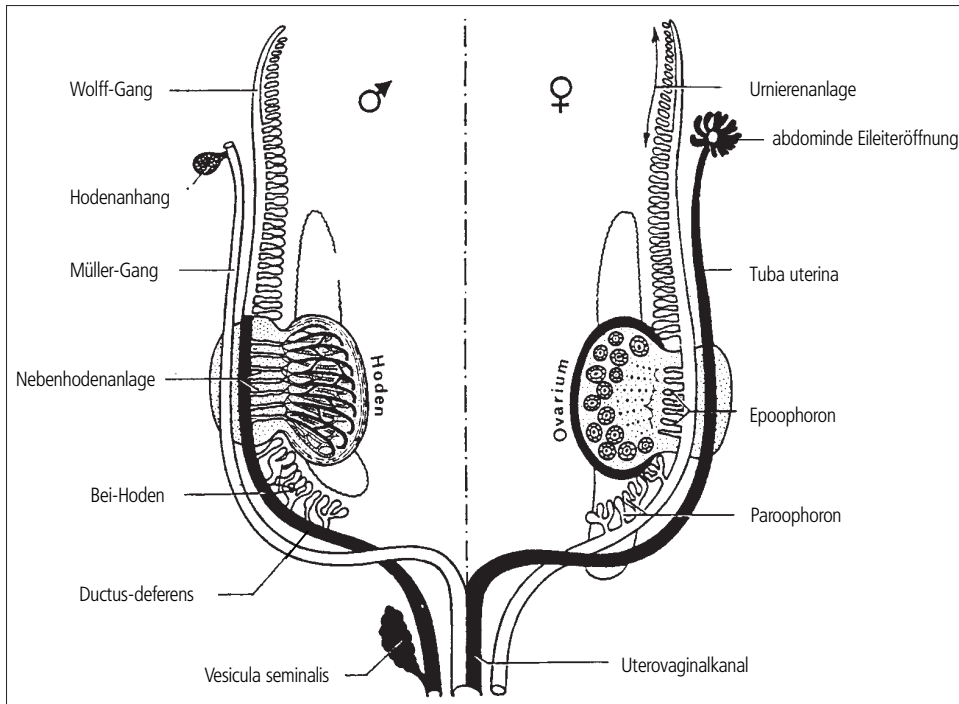
#### 4.3. Die gonoduktale Differenzierungsebene

Auch die Differenzierung der inneren Geschlechtsgänge nimmt ihren Ausgang von einer bipotenten Anlage. Diese besteht aus dem Wolffschen und dem Müllerschen Gang (s. Abb. 2).

Adäquat differenzierte Testes vorausgesetzt, verkümmert *beim männlichen Keimling* ab der 10. bis 12. SSW unter dem Einfluß des testikulär gebildeten AMH der Müllersche Gang (als seine Rudiment bleibt die Appendix testis am oberen Hodenpol erhalten). Diese *Defeminisierung* wird ergänzt durch die testosteronabhängige *Maskulinisierung* des Wolffschen Gangs, aus dem sich Nebenhoden, Samenleiter, Bläschendrüse und Prostata entwickeln. Da beim *weiblichen Keimling* sowohl Testosteron als auch AMH fehlen, verkümmert der

Wolffsche Gang (= *Demaskulinisierung*) bis auf seine Rudimente Epoophoron und Paroophoron, der Müllersche Gang wird hingegen zu Eileiter, Gebärmutter und oberem Teil der Vagina differenziert (= *Femininisierung*). Dies scheint nach jetzigem Kenntnisstand ohne die Wirkung einer spezifischen Substanz vonstatten zu gehen.

**Abbildung 2:** Gonoduktendifferenzierung. (Quelle: Schumacher, G.H. 1986: 203: Embryonale Entwicklung des Menschen. Berlin/DDR: Volk & Gesundheit, 7. überarb. Aufl.)

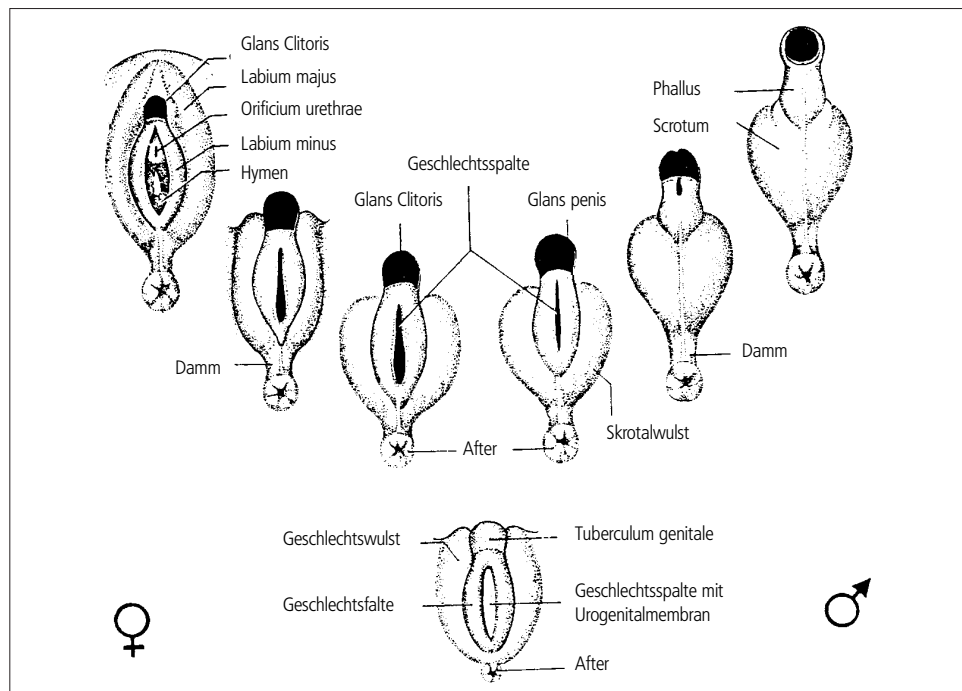


#### 4.4. Die genitale Differenzierungsebene

Die Differenzierung des äußeren Genitals, welches bei der Geburt *das* Geschlechtszugehörigkeitsmerkmal ist (sog. Hebammengeschlecht), vollzieht sich im Anschluß an die bislang besprochenen Entwicklungsschritte der somatosexuellen Differenzierung. Auch hier findet sich wiederum eine bipotente Anlage (s. Abb. 3) mit Geschlechtshöcker, Geschlechtswulst, Geschlechtshöhle und Sinus urogenitalis.

Die Entwicklung der äußeren Genitalanlage in *männliche Richtung* ist an mehrere Voraussetzungen gebunden: Eine suffiziente testikuläre Testosteronproduktion, eine ausreichende Quantität und Qualität des Enzyms 5- $\alpha$ -Reduktase (Typs 2), welches Testosteron in die für diesen Entwicklungsschritt essentielle androgene Wirkform Dihydrotestosteron (DHT) überführt und schließlich ausreichende Quantität und Qualität von zellulären Androgen-Rezeptoren. Sind diese Bedingungen gegeben, so kommt es beim männlichen Feten zu einer Streckung des Geschlechtshöckers, der dann die Corpora cavernosa des Penis bildet. An dessen Unterseite befindet sich im durch die Verschmelzung und Streckung der Ge-

**Abbildung 3:** Externe Genital-Differenzierung. (Quelle: Schumacher, G.H. 1986: 205: Embryonale Entwicklung des Menschen. Berlin/DDR: Volk & Gesundheit, 7. überarb. Aufl.)



schlechtsfalten gebildeten Corpus spongiosum die penile Pars der Urethra. Die Geschlechtswulst wird nach kaudal zum Skrotum ausgesackt, in welches um die Geburt herum die Hoden aus der Leibeshöhle deszendieren (um eine optimale, etwas unterhalb der normalen Körpertemperatur gelegene Temperatur für die Spermiogenese zu gewährleisten).

Beim weiblichen Feten kommt es zur Differenzierung des Geschlechtshöckers zur Klitoris, der Geschlechtsspalte zu den Labia minora, der Geschlechtswulst zu den Labia majora und des Sinus urogenitalis zum Vestibulum vaginae, ohne das hierfür bislang spezifische Wirksubstanzen bekannt sind.

#### 4.4.1. Intersex-Syndrome

Die Angaben zur Häufigkeit von Intersex-Syndromen variieren je nach definitorischer Begrenzung und untersuchter Population von 2: 100 (Blackless et al. 2000) bis 1: 5.000 Lebendgeborene (Boczkowski 1985). Diese Häufigkeitsangaben sind bislang ein steter Quell der Diskussion: Zählt man etwa den Maleszensus testis oder die geringe Hypospadie dazu (die ja tatsächlich eine Störung der somatosexuellen Differenzierung darstellen, allerdings nur in seltenen Fällen wirklich ein Intersex-Syndrom sind; Kaefer et al. 1999), wird man recht hohe Zahlen bekommen. Andererseits wird man niedrige Zahlen finden, wenn man nur die klinisch vorstellig werdenden Patienten mit wirklich indifferentem Genitale berücksichtigt.

Eine recht gute, wenn auch nicht selektionsfreie Angabe verdankt sich den seit 1968 bei den Olympischen Spielen in Grenoble regelhaft durchgeführten „Sex-Tests“ zur Feststellung des biologischen Geschlechts von Frauen, die sich seit 1992 der DNA-Analyse zum Nachweis von SRY bzw. Y-Fragmenten bedient: Genel (2000) berichtet, dass bei den Olympischen Spielen von Atlanta bei acht von 3.387 untersuchten weiblichen Athletinnen (entsprechend 0,24% oder 1:423) ein SRY-positives Resultat gefunden wurde. Vier Sportlerinnen wiesen ein inkomplettes Androgenresistenzsyndrom (pAIS), drei ein komplettes (cAIS) auf, die achte hatte mutmaßlich einen 5 $\alpha$ -Reductase2-Mangel.

Intersex-Syndrome können auf allen Ebenen der somatosexuellen Entwicklung entstehen, weshalb ein Großteil dieser Entwicklungen durch ihr Studium aufgeklärt wurden. Darüber hinaus wurden Intersex-Syndrome – mit dem unschönen Begriff der „*experiments of nature*“ bezeichnet – auch untersucht, um den Einfluß der (in diesem Falle gestörten) somatosexuellen Entwicklung auf die psychosexuelle Entwicklung zu verstehen. Da dieser Zusammenhang im Zentrum unserer Abhandlung steht, müssen hier die wichtigsten Differenzierungsstörungen kurz angesprochen werden:

► Das **Turner-Syndrom** ist zytogenetisch durch ein Fehlen des zweiten Gonosoms (45, X0), durch Mosaikformen (45, X0/ 46, XX) oder durch strukturelle Aberrationen eines der beiden X-Chromosomen gekennzeichnet. Trotz Fehlen eines Gonosoms kommt es zu einer primär weiblichen phänotypischen Entwicklung. Auf die Bedeutung zweier X-Chromosomen für die ungestörte somatische und somatosexuelle Entwicklung verweist jedoch die Tatsache, dass die Ovarien nur dysplastisch angelegt sind (sog. *streaks*) und die Patientinnen eine Reihe weiterer, extragenitaler Dysmorphiezeichen aufweisen können (Pterygium colli, Minderwuchs, Cubitus valgus, Brachymetacarpie, Fehlbildungen im kardiovaskulären oder urogenitalen System). Aufgrund des Östrogenmangels bleibt eine weibliche Pubertät aus, Genitalien und Uterus bleiben infantil, eine Mammae-Entwicklung fehlt oder ist spärlich, es besteht primäre Amenorrhoe. Die Inzidenz des Karyotyps 45,X0 bei Neugeborenen wird mit 1:10.000, die des Turner-Syndroms insgesamt (d.h. inkl. der Fälle mit Mosaikformen oder partiellen X-Deletionen) mit ca. 1:5.000 angegeben (Boczkowski 1985). Durch eine den normalen weiblichen Zyklus imitierende hormonelle Substitutionstherapie ist eine Mamma-Entwicklung, Menstruation sowie eine Verbesserung der Endgröße erreichbar.

► **XYY-Männer** entwickeln sich – bis auf eine proportionierte überdurchschnittliche Körperhöhe – somatosexuell unauffällig. Bei **XXX-Frauen** (Triplo-X-Syndrom) finden sich gehäuft Störungen der Ovarialfunktionen bei ansonsten unauffälligem weiblichen Phänotyp. Die Häufigkeit beider Syndrome wird mit jeweils ca. 1:1.000 Neugeborene angegeben.

► **XX-Männer:** Die Untersuchung dieses mit ca. 1:20.000 bis 1:25.000 angegebenen Syndroms trug wesentlich zur Strukturaufklärung des SRY bei. Während die somatisch-klinische Symptomatik und die Gonadenhistologie im wesentlichen dem Klinefelter Syndrom entspricht, ist – im Unterschied zu diesem – in der Mehrzahl der Fälle kein Y-Chromosom vorhanden. Die primär männliche Differenzierungsrichtung erfolgt aufgrund der Translokation eines Y-Chromosomenabschnitts (eben des SRY) auf ein X-Chromosom.

► **XY-Frauen (Swyer-Syndrom, Reine Gonadendysgenese):** Ursache dieses heterogenen Störungsbildes ist in 10 bis 15% das Fehlen des SRY-Gens (bzw. einzelner Bestandteile desselben) auf dem Y-Chromosom. In jüngster Zeit fanden sich aber auch – bei unbeeinträchtigtem SRY – Punktmutationen auf dem Chromosom 9, auf dem WT1-, dem SOX9- oder im FSH-Rezeptor-Gen, was auf das kaskadenartige der SRY-Expression (und damit der Testes-Differenzierung) verweist (Imai et al. 1997; McDonald et al. 1997; Pfeiffer et al.

1999). Dadurch bleibt die bipotente Gonadenanlage rudimentär (*streaks*) und produziert keine Östrogene. Der Phänotypus zur Geburt ist in der Mehrzahl der Fälle unauffällig weiblich. Es kommen aber auch ambivalente Intersex-Genitalien oder stärker maskulinisierte Fälle vor – je nach Ausmaß und Ort des genetischen Defekts und der Störung der Gonadendifferenzierung (Berkovitz et al. 1991; Lopez-Lopez et al. 1998). Erst zum Zeitpunkt der Pubertät macht sich das Fehlen der Östrogene bemerkbar, d.h. Genitale und Gonodukte bleiben hypoplastisch, Menarche und Thelarche bleiben aus. Wie beim Turner-Syndrom kann bei der reinen Gonadendysgenese die Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale durch eine hormonelle Substitutionstherapie mit Östrogen-Gestagen-Sequenzkombination initiiert werden und soll dann sogar erfolgreicher sein, da die extragenitale körperliche Entwicklung und die Rezeptorentwicklung nicht betroffen sind. Bei der Reinen Gonadendysgenese wurden sogar erfolgreiche Schwangerschaften (nach in-vitro-Fertilisation) beschrieben (Kan et al. 1997).

► **Klinefelter-Syndrom:** Aufgrund fehlerhafter meiotischer Teilung in der Oogenese oder Spermatogenese oder durch fehlerhafte mitotische Teilung der Zygote kommt es zu einem (oder mehreren) überzähligen X-Chromosomen (Karyotyp (47,XXY; 48,XXXXY usw.). Aufgrund des Vorhandenseins des Y-Chromosoms (mit SRY) kommt es zur Entwicklung eines bis zur Pubertät nahezu unauffälligen männlichen Phänotyps mit unzweideutigem inneren und äußeren Genitalbefund. In der zunächst normalen Pubertät setzt dann aber eine zunehmende Hyalinisierung des Hodengewebes mit Hodenatrophie und Rückgang der Testosteronproduktion ein. Häufig, aber nicht durchweg, findet sich eine eunuchoide Körperkonstitution, ca. in der Hälfte der Fälle entwickelt sich eine (ein- oder beidseitige) Gynäkomastie. Fakultativ sind weiterhin Adipositas und Intelligenzminderung unterschiedlichen Ausmaßes. Die Häufigkeit des Klinefelter-Syndroms wird mit 0,2% der neugeborenen Knaben angegeben.

► **AMH-Mangelsyndrom (Müller-Gang-Persistenzsyndrom):** Am Beispiel dieses autosomal rezessiv vererbten Defekts der AMH-Synthese oder der AMH-Rezeptorbindung (Rey & Picard 1998) läßt sich die prinzipiell mögliche Unabhängigkeit von Defeminisierung und Maskulinisierung gut demonstrieren: Bei den genetisch und äußerlich unauffälligen Männern bestehen neben den männlichen inneren Genitalstrukturen Tuben und Uterus.

► **Androgen-Rezeptor-Defekt (AIS = Androgen-Insuffizienzsyndrom):** Bei diesem x-chromosomal vererbten Intersex-Syndrom kommt es, in Abhängigkeit von der Stärke des Androgen-Rezeptorgendefektes auf dem X-Chromosom, zu einer mehr oder weniger kompletten Feminisierung des externen Genitals bis hin zu einem äußerlich unauffälligen weiblichen Genitale (i. Überblick: Hiort et al. 1999). Beim *kompletten Androgen-Insuffizienzsyndrom (cAIS)* endet die Vagina blind, Uterus und Eileiter fehlen, da in den Hoden suffizientes AMH gebildet wird (und somit das Müllersche Gangsystem untergeht), die (atroph) Hoden deszendieren in die Pseudo-Labien oder nur in den Canalis inguinalis. Letzteres kann gelegentlich zu operativen Eingriff bei den als Mädchen aufgezogenen Patienten unter der Verdachtsdiagnose „Inguinalhernie“ führen. Weiterer Vorstellungsgrund können die primäre Amenorrhoe oder auch frustrane Kohabitationsversuche (bei blind endender Vagina) sein. Der Tatsache einer äußerlich weiblichen Entwicklung (inkl. Entwicklung einer weiblichen Brust), die im Unterschied zum 5- $\alpha$ -Reduktase-2-Mangelsyndrom (s.u.) auch nach der Pubertät anhält, da die Patienten auf die – aus dem testikulär gebildeten Testosteron aromatisierten – Östrogene, aber eben nicht auf Androgene reagieren, verdankt sich die ältere Bezeichnung *testikuläre Feminisierung*, während die Bezeichnung



*hairless women* auf die durch den Androgen-Rezeptor-Defekt bedingte geringe Ausbildung der Körperbehaarung zurückzuführen ist. Beim *inkompletten (partiellen) Androgen-Insuffizienzsyndrom (pAIS)* sind nicht alle Rezeptoren in gleicher Weise beeinträchtigt, wodurch es zu verschiedenen Ausprägungsgraden des dann auch äußerlich intersexuellen Genitales kommt.

► Inzwischen liegen Berichte über Männer mit einem (durch einen Defekt des CYP19 codierten Aromatase-Cytochrom P450 bedingten) **Mangel an Östrogen-Aromatase** oder mit **Östrogen-Rezeptormangel** vor (i. Überblick: Faustini-Fustini et al. 1999). Die somatosexuelle Differenzierung dieser Männer scheint unbeeinträchtigt zu sein (bis auf einige Berichte über eine verminderte Spermienzahl, jedoch ohne jegliche Hinweise auf ein intersexuelles Genitale). Auffällig waren bei diesen Männern die erheblichen Störungen der Knochenmineralisation und des Epiphysenschlusses.

► **5- $\alpha$ -Reduktase-2-Mangelsyndrom** (Imperato-McGinley et al. 1974): Bei diesem autosomal-rezessiv vererbten Intersex-Syndrom, dessen genetische Grundlage in einer Störung des auf dem Chromosom 2 gelegenen Genortes besteht (Labrie et al. 1992; Forti et al. 1996), was zum Ausbleiben der Reduktion von Testosteron in Dihydrotestosteron führt, kommt es im Extremfall zu einer pseudo-femininen Entwicklung des äußeren Genitales: Der Geschlechtshöcker bleibt klein und bildet lediglich einen Mikropenis. Die Ausstülpung der Geschlechtswulst zum Skrotum unterbleibt, es entsteht ein Skrotum bifidum. Die Harnröhre mündet aufgrund der ausbleibenden Differenzierung der Geschlechtsfalte zum Corpus spongiosum am Fußpunkt des Mikropenis. Dieser morphologische Befund wird oft als weibliches Genitale verkannt, wobei dann das gespaltene Skrotum als große Labien (in welche die Hoden oft erst später descendieren) und der Mikropenis als vergrößerte Klitoris eingeordnet wird. Bleibt die Diagnose unentdeckt, so kommt es in der Pubertät unter Einfluß des suffizienten Testosterons zu einer männlichen Pubertät mit zunehmender „Klitorishypertrophie“ (i.e. Peniswachstum), Erektionen und Ejakulationen, spärlichem männlichem Behaarungstyp und muskulöser Körpersilhouette. Ursache für diese Maskulinisierung ist die Tatsache, dass die Produktion des hierfür verantwortlichen Testosterons in den (inguinal oder in den Pseudolabien gelegenen Hoden) unbeeinträchtigt ist. Die Krankheit tritt endemisch in Isolationsgebieten (Dominikanische Republik, Papua-Neuguinea) auf, ist aber auch in Europa beschrieben worden.

► **Adrenogenitales Syndrom (AGS)**: Beim AGS handelt es sich um einen autosomal-rezessiv vererbten Enzymdefekt in der Steroidbiosynthese der Nebennierenrinde (NNR). Dadurch kommt es zu ungenügender Produktion von Kortisol. Innerhalb des Regelsystems NNR – Hypophysenvorderlappen (HVL) – Hypothalamus führt dies reaktiv zur erhöhten Ausschüttung des im HVL gebildeten und die NNR-Aktivität regulierenden adrenokortikotropen Hormons (ACTH). Dies bedingt neben der (diagnostisch genutzten) Erhöhung der proximal des Blocks gelegenen Kortisol- und Aldosteron-Präkursoren eine massive Überproduktion der adrenalen Androgene, da der Enzymdefekt des klassischen AGS die Androgensynthese nicht beeinträchtigt (ausführl. s. Sippell & Knorr 1991) Diese Hyperandrogenisierung führt bei chromosomal, gonadal und gonoduktal unauffällig entwickelten weiblichen Feten zu einer genitalen Virilisierung bis hin zur Bildung eines „Pseudo-Penis“ (als extreme Form der androgenbedingten Klitorishypertrophie) und Labienfusion.

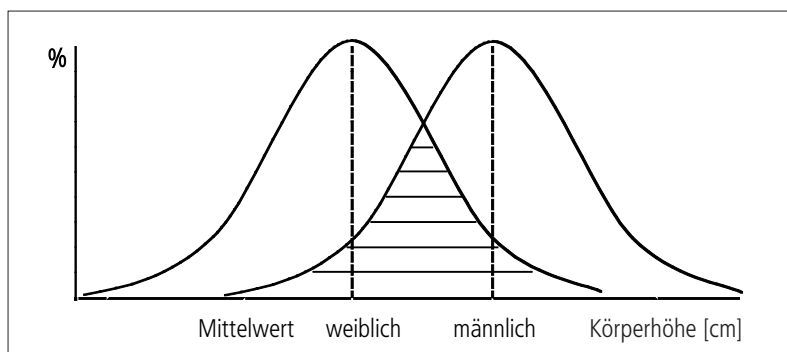
► **Iatrogene pränatale Hormonimbalancen** führen zwar nicht immer zu Intersex-Syndromen, können aber gleichwohl pränatale Differenzierungsprozesse beeinflussen und wurden insbesondere im Zusammenhang mit Fragen der psychosexuellen Entwicklung gut

untersucht. So wiesen einige weibliche Neugeborene, deren Mütter in den fünfziger Jahren zum Zwecke der Abortverhinderung mit Progestin (zumeist C-19-Progesteron oder 19-Nor-Testosteron) behandelt wurden, je nach Beginn und Dosis der Behandlung verschiedene Grade einer Genitalvirilisierung (nach der 12. SSW lediglich eine leichte Klitorishypertrophie) auf (vgl. im Überblick: Grumbach & Conte 1998). Bei Behandlung der Schwangeren mit dem synthetischen Östrogen Diethylstilbestrol (DES) kam es bei deren Töchtern zwar nicht zur somatischen Virilisierung, aber zu Strukturveränderungen an Cervix- und Vaginalepithel mit einer erhöhten Rate adenokarzinomatöser Entartungen. Bei Männern, deren Mütter in der Schwangerschaft mit DES behandelt wurden, fanden sich in erhöhtem Maße Malformationen des Genitales (Nebenhodenzysten, hypoplastische Testes, verminderte Spermienqualität), die entweder als Ausdruck der pränatalen Testosterondepression durch die östrogenähnliche Substanz oder durch toxische Effekte der Substanz selbst erklärt werden (Wilcox et al. 1995).

## 5. Bestandsaufnahme II: Geschlechtstypische Unterschiede

Geschlechtstypische Unterschiede finden sich sowohl hinsichtlich somatischer Strukturen oder Funktionen als auch in bestimmten Verhaltensbereichen. Die Fülle körperlicher Geschlechtstypika drückt sich beispielsweise in der Tatsache aus, dass regelmäßig Laborreferenzwerte, Körpermaße etc. für beide Geschlechtergruppen getrennt aufgeführt werden. Ein klassischer geschlechtstypischer Unterschied auf somatischer Ebene ist der der Körperhöhe (s. Abb. 4): Durchschnittlich (typischerweise) sind Männer in allen Kulturen ca. 8-10 cm größer als Frauen.

**Abbildung 4:** Körperhöhenverteilung als Beispiel eines geschlechtstypischen Unterschiedes (schematisch)



Im Bereich der Kognition, der Emotion und/oder des Verhaltens konnten beim Menschen durch umfangreiche meta-analytischer Untersuchungen (Maccoby & Jacklin 1974) jedoch lediglich folgende geschlechtstypische Unterschiede gesichert werden:

- ▶ **Räumliche Fähigkeiten** (sog. *spatial abilities*)
- ▶ **Aggression**
- ▶ **Prosoziales Verhalten**
- ▶ **Sprachliche Fähigkeiten** (sog. *verbal skills*)

► **Interesse an okkasionellen Sexualkontakten**  
 ► **Sexuelle Orientierung**

► **Spatial abilities:** Während in der Gesamtintelligenz keine Geschlechtsunterschiede bestehen, zeigen Männer durchschnittlich bessere Leistungen in einigen Aspekten des räumlichen Vorstellungs- und Orientierungsvermögen, insbesondere beim sog. *Mental Rotation Test* (i. Überbl. Voyer et al. 1995).

► **Aggression:** Männer zeigen durchschnittlich mehr unprovokiertes (!) fremdverletzendes Verhalten als Frauen (vgl. Überblick: Knight et al. 1996; Bettencourt et al. 1996). Diese Geschlechtertypik besteht offenbar – hinsichtlich der individuellen Aggressivität – lebenslang. Darüber hinaus scheinen Frauen und Männer andere Entwicklungsstile hinsichtlich aggressiven Verhaltens zu haben (Zumkley 1994). Im Unterschied zu den kognitiven Leistungsunterschieden finden sich Vorläufer geschlechtstypischer Aggressionsunterschiede bereits in der Kindheit: Jungen nehmen signifikant häufiger an Rauf- und Tobespielen teil als Mädchen und zeigen häufiger Disziplinschwierigkeiten. Der Gruppenunterschied „zum Vorteil“ des Mannes kommt vor allem dadurch zustande, dass wesentlich mehr Männer als Frauen im Bereich hoher Aggressionswerte vertreten sind.

► **Prosoziales Verhalten:** In Gruppenkooperationstests weisen Frauen durchschnittlich ein stärker gruppenzentriertes und „demokratisches“, Männer hingegen ein stärker aufgabenzentriertes und „autokratisches“ Verhalten auf (i. Überblick: Eagly 1993). Darüber hinaus sind Frauen stärker auf soziale Interaktionen, die dem Wohlbefinden anderer (zumal ihrer und anderer Kinder) dienen, orientiert (sog. *nurturing activities*), Männer auf solche, die der Leistungs- und Ansehensmaximierung dienen. Im Kindesalter findet sich dieser Unterschied als Bevorzugung von Puppen (= spielerische Pflegeobjekte) durch Mädchen.

► **Verbal skills:** In Tests, welche die Sprachproduktion und die Sprachflüssigkeit (*verbal fluency*) untersuchen, erzielen Frauen durchschnittlich bessere Ergebnisse als Männer (i. Überbl. Halpern 1992).

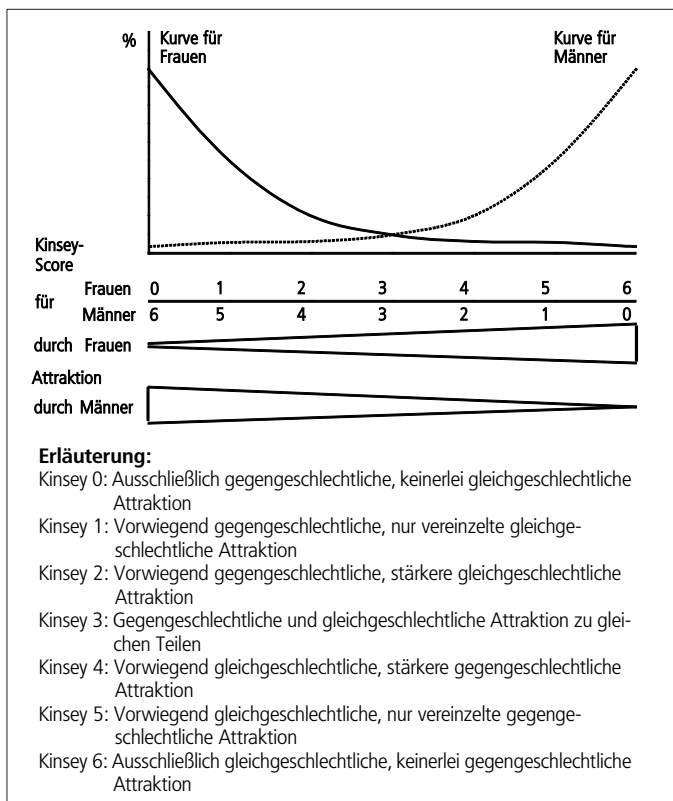
► **Interesse an okkasionellen Sexualkontakten** mit nicht oder nur flüchtig bekannten Personen: Auch wenn im Gefolge der sog. Sexuellen Revolution, der freien Verfügbarkeit von Kontrazeptiva für Frauen, dem deutlichen Anwachsen der Teilhabe von Frauen an Bildungs-, Produktions- und Leitungsprozessen zumindest in Industrieländern und der im engen Zusammenhang damit erstarkten Frauenbewegung die Rollen der Geschlechter nicht nur in der Arbeits- und Berufswelt, sondern auch in der Paarbegegnung ausblancierter sind als noch vor etwa 50 Jahren, auch wenn das Leitbild der Frau (in westlichen Industrieländern) nicht mehr von vorehelicher Virginität, ausschließlicher intrafamiliärer Verwirklichung und Submission unter den Mann geprägt ist, auch wenn es zur Vorverlagerung der psychosexuellen Entwicklungstermine (zumal der Kohabitarche, die heute zu allermeist vorehelich stattfindet) bei *beiden* Geschlechtern gekommen ist, so hat dies doch offenbar nichts daran geändert, dass Männer deutlich eher bereit sind als Frauen, Sexualkontakte in einer nicht personal geprägten, anonymen Begegnung aufzunehmen. Dies wird bereits durch die Tatsache verdeutlicht, dass auch heute – mangels Nachfrage – die Zahl der ihre sexuellen Dienste explizit für Frauen anbietenden *Dressmen* nicht ansatzweise das Ausmaß der weiblichen Prostitution für Männer erreicht hat. Darüber hinaus haben einige empirische Untersuchungen diesen geschlechtstypischen Unterschied belegt und bislang hat keine Studie das Gegenteil – also größere, wahllosere Akzeptanz und / oder Suche von anonymen Sexualpartnern bei Frauen als bei Männern – gefunden. Instrukтив ist die Untersuchung von

Clark und Hatfield (1989): Die Autoren sandten Studenten bzw. Studentinnen aus, die auf dem Campus ihnen unbekannte Studenten des jeweils anderen Geschlechts ansprachen („Ich habe Dich schon vor einer Weile hier auf dem Campus bemerkt, ich finde Dich sehr attraktiv“) und ihnen dann eines von drei verschiedenen Angeboten machten: (a) „Würdest Du heute abend mit mir ausgehen?“ oder (b) „Würdest Du mit auf mein Zimmer kommen?“ oder (c) „Würdest Du heute nacht mit mir schlafen?“ Bezüglich der ersten Anfrage ergaben sich keine Geschlechtsunterschiede: Sowohl 50% der Männer als auch 50% der Frauen stimmten einer Verabredung zu. Lediglich 6% der Frauen, aber 69% der Männer stimmten dem zweiten Angebot, auf das Zimmer mitzukommen, zu. Keine einzige Frau, aber 75% der Männer stimmten der dritten Offerte zu, nämlich mit dem unbekanntem Frager ins Bett zu gehen. Regan (1998) konnte darüber hinaus anhand der Untersuchung von 72 Probanden zeigen, dass Frauen, wenn sie sich denn auf *Gelegenheitssex* (*casual sex*) einlassen, wesentlich weniger bereit sind, Abstriche hinsichtlich ihrer vorbestehenden Wertestandards (Erwartungen an die soziale Position des Partners, weniger an sein Aussehen) hinzunehmen als Männer, die zunächst in solchen Situationen das Aussehen der Gelegenheitspartnerin über deren soziale Position stellen, gleichwohl aber auch dabei deutliche Kompromisse einzugehen bereit sind. Ein unkritischeres heterosexuelles Partnerverhalten von Männern im Vergleich zu Frauen wird auch wiederholt in Studien zu AIDS-relevantem Riskoverhalten beschrieben (z.B. Castilla et al. 1998; Day et al. 1998) und findet im übrigen seinen Ausdruck auch auf der Phantasieebene: Wilson (1997) befragte eine repräsentative Stichprobe von 788 Briten verschiedener Altersgruppen und beiderlei Geschlechts nach vorgegebenen Kategorien zu ihren Sexualphantasien. Er fand, dass die größten Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Phantasie mit einem anonymen Sexualpartner und mit mehreren Partnern (Gruppensex-Phantasie) auftraten. Männer hatten diese Phantasie 4,2 mal so häufig wie Frauen, die dafür tendenziell häufiger den Sexualkontakt mit einer Frau oder mit einem berühmten Mann phantasierten. Diese größere Wahl- und Kritiklosigkeit von Männern bei der Wahrnehmung anonymer sexueller Gelegenheiten bedeutet jedoch keinesfalls, dass Frauen eine geringere Bereitschaft hätten, in auch nur vagen (freundschaftlichen) personalen Beziehungen sexuelle Kontakte aufzunehmen oder ggfs. auch zu initiieren: Maticka und Mitarbeiter (1998) erfragten bei 151 Studenten beiderlei Geschlechts vor und 681 Studierenden nach einem Frühlingscamp zum einen die Bereitschaft, Gelegenheitssex aufzunehmen bzw. zum anderen, die tatsächlich genutzten sexuellen Gelegenheiten. Während vor dem Camp die männlichen Probanden deutlich häufiger diese Frage bejahten, berichteten nach dem Camp Männer und Frauen gleich häufig über die Wahrnehmung solcher sexuellen Gelegenheiten. Dabei zeigte sich aber, dass die Wahrnehmung von Gelegenheitssex bei Männern durch die Gruppennorm und die persönliche Einstellung zu sozialen Erwartungen, bei Frauen von der Möglichkeit abhing, hierin eine Übereinstimmung mit engeren Freunden zu erzielen und von deren aktiver Beteiligung an solchen Gelegenheiten.

► **Sexuelle Orientierung:** Typischerweise fühlen sich Frauen durch Männer und Männer durch Frauen sexuell-erotisch angezogen. Kinsey zeigte in seinen Untersuchungen über das sexuelle Verhalten des Mannes (1948) und der Frau (1953) erstmals, dass eine nennenswerte Zahl von Männern (nämlich 50% von 5.300 Probanden zwischen 16 und 55 Jahren) und Frauen (28% von 5.490 Probandinnen zwischen 12 und 45 Jahren) sich im Laufe ihres Lebens auch durch Angehörige des eigenen Geschlechts sexuell angezogen fühlten und 37% bzw. 13% gleichgeschlechtliche Kontakte bis zum Orgasmus hatten, ohne ausschließlich homosexuell orientiert zu sein – dies traf nur für 4% der Männer und 1 bis 3% der

Frauen zu. Als „mehr oder weniger exklusiv homosexuell“ ordnete Kinsey 10% der befragten Männer und 2 bis 6% der befragten Frauen ein. Er schloss aus seinen Ergebnissen, dass „homosexuelle Partnerwahl“ und „heterosexuelle Partnerwahl“ nur die Endpunkte einer statistischen Verteilungskurve der sexuellen Attraktion innerhalb einer Geschlechtergruppe seien und sprach von einem „homosexuell-heterosexuellen Kontinuum“. Er beschrieb eine siebengradige Verteilungskurve von „lebenslang ausschließlich sexuelle Interaktionen mit Angehörigen des anderen Geschlechts“ (sog. Kinsey 0 = exklusiv heterosexuelles Verhalten) über „annähernd gleich häufige sexuelle Interaktion mit Angehörigen beider Geschlechter“ (Kinsey 3 = bisexuelles Verhalten) bis hin „lebenslang ausschließlich sexuelle Interaktionen mit Angehörigen des eigenen Geschlechts“ (Kinsey 6 = exklusiv homosexuelles Verhalten). Betrachtet man diese Verteilung für beide Geschlechtergruppen gemeinsam, so ergibt sich ein geschlechtstypischer Unterschied (s. Abb. 5).

Abbildung 5: Homosexuell-heterosexuelles Kontinuum



Kinsey wurde indes wegen seiner nicht-repräsentativen Stichprobe mit Überrepräsentanz problemhafter (etwa inhaftierter) Probanden kritisiert und die Existenz eines solchen „homosexuell-heterosexuellen Kontinuums“ ebenso wie das Vorkommen bisexueller Orientierungen aufgrund neuerer empirischer Untersuchungen bestritten (Diamond 1993). Tatsächlich hat die Kinsey'sche Annahme von der kontinuierlichen Verteilung der sexuellen

Orientierung die logische Konsequenz, dass es mehr bisexuell orientierte als homosexuell orientierte Männer und Frauen geben muß. Dies ist indes in allen vorliegenden Untersuchungen (inklusive der Kinsey'schen) zumindest bezüglich der männlichen Probanden nicht der Fall. Vielmehr stehen ca. 90 bis 95% vorwiegend bis ausschließlich heterosexuell (K0 bis K1) orientierten Männern ca. 5 bis 8% mehr oder weniger exklusiv homosexuell orientierte Männer (K5 bis K6) gegenüber. Die Zahl der bisexuell orientierten (K3 bzw. K2 bis K4) liegt stets unter der letztgenannten. Somit könnte zumindest für das männliche Geschlecht eine bimodale Verteilung der sexuellen Orientierung angenommen werden.

Die Frage, ob die sexuelle Orientierung einer bimodalen oder einer kontinuierlichen Verteilung folgt, gehört zwar auch heute noch zu den ungelösten Fragen der Sexuologie (vgl. Le Vay 1996; McConaghy 1999). Dies liegt aber zum einen daran, dass alle Befragungen zum Sexualverhalten unter der Tabuierung dieses Themas leiden. So ist nicht verwunderlich, dass in persönlichen Interviews, die sich primär mit der Frage der AIDS-Prävention befassen, deutlich seltenere Angaben zu nicht-heterosexuellen (also homo- oder bisexuellem) Phantasien oder Verhaltensweisen gemacht werden als etwa in anonymen Fragebogenerhebungen oder in klinischen Explorationen, wo derartige Phantasien häufig berichtet werden. Auch ist die Repräsentativität der Respondenten bei Umfragen in der Sexuelsphäre oft sehr unterschiedlich. Und schließlich ist die Trennung danach, ob es sich um Probiehandlungen (etwa in der Adoleszenz) oder um adulte Sexualstile handelt, äußerst schwierig, wenn nicht unmöglich. Hierfür bedürfte es tiefer strukturierter (klinischer) Befragungstechniken, deren Einsatz in großen Stichproben technisch außerordentlich schwierig, wenn nicht unmöglich ist. Hinzu kommt, dass die sexuelle Orientierung sich auf vier Ebenen beschreiben läßt (Ebene der physiologischen, plethysmographisch erfassbaren Reaktion, Ebene der Phantasie, Ebene des Verhaltens, Ebene der Selbsteinordnung), was schon bei den berichteten Verbreitungszahlen für Unklarheiten sorgt, da die jeweils angesprochene Ebene auch jeweils verschiedenen Einflüssen unterliegt.

## 6. Bestandsaufnahme III: Geschlechterrollen und Geschlechtsidentität

Ein Mann oder eine Frau *zu sein* bedeutet wesentlich mehr, als nur verschiedene Chromosomen, Gonaden, Gonodukte oder Genitalien zu haben, mehr auch, als aggressiv, prosozial, polygam, heterosexuell usw. zu sein: Geschlechtsidentität ist ein basales, zumeist unhinterfragtes Selbstverständnis, eine Seinsform.

Die Herausbildung der Geschlechtsidentität, von Geschlechtsrollenverhalten und -vorstellungen sind seit Jahren Gegenstand einer kaum überschaubaren Fülle von Untersuchungen und Publikationen der Sozialpsychologie, der Differentiellen Psychologie, der empirischen Entwicklungspsychologie usw. Pro Jahr erscheinen hierzu ca. 600 neue Arbeiten allein in der psychologischen Literatur. Hier sollen lediglich einige Entwicklungslinien angedeutet werden, der interessierte Leser sei auf vorliegende Überblicksarbeiten verwiesen (z.B. Ruble & Martin 1997; Maccoby 1998).

Die Angabe der Hebamme im Kreißsaal, „es ist ein Junge“ oder „ein Mädchen“ – die sich einzig auf den äußeren Genitalbefund stützt –, aktualisiert bei Mutter, Vater, Verwandten sogleich eine ganze Kaskade von Erwartungen und Vorstellungen darüber, wie das Kind sei, wie es sich entwickeln und verhalten werde. Derartige *Geschlechtsrollenvorstellungen* abstrahieren zunächst von der Individualität des Kindes, beziehen sich einzig auf seine Zugehörigkeit zu einer *Gruppe* (nämlich „den Jungen“ bzw. „den Mädchen“) und sind geprägt von den Normen, Regeln und Erwartungen der jeweiligen Kultur darüber, wie sich ein Junge/ein Mann resp. ein Mädchen/eine Frau zu verhalten habe. Diese Vorstellungen knüpfen einerseits auch an vorhandene gesellschaftliche Erfahrungen darüber, wie sich Jungen und Mädchen, Männer und Frauen, *tatsächlich* verhalten, sie haben aber andererseits die große Tendenz, sowohl die Urteile als auch das Verhalten selbst wiederum gleichförmig und regelhaft zu gestalten.



Condry und Condry (1976) sowie Delk und Mitarbeiter (1986) haben dies sehr schön experimentell demonstrieren können: Studierenden wurde ein Film mit einem in seiner Geschlechtszugehörigkeit nicht zuordenbaren Kleinkind gezeigt. Sie sollten nach vorgegeben Kriterien das Verhalten des Kindes beschreiben und bewerten. Während einer Gruppe gesagt wurde, es handle sich bei dem Kind um einen Jungen, erhielten die anderen die Information, es sei ein Mädchen. Beschreibungen und Beurteilungen divergierten, je nachdem, von welcher Geschlechtszugehörigkeit des Kindes die Beurteiler ausgingen.

Derartige Urteile über Menschen als Angehörige einer Gruppe finden sich im übrigen als Sozialrollen auch in anderen Bereichen: Berufsrollen oder auch Altersrollen beinhalten typische Erwartungen, die sich an das Verhalten des Arztes, der Lehrerin, des Teenager usw. richten. Zunächst dienen derartige Rollenvorstellungen dem Urteilenden zur Orientierung in neuen sozialen Situationen, etwa der Begegnung mit Unbekannten: „Man weiß“, was man von einem Arzt, Lehrer oder Teenager durchschnittlich (im allgemeinen) zu erwarten hat und wie man sich ihm gegenüber zunächst am besten verhält. Je weniger jedoch diese Urteile auf der Wirklichkeit fußen und je weniger sie durch das personale Kennenlernen relativiert werden, um so dysfunktionaler werden sie: Als Klischees und Vorurteile belasten sie die Kommunikation, führen zu Fehldeutungen und können so zu Wert- oder Unwert-Urteilen über einen Menschen als Angehörigen einer Gruppe werden, die sein gesamtes So-Sein, Denken, Fühlen, Handeln oder Unterlassen betreffen. Als Vorurteile können sie dann von einer demagogischen Propaganda zur Schaffung kollektiver Feindbilder benutzt und geschürt werden: „Der Neger“, „der Ausländer“, „der Schwule“.

Geschlechtsrollenvorstellungen werden im Verlauf der Ontogenese, und zwar von frühester Kindheit an, im Prozeß der Sozialisation *aktiv* angeeignet. Als Einstellungen wirken sie für das Kind wie ein inneres Ordnungssystem, als Orientierungspläne in einer zunächst ungeordneten, chaotischen, fremden Welt: Die Kategorien „Mann und Frau“, „Junge und Mädchen“ haben Kompassfunktion bei der Aneignung der Welt, ähnlich wie andere kindliche Urteilskategorien (z.B. „Gut und Böse“). Voraussetzung für den Erwerb solcher – das Verhalten mitbestimmender – Geschlechtsrollenvorstellungen ist zunächst, dass das Kind sich als Mitglied der Geschlechter*gruppe*, für die diese Rollenerwartungen gilt, begreift, d.h. um seine eigene Geschlechtszugehörigkeit (als Junge oder Mädchen) weiß. Dies Wissen scheint schon vor dem 18. Lebensmonat vorhanden zu sein. So zeigen Jungen und Mädchen bereits im Säuglingsalter differente Reaktionen, je nachdem, ob sich ihnen ein Mann oder eine Frau zuwandte. Im Alter von dreieinhalb Jahren wußten alle Kinder einer von uns hierzu untersuchten Kindergruppe (Bosinski 1992) auch, dass sie später einmal ein Mann bzw. eine Frau sein würden.

