

Sexuologie

Herausgegeben von der Akademie für Sexualmedizin

Inhalt

- | Originalarbeiten | Zur Diskussion |
|---|---|
| 195 Zur Klassifikation von Geschlechtsidentitätsstörungen bei Männern
<i>H. A. G. Bosinski</i> | 244 Aktueller Stand der Diagnostik und Therapie der erektilen Dysfunktion
<i>M. Sohn</i> |
| 213 Soziobiologische Aspekte typisch männlicher und typisch weiblicher Partnerwahlstrategien
<i>N. Klutky</i> | Aktuelles |
| 221 Differentialtypologie und Prognose dissexuellen Verhaltens – Nachuntersuchungen ehemals begutachteter Sexualstraftäter
<i>K. M. Beier</i> | 250 AIDS in der Bundesrepublik Deutschland
253 Veranstaltungskalender
254 19. Fortbildungstage für Sexualmedizin und Psychosomatik
257 Buchbesprechungen |
| Historia | |
| 236 Kurzer Überblick über einige sexualwissenschaftliche Zeitschriften 1905–1932 (Teil II)
<i>A. Llorca Diaz</i> | |

Anschrift der Redaktion:

Priv.-Doz. Dr. med. Dr. phil. K. M. Beier, Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle am Klinikum der Christian-Albrechts-Universität Kiel, Arnold-Heller-Str. 12, 24105 Kiel, Fax: 04 31 / 5 97-36 12

Bezugsbedingungen: Vier Hefte bilden einen Band. Bezugspreis pro Band inkl. Porto- und Versandkosten DM 138,- (Inland), DM 142,- (Ausland); ermäßigter Preis für persönliche Abonnements DM 79,- (zzgl. Porto- und Versandkosten), Einzelheft DM 39,- (zzgl. Porto- und Versandkosten).

Anzeigenpreise: Es gilt die Anzeigen-Preisliste Nr. 1 vom 1.3.1994.

Verlag: Gustav Fischer Verlag GmbH & Co. KG, Wollgrasweg 49, D-70599 Stuttgart, Tel. 07 11 / 45 80 30.

Die in der Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte, insbesondere das der Übersetzung in fremde Sprachen, vorbehalten. Kein Teil dieser Zeitschrift darf ohne schriftliche Genehmigung des Verlages in irgendeiner Form – durch Fotokopie, Mikrofilm oder andere Verfahren – reproduziert oder in eine von Maschinen, insbesondere von Datenverarbeitungsanlagen, verwendbare Sprache übertragen werden. Auch die Rechte der Wiedergabe durch Vortrag, Funk- und Fernsehendung, im Magnettonverfahren oder ähnlichem Wege bleiben vorbehalten. Fotokopien für den persönlichen oder sonstigen Gebrauch dürfen nur von einzelnen Beiträgen oder Teilen daraus als Einzelkopien hergestellt werden.

© Gustav Fischer Verlag · Stuttgart · Jena · New York · 1994

Satz: dtp-Satz Ralf Bogen, Stuttgart

Druck: Gulde-Druck GmbH, Tübingen; gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier.

Verarbeitung: F.W. Held, Rottenburg am Neckar

Zur Klassifikation von Geschlechtsidentitätsstörungen bei Männern

On the Classification of Gender Identity Disorders in Males

H. A. G. Bosinski, Kiel

Zusammenfassung

In Deutschland besteht ein Bedarf an aktuellen Richtlinien für die Begutachtung und Betreuung von Patienten mit Geschlechtsidentitätsstörungen. Der Artikel will zu deren Erarbeitung beitragen. Es werden die Schwerpunkte der aktuellen Diskussion in Deutschland besprochen und das Fehlen typologisch-differentieller Untersuchungen festgestellt. Internationale Typologie-Ansätze und Klassifikationsschemata (DSM IV) werden vorgestellt und deren klinischer Wert und Praktikabilität anhand der Verläufe bei 20 biologischen Männern mit Wunsch nach hormoneller und chirurgischer Geschlechtsumwandlung diskutiert. Der sexuellen Orientierung kommt dabei besondere differentialdiagnostische Bedeutung zu. Ein Ausblick auf offene Fragen und erforderliche weitere Forschungen wird gegeben.

Schlüsselwörter: Geschlechtsidentitätsstörungen, Transsexualismus, Differentialdiagnostik, sexuelle Orientierung, Typologie, Klassifikation

Abstract

In Germany there is a need for actual standards of care for the diagnosis, evaluation and treatment of gender dysphoric patients. In effort to support their development literature concerning typology of gender identity disorders is reviewed. 20 cases of biological males requesting for hormonal treatment and sex reassignment surgery are discussed under classificational aspects (DSM IV). The differences regarding sexual orientation (i.e. attracted to males, females, both or neither) have prognostic impact for the development of the gender identity disorders.