Das Wissen um die eigene Geschlechtszugehörigkeit und deren Konstanz führt zur aktiven Auswahl bestärkender Reize und Informationen durch das Kind und wird wiederum auf dem Wege verbaler und vor allem non-verbaler Erziehung durch die soziale Umwelt verstärkt: Kosenamen, Stimmführung, Mimik, Gestik, Spielzeuggeschenke usw. vermitteln dem Kind, dass es „ihr Junge“, „ihr Mädchen“ sei. Bekräftigung rollenadäquater Verhaltensweisen und Nicht-Bekräftigung oder Sanktionierung inadäquater Verhaltensweisen tun ein übriges, um dem Kind ein „inneres Bild“ darüber, was von einem Jungen/ einem Mädchen erwartet wird, zu vermitteln. Es lernt aktiv, sich als Junge / als Mädchen zu verhalten. Mitglieder seiner Geschlechtergruppe bekommen in diesem Prozess zunehmend Modellcharakter, ihre Verhalten wird im Rollenspiel – und auch im Alltag – nachgeahmt. Die in der kindlichen Tätigkeit angeeigneten Rollenvorstellungen bilden nicht nur einen in-

neren Anker für die Orientierung in der Welt, sondern sie beeinflussen sukzessive Verhaltensweisen, kognitive, emotionale und selbst vegetative Prozesse.

Dieser Prozess der Geschlechtsrollenaneignung ist spätestens bis zum Ende des Vorschulalters abgeschlossen: Jungen geben nun nicht nur an, lieber mit Jungen als mit Mädchen zu spielen, sie tun es auch tatsächlich (und Mädchen umgekehrt). Sie haben „typisch männliche“ (Feuerwehrmann etc.) und Mädchen „typisch weibliche“ (Lehrerin etc.) Berufswünsche und hochgradig stereotypisierte Urteile darüber, was Jungen können und Mädchen nicht und umgekehrt (Beispiele hierfür bei Bosinski 1986, 1992).

In einer Fülle von sozialpsychologisch-historiographischen Untersuchungen konnte gezeigt werden, wie sehr diese Geschlechtsrollenbilder – etwa hinsichtlich der Berufstätigkeit der Frau (s. z.B. Lloyd & Archer 1976) – soziokulturellen Schwankungen unterworfen sind. Und in jeder Kultur ist es eine Entwicklungsaufgabe des Kindes, zu lernen, sich entsprechend der durchschnittlichen Erwartungen an seine Zugehörigkeit zum männlichen oder weiblichen Geschlecht zu verhalten.

Gleichwohl hat die vergleichende ethnologische Forschung auch gezeigt, dass es eine Anzahl von Kulturen gibt, in denen neben der kategorialen Scheidung von Mann und Frau weitere *soziale* Geschlechterkategorien im Sinne eines (durch sozial-religiöse, aber auch soziosexuelle Positionen und Funktionen beschriebenen) „dritten“ (und gelegentlich auch „vierten“) Geschlechts existieren:

► Bei den nordamerikanischen Indianern (Roscoe 1994; Lang 1991, 1995) sind dies die *Berdache* (auch als *Two-spirit-people* bezeichnet), eine Institution, die vor allem für biologische Männer, aber auch für biologische Frauen beschrieben ist. *Berdaches* können als weiblich und als männlich betrachtete Tätigkeiten ausüben, sowohl mit Angehörigen des biologisch anderen als auch mit denen des eigenen biologischen Geschlechts sexuellen Umgang haben (letzteres scheint zumindest bei Männern, auch wenn Informationen darüber spärlich zu erlangen sind, zu überwiegen) und diese Personen auch heiraten, ohne dass das in der Kultur als homosexuell betrachtet wird. Sie können als biologisch männliche *Berdaches* Schwangerschaften vortäuschen und „Kinder“ gebären, als biologisch weibliche *Berdaches* Häuptlinge und anerkannte Krieger werden. Ihr Ansehen kann dem des Schamanen gleichen (dessen Rolle in einigen Stämmen von ihnen ausgefüllt wird), da sie die magischen Kräfte beider Geschlechter in sich tragen, es kann aber auch das einer eigenen, ebenbürtigen Gruppe sein. Nicht selten treten sie auch als Vermittler in Geschlechterkonflikten (z.B. Ehezwisten) auf. Zum *Berdache* kann man offenbar auf verschiedenen Wegen werden: Bei Prärie-Stämmen ist eine Traumvision des Betreffenden (der er folgen *muss*) der Anlass für den Wechsel. Es scheint aber auch Stämme zu geben, bei denen die Eltern schon bei der Geburt des Kindes seine Bestimmung zum *Berdache* beschliessen.

► Bei den nordamerikanischen Eskimos (*Inuit*) kann es vorkommen, dass die Eltern bei Geburt eines Mädchens meinen, sie bräuchten eigentlich dringender einen männlichen Jäger und deshalb das Kind erfolgreich als „erklärten Jungen“ aufwachsen lassen (Lange 1991).

► Nanda (1994) berichtet ausführlich über die *Hijras* in Indien, die sich dem Dienst der Muttergottheit Bahuchara Mata weihen, sich kastrieren und penektomieren lassen und in ihrer Religion ein „Drittes Geschlecht“ konstituieren, heilige „Männer-ohne Mannsein“, frei von Begierden und Lust, aber zugleich Frau und Mann in einem, also voll von Güte und Stärke. In christlich-europäisch geprägter Terminologie wären sie transvestitische Eunu-

chen. Die Orchidektomie wird als *nirvan* bezeichnet, und damit als Befreiung von irdisch-menschlichem Bewußtsein und Aufstieg zu einer höheren Bewußtseinsform (ähnliche Anklänge finden sich bei den russischen Skopzen, die ihre Männlichkeit der christlichen Religion opferten; vgl. Money 1988b). *Hijras* assistieren bei Fruchtbarkeitsritualen, sorgen für männlichen Nachwuchs und gute Ehen. Entgegen dem deklarierten Keuschheitsideal gehen jedoch viele von ihnen der homosexuellen Prostitution nach, eine zuvor eher tabuierte Praxis, die vor allem durch die AIDS-Pandemie evident wurde und zu erheblichen Problemen führt (Baqi et al. 1999). In der Minderzahl handelt es sich dabei um Personen mit echtem Intersex-Syndrom. Es finden sich darunter zuvor impotente Männer, die sich orchidektomieren und penektomieren ließen und zu (sozial-religiös anerkannten) *Hijras* wurden, da ihre Männlichkeit „sowieso nutzlos sei.“ Daneben scheinen aber auch Bestimmungen von gesunden Kindern als *Hijras* vorzukommen.

► Historiographische Forschungen legen den Schluss nahe, dass ein derartiger geschlechtlicher Rollenwechsel (zumeist in Verbindung mit schamanistischen Praktiken) auch zum Vorbestand europäischer Kulturen zu gehören schein und erst im Zuge des Übergangs vom Animismus zur Verehrung personaler Gottheiten obsolet wurde (s. Bleibtreu-Ehrenburg 1981; Street 1989).

► Auch in modernen Industriekulturen sind die Grenzen zwischen Mann-Sein und Frau-Sein nicht mehr derart zementiert wie etwa noch vor 30 Jahren: Zumal in den großen Städten gibt es mittlerweile eine schillernde Szene von Angehörigen beider Geschlechter, die sich als „*Queer*“, „*Drags*“, „*Gendernauts*“, „*Transgenders*“ usw. jenseits der herkömmlichen Rollenzuschreibungen definieren, ohne dass es sich dabei um krankheitswertige (transsexuelle) Geschlechtsidentitätsstörungen handelt.

## 7. Ursprünge und Entwicklungslinien I – Geschlechtstypische Unterschiede

Bedeutet diese interkulturelle Vielfalt der Geschlechterrollen, dass die Ausbildung von geschlechtstypischen Unterschieden, von Geschlechtsidentität und Geschlechtsrollenverhalten ein ausschließlich soziokulturellen Normen und damit der Erziehung bzw. Sozialisation unterworfenen Prozess ist?

Hinsichtlich der Entwicklung der oben referierten geschlechtstypischen Unterschiede sind hier Zweifel angebracht: Ethnographische Untersuchungen (Whiting 1979; Whiting & Whiting, 1975) haben gezeigt, dass es trotz der teilweise erheblichen interkulturellen Varianz in den Tätigkeitszuschreibungen für die Geschlechter eine Reihe von kulturübergreifenden *Universalien* (Eibl-Eibesfeldt 1983) hinsichtlich *basaler* Verhaltensweisen (wie eben Aggressivität, sexuelle Orientierung, prosozialem Verhalten usw.) gibt, die in ihrer Qualität (nicht aber in ihrer Quantität) von Erziehungsstilen unabhängig sind. Die seinerzeit mit großem Enthusiasmus aufgenommenen Berichte von Magaret Mead (1979) über die angeblich *totale* kulturelle Relativität der Geschlechterrollen gelten inzwischen als widerlegt (Oranz 1996; Shankman 1996).

Die Annahme einer biologischen Mitverursachung geschlechtstypischer Unterschiede im Sinne einer *Prädisposition* (d.h. aber nicht im Sinne einer alles erklärenden Ursache) ist dann gerechtfertigt, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:

1. Der Unterschied findet sich in gleicher Richtung bei anderen Säugetierarten, insbesondere bei nicht-menschlichen Primaten und/oder er ist dort durch definierte biologische Variationen in seiner Ausprägung (bis hin zur Umkehr) veränderbar (Artvergleichs-Aspekt).

Dies kann hinsichtlich der *räumlichen Fähigkeiten* (Tiermodell: Labyrinth-Versuch), hinsichtlich der *Aggression* (Tiermodell: *play-fighting-behavior*) und hinsichtlich *prosozialer Verhaltensweisen* (Tiermodell: *grooming behavior*) bejaht werden: Pränatal androgenisierte Tiere zeigten – unabhängig von ihrem Geschlecht – eher „maskuline“ Verhaltensweisen in diesen Bereichen. Diese Frage ist naturgemäß nur eingeschränkt prüfbar hinsichtlich der *Initiative zum sexuellen Kontakt* (Brunftabhängigkeit) und gar nicht hinsichtlich der *verbal fluency*. Bezüglich der „*sexuellen Orientierung*“ wird man sich mit der Wahl des Kopulationspartners als Indikator für die sexuelle Orientierung begnügen müssen: Das *spontane* Auftreten homosexueller Verhaltensweisen im Tierreich ist erst in jüngster Zeit Gegenstand systematischer Untersuchungen geworden (Bagemihl 1999). Dabei zeigt sich, dass die Zahl der Spezies, bei denen gleichgeschlechtliche Interaktionen bis hin zu lebenslangen gleichgeschlechtlichen Partnerschaften vorkommen, groß ist. Bei Zwergschimpansen, der dem Menschen biologisch am nächsten steht (der Unterschied im Erbgut ist kleiner als der zwischen Zwergschimpansen und Gorilla), tritt gleichgeschlechtliche Sexualität regelhaft als Verhalten zur Befriedigung von Gruppenspannungen auf (de Waal 1987, 1991). Untersuchungen über den etwaigen Zusammenhang zwischen biologischen Gegebenheiten und spontanem Auftreten lebenslanger gleichgeschlechtlicher Sexualpräferenz sind im Tierreich bislang lediglich bei Schafböcken durchgeführt worden, wo eine solche (den Zuchterfolg vermindernde) „homosexuelle Objektwahl“ nicht selten ist (Resko et al., 1996; Perkins & Fitzgerald 1997). Dabei fand sich bei denjenigen Schafböcken, die ausschließlich auf männliche Sexualpartner reagierten, eine signifikant erniedrigte Aktivität der Androgen-Aromatase (welche die Überführung von Testosteron in die intrazelluläre Wirkform Östrogen katalysiert) in der Area präoptica des Hypothalamus sowie eine verminderte Fähigkeit der Testes zur Biosynthese von Testosteron.

Umgekehrt ermöglicht das *Tierexperiment* die Untersuchung des Einflusses der Variation biologischer und / oder sozialer (Aufzucht-)Bedingungen auf das später gezeigte Sexualverhalten. Dabei konnte gezeigt werden (i. Überblick Adkins-Regan 1988), dass durch Veränderungen der hormonellen Situation (via chemische oder operative Kastration, Implantation von Hormonpellets, Zerstörung spezifischer Hypothalamuskernkerne oder Hormonapplikationen beim trächtigen Muttertier usw.) in bestimmten, spezies-spezifischen sensiblen Phasen der Prä-/Perinatalzeit das postpuberale Sexualverhalten bei verschiedenen Säuger-Spezies verändert werden kann. Als Grundprinzip kann (ähnlich wie bei der pränatalen somatosexuellen Entwicklung) eine Maskulinisierung/ Defeminisierung des Verhaltens durch erhöhte pränatale Androgenspiegel (oder auch erhöhte Östrogenspiegel) und eine Feminisierung/ Demaskulinisierung durch erniedrigte Androgenspiegel beschrieben werden. Dies drückt sich auch teilweise in morphologischen Veränderungen bestimmter hypothalamischer Kernregionen aus, insbesondere im Bereich des Sexually Dimorphic Nucleus of the Preoptic Area (SDN-POA), die bei männlichen und auch bei pränatal androgenisierten weiblichen Tieren deutlich größer war als bei weiblichen bzw. pränatal demaskulinisierten Tieren (i.Überbl. Gorski 1984, 1987).

Die meisten Untersuchungen wurden an Ratten durchgeführt. Wurden männliche Rattenfeten perinatal kastriert und puberal hormonell substituiert, so zeigten sie in Paarungssituationen die für Rattenweibchen typische Lendenlordose. Umgekehrt zeigten perinatal androgenisierte Rattenweibchen postpuberal männliches Aufsprungsverhalten (Dörner 1972). Ähnliche Verhaltensveränderungen konnten durch vergleichbare Experimente mit Variation des prä- bzw. perinatalen Sexualhormonmusters auch bei verschiedenen anderen Nichtprimaten und bei nicht-menschlichen Primaten herbeigeführt werden (i. Überbl. Wallen 1996; Dixson 1998). Auch die maskulinisierende pränatale Wirkung von Östrogenen (in Form des nicht inaktivierten Diethylstilbestrols) bei Primaten wurde mittlerweile demonstriert (Goy & Deputte 1996), wobei hier jedoch bereits die Interaktion der Hormonwirkung mit der Sozialisationsstruktur der (Rhesus-) Affengruppe gezeigt werden konnte (Deputte & Quris 1997).

Die Grenzen der Übertragbarkeit derartiger Befunde auf den Menschen sind allerdings bemerkenswert:

▶ Schon bei anderen Tierspezies ist die morphologische hypothalamische Basis nicht derart eindeutig aufzufinden wie bei Ratten. Die durch hormonelle Manipulationen herbeigeführten Veränderungen des Sexual- und Sozialverhaltens weisen spezies-spezifische Unterschiede auf.

▶ Bereits bei nicht-menschlichen Primaten ist die Entwicklung in erheblichem Maße von biosozialen Einflüssen, z.B. der Gruppenhierarchie, den Aufzuchtbedingungen, dem Mutter-Infant-Kontakt, der Geschlechterstruktur usw. mitbestimmt (i. Überbl. Wallen 1996). Auch bei der Ratte konnte mittlerweile ein nivellierender Einfluß der Erfahrung auf die zuvor für unilinear gehaltene Wirkung der gonadalen Hormone demonstriert werden (Matuszczyk & Larsson, 1991). Um so wahrscheinlicher ist die Offenheit dieser Entwicklung für psychosoziale Einflußfaktoren beim Menschen.

▶ Schließlich ist es wohl selbst-evident, dass zumal der stereotype Paarungsakt der Ratte nicht 1:1 mit dem hochkomplexen Partnersuch-, Werbungs- und Gestaltungsverhalten des sich seiner selbst bewußten, wählenden, wägenden und wertenden Menschen gleichgesetzt werden kann. Dies schließt indes nicht die gemeinsame archaische Wurzel des Paarungsverhaltens bei den Säugern aus; nur interagiert diese „zum Menschen hin“ immer stärker mit biosozialen bzw. soziokulturellen Einflüssen (was selbst wiederum auf deren evolutionär-adaptiven Wert verweist).

2. Der Unterschied findet sich in gleicher Richtung (nicht aber unbedingt in gleicher Ausprägung) zu verschiedenen Zeiten, in Kulturen und Ethnien unterschiedlicher Entwicklungshöhe und mit verschiedenen kulturellen Regelungen für den Umgang der Geschlechter (transkultureller Aspekt).

Bezüglich der *spatial abilities* kann dies bejaht werden, ebenso hinsichtlich der *Aggressivität* (s. Sbrzesny 1976; Maccoby & Jacklin 1980) und hinsichtlich der größeren Tendenz von Männern zu *anonymen, okkasionellen Sexualkontakten*.

So fanden Oliver und Hyde (1993) in einer Meta-Analyse, dass die einzigen nachweisbaren geschlechtstypischen Unterschiede in der Häufigkeit der Masturbation sowie in der Einstellung zu Gelegenheitssex bestanden: Männer masturbierten deutlich häufiger ( $d = .96$ ) und hatten deutlich permissivere Einstellungen zu Gelegenheitssex ( $d = .81$ ).

Ungenügende Daten liegen vor bezüglich der *verbal fluency*: Hyde und Linn (1988) deuten die vorliegenden Untersuchungen so, dass zumindest in hochentwickelten Industrieländern dieser Geschlechtsunterschied zu verschwinden scheint. Hinsichtlich der *sexuellen Orientierung* muß zunächst festgestellt werden, dass die Frage, inwiefern die sexuelle Orientierung insgesamt auch im interkulturellen Vergleich eher einem homosexuell-heterosexuellen

Kontinuum oder einer bimodalen Verteilung folgt, bislang nur sehr vereinzelt gestellt worden ist. Die Frage nach sexuellen Verhaltensweisen war und ist überdies extrem geprägt von den moralischen Vorannahmen der Untersucher: Wenn überhaupt danach gefragt wurde, so flossen diese oft mit in die Fragestellung ein (Bsp.: „Wie verbreitet sind Akte wider natürlicher Sexualität?“) und produzierten entsprechende Antworten. Historiographisch und ethnologisch arbeitende Sexuologen (Boswell 1981, 1995; Carrier 1980; Whitam 1980, 1983; Whitam et al. 1998; Herdt 1984, 1997) oder sexuologisch interessierte Ethnologen (Karsch-Haack 1911; Sommer, 1990) haben – basierend auf einer umfangreichen Analyse der ethnologischen Literatur und eigenen Untersuchungen – zum einen gefunden, dass sich die Angaben in der kulturvergleichenden Literatur fast ausschließlich auf die Verhaltensebene, die natürlich stark durch soziale Normen affiziert ist, beziehen und Angaben über Wünsche und Phantasien fast völlig fehlen. Fest steht aber, dass keine Kultur bekannt ist, in der die durchschnittlich größere sexuell-erotische Attraktion von Männern durch Frauen und von Frauen durch Männern aufgehoben oder gar umgekehrt ist, und dass es offenbar zu allen Zeiten und in Kulturen verschiedener Entwicklungshöhe gleichgeschlechtliche Sexualität gegeben hat, die jedoch zumeist nicht als solche benannt wurden. Die Kulturen lassen sich danach unterscheiden, ob sie für gleichgeschlechtliche Sexualität (und in Verbindung damit für Verhaltensweisen, die insgesamt eher dem anderen Geschlecht zugeordnet werden) Akzeptanz und Toleranz, spezifische Regel (wann ist wem was erlaubt) oder ein generelles Verbot bereithalten. Auch die Existenz eines solchen Verbots bzw. Tabus zeigt an, dass derartiges Verhalten existieren muss (anderenfalls wäre es nicht Gegenstand von Sanktionen). Zumal in Kulturen mit stark kriegerischem Männlichkeitsideal besteht die Tendenz, dass die rezeptive Rolle eines Mannes im Akt mann-männlicher Sexualität deutlich negativer belegt ist (als Verlust von Männlichkeit), als der des aktiv-penetrierenden Parts, der zwar auch nicht geschätzt, so doch aber im Rahmen des noch Verständlichen gesehen wird. Zumal in nativen Kulturen wird vielleicht deshalb eine Koinzidenz der Berichte über homosexuelles Verhalten und (partiellen oder dauerhaften) Geschlechtsrollenwechsel beschrieben. In vielen Kulturen existieren darüber hinaus rituelle Regeln für altersübergreifende homosexuelle Interaktionen zwischen Knaben und Männern (i.Überblick: Herdt 1984).

3. Der Unterschied ist zwar in seiner Ausprägung durch psychosoziale Faktoren beeinflussbar, nicht aber durch einheitlich beschreibbare psychosoziale Faktoren produzierbar oder gar umkehrbar (Sozialisationsaspekt).

Zwar ist gesichert, dass die Ausbildung *räumlicher Fähigkeiten* (und damit im Zusammenhang mathematischer Fähigkeiten) durch Trainingsprogramme erheblich verbessert werden kann (Stumpf & Jackson 1994; Stumpf & Eliot 1995), dies ändert aber nichts an der in dieser Hinsicht durchschnittlich größeren Begabung beim männlichen Geschlecht. Auf die Relativität der Befunde zur *Sprachflüssigkeit* wurde bereits hingewiesen. Unklar ist, inwiefern das durchschnittlich größere Interesse von Männern an *anonymen sexuellen Gelegenheiten* durch Erziehung beeinflussbar ist: Eine Umkehrung durch Erziehung ist bislang im Gruppenvergleich nicht beschrieben worden. Die Angaben von Maccoby und Jacklin (1980) zur Erziehungspersistenz der durchschnittlich höheren männlichen *Aggressivität* sind hingegen beeindruckend und können indirekt auch auf die Unterschiede im *prosozialem Verhalten* angewendet werden: Modifikationen sind durch Erziehung möglich, jedoch keine basale



Trendwende. Dies gilt auch für die Ausbildung der *sexuellen Orientierung*: Bell und Mitarbeitern (1980) befragten in den siebziger Jahren in den USA 676 homosexuelle Männer und 292 homosexuelle Frauen sowie 337 heterosexuelle Männer und 140 heterosexuelle Frauen ausführlich zu ihrer Kindheit und Adoleszenz, zu Eltern-, Geschwister- und Familiensituation, Verhältnis zu Vater und Mutter, sozioökonomischen, religiösen, emotionalen Bedingungen etc. Die Daten wurden einem pfadanalytischen Modell unterworfen, das die einschlägigen psychogenetischen Theorien über die Entstehung sexueller Orientierung testete. Die Autoren – Soziologen und Psychologen – fanden in den retrospektiven Angaben kein Muster, das Aussagen über „typische“ Sozialisations- oder Interaktionsbedingungen homosexueller Männer und Frauen erlauben würde. Sie kamen selbst zu dem Ergebnis, dass die Einbeziehung eines biologischen Erklärungsansatzes ihren Daten nicht nur nicht widersprechen, sondern diese möglicherweise plausibler machen könnten. Umgekehrt gehört in einer Reihe pazifischer Kulturen (s. Herdt 1984) die orale oder anale Aufnahme des Spermias erwachsener Männer durch präpubeszente Knabe zu den *Rites du passage* – nur so kann nach der magischen Vorstellung der Junge zum Manne werden. Trotz dieser „institutionalisierten Päderastie“ werden aus diesen Kulturen keine erhöhten Inzidenzen homosexueller Attraktion berichtet. Dieser fehlende Nachweis kausaler sozialisatorischer Einflüsse für die Ausbildung der sexuellen Orientierung bezieht sich jedoch einzig auf die Extrempole der skizzierten Verteilung, d.h. auf die Ausbildung exklusiver heterosexueller bzw. exklusiver homosexueller Orientierung. Es kann kein Zweifel daran bestehen, dass die Entäußerung der dazwischen liegenden, mehr oder weniger *bisexuellen* Orientierungen, durchaus soziokulturellen Normierungen und sozialisatorisch herausgebildeten innerpsychischen Mechanismen unterliegt, die Steilheit der skizzierten Verteilung also davon beeinflusst wird, wie rigide mann-männliche Sexualität in einer Kultur abgelehnt wird. Dies wird in Kulturen mit ausgeprägtem Maskulinitätsideal stärker sein als in jenen, in denen das Männlichkeitsideal auch „weichere“ (feminine) Züge zulässt.

4. Es existieren beim Menschen biologische Veränderungen (z.B. in der somatosexuellen Differenzierung), die mit einer Veränderung der Unterschiedstendenz einhergehen (intra-spezifischer, humanbiologischer Aspekt).

Dieser Aspekt kann in zwei Richtungen geprüft werden:

(a) Es können Probanden mit Unterschieden in den bekannten geschlechtstypisch verteilten Leistungsbereichen danach untersucht werden, ob sie in bestimmten, funktionell bedeutsamen biologischen Parametern ebenfalls Unterschiede aufweisen.

Die Untersuchungen hierzu stehen noch ganz am Anfang. Hinsichtlich der *spatial abilities* haben jüngst Grön und Mitarbeiter (2000) erste Hinweise für das möglicherweise zugrundeliegende morphologische Korrelat gefunden. Sie konnten mittels funktioneller magnetresonanztomographischer Untersuchungen zeigen, dass bei männlichen Probanden in einem virtuellen Labyrinth-Orientierungsversuch linkslaterale hippocampale Strukturen, bei weiblichen Probanden hingegen der rechte parietale und präfrontale Kortex aktiviert wurde. Hinsichtlich der *verbal fluency* wurden Berichte über die mittels MRT gefundene hirnmorphologische Basis im Sinne einer stärkeren Lateralisierung der Sprachproduktion bei Männern (Shaywitz et al. 1995) inzwischen an größeren Stichproben widerlegt (Frost et al.

1999). Gleichwohl bleibt das Phänomen, dass sich Frauen von unilateralen Hirnläsionen mit Beeinträchtigung des Sprachvermögens schneller erholen als Männer, so, als würden die Sprachausfälle durch die kontraläsionale Hirnhälfte kompensiert (i. Überblick Kimura 1987, 1992). Versuche, einen Zusammenhang zwischen *Aggressivität* und bestimmten biologischen Veränderungen nachzuweisen, zeitigten widersprüchliche Ergebnisse, gesicherte Zusammenhänge zwischen Testosteron und Aggressivität (beispielsweise im Sport) fanden sich bislang nur im unphysiologischen Bereich (Doping). Ähnliches gilt über den Zusammenhang zwischen biologischen Parametern und *sexueller Triebstärke*, wo ebenfalls nur bei Unterschreiten eines normalen männlichen Testosteronspiegels (etwa durch Kastration) ein deutliches Nachlassen der Libido beobachtet werden konnte (s. Wille & Beier 1997). Innerhalb physiologischer Grenzen berichten Halpern und Mitarbeiter (1997, 1998) über einen Zusammenhang zwischen Testosteronspiegel und sexueller Gestimmtheit bei Männern und bei Frauen, diese Ergebnisse bedürfen allerdings der Replikation. *Prosoziales* bzw. *Pflegeverhalten* wird zwar im Zusammenhang mit Prolaktinspiegeln bei Schwangeren diskutiert, hinsichtlich alltäglicher Verhältnisse liegen aber keine Untersuchungen vor. Andererseits berichten eine Reihe von retrospektiven Untersuchungen (i. Überblick Zucker & Bradley 1995), dass Männer und Frauen mit homosexueller Orientierung (auch im Rahmen eines Transsexualismus) in der Kindheit überdurchschnittlich häufig als Männer „*Sissy-Behavior*“ bzw. als Frauen „*Tomboy-Behavior*“ zeigten, sich in den Bereichen „Aggression“ bzw. „prosoziales Verhalten“ somit geschlechts-atypisch verhielten. Bei transsexuellen Patienten konnten wir diese Angaben auch durch Mütterbefragungen fremdanamnestisch validieren (s. Bosinski 1996a, 2000).

Am ausführlichsten wurden in Richtung dieser Fragestellung die Zusammenhänge zwischen *sexueller Orientierung* und biologischen Parametern untersucht:

► Auf der Ebene der *genetischen Differenzierung* haben die vielbeachteten Ergebnisse von Hamer und Mitarbeitern (1993) zur Existenz eines DNA-Markers (Xq28) am X-Chromosom homosexueller Männer zwar von Turner (1995) in Stammbaumuntersuchungen eine gewisse Unterstützung erfahren, sind bislang aber nur von der Gruppe der Erstbeschreiber (Hu et al. 1995), von Rice und Mitarbeitern (1999) jedoch nicht bestätigt worden. Stammbaum- und Zwillinguntersuchungen erbrachten Hinweise auf die familiäre Häufung von Homosexualität (vgl. i. Überblick: Puterbaugh 1990; für spätere Untersuchungen s. Zucker & Bradley 1995). Danach wiesen eineiige, gemeinsam oder getrennt aufgezogene Zwillinge eine überdurchschnittliche Konkordanz hinsichtlich der (homo-) sexuellen Orientierung auf, d.h. diese wurde in nicht unerheblichem Maße (statistisch) durch die genetische Gemeinsamkeit erklärt. Weiterhin haben die Untersuchungen der Arbeitsgruppe um Blanchard (i. Überbl. Blanchard & Bogaert 1997a,b) in den vergangenen Jahren an verschiedenen, teilweise sehr großen Stichproben sichern können, dass homosexuelle Männer signifikant mehr ältere Brüder haben als nicht-homosexuelle Männer. Eine endgültige Erklärung hierfür liegt bislang nicht vor, von den Autoren werden jedoch eher biologisch fundierte Hypothesen (etwa hinsichtlich maternaler Antikörperbildung) ins Feld geführt.

► Auf *hormoneller Ebene* sollen die vorliegenden Untersuchungen bei biologischen Männern und biologischen Frauen mit gynäphiler oder androphiler Orientierung getrennt betrachtet werden:

Die bis 1984 vorliegenden Untersuchungen zu aktuellen Sexualhormonspiegeln bei *biologischen Männern* (Homosexuelle und Mann-zu-Frau-Transsexuellen/MFT) wurden von Meyer-Bahlburg (1977, 1984) meta-analytisch ausgewertet. Eine Aktualisierung legte Gla-

due (1990) vor. In 23 von insgesamt 29 Studien zum basalen Testosteronspiegel fanden sich keine Unterschiede zwischen homo- (oder auch transsexuellen) Männern einerseits und heterosexuellen Männern ohne Geschlechtsidentitätsstörung andererseits. Wir selbst (Bosinski 1996b) fanden bei biologischen Männern mit transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörungen keine hormonellen Auffälligkeiten; allerdings war uns aufgrund der Gruppengröße nur die gemeinsame Untersuchung von androphilen und gynäphilen MFT möglich, eine Einschränkung, die auch für die Untersuchungen anderer Autoren zum Transsexualismus zutrifft. Ohne systematisierbare Unterschiede zwischen homosexuellen und heterosexuellen Männern blieben auch die Untersuchungen zu den basalen Östrogen-, Androstendion- oder Gonadotropinspiegeln (Goh et al. 1984; Goodman et al. 1985). Dörner und Mitarbeiter (1991), die bei einer Gruppe von 15 homosexuellen Männern eine Androstendionerhöhung fanden, deuteten dies allerdings im Rahmen ihrer weiter unten zu besprechenden Theorie vom möglichen Einfluß einer gestörten adrenalen Steroidbiosynthese. Im Zusammenhang mit der Gonadotropinsekretion wurde auch die Auslösung eines positiven Östrogen-Feedbacks diskutiert: Nach einmaliger Injektion von Östrogen fand die Arbeitsgruppe um Dörner (Dörner 1988) bei 12 androphilen MFT und bei 13 von 21 homosexuellen Männern nach einem anfänglichen (24 h) Abfall des LH-Spiegels – der auch bei den 25 heterosexuellen Männern der Vergleichsgruppe auftrat – einen deutlichen Anstieg des LH über den basalen Ausgangswert (nach 48 bis 72 h). Dieser Anstieg fehlte bei den Vergleichsprobanden und auch bei 16 gynäphilen MFT, fand sich aber bei heterosexuellen Frauen. Die Autoren postulierten, dass das positive Östrogen-Feedback normalerweise nur bei Frauen auslösbar und Ausdruck eines zyklisch wirkenden, also dominant weiblich strukturierten hypothalamischen Sexualzentrums sei. Das Auftreten eines solchen positiven Östrogen-Feedbacks bei homosexuellen Männern belege somit, dass deren Hypothalamus weiblich differenziert sei. Der Befund eines positiven Östrogenfeedbacks bei homosexuellen Männern konnte von Gladue und Mitarbeiter (1984) bei 17 und später (Gladue 1990) noch weiteren sechs Probanden repliziert werden. Göretzlehner und Mitarbeiter (1986) beschrieben bei chromosomal männlichen Patienten mit Androgenresistenz-Syndrom ebenfalls ein positives Östrogen-Feedback, was die Autoren ebenfalls als Beleg für die ausbleibende Maskulinisierung/ Defeminisierung des Sexualzentrums bei diesen Patienten werteten. Hendricks und Mitarbeiter (1989) fanden den positive Östrogen-Feedback abhängig von der applizierten Östrogendosis. Gooren (1984, 1986a,b) fand in seinen Untersuchungen die LH-Reaktion als von der jeweiligen gonadalen und der daraus resultierenden hormonalen Gesamtsituation abhängig und schloß daraus auf deren Unabhängigkeit vom Geschlecht, von der sexuellen Orientierung, der Geschlechtsidentität bzw. von einer pränatalen Prägung hypothalamischer Strukturen. Die von Gooren angewendete Methodik wich jedoch von der Dörnerschen Vorgehensweise ab, so dass seine Untersuchung nur eingeschränkt als Gegenbeleg gewertet werden kann. Bei nicht-humanen Primaten scheint jedoch jene Geschlechtertypik des positiven Östrogen-Feedbacks, wie sie im Rattenmodell von Dörner überzeugend dargestellt wurde, nicht durchgängig vorhanden zu sein (Karsch et al. 1973; Baum et al. 1985). Nach Dörner (1995) können auch Störungen der adrenalen Steroidbiosynthese bei der Mutter zu pränatalen Androgenimbancen beim männlichen Feten führen: Die partiell erhöhten Androgene der Mutter würden plazentar zu Östrogen umgewandelt und beim männlichen Feten eine LH-Suppression bewirken, die wiederum zu einer Minderung der fetalen testikulären Testosteronproduktion und damit zu einem Ausbleiben der hypothalamischen Maskulinisierung/Defeminisierung führe. Dieser Prozeß

würde verstärkt durch pränatalen Stress, der (a) bei der Mutter zu einer adrenalen Stimulation (und damit einem Androgenanstieg) und (b) beim männlichen Feten sekundär zu einer Senkung der testikulären Androgenspiegel führen würde. Dörner und Mitarbeiter (1991; 1995) fanden dann auch bei der Mehrzahl der Mütter von 15 homosexuellen Männern eine Erhöhung des 21-Desoxykortisol/Kortisol-Quotienten nach ACTH-Stimulation, was sie – ebenso wie die Erhöhung dieses Quotienten bei den homosexuellen Probanden selbst – als Beleg für eine erhöhte Inzidenz des (heterozygoten bzw. nicht-klassischen) 21-OHD werten. Jüngste Ergebnisse molekularbiologischer Untersuchungen dieser Arbeitsgruppe an fünf homosexuellen Probanden (Dörner 1995) sollen dies ebenfalls belegen.

Bei *biologischen Frauen* ergab die Meta-Analyse von Meyer-Bahlburg (1979, 1984), dass eine der zwei bis 1984 vorliegenden Studien zu den basalen Testosteronspiegeln bei homosexuellen Frauen und drei der sieben ebensolchen Untersuchungen bei Frau-zu-Mann-Transsexuellen (FMT) eine Erhöhung des Testosteronspiegels bei ca. einem Drittel der Probanden fanden, während in den restlichen Studien unauffällige Werte erhoben wurden. Während Dancey (1990) keine hormonellen Unterschiede zwischen lesbischen Frauen mit heterosexuellen Vorerfahrung und solchen mit ausschließlich homosexuellen Erfahrungen fanden, replizierte Singh und Mitarbeiter (1999) jüngst einen Befund von Percy et al. (1996), dass eher aktiv-maskulin agierende lesbische Frauen (*Butches*) im Vergleich zu eher passiv-femininen auftretenden (*Femmes*) signifikant erhöhte Testosteronwerte aufwiesen. Das größte Sample wurde von Sipova und Starka (1977) mit 50 unbehandelten gynäphilen FMT untersucht, bei denen die Autoren einen doppelt so hohen Testosteron-Mittelwert fanden wie in einer ebenso großen Vergleichsgruppe heterosexueller Frauen. Nach 1984 berichteten Futterweit und Mitarbeiter (1986) sowie Kula und Pawlikowski (1986) über eine basale Testosteronerhöhung bei unbehandelten FMT (entweder im Vergleich zu einer weiblichen Kontroll-Stichprobe oder zu den normalen Referenzbereichen für Frauen). Demgegenüber fand die Arbeitsgruppe um Gooren wiederholt normale Testosteronwerte bei FMT (i. Überbl. Gooren 1990). Wir selbst (Bosinski et al. 1997 a,b) fanden bei 10 von 16 unbehandelten gynäphilen FMT signifikant erhöhte Androgenwerte. Darüber hinaus wies die Mehrheit dieser FMT PCOS-ähnliche Zustandsbilder und AGS-ähnliche Dysregulationen der adrenalen Steroidbiosynthese auf. Diese hormonellen Imbalancen gingen mit einer partiellen Maskulinisierung des Körperbaus der FMT im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe einher. In Anlehnung an die Berichte von Manning und Mitarbeiter (1998), wonach das Längenverhältnis des Ring- zum Zeigefinger der rechten Hand Hinweise auf eine geschlechtstypische morphologische Differenzierung gäbe, untersuchten Williams und Mitarbeiter (2000) dies Merkmal bei Männern und Frauen unterschiedlicher sexueller Orientierung. Sie fanden, dass bei Lesben wie bei hetero- und auch homosexuellen Männern der Ringfinger durchschnittlich länger als der Zeigefinger, bei heterosexuellen Frauen hingegen gleichlang war. Die Autoren – deren Ergebnisse bisher noch nicht durch andere Untersucher repliziert wurden – deuten dies als einen Hinweis auf das Wirken pränatal erhöhter Androgenwerte bei lesbischen Frauen.

► Schließlich wurde die Frage nach dem Zusammenhang zwischen sexueller Orientierung und biologischen Parametern auf *zerebraler Ebene* gestellt: Hirnorganische Forschungen, die nach einem Analogon für die im Tierversuch gefundenen hypothalamischen Geschlechtsunterschiede und deren Veränderung durch Hormonvariationen suchten, erbrachten Anzeichen für eine unzureichende Maskulinisierung/Defeminisierung hypothalamischer Kernregionen bei MFT oder homosexuellen Männern im Bereich des Sexually

Dimorphic Nucleus of the Preoptic Area (SDN-POA; Swaab & Hofman 1988), des Nucleus suprachiasmaticus (SCN) (Swaab & Hofman 1990; Swaab et al. 1987, 1993), des Bed Nucleus of the Stria Terminalis, central subdivision (BSTc) (Zhou et al. 1995) bzw. der posteromedialen Region dieses Kerngebietes (BNST-dspm) (Allen & Gorski 1990) und des 3. Interstitial Nucleus of the Anterior Hypothalamus (INAH 3) (Le Vay 1991). Teilweise handelt es sich dabei um identische Kerngebiete, die nur verschieden bezeichnet werden. So ist der von Swaab und Fliers (1985) beschriebene geschlechtsdimorphe SDN wohl identisch mit dem von Allen und Mitarbeitern (1989) als INAH 1 bezeichneten Kern, in dem die letztgenannten allerdings keine Geschlechtsunterschiede fanden. Byne und Mitarbeiter konnten jüngst (2000) in umfangreichen Untersuchungen an 18 männlichen und 20 weiblichen Leichen (ohne AIDS-Erkrankungen in der Vorgeschichte) erneut bestätigen, dass der schon von Le Vay (1991) beschriebene INAH 3 der Kern mit den stärksten Geschlechtsunterschieden (signifikant höheres Volumen und größere Neuronenzahl beim männlichen Geschlecht) ist.

(b) Es können Probanden mit Abweichungen in der somatosexuellen Differenzierung (i.e. Intersex-Syndrome) danach untersucht werden, ob sie in den bekannten geschlechtstypisch verteilten Leistungsbereichen ebenfalls Unterschiede aufweisen.

Hier fanden sich v.a. bei Störungen mit pränatal erhöhten Androgenspiegeln Hinweise auf eine Maskulinisierung/Defeminisierung bestimmter kognitiver oder Verhaltensparameter:

► *Mädchen mit frühbehandeltem AGS* zeigen in der Kindheit signifikant häufiger als gesunde gleichaltrige Mädchen und nicht-betroffene Schwestern sog. Tomboy-Verhalten, d.h. maskuline, „aggressive“ Verhaltensmuster mit Bevorzugung von jungentypischem Rauf- und Tobespiel, energieintensivem Spiel im Freien und Peer-grouping mit Jungen im vorpubertären Alter bei gleichzeitig herabgesetztem „prosozialem/nurturing“ (Mädchen-)Verhalten (Puppenspiel, Interesse für Babys, weibliche Rollen beim „Vater-Mutter-Kind-Spielen“) und geringem Interesse an romantischen Phantasien über die spätere Frauenrolle, an Kleidern, Schmuck und femininer Aufmachung (Ehrhardt & Baker, 1974; Money & Ehrhardt 1975; Ehrhardt & Meyer-Bahlburg 1981; Dittmann et al. 1990a,b; Berenbaum & Hines, 1992; Hines & Kaufmann 1994). Weiterhin fielen AGS-Patientinnen durch Leistungen im Bereich der räumlichen Orientierung auf, die eher den typischerweise bei Jungen erhebaren Parametern entsprachen (Baker & Ehrhardt, 1974; Hines, 1982; Resnick et al., 1986; Nass & Baker, 1991). Erwachsenen Frauen mit bereits in der Kindheit diagnostiziertem und behandeltem AGS zeigten eine deutlich erhöhte (ca. 30%) Rate bi- und homosexueller Phantasien und/oder Verhaltensweisen (i. Überblick: Zucker et al. 1996).

► Patienten mit dem *5- $\alpha$ -Reduktase-2-Mangelsyndrom* scheinen postpuberal überwiegend eine gynäophile sexuelle Orientierung zu entwickeln, unabhängig davon, ob sie als Mädchen oder als Junge aufgezogen wurden. Dies soll weiter unten (im Zusammenhang mit der Geschlechtsidentitätsentwicklung) ausführlicher beschrieben werden.

► *Mädchen, deren Mütter in der Zeit der Schwangerschaft mit DES* behandelt wurden, zeigen nach Hines und Shipley (1984) eine gewisse Maskulinisierung bestimmter kognitiver Leistungen im Kindesalter, während geschlechtstypisch verteilte allgemeine Verhaltensweisen nicht von der Normalpopulation abweichen (Lish et al. 1992). Bei erwachsenen Frauen wurde eine höhere Rate an bi- und homosexuellen Phantasien und Aktivitäten beschrieben (i. Überblick: Meyer-Bahlburg et al. 1995).



Ein Mangel an pränatalen Androgenen scheint hingegen eine Femininisierung/Demaskulinisierung bestimmter Verhaltensmuster zu bewirken:

► Alle Untersuchungen bei Patienten mit *komplettem Androgen-Resistenz-Syndrom* (*cAIS*) haben gezeigt, dass deren sexuellen Orientierung wie auch ihre Geschlechtsidentität dem Phänotyp als äußerlich unauffällige Frau entspricht (i. Überblick: Money 1991). Dies ist insofern ein nicht ganz geklärter Befund, als er der pränatal maskulinisierenden Wirkung von Östrogenen auf die Hirnentwicklung beim Menschen zu widersprechen scheint: Tatsächlich haben diese äußerlich phänotypisch weiblichen, genetisch, gonadal und gonoduktal aber männlichen Patienten zwar keine Rezeptoren für Testosteron, müßten in ihrer Fähigkeit zur Aromatisierung des (erhöhten, aber nicht wirksamen) Testosterons aber unbeeinträchtigt sein. Für die Ansprechbarkeit ihrer Körperzellen für Östrogen spricht die postpuberal unauffällige Brustentwicklung. Meyer-Bahlburg (1997: 48) diskutiert mögliche Ursachen für diesen bislang ungeklärten Widerspruch.

► Über *Männer mit Östrogen-Mangelsyndrom* fehlen spezifische Berichte zur psychosexuellen Entwicklung oder zu anderen geschlechtstypischen Merkmalen. Faustini-Fustini und Mitarbeiter (1999) vermuten jedoch, dass Östrogenmangel keinen Einfluss auf die Ausbildung der sexuellen Orientierung oder der Geschlechtsidentität bei Männern hat. Insbesondere mit Blick auf die noch ungeklärte Rolle der Östrogene für die psychosexuelle Entwicklung beim Menschen bedürfen diese Untersuchungen weiterer Vertiefung, stehen sie doch im deutlichen Widerspruch zu den Befunden bei anderen Säugetierarten, wo auch die zerebrale Maskulinisierung/Defeminisierung von der intrazellulären Wirkform des Testosterons, dem Östrogen, erheblich beeinflusst wird.

► Die Zusammenhänge zwischen Ausbildung geschlechtstypischer Verhaltensparameter und gonosomalen Aberrationen scheinen hingegen nur gering zu sein: Bis auf eine Ausnahme (Fishbain & Vilasuso 1980) geben alle Berichte für Patienten mit *Turner-Syndrom* eine heterosexuelle Orientierung an. Dies gilt auch für *XY-Frauen mit reiner Gonadendysgenese* (*Swyer-Syndrom*) (Raboch et al. 1987), während die gemischte Gonadendysgenese ganz nach Ausprägung des Defektes, insbesondere Höhe des pränatalen Androgens und gewähltem Aufzuchtsgeschlecht variierte (s.u.). *XXY-Männer* gerieten zunächst wegen ihrer vermeintlich höheren Kriminalitätsbelastung (als *super males*) in die Diskussion (Griffiths et al. 1970). Die höhere Repräsentanz unter Gefängnisinsassen erwies sich jedoch als statistischer Effekt aufgrund der mit dem Syndrom vergesellschafteten intellektuellen Beeinträchtigungen (Meyer-Bahlburg 1974; Theilgaard 1984). Beim *Klinefelter-Syndrom* finden sich allerdings in der Literatur vermehrt Angaben zu transvestitisch/ transsexuellem Verhalten (Überblick bis 1979 bei Sigusch et al. 1979; danach Raboch & Starka 1979; Wyler et al. 1979; Theilgaard 1984). Die Ursachen hierfür sind noch unklar.

## 8. Ursprünge und Entwicklungslinien II: Geschlechtsidentität

Auch hier soll versucht werden, die oben aufgeführten vier Aspekte auf die Untersuchung der Geschlechtsidentitätsentwicklung anzulegen.

1. Der **Artvergleichs** aspekt scheidet dabei aus, da Tiere keine reflektierende Gewissheit von sich selbst als Männchen oder Weibchen haben. Deshalb sind tiexperimentelle Befunde, die für eine Beeinflussung geschlechtstypischer Verhaltensweisen durch die prä-/pe-



rinatale Organisation bestimmter Hirnstrukturen und -funktionen im Sinne einer androgen- und östrogenabhängigen Maskulinisierung/Defeminisierung bzw. Feminisierung/Demaskulinisierung sprechen, auf den Topos *Geschlechtsidentität* nicht übertragbar.

2. Hinsichtlich des **transkulturellen Vergleichs** sei auf die oben beschriebene Vielfalt von sozialen Geschlechterkategorien in anderen Kulturen verwiesen. Allerdings fällt auf, dass zumindest im Falle der geschlechtskonträren Aufzucht bei den *Inuit* eine erstaunliche Koinkidenz mit dem gehäuftem Auftreten intersexueller Zustandsbilder in der Population zu verzeichnen ist: So tritt das in Europa mit einer Prävalenz von ca. 1: 10.000 angegebene Adrenogenitale Syndrom, dass mit einer erheblichen pränatalen Androgenisierung weiblicher Föten verbunden ist, bei Eskimos mit einer Häufigkeit von ca. 1: 500 auf (Hirschfeld & Fleshman 1969; Speiser et al. 1992). Interessanterweise sind Eskimos auch die einzige Ethnie der Welt, in welcher der ansonsten offenbar ubiquitäre (geschlechtstypische) Unterschied zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der *spatial abilities* nicht nachweisbar war. Wie aus Untersuchungen an Mädchen und Frauen mit AGS bekannt ist, hängt dies sehr wahrscheinlich mit der prä-/perinatalen Hirnandrogenisierung zusammen. Es ist also durchaus nicht auszuschließen, dass der Rollenwechsel insofern auch in gewisser Weise biologisch mitangebahnt ist. Weiterhin erscheint der Bericht von Lang (1991) über die Navajo-Eltern bemerkenswert, die bei ihrem Kind geschlechtsatypisches (*Tomboy-* oder *Sissy-*) Verhalten feststellen, deshalb annehmen, dass es sich wohl als *Two-spirit-people* entwickelt und es gewähren lassen. Diese Eltern reagieren damit vielleicht auf das, was im christlich-europäischen Kulturkreis eine „kindliche Geschlechtsidentitätsstörung“ wäre (ICD-10: F64.2; DSM-IV: 302.6), deren Ursachen nach wie vor ungeklärt sind (s. Zucker & Bradley 1995). Bemerkenswert ist darüber hinaus, dass die oben beschriebenen – rituell bzw. kulturell angebahnten – Rollenwechsel in außereuropäischen Kulturen sich auf die Einnahme einer anderen *sozialen* Geschlechter-Funktion (im Sinne eines „dritten Geschlechts“), nicht aber auf den eindeutigen Wechsel vom männlichen in das weibliche Geschlecht oder umgekehrt beziehen.

3. Der **Sozialisationsaspekt** würde bei Unabhängigkeit der Geschlechtsidentitätsentwicklung von biologischen Voraussetzungen verlangen, dass es möglich ist, einen gesunden Jungen / ein gesundes Mädchen erfolgreich in der Rolle des anderen Geschlechts zu erziehen. Ein solches Unterfangen ist uns unter „normalen Umständen“ nur aus einem Fall bekannt (Bosinski & Wille 1999): Wir bekamen Kenntnis vom Fall einer 17jährigen, äußerst erfolgreichen Leichtathletin, die in den dreißiger Jahren per Zufall in eine deutsche Passkontrolle geriet. Der Polizist zog einen Amtsarzt herbei und es wurde ein eindeutiger männlicher Genitalbefund festgestellt. Ein eingeleitetes Verfahren wegen Täuschung wurde niedergeschlagen; alle Beteiligten waren bis dato nachweislich – aufgrund der *post festum* nicht nachvollziehbaren, gleichwohl aber wiederholten Zuordnung sowohl durch die Hebamme als auch durch den Kinderarzt – von der weiblichen Geschlechtszugehörigkeit ausgegangen. Der Proband hatte – trotz siebzehnjähriger „weiblicher Erziehung“ (die auch durch heute noch lebende Zeugen belegt ist) – keinerlei Schwierigkeiten, vom selben Tage an als Mann aufzutreten und zu leben.

Ansonsten wären hier die Berichte über den Verlauf nach traumatischen Penisamputation mit nachfolgender feminisierenden Operation und Erziehung als Mädchen einzuordnen, bei denen eine Erziehung „gegen“ die bereits abgelaufene pränatale somatosexuelle Differen-

zierung erfolgte. Neben dem bereits eingangs geschilderten John/Joan/John-Fall finden sich weitere Verlaufsberichte in der Literatur:

► Gearhart und Rock berichteten 1989 über die guten kosmetisch-chirurgischen Erfolge der feminisierenden Umwandlungsoperation, die bei vier Knaben (der jüngste 6 Monate, der älteste drei Jahre) nach traumatischem Penisverlust durchgeführt wurden. Ein Knabe wurde noch im Kreißsaal zirkumzisiert, wobei es zu einem Elektrocauter-Zwischenfall mit nachfolgender Penisdemarkation und – nach 14 Tagen – Penisamputation kam. Es wurde beschlossen, ihn als Mädchen aufzuziehen, die Orchidektomie und eine erste feminisierenden Genitalplastik wurde im Alter von 23 Monaten durchgeführt. Mit 12 Jahren wurde die feminisierende Östrogensubstitution durchgeführt, im Alter von 17 Jahren die Vaginoplastik. Der Patient lebe nun (ohne Altersangabe) als „gut angepasste (*well adjusted*), sexuell aktive Frau“. Beim zweiten Knaben kam es im Alter von zwei Monaten zum Zirkumzisionszwischenfall, im Alter von sieben Monaten wurde die Orchidektomie und die erste Feminisierungsoperation, im Alter von 16 Monaten eine Revision der externen Urethra, im Alter von 32 Monaten eine zweite Genitalfeminisierungsoperation durchgeführt. Mit 11 Jahren begann die orale Östrogensubstitution, mit 16 Jahren wurde die Vaginoplastik durchgeführt, wobei angegeben wird, dass der Patient zuvor psychologische Beratung gebraucht habe (ohne weitere Angaben). Der Patient sei nun (zum Zeitpunkt der Drucklegung) sexuell aktive Schülerin der Oberstufe einer High School (ohne Altersangabe). Im dritten und vierten Fall erfolgte die Ablatio penis bei Zirkumzision im Neugeborenenalter, mit sechs Monaten Orchidektomie und im dritten Fall erste feminisierende Genitalplastik, die im vierten Fall erst mit 3 Jahren durchgeführt wurde. Beide Patienten würden nun der Östrogensubstitution im Alter von 11 Jahren und der Vaginoplastik mit 16 oder 17 entgegensehen (waren also zum Zeitpunkt des Berichts noch im Kindesalter). Nachfolgeberichte liegen nicht vor.

► Ochoa (1998) berichtet hingegen von insgesamt sieben Knaben mit traumatischem Penisverlust infolge von Mißhandlungen oder von Autounfällen, davon in fünf Fällen innerhalb des ersten Lebensjahrs. Von diesen wurden – da die Eltern eine Geschlechtsumwandlung ablehnten – vier erfolgreich als Jungen (nach plastischer Penisrekonstruktion) und nur einer im Alter von 6 Monaten als Mädchen (nach feminisierender Umwandlungsoperation) aufgezogen. Beim letztgenannten Patienten wurde im Alter von 5 Jahren zunächst über eine geglückte Rollenadaptation an das weibliche Geschlecht berichtet, mit 14 Jahren verlangte das Kind jedoch die – dann auch vorgenommene – Rückumwandlung zum Jungen (obwohl ihm seine Vorgeschichte zuvor unbekannt war). Der Autor empfiehlt daher dringend, trotz der erheblichen operativen Schwierigkeiten bei der Penisrekonstruktion, stets diesen Weg zu wählen.

► Bradley und Mitarbeiter (1998) berichteten über einen Knaben, bei dem es im Alter von zwei Monaten zum Zirkumzisionszwischenfall gekommen war und im Alter von sieben Monaten beschlossen wurde, das Kind als Mädchen aufzuziehen, weshalb dann auch die Orchidektomie und die Entfernung des Penisrestes durchgeführt wurde. Im Alter von 11 Jahren wurde die Östrogensubstitution begonnen, im Alter von 16 Jahren die erste und im Alter von 26 – auf Wunsch des Patienten – die zweite (erweiternde) Vaginoplastik durchgeführt. Dieser Fall ist hinsichtlich der psychosexuellen Entwicklung am besten dokumentiert: Psychologische Evaluationen fanden anläßliche der vaginoplastischen Operationen mit 16 sowie zweimal im Alter von 26 Jahren statt. Außerdem wurde die Mutter ausführlich befragt, als das Kind 16 war. Der Patient war ein Wunschkind in einer durch langjährige

Beziehungsprobleme belasteten Ehe und der Versuch, diese Ehe zu retten. Gleichwohl ließen sich die Eltern scheiden, als das Kind drei oder vier Jahre alt war, nicht nur wegen des Alkoholismus des Vaters, sondern weil dieser den Verlust seines „Sohnes“ nicht verwinden konnte. Die Mutter wird als lebenspraktisch und resolut beschrieben. Mit 12 Jahren wurde dem Patienten von der Mutter seine Vorgeschichte eröffnet, da er nach dem Grund der Hormonsubstitution (ab dem 11. Lbj.) fragte. Mit 16 berichtete der Patient, dass ihn der noch verbliebene Penisstumpf störe und wünschte die genitalfeminisierende Operation, damit das Genitale „wie bei anderen Mädchen aussähe“ und sie „Geschlechtsverkehr mit Jungen haben könne.“ Mit 26 suchte der Patient um eine weitende Vaginoplastik nach, da die Vaginalöffnung für den GV mit dem festen Freund zu klein sei. Zu diesem Zeitpunkt berichtete der Patient auch, dass er bereits drei „signifikante“ sexuelle Beziehungen zu Frauen und drei ebensolche zu Männern gehabt habe. Jetzt bestand eine Beziehung zu einem Mann. Der Patient gab an, Frau körperlich attraktiver und männliche Genitalien „lustig (*funny*)“ zu finden. Gleichwohl fände sie Männer sexuell attraktiv, wenn sie bekleidet oder in Unterwäsche wären. Von der leiblichen Erscheinung her wirkte der Patient mit 26 wie eine Frau. Er gab an, niemals gewünscht zu haben, ein Mann zu sein, hatte jedoch eine Reihe „männlicher Interessen“ (inkl. Berufswahl als Mechaniker o.ä. *blue collar job*) und fühlte sich in der Gemeinschaft von Männern wohl, mit denen er zumal berufliche Interessen teilte. Das sexuelle Verhalten wurde – bezogen auf das soziale Geschlecht als Frau – mit Kinsey 3 (bisexuell), die Phantasie mit Kinsey 5 (vorwiegende „homosexuelle“ Attraktion durch Frauen) eingeordnet. Die Selbsteinordnung entsprach ebenfalls K 3. Nach der Operation kam es zur Ausbildung einer rektovaginalen Fistel. Es kam – unabhängig davon – zur Trennung vom Partner. Zum Zeitpunkt der Drucklegung des Originalberichts hatte der Patient eine Beziehung mit einer Frau.

► Bislang leider nur in Abstractform publiziert ist der Bericht von Reiner (2000) über die Entwicklung von genetisch und gonadal männlichen Patienten mit Blasenexstrophie und Penisagenesie. Während die Prognose dieses Bauchwandschlußdefektes bis Anfang der 60er aufgrund der Sekundärkomplikationen zumeist infaust war, können nun durch Verbesserung der operativen und medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten deutlich höhere Überlebensraten erreicht werden. Bei der Operation wurde bislang meist die praktikablere weibliche Genitalkonfiguration gewählt. Der Autor teilte nun die Ergebnisse einer Längsschnittstudie mit. Danach wurden von 27 Patienten mit diesem Störungsbild 23 orchidektomiert, mit einer Vaginoplastik versorgt und als Mädchen aufgezogen. Von diesen 23, die zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung zwischen fünf und 17 Jahren alt waren, zeigten alle in der Kindheit eher jungentypisches Spiel- und Sozialverhalten. Sechzehn von 23 als Mädchen erzogenen Patienten erklärten sich selbst zum Jungen (der jüngste bereits im Alter von fünf Jahren) – ohne um ihr „wahres“ (chromosomal, gonadal, gonoduktal männliches) Geschlecht zu wissen. Die adoleszenten Patienten dieser Stichprobe seien gynäphil orientiert (d.h. wären als Männer heterosexuell). Diese Befunde bedürfen allerdings dringend der Replikation durch andere Untersucher.

4. Die Prüfung des **humanbiologischen Aspekts** bedeutet hinsichtlich der biologischen Prädispositionen der Geschlechtsidentität zum einen die Frage nach der Geschlechtsidentitätsentwicklung bei Patienten mit Intersex-Syndrom, zum anderen die Frage nach etwaigen biomedizinischen Auffälligkeiten bei Patienten mit erziehungskonträrer Geschlechtsidentitätsentwicklung, also bei Transsexuellen:

(a) Bei *Patienten mit Intersex-Syndrom* wurden hinsichtlich der Geschlechtsidentitätsentwicklung folgende Befunde mitgeteilt:

► „Transsexuelle Geschlechtskonflikte“ (in Richtung auf eine erziehungskonträre männliche Geschlechtsidentität) waren bei (behandelten) *Frauen mit AGS* häufiger als statistisch erwartbar (Reiner 1997a, Meyer-Bahlburg 1996), zeigten aber auch einen Zusammenhang mit der Behandlungcompliance und dem Ergebnis der chirurgischen Genitalkorrektur (Meyer-Bahlburg 1998).

► Bei Patienten mit dem *5- $\alpha$ -Reduktase-2-Mangelsyndrom* gab die Erstbeschreiberin Imperato-McGinley (Imperato-McGinley et al. 1979) an, dass diese Kinder zunächst als weiblich betrachtet und „unzweifelhaft weiblich erzogen“ würden. In der Pubertät würden sie jedoch parallel zur körperlichen Maskulinisierung (die durch das suffiziente Testosteron bewirkt wird) einen Wechsel zur männlichen Rolle vornehmen, was ein Beleg für den primären Einfluß der – in diesen Fällen ungestörten – Testosteronwirkung auf das Gehirn und damit auf das Geschlechtsrollenverhalten wäre. Das *puberale* Testosteron habe die durch *pränatale* Testosteronwirkung männlich organisierte hypothalamische *mating-center* aktiviert und damit eine männliche psychosexuelle Entwicklung eingeleitet, die stärker war als die – sich an dem aufgrund des DHT-Mangels eher weiblich aussehenden äußeren Genitale orientierende – Erziehung zum Mädchen. Diese Sicht ist von einigen Autoren zustimmend aufgegriffen, von anderen aber auch angegriffen worden. Herdt (1990; Herdt & Davidson, 1988), der als Anthropologe ähnliche Fälle in archaischen Kulturen auf Papua-Neuguinea untersucht hat, wies darauf hin, dass sowohl bei den dominikanischen Fällen als auch auf Papua-Neuguinea die Erziehung durchaus nicht „eindeutig weiblich“, sondern vielmehr ambivalent im Sinne eines *dritten Geschlechts* gewesen sei. Dies drückte sich schon in der Bezeichnung der Eingeborenen für diese Kinder aus: „Guevedoche“ (d.h. sinngemäß „Hoden mit 12 Jahren“) auf Dominika, „kwolu-aatmwol“ (sinngemäß „das, was von weiblich zu männlich wird“) auf Papua-Neuguinea. Damit wäre der singuläre Einfluß des Testosterons widerlegt, die Sozialisation habe einen derartigen Wechsel vorbereitet. Imperato-McGinley und Mitarbeiter (1979) beschrieben indes die Erziehung der ersten Generation Betroffener (d.h. als das Störungsbild in der Population noch unbekannt war) als eindeutig weiblich, was einen (demnach „hormonell getriggerten“) Rollenwechsel zum männlichen Geschlecht in bzw. nach der Pubertät nicht verhinderte. Auch gibt es bislang unseres Wissens nur zwei Berichte über eine ungestörte weibliche Entwicklungen bei Kindern mit 5- $\alpha$ -Reduktase-2-Mangel: Wieacker und Mitarbeiter (1992) beschrieben einen derartigen Verlauf, ohne indes näher auf die psychosexuelle Entwicklung einzugehen. Mendonca und Mitarbeiter (1996) berichteten über 14 Patienten (aus zehn brasilianischen Familien), von den 13 zunächst als Mädchen aufgezogen wurden und einer als Junge. Drei von ihnen behielten ihre weibliche Geschlechtsidentität, wurden gonadektomiert und mit Östrogenen substituiert, die verbleibenden zehn Patienten wechselten nach der Pubertät in die männliche Rolle und wurden mit Testosteron substituiert.

► Nicht zuletzt durch Eigeninitiative der Betroffenen selbst ist mittlerweile eine Anzahl von anderen Fällen von Personen mit Intersex-Syndrom bekanntgeworden, bei denen die postpuberale Entwicklung gänzlich den Aufzuchtzielen widersprach, d.h. die in der Pubertät eine Geschlechtsdysphorie und einen Wunsch nach Geschlechtswechsel äußerten. Dies waren insbesondere Patienten, die pränatal hohen Androgendosen ausgesetzt waren, als Mädchen aufgezogen und operativ korrigiert wurden, d.h. neben dem ausgeprägten Adrenogenitalen Syndrom bei genetisch weiblichen Individuen und dem 5- $\alpha$ -Reduktase-2-Man-

gel bei genetisch männlichen Individuen auch Patienten mit 17- $\alpha$ -Hydroxysteroid-Dehydrogenase-3- Mangel, inkomplettem Androgenresistenzsyndrom oder gemischter Gonadendysgenese bei genetisch männlichen Individuen (s. Slijper et al. 1998, Dreger 1998, 1999a; Chase 1999a,b; Reiner 1997a,b). Repräsentative Zahlen zur Häufigkeit eines „transsexuellen Geschlechtsumwandlungswunsches“ bei Patienten mit intersexueller Differenzierungsstörung fehlen jedoch: Zum einen, da die Diagnose „Transsexualität“ bei Vorliegen eines Intersex-Syndroms nicht gegeben werden kann, zum zweiten, da das Niveau der Nachuntersuchungen dieser Patienten im Erwachsenen-Alter dürftig ist.

(b) Hinsichtlich biomedizinischer Befunde bei *transsexuellen Patienten* ist die Datenlage letztlich ungesichert:

► Zumal bei *biologischen Männern* sind diese Befunde (ähnlich wie bei den Untersuchungen zur sexuellen Orientierung) recht heterogen. Dies mag zum einen durch die Heterogenität der (primären und sekundären) Verlaufsformen bei biologischen Männern mit transsexueller Geschlechtsidentitätsstörung, zum zweiten durch die insgesamt kleinen Patientenzahlen und zum dritten durch methodische Untersuchungsgrenzen mitbedingt sein. So konnten weder bei den Androgenspiegeln noch bei denen der Östrogene oder der Gonadotropine systematisierbare und replizierte Unterschiede zwischen transsexuellen und nicht-transsexuellen Männern gefunden werden. Die hirnanatomischen Befunde zur unzureichenden Maskulinisierung/Defeminisierung hypothalamischer Kernregionen bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen (s.o.) bedürfen weiterer Replikation.

► Bei *biologischen Frauen* mit transsexueller Geschlechtsidentitätsstörung belegen hingegen eine Reihe von Untersuchungen ein erhöhtes Vorkommen von hyperandrogenämischen Zustandsbildern, also eine Erhöhung eines oder mehrerer Androgene, zum Teil mit begleitenden körperlichen Veränderungen im Sinne eines polyzystischen Ovarsyndroms (PCOS) (Futterweit et al. 1986; Balen et al. 1993; Schnabl 1983; Bosinski et al. 1997a). Diese im Erwachsenenalter bei hormonell unbehandelten Frauen mit transsexueller Geschlechtsidentitätsstörung gefundenen laborchemischen und klinischen Androgenerhöhungen gehen überdurchschnittlich häufig mit einer Maskulinisierung der Körpersilhouette einher (s. Rajchel et al. 1985; Bosinski 1997b; Antoszewski et al. 1998). Da jedoch Hyperandrogenämien, PCOS und Virilisierungserscheinungen *ohne* Geschlechtsidentitätsstörung bei Frauen wesentlich häufiger sind als transsexuelle Geschlechtsidentitätsstörungen (Schätzungen belaufen sich für das PCOS auf ca. 5% der Frauen im fertilen Alter, Clayton et al. 1992), kann diese hormonelle Dysbalance allein unmöglich die Ursache der Transsexualität sein. Eigene Untersuchungen haben dann auch gezeigt, dass neben diesen biomedizinischen Befunden bei Frau-zu-Mann-Transsexuellen eine Reihe weiterer, psychosozialer Auffälligkeiten bestehen (s. Bosinski 2000).

## 9. Versuch einer Synopsis

Während hinsichtlich der *verbal fluency* und auch hinsichtlich des größeren Interesses von Männern an anonymen Sexualkontakten keine ausreichenden Aussagen über das Vorliegen biologischer Prädispositionen gemacht werden können, erlaubt die Datenlage deren Annahmen für die *qualitative* Ausprägung einiger anderer *geschlechtstypischer Unterschiede*: Der *spatial abilities*, des aggressiven und des prosozialen Verhaltens sowie der sexuellen Orientierung. Dabei scheint die Höhe des pränatalen Androgens einen wesentlichen Einfluß auf die spätere Verhaltensentwicklung in der Weise zu haben, dass pränatal wirksame

„männliche Androgenspiegel“ auch mit höherer Wahrscheinlichkeit eine „männliche Tendenz“ der Merkmalsausprägung zur Folge haben. Dies ergibt sich sowohl aus den Untersuchungen bei Patienten mit Intersex-Syndromen als auch von biologischen Frauen mit gynäphiler sexueller Orientierung und nicht zuletzt aus jenen der im Kindesalter penisamputierten Kinder: So zeigte auch der von Bradley und Mitarbeitern (1998) berichtete Fall – bei dem es nicht zum Geschlechtsrollenwechsel kam – neben einem eher männertypischen Berufs- und Gesellungsinteresse auch eine eher männliche (gynäphile) sexuelle Orientierung.

Hinsichtlich des morphologisch-funktionellen Substrats für diese biologischen Prädispositionen ist die Forschung noch völlig auf Hypothesen angewiesen: Bei der sexuellen Orientierung scheint die Differenzierung des Hypothalamus mit seiner Einbindung in das (Emotionen „bewertende“) limbische System eine wesentliche Rolle zu spielen. Am ehesten scheint es zusammenzuhängen mit der geschlechtstypischen Organisation des Hypothalamus unter dem Einfluß der Sexualhormone, welche wiederum aufgrund noch unbekannter polygenetischer Voraussetzungen in bestimmter Weise und in bestimmten, sensiblen Phasen, ausgeschüttet werden. Weitere Aufschlüsse zu den genetischen Mechanismen sind sicherlich vom Human Genome Project zu erwarten. Die beschriebenen Strukturunterschiede zwischen Männern und Frauen sind allerdings eher fließend (geschlechtstypisch), so dass auch in dieser Hinsicht das Gehirn als Übergang und Mittler von geschlechtsspezifischer somatosexueller zu geschlechtstypischer psychosexueller Entwicklung betrachtet werden könnte. Es kann vermutet werden, dass die geschlechtstypische Entwicklung des Gehirns zeitlich an die Gonodukten- und Genitaldifferenzierung anschließt, mutmaßlich aber über die Prä-/Perinatalzeit hinausgeht. Hierauf deuten hirnrnorganische Befunde von Swaab und Hofmann (1988), die einen Sexualdimorphismus des SDN-POA erst ab dem dritten Lebensjahr nachweisen konnten. Ob allerdings der SDN-POA überhaupt im Zusammenhang mit der sexuellen Orientierung beim Menschen steht, ob dies eher für INAH3 zutrifft oder ob beide Kerngebiete deckungsgleich sind, ist bislang ungeklärt (s. Byne et al. 2000).

Wie aber zumal die Befunde bei Frauen mit AGS zeigen, besteht zwischen pränatal erhöhten Androgenen und postpuberal eher maskuliner Ausprägung eines geschlechtstypisch verteilten Merkmals kein unilinearer Zusammenhang. Dies wird besonders deutlich beim Merkmal sexuelle Orientierung: Die Angabe, dass ca. 30% der (früh behandelten) Frauen mit dieser Störung im Erwachsenenalter keine exklusiv heterosexuelle Orientierung aufweisen, impliziert ja zugleich, dass 70% in dieser Hinsicht unauffällig sind.

Diese Einschränkung gilt um so mehr hinsichtlich der *Entwicklung der Geschlechtsidentität*: Offenbar nur eine Minderheit von Frauen mit AGS entwickelte – trotz pränatal hoher Androgenwerte – eine der Erziehung widersprechende (i.e. männliche) Geschlechtsidentität. Ebenso scheinen nicht alle Patienten, bei denen es im Gefolge einer Penisamputation zur Aufzucht als Mädchen kam, diese Rolle abzulehnen. Die Zusammenhänge mit den pränatalen Androgenspiegeln sind also noch vermittelter als schon bei der Ausbildung einzelner geschlechtstypischer Verhaltensweisen bzw. Leistungen. Dies ist insofern auch erwartbar, als die Geschlechtsidentität eine evolutionär sehr junge, spezifisch menschliche, hochkomplexe Eigenschaft ist.

Ganz ausblenden wird man jedoch den Einfluß der pränatalen Hormone in diesem Bereich nicht können. Aufgrund unserer Befunde bei Frau-zu-Mann-Transsexuellen (s. Bosinski 2000), die ebenfalls durch Hinweise auf prä-/perinatale hyperandrogene Dysregulationen auffielen, vermuten wir, dass der Weg der Entwicklung zur aufzuchtskonträren Geschlechtsidentität über den Einfluß der prä-/perinatal erhöhten Androgenspiegel auf die Entwicklung bestimmter kindlicher Verhaltensweisen führt. Es zeigte sich nämlich, dass auch diese Patienten – ähnliche wie Mädchen mit AGS – schon als Kinder ausgeprägte geschlechts-atypische Verhaltensweisen im Sinne eines Tomboy-Verhaltens aufwiesen. Dies wurde von den Müttern dieser Patienten bestätigt, die im übrigen – ebenso wie die Patienten selbst –



davon berichteten, dass dies Verhalten sowohl durch die Väter als auch durch die Peer-Group eine erstaunliche Toleranz, ja, Bekräftigung erfuhren. Weiterhin war auffällig, dass bei den hormonell unbehandelten FMT neben dem gehäuften Auftreten hyperandrogenämischer Zustandsbilder (im Sinne eines PCOS und adrenokortikalen Störungen der Steroidbiosynthese) eine deutliche Maskulinisierung der Körpersilhouette nachzuweisen war. Auffällig waren jedoch auch die Sozialisationsbedingungen der FMT-Probanden: So stammten diese im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen häufiger aus unvollständigen und/oder durch erhebliche elterliche Dysbalancen gekennzeichneten Familien. Über ähnliche Konflikte berichtet Colapinto (2000) auch im John/Joan/John-Fall.

Aufgrund dieser Befunde soll ein Entwicklungsprozess postuliert werden, der vielleicht nicht nur für die Entwicklung von Frau-zu-Mann Transsexuellen Geltung haben, sondern auch zum Verständnis der „transsexuellen“ Verläufe bei einigen AGS-Frauen und auch des John/Joan/John-Falles beitragen könnte:

► Die prä-/perinatale Hyperandrogenämie beeinflusst zunächst das Verhalten in der Kindheit (Spielverhalten, Spielzeug- und Freundeswahl) in Richtung auf jungentypische Stereotype. Dies kann entweder *direkt* durch die Beeinflussung bestimmter (hypothalamischer?) Hirnareale, oder aber – was uns wahrscheinlicher erscheint – *indirekt* über die Beeinflussung von Vigilanz, Temperament und Motorik des Kindes erfolgen. Das (hormonell prädisponierte) Verhalten und die daraus resultierende Anmutung als „mehr den Jungen ähnlich“ haben einen selbstverstärkenden Effekt auf die männliche Identifikation im Sinne eines „Wohlfühlens in der Jungenrolle“, der wiederum verstärkt wird durch das Verhalten von Peer-Group und Vater, die das Kind (unbewußt) als „jungenhaft“ behandeln. Gestörte Vater-Mutter-Kind- Interaktionen dürften diesen Prozess befördert haben, und sei es nur, indem sie stützende Rahmenbedingungen für die notwendige Rollen-Selbstkategorisierung verunmöglichten.

► Das Körperbild ist zumal bei den intersexuellen Patienten und auch bei John/Joan unstimmtig – es ist weder „richtig weiblich“ noch „richtig männlich“. Spätestens in der Pubertät verlangt es weitere (operative und/oder hormonelle) Korrekturen, die ebenso aversiv besetzt zu sein scheinen wie bei FMT die körperlichen Insignien werdender Weiblichkeit, d.h. Menstruation und Brustwachstum.

► In der Pubertät wird dieser Prozess fortgesetzt durch das Bewußtwerden der (hinsichtlich des Erziehungsgeschlechts) „homosexuellen“ Orientierung, die zwar nicht zur abgeforderten Geschlechterrolle, wohl aber zum schon in der Kindheit entwickelten Gefühl der größeren Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht „passt“. Auch der (pränatal determinierte) eher andromorphe Körperbau und die hormonellen Dysbalancen dürften einen Einfluß auf die Entwicklung des Körpergefühls und Körperselbstbildes haben.

► Der Prozess der Entwicklung einer „erziehungskonträren“ Geschlechtsidentität verlief somit von einer Nicht-Identifizierung mit dem durch die Erziehung angetragenen Geschlecht bzw. einem „Wohler-fühlen“ in der Rolle des anderen Geschlechts über eine Ablehnung der körperlichen Aspekte des Erziehungsgeschlechts und der Realisierung einer für diese Rolle „unpassenden“ sexuellen Orientierung bis zu einer Flucht aus dem Erziehungs- in das innerlich als „stimmiger“ empfundene Gegengeschlecht.

## 10. Zusammenfassung

Allgemein kann postuliert werden: Sowohl bei der erziehungskonträren als auch bei der erziehungskonformen Entwicklung der Geschlechtsidentität handelt es sich um einen durch interagierende biologische, innerpsychische und soziokulturelle Faktoren bestimmten Entwicklungsprozess, der in der frühen Kindheit beginnt und erst nach der Pubertät zu einem relativen Abschluß kommt. „Kultur und Natur“, „Anlage und Erziehung“ sind einander nicht ausschließende, sondern vielmehr notwendig ergänzende und bedingende Mechanismen.

Diese Interaktion von Natur und Kultur beginnt bereits vorgeburtlich: Stammesgeschichtlich Angepaßtes, evolutionär Überkommenes wird als genetisch Codiertes bereits pränatal strukturell und/ oder funktionell – schon im Wechselspiel mit der „inneren Umwelt“ des Fötus, den intrauterinen Bedingungen – umgesetzt, nicht zuletzt durch die organisierende Wirkung von Hormonen auf das sich entwickelnde Gehirn. Postnatal beeinflusst das Kind von Anfang an durch sein So-Sein und -Handeln, seine Vigilanz, seine Expressibilität und seine Temperamenttönung – welche zunächst weitgehend den angesprochenen Prädispositionen folgen – die Reaktion und Verhaltensweisen seiner sozialen Umwelt (Eltern, peer-group usw.). Die soziale Umwelt ist aber zugleich in erheblichem Maße durch die Erwartungen darüber, wie ein Junge/ ein Mädchen sich zu verhalten habe, damit aber sehr stark vom gesellschaftlichen Stereotypen und kulturellen Implikationen geprägt. Die biotischen Prädispositionen wirken also wie eine Art „Raster“ zur Wirklichkeitserfassung. Die Struktur dieses Rasters verändert sich selbst wiederum durch die Assimilation von Realität im Prozeß der Tätigkeit: Das Kind organisiert seine Umwelt und wird zugleich von ihr organisiert.

Wie es sich entwickelnden und durch eine Fülle von Einflußgrößen gesteuerten Systemen eigen ist, kommt der Zeitkomponente in diesem Prozeß eine wesentliche Bedeutung zu: Im Wechsel von Stabilität und Labilität kann in bestimmten Perioden der Entwicklung die Änderung eines ansonsten marginalen Strukturelements – beispielsweise eines Hormons oder einer bestimmten Elternkonstellation – das Bedingungsgefüge im gesamten System nachhaltig verändern. Derartige „kritische“ oder „sensible“ Perioden stellen Knoten- oder Schnittpunkte für die Interaktion von biotischen, psychischen und sozialen Faktoren dar.

Werden und Sein als Mann oder Frau sind somit nicht durch einen einzelnen Faktor oder Befund erklärbar. Je stärker allerdings einer der Faktoren – sei er biologischer, psychischer oder soziokultureller Natur – in diesem komplexen biopsychosozialen Bedingungsgefüge vom Normalen abweicht, um so größer ist seine Penetranz. Dies entspricht jedoch nicht einer überwiegenden Bedeutung dieses Faktors im Zuge der normalen Entwicklung.

Daraus folgt auch, dass die Interpretation eines singulären Verlaufs weder für das Überwiegen sozialisatorischer noch für jenes biologischer Einflussfaktoren benutzt werden kann: Um die Interaktion *allgemein* wirksamer biologischer und *je individuell* wirksamer psychodynamischer Faktoren abbilden zu können, bedarf es des 'interaktionalen Einsatzes' verschiedener Methoden, d.h. der Kombination „messenger“ und „biographisch-rekonstruierender“ Verfahren.

Für die *Bewertung* der Geschlechter sollten indes derartige Forschungsergebnisse keinen Ausschlag geben: Bewertungen hängen nicht von – wie auch immer gearteten – Befunden ab, sondern sind politisch-moralische Entscheidungen.

## Literatur

- Adkins-Regan, E. (1988): Sex hormones and sexual orientation in animals. *Psychobiology* 16: 335 – 347.
- Allen, L.S.; Gorski, R.A. (1990): Sex difference in the bed nucleus of the stria terminalis of the human brain. *J Comp Neurol* 302: 697 – 706
- Allen, L.S.; Hines, M.; Shryne, J.E.; Gorski, R.A. (1989): Two sexually dimorphic cell groups in the human brain. *J Neuroscience* 9: 497 – 506.
- Amendt, P.; Stahl, F.; Kalz, M.; Dörner, G. (1979): Testosteronkonzentration im Plasma bei männlichen Neugeborenen und Säuglingen. *Kinderärztl Praxis* 47: 513 – 517.
- Antoszewski, B.; Kruk-Jeronim, J.; Malinowski, A. (1998): Body structure of female-to-male transsexuals. *Acta Chirurgiae Plasticae* 40: 54 – 58.
- Badell, J.E.B. (1982): Testosteron-, Gonadotropin- und Prolaktinspiegel in der Ontogenese des Menschen. Med. Diss. A. Humboldt Universität Berlin.
- Bagemihl, B. (1999): *Biological exuberance: Animal homosexuality and natural diversity*. New York: St. Martin's Press.
- Baker, S.W.; Ehrhardt, A.A. (1974): Prenatal androgen, intelligence, and cognitive sex differences. In: Friedman, R.C.; Richart, R.M.; Van de Wiele, R.L. (Eds) *Sex differences in behavior*. New York: Wiley, 53 – 76.
- Balen, A.H.; Schachter, M.E.; Montgomery, D.; Reid, R.W.; Jacobs, H.S. (1993): Polycystic ovaries are a common finding in untreated female to male transsexuals. *Clin Endocrinol Oxf* 38: 325 – 329.
- Baqi, S.; Shah, S.A.; Baig, M.A.; Mujeeb, S.A.; Memon, A. (1999): Seroprevalence of HIV, HBV, and syphilis and associated risk behaviours in male transvestites (Hijras) in Karachi, Pakistan. *Int J Std Aids* 10: 300 – 304.
- Baum, M.J.; Carroll, R.S.; Erskine, M.S.; Tobet, S.A. (1985): Neuroendocrine response to estrogen and sexual orientation. *Science* 230: 960 – 961.
- Bell, A.P.; Weinberg, M.S.; Hammersmith, S.K. (1980): *Der Kinsey-Institut-Report über sexuelle Orientierung und Partnerwahl*. München: Bertelsmann.
- Berenbaum, S.A.; Hines, M. (1992): Early androgens are related to childhood sex-typed toy preference. *Psychological Science* 3: 203 – 206.
- Berkovitz, G.D.; Fechner, P.Y.; Zacur, H.W.; Rock, J.A.; Snyder, H.M.; Migeon, C.J.; Perlman, E.J. (1991): Clinical and pathological spectrum of 46,XY gonadal dysgenesis: Its relevance to the understanding of sex differentiation. *Medicine* 70: 375 – 383.
- Bettencourt, B.A.; Miller, N. (1996): Gender differences in aggression as a function of provocation: A meta-analysis. *Psychol Bull* 119: 422 – 447.
- Blackless, M.; Charuvastra, A.; Derrryck, A.; Fausto-Sterling, A.; Lauzanne, K.; Lee, E. (2000): How sexually dimorphic are we? Review and synthesis. *Am J Human Biology* 12: 151 – 166.
- Blanchard, R.; Bogaert, A.F. (1997a): The relation of closed birth intervals to the sex of the preceding child and the sexual orientation of the succeeding child. *J Biosoc Sci* 29: 111 – 118.
- Blanchard, R.; Bogaert, A.F. (1997b): Additive effects of older brothers and homosexual brothers in the prediction of marriage and cohabitation. *Behavior Genetics* 27: 45 – 54.
- Bleibtreu-Ehrenberg, G. (1981): *Homosexualität. Die Geschichte eines Vorurteils*. Frankfurt/M.: Fischer TB.
- Boczkowski, K. (1985): *Geschlechtsanomalien des Menschen*. Berlin/Ost: Akademie Verlag.
- Bosinski, H.A.G. (1992): Zur Geschlechtersozialisation im Vorschulalter in der DDR – Ein Nachtrag. *Wiss Zschr Hub R. Geistes- und Sozialwiss.* 41: 39 – 49.
- Bosinski, H.A.G. (1996a): Validation of childhood gender nonconformity in adult transsexuals. A standardized inquiry of mothers. Paper presented at the 23rd Annual Meeting of the International Academy of Sex research. Rotterdam The Netherlands June 26 – 30.
- Bosinski, H.A.G. (1996b): Sexualmedizinische Untersuchungen zu Ursachen und Verlauf transsexueller Geschlechtsidentitätsstörungen. *Med. Habilschr. Mediz. Fakultät der CAU zu Kiel*.
- Bosinski, H.A.G. (2000): *Frau-zu-Mann-Transsexualismus: Ein biopsychosozialer Erklärungsansatz*. *Humanontogenetik* 2: 69 – 86.
- Bosinski, H.A.G.; Peter, M.; Bonatz, G.; Arndt, R.; Heidenreich, M.; Sippell, W.G.; Wille, R. (1997a): A higher rate of hyperandrogenic disorders in female-to-male transsexuals. *Psychoneuroendocrinology* 22: 361 – 380.
- Bosinski, H.A.G.; Schröder, I.; Peter, M.; Arndt, R.; Wille, R.; Sippell, W.G. (1997b): Anthropometrical measures and androgen levels in males, females, and hormonally untreated female-to-male transsexuals. *Arch Sex Behav* 26: 143 – 157.

- Bosinski, H.A.G.; Wille, R. (1999): Two cases of biological males erroneously raised as females: Follow-up after 34 and 70 years. Poster presented at the 25th Annual Meeting of the International Academy of Sex Research Stony Brooks June.
- Boswell, J. (1981): *Christianity, Social Tolerance, and Homosexuality: Gay People in Western Europe from the Beginning of the Christian Era to the Fourteenth Century*. Chicago: Univ of Chicago Press.
- Boswell, J. (1995): *Same-Sex Unions in Premodern Europe*. Vancouver: Vintage Books (reprint).
- Bradley, S.J.; Oliver, G.D.; Chernick, A.B.; Zucker, K.J. (1998): Experiment of nurture: Ablatio penis at 2 months, sex reassignment at 7 months, and a psychosexual follow-up in young adulthood. *Pediatrics* 102: 1 – 5.
- Byne, W.; Lasco, M.S.; Kemether, E.; Shinwari, A.; Jones, L.; Tobet, S. (2000) The interstitial nuclei of the human anterior hypothalamus: assessment for sexual variation in volume and neuronal size, density and number. *Brain Res* 856: 254 – 258.
- Carrier, J.M. (1980): Homosexual behavior in cross-cultural perspective. In: Marmor, J. (Ed) *Homosexual behavior. A modern reappraisal*. New York: Basic Books, 100 – 122.
- Castilla, J.; Barrio, G.; de la Fuente, L.; Belza, M. J. (1998): Sexual behaviour and condom use in the general population of Spain. *Aids Care* 10: 667 – 676.
- Chase, C. (1999a): Rethinking treatment for ambiguous genitalia. *Pediatric Nursing* 25: 451 – 455.
- Chase, C. (1999b): Letter to the editor (re. Slijper et al., 1998, Intersex development). *Arch Sex Behav* 28: 103 – 105.
- Clark, R. D.; Hatfield, E. (1989): Gender differences in receptivity to sexual offers. *J Psychol Human Sexuality* 2: 39 – 55.
- Clayton, R.N.; Ogden, V.; Hodgkinson, J.; Worswick, L.; Rodin, D.A.; Dyer, S.; Meade, T.W. (1992): How common are polycystic ovaries in normal women and what is their significance for the fertility of the population? *Clin Endocrinol Oxf* 37: 127 – 134.
- Colapinto, J. (2000): *As Nature Made Him : The boy who was waised as a girl*. New York: Harper & Collins.
- Condry, J.; Condry, S. (1976): Sex differences: A study of the eye of the beholder. *Child Develop* 47: 812 – 819.
- Dancey, C.P. (1990): Sexual orientation in women: an investigation of hormonal and personality variables. *Biol Psychol* 30: 251 – 264.
- Day, S.; Ward, H.; Ghani, A.; Bell, G.; Goan, U.; Parker, M.; Claydon, E.; Ison, C.; Kinghorn, G.; Weber, J. (1998): Sexual histories, partnerships and networks associated with the transmission of gonorrhoea. *Intern J Std Aids* 9: 666 – 671.
- De Santa Barbara, P.; Bonneaud, N.; Boizet, B.; Desclozeaux, M.; Moniot, B.; Sudbeck, P.; Scherer, G.; Poulat, F.; Berta, P. (1998): Direct interaction of SRY-related protein SOX9 and steroidogenic factor 1 regulates transcription of the human anti-Mullerian hormone gene. *Mol Cell Biol* 18: 6653 – 6665.
- De Waal, F.B.M. (1987): Tension regulation and nonreproductive functions of sex in captive bonobos (*pan paniscus*). *National Geographic Research* 3: 318 – 335.
- De Waal, F.B.M. (1991): *Wilde Diplomaten. Versöhnung und Entspannungspolitik bei Affen und Menschen*. München: Hanser.
- Delk, J. L.; Madden, R. B.; Livingston, M.; Ryan, T.T. (1986): Adult perceptions of the infant as a function of gender labeling and observer gender. *Sex Roles* 15: 527 – 534.
- Deputte, B.L.; Quris, R (1997): Socialization processes in primates: Use of multivariate analyses II. Influence of sex on social development of captive rhesus monkeys. *Behavioural Processes* 40: 85 – 96
- Diamond, M. (1982): Sexual identity, monozygotic twins reared in discordant sex roles and a BBC follow-up. Brief communication. *Arch Sex Behav* 11: 181 – 186.
- Diamond, M. (1993): Homosexuality and bisexuality in different populations. *Arch Sex Behav* 22: 291 – 310.
- Diamond, M. (1996): Prenatal predispositions and the clinical management of some pediatric conditions. *J Sex Marital Ther* 22: 139 – 147.
- Diamond, M. (1997): Sexual identity and sexual orientation in children with traumatized or ambiguous genitalia. *J Sex Res* 34: 199 – 211.
- Diamond, M.; Sigmundson, K. (1997): Mangement of intersexuality. Guidelines for dealing with persons with ambiguous genitalia. *Arch Pediatr Adolesc Med* 151: 1046 – 1050.
- Dittmann, R.W.; Kappes, M.H.; Kappes, M.E.; Börger, D.; Meyer-Bahlburg, H.F.L.; Stegner, H.; Willig, R.H.; Wallis, H. (1990a): Congenital adrenal hyperplasia II: Gender-related behavior and attitudes in female salt-wasting and simple-virilizing patients. *Psychoneuroendocrinology* 15: 421 – 434.
- Dittmann, R.W.; Kappes, M.H.; Kappes, M.E.; Börger, D.; Stegner, H.; Willig, R.H.; Wallis, H. (1990b): Congeni-

- tal adrenal hyperplasia I: Gender-related behavior and attitudes in female patients and sisters. *Psychoneuroendocrinology* 15: 401 – 420.
- Dixson, A. F. (1998): Primate sexuality. Comparative studies of the prosimians, monkeys, apes, and human beings. Oxford, New York/Tokyo: Oxford University Press.
- Dörner, G. (1972): Sexualhormonabhängige Gehirndifferenzierung und Sexualität. Jena: G. Fischer.
- Dörner, G. (1988): Neuroendocrine response to estrogen and brain differentiation in heterosexuals, homosexuals, and transsexuals. *Arch Sex Behav* 17: 57 – 75.
- Dörner, G. (1995): Zur Bedeutung pränataler Sexualhormonspiegel für die Entwicklung der sexuellen Orientierung, Geschlechtsidentität und der Gonadenfunktion. *Sexuologie* 2: 18 – 31.
- Dörner, G.; Poppe, I.; Stahl, F.; Kölzsch, J.; Uebelhack, R. (1991): Gene- and environment – dependent neuroendocrine etiology of homosexuality and transsexualism. *Exp Clin Endocrinol* 98: 141 –
- Dreger, A.D. (1998): „Ambiguous sex“ – or ambivalent medicine? Ethical issues in the treatment of intersexuality. *Hastings Center Report* 28: 24 – 36.
- Dreger, A.D. (1999): *Intersex in the Age of Ethics*. Hagerstown Maryland: University Publishing Group.
- Eagly, A.H. (1993): Sex differences in human social behavior: Meta-analytic studies of social psychological research. In: Haug, M.; Whalen, R.E.; Aron, C.; Olsen, K.L. (Eds) *The development of sex differences and similarities in behavior*. Dordrecht, Boston, London: Kluwer Academic Publishers.
- Ehrhardt, A.A.; Baker, S.W. (1974): Fetal androgens, human central nervous system differentiation, and behavior sex differences. In: Friedman, R.C.; Richart, R.M.; Van de Wiele, R.L. (Eds) *Sex differences in behavior*. New York: Wiley, 33 – 51.
- Ehrhardt, A.A.; Meyer-Bahlburg, H.F.L. (1981): Effects of prenatal sex hormones on gender-related behavior. *Science* 211: 1312 – 1318.
- Eibl-Eibesfeldt, I. (1983): Stammesgeschichtliche Anpassungen im sozialen Verhalten des Menschen. *Nova Acta Leopoldina [NF]* 55 Nr 253: 21 – 46.
- Faustini-Fustini, M.; Rochira, V.; Carani, C. (1999): Oestrogen deficiency in men: where are we today? *Eur J Endocrinol* 140: 111 – 129.
- Fishbain, D.A.; Vilasuso, A. (1980): Exclusive adult lesbianism associated with Turner's Syndrome mosaicism. *Arch Sex Behav* 9: 349 – 353.
- Forti, G.; Falchetti, A.; Santoro, S.; Davis, D.L.; Wilson, J.D.; Russell, D.W. (1996): Steroid 5 alpha-reductase 2 deficiency: virilization in early infancy may be due to partial function of mutant enzyme. *Clin Endocrinol* 44: 477 ff.
- Frost, J.A., Binder, J.R.; Springer, J.A.; Hammeke, T.A.; Bellgowan, P.S.F.; Rao, S.M.; Cox, R.W. (1999): Language processing is strongly left lateralized in both sexes. Evidence from functional MRI. *Brain* 122: 199 – 208.
- Futterweit, W.; Weiss, R.A.; Fagerstrom, R.M. (1986): Endocrine evaluation of 40 female-to-male transsexuals: Increased frequency of polycystic ovarian disease in female transsexualism. *Arch Sex Behav* 15: 69 – 78.
- Futterweit, W.; Weiss, R.A.; Fagerstrom, R.M. (1986): Endocrine evaluation of 40 female-to-male transsexuals: Increased frequency of polycystic ovarian disease in female transsexualism. *Arch Sex Behav* 15: 69 – 78.
- Gearhart, J.P.; Rock, J.A. (1989): Total ablation of the penis after circumcision with electrocautery: a method of management and long-term followup. *J Urol* 142: 799 – 801.
- Genel, M. (2000): Gender Verification No More? *Medscape Women's Health* 5(3): <http://womenshealth.medscape.com/Medscape/womenshealth/journal/public/archive/2000/toc-0503.html>.
- Gladue, B.A. (1990): Hormones and neuroendocrine factors in atypical human sexual behavior. In: Feierman, J.R. (Ed.) *Pedophilia. Biosocial dimensions*. New York, Berlin, Heidelberg: Springer, 274 – 298.
- Gladue, B.A.; Green, R.; Hellmann, R.E. (1984): Neuroendocrine response to estrogen and sexual orientation. *Science* 225: 1496 – 1499.
- Goh, H.H.; Ratnam, S.S.; London, D.R. (1984): The feminisation of gonadotropin responses in intact male transsexuals. *Clin Endocrinol* 20: 591 – 596.
- Goodman, R.E.; Anderson, D.C.; Bullock, D.E.; Sheffield, B.; Lynch, S.S.; Butt, W.R. (1985): Study of the effect of estradiol on gonadotrophin levels in untreated male-to-female transsexuals. *Arch Sex Behav* 14: 141 – 146.
- Gooren, L.J.G. (1984): Estrogen positive feedback on LH secretion in transsexuality. *Psychoneuroendocrinology* 9: 249 – 259.
- Gooren, L.J.G. (1986a): The neuroendocrine response of luteinizing hormone to estrogen administration in heterosexual, homosexual, and transsexual subjects. *J Endocrinol Metab* 63: 583 – 588.
- Gooren, L.J.G. (1986b): The neuroendocrine response of luteinizing hormone to estrogen administration in the human is not sex specific but dependent on the hormonal environment. *J Endocrinol Metab* 63: 589 – 593.