Key words: Gender Identity Disorders, Transsexualism, Sexual Orientation, Classification, Typology

1. Problemstellung

Empirisch fundierte differentialdiagnostisch-typologische Untersuchungen zum Transsexualismus fehlen in Deutschland. Sie sind jedoch aus zwei Gründen unerlässlich: Zum einen können sie bei der Untersuchung der Ätiologie dieses Störungsbildes hilfreich sein. Zum zweiten - und dies vor allem hat klinische Relevanz - erlauben sie im Verein mit katamnesticen Untersuchungen gewisse Vorhersagen insbesondere über die Zuträglichkeit hormonell-operativer Eingriffe bei den verschiedenen Patientengruppen. Angesichts der irreversiblen Folgen derartiger Eingriffe erscheint die Forderung nach einer solchen diagnostisch, therapeutisch und prognostisch differenzierenden Betrachtungsweise berechtigt. Mehrere Arbeitsgruppen beschäftigen sich deshalb mit der Erstellung von *Standards of Care* der Betreuung und Begutachtung dieser Patienten.

2. Die gegenwärtige Diskussion zum Transsexualismus in Deutschland

Das Fehlen von empirisch fundierten typologischen (Längsschnitt-)Untersuchungen mit prognostisch-differentialdiagnostischer Ausrichtung ist in Deutschland vermutlich zum einen durch die insgesamt geringe Zahl von Patienten bedingt, die zudem in verschiedenen Einrichtungen vorstellig werden: Osburg und Weitze (1993) geben aufgrund ihrer Untersuchungen zu Anträgen bzw. positiven Entscheidungen zur Vornamens- und/oder Personenstandsänderung nach dem Transsexuellengesetz für die Zeit von 1981 bis 1990 eine Zehnjahresprävalenz von 2,4 bzw. 2,1 auf 100.000 der erwachsenen Wohnbevölkerung in der alten Bundesrepublik an.

Zum anderen dürfte der Mangel an typologischen Untersuchungen aber auch durch eine diesbezüglich andere Problemsicht bedingt sein: Pfäfflin macht weder in seiner Monographie zur Psychopathologie des Transsexualismus (1993) noch in seiner gemeinsam mit Junge 1992 vorgelegten Übersicht über den internationalen Stand katamnestischer Untersuchungen an operierten Transsexuellen Angaben dazu, inwieweit sich die Patienten in den Merkmalen „Zeitpunkt des Beginns der Störung“, „Entwicklung des Cross-dressings“ oder „sexuelle Orientierung“ unterschieden haben. Anhand derart umfangreichen katamnestischen Materials hätte der klinisch bedeutsamen Frage nachgegangen werden können, ob es verschiedene Patientengruppen gibt, die sich nicht nur in ihrer postoperativen Adaptation, sondern möglicherweise auch in einigen präoperativ erhebbaren und damit prognostisch verwertbaren Kriterien unterscheiden.

Langer hat 1985 seine Sorge über eine nach seiner Meinung drohende, dem Operativ-Machbaren anheimfallende Verflachung differentialdiagnostischer und differenzierender (psycho-)therapeutischer Bemühungen um diese Patientengruppe ausgedrückt. Er wies anhand eigener klinischer Erfahrungen auf die Diversivität der Genese transsexueller Störungsbilder hin und bezeichnete den transsexuellen Umwandlungswunsch als „gemeinsame Endstrecke verschiedener Entwicklungswege“. Er grenzte sich damit auch von jenen „12 Leitsymptomen der Transsexualität“ ab, die Sigusch und Ko-Autoren (1978, 1980) - leider ohne ausreichende Auskunft über die zugrundeliegende Datenbasis - publiziert hatten und die den Eindruck einer klar von transvestitisch-fetischistischen, homosexuellen oder anderen Entwicklungen abgrenzbaren (Krankheits-)Entität „des Transsexualismus“ suggerierten. Auf die Fragwürdigkeit eines solchen einheitlichen Verlaufsbildes hatten bereits Kröhn und Wille (1983) hingewiesen.