- Gooren, L.J.G. (1990): The endocrinology of transsexualism: A review and commentary. *Psychoneuroendocrinology* 15: 3 – 14.
- Göretzlehner, G.; Scholz, B.; Wodrig, W.; Nehmzow, M.; Weber, M. (1986): Positive estrogen feedback of estrogens on LH-release in patients with androgen insensitivity syndrome. In: Dörner, G.; Mc Cann, S.M.; Martini, L. (Eds) *Systemic hormones, neurotransmitters and brain development*. Monogr Neural Sci 12: 207.
- Gorski, R.A. (1984): Sexual differentiation of brain structure in rodents. In: Serio, M.; Motta, M.; Zanissi, M.; Martini, L. (Eds) *Sexual differentiation. Basic and clinical aspects*. New York: Raven Press.
- Gorski, R.A. (1987): Sex differences in the rodent brain: Their nature and origin. In: Reinisch, J.M.; Rosenblum, L.A.; Sanders, S.A. (Eds.) *Masculinity, Femininity – Basic perspectives*. New York, Oxford: Oxford University Press: 37 – 67.
- Goy, R.W.; Deputte, B.L. (1996): The effects of diethylstilbestrol (DES) before birth on the development of masculine behavior in juvenile female rhesus monkeys. *Horm & Behav* 30: 379 – 386.
- Griffiths, A.W.; Richards, B.W.; Zaremba, J.; Abramowicz, T.; Stewart, A. (1970): Psychological and sociological investigation of XYY prisoners. *Nature* 227: 290 – 292.
- Grön, G.; Wunderlich, A.P.; Spitzer, M.; Tomczak, R.; Riepe, M.W. (2000): Brain activation during human navigation: gender-different neural networks as substrate of performance. *Nature Neuroscience* 3: 404 – 408.
- Grumbach, M.M.; Conte, F.A. (1998): Disorders of sex differentiation. In: Wilson, J.D.; Foster, D.W.; Kronenberg, H.M.; Larsen, P.R. (eds) *WilliamsTextbook of Endocrinology*, 9th edition. Philadelphia: W.B. Saunders, 1303 – 1425.
- Halpern, C.T.; Udry, J.R.; Suchindran, C. (1997): Testosterone predicts initiation of coitus in adolescent females. *Psychosom Med* 59: 161 – 171.
- Halpern, C.T.; Udry, J.R.; Suchindran, C. (1998): Monthly measures of salivary testosterone predict sexual activity in adolescent males. *Arch Sex Behav* 27: 445 – 465.
- Halpern, D.F. (1992): *Sex differences in cognitive abilities*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates (2nd edit)
- Hamer, D.H.; Stella Hu; Magnuson, V.L.; Nan Hu; Pattatucci, A.M.L. (1993): A linkage between DNA markers on the X chromosome and male sexual orientation. *Science* 261: 321 – 327.
- Hendricks, S.E.; Graber, B.; Rodriguez-Sierra, J.F. (1989): Neuroendocrine response to exogenous estrogen: No differences between homosexual and heterosexual men. *Psychoneuroendocrinology* 14: 177 – 185.
- Herd, G. H. (1997): *Same sex, different cultures: Gays and lesbians across cultures*. Boulder: Westview Press.
- Herd, G.H. (1990): Mistaken gender: 5alpha-reductase hermaphroditism and biological reductionism in sexual identity reconsidered. *American Anthropologist* 92: 433 – 446.
- Herd, G.H. (Ed.) (1984): *Ritualized homosexuality in Melanesia*. Berkely: University of California Press.
- Herd, G.H.; Davidson, J. (1988): The „Sambia Turnim Man“: Sociocultural and clinical aspects of gender formation in male pseudohermaphrodites with 5alpha-reductase deficiency in Papua New Guinea. *Arch Sex Behav* 17: 33 – 56.
- Hines, M. (1982): Prenatal gonadal hormones and sex differences in human behavior. *Psychol Bull* 92: 56ff.
- Hines, M.; Kaufman, F.R. (1994): Androgen and the development of human sex-typical behavior: Rough-and-tumble play and sex of preferred playmates in children with congenital adrenal hyperplasia (CAH). *Child Develop* 65: 1042 – 1053.
- Hines, M.; Shipley, C. (1984): Prenatal exposure to Diethylstilbestrol (DES) and the development of sexually dimorphic cognitive abilities and cerebral lateralization. *Developmental Psychology* 20: 81 – 94.
- Hiort, O.; Holterhus, P.M.; Sinnecker, G.H.G.; Krus, K. (1999): Androgenresistenzsyndrome – klinische und molekulare Grundlagen. *Dt Ärzteblatt* 96, H 11: A-686 – 692
- Hirschfeld, A.J.; Fleshman, J.K. (1969): An unusually high incidence of salt-losing congenital adrenal hyperplasia in the Alaskan Eskimo. *J Pediatrics* 75: 492 – 494.
- Hu, S.; Pattatucci, A.M.; Patterson, C.; Li, L.; Fulker, D.W.; Cherny, S.S.; Hamer, D.H. (1995): Linkage between sexual orientation and chromosome Xq28 in males but not in females. *Nat Genet* 11: 248 – 256.
- Hyde, S.J.; Linn, M.C. (1988): Gender differences in verbal ability: A meta-analysis. *Psychol Bull* 104: 53ff.
- Imai, A.; Horibe, S.; Fuseya, T.; Takagi, H.; Tamaya, T. (1997): Detection of SRY in a 46,XY female (Swyer's syndrome). *J Med* 28: 49 – 54.
- Imperato-McGinley, J.; Peterson, R.E.; Gautier, T.; Sturla, E. (1974): Steroid 5alpha-reductase deficiency in man: An inherited form of male pseudohermaphroditism. *Science* 186: 1213 – 1243.
- Imperato-McGinley, J.; Peterson, R.E.; Gautier, T.; Sturla, E. (1979): Androgens and the evolution of male gender identity among male pseudohermaphrodites with 5alpha-reductase deficiency. *N Engl J Med* 300: 1233 – 1237.



- Kan, A.K.; Abdalla, H.I.; Oskarsson, T. (1997): Two successful pregnancies in a 46,XY patient. *Hum Reprod* 12: 1434 – 1435.
- Karsch, F.J.; Dierschke, D.E.; Knobil, E. (1973): Sexual differentiation of pituitary function: Apparent difference between primates and rodents. *Science* 179: 484 – 486.
- Karsch-Haack, F. (1911): *Das gleichgeschlechtliche Leben der Naturvölker*. München: Verlag Ernst Reinhardt.
- Kimura, D. (1987): Are men's and women's brain really different? *Canadian Psychol* 28: 133 – 147.
- Kimura, D. (1992): Sex differences in the brain. *Scientific American*, Sept.: 119 – 125.
- Kinsey, A.; Pomeroy, W.; Martin, C. (1948): *Sexual Behavior in the Human Male*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Kinsey, A.; Pomeroy, W.; Martin, C.; Gebhard, P. H. (1953): *Sexual Behavior in the Human Female*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Klein, J. (1999): Die neuen Differenzen genießen. *Juni* 49: „Das andere Geschlecht“ von Simone de Beauvoir erscheint. *Süddeutsche Zeitung*, 13./14. 6. 1999.
- Knight, G.P.; Fabes, R.A.; Higgins, D.A. (1996): Concerns about drawing causal inferences from meta-analyses: An example in the study of gender differences in aggression. *Psychol Bull* 119: 410 – 421.
- Kula, K.; Pawlikowski, M. (1986): Gonadotropins and gonadal function in transsexualism and hypospadias. In: Dörner, G.; Mc Cann, S.M.; Martini, L. (Eds) *Systemic hormones, neurotransmitters and brain development*. *Monogr Neural Sci* 12: 69 – 74.
- Labrie, F.; Sugimoto, Y.; Luu-The, V.; Simard, J.; Lachance, Y.; Bachvarov, D.; Leblanc, G.; Durocher, F.; Paquet, N. (1992): Structure of human type II 5 alpha-reductase gene. *Endocrinology* 131: 1571 – 1573.
- Lang, S. (1995): Two-spirit People. Geschlechterkonstruktionen und homosexuelle Identitäten in indigenen Kulturen Nordamerikas. *Z Sexualforsch* 8: 295 – 328.
- Lang, S. (1991): *Männer als Frauen – Frauen als Männer: Geschlechtsrollenwechsel bei den Indianern Nordamerikas*. Hamburg: Wayasbah.
- Le Vay, S. (1991): A difference in hypothalamic structure between heterosexual and homosexual men. *Science* 253: 1034 – 1037.
- Le Vay, S. (1996): *Queer science. The use and abuse of research into homosexuality*. Cambridge, London: MIT Press.
- Lish, J.D.; Meyer-Bahlburg, H.F.L.; Ehrhardt, A.A.; Travis, B.G.; Veridiano, N.P. (1992): Prenatal exposure to Diethylstilbestrol (DES): Childhood play behavior and adult gender-role behavior in women. *Arch Sex Behav* 21: 423 – 441.
- Lloyd, B.; Archer, J. (Eds.) (1976): *Exploring sex differences*. London, New York, San Francisco: Academic Press.
- Lopez-Lopez, M.; Zenteno, J.C.; Mendez, J.P.; Kofman-Alfaro, S. (1998): Genetic heterogeneity and phenotypic variability in 46,XY sex reversal. *Rev invest Clin* 50: 171 – 176.
- Maccoby, E.E. (1998): *The two sexes. Growing up apart, coming together*. Cambridge: Harvard University Press.
- Maccoby, E.E.; Jacklin, C.N. (1974): *The psychology of sex differences*. London: Oxford University Press.
- Maccoby, E.E.; Jacklin, C.N. (1980): Sex differences in aggression. A rejoinder and reprise. *Child Develop* 51: 964 – 980.
- Malas, S.; Duthie, S.M.; Mohri, F.; Lovell-Badge, R.; Episkopou, V. (1997): Cloning and mapping of the human SOX1: A highly conserved gene expressed in the developing brain. *Mamm Genome* 8: 866 – 868.
- Manning, J.T.; Scutt, D.; Wilson, J.; Lewis-Jones, D.I. (1998): The ratio of 2nd to 4th digit length: A predictor of sperm numbers and concentrations of testosterone, luteinizing hormone and oestrogen. *Human Reproduction* 13: 300-3004.
- Maticka T. E.; Herold, E. S.; Mewhinney, D. (1998): Casual sex on spring break: Intentions and behaviors of Canadian students. *J Sex Res* 35: 254 – 264.
- Matuszczyk, J.V.; Larsson, K. (1991): Role of androgen, estrogen and sexual experience on the female rat's partner preference. *Physiology & Behavior* 50: 139 – 142.
- McConaghy, N. (1999): Unresolved issues in scientific sexology. *Arch Sex Behav* 28: 285 – 318.
- McDonald, M.T.; Flejter, W.; Sheldon, S.; Putzi, M.J.; Gorski, J.L. (1997): XY sex reversal and gonadal dysgenesis due to 9p24 monosomy. *Am J Med Genet* 73: 321 – 326.
- Mead, M. (1979): *Mann und Weib. Das Verhältnis der Geschlechter in einer sich wandelnden Welt*. Reinbeck: Rowohlt TB 12. Aufl.
- Mendonca, B.B.; Inacio, M.; Costa, E.M.; Arnhold, I.J.; Silva, F.A.; Nicolau, W.; Bloise, W.; Russel, D.W.; Wilson, J.D. (1996): Male pseudohermaphroditism due to steroid 5alpha-reductase 2 deficiency. Diagnosis, psychological evaluation, and management. *Medicine (Baltimore)* 75: 64 – 76.

- Meyer-Bahlburg, H.F.L. (1974): Aggression, androgens, and the XYY-syndrome. In: Friedman, R.C.; Richart, R.M.; Van de Wiele, R.L. (Eds) Sex differences in behavior. New York: Wiley.
- Meyer-Bahlburg, H.F.L. (1977): Sex hormones and male homosexuality in comparative perspective. *Arch Sex Behav* 6: 297 – 325.
- Meyer-Bahlburg, H.F.L. (1979): Sex hormones and female homosexuality: A critical examination. *Arch Sex Behav* 8: 101 – 119.
- Meyer-Bahlburg, H.F.L. (1984): Psychoendocrine research on sexual orientation. Current status and future options. *Prog Brain Res* 61: 375 – 398.
- Meyer-Bahlburg, H.F.L. (1996): Gender change from female to male in classical CAH. *Hormones & Behavior* 30: 319 – 332.
- Meyer-Bahlburg, H.F.L. (1997): The role of prenatal estrogens in sexual orientation. In: Ellis, L.; Ebertz, L. (Eds) Sexual orientation – toward biological understanding. Westport: Praeger Publisher, 41 – 51.
- Meyer-Bahlburg, H.F.L. (1998): Gender assignment in intersexuality. *J Psychol Human Sexuality* 10: 1 – 21.
- Meyer-Bahlburg, H.F.L.; Ehrhardt, A.A.; Rosen, L.R.; Gruen, R.S.; Veridiano, N.P.; Vann, F.H.; Neuwalder, H.F. (1995): Prenatal estrogens and the development of homosexual orientation. *Dev Psychol* 31: 12 – 21.
- Money, J. (1975): Ablatio penis: Normal male infant sex-reassigned as a girl. *Arch Sex Behav* 4: 65 – 71.
- Money, J. (1977): Determinants of human gender identity/role. In: Money, J.; Musaph, H. (Eds) *Handbook of Sexology*. Amsterdam: Excerpta medica.
- Money, J. (1988a): Gay, straight, and In-between. *The sexology of erotic orientation*. New York: Oxford University Press.
- Money, J. (1988b): The Skoptic syndrome: Castration and genital self-mutilation as an example of sexual body-image pathology. *J Psychology Human Sexuality* 1: 113 – 129.
- Money, J. (1991): Biographies of gender and hermaphroditism in paired comparison. Clinical supplement to the *Handbook of Sexology*. Amsterdam: Elsevier.
- Money, J. (1994): Zur Geschichte des Konzepts Gender Identity Disorder. *Z Sexualforsch* 7: 20 – 34.
- Money, J.; Ehrhardt, A.A. (1975): Männlich – Weiblich: Die Entstehung der Geschlechtsunterschiede. Reinbeck: Rowohlt-TB.
- Money, J.; Ehrhardt, A.A. (1972): Man and woman, boy and girl: The differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity. Baltimore: Johns Hopkins Press.
- Money, J.; Hampson, J.G.; Hampson, J.L. (1955): An examination of some basic sexual concepts: The evidence of human hermaphroditism. *Bull Johns Hopkins Hosp* 97: 301 – 319.
- Mutoh, A.; Sasagawa, I.; Tateno, T.; Sawamura, T.; Nakada, T. (1999): Long arm deletion of chromosome 10 in a boy with monorchidism. *Scand J Urol Nephrol* 33: 77 – 78.
- Nanda, S. (1994): Hijras: An alternative sex and gender role in India. In: Herdt, G. (Ed) *Third sex, third gender. Beyond sexual dimorphism in culture and history*. New York: Zone Books: 373 – 417.
- Nass, R.; Baker, S. (1991): Androgen effects on cognition: congenital adrenal hyperplasia. *Psychoneuroendocrinology* 16: 189 – 201.
- Ochoa, B. (1998): Trauma of the external genitalia in children: Amputation of the penis and emasculation. *J Urol* 160: 1116 – 1119.
- Oliver, M.B.; Hyde, J.S. (1993): Gender differences in sexuality: A meta-analysis. *Psychol Bull* 114: 29 – 51.
- Oranz, M. (1996): Not even wrong. Margaret Mead, Derek Freeman, and the Samoans. Novato: Chandler & Sharp Publ.
- Parker, K.L.; Schimmer, B.P.; Schedl, A. (1999): Genes essential for early events in gonadal development. *Cell Mol Life Sci* 55: 831 – 838.
- Pearcey, S.M.; Docherty, K.J.; Dabbs, J.M. Jr. (1996): Testosterone and sex role identification in lesbian couples. *Physiol Behav* 60: 1033 – 5.
- Perkins, A.; Fitzgerald, J.A. (1997): Sexual orientation in domestic rams: Some biological and social correlates. In: Ellis, L.; Ebertz, L. (Eds) *Sexual orientation. Toward biological understanding*. Westport: Praeger, 107 – 127.
- Pfeiffer, R.A.; Rauch, A.; Trautmann, U.; Dorr, H.G.; Hiort, O.; Scherer, G.; Rosch, G.; Papadopoulos, T.; v. d. Hardt, K.; Lachmann, E. (1999): Defective sexual development in an infant with 46, XY, der(9)t(8;9)(q23.1;p23)mat. *Eur J Pediatr* 158: 213 – 216.
- Puterbaugh, G. (Ed.) (1990): *Twins and homosexuality. A casebook*. New York, London: Garland.
- Raboch, J.; Kobilkova, J.; Horejsi, J.; Starka, L.; Raboch, J. (1987): Sexual development and life of women with gonadal dysgenesis. *J Sex Marital Ther* 13: 117 – 27.

- Raboch, J.; Starka, L. (1979): Klinefelter's syndrome: Sexual development and activity. *Arch Sex Behav* 8: 333ff.
- Rajchel, Z.; Medras, M.; Gruszka, S.; Winowski, J. (1985): Analiza cech antropometrycznych osób transseksualnych. *Polski Tygodnik Lekarski T. XL* 49: 1363 – 1364.
- Raymond, C.S.; Parker, E.D.; Kettlewell, J.R.; Brown, L.G.; Page, D.C.; Kusz, K.; Jaruzelska, J.; Reinberg, Y.; Flejter, W.L.; Bardwell, V.J.; Hirsch, B.; Zarkower, D. (1999): A region of human chromosome 9p required for testis development contains two genes related to known sexual regulators. *Hum Mol Genet* 8: 989 – 996
- Regan, P. C. (1998): What if you can't get what you want? Willingness to compromise ideal mate selection standards as a function of sex, mate value, and relationship context. *Personality Social Psychol Bull* 24: 1294 – 1303
- Reiner, W.G. (1997a): Sex assignment in the neonate with intersex or inadequate genitalia. *Arch Pediatr Adolesc Med* 151: 1044 – 1045.
- Reiner, W.G. (1997b): To be male or female – that is the question. *Arch Pediatr Adolesc Med* 151: 224 – 225.
- Reiner, W.G. (2000): Androgen exposure in utero and the development of male gender identity in genetic males reassigned female at birth. Presentation at the 2nd International behavioral development Symposium „Biological basis of sexual orientation, gender identity, and gender-typical behavior“. Minot, North Dakota, May 25 to 27 (Abstractband).
- Resko, J.A.; Perkins, A.; Roselli, C.E.; Fitzgerald, J.A.; Choate, J.V.; Stormshak, F. (1996): Endocrine correlates of partner preference behavior in rams. *Biol Reprod* 55: 120 – 126.
- Resnick, S.M.; Berenbaum, S.A.; Gottesman, I.I.; Bouchard jr., T.J. (1986): Early hormonal influences on cognitive functioning in congenital adrenal hyperplasia (CAH). *Dev Psychol* 22: 191 – 198.
- Rey, R.; Picard, J.Y. (1998): Embryology and endocrinology of genital development. *Baillieres Clin Endocrinol Metab* 12: 17 – 33.
- Rice, G.; Anderson, C.; Risch, N.; Ebers, G. (1999): Male homosexuality: absence of linkage to microsatellite markers at Xq28. *Science* 284: 665 – 667.
- Roscoe, W. (1994): How to become a Berdache: Toward a unified analysis of gender diversity. In: Herdt, G. (Ed) *Third sex, third gender. Beyond sexual dimorphism in culture and history*. New York: Zone Books, 329 – 372.
- Ruble, D.N.; Martin, C.L. (1997): Gender Development. In: Damon, W. (Ed) *Handbook of child psychology*. 5th edition. Vol. 3: Social, emotional, and personality development. (ed. by Eisenberg, N.). New York: Wiley: 933 – 1016.
- Sbrzesny, H. (1976): *Die Spiele der Iko-Buschleute*. München, Zürich: Piper.
- Scherer, G.; Held, M.; Erdel, M.; Meschede, D.; Horst, J.; Lesniewicz, R.; Midro, A.T. (1998): Three novel SRY mutations in XY gonadal dysgenesis and the enigma of XY gonadal dysgenesis cases without SRY mutations. *Cytogenet Cell Genet* 80: 188 – 192.
- Schnabl, C. (1983): Untersuchungen zur möglichen neuroendokrinen Prädisposition der Transsexualität. *Med. Diss.* A. Humboldt-Universität Berlin.
- Shankman, P. (1996): The history of Samoan sexual conduct and the Mead-Freeman controversy. *American Anthropologist* 98: 555 – 567.
- Shaywitz, B.A.; Shaywitz, S.E.; Pugh, K.R.; Constable, R.T.; Skudlarski, P.; Fulbright, R.K.; Bronen, R.A.; Fletcher, J.M.; Shankweller, D.P.; Katz, L.; Gore, J.C. (1995): Sex differences in the functional organization of the brain for language. *Nature* 373: 607 – 609.
- Sigusch, V.; Meyenburg, B.; Reiche, R. (1979): Transsexualität. In: Sigusch, V. (Hrsg) *Sexualität und Medizin*. Köln: Kiepenheuer & Witsch: 249 – 311.
- Sinclair, A.H.; Berta, P.; Palmer, M.S.; Hawkins, J.R.; Griffiths, B.L.; Smith, M.J.; Foster, J.W.; Frischauf, A.M.; Lovell-Badge, R.; Goodfellow, P.N. (1990): A gene from the human sex-determining region encodes a protein with homology to a conserved DNA-binding motif. *Nature* 346: 240 – 244.
- Singh, D.; Vidaurri M.; Zambarano, R.J.; Dabbs J.M. Jr (1999): Lesbian erotic role identification: behavioral, morphological, and hormonal correlates. *J Pers Soc Psychol* 76: 1035 – 49.
- Sipova, I.; Starka, L. (1977): Plasma testosterone values in transsexual women. *Arch Sex Behav* 6: 477 – 481.
- Sippell, W.G.; Knorr, D. (1991): Erkrankungen der endokrinen Drüsen. In: Betke, K.; Künzer, W.; Schaub, J. (Hrsg) *Lehrbuch der Kinderheilkunde*. Stuttgart New York: Georg Thieme Verlag 6. Aufl: 649 – 699.
- Slijper, F.M.E.; Drop, S.L.S.; Molenaar, J.C.; de Muinck Keizer-Schrama, S.M.P.F. (1998): Long-term psychological evaluation of intersex children. *Arch Sex Behav* 27: 125 – 144.
- Sommer, V. (1990): *Wider die Natur? Homosexualität und Evolution*. München: C.H.Beck.
- Speiser, P.W.; New, M.I.; Tannin, G.M.; Pickering, D.; Yang, S.Y.; White, P.C. (1992): Genotype of Yupik Eskimos with congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. *Human Genetics* 88: 647 – 648.

- Street, M. (1989): Jäger und Schamanen. Mainz: Verlag des Römisch-Germanischen Zentralmuseums.
- Stumpf, H.; Eliot, J. (1995): Gender-related differences in spatial ability and the k factor of general spatial ability in a population of academically talented students. *Person Indiv Diff* 19: 33 – 45.
- Stumpf, H.; Jackson, D.N. (1994): Gender-related differences in cognitive abilities: Evidence from medical school admissions testing program. *Person Individ Diff* 17: 335 – 344.
- Su, H.; Lau, Y.F. (1993): Identification of the transcriptional unit, structural organization, and promoter sequence of the human sex-determining region Y (SRY) gene, using a reverse genetic approach. *Am J Hum Genet* 52: 24 – 38.
- Suzuki, Y.; Sasagawa, I.; Nakada, T.; Onmura, Y. (1999): Bilateral cryptorchidism associated with terminal deletion of 10q. *Urol Int* 61: 186 – 187.
- Swaab, D.F.; Fliers, E. (1985): A sexually dimorphic nucleus in the human brain. *Science* 228: 1112 – 1115.
- Swaab, D.F.; Hofmann, M.A. (1988): Sexual differentiation of the human hypothalamus: Ontogeny of the sexually dimorphic nucleus of the preoptic area. *DEV Brain Res* 44: 314 – 318.
- Swaab, D.F.; Hofmann, M.A. (1990): An enlarged suprachiasmatic nucleus in homosexual men. *Brain Res* 537: 141 – 148.
- Swaab, D.F.; Hofmann, M.A.; Lucassen, P.J.; Purba, J.S.; Raadsheer, F.C.; Van de Neus, J.A.P. (1993): Functional neuroanatomy and neuropathology of the human hypothalamus. *Anat Embryol* 187: 317 – 330.
- Swaab, D.F.; Roozendaal, B.; Ravid, R.; Velis, D.N.; Gooren, L.; Williams, R.S. (1987): Suprachiasmatic nucleus in aging, Alzheimer's disease, transsexuality and Prader-Willi syndrome. *Prog Brain Res* 72: 301 – 310.
- Theilgaard, A. (1984): A psychological study of the personalities of XYY- and XXY-men. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Suppl.* 315: 1 – 133.
- Voyer, D.; Voyer, S.; Bryden, M.P. (1995): Magnitude of sex differences spatial abilities: A meta-analysis and consideration of critical variables. *Psychol Bull* 117: 250 – 270.
- Wallen, K. (1996): Nature needs nurture: The interaction of hormonal and social influences on the development of behavioral sex differences in rhesus monkeys. *Hormones & Behavior* 30: 364 – 378.
- Whitam, F.L. (1980): The prehomosexual male child in three societies: The United States, Guatemala, Brazil. *Arch Sex Behav* 9: 87 – 99.
- Whitam, F.L. (1983): Culturally invariable properties of male homosexuality: Tentative conclusions from cross-cultural research. *Arch Sex Behav* 12: 207 – 220.
- Whitam, F.L.; Daskalos, C.; Sobolewski, C.G.; Padilla, P. (1998): The emergence of lesbian sexuality and identity cross-culturally: Brazil, Peru, the Philippines, and the United States. *Arch Sex Behav* 27: 31 – 56.
- Whiting, B.B. (1979): Contributions of anthropology to the study of gender identity, gender role, and sexual behavior. In: Katchadourian, H.A. (Ed) *Human sexuality. A comparative and developmental perspective*. Berkeley: University of California Press: 320 – 331.
- Whiting, B.B.; Whiting, J.W.M. (1975): *Children of six cultures*. Cambridge: Harvard University Press.
- Wieacker, P.; Flecken, U.; Breckwoldt, M. (1992): Ein Fall von pseudovaginaler, perineoskrotaler Hypospadie mit 5alpha-Reduktase Defizienz. *Geburtsh & Frauenheilkde* 52: 126 – 128.
- Williams, J.T.; Pepitone, M.E.; Christensen, S.E.; Cooke, B.M.; Huberman, A.D.; Breedlove, N.J.; Breedlove, T.J.; Jordan, C.L.; Breedlove, M. (2000): Finger-length ratios and sexual orientation. *Nature* 404: 455 – 456.
- Wilcox, A.J.; Baird, D.D.; Weinberg, C.R.; Hornsby, P.P.; Herbst, A.L. (1995): Fertility in men exposed prenatally to diethylstilbestrol (DES). *N Engl J Med* 332: 1411 – 1416.
- Wyler, J.; Battegay, R.; Krupp, S.; Rist, M.; Rauchfleisch, U. (1979): Der Transsexualismus und dessen Therapie. *Schweizer Arch Neurol Neurochir Psychiatr* 124: 43 – 58.
- Zhou, J.N.; Hofman, M.A.; Gooren, L.J.; Swaab, D.F. (1995): A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature* 378: 68 – 70.
- Zucker, K.J. (1996): Commentary to M. Diamond: Prenatal predispositions and the clinical management of some pediatric conditions. *J Sex Marital Ther* 22: 148 – 160.
- Zucker, K.J.; Bradley, S.J. (1995): *Gender identity disorders and psychosexual problems in children and adolescents*. New York; London: Guilford Press.
- Zumkley, H. (1994): The stability of aggressive behavior: A meta-analysis. *German J Psychol* 18: 273 – 281.

**Anschrift des Autors**

Priv.-Doz. Dr. med. Hartmut A. G. Bosinski, Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle, Klinikum der Christian-Albrechts-Universität, Arnold-Heller-Str. 12, 24105 Kiel

# Prostitution in Deutschland um die Jahrtausendwende

## Empirische Befunde zu einem sozialrechtlichen Dilemma

### Prostitution in Germany at the Turn of the Millenium

R. Wille, Th. J. Hansen

#### Zusammenfassung

In einer empirischen Untersuchung der Prostitutionsszene in Flensburg wurden 1987/88 alle beim Gesundheitsamt registrierten Prostituierten persönlich angesprochen und 72 (von 98 bzw. 84) anhand eines standardisierten Erhebungsbogens interviewt. Neben den Ergebnissen zur Einstiegsmotivation und den persönlichen Perspektiven, zum Informationsgrad über sexuell übertragbare Krankheiten, zu den Wünschen und dem Verhalten bei der Kondombenutzung wurde speziell die unsichere Absicherung im Krankheitsfall und die nur bei 17% (11% fehlende Angaben) vorhandene Rentenversicherung erfragt.

Bei einer Aktualisierung zehn Jahre später ergab sich durch Befragen von Betreuern im Sozial- und Gesundheitsamt sowie bei der Polizei, dass seit 1994 nicht nur die Kontrolluntersuchungen eingestellt, sondern auch eigenverantwortete Projekte zur Arbeitsplatzsicherung beendet wurden. Zudem entwickelt sich eine durch Zuhälterringe organisierte verdeckte und extrem profitorientierte „neue“ Appartementprostitution mit osteuropäischen Frauen, bei denen eine überdurchschnittliche HIV-Prävalenz befürchtet wird. Weil das ab Januar 2001 gültige Seuchenrechts-Neuregelungsgesetz die bis dahin obligatorische Kontrolluntersuchung nicht mehr vorsieht, wird zur Abwehr dieser Infektionsgefahr eine Krankenversicherungspflicht für alle in Deutschland arbeitenden Prostituierten vorgeschlagen, für die der Gesetzgeber schnellstmöglich die sozialrechtlichen Voraussetzungen schaffen sollte.

*Stichworte:* Prostitution, Kondombenutzung, HIV-/Aids-Prävention, Kranken- und Rentenversicherung, Gesetzeslage

#### Abstract

Based on a survey of 1987/88 by interviewing 72 out of 98 registered prostitutes, the social and legal situation, motivation, entrance and prospects, and especially social and private insurance were examined as well as the demands and behaviour of their suitors, to their using of condoms including the knowledge about endanntengering of health. Remarkable is the puritanic and puritanical official attitude toward the prostitutes on the one hand, and on the other hand the fact of demanding and getting taxes on „immoral activities“. Under the aspects of increasing danger by STD – especially HIV – infected prostitutes from Eastern Europe, Parliament in Berlin was urged, to introduce for all of prostitutes in Germany an obligatory membership of insurance.

*Keywords:* Prostitution, Condom-use, HIV-/Aids-Prevention, Health insurance, Jurisdiction

## 1. Historischer Abriss und Problemstellung

Mit dem Auftreten der pandemischen Infektionskrankheit HIV/Aids und ihrem überwiegend sexuellen Übertragungsweg gerät die Prostitution wieder stärker in das Zentrum öffentlicher Diskussionen, weil sie traditionell den Ruf innehat, hauptverantwortlich für die Verbreitung sexuell übertragbarer Krankheiten zu sein. Die Prostitution gilt als „das älteste Gewerbe der Welt“, ist also ein zunächst soziologisches, aber dann auch ein sexualwissenschaftliches und geschlechterpsychologisches, letztlich ein anthropologisches Phänomen. Prostitution sollte deshalb nur vor dem jeweiligen gesellschaftlichen, in erster Linie religiös-staatsrechtlichen und geschlechterstrukturellen historischen Hintergrund gesehen und interpretiert werden. Da sich die rechtlichen und kulturellen Rahmenbedingungen der Staaten und Völker weltweit durch außerordentliche Vielfalt auszeichnen und im Laufe der uns bekannten Menschheitsgeschichte umwälzenden Wandlungen unterliegen, erscheint es unangemessen, von *der* Prostitution zu sprechen. Seit jeher zeigt sie vielfältige Formen: Von der babylonischen Tempelprostitution („Gottesbräute“) und den Sklavendirnen der klassischen Antike über die einem „Hurenweibel“ unterstehenden Troßweiber in den mittelalterlichen Söldnerheeren, im sinnensfrohen Rokoko die großen Amoureußen und Maitressen, Kokotten und Kurtisanen, dann zu den Armutsprostituierten des großstädtischen Industriezeitalters und, in unserem Jahrhundert, zu den Zwangsinsassinnen von Soldatenbordellen in Ost und West bis hin zu den deutschen „Ami-Nutten“ der Nachkriegsjahre.

Neben dieser historischen Grobskizze sei noch die Bandbreite im Ambiente der „käuflichen Liebe“ und des „Gunstgewerbes“ erwähnt: Es erstreckt sich von ausgesuchten Callgirls für hochgestellte Staatsgäste und wichtige Wirtschaftspartner auf der einen Seite über die Anmierdamen in Bars, die Bewohnerinnen von Eros-Centern bis zu landläufigen Huren im Bordell oder auf dem Straßenstrich. Die Prostitutionsszene im vereinten Deutschland prägen mehr und mehr überseeische und osteuropäische Prostituierte, die von organisierten Zuhältern angeworben und eingeschleust sowie über internationale Ringe verschoben und gehandelt werden.

Nach der klassischen Definition – *Coitus palam* (öffentlich), *passim* (auf Verlangen), *sine delectu* (wahllos), *pecunia accepta* (gegen Entgelt), *jugiter* (gewohnheitsmäßig) – ist Prostitution die gewerbsmäßige Hingabe des Körpers zur Befriedigung sexueller Triebe des zahlenden Partners. Peep-Show und Telefonsex werden damit ebenso wenig erfasst wie stundenweise bezahlte sexuell-erotische Gespräche mit Prostituierten ohne Körperkontakt. Derselbe inhaltliche Vorbehalt gilt auch für die Formulierung von Bernsdorf (1971): Die Prostitution ist eine geregelte und sozial gebilligte und geduldete Einrichtung in herrschaftlich organisierten Gesellschaften, die dem Mann und der Frau außerhalb monogamer oder polygamer Eheformen in historisch wechselnder Gestalt neben- oder außerehelichen Geschlechtsverkehr ermöglicht, wobei der eine Partner seinen Körper gewohnheitsmäßig oder gelegentlich preisgibt, wenn ihm materielle Vorteile dafür gewährt werden.

Vor über 100 Jahren taten sich die Mütter der englischen Oberschicht zusammen, die sich nicht länger damit abfinden wollten, daß die von ihnen sorgfältig erzogenen Söhne beim Studium in Oxford oder Cambridge sich eine Syphilis akquirierten und einige Jahre später an Tabes erkrankten oder als Paralytiker jämmerlich zugrunde gingen. Zu diesen gesundheitlichen Präventivvorstellungen, dem kollektiven Schutz vor Geschlechtskrankheiten, stieß dann die antipatriarchalische Stoßrichtung der „Suffragetten“, die über gleiche Wahlrechte hinaus generell eine Gleichwertigkeit von Frau und Mann einforderten. Die von Jo-



sophie Butler angeführte Bewegung des Abolitionismus verfocht nicht nur anti-reglementaristische Vorstellungen, sondern wollte auch die Ungleichbehandlung abschaffen, daß die männlichen Nutznießer des Bordellwesens anonym und ohne Verantwortung bleiben und ein geringeres Risiko eingehen als die gesellschaftlich diffamierten, kasernierten, gesundheitlich und strafrechtlich gefährdeten „Huren“. In Dänemark wurde schon 1906 und in Holland bereits vor vielen Jahren die Gleichheit der Geschlechter durch Aufhebung der Strafbarkeit erreicht, während in Schweden erst 1998 die jahrzehntelange Forderung sozialdemokratischer Frauenverbände Gesetz wurde (Kvinnofrid), daß nunmehr dort auch die Freier strafbar sind, nicht aber umgekehrt Frauen, wenn diese einen „Lover“ für stundenweise Sexdienste mieten und bezahlen. Der schwedische Gesetzentwurf richtet sich in erster Linie gegen die Beschaffungsprostitution und geht von 2500 weiblichen Prostituierten, davon 650 Straßendirnen aus. In den Niederlanden ist ab 01.10.2000 der „Beruf Hure“ rechtlich anerkannt, so dass die dortigen etwa 6.000 Prostituierten nunmehr keinen sozialrechtlichen Einengungen, dafür aber den üblichen steuerrechtlichen Verpflichtungen unterliegen. Wenn man diese Zahlen entsprechend den Einwohnerzahlen (Schweden gut 8, Holland gut 15 Mio.) auf die Bundesrepublik überträgt, käme man auf 25- bis 40.000 in Deutschland. Ihre hiesigen Interessenvertretungen, wie etwa Hydra (1988), gehen von 450.000 Huren in Deutschland aus, die gelegentlich oder gewohnheitsmäßig von 75% der sexuell aktiven Männer (das wären mindestens 25 Mio.) aufgesucht werden.

## 2. Zivil-, straf- und sozialrechtliche Situation

Die Rechtslage in Deutschland ist widersprüchlich, inkonsequent und zugleich gesundheitspolitisch äußerst fragwürdig. Die – im Sexualstrafrecht 1969 und 1973 eliminierte, weil der theokratischen Rechtstradition entstammende – „Unzucht“ lebt nur noch in dem Begriff der Gewerbsunzucht weiter. Unzüchtiges verstößt gegen die guten Sitten. Unsittliches kann nicht Inhalt eines Rechtsgeschäftes sein. Das Wort Prostituierte ist durch die irreführende Bezeichnung HwG-Person (häufig wechselnde Geschlechtspartner) ersetzt, aber Hurerei ist kein Beruf, ist keine kranken- oder rentenversicherungspflichtige oder –fähige Tätigkeit; das sogenannte „älteste Gewerbe“ ist gar kein Gewerbe, aber eine einkommensteuerpflichtige Erwerbstätigkeit. Prostitution ist – schon strafrechtsdogmatisch und erst recht faktisch – ein nur bedingt strafwürdiges Delikt. Denn würde Prostitution generell verboten und bestraft, müßten auch in Deutschland die Freier als „notwendige Teilnehmer“ mit Bestrafung rechnen.

Die meist halbherzigen Versuche aus dem Lager der politischen Parteien (Ausnahme: die „Grünen“), die Situation der Prostituierten in Deutschland zu verbessern, sind bisher gescheitert, nicht zuletzt, weil aus der anachronistischen Sittenwidrigkeit und der daraus folgenden Nichtigkeit des sexuellen Dienstvertrages für alle Beteiligten auch faktische Vorteile erwachsen: Aus der Nichtigkeit leitet sich die „Nicht-Einklagbarkeit des vereinbarten Dirnenlohnes“ ab. Damit wird die traditionelle Vorabkasse gerechtfertigt und dem Kunden auch die rechtliche Unverbindlichkeit seines Bordellbesuches gesichert, die ihn vor Klagezustellungen ins „traute Heim“ zu Augen und Ohren der Ehefrau schützt. Weil Zivilansprüche ausgeschlossen sind, entgehen auch Richter der Belastung, in einem für sie fremden Milieu und mit keineswegs immer idealen Zeugen und von intransparenten Interessen geleiteten Prozeßparteien eine juristisch saubere Beweisaufnahme, etwa über den Inhalt und die Erfüllung des Dienstvertrages zwischen der Prostituierten und ihrem Freier, durch-

zuführen und zu einem juristisch haltbaren Urteil zu gelangen. Diese zivilrechtliche Nichtbefassungsstrategie wird auch durch Erfahrungen der Ermittlungs- und Strafbehörden gestützt: Fast alle polizeilichen Anzeigen wegen zum Teil massiver schwerer und gefährlicher Körperverletzung oder Freiheitsberaubung verlaufen im Sande, weil nach einiger Zeit Täter und Opfer als „Verlobte“ die Aussage verweigern oder nicht auffindbar sind (Trojan 1990).

Weder wissenschaftlich noch erkenntnistheoretisch erscheint es überhaupt möglich, das Gesamtphänomen der „käuflichen Liebe“ einigermaßen repräsentativ zu erfassen. Allein schon wegen der heimlichen (klandestinen) Prostitution ist nicht einmal eine bundes- oder gar europaweite Momentaufnahme der Prostitutionsszene denkbar. Sie scheitert schon an den nicht-repräsentativen Stichproben und dem Facettenreichtum bis hin zu definitorischen Abgrenzungsproblemen. Selektive Wahrnehmung nach Alter und Geschlecht, nach konservativer oder progressiver Einstellung, aber auch nach dem erfassten Teilausschnitt müssen zu völlig gegensätzlichen Aussagen führen. Man glaubt mitunter, daß es sich um verschiedene Städte und Situationen handelt, je nachdem, ob man die Prostituierten selbst befragt, bei den Freiern eine repräsentative Stichprobe nimmt, die Betreuer im Gesundheitsamt über ihre jahrelangen Erfahrungen sprechen läßt oder nur in der Nähe der „sündigen Meilen“ stationierte Taxifahrer.

### 3. Methodik

Zielgruppe unserer Studie waren die beim Flensburger Gesundheitsamt gemeldeten Prostituierten, die sich seinerzeit (1987/88) noch wöchentlich zur Kontrolluntersuchung auf Geschlechtskrankheiten dort einfanden und die auch als einzige indirekte Informationsquelle für Freierverhalten sowie für die nicht gemeldete Prostitution und Zuhälterei erreichbar waren. Nach Formulierung der Leitgedanken und Ziele unserer betont deskriptiven Arbeit wurde eine Totalerhebung durch mündliche Befragung (Interview) anhand eines standardisierten Fragebogens angestrebt.

Während des Befragungszeitraumes von Anfang Oktober 1987 bis Ende September 1988 waren insgesamt 98 Prostituierte gemeldet (Oktober 1987: 84, September 1988: 71, durchschnittlich 79). Berücksichtigt sind auch Prostituierte, die nur einmal im Gesundheitsamt erschienen und danach offenbar Flensburg wieder verließen. Nur 2 Frauen lehnten eine Befragung ohne eindeutige Angabe von Gründen ab, wenige äußerten sich zurückhaltend. Die überwiegende Mehrzahl erklärte ihre spontane Bereitschaft und äußerte Genugtuung darüber, „die Betroffenen selber einmal zu Wort kommen zu lassen“.

Die vereinbarten Interviews fanden entweder im Gesundheitsamt durch den Zweitautor oder in der Praxis eines niedergelassenen Dermatologen durch eine dort hospitierende Kollegin statt, und zwar überwiegend nachmittags unter vier Augen und dauerten zwischen einer und anderthalb Stunden. Als sich herausstellte, dass circa 50% der vereinbarten Termine nicht eingehalten wurden, weil viele Prostituierte ungern ihre Freizeit dazu verwenden wollten, wurde als Alternative eine ergänzende telefonische Befragung während der Arbeitszeit an den späten Abendstunden angeboten. Diese telefonischen Interviews stellten sich als sehr erfolgreich heraus, weil die Frauen während der Wartezeit auf Kundschaft über viel Zeit verfügten, so dass sich oft lange und für die Abrundung des Gesamtbildes äußerst ergiebige Gespräche entwickelten. Telefonisch wurden 34 Frauen befragt.

Von den insgesamt 98 gemeldeten Prostituierten wurden 72 (fern-)mündlich nach dem Fra-

gebogenschema interviewt. Dies ergibt eine Responderquote von 71%. Außer den 2 Frauen, die eine Befragung abgelehnt hatten, hielten die restlichen 24 Prostituierten wiederholt die vereinbarten Termine nicht ein oder hielten sich nur sehr kurz in Flensburg auf. Die Aktualisierung durch Exploration der langjährigen Kenner der Flensburger Rotlicht-Szene im Gesundheits- und Sozialamt sowie der Polizei gibt den Stand vom Sommer 1999 wieder.

## 4. Ergebnisse

### 4.1. Die einzelnen Standorte des Flensburger Rotlicht-Bezirk (Stand 1987/88)

#### **Oluf-Samson-Gang (Bordell- oder Puffstraße)**

Traditionell gewachsener Standort der Prostitution ist der am Flensburger Hafen gelegene mittelalterliche Oluf-Samson-Gang mit nebeneinander liegenden, für flanierende Kunden einsehbaren separaten Arbeitsräumlichkeiten.

Die dort arbeitenden, fast ausschließlich einheimischen 30 bis 35 Prostituierten schätzen die „Straße“ mit ihrem unverwechselbaren Charakter als „günstigsten und humansten Puff Deutschlands“.

#### **Eros-Center**

Das Eros-Center liegt in räumlicher Nähe zur Bordellstraße. Die Prostituierten – meist aus der Karibik – müssen täglich rund 150,- DM für ein Zimmer und zusätzliche Abgaben für die Bewirtschaftung entrichten. 1987/88 mieteten sich nur noch 6 bis 8 Frauen (rund 10% der gemeldeten Prostituierten) meist nur für kurze Zeit ein. Wenige länger dort arbeitende Prostituierte sind hoch verschuldet, weil sie die Festkosten bei schlechterer Geschäftslage nicht aufbringen können und dadurch in immer größere Abhängigkeit von Zuhältern geraten. Die Kontaktaufnahme zu den Freiern findet rund um die Uhr in einem sogenannten „Kontakt-hof“ statt.

#### **Appartement**

Die Appartementprostitution mit 23 bis 25 Frauen (rund 30% der registrierten Prostituierten) ist über die ganze Stadt verteilt. Die Frauen mieten für rund 1.000,- DM Miete Wohnungen oder Appartements, in denen sie auch privat zu Hause sind. Sie geben in Flensburger Zeitungen Kontaktanzeigen auf und werden von interessierten Männern angerufen. Der größte Teil dieser einheimischen Prostituierten in diesem Beschäftigungsbereich hat gute Einkünfte und kann es durch Terminabsprachen einrichten, vor- oder nachmittags nur wenige Stunden zu arbeiten. Fast alle gehen nur an Wochentagen ihrer Beschäftigung nach und pausieren während eines Jahres häufiger. Diese Bedingungen sind besonders günstig für alleinstehende Frauen, die noch Kinder zu versorgen haben.

#### **Bar/Club**

Der Beschäftigungsbereich Bar/Club rekrutiert sich 1987/88 aus 17 bis 20 Frauen (rund 20% der gemeldeten Prostituierten) in 4 Nachtbars mit Séparées und einem Barbetrieb mit Saunaclub. Die Prostituierten – je zur Hälfte in- bzw. ausländisch – sind auf Provisionsbasis angestellt, d.h. sie sind am Verzehr der Kundschaft beteiligt. In den sehr hohen Getränkepreisen ist der Geschlechtsverkehr im Séparée enthalten. Sonderleistungen, wie besondere Praktiken und die Überschreitung der üblichen Zeit, können von den Prostituierten

extra abgerechnet werden. Die Arbeitszeiten sind überwiegend jede Nacht (außer Sonntag) von 20.00 Uhr abends bis 05.00 Uhr morgens.

### **Straßenstrich**

1987 hat sich in Flensburg ein bescheidener Straßenstrich etabliert, der nur von 2 bis 3 Prostituierten aufrechterhalten wird. Stricher waren während des Befragungszeitraumes nicht im Gesundheitsamt Flensburg gemeldet.

### **Nicht gemeldete gewerbsmäßige Prostitution und Gelegenheitsprostitution**

Die Prostituierten mit guter Kenntnis der Flensburger Szene schätzten, dass im Erhebungszeitraum bis zu 50 Frauen nicht gemeldet gewerbsmäßig der Prostitution nachgehen, aus Sicht der Polizei dagegen handelt es sich maximal um 20 bis 30 Frauen. Diese sogenannten „klandestinen“ Prostituierten verdienen temporär so zumindest einen Teil ihres Lebensunterhalts, in der Regel im Privatbereich mit eigenem Kundenstamm.

Daneben existiert eine in der Größenordnung und Bandbreite nicht einschätzbare Gelegenheitsprostitution, z.B. im Dunstkreis der Discotheken. Im Gegensatz zu den Großstädten wird es von den Prostituierten im gut überschaubaren Flensburg als sehr schwer eingeschätzt, längere Zeit unbemerkt im Gewerbe tätig zu sein.

Diese Gelegenheitsprostituierten werden als missliebige Konkurrenz gesehen, weil sie nicht zu ihrer Tätigkeit stehen, heimlich arbeiten und auf keinen Fall von den Gesundheitsbehörden erfaßt werden wollen. Sie besitzen wenig Berufserfahrung und geringes Gesundheitsbewußtsein bei häufigem gesundheitlichen Risikoverhalten; sie missachten die Regeln des Geschäftes, arbeiten häufiger ohne Schutz, verderben dadurch die Preise und setzen sich vermehrt der Gefahr von sexuell übertragbaren Krankheiten aus. Die professionellen Prostituierten befürchten, diese Freier könnten sexuell übertragbare Krankheiten zu ihnen verschleppen.

Aufgrund der hier lediglich möglichen (Häufigkeits-)Schätzung dieses Bereichs der Gesamtprostitution fehlt im folgenden seine statistische Berücksichtigung.

## **4.2. Altersverteilung**

Das Durchschnittsalter aller im Oktober 1987 in Flensburg gemeldeten 84 Prostituierten betrug 34 Jahre, in den Bereich Bordellstraße und Eros-Center durchschnittlich 38 Jahre, in Bar/Club- sowie im Appartementbereich gut 30 Jahre. Die jüngste Prostituierte ist 19, die älteste 67 Jahre alt.

**Tabelle 1:** Prostitutionsszene in Flensburg (1987/88) – Tätigkeitsbereiche

	<b>Registrierte Prostituierte (n)</b>	<b>Prozent (%)</b>
Bordellstraße	30-35	40
Eros-Center	6-8	10
Bars / Club	17-20	20
Appartements	23-25	30
Straßenstrich	2-3	<5

**Tabelle 2:** Altersverteilung der im Oktober 1987 gemeldeten Prostituierten

	Anzahl (N)	Alter, von – bis	Durchschnittsalter
Bordellstraße	32	23-67	38
Eros-Center	7	22-44	38
Appartement	24	19-62	30,5
Bar / Club	21	19-67	30,8
Gesamt	84	19-67	34

### 4.3. Beschäftigungsdauer

Mit einer durchschnittlichen gesamten Beschäftigungsdauer von 12,5 Jahren im Gewerbe liegen die Prostituierten in der Bordellstraße vor ihren Kolleginnen in den Bars und Clubs mit 8,3 Jahren, Eros-Center mit 7,5 Jahren und Appartement mit 4,4 Jahren. Ein ähnliches Bild gibt die durchschnittliche Beschäftigungsdauer in Flensburg. Auch hier sind die Prostituierten in der Bordellstraße mit 7,5 Jahren am längsten tätig, es folgen die Bars und Clubs mit 5,3 Jahren, der Appartement mit 3 Jahren, das Eros-Center mit 2,3 Jahren. Eine Prostituierte aus der Bordellstraße arbeitet seit 44 Jahren im Gewerbe.

Somit sind die Prostituierten in der Bordellstraße nicht nur durchschnittlich die ältesten, sondern auch die ortstreuesten und erfahrensten, gefolgt von den Frauen im Bereich Bar / Club. Die Prostituierten im Eros-Center sind zwar meist schon lange im Geschäft, halten sich aber nur sehr kurz in Flensburg auf. Die Appartement-Prostituierten sind die jüngsten, am kürzesten im Gewerbe und wechseln häufig.

**Tabelle 3:** Dauer der Tätigkeit der im Oktober 1987 gemeldeten Prostituierten (N=84)

	Jahre
Bordellstraße	12,5
Bars / Clubs	8,3
Eros-Center	7,5
Appartement	4,4

### 4.4. Einstiegsort und Ortswechsel

47% der befragten Prostituierten stiegen in Flensburg ins Gewerbe ein und haben ständig hier gearbeitet. Von den Prostituierten in Bars und Clubs begannen sogar 70% in Flensburg. Im Gegensatz dazu sind alle Prostituierten aus dem Eros-Center in anderen Städten eingestiegen.

Von den 53% der Prostituierten, die vorher in anderen Städten tätig waren, kamen nur sehr wenige aus Kleinstädten. Hier fällt auf, daß die einzelnen Beschäftigungsbereiche im Austausch mit bestimmten Großstädten stehen. Die zugewanderten Prostituierten in der Bordellstraße waren fast alle vorher in Hannover beschäftigt, im Eros-Center und im Bereich Bar/Club kamen alle aus Düsseldorf und im Appartementbereich überwiegend aus Hamburg. Plausibel erscheinen die Hinweise, daß Zuhälterringe in den genannten Großstädten die Prostituierten nach Flensburg vermitteln und sie nach einiger Zeit wieder austauschen. Die 53% der Prostituierten, die vorher in anderen Städten beschäftigt waren, haben im Durchschnitt zweimal vorher den Beschäftigungsort gewechselt, einige bis zu fünfmal.

#### 4.5. Wechsel der Beschäftigungsbereiche

Zwei Drittel der Prostituierten in den Bereichen Eros-Center, Bordellstraße und Appartement arbeiteten seit ihrem Einstieg ins Gewerbe ständig dort. Die übrigen begannen ihre Karriere fast immer in Bars und Clubs, wohingegen keine andere dort hin wechselte, die woanders ihren Einstieg gefunden hatte.

#### 4.6. Familienstand, Partnerschaft und Kinder

20% der Flensburger Prostituierten sind verheiratet und leben auch mit dem Ehepartner zusammen, 7 dagegen vom Ehemann getrennt und weitere 20 sind geschieden. Während von diesen 34 jemals verheirateten Prostituierten 24 eigene Kinder haben, sind es nur 6 bei den Ledigen. Insgesamt haben damit 30 von 72 Prostituierten eigene Kinder, und zwar insgesamt 50 bis zu einem Alter von 18 Jahren, von denen 26 bei der Mutter, 24 bei Verwandten leben.

**Tabelle 4:** Interviewte Stichprobe Flensburger Prostituierte (N=72) – Partnerschaft und Kinder

	In %	N =	N mit eigenen Kindern
<b>Verheiratet</b>	<b>47</b>	<b>34</b>	24
Zusammenlebend	20	15	
Getrennt / geschieden	27	19	
<b>Ledige</b>	<b>53</b>	<b>38</b>	6
Feste Partner	23	17	
Wechselnde Partner	25	18	
Partnerinnen	5	3	
<b>Kinder &gt;18 Jahre</b>			30 mit 50 Kindern
Mit der Mutter lebend	52		26
Bei Verwandten / Heim	48		24

Die Prostituierten mit Familie legen stärkeren Wert auf Geheimhaltung sowie strikteste Trennung zwischen Arbeit und Familienleben. Prostituierte mit Kindern erwägen häufig den Ausstieg, bevor die Kinder schulpflichtig werden. Zwei ältere, inzwischen volljährige Töchter von Prostituierten gehen inzwischen selbst dem Gewerbe nach, bis hin zum extremen Beispiel, bei dem der Sohn als Zuhälter für seine Mutter fungiert.

Neben den 20 verheirateten Prostituierten, die mit dem Ehepartner zusammenleben, geben 50% eine feste Beziehung zu einem Mann an.

Übereinstimmende Äußerungen einiger Prostituierte außerhalb des standardisierten Befragungsrahmens lassen darauf schließen, dass sie gegenüber den Männern, mit denen sie eine private Beziehung unterhalten, die Tätigkeit im Gewerbe ausklammern. Von diesen Männern erhoffen sich die Frauen Achtung, Liebe, Zärtlichkeit und sexuelle Befriedigung, nicht so selten aber illusionär, weil ihre Partner diese Situation konsequent ausnutzen. Nach außen dient der Mann als Prestigeobjekt, wird ausstaffiert und vorgeführt. Diese Art von Beziehungen wird von Prostituierten als „weiche Zuhältereie“ bezeichnet.

5% der Prostituierten geben an, ständig mit einer Partnerin zusammen zu leben. Lesbische Neigungen und Verachtung für Männer sind die Hauptgründe.



#### 4.7. Soziale und private Absicherung

##### Krankenversicherung

Für Prostituierte besteht keine offizielle Möglichkeit, geschweige denn eine Pflicht zur Krankenversicherung; 20% sind nicht krankenversichert. 33% sind Mitglieder einer gesetzlichen Krankenversicherung, einige als angestellte Bardamen, in den meisten Fällen jedoch mit einem falsch angegebenen Beruf, weil anderenfalls die Krankenkasse eine Aufnahme ablehnen würde.

10% sind als Familienangehörige bei den Ehemännern mitversichert.

14% sind freiwillige Mitglieder einer gesetzlichen Krankenversicherung, die sich meist an eine versicherungspflichtige Beschäftigung anschloss, was weitgehend in der Szene unbekannt ist.

Private Krankenkassen nehmen Prostituierte nicht unter Vertrag, es sei denn unter falscher Berufsangabe oder mit hohen Risikoaufschlägen, so dass nur 20% dort privatversichert sind.

3% sind über das Arbeitsamt oder Sozialamt abgesichert.

##### Rentenversicherung

Weil auch hier keine Versicherungspflicht besteht, sind nur 17% der Flensburger Prostituierten sicher rentenversichert. Die 11% „fehlende Angabe“ müssen mutmaßlich den 72% ohne Rentenversicherung zugerechnet werden.

35% haben Lebensversicherungen, meist mit niedrigen Summen (z.B. 25.000,- DM) abgeschlossen.

Nur 2% gaben an, Vermögen oder Immobilien zu besitzen. Über die Höhe und die Ursachen finanzieller Verpflichtungen und Schulden waren nur schwer präzise Angaben zu erhalten. Eine allgemeine Pflegeversicherungspflicht existierte seinerzeit noch nicht.

**Tabelle 5:** Interviewte Stichprobe Flensburger Prostituiertes (N=72) – Soziale Absicherung

<b>Krankenversicherung</b>	<b>In %</b>
Ohne Versicherung	20
Unter falscher Berufsbezeichnung	33
Durch Ehemann versichert	10
Freiwillig versichert	14
Durch Sozialamt versichert	3
Privat	20
<b>Rentenversorgung</b>	
Vorhanden	17
ohne	72
Fehlende Angabe	11
<b>Private Absicherung</b>	
Eigentum	2
Lebensversicherung <25.000 DM-Verträge	35
Ohne	60

##### Alter und Motivation für den Einstieg in die Prostitution

Mit durchschnittlich 24 Jahren steigen die Prostituierten ins Gewerbe ein, die jüngste mit 16, die älteste mit 49 Jahren, meist angeregt und eingeführt durch Freundinnen oder Bekannte.

Als Motivation werden überwiegend finanzielle Probleme angegeben, entweder selbstverursachte Schulden oder Verschuldung nach Scheidung. Wenn das Einkommen knapp über dem Sozialhilfesatz liegt, lockt die Möglichkeit, ohne Ausbildung und regelmäßige Arbeit relativ viel Geld zu verdienen und sich mehr leisten zu können.

Neben den finanziellen Gründen spielt Unabhängigkeit von Arbeitszeiten und von den Zwängen eines festen Arbeitsplatzes eine wichtige Rolle, ins Gewerbe einzusteigen oder dort zu verbleiben. Von alkoholabhängigen Frauen wird angegeben, nur als Prostituierte könnten sie „Sucht und Job miteinander vereinbaren“. Knapp 10% üben die Tätigkeit aus, weil sie Freude am Sex haben und gerne mit Menschen zusammen sind. Fast alle ausländischen Prostituierten unterstützen ihre Familien in der Heimat und wollten dort später eine eigene Existenz aufbauen.

**Tabelle 6:** Interviewte Stichprobe Flensburger Prostituiertes (N=72) – Gründe für den Einstieg

<b>N = 72</b>	<b>In %</b>
Finanzielle Schwierigkeiten	59
Selbstverschuldung	18
Nach Scheidung/ Trennung	41
Unabhängigkeit, keine beruflichen Zwänge	16
Alkohol-/Drogenabhängigkeit	15
Freude an Sex	10

#### **4.8. Freierstruktur und -verhalten; Freierfrequenz; Motivation für Prostituierten-Kontakt**

Die Flensburger Prostituierten berichten, dass - anders als die herrschende Literaturmeinung – überwiegend verheiratete Männer zu ihnen kämen, die Sexualpraktiken wünschten, die sie mit der Ehefrau oder der Partnerin nicht ausführen könnten, besonders bei Krankheit oder Eheproblemen. Häufig fungiere die Prostituierte als Seelenrösterin und sei billiger als ein außereheliches Verhältnis. Der Freier sei sicher, dass seine Bedürfnisse diskret befriedigt würden und dass er seine Ehefrau „nicht wirklich“ betrogen habe.

##### **Freieraufkommen**

Wie viele Kunden jede Prostituierte hat, ist je nach Beschäftigungsbereich, Freierstruktur, Praktiken und Preis sehr unterschiedlich. Durchschnittlich kommt jede Prostituierte auf ca. 15 Freier in der Woche (Spanne 5 – 40). Die Prostituierten in der Bordellstraße berichten über viel Kundschaft mit niedrigem Preisniveau, in den Bereich Bar/Club und Appartement liegen die Preise deutlich höher, aber dafür ist die Kundenzahl kleiner.

Das Alter der Freier reicht nach spontaner Einschätzung von 16 bis 89 Jahren, liegt mehrheitlich aber zwischen 35 und 45.

##### **Einstellung der Kunden zur Kondombenutzung**

1987 antworteten 95% der Prostituierten, dass sie regelmäßig von Freiern zum Verkehr ohne Kondom gedrängt würden. Während sich 65% dieser Männer zum geschützten Kontakt überreden lassen, bestehen 25% der Kunden auf „ohne Kondom“ („es ist nicht so schön“ oder „das ist wie Klavier spielen mit Handschuhen“).

Die Prostituierten, die kompromisslos nur „mit Gummi“ arbeiten, berichten über ständige

Ärgernisse und Belastungen, mit den Freiern über die Kondombenutzung zu diskutieren und höhere Geldangebote abzulehnen. Darüber hinaus müssen sie Überzeugungsarbeit leisten, sich durchsetzen und, wenn nötig, den Freier abweisen. Selten verlangen dann die Kunden das Geld wieder zurück oder gehen unverrichteter Dinge dorthin, wo ihr Wunsch erfüllt werden könnte.

Aus dem Bar-/Clubbereich wird berichtet, dass sich Freier beim Geschäftsführer über das Safer-Sex-Verhalten der Prostituierten beschwerten und daraufhin auf die Frauen Druck ausgeübt wird bis hin zur Drohung, „sie würden ihren Job verlieren“.

Ca. 10% der Freier bestehen ausdrücklich auf Verkehr mit Kondom, selten bringen Freier ihre eigenen Kondome mit. In einzelnen Fällen werden sogar zwei Kondome übereinander verlangt.

Durchgeführte Aids-Tests bei Prostituierten oder Kunden spielen in den Verhandlungen eine untergeordnete Rolle. Die Prostituierten verbitten sich die Fragen nach ihrer Untersuchung. Schriftliche HIV-Testergebnisse wurden nur in drei Fällen als Nachweis der Untersuchung im Arbeitszimmer ausgehängt.

### Prostituierte und Kondombenutzung

1988 arbeiteten 76% der Prostituierten grundsätzlich nie ohne Schutz, gaben 18% gelegentlich bis häufige Arbeit ohne Kondom zu, 6% machten keine Angaben.

Vor der Thematisierung von Aids benutzten nach eigenen Angaben noch 50% der Prostituierten regelmäßig kein Kondom (10% mitunter), so dass der Anstieg von 40 auf 76% ständiger Kondomanwendung für eine deutliche Verhaltensänderung der registrierten Prostituierten spricht.

Bemerkenswerterweise wenden nur 13% der Prostituierten im privaten Bereich Kondome an, auch bei wechselnden Partnern. Die Benutzung wird vermieden, weil das Kondom auch gefühlsmäßig zu stark mit ihrer Tätigkeit verbunden ist und weil sie private Beziehungen nicht durch „ein Gummi“ belasten wollen.

**Tabelle 7:** Interviewte Stichprobe Flensburger Prostituerter (N=72) – Kondombenutzung

Freier	Prozent (%)
Nur ohne Kondom	25
Bedingt ohne Kondom	65
Strikt mit Kondom	10
<b>Prostituierte</b>	
Generell mit Kondom	76
Meist mit Kondom	18
Keine Angabe	6

Weitere Details zu diesen Fragen, aber auch zur schulischen und beruflichen Ausbildung der Prostituierten, den unterschiedlichen Anteilen von Stamm- und Laufkundschaft, den Praktiken und den Preisen, und auch über Alkohol- und Drogenkonsum sowie insbesondere über den Wissensstand zu HIV / Aids und zur Einstellung organisierten Prostituiertengruppen finden sich bei Hansen (2000).

Die Ergebnisse der Interviews wurden bis 1989 fast vollständig ausformuliert, dann aber aus beruflichen Gründen des Zweitautors zunächst nicht weiter verfolgt und erst zehn Jahre später aktualisiert, und zwar durch intensive Gespräche mit den zuständigen Betreuern im Gesundheitsamt, mit Szene-orientierten Sozialarbeiterinnen und mit den Polizeibeamten, die in diesem letzten Jahrzehnt die Entwicklung der Flensburger Prostitutionsszene beobachten konnten und übereinstimmend folgende Veränderung zwischen 1989 und 1999 registrierten:

1. 1994 stellte das Gesundheitsamt Flensburg die regelmäßigen Kontrolluntersuchungen ein, und zwar mit der Begründung, die Prostituierten seien überwiegend krankenversichert, so dass kein unbedingter Bedarf eines Untersuchungsangebotes bestehe (siehe unten). Auch die spezielle Beratungsstelle am Gesundheitsamt existiert nicht mehr, man ist lediglich an einem „Arbeitskreis gegen Zwangsprostitution und Frauenhandel“ beteiligt.
2. Der selbst organisierte Verein „zur Erhaltung des Oluf-Samson-Ganges“ hat seine Arbeit eingestellt, so dass die kommerzielle „Freisanierung“ nur eine Frage der Zeit ist.
3. Parallel dazu verlagert sich das Schwergewicht auf eine neue Form der Appartement-Prostitution, die jetzt von Zuhälterringen aus Osteuropa organisiert wird, wobei zunehmend auch HIV-infizierte, jedenfalls auf sexuell übertragbare Krankheiten nicht kontrolluntersuchte, auffallend junge Polinnen und Ukrainerinnen illegal eingeschleust werden und ohne Arbeitsgenehmigung verdeckt und finanziell extrem eingeeengt sich nicht gegen vielfältigen Missbrauch wehren können. Diese osteuropäische Konkurrenz wird besonders in der bisherigen Domäne der einheimischen Appartementprostitution als beängstigend empfunden.

## 5. Diskussion

Wie aus Tabelle 5 hervorgeht, ist das vom Gesundheitsamt Flensburg angeführte Argument einer zufriedenstellenden Krankenversicherung zwar bei oberflächlicher Betrachtung noch vertretbar, vernachlässigt aber das versicherungsrechtliche Dilemma, dass die oft falschen Berufsangaben den Versicherungsschutz relativieren, der bei „Arbeitsleistungen gegen die guten Sitten“ im Zweifels- oder im Streitfall nicht einklagbar ist. Gerade in der aktuellen Diskussion der Rentenreform erscheint es systemwidrig, dass nur 17% der Prostituierten rentenversichert sind, denn die 11% ohne Angabe sind mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit den 72% ohne Rentenversicherung zuzurechnen, so dass eine erhebliche Anzahl von Prostituierten mit überdurchschnittlichen Einnahmen in ihrer aktiven Zeit dann bei Arbeits- bzw. Berufsunfähigkeit oder gar bei Pflegebedürftigkeit im Alter auf das Sozialamt, d.h. letztlich auf die Hilfe der Versichertengemeinschaft und Steuerzahler, angewiesen ist.

Die Zahl der Prostituierten und der sie frequentierenden Kunden dürfte tatsächlich weit niedriger einzuschätzen sein, als von den Interessensgruppen wie Hydra (mit 450.000) angegeben. In Hamburg und Schleswig-Holstein mit etwa 4,2 Mio. Einwohnern sind nach Meinung der Prostitutionsexperten in den Gesundheitsämtern beider Länder zusammen etwa 6.000 Prostituierte, davon 800 in Schleswig-Holstein, registriert, so dass für Gesamt-Deutschland mit 100.000 bis 120.000 Prostituierten, und unter Einbeziehung der Gelegenheits-Prostitution mit maximal 200.000 zu rechnen ist. Wenn man die in Flensburg erhobene Zahl von 15 Freier pro Woche (= 700 pro anno) als Richtzahl annimmt, dann kommt es jährlich in Deutschland zu mehr als 100 Mio. Kont(r)akten über einen „sittenwidrigen Dirnenlohn“, woraus sich ein jährlicher 10-Milliarden-Umsatz abschätzen lässt, der mutmaßlich nur zum geringen Teil an die Finanzämter abgeführt wird. Obwohl sich die se-

xualmoralischen Vorstellungen in der Nachkriegszeit dramatisch gewandelt haben und Partnertausch, Sado-Maso-Clubs und insbesondere Werbung für viele Arten von spezieller Prostitution im Fernsehen unseres Wissens keiner rechtlichen Einschränkung unterliegen, lautet die vorherrschende juristische Bewertung immer noch: „sittenwidrig“. Die einschlägige Rechtsprechung erscheint nicht nur für einen juristischen Laien zumindest widersprüchlich, je nach Rechtsgebiet und öffentlichem Interesse: Kein Gewerbe – aber Gewerbesteuerpflicht; kein berufliches Einkommen – aber Einkommenssteuerpflicht aus sonstiger Tätigkeit. Nach BGH (NJW 88, 1097) ist Telefonsex nicht sittenwidrig, wohl aber – weil rechtlich unerheblich – auch dann gewerbe- und einkommensteuerpflichtig, wenn Telefonsex gegen die guten Sitten verstoßen sollte (Urteil des Bundesfinanzhofes vom 23.02.2000). Das Bundesverfassungsgericht nahm die Verfassungsbeschwerde gegen ein Urteil vom Landgericht Flensburg nicht an, das die in Anspruch genommenen Liebesdienste zweier Prostituierten in einem „Clubhotel mit Whirlpool“ trotz indirekter Abrechnung mittels sogenannter „Amex-Slips“ für sittenwidrig erklärte, so dass der Kunde/Konsument/Freier die Rechnung von insgesamt 5.000,- DM nicht begleichen musste.

Die aus der restaurativen Nachkriegsphase der alten Bundesrepublik tradierten letztinstanzlichen Urteile in den einzelnen Rechtsbereichen sind Lehrbuchbeispiele reiner Interessensjurisprudenz, die kasuistisch in der Begründung und im Ergebnis „klug“ sein mögen, aber sich von der heutigen Lebens- und Wertewirklichkeit deutlich abheben. Nun ist zu konzedieren, dass die rechtlich verbindliche Werteordnung auch der geltenden Rechtsordnung zu entnehmen ist und gerade Artikel 1 Grundgesetz (unantastbare Würde des Menschen) auch auf das Privatrecht ausstrahlt. Aus Artikel 1 GG lässt sich ableiten, dass die sexuelle Entfaltung jedes Menschen frei sein muss von jeglicher rechtsgeschäftlicher Bindung. Angesichts ihres abwehrrechtlichen Charakters wird es aber stets einen unveränderlichen Kern der Grundrechte geben. Somit ist trotz des eklatanten Wertewandels in den fünfzig Nachkriegsjahren nicht mit einer baldigen Änderung der Rechtsprechung zu rechnen, sondern weiterhin mit einem werte- und interessenorientierten Abwägen der Obergerichte für Zivil- und Strafrecht, für Steuer- und Erbrecht. Zeitgemäß wäre schon eine einheitliche höchstgerichtliche Rechtsprechung, die statt der starren „Sittenwidrigkeit“ (§138 BGB) die staatliche normative Missbilligung der Prostitution als „Naturalobligation“ einstuft, also analog den ebenfalls nicht einklagbaren Schulden aus Spiel und Wette (§762 BGB), an denen der Staat mittels Spielbanken, Toto und Lotto ebenfalls nicht unerheblich partizipiert. Nur der Gesetzgeber kann in diesem mutmaßlich noch länger offenem Werte-Dilemma der Rechtsprechung eine schnelle und pragmatische Kompromisslösung realisieren, wobei ein dringliches Argument die akute Gesundheitsbedrohung durch nicht untersuchte osteuropäische Prostituierte mit hoher Prävalenz von sexuell übertragbaren Krankheiten, darunter auch HIV/Aids, ist, die den gefährlichen Virus bei uns verbreiten (Hamouda 2000).

Angesichts dieser akuten Gesundheitsbedrohung kann der Gesetzgeber argumentieren, dass im Hinblick auf die Rechtsgültigkeit der Bordellvermietung und der höchsteinträglichen Werbungsverträge für recht spezielle Prostitution im Privatfernsehen erst recht Verträge zur Sicherung von Gesundheit und zur Vorsorge im Alter und bei Pflegebedürftigkeit auch dann rechtlich zulässig sind, wenn die Tätigkeit „gegen die guten Sitten“ verstoßen sollte. Beim Seuchenrechts-Neuordnungsgesetz vom Mai/Juni 2000 ist eine legislatorische Intervention nicht erfolgt, sollte aber bei nächster Gelegenheit eingebracht werden.

Sicherlich sollte man den organisierten Menschenhandel weiterhin wirksam bekämpfen, der aber bei den hohen Profiterwartungen immer wieder neue Wege finden dürfte. Wie das

Beispiel der Niederlande zeigt, wo ab 01. Oktober 2000 der „Beruf Hure“ legalisiert und nicht nur kranken- und sozialversicherungspflichtig ist, sondern auch der Einkommens- bzw. Lohnsteuerpflicht unterliegt, könnte eine generelle Krankenversicherungspflicht für alle in Deutschland tätigen Prostituierten die modernen Sexsklavinnenhändler recht empfindlich treffen, etwa durch hohe Gebühren bei unterlassener Versicherung.

Auf dem Berliner Sexology-Congress im Juni 2000 hat der Moskauer Sexualforscher Igor Kon das von Hamouda (2000) angegebene hohe Infektionspotential der Prostituierten in Russland und insbesondere in der Ukraine bestätigt und dafür in erster Linie Migrationsprobleme innerhalb der GUS-Staaten angeführt. Die postkommunistischen Behörden dort kennen die Gefahr, würden aber Safer-Sex-Maßnahmen ablehnen, weil die dazu notwendige Sexualaufklärung als „sexuelle Gegenrevolution“ und Instrument des kapitalistischen Klassenfeindes angesehen wird. Wenn der deutsche Gesetzgeber weiterhin schweigt, dann verweigern die Verantwortlichen in Berlin einerseits und in Moskau / Kiew andererseits sich einer gesundheitlichen Herausforderung aus Gründen ihres jeweiligen humanitären Menschenbildes, das nur ein anderes Etikett trägt: Hier abendländisches Sittengesetz, dort vaterländische Abwehr westlicher Unmoral.

## Literatur

- Ahlemeyer, H. (1996): Prostitutive Intimkommunikation. Zur Mikrosoziologie heterosexueller Prostitution. Stuttgart: Enke.
- Backhaus, A. (1986): Aufgaben und Funktionen des Gesundheitsamtes im Rahmen des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Düsseldorf: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen.
- Bernsdorf, W. (1971): Soziologie der Prostitution. In: Giese, H.: Sexualität des Menschen. Handbuch der medizinischen Sexualforschung. Stuttgart: Enke: 191 – 249.
- Bloch, I. (1912): Prostitution. Marcus: Berlin.
- Borelli, S. (1971): Zum Problem der Epidemiologie der Geschlechtskrankheiten und zu Fragen der Prostitution. In: *Materia Medica Nordmark* Nr. 65.
- Borelli, S.; Starck, W. (1957): Die Prostitution als psychologisches Problem. Berlin, Göttingen: Springer.
- Hamouda, O. (2000): Epidemiology of HIV and AIDS in Europe. Vortrag, 5. Congress of Sexology, Berlin.
- Hansen, Th. J. (2000): Empirische Untersuchung zur Prostitutionsszene einer norddeutschen Hafenstadt. Med. Diss., Universität Kiel.
- Heine, W.; Koch, M. (1990): Prostitution und Sozialversicherung. In: *Beratung und Hilfen für Prostituierte*. Düsseldorf: Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen: 44 – 65.
- Hydra-Prostituiertenprojekt (1988): *Beruf Hure*. Berlin: Galgenberg.
- Kon, I. (2000): Better HIV than Sex-education, a sexual counterrevolution in Russia, Vortrag auf dem 5. Congress of Sexology, Berlin.
- Ministerium für Frauen und Jugend (1998): *Handelsware Frau, Zwangsprostitution in Schleswig-Holstein*. Dokumentation.
- Scheffel, D.; Volk, P. (1986): Belastung der Prostitution mit Geschlechtskrankheiten, Hepatitis-B und erworbenem Immundefektsyndrom. In: *Gericht. Med.* 44: 55 – 62.
- Schwedisches Regierungsgesetz (1998): *Kvinnofrid*.
- Soltau, H. (1987): Wie Mann den Pariser umgeht. In: *Pro familia magazin* 4:14 – 15.
- Trojan, K.-W. (1990): *Kriminalstatische Untersuchungen zu sexualmedizinisch relevanten Straftaten in Hamburg und München*. Med. Diss. Universität Kiel.

### Anschrift der Autoren

Prof. em. Dr. med. Dr. jur. Reinhard Wille; Dr. med. Thomas-Jens Hansen, Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle am Klinikum der Universität Kiel, Arnold-Heller-Str. 12, 24105 Kiel



# 30 Jahre Sexualmedizin an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel: Einblicke – Ausblicke

Abschiedsvorlesung von Professor Dr. med. Dr. jur. Reinhard. Wille am 3. Juli 1998

## 30 Years in Sexualmedicine at the University of Kiel: Insights and Outlooks

R. Wille

### Zusammenfassung

Nicht nur die Freien Künste und die Philosophie, auch die Psychologie und Pädagogik sowie schließlich auch Soziologie und Politologie beanspruchen Zuständigkeiten für die Sexualität des Menschen. Auch innerhalb der medizinischen Fakultät fühlen sich Psychiatrie und Psychotherapie, Uro- und Andrologie, Gynäkologie und Endokrinologie als Väter der medizinischen Sexuologie, während weltweit wohl als Unikum die Kieler Sexualmedizin aus der Rechtsmedizin hervorging, die in der Tradition der „Berliner Schule“ (V. Müller-Hess, W. Hallermann, J. Gerchow) eine anthropologische Ausrichtung anstrebte.

Dem wechselnden Zeitgeist und den persönlichen Schwerpunkten entsprechend, variieren programmatisch die Bezeichnungen: Magnus Hirschfeld gründete die „Ärztliche Gesellschaft für Sexualwissenschaft und Eugenik“, Hans Giese nannte in Hamburg sein Institut für Sexualforschung, Volkmar Sigusch leitet in Frankfurt die Abteilung für Sexualwissenschaft und Reinhard Wille in Kiel die Sexualmedizinische Forschungs – und Beratungsstelle. Und die von der Kieler Fakultät für das Fach Sexualmedizin Habilitierten Beier (jetzt Institutsleiter an der Charité) und Bosinski in Kiel gründeten mit dem Innsbrucker Kurt Löwit die Akademie für Sexualmedizin, seit 1994 mit der Fachzeitschrift Sexuologie.

Da das christliche Abendland traditionell ein gebrochenes Verhältnis zur Sexualität des Menschen hat und tatsächlich das sexuelle Verhalten von Irrationalismen und Subjektivismen, keinesfalls aber von Ratio oder gar Vernunft beherrscht wird, gilt nirgends mehr als anderswo das Postulat, daß die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse nur als gegenwärtiger Stand des Irrtums gelten können.

Die Relativität des eigenen Standpunkts erfordert eine sorgfältige Beachtung der wissenschaftlichen Methodik, für die sich ein umfassender bio-psycho-sozialer Ansatz anbietet, am effektivsten in Kooperation mit den jeweiligen Nachbarfächern: Mit der Urologie/Andrologie wurden die Funktionsstörungen wie erektile Dysfunktion und Ejakulatio praecox auf eine medizinisch empirische Basis gestellt und die besonders von V. Sigusch vertretene These von der überwiegenden Psychogenese der Impotenz korrigiert. Wesentliche Bausteine des Sexualitäts-Konzeptes der Psychoanalyse wie Penisneid, Kastrationskomplex und Latenzphase konnte die empirische Sexualmedizin nicht bestätigen.

Die in Analogie zu den Perversionen des Mannes von Beier inaugurierten, auf Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft (Reproduktion) bezogenen weiblichen Perversionen (Reproversionen) wie die eingebildete und insbesondere die verdrängte (nicht realisierte) Schwangerschaft erweiterten durch Einbeziehung der Geburtsmedizin die bisher auf die Forensik eingeengte „Schlüsselloch-Perspektive“ der Gerichtsmedizin. Nur zehn Prozent der

jährlich mindestens 800 von der Mutter nicht bemerkten Schwangerschaften mit überraschender Geburt, aber lebendem Kinde, enden mit einer „Tötung unter der Geburt“. Die Dogmatik dieses Deliktes (bis 1998 §217, jetzt unspezifisch und kriminal-psychopathologisch völlig inadäquat im §213 StGB) muß neu geschrieben werden.

Ändern wird sich leider auch die – speziell in Schleswig-Holstein so fruchtbare Kooperation der rechts- und sexualmedizinischen Forensiker mit den Richtern und Ermittlungsbehörden des Landes, weil die desaströse Situation der öffentlichen Kassen zu einer systematischen Beschneidung der Universitäten führt. Jede Gemeinschaft, die ihren Nachwuchs nicht fordert und fördert, ist zum Untergang verurteilt.

Trotz dieser düsteren Situation bleibt die Sexualmedizin, speziell die forensische Sexualmedizin, ein faszinierendes Fach mit anthropologisch wichtigen Erkenntnissen für Medizin, Recht und Gesellschaft. Auf Dauer kann diesem Fach Sexualmedizin die universitäre und gesellschaftliche Anerkennung nicht versagt bleiben.

*Stichworte:* Sexualmedizin, Sexualforensik, Sexualitätskonzepte

### Abstract

Competences for the field of human sexuality has been claimed not only by the Liberal Arts and Philosophy but also by Psychology as well as Educational Sciences and even Sociology or Political Sciences. In medicine, several subspecialties including psychiatry and psychotherapy, urology and andrology, gynaecology as well as endocrinology have similarly claimed to have fathered „medical sexuology“. In Kiel, however, the unit of sexual medicine stands out uniquely in that it has emerged from legal medicine understanding itself in the tradition of the anthropological orientation of the „Berlin School“ (V. Müller-Hess, W. Hallermann, J. Gerchow).

Corresponding to the ever changing Zeitgeist and also to differing individual emphases, varying labels have programmatically been attached, as „Medical Society for Sexual Sciences and Eugenics“ (Magnus Hirschfeld, Berlin, 1904), „Institute for Sexual Research“ (Hans Giese, Hamburg 1955), „Department for Sexual Sciences“ (Volkmar Sigusch, Frankfurt, 1973) and in Kiel (Reinhard Wille, 1971) „Unit for Research and Counselling in Sexual Medicine“, the „Academy of Sexual Medicine“ and its official journal „Sexuology“. (K.M. Beier, H.A.G. Bosinski, Kurt Loewit, Innsbruck, Kiel, Berlin, 1994).

The Christian West traditionally, has a complicated and problematic view of and relation to human sexuality. In addition to that, sexual behavior is obviously not governed by common sense or reason but rather irrationally and subjectivistically determined. Therefore, to recognize that even the latest scientific insights and results represent little more than the actual level of error and false understanding is of particular and utmost importance for sexual medicine. The ensuing need for a relativistic view of one's own opinion requires particular care in the choice of scientific methodology. A broadly based approach, encompassing biological as well as psychological and social aspects together with close cooperation with related disciplines, therefore, appears most appropriate.

Recent advances in urology and andrology have shown that functional disorders such as erectile dysfunction or premature ejaculation can be explained through empirical sciences and, that in contrast to V. Sigusch's theory, impotence is mostly not psychogenic but based on defined medical disorders. Several major constituents of the psychoanalytic concept of sexuality such as penis envy, castration fear and latent period could thus not be confirmed by empirical sexual medicine.

In analogy to male perversions, Beier has characterized female perversions in the field of reproduction (pregnancy, delivery and ensuing motherhood) called „reproversions“; the most

forensic relevant are pseudocyesis on the one hand and denial of pregnancy on the other. But only ten percent of over 800 pregnancies, every year, not consciously realized by mothers but terminated by the birth of a living child, neonaticide occurs. The prevailing ideas of penal law and forensic psycho-pathology of this offence (further §217, since 1998 §213 German penal law) have to be rewritten.

Unfortunately the blissful cooperation, particularly in Schleswig-Holstein, between forensic experts and authorities in Law Courts is, indeed, in the danger of becoming a victim of a short-sighted policy of financial restriction. Each community is more or less condemned to disappear, if its young talents are not sufficiently encouraged or even neglected.

Despite these grim prospects, sexual medicine and particularly forensic sexual medicine remains a fascinating discipline contributing important anthropological insights to medicine, law and society. Sexual medicine will, therefore, necessarily obtain a growing academic as well as public recognition.

*Keywords:* Sexual Medicine, Sexual Forensik, Concepts of Sexuality

Auf drei Themen will ich mich beschränken, von denen zwei unter „Einblicke“ zu rubrizieren sind, nämlich die Position der medizinischen Sexuologie/Sexualwissenschaft im Verhältnis zu anderen Fakultäten sowie ihre Abgrenzung innerhalb der Medizin, und als zweites regional die forensische Medizin, also in erster Linie Rechtsmedizin und forensische Psychopathologie/Psychiatrie/Sexualmedizin in Schleswig-Holstein. Als drittes und letztes wären dann bilanzierende Ausblicke auf die Kooperation dieser Fächer mit der Justiz des Landes Schleswig-Holstein angesichts der Universitäts – und Haushaltskrise in unserem Land aufzuzeigen: Welche lieb gewordenen, in unserer früher etwas abgeschlossenen, gerade deshalb so liebenswerten Nordprovinz traditionell gewachsenen Vorstellungen sind wohl anachronistisch geworden, welche Epoche einer effektiven Kooperation zwischen Medizin und Recht neigt sich dem Ende zu und worauf müssen wir uns einstellen, was können wir tun, damit die Nachwuchsgeneration unter den geänderten Bedingungen dennoch die Zukunft meistern kann.

Wenn wir für diese Einblicke und Ausblicke die notwendigen Durchblicke gewinnen wollen, empfehlen sich kurze Rückblicke auf die Situation vor 30 Jahren:

Unser europäischer Kontinent, das so oft zitierte christliche Abendland, hat traditionell ein gebrochenes Verhältnis zur Sexualität. Daran hat nur für kürzere Epochen – wie etwa die Renaissance oder die Zeit des Rokoko – die Verwurzelung in der griechischen Philosophie etwas ändern können. Sünde und Sexualität sind nahezu synonym. Mit der Pubertät beginnen nicht nur die Gonaden ihre hormonelle (d.h. bewegende) Aktivität, sondern zu diesem Zeitpunkt schießt juristisch auch die Schuldfähigkeit und Strafmündigkeit in den Menschen. Mit 16 Jahren ist der Adolozente testierfähig, wobei Testimonium sich von Testes, die Hoden, ableitet.

Die Umgangsformen der Geschlechter untereinander, die Sitten, Standards, die Normen und auch die einschlägigen Strafgesetze unterliegen mit einer besonderen Sensibilität dem Zeitgeist. Auch in der Medizin nimmt die Sexualität eine Sonderstellung ein, wie man an der – keineswegs zufälligen, sondern betont programmatischen – Namensgebung der einschlägigen Einrichtungen ablesen kann:

1912 gründete Magnus Hirschfeld die ärztliche Gesellschaft für Sexualwissenschaft und Eugenik sowie 1919 das erste Institut für Sexualwissenschaft in Berlin (s. Kasten). Die erste universitäre Etablierung in der Nachkriegsgeschichte unter der Protektion des aufgeschlossenen Psychiaters Hans Bürger-Prinz verdanken wir dem leider viel zu früh verstor-

benen, aber unvergessenen Hans Giese (geb. 1920, gest. 1972), der speziell für die homosexuelle Minderheit ein Arrangement neben, nicht gegen die moralische und gesetzliche Ordnung forderte und vorlebte. Von meinem akademischen Lehrer Wilhelm Hallermann ist mir ein Ausspruch stets gegenwärtig: „In den Nischen der Gesetze wohnt es sich am menschlichsten“.