Sigusch hat mittlerweile (1991a,b; 1992, 1994) diese Leitsymptome einer weitgehenden Revision unterzogen. Er fordert nun eine „Enttotalisierung des Transsexualismus“ und schließt damit in gewisser Weise zum internationalen Stand der differenzierten Betrachtungsweise der Geschlechtsidentitätsstörungen auf. Darüber hinaus empfiehlt er eine „Entpathologisierung des Transsexualismus“. Nach seiner Ansicht sind „Geschlechtsumwandlungsoperationen (letztlich) nur zu rechtfertigen, wenn Transsexuelle nicht als Kranke angesehen werden, wenn sie sich selber möglichst 'frei' zu diesem Eingriffen entscheiden.“ (1992, S. 113, Apostrophierung i.Orig.) Becker und Hartmann (1994, S.304) ist zuzustimmen, daß der Autor damit „die klinische Erdung“ vermissen läßt. Die klinisch-ärztliche Perspektive erscheint jedoch weiterhin nötig, denn zuviel steht auf dem Spiel: Fehlindizierte hormonelle oder gar operative Eingriffe setzen gravierende und irreversible Veränderungen. Und es kann nur Besorgnis erregen, mit welcher anscheinenden Leichtigkeit und Kritiklosigkeit einige Ärzte ohne weitere Differentialdiagnostik die

gewünschten gegengeschlechtlichen Hormone verschreiben, Epilationen durchführen oder Operationen befürworten.

3. Zu einigen typologischen Untersuchungen über Geschlechtsidentitätsstörungen

Mittlerweile liegen international eine Reihe typologisch orientierter Ansätze vor. Sie benutzen im wesentlichen zwei Differenzierungskriterien, die eng miteinander verbunden zu sein scheinen:

1. Die sexuelle Orientierung des Patienten (heterosexuell, homosexuell, bisexuell, automonosexuell);
2. Das Alter des Patienten bei der Erstvorstellung mit Wunsch nach Geschlechtsumwandlung bzw. beim Beginn des Cross-dressing¹.

In der Literatur besteht weitgehende Übereinstimmung darüber, daß die sexuelle Orientierung von biologisch weiblichen Transsexuellen beinahe ausschließlich auf Angehörige des eigenen biologischen Geschlechtes gerichtet ist. Einzig Coleman und Co-Autoren (1993) berichten von 9 andersgelagerten Fällen. Sigusch (1994, S. 1457) behauptet, daß es „heute nicht nur vereinzelte ... transsexuelle Männer mit weiblichem Körpergeschlecht (gibt), die sich als homosexuell bezeichnen“, nennt hierfür jedoch keinen empirischen Beleg.

Hingegen gibt es eine Fülle kasuistischer und empirisch unterschiedlich abgesicherter Untersuchungen über die verschiedenen Richtungen der sexuellen Orientierung bei biologischen Männern mit Geschlechtsumwandlungsbegehren. Auf die dabei auch von einigen Autoren angestellten Überlegungen zur Ätiologie der Geschlechtsidentitätsstörungen kann hier nicht eingegangen werden.

Benjamin (1966, 1967) erstellte seine *Sexual Orientation Scale*, in der er drei Gruppen unterschied: (1) Heterosexuell und automonosexuell-masturbatorisch aktive Männer, die Frauenkleidung trugen, weil diese sie sexuell erregte. Umwandlungswünsche würden hier höchstens bei einer krisenhaften Zuspitzung der Partnerschaftssituation geäußert und seien nicht beständig. (2) (Automono-)Sexuell wenig aktive, auf Frauen orientierte Männer, denen dies Verkleiden allein nicht (mehr) ausreicht und die zusätzlich einzelne körperliche Bestandteile des weiblichen Geschlechts, vor allem eine Brust, haben wollen. (3) Die eigentlichen Transsexuellen. Sie seien zumeist auf (heterosexuelle) Männer orientiert, hätten seit der Kindheit eine Abneigung gegen die männliche Geschlechterrolle und die eigenen männlichen Genitalien. Benjamin wies jedoch darauf hin, daß die Übergänge zwischen diesen Gruppen, insbesondere der zweiten und der dritten, fließend seien.