#### **Magnus Hirschfeld (1868 – 1935)**

Studium der Medizin, „Arzt für Sexualstörungen in Berlin“

1897: Gründung des „Wissenschaftlich humanitären Komitees“ (WhK) zur Reform/Abschaffung des § 175 RStGB

1919: Gründung des Instituts für Sexualwissenschaft in Berlin

1921: 1. Internationaler Kongreß für Sexualreform auf wissenschaftlicher Grundlage

1928: Mitbegründer der „Weltliga für Sexualreform“

#### **Werke:**

- 1905 ff: Jahrbuch für Sexuelle Zwischenstufen, Zeitschrift für Sexualwissenschaft
- 1910: Die Transvestiten
- 1914: Die Homosexualität des Mannes und des Weibes
- 1916 – 1920: Sexualpathologie (3 Bde.)
- 1926 – 1930: Geschlechtskunde (5 Bde.)
- 1930: Sittengeschichte des Weltkrieges (2 Bde.)

Während das Hamburger Institut unter Eberhard Schorsch und jetzt Wolfgang Berner bei der interdisziplinären und neutralen Bezeichnung *Sozialforschung* blieb, war für das Frankfurter Institut für *Sexualwissenschaft* wohl die Nähe der Frankfurter Soziologieschule zu verführerisch, sich von der Medizin abzuheben, die von V. Sigusch betont mit der distanzierenden, von den meisten Medizinerinnen als diskriminierend empfundenen Bezeichnung „Körpermedizin“ apostrophiert wird.

1970/71 wurde in Kiel die „*Forschungs- und Beratungsstelle für Sexualstörungen*“ am Institut für Rechtsmedizin etabliert. Das Konzept der Hochschulabteilung des Ministeriums sah vor, daß hier im Institut aufgrund der forensischen Erfahrungen die Diagnosen erarbeitet werden, daß aber in erster Linie die niedergelassenen Nervenärzte die Behandlung der Sexualdelinquenten übernehmen sollten. Das Konzept ließ sich trotz mehrfacher Anläufe zur verbesserten Verwirklichung nie durchführen. Im Gegenteil, die niedergelassenen Ärzte überwiesen Patienten an die Forschungs- und Beratungsstelle, damit wir die Behandlung übernehmen könnten. Nicht zuletzt aufgrund dieser Erfahrung wurde dem Antrag stattgegeben, den Namen in „*Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle*“ abzuändern. Die Kieler Hochschulabteilung und die Fakultät konnten sich aber nicht dazu durchringen, dem Fach einen eigenständigen Hochschulstatus einzuräumen. Weil damit ein Lebenszeitprofessor weniger korporationsrechtliche Wahlrechte hatte als jeder sonst im Klinikum Beschäftigte, beschritt ich den Rechtsweg, der mir in der ersten Instanz in Schleswig ein positives Urteil verschaffte, aber vor dem Bundesverwaltungsgericht und auch vor dem Bundesverfassungsgericht bekam ich kein Recht, obwohl ich es nach meinem Rechtsempfinden hatte.

Die Kieler Fakultät zeigte sich aber einige Jahre später vorbehaltlos aufgeschlossen und ihr gebührt der Dank, weltweit erstmalig einem Privat-Dozenten die Vena legendi für das *Fach Sexualmedizin* verliehen zu haben. Klaus M. Beier konnte in Berlin die so ausgeschriebene Professur für Sexualwissenschaften auf die Bezeichnung Sexualwissenschaft/ Sexualmedizin zurückführen.

Als 1975 auf dem Braunschweiger Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, der ich seit ihrem Kongreß in Rinteln als Mitglied beigetreten war, eine tonangebende Kader-Gruppe mit sehr engen Kontakten zum Zentralkomitee der SED in Ostberlin den Antrag stellte, dem Gesellschaftsnamen den politischen Appendix „in der BRD“ anzufügen, konnte ich dies nur mit dem Hinweis verhindern, erst wenn die von Ostberlin verwaltete Reichsbahn ihren darin liegenden Gesamtvertretungsanspruch aufgab, könnte ich dieser Änderung zustimmen.

Ich war dieser Kader-Politik, diesem Primat des Politisierens und Adornisierens so überdrüssig, dass ich nach einem die Wissenschafts- und auch die Meinungsfreiheit einengenden Eklat auf dem Frankfurter Kongreß 1978 gemeinsam mit der langjährigen Vorsitzenden Elisabeth Müller-Luckmann in einem offenen Brief an den damaligen Vorsitzenden Volkmar Sigusch aus der Gesellschaft austrat und mit Hans Molinski die Gesellschaft für Praktische Sexualmedizin gründete. Damit war das wissenschaftliche und universitäre Fundament für das akademische Fach Sexualmedizin gelegt. Darauf konnten dann Klaus M. Beier und Hartmut A.G. Bosinski gemeinsam mit dem Innsbrucker Kollegen Kurt Loewit die vitale und agile Akademie für Sexualmedizin mit den drei Standbeinen Berlin/Innsbruck/Kiel gründen. International meldet sich die deutsche Sexualmedizin sehr viel hörbarer bei der immer noch recht elitären *International Academy of Sex Research* im Rahmen der jährlichen Kongresse durch Bosinski zu Wort, so daß „the Kiel-Group“ in den USA und Kanada sowie in den *Archives for sexual behavior* und *Annals for Sex Research* gut vertreten wird. Gerade in der internationalen *Akademie für Sexualforschung* dominieren mehr und mehr die biologisch und empirisch ausgerichteten Sexualforscher. Das war auch nicht immer so. Niemanden interessiert das Fundament und das Gebäude, sondern in erster Linie, was in diesem Hause tatsächlich geschieht. Wodurch definiert und legitimiert sich die Sexualmedizin im Campus der medizinischen Fächer?

1907 hat Iwan Bloch (s.n.S.) den Begriff der Sexualwissenschaft geprägt und auch das Verhältnis zwischen natur- und geisteswissenschaftlichen Anteilen definiert. Die Sexualität als umfassender Daseinsaspekt des Menschen unterliegt von Beginn an über die ganze Spanne des Lebens hinweg einem Entwicklungs- und Reifungsprozeß, der in seiner körperlichen Erscheinungsform, in der seelischen und sinnlichen Erlebnisfähigkeit sowie in der identitätsstiftenden Übernahme soziosexueller Rollen vielfältigen Störeinflüssen ausgesetzt ist. Diese zu erkennen, nosologisch einzuordnen und in ihrer pathographischen Wertigkeit einzuschätzen und gegebenenfalls zu behandeln, ist genuines Aufgabenfeld der Sexualmedizin. Sie befaßt sich mit ratsuchenden Patienten, die so in ihrem störten Erleben, an unerfüllten Sehnsüchten oder an konflikthafter Beziehungsstörungen leiden, die als „Homo patiens“ ärztlicher Hilfe bedürfen. Dafür eignet sich nur ein ganzheitlicher Ansatz, der das körperliche, seelische und soziale Wesen Mensch mit den Wechselwirkungen untereinander einbezieht. Der Geschlechtskörper und die unbewußten psychischen Archetypisierungen – nennen wir sie Instinkte oder Triebe – von Mann und Frau sind aufeinander bezogen. Die sexuelle Dimension macht evident, daß wir Menschen auf Zweisamkeit angelegt sind. Die Paar-Dimension erweitert den psychosomatischen Aspekt um den gesellschaftlich-rechtli-

chen. Zu diesem bio-, psycho-sozialen Ansatz gehören aber auch an der realen, d.h. auch kulturell überformten

**Iwan Bloch (1872 – 1922)**

„Und es gibt kein glücklicher gewähltes Bild, keines, das das im letzten Grunde einheitliche Wesen der Liebe besser erleuchtet, als ein Wort des alten Aesthetikers J.G. Sulzer, daß die Liebe ein Baum sei, der seine Wurzeln im Körperlichen habe, seine Aeste aber hoch über der körperlichen Welt, in der Sphäre des Geistigen immer mehr ausbreite, immer reicher verzweige. Durch sie wird uns ohne weiteres der innere organische Zusammenhang zwischen den körperlichen und geistigen Erscheinungen in der Liebe klar.

Sie wurzelt immerdar in der Mutter Erde, aber sie strebt empor in den lichten Aether.

Um es kurz zu sagen:

Die künftigen Entwicklungsmöglichkeiten der menschlichen Liebe liegen rein auf geistigem Gebiete, sind aber untrennbar geknüpft an die weit weniger veränderlichen Erscheinungen der Sexualität.“

Lebenswelt erarbeitete Vorstellungen über ungestörte menschliche Sexualität, über lebensphasisch auftretende Asynchronien, über die oft nur passageren biographischen Konflikte und über den Kampf der Geschlechter, der ewig ist. Die Polarität der Geschlechter bedarf somit der therapeutischen oder auch der gesellschaftlichen Regulierung. Dabei müssen wir sexual-medizinisch tätigen Ärztinnen und Ärzte berücksichtigen, daß Leitbilder und Umgangsformen vom Zeitgeist abhängig sind und sich fließend verändern, so daß Störungsbilder sowohl alters- als auch generationsabhängig sein können. Das traditionelle Medizinstudium ist überwiegend auf körperliche Krankheiten orientiert und auf eine Individualbeziehung Arzt – Patient ausgerichtet. Psychosomatisches Denken und Vorgehen – zuerst in nennenswertem Ausmaße in der Frauen – und Nervenheilkunde etabliert – muß aber in der sexualmedizinischen Theorie und Praxis um die Dimension „Paar als Patient“ erweitert werden.

Die Funktionsstörung beim Symptomträger wirkt sich auch auf den/die Partner(in) aus. Gegenseitige Abhängigkeit, das Zusammenspiel (nordisch: Samspel, wissenschaftlich: Kollusion) innerhalb des Paares prägt auch Inhalt und Struktur der Paartherapie, die zu einer Erweiterung des Menschenbildes in der Medizin herausfordert.

Wenn wir an die anthropologisch-daseinsanalytische Schule der Psychiatrie mit Binswanger, von Gebattel, Zutt und Bürger-Prinz denken, für die Wert und Sinn konstituierende Koordinaten sind, dann wird die Mann-Frau-Beziehung mit der Bezeichnung „Disjunkt“ treffend definiert: Die beiden Menschheitshälften sind miteinander verbunden, aber getrennt und eigenständig, ontisch keinesweg gleich, aber gleichwertig und zusammengehörig. Frauen sind nun einmal vitaler – sie leben durchschnittlich sieben Jahre länger, sie sind in Kommunikation und Sprachbegabung dem männlichen Geschlecht überlegen, machen bessere Examina auch in der rational dominierten Jurisprudenz, so daß die Feminisierung der Justiz nur noch durch das „Wassermann'sche Malus“ für Frauen begrenzt werden kann. Wie man aus der weitgehend feminisierten Pädagogik aber auch lernen kann, ist letztlich das harmonische Miteinander unter Anerkennung der Vor- und Nachteile beider Ge-



schlechter die bessere Lösung. Und in der sexuellen Begegnung – dem Co-ire – kommt zusammen – dieser zeitgeschichtliche Vergleich sei gestattet –, was zusammen gehört. Aber mehr als auf die einmalige deutsche Wiedervereinigung ist das Paar auf die sexuell-erotische Immer-wieder-Vereinigung angelegt.

Die Sexualmedizin erweitert somit die somatische Medizin um die psychischen Anteile und decouvriert die von dem Medizinsoziologen Parsson geforderte Wertneutralität als relativ oder letztlich sogar als fiktiv. Denn selbst bei fachlicher Kompetenz und sensibler Einfühlung in die Nöte des Patienten und erst recht des Paares schwingen schon in den für die Anamnese verwendeten Begriffen stets Wertaussagen mit, die durch Intonation, Mimik und Körpersprache des Therapeuten verstärkt und verstanden bzw. mißverstanden werden. Dies akzentuiert sich bei der nosologischen Einordnung und erst recht bei dem – idealiter gemeinsamen und gleichsinnigen – Entscheidungsprozeß, ob die vorgebrachten Beschwerden und Konflikte behandlungsbedürftig und behandlungsfähig sind.

Sexualmedizin ist in erster Linie sprechende Medizin und ihr bevorzugtes Behandlungsinstrument ist die Psychotherapie, deren Verlauf affektive Übertragungen und Gegenübertragungen begleiten und vom Therapeuten aufgefangen und gemeinsam aufgearbeitet werden müssen. Die Achtung vor der biographisch ausgeformten Patienten-Persönlichkeit erfordert nicht nur die von Freud immer wieder geforderte, aber von seinen frühen Jüngern keineswegs immer eingehaltene „sexuelle Abstinenz in der Kur“, die ab Frühjahr 1998 in §174c StGB mit Geld- und Freiheitsstrafen bis zu fünf Jahren strafrechtlich geschützt ist, sondern auch eine tolerante Beachtung der gelebten Wertmaßstäbe der Patienten, etwa bei der Thematisierung verschwiegener Erlebnisse, Praktiken und subjektiv problematischer Verarbeitung. Schon bilanzierende Zwischendiagnosen können entlasten, aber auch belasten; in erster Linie den Patienten, aber auch das für den Behandlungsprozeß unabdingbare Vertrauen. Jeder Therapievorschlagn, etwa bei der Vaginismusbehandlung die Eigeninspektion des Genitalbereiches und Selbsteinführung von Dilatationsstäben in die Vagina dürfen nicht einfach ärztlich „verordnet“, sondern müssen vorab auf Zumutbarkeit abgestimmt werden. Nur mit achtungsvollem Taktgefühl – und das schließt ästhetische und ethische Sensibilität ein – kann der therapeutische Kontakt intakt gehalten werden. Diese Besonderheiten der Sexualmedizin können auch die benachbarten medizinischen Fächer ergänzen, um das Wort bereichern als zu großspurig zu vermeiden.

Ich darf diese Behauptung beispielhaft erläutern und beginne mit dem Fach Rechtsmedizin, dem ich mich auch heute noch nicht nur räumlich, sondern auch inhaltlich zumindest partiell zutiefst verbunden fühle.

Der Berliner Psychiater und Rechtsmediziner Viktor Müller-Hess, der akademische Lehrer von Wilhelm Hallermann und auch seines Assistenten, meines Vaters Wilhelm Wille, beschäftigte sich schon intensiv mit dem besonderen Phänomen der Tötung unter der Geburt (§217 StGB). Er und seine eng vertraute Schülerin Elisabeth Nau, Begründerin der forensischen Psychiatrie in Berlin/Limonenstr., begutachteten einige Täterinnen, allerdings in einer heute gottlob nicht mehr denkbaren abwertenden Terminologie. Hallermann lenkte seinen Lieblingsschüler Joachim Gerchow auf diese Thematik. Die Vorverlegung des inneren Tatbestandes und die eigenartigen, alles in Schwebe haltenden Verdrängungsprozesse des Schwangerseins, diese von Gerchow erarbeiteten neuen und bahnbrechenden Aspekte wurden weder in der Rechtsmedizin noch in der Judikatur, geschweige denn in der Legislative rezipiert. Die kriminalistische Schlüssellochperspektive meines Heimatfaches konnte erst 40 Jahre später überwunden werden, als wir gemeinsam mit Beier erstens durch Einbezie-

hung der Sexualpartner, denen weder im körperlichen noch im Intimverhalten ihrer hochschwangeren Partnerinnen irgend etwas aufgefallen war, die forensisch meist als Schutzbehauptungen abgetanen Einlassungen von der plötzlich und überraschenden Sturzgeburt plausibilisieren. Wichtiger noch war der zweite Erweiterungsschritt, die Einbeziehung der Geburtsmedizin. Die etwa 50 Tötungen von Neugeborenen jährlich sind nur ein kleiner Ausschnitt der mindestens 800 Schwangerschaften, die von der werdenden Mutter nicht erkannt werden, die dann wegen Darm-Koliken oder Ureterspasmus einen Arzt aufsuchen, der sie umgehend auf den Kreissaal zur bevorstehenden Geburt überleitet. In München bestätigen rechtsmedizinische und psychiatrische Erfahrungen und aktuelle Begleituntersuchungen die von uns an 98 Kasuistiken aufgedeckten glaubhaften Unglaublichkeiten; in Berlin hat sich mit diesem Thema der frühere Rechtsmediziner und jetzige Gynäkologe Jens Wessel habilitiert.

Den Uro- und Andrologen gebührt der Dank, die von Sigusch immer wieder dezidiert publizierte Behauptung, daß 90 Prozent aller Fälle von Impotenz psychogen seien und deshalb nur mit psychischen Mitteln behandelt werden dürfen, durch die somatische SKIT- und SKAT-Therapie widerlegt zu haben. Man buchte vorher mit dem Paar es schon als großartigen Erfolg, wenn es nach vielen Monaten mühsamer psychotherapeutischer Sitzungen einmal zu einem geglückten Koitus kam.

Überall – so auch in Kiel seit über zehn Jahren – sind fachübergreifende Arbeitsgruppen entstanden, in denen sich den Urologen und Andrologen durch die sexualmedizinische Deutung der Symptome und insbesondere durch die Einbeziehung der Partnerin wertvolle und erweiternde Aspekte eröffnen. Wer wie die meisten älteren Universitäts-Urologen bis jetzt noch der Sexualmedizin skeptisch und abwartend gegenüberstand, wird durch die auf uns zukommende VIAGRA-Welle nicht um die Erfahrung herumkommen, daß nur die eben genannten psychosozialen Paaraspekte der Sexualmedizin eine fehlerhafte Verschreibung, eine Unglaubwürdigkeit speziell der Urologie verhindern und Schaden von den Patienten abwenden kann. Wenn die Bundes-Ärzttekammer sicherlich nicht ohne Grund davor warnt, daß durch VIAGRA der Koitus nicht zum Exitus werden darf, so müssen wir fachspezifisch hinzufügen, dass kein noch so eindringlicher ärztlicher Rat einen sexuell gestimmten Mann von der Durchsetzung seiner sexuellen Wünsche abhalten kann, auch wenn die von Porst, dem Hamburger Urologen, im „Spiegel“ wiedergegebene Behauptung, daß ein Prozent aller Herzinfarkte sich nach sexueller Aktivität ereignen, übertrieben sein dürfte.

Weil sich von 1964 bis 1994 die Geburtenzahl in Deutschland halbierte und weil die Pädiater ohnehin auf der untersten Sprosse der ärztlichen Einkommensleiter herumturnten, wurde der Zuständigkeitsbereich der Pädiatrie und der Kinderpsychiatrie vom *Beginn* auf das Ende der *Pubertät* ausgeweitet. Wir sprechen heute von Kinder- und Jugendheilkunde bzw. -psychiatrie. Löwnau, der als Pädagoge und Psychiater hier in Kiel die jugendpsychiatrische Abteilung aufbaute, hat nicht nur die heute alle so erschreckende Aggressivität und den Werteverfall der von unerzogenen Eltern pädagogisch vernachlässigten Kindern vorhergesagt, sondern sich auch mit der sexuell-erotischen Entwicklung bis über die Pubertät hinaus beschäftigt und z.B. über jugendliche Exhibitionisten äußerst instruktiv publiziert. Sein Nachfolger, der uns fachlich und durch Mitarbeiteraustausch besonders nahestehende Kollege Schütze, hat mit seinen Mitarbeitern Holstein und Hinrichs aggressive Jugendliche, darunter auch Sexualdelinquenten, in seiner Klinik und in der JVA Neumünster therapiert. Die beiden wissen aber auch, daß nicht nur bei den älteren Jugendpsychia-

tern, sondern auch bei jüngeren ein deutlicher Nachholbedarf an sexualmedizinischer Kompetenz besteht. Es sind keine Einzelfälle, daß auch hier im Lande jugendpsychiatrische schriftliche Gutachten über Sexualdelinquenten ohne körperlichen Sexualstatus und mit drei Zeilen floskelhafter Sexualanamnese an die Gerichte eingereicht werden.

Nicht ohne Grund habe ich die der Sexualmedizin besonders nahestehende Psychiatrie und Psychotherapie bis zum Schluß aufbewahrt.

Ich erwähnte bereits kurz ein Tabuthema, nämlich die vom fundamentalistischen Feminismus aufgestellte Wunschvorstellung, daß Mann und Frau an sich gleich seien und es die wichtigste sexualwissenschaftliche Aufgabe der nächsten Jahre sei, den Dimorphismus der Geschlechter aufzuheben, also die Schöpfung zu korrigieren (so nachzulesen im 70. Band der Detuschen Gesellschaft für Sexualforschung über den Kieler Kongreß im Jahre 1995, vgl. Düring et al.). Die dahinterstehende These lautet: „Der Mensch wird nicht als Mann oder Frau geboren, sondern dazu erzogen“, und zwar durch die Übernahme der Geschlechtsrollenstereotype.

Das zweite Tabu hängt auch mit dem Anspruch unbegrenzter Formbarkeit des Menschen zusammen und ist zeitgeschichtlich zu erklären: Auch hier geht es letztlich um das alte Anlage-Umweltproblem.

Nachdem der sogenannte Biologismus, also eine Ausschließlichkeit oder zumindest gravierende Einseitigkeit biophysischer Einflüsse als „NS-Gedankengut“ nach 1945 obsolet wurde, traten Umwelteinflüsse nicht nur als ortho- oder pathoplastische Faktoren, sondern als eigentliche Ursache, als *causa prima movens* einen erstaunlichen Siegeszug in der Medizin und Psychologie an. Die vor 1945 schräge Balance zwischen Anlage und Umwelt-Faktoren erhielt ein umgekehrtes Ungleichgewicht: Nicht das Genom, nicht die geschlechtsspezifische Hirndifferenzierung und Biorhythmik, sondern Geschlechtsrollenstereotype, ein reelles oder ideelles Vaterdefizit, die Stellung in der Geschwisterreihe, die überbehütende oder versagende, die böse Mutter galten und gelten z.T. heute noch als die eigentlichen Wirkfaktoren für die Ausformung der Persönlichkeit, für die sexuell-erotische Orientierung, aber auch für deviante Entwicklungen und Perversionen.

Was durch Umwelteinflüsse entsteht, das ist auch aufdeckenden oder konditionierenden therapeutischen Strategien zugänglich. Aus diesen Überlegungen ergibt sich einerseits das begrüßenswerte therapeutische Engagement, das sich aber auch zu einem therapeutischen Optimismus steigern kann, der die Notwendigkeit kritischer Effizienzkontrollen vergessen läßt. Die Sexualmedizin hat Ecksteine der Freud'schen Lehre, wie Penisneid der Mädchen und Kastrationskomplex der Jungen, den Ödipuskomplex und insbesondere die angebliche Latenzperiode zwischen dem 7. bis 10. Lebensjahr empirisch nicht bestätigen können, sondern sogar für unwahrscheinlich oder unplausibel einschätzen müssen. Psychoanalytische Ausführungen faszinieren wegen ihrer sprachlichen und gedanklichen Brillanz und ihrer assoziativen Phantasien mit ihren Quasi-Vergleichen und psychodynamischen Konstrukten. Zwei Jahrzehnte habe ich versucht, in diese Welt der Psychoanalyse tiefere Einblicke zu gewinnen, nur mit bedingtem Erfolg. Ich habe es gefördert, daß mein Schüler Klaus-Michael Beier am Kieler Rittmeister-Institut so engagiert und überzeugend in einer – soweit ich es beurteilen kann – flexiblen und keineswegs orthodoxen Psychoanalyse ausgebildet wurde. Indirekt habe ich davon profitiert, weil sich durch die Diskussionen und Gespräche für mich neue therapeutische Zugänge eröffneten.

Bei den Vorbereitungsgesprächen zu den Sankelmarker Tagungen über die Psychotherapie von Sexualdelinquenten im Regel- und Maßregelvollzug (vgl. Beier und Hinrichs 1995)

konnte ich mit Herrn Beier und Herrn Hinrichs erst nach gewundenem Hin und Her abklären, daß wir uns nicht mit dem Psychotherapieziel einer subjektiven Besserung („ich kann jetzt besser mit meinem Konflikt umgehen“) begnügen dürfen, sondern daß als Ziel die Rückfallminderung bzw. gar die Eliminierung aller Symptome angestrebt werden muß. Wenn nicht einmal das Therapieziel klar ist, wenn Daten für die Null-Hypothese fehlen und wenn eine Vergleichbarkeit verschiedener therapeutischer Strategien nicht möglich ist, dann kann man nur mit der größten gebotenen Vorsicht an das Spezialgebiet der Psychotherapie von Sexualdelinquenten herangehen. Wer sich weiterhin bewußt wird, wie dünn die bisher empirisch abgesicherte Evaluation ist, der kann sich über die augenblickliche Euphorie bei der diesjährigen Strafrechtsänderung nur wundern. Nach den sonst in der Medizin und Pharmologie geltenden Regeln verdient die Psychotherapie von Sexualdelinquenten lediglich das Etikett: Begründeter Heilversuch. Gerhard Mauch, ein psychoanalytisch orientierter Pionier der Sozialtherapie, der auf dem Hohenasperg/Württemberg etwa zeitgleich das praktizierte, was Stürup in Herstedvester in Dänemark leistete, nannte als Ergebnis seiner sozialtherapeutischen Erfahrungen. „Ein Drittel geheilt, ein Drittel gebessert, ein Drittel unverändert“. Die Öffentlichkeit und die politisch Verantwortlichen müssen zur Kenntnis nehmen, daß es keine validen Studien gibt, die Sexualdelinquenten – unterteilt in Aggressive, Pädophile, Exhibitionisten und Inzesttäter – unbehandelt, verhaltenstherapeutisch oder tiefenpsychologisch, mit oder ohne Androcur, anstaltsintern oder ambulant behandelt miteinander verglichen hätten. Die mit der jetzigen Strafrechtsänderung politisch beschlossenen und auch von allen Seiten geforderten Diagnostiker und Sexualtherapeuten darf man nicht in falsche Erwartungsvorstellungen entlassen, die nur zu Enttäuschungen und Frustrationen führen können. Ich plädiere weiterhin vehement für eine Psychotherapie von Sexualdelinquenten, aber für eine nach Chancen und Grenzen kritisch differenzierende. Besonders die für Sekundärkonflikte so erfolgreiche Senkung der Rückfallhäufigkeit von 60 auf 30 Prozent darf nicht diskreditiert werden durch die zu erwartenden Rückfälle und Mißerfolge, die von einer unkritischen Öffentlichkeit dann den Sexualtherapeuten angelastet werden. Es wäre unredlich, von einer generellen Therapierbarkeit mit einem noch bestehenden „Rest-Risiko“ auszugehen, wie etwa der Psychoanalytiker und Strafrechtsprofessor Lorenz Böllinger in Bremen anläßlich einer Fernsehdiskussion über ein spektakuläres Tötungsdelikt an Kindern formulierte. Oder wie auch der Ulmer Professor für forensische Psychotherapie Pfäfflin die prinzipiell mögliche Heilung bezeugte, und lediglich einräumt, daß man unter Umständen viel Zeit und große Geduld bräuchte. Legt man die unsicheren, bisher nur durch die Androcur-Medikation verbesserte, aber in der Evaluation noch nicht entscheidend korrigierten Einschätzungen von Mauch vor 20 Jahren zugrunde, dann muß man mit etwa 15 bis 30 Prozent Rückfall-Delikten rechnen. In dieser Größenordnung liegt auch eine vorläufige Übersicht über die in den letzten vier Jahren in den JVA Neumünster und Kiel intramural durchgeführten Psychotherapien, die allerdings methodisch noch durchaus verbesserungsbedürftig sind. Wer sich in der Therapie von Sexualdelinquenten dankenswerterweise engagiert, muß mit einer gehörigen Portion seelischer Stabilität und Frustrationstoleranz ausgestattet sein. Solange es sich um den Rückfall eines gewaltfreien Exhibitionisten handelt, läßt sich eine Frustration als unvermeidliches Lehrgeld abtun; sobald aber Leib oder Leben, Psyche und Entwicklung von Frauen und Kindern nachhaltig traumatisiert werden, muß jeder Rückfall zumindest in pro foro interno selbstkritisch und unterstützt durch Supervision überprüft werden, ob er vermeidbar war. Ausgerechnet während meiner Dekanatszeit 1970/71 habe ich auch unter dem Druck eines

völlig legitim gegen mich eröffneten Ermittlungsverfahrens gestanden und kenne die nächtlichen Selbstdialoge, ob man irgend etwas übersehen oder falsch gewertet haben könnte. Ich kenne kaum einen langjährig tätigen sexualmedizinischen oder psychiatrischen Gutachter, dem ein ähnliches Schicksal erspart geblieben ist. In unserem saloppen Fachjargon sprechen wir dann davon, „er hat eine Leiche im Keller“. Bei den Kollegen im Maßregelvollzug gehören Ermittlungsverfahren, meist wegen fahrlässiger Gefangenenbefreiung, zum obligatorischen Berufsrisiko. Mit therapeutischen Mißerfolgen muß sich jeder Arzt auseinandersetzen. Der Arzt-Sohn Eugen Roth formulierte prägnant: „Wenn Du auch noch so gut chirurgst, einst kommt der Fall, den Du vermurkst.“ Für unser Spezialfach hieße das: „Gutachtest Du auch immer kompetenter und reeller, eines Tages hast auch Du eine Leiche im Keller.“ Was das bei der emotional eskalierten Atmosphäre von heute bedeutet, zeigen die Plakate vor dem Natalie-Prozeß in Augsburg im Dezember 1997, die lasche Richter und liberale Gutachter für den mangelnden Opferschutz verantwortlich machten.

In einem so aufgeheizten Klima kann eine für das kommende Jahrtausend tragfähige Strafrechtsreform der Sexualdelinquenz kaum gedeihen. Ein Friedrich Karl von Savigny (Vom Beruf unserer Zeit zur Gesetzgebung) oder ein Rudolf von Ihering (Der Kampf ums Recht; Der Zweck im Recht) (s.Kasten) oder auch ein Alternativ-Kollektiv damals junger Strafrechtslehrer mit ihrer Korrektur des allzu biedereren Strafrechtsentwurfes von 1962 sind für mich nicht in Sicht. Gerade jetzt wäre ein Gesetzgeber vonnöten, der denkt wie ein Philosoph und doch die klare Sprache des einfachen Volkes spricht, wie es Ihering gefordert hat.

**Friedrich Karl von Savigny (1779 – 1861)**

□ Vom Beruf unserer Zeit zur Gesetzgebung

**Rudolf von Ihering (1818 – 1892)**

1849 Professor in Kiel

□ Der Kampf ums Recht

Allein in der letzten Woche baten zwei Kammervorsitzende um Zweitgutachten, weil die offenbar unsicheren Vorgutachter lieber auf „Nummer sicher“ gehen und bei den Angeklagten – einmal ein 16jähriger Aggressionstäter in einer Pubertätskrise – verminderte Schuldfähigkeit und Wiederholungsgefahr annahmen und damit die Unterbringung im Maßregelvollzug anstand. Das heißt bei der seit Frühjahr 1998 geltenden verschärften Regelung, daß statt der bisherigen elastischen Erprobungsklausssel die Entlassung nur dann erfolgen darf, wenn der Gutachter das erkenntnistheoretisch nicht zu leistende Ausschließen von zukünftigen Rückfällen bescheinigt. Die Folgen dieser Entwicklung liegen auf der Hand und dürften die Länder-Finanzminister und letztlich auch jeden Bürger und Steuerzahler interessieren: Plätze und Personal in Sicherungsverwahrung und Unterbringung müssen drastisch erhöht werden, die Zahl der Gutachter und Therapeuten reicht bei weitem nicht aus. Die sozialtherapeutischen Anstalten müssen verdoppelt, das therapeutische Personal verdreifacht werden.

So wie Picht (s.n.S.) die von ihm konstatierte Bildungskatastrophe erst produzierte, so hat die quantitativ und qualitativ weit überzogene Viktimologie durch pädophile oder aggressive Übergriffe die heutige Krise des Sexualstrafrechts populistisch provoziert.

Damit komme ich zum letzten Teil meiner Abschiedsvorlesung, in dem das traditionell, genauer gesagt, seit dem Ordinariat von Wilhelm Hallermann von 1941 besondere Verhältnis dieses Institutes der Rechtsmedizin inclusive Sexualmedizin zu der Strafrechtspflege in diesem Land angesprochen werden soll.

Als vor knapp zehn Jahren Norbert Leygraf seine dankenswerte Studie über den Maßregelvollzug in der Bundesrepublik durchführte, lag Schleswig-Holstein mit einer durchschnittlich achtjährigen Unterbringungsdauer im Maßregelvollzug in einsamer Spitzenposition; zum Vergleich das benachbarte Hamburg mit einer Unterbringungsdauer von unter zwei Jahren. Damals wurden wir noch wegen unserer konservativen Praxis, insbesondere in der sehr vertrauensvollen Zusammenarbeit mit der Strafvollstreckungskammer in Lübeck, als antitherapeutisch und altmodisch gescholten. Als der Zeitgeist umschlug und den Opferschutz in den Vordergrund stellte, kam ganz schnell unsere zurückhaltende Entlassungspraxis aus dem Gerede.

Wer seit 37 Jahren in unzähligen Prozessen die Judikative unseres Landes kennt, lernt bei durchaus vorhandenen Unterschieden in den vier Landgerichtsbezirken eine solide und verlässliche Richterschaft kennen, die auch – ich bin mir da ganz sicher – die auf uns zukommende Krise meistern wird.

Exemplarisch steht mir vor Augen ein späterer Kammervorsitzender, bei dem in seinen beruflichen Anfängen am Amtsgericht von zehn Anklagen wegen Trunkenheit am Steuer an einem Vormittag acht mit beidseitigem Rechtsmittelverzicht abgeschlossen wurden. Diese Richter mit einer so souveränen und sicheren Urteilskraft sind gottlob keine Ausnahme in unserem Lande und genießen auch dann meinen höchsten Respekt, wenn sie sich kritisch oder gar ablehnend mit einem, und sei es meinem, Gutachten auseinandersetzen.

Ich will die Gelegenheit heute nicht versäumen, auch den vielen Anwälten, die ich in den fast 40 Jahren im Lande kennenlernte, nachträglich meinen Respekt zu zollen und darf hier exemplarisch den Anwalt und Notar Dr. Reinhart Traulsen nennen, der sich für diese Abschiedsvorlesung mit Freude und Interesse angemeldet hatte, von dem wir aber vor drei Tagen in der Paulus-Kirche Abschied nehmen mußten.

In gleicher Weise will ich eine weitere Gruppe dankbar erwähnen, die auf ihre Art und Weise ungemein lebensnah und nach außen hin unspektakulär ihr Wirken für die Anwendung des Rechts entfaltet. Auch hier darf ich aus der großen Zahl der Bewährungshelfer exemplarisch den viel zu früh verstorbenen, in sich ruhenden und nahezu charismatischen Günter Wriedt nennen und besonders in den letzten Jahren unseren kooperativ-kritischen, aber auch eigenwilligen Mahner Karl Rohr.

Vom Vorbild Wilhelm Hallermann inspiriert, bemühten sich die im und am Institut tätigen Kollegen in gleicher Weise auch unter den späteren Institutsdirektoren um engste Kooperation mit den Justizbehörden.

Sie versuchen auch die schwierigen Terminierungsprobleme der Vorsitzenden Richter einzufühlen und springen, wenn nötig und möglich, auch spontan zur Fristenwahrung ein. Oft kamen sie von den sog. „Mondscheinkammern“ erst nach Mitternacht nach Hause. Die Ehefrauen waren meist „not amused“. Mit einer Prise von Selbstironie nannten wir Assistenten uns auch schon mal: „Stundenkulis der Justiz“. Die Zahl der medizinisch und juristisch Doppelpromovierten schätze ich in Deutschland auf 40 bis 50; mit Herrn Schewe – dessen ich an dieser Stelle nochmals öffentlich mit besonderer Hochachtung gedenken darf –, mit den Herren Penners, Kaatsch und Thomsen entwickelte sich dieses Institut zu einem veritablen Nest von Doppel-Doktoren. (Der Flensburger Hochstapler und vorgebliche Dop-



pel-Doktor Bartholdy hat vielleicht gemeint, nur so könne man eine akademische Karriere starten.) Wenn ich an die drohende Ökonomisierung der Universitäten von heute und besonders von morgen denke, an die drastischen Kürzungen bei den wissenschaftlichen Mitarbeitern und dazu noch an die vielfältigen finanziellen Daumenschrauben sowie die unerbittlichen Selektionskriterien der wissenschaftlichen Veröffentlichungen in hochschwelligem englischsprachigen Zeitschriften mit hohem Impact-Faktor, dann neigt sich unaufhaltsam eine mir liebgewordene Epoche zuende, weil die nächste Generation noch rigoroser als heute schon Gutachten ablehnen und Therapien nicht mehr übernehmen kann. Wenn wir vor Jahrzehnten manchmal frivol und medi-zynisch lästerten, „wie angenehm wäre doch ein Leben im Klinikum, wenn es nicht die lästigen Patienten gäbe“, so taucht heute die Horrervision als science fiction auf, die von eingesparten Mitarbeitern geleerten Institute könnte der Finanzminister versilbern und an professionelle Profit-Centers zurückvermieten. Jede Gemeinschaft, die sich nicht um ihren Nachwuchs kümmert, ist zum Untergang verurteilt. Wenn die akademische Jugend keine Zukunft mehr hat und wenn insbesondere die Elite nicht gefordert und gefördert wird, werden schon meine Kinder, spätestens meine Enkel in einem anderen Deutschland leben und arbeiten – aber das sind wahrscheinlich dann auch schon anachronistische Vokabeln. Wir müssen uns angesichts des absehbaren öffentlichen Finanzdebakels wieder der Tugenden erinnern, die vor 40 Jahren den Wiederaufbau ermöglichten. Lassen Sie mich in diesem Sinne drei extrem kostenarme Verbesserungsvorschläge machen, die ein klein wenig die unausweichliche Gutachtenmisere der nächsten Jahre lindern können:

I. Generell sollten den Gutachtern die Urteile vom Gericht zugänglich gemacht werden um zu sehen, ob und gegebenenfalls was von den Diagnosen und Empfehlungen des Gutachters vom Gericht übernommen und was zurückgewiesen wurde.

II. Werden von einem Patienten, etwa bei der Zwei-Drittel-Entlassung oder bei Rückfällen, weitere Gutachten erstellt, gehen diese automatisch auch den Vorgutachtern zu; sie dienen auf jeden Fall der biographischen Längsschnittbetrachtung, dürften aber in erster Linie zur Diskussion unter den begutachtenden Experten anregen.

III. Die Jugendämter sollten angewiesen werden, im Interesse einer besser fundierten Täterbegutachtung, d.h. unter Einbeziehung auch ihrer familiären Vorgeschichte und Kindheit, die dortigen Akten und Erkenntnisse dem Gericht ohne längere Vorbehalte zugänglich zu machen, um gegebenenfalls indizierte Therapien gezielt und angemessen zu gestalten. Von den Kosten einer einzigen Einzeltherapie von unter Umständen nicht oder noch nicht therapierbaren Jugendlichen läßt sich leicht ein hochbegabter Nachwuchswissenschaftler bezahlen.

Trotz der düsteren Zukunftswolken bleibe ich bei einem bisherigen Optimismus für das Fach Sexualmedizin, ohne das es nur ein einseitiges, avitales, eben kastriertes medizinisches Menschenbild geben kann.

Ich habe als gerade 14-jähriger noch die Auswirkungen des vorher in Europa und Nordamerika vorherrschenden eugenischen und dann zum rassistisch pervertierten NS-Menschenbild mitbekommen, dann als Reaktion auf die moralische Katastrophe von 1945 die konfessionell-naturrechtlichen restaurativen Nachkriegsjahre. Ich mußte mich dann mit dem behavioristischen Menschenbild der Kinsey-Reporte auseinandersetzen, ich konnte viel von Konrad Lorenz aus dessen Verhaltensforschung übernehmen.

Ich hatte große Schwierigkeiten mit dem Menschenbild der 68er Bewegung, die das im Menschen verwurzelte Autoritäre in einer Mischung aus Psychoanalyse und Marxismus

durch eine repressionsfreie (natürlich auch sexuell repressionsfreie) antiautoritäre Erziehung von den Kinderläden bis in die Schulen und Universtitäten korrigieren wollte. Dann gab es noch den russischen Homo sovieticus sowie den ostdeutschen Homo socialisticus und seit je den Homo rationalis der Juristen, der wohl als die älteste aller grandiosen Selbsterhöhungen angesehen werden muß. Denn wenn überhaupt der Mensch irrational und unvernünftig handelt, dann ganz speziell in seinem sexuellen Verhalten. Amor vincit omnia, also auch den Verstand und den Willen. Voluptas ist stärker als voluntas. Niemand sollte den zweiten Vers von Vergil vergessen „et nos cedamus illi“, und auch wir unterliegen ihr. Der römische Kurien-Kardinal Josef Ratzinger wird vielleicht auch von einem Sexualmediziner verlangen, aber sicherlich aus seiner Menschenkenntnis und Klugheit heraus nicht erwarten, daß er die katholische Morallehre in rebus sexualibus übernimmt. Ich kann dies schon aus Achtung vor dem dort so abgewerteten weiblichen Geschlecht nicht.

Aber in meinen 30 Jahren als Sexualmediziner hat sich für das Mängelwesen Mensch letztlich das christliche Bild vom unvollkommenen, unzulänglichen, schwachen und sündigen Menschen als das weitaus sicherste Menschenbild erwiesen.

Eine akademische Lebenserfahrung lautet, daß die wissenschaftliche Schule eines Hochschullehrers mit der Emeritierung seiner akademischen Schüler endet. Das heißt, daß mit dieser Abschiedsvorlesung des letzten Hallermann-Schülers die fast 50jährige Epoche des Begründers der zwar visionär entworfenen, aber nicht realisierten „anthropologischen Rechtsmedizin“ heute endet, aber umgekehrt auch für mich, daß ich bei dem Alter meiner Schüler Beier und Bosinski die Chance habe, bis ins Jahr 2030 in irgendeiner transponierten Form universitär weiterzuleben.

Daß dieses möglich war, daß ich in diesem für mich faszinierendsten aller Berufe arbeiten konnte ohne auch nur den Hauch von obrigkeitlicher Beeinflussung der Forschungs- und Meinungsfreiheit, verdanke ich auch – trotz gegenseitiger Streitereien und Verärgerungen – der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Für diese Verbundenheit soll auch diese Abschiedsvorlesung Zeugnis ablegen.

## Literatur

- Beier, K.M. (1995): Aurorismus: Klinische Erscheinungsform einer „weiblichen Analogie“ zur Perversion. *Geburtsh Frauenheilk* 55: 323 – 333.
- Beier, K.M., Hinrichs, G. (1995): *Psychotherapie mit Straffälligen*. G. Fischer: Stuttgart.
- Brezinka, C.; Schröcksnadel, H.; Biebl, W. (1988): Die negierte Schwangerschaft– geburtshilfliche und psychiatrische Aspekte. Vortrag Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Mayrhofen. In: *Gynäk Rdsch* 28 suppl 2: 97 – 100.
- Brych, C.H. (1994): Verdrängte Schwangerschaft – Eine Analyse von Beobachtungen der Jahrgänge 1990 und 1991. *Med. Diss.*, Hannover.
- Forel, A. (1909): *Die sexuelle Frage*. München: Reinhardt.
- Gerchow, J. (1954): Die Bedeutung der reaktiven Abnormisierung für die Beurteilung von Kindesmörderinnen. Untersuchungen über die psychosomatischen Grundlagen des Sondertatbestandes zum §217 StGB; zugleich ein Beitrag zum Problem der abartigen Erlebnisreaktion. *Med Habil.* Kiel.
- Gerchow, J. (1964): Schwangerschaft und Geburt unter medizinisch-forensischen Aspekten der Kindesstötung. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform* 47: 233 – 240.
- Goldbach, H.J. (1956): Zur forensischen Beurteilung der Kindesstötung (§217 StGB). *Geburtsh Frauenheilk* 16: 609 – 618.
- Hertz, D.G.; Molinski, H. (1980): *Psychosomatik der Frau. Entwicklungsstufen der weiblichen Identität in Gesundheit und Krankheit*. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Humboldt, W. v. (1903): Über die männliche und weibliche Form. In: *Die Horen, Monatsschrift hrsg v Schiller*, I

- Bd 1795, drittes Stück: 80 – 103; viertes Stück: 14 – 40. Zit n: „Gesammelte Schriften“, hrsg von der Königlich Preussischen Akademie der Wissenschaften durch A. Leitzmann; Behr's: Berlin 1093 – 1936, Bd 1: 335 – 369.
- Humboldt, W. v. (1907): Geschichte der Abhängigkeit im Menschengeschlechte. Zit n: „Gesammelte Schriften“, hrsg von der Königlich Preussischen Akademie der Wissenschaften, durch A. Leitzmann; Behr's: Berlin 1903 – 1936, Bd 7: 653 – 655.
- Mildern, R.; Rosenthal, M.; Winegardner, J.; Smith, D. (1985): Denial of Pregnancy: an Exploratory Investigation. *J Psychosom Obstet Gynecol* 4: 255 – 261.
- Molinski, H. (1986): Schwangerschaft als Konflikt. In: Fervers-Schorre, B.; Poettgen, H.; Stauber, M. (Hrsg): *Psychosomatische Probleme in der Gynäkologie und Geburtshilfe* 1985. Berlin; Heidelberg: Springer: 67 – 77.
- Musil, R. (1930): *Der Mann ohne Eigenschaften*. Rowohlt.
- Püschel, K.; Hasselblatt, G.; Labes, H. (1988): Kindesmörderinnen: Meist geistig unreif. *Kriminalistik* 42: 525 – 528.
- Tacke, G. (1940): *Verkennung von Schwangerschaft und ihre gerichtsmedizinische Bedeutung*. Med Diss. Münster.
- Thomson, H.; Bauermeister, M.; Wille, R. (1992): Zur Kindestötung unter der Geburt. Eine Verbundstudie über die Jahre 1980 – 1989. *Rechtsmedizin* 2: 135 – 142.
- Tosetti, K. (1971): Blutungen in der Frühschwangerschaft. *Geburtsh Frauenheilk* 20: 513 – 519.
- Trube-Becker, E. (1975): Zur Kindestötung nach §217 StGB. *Ärztin* 10: 3 – 14.
- Wahle, E (1967): Zur Privilegierung der Kindestötung (§§217 StGB, 136 D) 1962. *Fam RZ* 4: 543 – 547.
- Wessel, J. (1987): Geburten bei vorher nicht bekannter Schwangerschaft – Schwangerschaftsverdrängung und menstruationsähnliche Blutungen in graviditate. *Geburtsh und Frauenheilk* 47: 850 – 853.
- Wessel, J. (1989): Zum Phänomen der Schwangerschaftsverdrängung. *Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe*. 47. Versammlung, München. In: *Arch Gynec Obstet* 245: 1074 – 1076.
- Wessel, J. (1992): Die verdrängte Schwangerschaft – Auch Ärzte entdecken die Gravidität nicht immer. *Dt Ärztbl* 89: 2754 – 2756.
- Wessel, J.; Rau, G. (1997): Zur Schwangerschaftsverdrängung – Darstellung eines Phänomens anhand einiger Ergebnisse von 28 Fällen und Vorstellung einer prospektiven regionalen Verbundstudie für Berlin. *Geburtsh Frauenheilk* 57: 116 – 123.
- Wessel, J.; Dudenhausen, J.W.; Schönegg, E.; Schmidt-Gollwitzer, K. (1990): Abgewehrte Schwangerschaftswahrnehmung – Zum Bild der Schwangerschaftsverdrängung. *Münch Med Wschr* 132: 376 – 380.
- Wille, R.; Beier, K.M. (1994): „Verdrängte“ Schwangerschaft und Kindestötung. *Theorie – Forensik – Klinik*. *Denial of Pregnancy and Neonaticide: Theoretical, Forensical and Clinical Aspects*. *Sexuologie* 2: 75 – 100.

**Anschrift des Autors**

Prof. em. Dr. med. Dr. jur. Reinhard Wille, Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle am Klinikum der Universität Kiel, Arnold-Heller-Str. 12, 24105 Kiel

## Praxisleitlinien der Akademie für Sexualmedizin zur Diagnostik und Therapie von sexuellen Störungen

### Kommission der Praxisleitlinien

#### Mitglieder

Prof. Dr. med. Dr. phil. K. M. Beier (Sexualmedizin/  
Psychotherapeutische Medizin; Berlin)  
Priv. Doz. Dr. med. H. A. G. Bosinski (Sexualmedizin/Pädiatrie;  
Kiel)  
Dr. med. G. Fröhlich (Urologie; Lohne)  
Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. U. Hartmann (Klinische Psychologie;  
Hannover)  
Prof. Dr. med. K. Loewit (Sexualmedizin/Endokrinologie;  
Innsbruck)  
Dr. med. M. Peglau (Allgemeinmedizin; Berlin)  
Dr. med. M. Rauchfuß (Gynäkologie; Berlin)  
Prof. Dr. med. H. Völkel (Psychiatrie; Kiel)  
Prof. Dr. med. H.-J. Vogt (Dermatologie/Andrologie; München)

#### Redaktion

Prof. Dr. med. Dr. phil. K. M. Beier  
Prof. Dr. med. K. Loewit

Die Entwürfe der Praxisleitlinien und Algorithmen zur somatischen Diagnostik, zu den substanzinduzierten sexuellen Funktionsstörungen und zu den Paraphilien wurden von Prof. Beier vorgelegt, die zur psychosozialen Diagnostik von Prof. Hartmann und die zu den paarbezogenen Interventionen von Prof. Loewit. Die interdisziplinäre Kommission der Akademie hat diese Entwürfe geprüft und einen endgültigen Text verabschiedet.

### Einleitung

Diagnostische und therapeutische Qualität lässt sich nur in Bezug auf explizite Standards beurteilen. Definitionsgrundlagen für Standards sind wiederum statistisch-quantitative sowie qualitative Normen, die sich an den Ergebnissen empirischer Untersuchungen orientieren. Sie sind nicht als rigide Vorschriften gedacht, sondern als Elemente der Qualitätssicherung, die im Einzelfall mit Risiko-, Nutzen- und Kostenabwägungen verknüpft werden müssen und ohnehin nicht die Ermessens- und Therapiefreiheit des Behandlers ersetzen können.

Während Richtlinien als verbindliche Regeln der ärztlichen Kunst eine berufsrechtliche Norm darstellen, haben Leitlinien im Referenzbereich diagnostischer und therapeutischer Standards lediglich die Funktion, Rahmenvorgaben zu machen, die den Arzt/Psychologen nicht binden, dennoch aber eine gewisse Verbindlichkeit ausdrücken. Sie sollen dem jeweiligen Stand des Wissens angepaßt sein, Zweckmäßigkeit- und Wirtschaftlichkeitserwägungen berücksichtigen und eine Mindestanforderung darstellen, die nicht unterschritten werden sollte.

Die Akademie für Sexualmedizin hat sich – entsprechend den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) – seit Entwicklung und Realisierung eines sexualmedizinischen Curriculums für die postgraduale Ausbildung mit dem Praxistransfer qualitätssichernder Maßnahmen bei der Diagnostik und Therapie sexueller Störungen intensiv auseinandergesetzt.

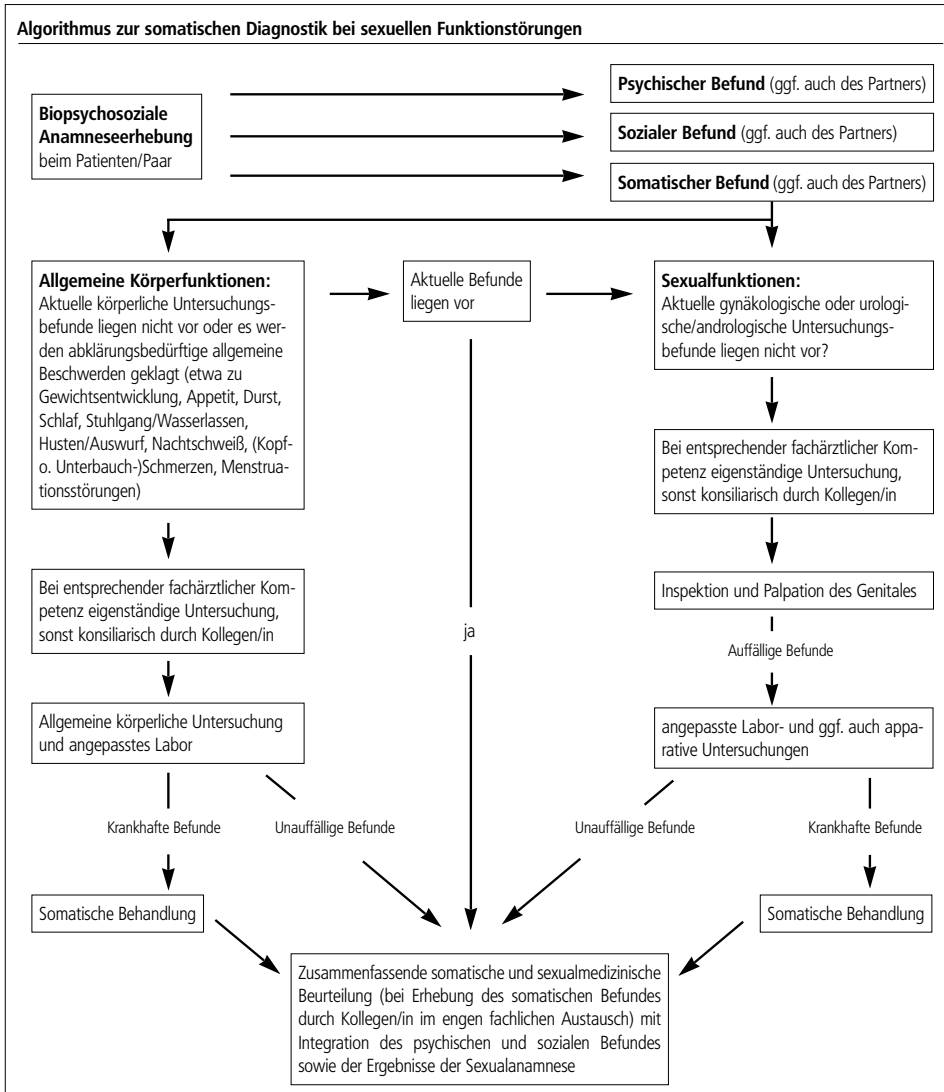
Dabei musste eine Form gefunden werden, die in der Lage ist, hinsichtlich der Erkennung und Behandlung von Sexualstörungen unterschiedlichen Fächern eine gemeinsame Basis zu bieten, da diese Fächer im klinischen Alltag mit sexuellen Störungen konfrontiert sind (v.a. Allgemeinmedizin, Andrologie, Dermatologie, Gynäkologie, Klinische Psychologie, Nervenheilkunde, Psychotherapeutische Medizin, Urologie) ohne diesbezüglich über eigene Praxisleitlinien zu verfügen.

Die von der Akademie für Sexualmedizin eingesetzte Expertenkommission repräsentiert entsprechend diese Fächervielfalt und jedes einzelne Mitglied hatte im Wesentlichen die Aufgabe, die Praxisleitlinien aus Sicht seines Fachgebietes zu prüfen und gegebenenfalls zu ergänzen. Es ging also im Wesentlichen darum, eine gemeinsame Basis der Fächer zu beschreiben und nicht darum, alle aus Sicht der jeweiligen Fachgebiete möglicherweise notwendigen Schritte vollständig abzubilden.

**Praxisleitlinie zur somatischen Diagnostik bei sexuellen Störungen**

1. Die biopsychosoziale Anamneseerhebung macht in jedem Fall auch die Abklärung des somatischen Befundes (ggf. auch des Partners) erforderlich.
2. Hinsichtlich der Sexualfunktionen ist zu prüfen, ob aktuelle gynäkologische oder urologische/andrologische Untersuchungsbefunde vorliegen.
3. Hinsichtlich allgemeiner Körperfunktionen ist zu prüfen, ob abklärungsbedürftige allgemeine Beschwerden (etwa zu Gewichtsentwicklung, Appetit, Durst etc.) geklagt werden.

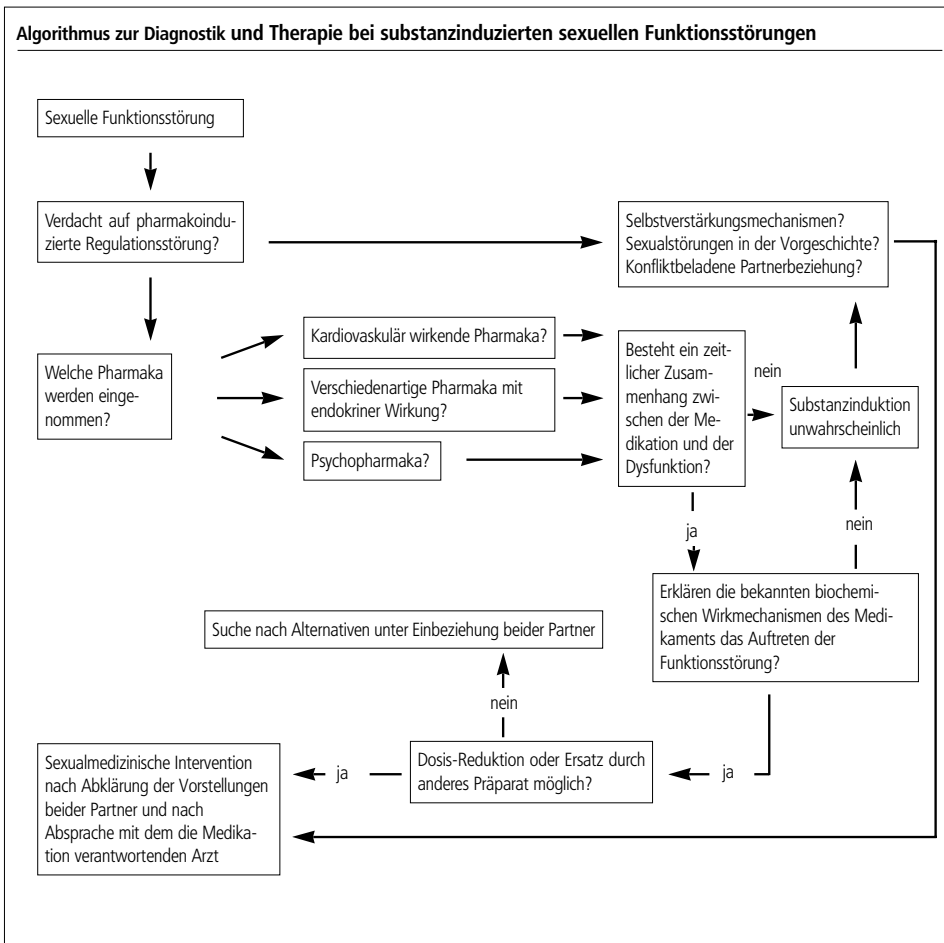
4. Sofern keine aktuellen Befunde (vgl. 2. u. 3.) vorliegen, ist eine entsprechende fachärztliche Untersuchung entweder (bei entsprechender fachärztlicher Kompetenz) selbst durchzuführen oder aber konsiliarisch zu veranlassen.
5. Bei Erhebung des somatischen Befundes durch Kollegen/in ist in engem fachlichen Austausch eine zusammenfassende somatische und sexualmedizinische Beurteilung erforderlich, in welche der psychische und soziale Befund genauso integriert werden muss wie die Ergebnisse der Sexualanamnese.



**Praxisleitlinie zur Diagnostik und Therapie bei substanzinduzierten sexuellen Funktionsstörungen**

1. Sofern ein Verdacht auf substanzinduzierte sexuelle Funktionsstörungen vorliegt, muss neben der sexualanamnestischen Abklärung von partnerschaftlicher Situation, (sozio-)sexueller Entwicklung und Selbstverstärkungsmechanismen der mögliche Einfluss von Pharmaka bzw. Drogen auf die Sexualfunktionen abgeklärt werden.
2. Besondere Bedeutung haben kardiovaskulär wirkende Pharmaka, Psychopharmaka sowie verschiedenartige Pharmaka mit endokriner Wirkung.
3. Die Substanzinduktion ist eher wahrscheinlich, wenn ein zeitlicher Zusammenhang zwischen der Medikation und dem Auftreten der Dysfunktion besteht und die bekannten biochemischen Wirkmechanismen des Medikaments das Auftreten der Funktionsstörung hinreichend erklären.

4. Sofern eine Dosisreduktion des verdächtigen Medikaments in Absprache mit dem die Medikation verantwortenden Arzt möglich ist, sollte diese Intervention erst nach Abklärung der Vorstellung beider Partner erfolgen, insbesondere um zusätzliche Einflussfaktoren, welche für die Entstehung oder Aufrechterhaltung der Symptomatik eine Rolle spielen können, mitzubedenken.
5. Führt die Dosisreduktion nicht zu der gewünschten Problemlösung, ist unter Einbeziehung beider Partner die Bearbeitung weiterer Einflussfaktoren erforderlich.
6. Wenn aus medizinischen Gründen eine Dosisreduktion von vornherein ausscheidet, bietet sich – ebenfalls unter Einbeziehung beider Partner – die Suche nach Alternativen zur Gestaltung der gemeinsamen Sexualität an.

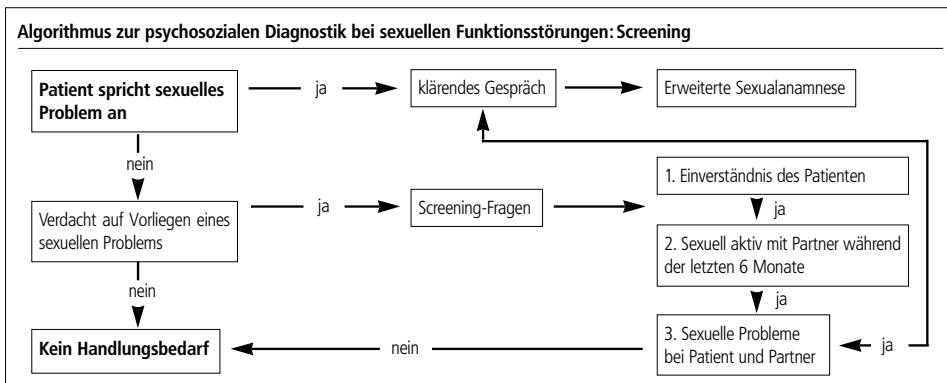


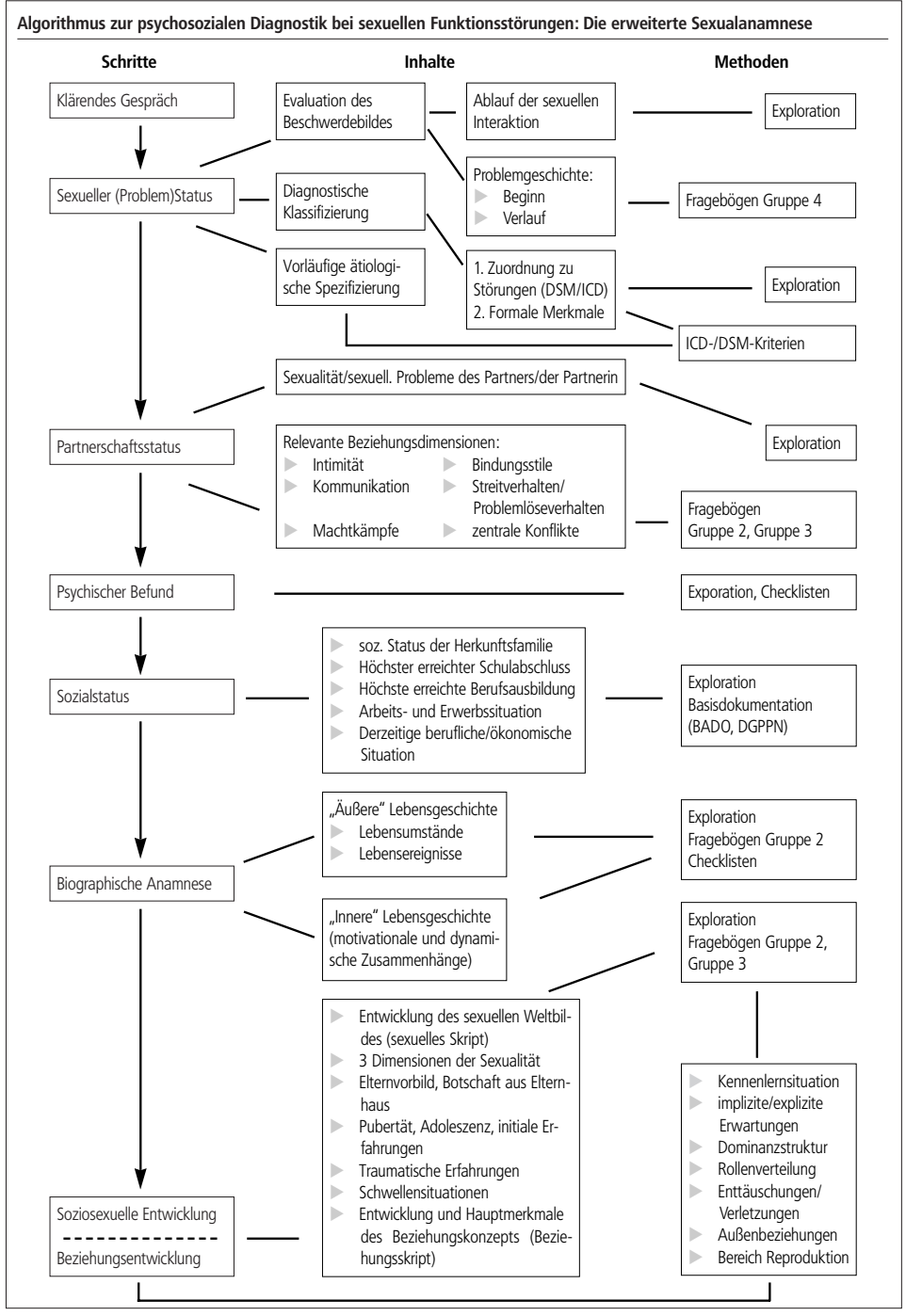


**Praxisleitlinie zur psychosozialen Diagnostik bei sexuellen Funktionsstörungen: Screening und erweiterte Sexualanamnese**

1. Die erweiterte Sexualanamnese steht im Zentrum der psychosozialen Diagnostik, die im Kanon der biopsychosozialen Befunderhebung bei sexuellen Funktionsstörungen bezüglich der Behandlungsplanung zumeist die größte Bedeutung hat. Sie ist modular aufgebaut und umfasst neben den sexual- und partnerschaftsbezogenen Informationen auch den psychischen Befund und die Erhebung lebensgeschichtlicher Daten.
2. Spricht der Patient von sich aus ein sexuelles Problem an, kann direkt zu den verschiedenen Schritten der erweiterten Sexualanamnese übergegangen werden. Ist das nicht der Fall, hat der Untersucher aber aufgrund objektiver Befunde (z.B. Diabetes mellitus) oder seiner klinischen Eindrucksbildung den Verdacht auf das Vorliegen eines sexuellen Problems, sollte mit einigen Screening-Fragen dieser Verdacht überprüft werden. Zuvor sollte das Einverständnis des Patienten zu einem Gespräch über Sexualität eingeholt werden.
3. Die erweiterte Sexualanamnese sollte zuerst die aktuelle Situation des Patienten(paars) in den Blick nehmen und sich ein genaues Bild des (a) sexuellen (Problem)Status, (b) des Partnerschafts-Status und (c) des Sozial-Status verschaffen. Erst dann und soweit für die Therapiewahl notwendig sind biographische Anamnese sowie soziosexuelle und Beziehungsentwicklung zu thematisieren.
4. Im sexuellen Problemstatus wird zunächst das Beschwerdebild genau evaluiert (vorzugsweise anhand des Ablaufs der sexuellen Paarinteraktion), woraus eine diagnostische Zuordnung (nach den Störungskategorien von ICD bzw. DSM) sowie eine vorläufige ätiologische Zuordnung vorgenommen wird.
5. Neben dem Status der Partnerbeziehung, in dem relevante Beziehungsdimensionen und die Sexualität bzw. etwaige sexuelle Probleme des Partners/der Partnerin als wichtiges Kriterium für die Therapiewahl zu fokussieren sind, sollten zumindest die wichtigsten Eckpunkte des aktuellen sozialen Status erhoben werden, da diese Variablen ebenfalls wichtige Einflussfaktoren im Störungsgeschehen sein können.
6. Der psychische Befund ist in gewisser Weise kein eigenständiger Schritt, da er während der erweiterten Sexualanamnese,

- im Kontakt und Austausch zwischen Untersucher und Patient „mit erhoben“ wird (s. Schaubild).
7. Die biographische Anamnese wird üblicherweise in die „äußere“ und „innere“ Lebensgeschichte unterteilt, die allerdings in der Gesprächssituation eng miteinander verzahnt sind. Während die äußere Lebensgeschichte eher die „harten“ Daten, unterteilt in die Lebensumstände und Lebensereignisse umfasst, geht es bei der inneren Lebensgeschichte um die motivationalen und dynamischen Zusammenhänge, die den Lebenslauf prägen (s. Schaubild).
  8. Die eng zusammenhängenden Bereiche der soziosexuellen und der Beziehungsentwicklung konzentrieren sich auf die Herausbildung des sexuellen Weltbilds des Patienten und die Art und Weise, in der es sich aufgrund der individuellen Erfahrungsmuster im Zusammenspiel der drei Dimensionen der Sexualität (i.e. die beziehungsorientierte, die reproduktive und die Lustdimension) widerspiegelt, sowie auf das Zusammenwirken und Gleichgewicht des sexuellen Weltbilds und Beziehungskonzepts innerhalb des Paares.
  9. Die mit Abstand wichtigste Methode zur Erhebung der erweiterten Sexualanamnese ist das Gespräch bzw. die Exploration oder das klinische Interview. In der Spalte „Methoden“ im Algorithmus zur erweiterten Sexualanamnese sind weitere Methoden oder Untersuchungsinstrumente aufgeführt, die bei bestimmten Schritten und Inhalten zur Anwendung kommen können: Für die diagnostische Klassifizierung und ätiologische Spezifizierung sollte auf die in den Diagnosesystemen ICD und DSM definierten Kriterien zurückgegriffen werden. Für den psychischen Befund, den sozialen Status sowie die biographische Anamnese existieren Checklisten bzw. Variablenlisten, die Anhaltspunkte und Vorgaben zur Erhebung und Dokumentation bieten. Schließlich gibt es vier verschiedene Gruppen von Fragebögen, die in der erweiterten Sexualanamnese zum Einsatz kommen können (s. Schaubild). Im allgemeinen eignen sich lediglich die Inventare der Gruppe 4 für den Routineeinsatz, da sie einen kompakten Überblick über das Störungsbild sowie einen Anhaltspunkt bezüglich des Schweregrades der Problematik geben können. Ebenso wie die Fragebögen der anderen Gruppen können sie allerdings die klinische Eindrucksbildung nicht ersetzen, sondern lediglich ergänzen.





**Algorithmus zur psychosozialen Diagnostik bei sexuellen Funktionsstörungen: Die erweiterte Sexualanamnese**

**Schaubild: Psychodiagnostische Verfahren, Fragebögen und Ratingskalen in der sexualmedizinischen Praxis**

Gruppe	Art der Instrumente	Beispiele
1	Standardisierte multidimensionale Persönlichkeitsfragebögen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ MMPI IMMPI-2</li> <li>▶ 16 PF/16 PF-R</li> <li>▶ NEO-FFI</li> <li>▶ FPI-R</li> </ul>
2	Standardisierte Fragebögen oder Ratingskalen, die bestimmte Bereiche der Persönlichkeit, bestimmte Symptombilder oder spezielle Merkmale adressieren	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Narzissmusinventar</li> <li>▶ Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP)</li> <li>▶ Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik (FPD)</li> <li>▶ Fragebogen zum Körperbild (FKB-20)</li> <li>▶ State-Trait-Angstinventar (STAI)</li> <li>▶ Beck-Depressions-Inventar (BDI)</li> <li>▶ Symptom-Checkliste (SCL-90-R)</li> <li>▶ Hamilton-Skalen</li> </ul>
3	Fragebögen, die spezieller auf den Bereich Sexualität zugeschnitten sind	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Fragebogen zur sexuellen Interaktion (Sexual Interaction Inventory, SII)</li> <li>▶ Fragebogen zur sexuellen Zufriedenheit (FSZ)</li> <li>▶ Sexual Experience Scales (SES)</li> <li>▶ Derogatis Sexual Functioning Inventory (DSFI)</li> </ul>
4	Fragebögen, die gezielt für sexuelle Funktionsstörungen entwickelt wurden	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Internationaler Index zur Erfassung der erektilen Funktion (IIEF)</li> <li>▶ Female Sexual Function Index (FSFI)</li> <li>▶ Impotenzfragebogen (IFB)</li> <li>▶ Fragebogen zum vorzeitigen Orgasmus (PEQUEST)</li> <li>▶ Kurzfragebogen für sexuelle Probleme (KFSP-M, KFSP-F)</li> </ul>

**Schaubild: Der psychische Befund**

**Die wichtigsten einzuschätzenden Merkmalsbereiche**

- ▶ Äußeres Erscheinungsbild
- ▶ Kontaktverhalten/Sprache
- ▶ Bewusstsein
- ▶ Orientierung
- ▶ Aufmerksamkeit/Konzentration
- ▶ Denken
- ▶ Ich-Störungen
- ▶ Grundstimmung/Affektivität
- ▶ Merkfähigkeit/Gedächtnis
- ▶ Intelligenz
- ▶ Psychomotorik

Wichtig: Eigene Urteilsbildung, nicht Angaben des Patienten übernehmen.

**Schaubild: Die „äußere“ und „innere“ Lebensgeschichte**

**Wichtige Aspekte der äußeren Lebensgeschichte**

- |  |                |
|--|----------------|
| Lebensereignisse   | Lebensumstände |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Ursprungsfamilie</li> <li>▶ Gesundheit/Krankheit</li> <li>▶ Ausbildung</li> <li>▶ Beruf</li> <li>▶ Soziale Kontakte/Freizeit</li> <li>▶ Partnerschaft</li> <li>▶ Schwangerschaft/Kinder</li> <li>▶ Wohnung</li> <li>▶ Finanzen</li> <li>▶ Gericht/Gesetz</li> </ul> |                |

**Wichtige Aspekte der inneren Lebensgeschichte**

- ▶ Familiäres Milieu
- ▶ Entwicklung in Kindheit und Jugend
- ▶ Berufsleben
- ▶ Partnerschaft, Familie, soziale Beziehungen

**Praxisleitlinie zur psychosozialen Diagnostik bei sexuellen Funktionsstörungen: Verdacht auf psychische Störungen; Stellung von Indikation und Prognose**

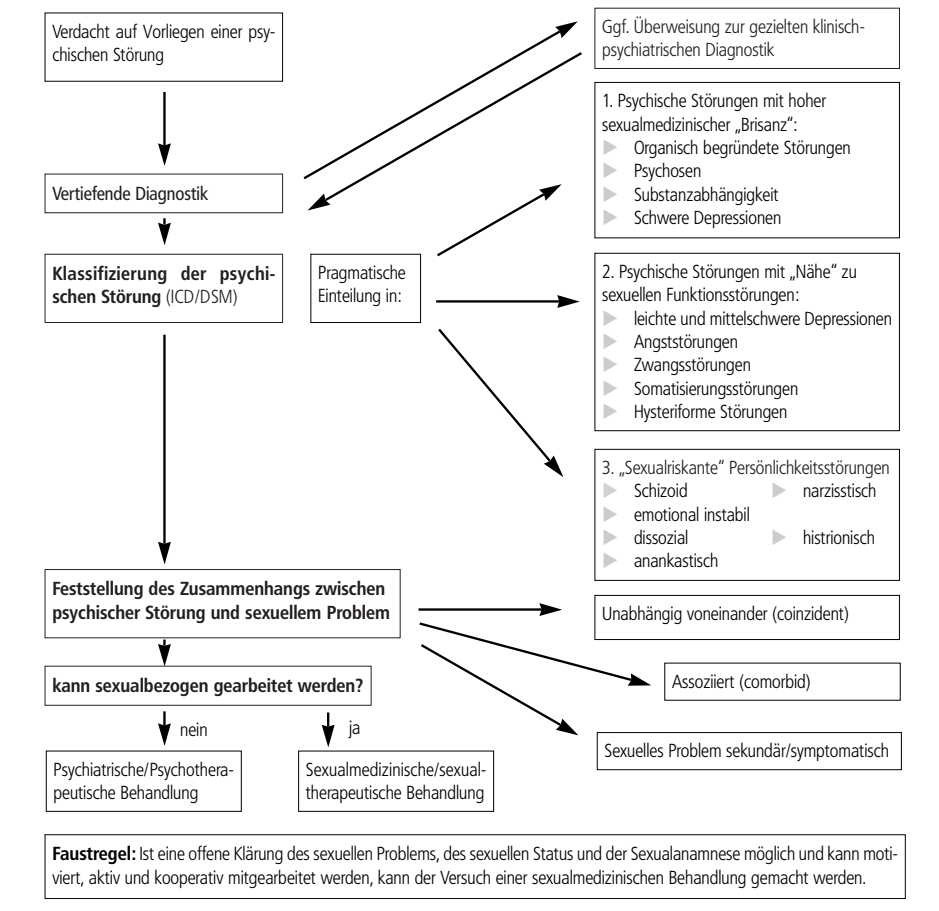
1. Besteht aufgrund des psychischen Befundes, der klinischen Eindrucksbildung oder der erweiterten Sexualanamnese (evtl. Fremdanamnese) der Verdacht einer psychischen Störung, ist eine vertiefende Diagnostik notwendig. Ergibt diese konkrete Anhaltspunkte, ist die Störung nach den Kriterien von ICD bzw. DSM zu klassifizieren.

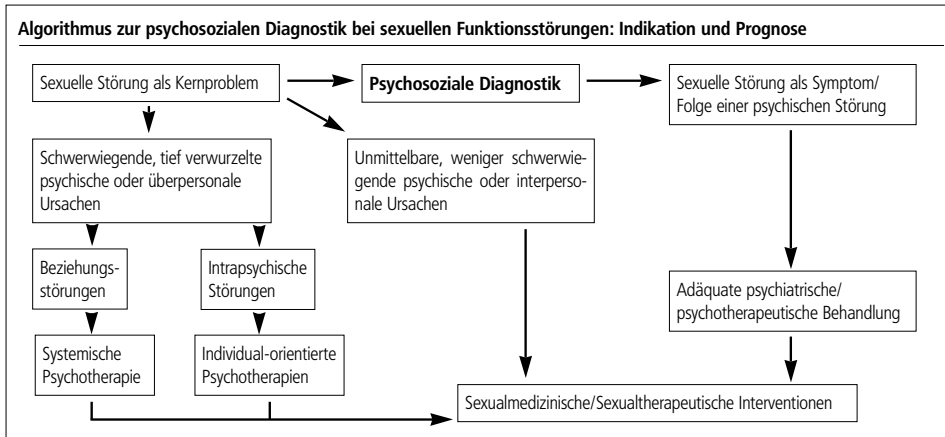
2. Neben dieser Klassifikation ist Langer folgend (s. Kap. 3) eine Einteilung der Störung unter sexualmedizinischen Praxisgesichtspunkten sinnvoll: Neben psychischen Störungen mit hoher sexualmedizinischer „Brisanz“, d.h. Störungen, die die Sexualität fast immer in Mitleidenschaft ziehen und sexualmedizinischen Bemühungen zugleich enge Grenzen setzen, lassen sich Störungen mit einer besonderen „Nähe“ zu sexuellen Funk-

tionsstörungen unterscheiden, die ebenfalls oft mit sexuellen Problemen vergesellschaftet sind, aber sexualmedizinischen/-therapeutischen Interventionen besser zugänglich sind. Zur dritten Gruppe gehören die in der Regel schwer und nur im Längsschnitt diagnostizierbaren Persönlichkeitsstörungen, von denen einige ein besonderes Risiko für die sexuelle Gesundheit mit sich bringen.

3. Hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen psychischer und sexueller Störung ist zu entscheiden, ob es möglich ist, sexualbezogen zu behandeln oder ob (zunächst) eine psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung erfolgen sollte. Als erfahrungsgestützte Faustregel lässt sich sagen, dass der Versuch einer sexualmedizinischen/-therapeutischen Behandlung sinnvoll ist, wenn eine offene Klärung des sexuellen (Problem) Status und der Sexualanamnese möglich ist und der Patient/ das Paar motiviert, aktiv und kooperativ mitarbeiten kann.

**Algorithmus zur psychosozialen Diagnostik bei sexuellen Funktionsstörungen: Vorgehen bei Verdacht auf psychische Störungen**



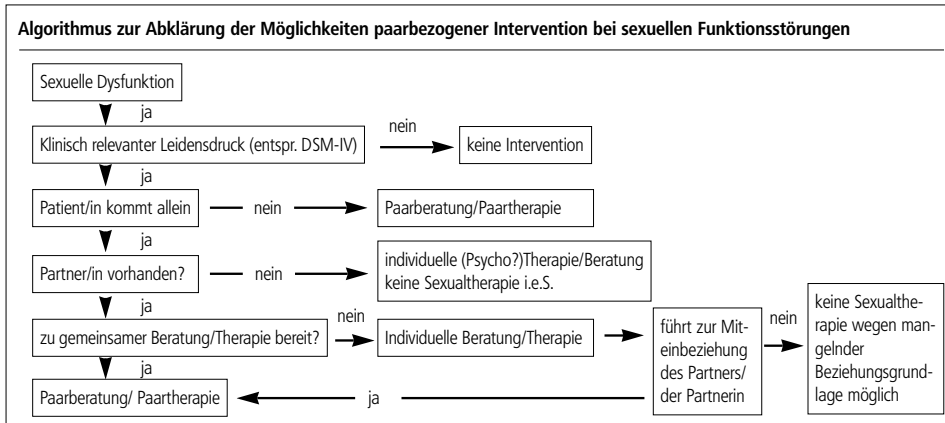


**Praxisleitlinie zur Abklärung der Möglichkeiten paarbezogener Intervention**

1. Grundlage sexualmedizinischer/-therapeutischer Intervention, v.a. zur Behandlung sexueller Funktionsstörungen, ist die Einbeziehung des Partners. Das schließt Einzelgespräche bzw. begrenzte Interventionen beim Einzelnen nicht aus.
2. Ausschlaggebend dafür, ob eine behandlungsbedürftige sexuelle Störung vorliegt, ist nicht die Fehlfunktion an sich, sondern ob ein zusätzlicher Leidensdruck auftritt (analog DSM IV: Das Störungsbild muss deutliches Leiden oder zwischenmenschliche Schwierigkeiten verursachen). Erst dadurch wird die sexuelle Dysfunktion zur krankheitswertigen Funktionsstörung.
3. Bestehen sexuelle Funktionsstörungen, wirken sie sich in der Regel unvermeidlich auf die Beziehung aus, sofern sie nicht selbst auf eine Beziehungsstörung zurückgehen. Ziel sexualmedizinischer/-therapeutischer Interventionen ist nicht nur gestörte Genitalfunktionen zu behandeln, sondern auch gestörte Beziehungen. Deshalb ist der Paaraspekt von entscheidender Bedeutung. Kommt ein Patient allein zum Arzt oder Therapeuten, so ist nach dem Vorhandensein eines Partners zu fragen.
4. Ist der Patient (derzeit) ohne Partner, kann sich je nach Art

und Schwere der zugrundeliegenden Ursache(n) die Indikation zu individueller psychiatrischer, psychotherapeutischer oder anderer fachärztlicher Behandlung ergeben. Eventuell kann Sexualberatung im Sinne von Information, Ermutigung, Entängstigung, Korrektur falscher Vorstellungen, Erlaubnisgeben etc. bereits helfen. Der Einsatz von Übungen, wie sie hauptsächlich bei sexuellen Funktionsstörungen als verschriebene Erfahrungen aufgegeben werden, ist bei der Behandlung eines Einzelpatienten nur begrenzt (masturbatorisch) möglich und nicht so wirksam, weil die reale Paarsituation nicht erfahrbar wird.

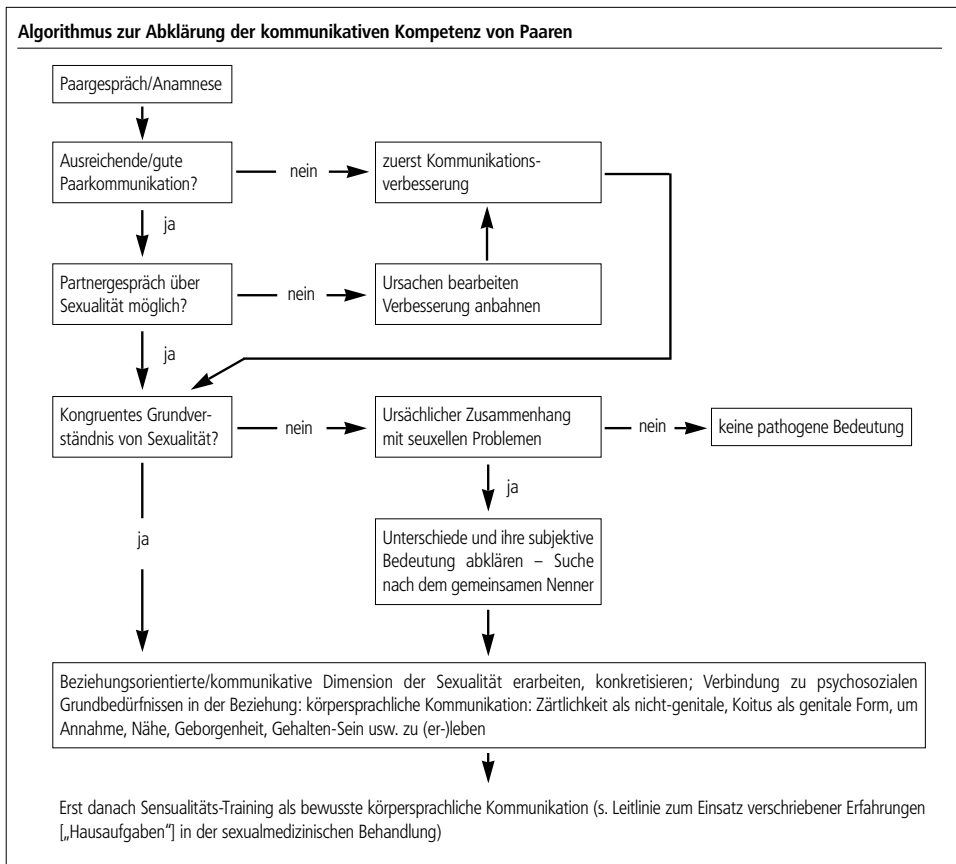
5. Hat der Patient einen Partner, kommt es auf die Bereitschaft zur paarbezogenen Sexualtherapie an: Besteht diese, kann die übende Therapie eingesetzt werden. Ist sie nicht gegeben, kann im Einzelgespräch den Gründen dafür nachgegangen und zur Paartherapie ermutigt werden. Entsteht im weiteren Verlauf die Bereitschaft, den Partner miteinzubeziehen, kann paartherapeutisch weitergearbeitet werden. Sind die Widerstände seitens des Patienten und/oder seines Partners dagegen unüberwindbar, hat die Symptomatik eine schlechte Prognose, durch die Arbeit mit dem Einzelnen läßt sie sich meist nicht auflösen. Die Bedenken vom jeweiligen Partner selbst erläutern lassen.



**Praxisleitlinie zur Abklärung der kommunikativen Kompetenz von Paaren**

1. Zu Beginn sexualtherapeutischer Paargespräche ergeben sich aus der Einschätzung der kommunikativen Kompetenz des Paares wichtige prognostische Hinweise. Für den Verlauf der Therapie ist die Qualität der Paarkommunikation entscheidend. Dabei ist von Seiten des Behandlers eine Haltung der Allparteilichkeit (gleichverteilte Empathie für jeden der beiden Partner und ihre Beziehung) erforderlich, um eine Nutzung gemeinsamer Ressourcen des Paares zu ermöglichen.
2. Mängel kommunikativer Kompetenz können die allgemeine und/oder die speziell sexualitätsbezogene Kommunikation betreffen. Fehlende Gesprächs- bzw. Streitkultur (nicht zuhören, ins Wort fallen usw.), unaufgedeckte Missverständnisse, Unkenntnis der emotionalen Befindlichkeit, der Wünsche und Phantasien des Partners verlangen, zunächst die allgemeine Paarkommunikation zu verbessern. Dasselbe kann für die sexualitätsbezogene Kommunikation gelten. Bei schweren Defiziten ist die Bearbeitung tieferliegender Ursachen erforderlich.
3. Ist die gemeinsame Sexualität zwischen den Partnern thematisierbar, muss geklärt werden, ob das jeweilige Grundver-

- ständnis von Sexualität kongruent oder divergent zu dem des Partners ist und wieweit die subjektiven Deutungen von Sexualität und deren Folgen für die Partnerschaft ursächlich für die sexuelle Dysfunktion (mit-) verantwortlich sind und/oder diese verstärken. Besteht ein kausaler Zusammenhang, müssen die unterschiedlichen Sichtweisen bearbeitet werden, um nach einer nicht pathogenen gemeinsamen Basis zu suchen.
4. Dazu ist die beziehungsorientierte Dimension von Sexualität (Kommunikationsfunktion) anzusprechen. Ist diese bereits bewusst, kann sie bestätigt und vertieft werden. Ist dies nicht der Fall, kann das Paar die körpersprachlich-kommunikative Bedeutung als neue und mit den eigenen (häufig frustrierten) psychosozialen Grundbedürfnissen in Einklang stehende Dimension von Sexualität für sich entdecken. Damit ist eine wesentliche Basis für weitere therapeutische Interventionen gegeben.
  5. „Streichelübungen“ werden nun zur bewussten körpersprachlichen Kommunikation eingesetzt, um die Paarkommunikation zu erweitern, stellen aber zugleich eine unausweichliche Konfrontation mit der Beziehungswirklichkeit dar. Die bei der Durchführung (oder Verweigerung) der sog. „Hausaufgaben“ häufig auftretenden Widerstände sind zunächst zu bearbeiten.