Person und Ovesey (1974) schlugen eine Unterteilung in „primäre“ und „sekundäre“ Transsexuelle vor. Die Geschlechtsidentität der Erstgenannten sei nicht von Anfang an

¹ Im Folgenden wird der - ins Deutsche nur schwer übersetzbare - Begriff des „Cross-dressings“ benutzt. Er meint hier das durchgehend episodische oder ständige Tragen von Kleidung des anderen Geschlechts unabhängig von der sexuellen (etwa fetischistischen) Konnotation, unabhängig auch von der Art der Kleidung (d.h. Unterwäsche oder Oberbekleidung) und unabhängig davon, ob diese Kleidung heimlich oder öffentlich getragen wird.

weiblich, eher ambivalent, im Vordergrund stünde ein Gefühl der „Leere, des Anderseins“. In der Kindheit würde zumal mütterliche Kleidung heimlich benutzt, in der adoleszenten Masturbation entstünde die Phantasie, „irgendwie selbst eine Frau zu sein“. Die Lektüre der in Medien dargestellten Lebensläufe operierter Transsexueller würde bei diesen Patienten die Idee entstehen lassen, „eine Frau in einem männlichen Körper zu sein“. Sie würden dann eine operative Geschlechtsumwandlung wünschen. Die „sekundären Transsexuellen“ teilten die Autoren in die „homosexuellen“ und die „transvestitischen“. Die ersten staffierten sich von früher Kindheit an offen mit Kleidung des weiblichen Geschlechtes aus, diese sei kein sexueller Stimulus. Ihre sexuellen Wünsche seien auf Männer gerichtet. Die „transvestitischen Transsexuellen“ würden zunächst bestimmte Teile der weiblichen Kleidung als fetischistisches Objekt benutzen, ihr späterer Wunsch nach Geschlechtsumwandlung sei vor allem eine Flucht aus der Überforderung durch die nie gänzlich eingenommene Männerrolle. Von zentraler Bedeutung für die Entwicklung der Geschlechtsidentität sei die sexuelle Orientierung der Patienten.

Bentler (1976) unterschied anhand der postoperativen Datenerfassung bei 42 Mann-zu-Frau-Transsexuellen bezogen auf das biologische Geschlecht drei Kategorien: „Homosexuelle“, „asexuelle“ und „heterosexuelle“ Transsexuelle. Die homosexuellen Transsexuellen würden signifikant früher zur Transformationsoperation gelangen und sich häufiger schon vorher in der Öffentlichkeit als „Frau“ mit einem männlichen Partner zeigen als die heterosexuellen, bei denen dagegen das Cross-dressing wesentlich häufiger von sexueller Erregung begleitet gewesen wäre. Als Grund für die Operation nannten die homosexuellen Transsexuellen am häufigsten die Fähigkeit, mit einem Mann koitieren zu können, die asexuellen Transsexuellen vor allem die Ablehnung des Penis und die heterosexuellen an erster Stelle die Ablehnung der männlichen Rollenanforderungen.

Buhrich und McConaghy (1977a,b; 1979) unterschieden anhand der Daten von 29 Transsexuellen und 35 Transvestiten drei Arten des (fetischistischen) Cross-dressings: „*Nuclear transvestites*“, „*marginal transvestites*“ und „*fetishistic transsexuals*“. Ihnen stellten die Autoren die „*nuclear transsexuals*“ gegenüber. Bei den „Kern-Transvestiten“ habe das Tragen weiblicher Kleidung einzig den Zweck der sexuellen Erregung, sie seien in der Regel heterosexuell orientiert. Von den „marginalen Transvestiten“ würden zusätzlich bestimmte körperliche Aspekte der Frauen, vor allem Brüste, gewünscht. „Fetischistische Transsexuelle“ hätten ebenfalls sexuelle Erregung beim Cross-dressing und seien häufiger heterosexuell.

Docter (1988) untersuchte 110 heterosexuelle Cross-dresser. Er unterschied unter ihnen „passagere Fetischisten“, „fetischistische“ und „marginale Transvestiten“, in ihrer Geschlechtsrolle unentschiedene „*Transgenderisten*“ sowie „sekundäre Transsexuelle vom transvestitischen Typ“. Er offerierte ein 5-Phasenmodell der Entwicklung des Selbstkonzeptes bei heterosexuellen Cross-dressern, die zunehmend aus ihrer primär männlichen Geschlechtsidentität in eine weiblichen Geschlechtsidentität übergehen würden. Gelänge dagegen die Integration der transvestitisch-femininen Wünsche, so käme es zu einer eher androgynen Geschlechtsidentität unter Beibehaltung fetischistischer-transvestitischer Praktiken, ohne daß eine Umwandlungsoperation gewünscht würde.

Doorn und Mitarbeiter haben jüngst (1994) diesen Ansatz Docters erneut aufgegriffen und unterscheiden zwischen zeitlich primären („*early-onset*“) und sekundären („*late-onset*“) Transsexuellen. Sie untersuchten 135 biologische Männer, die um eine Transformationsoperation nachsuchten und verglichen sie mit 36 Transvestiten und mit männlichen

heterosexuellen Kontrollpersonen. Die Autoren postulieren ein männliches und ein weibliches Sub-System der Geschlechtsidentität, die relativ autonom seien und deren Balance über das weitere Schicksal (Operation und Hormone versus Integration der transvestitisch-fetischistisch-femininen Anteile in ein heterosexuelles Selbstkonzept) entscheide.