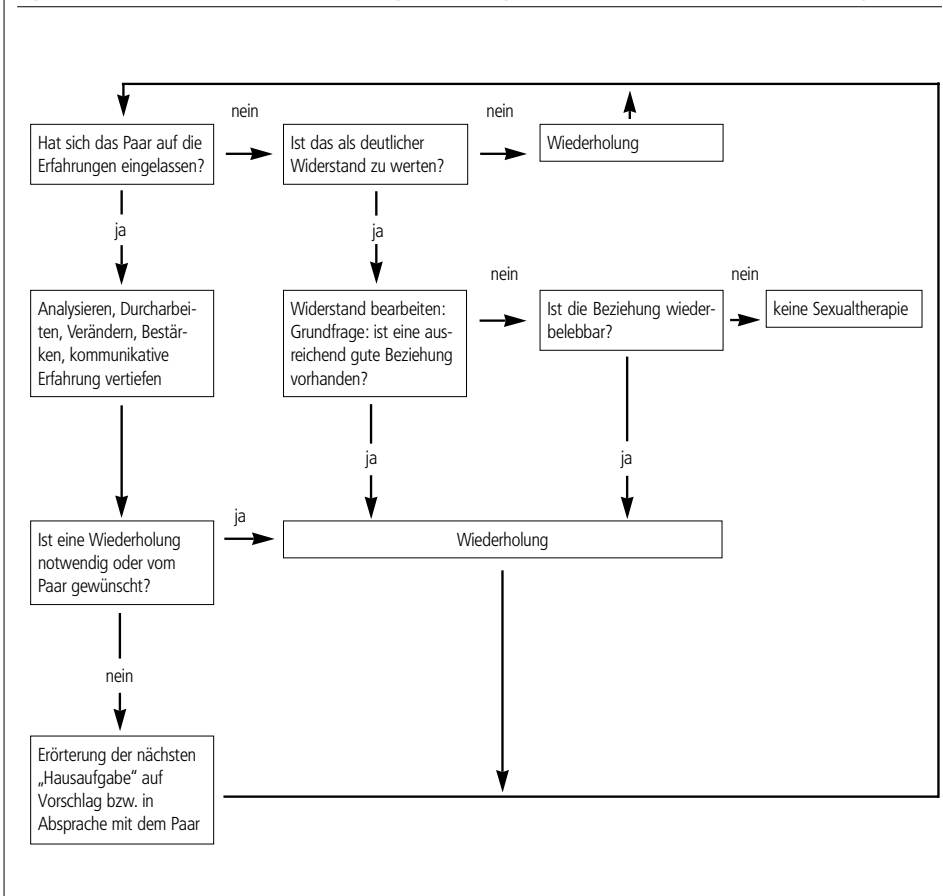


**Praxisleitlinie zum Einsatz verschriebener Erfahrungen („Hausaufgaben“) in der Sexualtherapie**

1. Wurde unter bewusster Berücksichtigung des kommunikativen Aspektes von Sexualität als Körpersprache die erste Sensualitäts-Übung aufgegeben, vom Paar aber nicht oder nur sehr mangelhaft durchgeführt, wobei die Verhinderungsgründe plausibel sind, wird die Aufgabe erneut gestellt. Wiederholt sich dies, muss an einen tieferliegenden Widerstand gedacht und dieser bearbeitet werden. Letztlich kann es um die Frage nach dem Willen zur Beziehung überhaupt gehen (nicht zu verwechseln mit dem Bestehen aktueller Beziehungsprobleme).
2. Ist (derzeit) keine gute Beziehungsgrundlage gegeben, so ist im weiteren Verlauf der Paargespräche zu klären, ob die Beziehung sich wiederbeleben lässt. Ist dies nach sorgfältiger Prüfung auszuschließen, fehlt die Grundlage für eine paarbezogene Sexualtherapie.
3. Hat sich das Paar auf die Übungen eingelassen, so müssen die dabei gemachten Erfahrungen sehr konkret besprochen, im

- Detail analysiert und durchgearbeitet, dadurch vertieft, geklärt, verstärkt und gedeutet werden, um den therapeutischen Prozess zu fördern. Dabei muss immer nach dem Empfinden beider Partner gefragt werden und der Behandler darf sich nicht mit vagen allgemeinen Angaben zufrieden geben.
4. Wenn falsch oder gar nicht verstandene Aufgaben korrigiert werden müssen, ein nochmaliger Anlauf angezeigt scheint oder das Paar die neuen Erfahrungen vertiefen möchte, mehr Zeit braucht, so soll die Übung wiederholt werden, bevor weitere Schritte empfohlen werden.
  5. Erst dann soll in Absprache oder auf konkreten Vorschlag des Paares der nächste Schritt erarbeitet und auf seine Realisierbarkeit geprüft werden. Dabei ist es erforderlich, die empfohlenen Übungen variabel und nicht nach einem starren Schema zu gestalten. Ein „planmäßiges“ Aufgeben der (von Masters & Johnson empfohlenen) Übungen kann dem Ziel einer befriedigenderen allgemeinen und sexuellen Kommunikation innerhalb des Paares sogar entgegenstehen.

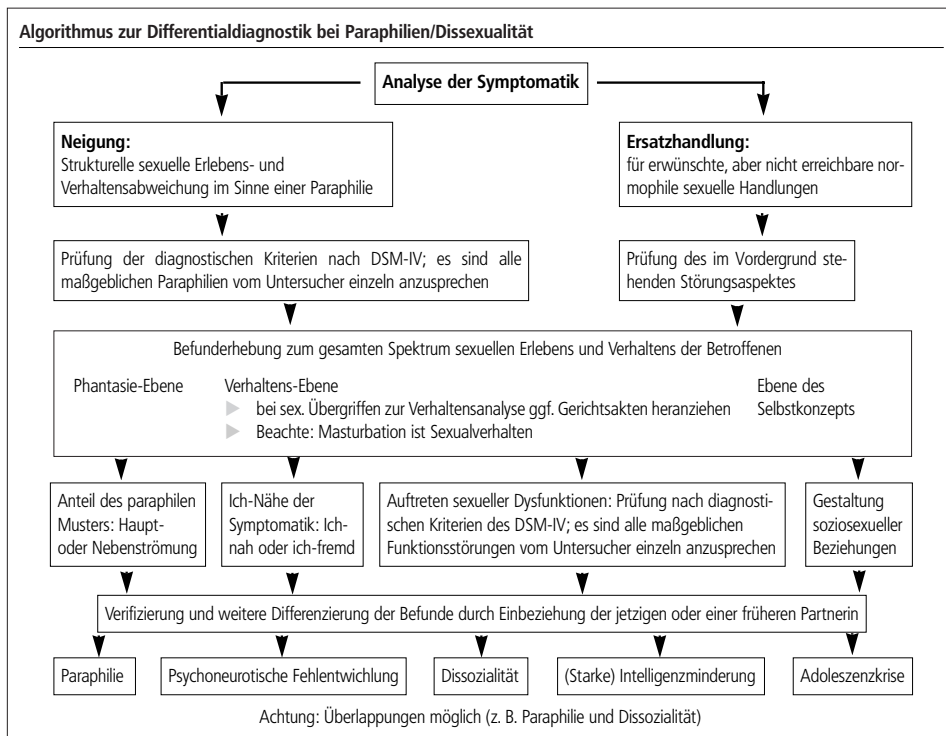
**Algorithmus zum Einsatz verschriebener Erfahrungen („Hausaufgaben“) in der sexualmedizinischen Behandlung**



**Praxisleitlinie zur Differenzialdiagnostik bei Paraphilien/Dissexualität**

1. Grundsätzlich ist abzuklären, ob eine sexuelle Verhaltensabweichung/sexuelle Übergriffigkeit auf eine strukturelle Neigung (im Sinne einer Paraphilie) zurückgeht oder als „Ersatz“ für – von dem Betroffenen erwünschte, aber nicht erreichbare – normophile sexuelle Handlungen zu verstehen ist. Die Analyse muss gegebenenfalls zusätzliche Informationsquellen zur Tatphänomenologie (z.B. Ermittlungsakte etc.) einbeziehen – insbesondere bei einschlägigen Vorverurteilungen.
2. Es ist mit den beiden Möglichkeiten zu rechnen, dass der Betroffene selbst eine paraphile Symptomatik (z. B. Wünsche nach sexuellem Kontakt mit Kindern) angibt oder aber nicht (bzw. sogar verneint), der Untersucher eine solche Symptomatik jedoch annimmt (z. B. bei Patienten, die im Rahmen von Weisungen eines Gerichts eine Therapieaufgabe erhalten haben).
3. Sofern eine paraphile Symptomatik angegeben oder vermutet wird, haben sich die diagnostischen Kriterien nach dem DSM-IV als sinnvoll erwiesen; hiernach müssen die Symptome über mindestens 6 Monate bestehen und in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verursachen.
4. Sofern keine paraphile Symptomatik vorliegt, sondern dissexuelles Verhalten als „Ersatz“ für normophile sexuelle Handlungen zu verstehen ist, muss der im Vordergrund stehende Störungsaspekt (z.B. eine Intelligenzminderung) abgeklärt werden.
5. Es ist zu prüfen, in welchem Ausmaß das paraphile bzw. dis-

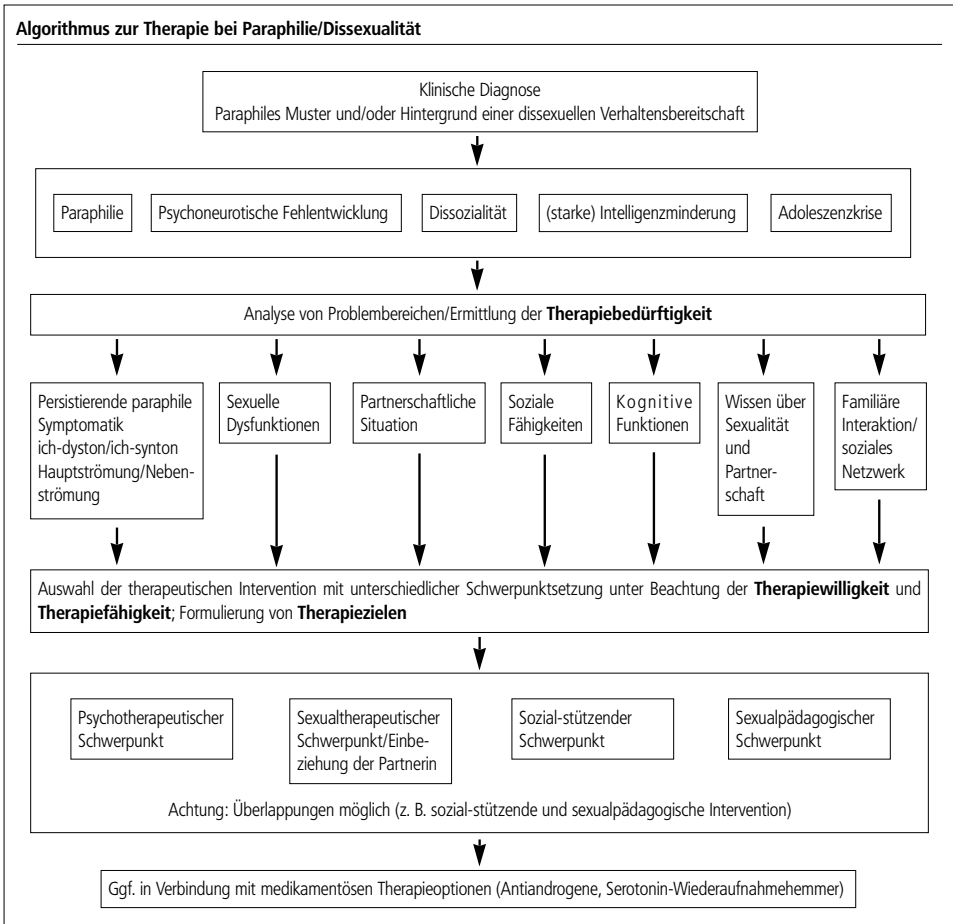
- sexuelle Erleben in der Sexualität des Betroffenen verankert ist, wobei immer bestimmt werden muss, ob ggf. mehrere Paraphilien gleichzeitig vorliegen (z. B. Pädophilie und Fetischismus), was erforderlich macht, diese selbst einzeln anzusprechen.
6. Die Befunderhebung muss stets auch die virtuelle paarbezogene sexuelle Aktivität miteinbeziehen. Es bedarf daher der Untersuchung von mindestens drei Ebenen: der (Sexual-)Phantasie-Ebene, der (Sexual-)Verhaltens-Ebene (Masturbation ist Verhalten!) und der Selbstkonzept-Ebene (ich-naher oder ich-fremder Einbau der Symptomatik in das Persönlichkeitsgefüge).
  7. Erfasst werden müssen alle möglicherweise vorliegenden sexuellen Dysfunktionen, die ebenfalls nach der DSM-IV-Kriteriologie zu diagnostizieren und vom Untersucher jeweils einzeln (Appetenz-, Erregungs-, Orgasmusstörungen) anzusprechen sind. Danach lässt sich erst einschätzen, ob und welche Funktionsstörungen primär oder sekundär, generalisiert oder situativ auftreten und ob diese während des paraphilen bzw. dissexuellen Verhaltens eine Rolle spielen/gespielt haben.
  8. Unerlässlich ist, bisherige soziosexuelle Beziehungen des Betroffenen zu rekonstruieren und die Verifizierung bzw. weitere Differenzierung von Befunden nach Einbeziehung der jetzigen oder einer früheren Partnerin. Sofern eine Einbeziehung der Partnerin vom Betroffenen (häufiger) oder aber von der Partnerin abgelehnt wird, (extrem selten) ist die diagnostische Einschätzung nur begrenzt möglich; sofern keine aktuelle oder frühere Partnerschaft bestand, ist eine Diagnosestellung selbstverständlich nur nach individueller Befundlage möglich.



**Praxisleitlinie zur Therapie bei Paraphilie/Dissexualität**

1. Mit der Diagnosestellung ist der im Vordergrund stehende Störungsaspekt zu klären, etwa ob eine Paraphilie vorliegt, aber auch, ob die dissexueller Verhaltensbereitschaft auf eine psychoneurotische Fehlentwicklung, Dissozialität, Intelligenzminderung oder eine Adoleszenzkrise zurückgeht.
2. Die genannten Störungsaspekte können kombiniert auftreten: ein paraphiles Muster gemeinsam mit Dissozialität oder in Verbindung mit Intelligenzminderung. Dissozialität kann auch bei Jugendlichen bereits ein erhebliches Ausmaß erreicht haben.
3. Die Analyse von Problembereichen im Einzelfall dient der Ermittlung therapiebedürftiger Störungsanteile und ist Grundlage für eine differenzielle Indikationsstellung verschiedener therapeutischer Maßnahmen. Sexuelle Übergriffigkeit bzw. Straffälligkeit ist für sich keine Therapieindikation!
4. Abzuklären ist vor allem Ausprägungsgrad und Ich-Nähe der paraphilen Symptomatik, das Vorliegen von sexuellen Dysfunktionen, die partnerschaftliche Situation (unter Einbeziehung der Partnerin) sowie das Ausmaß sozialer Fähigkeiten, die Be-

- schaffenheit kognitiver Funktionen, das bestehende Wissen über Sexualität und Partnerschaft sowie ggf. Besonderheiten des sozialen Netzwerkes bzw. familiärer Interaktionsmuster.
5. Unter Berücksichtigung von Therapiewilligkeit (Veränderungsmotive) und Therapiefähigkeit (z.B. keine exklusive Psychotherapie bei Intelligenzminderung) sind bei der Auswahl der therapeutischen Interventionen unterschiedliche Schwerpunktsetzungen möglich.
  6. Therapeutische Interventionen können einen sexualpädagogischen, sozial-stützenden, sexualtherapeutischen (Einbeziehung der Partnerin!) und/oder psychotherapeutischen Schwerpunkt aufweisen. Kombinationen sind möglich (z.B. sexualpädagogische Elemente in der eher sozial-stützenden Betreuung intelligenzgeminderter Sexualstraftäter).
  7. Die zusätzliche Nutzung medikamentöser Therapieoptionen (Antiandrogene, Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) kann im Einzelfall geprüft werden, wenn eine Entdynamisierung sexueller Impulse zur Verbesserung des Aufbaus von Verhaltenskontrolle sinnvoll erscheint und vom Patienten mitgetragen wird.



## Die Ungleichzeitigkeit von Sittenwidrigkeit, sexuellen Dienstleistungen und Zivilgesellschaft\*

### The Non-Simultaneity of Immorality, Sexual Services and Civil Society

V. Gransow

„Das war für mich das schlimmste, was de Dir vorstelltest.  
Ja, es war für mich so'n krasser Unterschied, wenn de im Club anschaffst wie da.  
Das ist Fließbandarbeit, weißte.“

„Ich hab' bei ihm im Arm gelegen, und er hat meine Hand gehalten,  
und wir hatten 'nen ganz intensiven Körperkontakt noch und waren  
seelisch noch ganz nah beieinander [...] das war toll, ne.“

Aussagen von Prostituierten über ihre Tätigkeit, nach Ahlemeyer 1996: 61, 104

Wohl kaum ein Begriff scheint zur Charakterisierung der gegenwärtigen Diskussion um Prostitution so geeignet wie Ernst Blochs Diktum von der Ungleichzeitigkeit. Der marxistische Hoffnungsphilosoph versuchte damit jene „Weimarer Kultur“ in den zwanziger Jahren des vorigen Jahrhunderts zu kennzeichnen, in der die Moderne von Bauhaus bis Jazz und Psychoanalyse unfriedlich mit reaktionärer Geopolitik und rassistischem Faschismus koexistierte. „Nicht alle sind im selben Jetzt da. Sie sind es nur äußerlich, dadurch, daß sie heute zu sehen sind. Damit aber leben sie noch nicht mit den anderen zugleich“ (Bloch 1932: 104). Dies ist der Ausgangspunkt von Blochs Betrachtungen über „Ungleichzeitigkeit und Pflicht zu ihrer Dialektik“ vom Mai 1932. Der Grundgedanke kann trivial sein. Unsicherheit gegenüber aktuellen Umbrüchen mag gerade zur Idealisierung der Vergangenheit mit ihren scheinbar unverrückbaren Werten dienen. Indem Bloch aber die „Pflicht zur Dialektik“ einführt, differenziert er zwischen Subjektivem und Objektivem im Phänomen der Ungleichzeitigkeit. „Der subjektiv ungleichzeitige Widerspruch ist gestaute Wut, der objektiv ungleichzeitige unerledigte Vergangenheit; der subjektiv gleichzeitige die freie revolutionäre Tat [...], der objektiv gleichzeitige die verhinderte, im Jetzt enthaltene Zukunft“ (ebd.: 122). Die Parallele zur aktuellen Prostitutions-Debatte ist keineswegs hergeholt, wie im folgenden gezeigt werden soll.

I. Es findet sich auf beiden Seiten des Atlantik eine eindrucksvolle Kopplung von pseudoprogessiven feministischen Attacken auf sexuelle Dienstleistungen mit konservativer Prostitutions-schelte. Elizabeth Anderson und Margaret J. Radin haben in den Vereinigten Staaten eine Verdinglichungskritik formuliert, die mit Marx oder Adorno kaum etwas gemeinsam hat. Die Prostituierte würde demzufolge auf dem „Liebesmarkt“ nicht etwa Dienstleistungen anbieten, die anderswo auch gratis zu bekommen seien (freilich mit den Nachteilen „ehelicher Pflichten“ oder „romantischer Liebe“ verbunden). Nein, die Sexarbeiterin mache sich selbst zur Ware. Daher sei an der moralischen Ablehnung („Sittenwidrigkeit“ wie in Deutschland) oder dem gesetzlichen

\* Die vorliegenden Notizen klammern wesentliche Aspekte des Themas „Prostitution“ aus, so u.a. Callboys, nicht-heterosexuelle Prostitution, Prostitution in Diktaturen, Prostitution in islamischen Gesellschaften.

Verbot (wie fast überall in Nordamerika) in jedem Fall festzuhalten (vgl. Anderson 1993, Radin 1996). Den amerikanischen Feministinnen sekundiert CSU-Rechtsaußen Peter Gauweiler mit einem Angriff auf eine Berliner Gastwirtin, deren Café „Pssst“ mit dem Etikett „sittenwidrig“ wirtschaftlich der Garaus gemacht werden soll. Für den bayerischen Juristen hat „die Vorstellung, das älteste Gewerbe der Welt“ mit einem „ganz normalen Dienst - und Leistungsvertrag“ abzusichern, schlicht „etwas pathologisch Verdrehtes“. Und warum? Hier zeigt sich Gauweilers ganzer Edelmut: Weil die Klassifizierung als sittenwidrig“ jedenfalls „unentschiedene Menschen schützen kann“ (Gauweiler 2000: 2). Wohl gemerkt: „sittenwidrig“ ist hier nicht z.B. die Köderung minderjähriger Mädchen durch kriminelle Mafiosi, sittenwidrig ist für diesen Rechtspolitiker die Vorstellung, Prostitution als vertraglich regelbare sexuelle Dienstleistung zu betrachten.

Die Intentionen und das Sex-Verständnis der amerikanischen Feministinnen und des süddeutschen Politikers mögen ganz unterschiedlich sein, gemeinsam ist die Argumentationsstruktur. Der kommerzielle Gebrauch der Geschlechtsorgane ist Anderson wie Gauweiler zufolge gleichermaßen moralisch-politisch abzulehnen und unter bestimmten Umständen rechtlich zu verbieten.

Dem hat die in Chicago lehrende Rechtsphilosophin Martha C. Nussbaum einen zunächst sehr scharfsinnig wirkenden Aufsatz mit dem Titel „Mit Gründen oder aus Vorurteil?“ entgegengestellt. Sie diskutiert käuflichen Sex komparativ anhand seiner Käuflichkeit. Sie vergleicht die Tätigkeit einer Prostituierten mit sechs anderen Frauenberufen. Es sind dies:

- „1. Eine Fabrikarbeiterin in der Hühnerfabrik von Perdue, die fast tiefgekühlten Hühnern die Federn auszupft.
2. Eine Bedienstete in einem wohlhabenden Mittelklassehaushalt.
3. Eine Sängerin in mittelgroßen Clubs, die (oft) Lieder nach Wunsch der Chefs singt.
4. Eine Philosophieprofessorin, die für Vorlesungen und Schreiben bezahlt wird.
5. Eine ausgebildete Masseuse in einem Gesundheitsstudio (ohne jedes Angebot an Sex).
6. Eine Person, die ich ‘Koloskopie-Künstlerin’ nennen will: sie wird dafür bezahlt, daß sie ihr Colon mit den neuesten Geräten untersuchen läßt“ (Nussbaum 1999: 44f).

In der sachlichen Analyse der jeweiligen Unterschiede und Gemeinsamkeiten entkräftet Nussbaum überzeugend das Argument, daß eine Vermarktung des eigenen Körpers mit Notwendigkeit moralisch zu verurteilen oder rechtlich zu verfolgen sei.

Weniger ernsthaft, aber genauso effektiv hatte schon vor mehr als 60 Jahren Walter Benjamin Prostitution durch einen Vergleich mit dem Kulturgut Buch entdämonisiert. In seiner Essaysammlung „Einbahnstraße“ aus dem Jahre 1928 finden sich unter der Rubrik „Bücher und Dirnen“ folgende Eintragungen (Benjamin 1928: 109 f):

„I. Bücher und Dirnen kann man ins Bett nehmen.

II. Bücher und Dirnen verschränken die Zeit. ...

III. Büchern und Dirnen sieht es keiner an, daß die Minuten ihnen kostbar sind. ...

VI. Bücher und Dirnen – ‘Alte Betschwester – junge Hure’. Wieviele Bücher waren nicht verrufen, aus denen heute die Jugend lernen soll!“

Gleichgültig, ob hier ernsthaft-exemplarisch oder heiter-ironisch argumentiert wird – die Ebene der Debatte ist für ein und allemal verschoben: „Wenn die Kritik des sexuellen Selbstverkaufs keine starken Gründe für eine moralische Verurteilung namhaft machen kann, dann fällt die Frage der Prostitution in den Bereich der ethischen Selbstprüfung“ – so resümiert Michael Adrian einleuchtend Martha Nussbaums Gedankengänge (Adrian 2000: 5). Die ethische Selbstprüfung schließt die Frage nach dem „guten Leben“ des Individuums ein. Diese Erkenntnis liegt für Nussbaum auf der Hand. Sie konkretisiert sie politisch mit einem Appell für die Gründung von Selbsthilfegruppen und für ein selbstorganisiertes Kreditwesen der betroffenen Frauen, wobei ihr die sozialen Differenzen zwischen Luxusnutte, Bordsteinschwalbe und Apartment – Sklavin tendenziell bewußt sind.

II. Die praktisch-politische Dimension scheint dem Autor dieser Zeilen die entscheidende zu sein. Sicher ist es wichtig, die Argumente für angebliche Sittenwidrigkeit der Prostitution und selbsternanntes Beschützertum für Prostituierte a lá Gauweiler zurückzuweisen. Es sollte in den USA und Kanada endlich Schluß mit der Kriminalisierung sexueller Dienstleistungen sein, während es in der Bundesrepublik Deutschland und hoffentlich bald der ganzen Europäischen Union darum geht, akzeptable Regelungen für Kranken- und Rentenversicherung zu finden. Freilich war bei Redaktionsschluß dieses Artikels noch nicht zu erfahren, ob der entsprechende Gesetzentwurf des Frauenministeriums nun endlich vorliegt. Er sollte die „Sittenwidrigkeit“ der Prostitution aus dem Bürgerlichen Gesetzbuch verschwinden lassen, damit das Entgelt für geleistete Tätigkeit einklagbar wird. Wenn Huren sich in Bordellen einstellen lassen, könnten sie auch die entsprechenden Regelungen des Arbeitsrechts und der Sozialversicherung in Anspruch nehmen. Sperrgebiete und Zwangsuntersuchungen müssen ebenso fallen wie der Strafrechtsparagraf 180a. Denn die Rede von der „Förderung der Prostitution“ verhindert Bordelle mit akzeptablen Arbeitsbedingungen (vgl. Oestreich 2000: 7). Freilich glänzte Ministerin Bergmann beim Berliner Hurenkongreß im Juni 2000 durch Abwesenheit, als diese Punkte verhandelt werden sollten. Und Jürgen Schmidt-Rensch vom Bundesjustizministerium steuerte dort lediglich Bedenken gegenüber Verträgen zwischen Sexarbeiterinnen und Klienten bzw. Bordellbetreibern bei.

So war der eigentliche Erfolg des Hurenkongresses nicht der Dialog mit der Ministerin, sondern die Dokumentation der internationalen Situation. Referentinnen aus den meisten europäischen Ländern sowie aus Nord- und Südamerika, aus Afrika und aus Asien machten deutlich, daß nach dem Zerfall des Realsozialismus und der raschen Globalisierung des Kapitalismus insbesondere internationale Migrationen auch die Struktur der Prostitution tiefgreifend verändern. Es entstehen neue soziale Verwerfungen durch den „Import“ von Quasi-Sklavinnen aus Osteuropa in die Europäische Union und den Sextourismus zwischen Europa und Asien (vgl. auch Wille, Hansen 2000). Diese Probleme sind auf nationaler Ebene nicht mehr zu lösen, auch hier gilt das Stichwort von der „Ungleichzeitigkeit“ in mehrerer Hinsicht. So überlagert sich praktisch-politisch die Problematik der repressiven Romantisierung dereinst angeblich existenter „guter Sitten“ mit den sexualpolitischen Konsequenzen der kapitalistischen Globalisierung bei folgenden fünf Problemkreisen:

*Erstens* der Internationalisierung der Prostitution durch verstärkte Migration von Sexsklavinnen und zunehmenden Sextourismus. In diesen Kontext gehören konkrete Maßnahmen zur Bekämpfung der Kinderprostitution an der deutsch-tschechischen Grenze (besonders die Schaffung von Fonds für die Opfer) sowie verstärkte Unterstützung des Kondomgebrauchs angesichts real weiterexistierender AIDS-Gefahren.

*Zweitens* die Notwendigkeit der Entkriminalisierung und Legalisierung von Prostitution, wenn diese nichts als eine Dienstleistung spezieller Art ist, deren moralische Konnotationen ökonomisch belanglos sind.

*Drittens* die damit zwangsläufig gebotene Anerkennung von Prostitution als gleichberechtigter beruflicher Tätigkeit.

*Viertens* die Gründung und den Ausbau zivilgesellschaftlicher Selbsthilfegruppen von „Huren“ = Sexarbeiterinnen und auch von „Freiern“, die wohl besser Kunden, Klienten oder Gäste heißen sollten. Sie sind sozial und zunehmend auch ethnisch-kulturell mindestens so differenziert wie die Prostituierten selbst.

*Fünftens* überlappt sich mit diesen Problemkreisen ihre interdisziplinäre Erforschung, die nicht nur, aber auch soziologisch sein muß („L'étude de la prostitution présente une étrange complexité car elle ressortit autant au droit, à la psychologie, à l'histoire, à la morale qu'à la sociologie.“ Haecht 1973: 20). Desgleichen ist eine entsprechende Politikberatung jenseits von reiner Gesundheitsprävention gefordert. Statt Isolation und Kontrolle sollten Inklusion und gesellschaftliches



Lernen einem neuen public health – Ansatz zugrunde liegen (vgl. Ahlemeyer 1996, Rosenbrock 1995).

Praktisch-politische Notwendigkeiten sollten nicht vergessen lassen, daß dem Kampf um eine Neugestaltung der Geschlechterbeziehungen auch eine utopische Dimension innewohnen kann, die über die volle Integration in die kapitalistische Marktgesellschaft hinausgeht, so sinnvoll diese auch als Zwischenziel scheinen mag. Und dann kann auch jenes Unbehagen rational artikuliert werden, das die transzendente Dimension von Sexualität zumindest ahnt, selbst wenn es nur Urangst vor der „Hure Babylon“ fortzuschreiben scheint. Mit Bloch geht es nicht nur um die subjektive Ungleichzeitigkeit, sondern auch um die objektive Gleichzeitigkeit. Wesentliches utopisches Zivilitätselement einer sich bildenden Zivilgesellschaft ist Gleichheit in der Verschiedenheit und sind mithin zivile kooperative Geschlechterbeziehungen. Weder Patriarchat noch Fraternalismus sind hier gefragt, vielmehr ist der „Citizen“ Subjekt der Zivilgesellschaft, d.h. die Bürgerin oder der Bürger als Individuum mit unterschiedlicher Rasse, Nationalität, Religion oder Geschlecht (vgl. Gransow 1994: 50 f; Gransow 2000). Erst in der schrittweisen Realisierung eines Projekts „Zivilgesellschaft“ werden auch sexuelle Beziehungen jenseits von Zwang und Markt denkbar.

So stellt sich eine Ungleichzeitigkeit neuer Art her: die Auseinandersetzung geht „ungleichzeitig“ um je Erreichtes oder noch zu Erreichendes wie Entkriminalisierung der Prostitution, „gleichzeitig“ um Anerkennung der sexuellen Dienstleistung als ganz normaler Lohnarbeit oder freiberuflicher Tätigkeit und last but not least „zukunftsorientiert gleichzeitig“ – mit der Schaffung neuer Einstellungen zur Prostitution auch zu sexualpolitischen Schritten in Richtung auf mehr Zivilgesellschaft.

### Literatur

- Adrian, M. (2000): Erlaubte Verdinglichung. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 10. Mai.
- Ahlemeyer, H.W. (1996): Prostitutive Intimkommunikation. Zur Mikrosoziologie heterosexueller Prostitution. Stuttgart: Enke.
- Anderson, E. (1993): Value in Ethics and Economics. Cambridge, MA.
- Benjamin, W. (1928): Einbahnstraße. In: Werkausgabe. Bd 10 Frankfurt/M: Suhrkamp (1980).
- Bloch, E. (1933): Ungleichzeitigkeit und Pflicht zu ihrer Dialektik. In: Werkausgabe, Bd 4 Frankfurt/M: Suhrkamp (1977).
- Fine, R.; Rai, S. (Eds) (1997): Civil Society. Democratic Perspectives. London: Frank Cass.
- Gauweiler, P. (2000): Das Fernsehen und die ehrbare Dirne. In: Welt am Sonntag, 30. Juli.
- Gransow, V. (1994) : Die Zukunft des Projekts „Zivilgesellschaft“. In: Die realexistierende postsozialistische Gesellschaft. Potsdam: Landeszentrale für politische Bildung
- Gransow, V (2000): Utopie und Zivilgesellschaft, Vortrag, Evangelische Akademie, Berlin. In: Kein Ort. Nirgends. Hg.v. H.Krueger-Day. Gütersloh: Gütersloher Verlagsanstalt (im Erscheinen)
- Haecht, A. van (1973): La prostituée. Bruxelles: Editions de L'Universite.
- Hydra (Hrsg) (1991): Freier. Hamburg: Galgenberg.
- Nussbaum, M.C. (2000): Mit Gründen oder aus Vorurteil – Käufliche Körper. In: DZfPh, Heft 6.
- Oestereich, H. (2000): Sex als ganz normaler Job. In: die tageszeitung, 7. Juni.
- Radin, M.J. (1996): Contested Commodities. Cambridge, MA.
- Rosenbrock, R. (1995): Social Sciences and HIV/AIDS Policies. In: AIDS in Europe. Friedrich, D.; Heckmann, W. (Hg) Berlin: Sigma.
- Wille, R.; Hansen, Th.J. (2000): Prostitution in Deutschland um die Jahrtausendwende. In diesem Heft.

### Anschrift des Autors

Dr. Volker Gransow, Institut für Soziologie, Babelsberger Str. 14-16, 10715 Berlin

## Buchbesprechung

S. Gleß: **Die Reglementierung von Prostitution in Deutschland**. Berlin: Duncker & Humblot 1999, 182 Seiten, Preis: DM 92,00

Ch. Paul: **Zwangsprostitution. Staatlich errichtete Bordelle im Nationalsozialismus**. Berlin: Edition Hentrich 1994, 141 Seiten, Preis: DM 29,80

U. Falck: **VEB Bordell. Geschichte der Prostitution in der DDR**. Berlin: Ch. Links Verlag 1998, 205 Seiten, Preis: DM 38,00

H. W. Ahlemeyer: **Prostitutive Intimkommunikation. Zur Mikrosoziologie heterosexueller Prostitution**. Stuttgart: Enke 1996, 279 Seiten, Preis: DM 49,80.

Zusammen bieten diese vier Publikationen einen Einblick in den aktuellen Stand wissenschaftlicher Untersuchung der Prostitution außerhalb der Medizinforschung. Das Grundverständnis für den aktuellen Umgang mit „der Prostitution“ steckt die rechtshistorische Studie von Sabine Gleß ab, die die Frage zu beantworten sucht, wie die Prostitution trotz fehlender rechtlicher Anerkennung zu einer Institution in der städtischen Gesellschaft werden konnte“ (132). Die Untersuchung setzt mit dem Ende des 18. Jahrhunderts ein, als die professionelle Unzucht unter die allgemeine Gewerbeverregulierung fiel, sich aber die „Ächtung der Gewerbsunzucht in den Rechtsvorschriften fast nicht äußerte“ (132). Das änderte sich unter dem bald stärkeren Einfluß bürgerlicher Wertvorstellungen und mit dem modernen Gewerbe: eine offen staatlich konzessionierte Prostitution war nun nicht mehr möglich, sie wurde ohne weitere gesetzliche Vorgaben durch die Polizei geregelt und schließlich auch durch die Strafgesetzgebung in den Bereich der Kriminalität gerückt, die einen Rechtsschutz der ausgeübten Tätigkeit undenkbar machte. Auch als in der Weimarer Republik das Gewerbe aus der Polizeiaufsicht entlassen wurde, ordnete aber faktisch „die Polizei den Alltag auf dem Markt kommerzialisierter Sexualität – so weit sie das wollte – mangels anderer Regelungen nach eigenem Gutdünken, angelehnt an die traditionelle Reglementierung“ (90).

Mit der NS-Herrschaft ging dies – systembedingt

– in faktisch unbegrenzte Polizeiermächtigung über, mit der im öffentlichen Leben das Leitbild der deutschen Frau als Mutter durchgesetzt und der Wahn der Rassereinheit gleichzeitig durch staatlich rekrutierte Bordellbetriebe (für Arier, für Zwangsarbeiter, für neutrale Ausländer) praktisch wurde. Wenn auch Polizeiwilckür und Staatsbordelle 1945 entfielen, setzte die Bundesrepublik im Prinzip die ab 1850 ausgebildeten Muster staatlichen Umgangs mit der Prostitution fort: „Prostitution ist erlaubt und wird reglementiert. Sie wird aber als Erwerbstätigkeit nicht anerkannt und genießt keinen Rechtsschutz.“ (101) Die materialreiche (und auch für Nichtjuristen gut lesbare) Studie zur staatlichen Reglementierung der Prostitution kommt zu dem Schluß, daß sie „als geächtete und rechtlose Erwerbstätigkeit in einer sozial verträglichen Form gewährleistet werden konnte und in dieser Form stets erwünscht war“ (132). „Die aufeinanderfolgenden Reglementierungsmodelle sind Sozialgeschichte insofern, als sie illustrieren, in welchem Umfang eine Institutionalisierung kommerzialisierter Sexualität in jeder Epoche für notwendig erachtet und akzeptiert wurde. Die Details der Reglementierung zeigen, in welcher Form sie als sozialverträglich galt.“ (133)

Das bereits 1994 erschienene Buch von Christa Paul hat die Zwangsprostitution in den KZ-Bordellbaracken, in den auf staatliche Weisung von Betrieben errichteten Bordellen für Zwangsarbeiter und in Wehrmachtsbordellen zum Gegenstand. Sie polemisiert gegen vorliegende zeithistorische Darstellungen (Eugen Kogon, Jorge Semprun u.a.), die die abwertenden Urteile über die Zwangsprostituierten teilten, kritisiert ihre Diffamierung als vermeintliche Kollaborateure des NS-Regimes durch politische Häftlinge und die späteren Lagergemeinschaften. „Die Darstellung der weiblichen Häftlinge in den KZ-Bordellen als besonders Privilegierte verdreht die Tatsachen und ignoriert die Gewalt, die den Frauen zugefügt wurde.“ (134) Vor dem Hintergrund der Sekundärliteratur werden eigene Recherchen und vor allem erhobene Berichte ehemaliger Häftlinge genutzt, um ausführlich die Rekrutierung, die Lebensbedingungen und die Arbeit der Prostituierten zu rekonstruieren.

Paul gibt nicht nur ein anschauliches Bild der von Gleß konstatierten „unbegrenzten Polizeiermächtigung“, sondern führt auch vor, wie die

Kriminalisierung und Verfolgung von Prostituierten, vor allem aber von Frauen, die die NS-Sexualverbote nicht einhielten, der organisierten Verwertung ihrer Körper für Staats- und Wirtschaftsinteressen in die Hand arbeitete. Die offiziellen Begründungen für die drei Typen staatlich errichteter Bordelle waren verschieden. Männliche Heterosexualität galt als natürliches Bedürfnis und sollte der kämpfenden Truppe nicht verwehrt werden. Wehrmachtbordelle sollten Vergewaltigungen, Homosexualität und die Verbreitung von Geschlechtskrankheiten verhindern. Zwangs- und Fremdarbeiter sollten von sexuellen Kontakten mit deutschen Frauen abgehalten werden und in den Konzentrationslagern wurde damit hohe Arbeitsleistung belohnt. In jedem Falle – so auch die Dokumente aus der NS-Zeit – sollte der ermöglichte Bordellbesuch die Anpassungs- und Leistungsbereitschaft der jeweiligen Männergruppe erhöhen. Einleuchtend das Restümee der Betrachtung, daß hier „männliche Sexualität unter dem Einsatz weiblicher Körper funktionalisiert wurde, um das Gesellschafts- und Machtssystem zu stabilisieren.“ (135).

Die Sexualsoziologin Uta Falck überblickt unter dem marktorientierten Titel „VEB Bordell“ 45 Jahre DDR-Geschichte. Ein schwieriges Unterfangen, war Prostitution doch in der DDR seit 1968 „verboten“ und wurde nur noch in juristischen und medizinischen Spezialarbeiten behandelt. Der Verfasserin versuchte eine strukturierte Alltagsgeschichte der Prostitution und zog dafür alles Verfügbare heran, recherchierte stichprobenartig in Archiven von Gesundheitswesen, Justiz, Staatssicherheit und suchte nach Quellen in der Dienstleistungssphäre. Das Hauptmaterial bildet eine Fülle themenzentrierter Interviews durch die der Leser sich selbst ein Bild vom Geschehen machen kann. Falck war sich der besonderen Problematik von Auskünften über eine tabuisierte Szene, in der Gerüchte und Nachreden wuchern, bewußt: Interviews ließen sich nicht autorisieren und auch nicht immer durch Kontrollen bestätigen. Sie wurde Opfer dieser Verfahrensweise als eine Gewährsperson ihre Aussagen über sexuelle Vergütungen der „oberen Zehntausend“ zurückzog. Zeigte der nachfolgende kleine Skandal, wie umstritten das Thema noch heute ist und wie unsicher mancher der Befunde derzeit ist, kann der geschichtliche Überblick doch als gelungen angesehen werden und manche der seltsamen ostdeutschen Eigenheiten

erklären. Wer sich nicht daran stört, daß auch aus dem „Spiegel“, der „taz“ und der „super illu“ zitiert wird und auch fiktionale Texte eingerückt sind, sollte das materialreiche Buch lesen.

In der Nachkriegszeit war Prostitution – wie in den Westzonen – wesentlich der Notlage von Millionen Frauen geschuldet und gesellschaftlich ein Problem der Gesundheitsämter, die die Geschlechtskrankheiten einzudämmen suchten. Das änderte sich mit dem sozialistischen Aufbau, als Notprostitution ihre Legitimation verlor und – nun „Erbe des Kapitalismus“ – als asoziales Verhalten galt. In „Heimen für soziale Betreuung“ wurde aufgegriffenen Prostituierten Arbeitserziehung verordnet, um „sie an ein gesetzmäßiges und den Grundsätzen der Gesellschaftsordnung entsprechendes Leben zu gewöhnen, damit die spätere Wiedereingliederung reibungslos erfolgen kann“, heißt es 1962 in einer ärztlichen Fortbildungsschrift (65). Eingliederung in die Arbeit war das Ziel, Anfang der sechziger Jahre war Prostitution auf diese Weise zur nebenberuflichen Tätigkeit eingebundener und sozial abgesicherter Frauen geworden.

Liberalerer Umgang mit der Sexualität senkte die heimische Nachfrage, der Mauerbau machte Freier aus dem Westen noch attraktiver. Beides führte zu einer Spezialisierung, auf die 1968 mit einer Strafrechtsänderung reagiert wurde, durch die die Kontakte mit Freiern aus westlichen Ländern unter Kontrolle des Geheimdienstes gebracht werden sollten. Das machte Berlin, Leipzig und Rostock zu Zentren einer „auf Luxus und Konsum orientierten Prostitution“ („Eintrittskarte in ein Leben mit Luxus und Privilegien“, 186), zu einer äußerst „lukrativen Nebentätigkeit“, die einen deutlich abgehobenen Lebensstil erlaubte. Die Formen dieser eigenartigen „Luxusprostitution“ werden recht ausführlich vorgestellt, auch deren Kontaktflächen zur geheimdienstlichen Arbeit.

„Die Frauen begreifen sich nicht als Ware. Betont wurde immer wieder, daß man ja sofort aufhören könnte, sobald es notwendig wäre“ (171) heißt es in einer empirischen Studie über den ostberliner Straßenstrich vom Sommer 1989. Tatsächlich war der Ausstieg relativ unproblematisch. Falck kann als ostdeutsche Besonderheiten nachweisen, daß Prostituierte durch ein (Schein)arbeitsverhältnis sozial abgesichert waren, nicht für „Kost und Logis“ anschaffen mußten, daß Beschaffungsprostitution unbekannt war

und daß eine Reihe anderer Motive als das Geldverdienen (von Abenteuerlust und Partnersuche bis Frustbekämpfung und Sexualvergnügen) bei den Handlungsentscheidungen von Frauen eine Rolle spielte.

Kam Sabine Gleß zu dem Schluß, daß „ein neues Regulierungskonzept für den Markt kommerzialisierte Sexualität“ (sie hat dabei Reformen im Straf- und Zivilrecht, bei der Gesundheitsüberwachung und bei der sozialen Sicherung im Auge) auch eine sorgfältigere „Klärung der tatsächlichen Umstände der verschiedenen Formen der Prostitutionsausübung bedürfte“, so war dies auch für Heinrich W. Ahlmyer der Ausgangspunkt. Höchst ungenügend sieht er die Voraussetzungen für eine umfassende AIDS-Prävention entwickelt, „eine umfassende soziologische Bestandsaufnahme sexuellen Verhaltens, die über die Abfrage von Sexualtechniken hinausging, war für die Gesellschaften Westeuropas Mitte der achtziger Jahre ebensowenig verfügbar wie für die US-amerikanische Gesellschaft“ (1 – 2). Seine mikrosoziologische Studie zur heterosexuellen Prostitution ist Ausschnitt eines Projekts, das – gestützt auf Luhmanns Systemtheorie – die Bedeutung intimer Kommunikation für AIDS-präventives Handeln untersuchte. Das empirische Material für die Analyse der vorausgesetzten vier basalen Typen intimer Kommunikation (romantische, hedonistische, matrimoniale und prostitutive) wurde mit 180 qualitativen Tiefeninterviews erhoben.

Selbst Leser, die methodologische Erörterungen eines systemtheoretischen Ansatzes eher ermüdend finden und ausführliche Berichte über Forschungsdesign und Projektrealisierung lieber überschlagen, werden mit wachsendem Interesse verfolgen können, welche Auskünfte den realitätsgesättigten Interviews mit Prostituierten und Freiern zu entnehmen waren. Sie wurden in drei Schritten ausgewertet. Zunächst wird das Sozialsystem dieser Form intimer Kommunikation detailliert vorgestellt (Institutionalisierungsformen von Bordell bis Hausbesuch, wirtschaftliches Teilsystem, Konditionierung zur Teilnahme, Steuermedium Geld). Es folgen die bedeutenden Details der „Sache selbst“, die strukturierte Darstellung des „intimen Interaktionssystem“, für das die Differenz zwischen Alltagswirklichkeit und erotischer Wirklichkeit als konstitutiv dargestellt wird und die „die beson-

deren Konturen der prostitutiven Kommunikation im Sexualakt [...] sichtbar werden“ (210) lässt. Gerade in diesem Nachweis besteht die Neuleistung der Studie, die dann auch den dritten Schritt ermöglicht, mit dem das AIDS-präventive Handeln im prostitutiven Intimsystem untersucht wird. Simpel geht es darum, die allein in diesem Typus der sexuellen Kommunikation außerordentlich hohe „Kondomverwendungsrate“ (für 1995 mit 90,3% angegeben) auf einhundert Prozent zu steigern. Aus der gründlichen Analyse aller Faktoren, die in der Intimkommunikation davon abhalten, leitet der Autor praktische Schlussfolgerungen ab. Die beiden wichtigsten seien genannt. Weil „die präventive Anlage der über Geld gesteuerten Intimkommunikation [...] um so weniger Einschränkungen“ erfährt, „als der prostitutive Charakter klar zutage treten kann“, sollte sich diese Sexualpraxis „ungehinderter als bisher darstellen“ können. „Das politische System müsste dazu seine bisherige Position einer eher unwilligen Duldung dieses als sittenwidrig inkriminierten gesellschaftlichen Teilbereichs überdenken.“ (264) Zweitens sollten nicht-professionelle Verhaltensweisen durch „eine aktive Professionalisierung“ der Prostitution unterbunden werden. „Wenn es auch zu weit ginge, die Gründung von Prostituierten-Akademien und ein staatlich zertifiziertes Huren-Diplom vorzuschlagen, so könnte doch darüber nachgedacht werden, wie Aus- und Weiterbildungsangebote zu gesundheits- und HIV-relevanten Themenbereichen geschaffen werden können.“ (264)

Im Unterschied zu den drei anderen vorgestellten historischen Untersuchungen liegt hier eine mikrosoziologische Momentaufnahme vor, die auch den eher kulturgeschichtlich orientierten Leser wegen ihre Detailfülle und analytischen Schärfe beeindrucken kann. Das aber war nicht das Ziel des Verfassers, er wollte neben physiologischen und psychischen Faktoren „die zentrale Rolle der sozialen Dimension für ein zureichendes Verständnis sexuellen Handelns“ (27) herausarbeiten. Das scheint gelungen zu sein. Seine Feststellung aber, dass „eine Entdeckung der ‘construction sociale de la sexualité’ [...] gerade erst begonnen“ (27) habe, bedarf wohl der Erläuterung.

Dietrich Mühlberg (Berlin)