Wise und Meyer (1980) unterschieden bei ihren transvestitischen Patienten mit Wunsch nach Geschlechtsumwandlung „jüngere/younger“ und „ältere/aging“ Transvestiten mit Geschlechtsidentitätsstörung. Beide Patientengruppen seien aufgrund verschiedener Stressoren (Partnerschaftskonflikte und Geburt eigener Kinder bei den jüngeren, Krankheit, Altern oder Partnerverlust bei den älteren Transvestiten) nicht mehr in der Lage, die über die Jahre innerhalb einer heterosexuellen Beziehung entwickelten fetischistisch-transvestitischen Strebungen in ihre primär männliche Geschlechtsidentität zu integrieren.

Freund und Mitarbeiter gaben 1982 einen wesentlichen Anstoß zur Vereinfachung der unterschiedlichen Typologien, indem sie die Patienten nach dem Geschlecht des präferierten, (realen oder imaginierten) Sexualpartners unterschieden. Sie unterteilten zunächst 136 biologisch männliche Patienten mittels einer von Freund entwickelten und statistisch validierten Fragebogen-Batterie in „homosexuelle“ und „heterosexuelle“ Transsexuelle. Die erstgenannten ließen in der Vorgeschichte transvestitisch-fetischistische Erregung durch das Tragen von Frauenkleidung zumeist vermissen und seien am Sexualkontakt mit Männern interessiert. Dagegen hätten die „heterosexuellen Transsexuellen“ stets eine transvestitisch-fetischistische Vorgeschichte, seien entweder heterosexuell partnerschaftlich aktiv gewesen oder hätten sich automonosexuell in Frauenkleidung betätigt. Dies wirke zwar nach außen „asexuell“, tatsächlich würden diese Patienten jedoch entweder Frauen als Partnerinnen oder aber nur sich selbst als Frau imaginieren. Männer würden, wenn sie in diesen Phantasien überhaupt vorkamen, einzig die Rolle der Bestätigung der eigenen sexuellen Weiblichkeit übernehmen und nicht ihrer körperlich-genitalen Männlichkeit wegen tatsächlich „begehrt“ werden, wie dies bei den homosexuell orientierten Transsexuellen der Fall sei.²

Blanchard prägte für diejenigen „nicht-homosexuellen“ Transsexuellen, die sich automonosexuell mit der Vorstellung „als sich selbst liebende Frau“ betätigen (und damit letztlich „heterosexuell“ orientiert sind), den Begriff „Autogynäphilie“. Er hat, gestützt auf die enorme, über 3000 Verläufe dokumentierende Datenbank der Gender Identity Clinic des Clarke Institutes for Psychiatry in Toronto, in der Folgezeit gemeinsam mit anderen eine Fülle von Arbeiten publiziert (1985; 1986; 1987; 1988a,b; 1989a,b,c; 1990; 1991; 1992; 1993a,b,c; 1994) und die von Freund inaugurierte Unterteilung bestätigt. Wichtig für die klinische Beurteilung geschlechtsidentitätsgestörter Männer dürfte die Tatsache sein, daß er dabei wesentliche differentialdiagnostische und vor allem prognostische Unterschiede zwischen den beiden Gruppen fand: Die „nicht-homosexuellen“ (heterosexuellen und autogynäphilen) Patienten zeigen im Unterschied zu den homosexuellen Transsexuellen in

² Diese statistisch und klinisch-deskriptiv gut abgrenzbare Kategorie umfaßte also neben den „transvestitischen sekundären“ auch die „asexuellen primären Transsexuellen“ von Person und Ovesey, die „heterosexuellen“ und die „asexuellen“ Transsexuellen von Bentler, die „fetischistischen Transsexuellen“ und die „marginalen Transvestiten“ von Buhrich und McConaghy, die „Transgenderisten“ und „sekundären Transsexuellen vom fetischistischen Typ“ von Docter.

der Kindheit männliches bis neutrales geschlechtstypisches Spiel- und Sozialverhalten, erlebten sexuelle Erregung durch das (heimliche) Tragen von Frauenbekleidung, hätten in der Pubertät entweder keine bzw. seltene (autogynäophile Patienten) oder aber auch häufige heterosexuelle Kontakte und wenig bis keine homosexuelle Erfahrungen, zeigten häufiger deviante Sexualpraktiken, wären häufiger verheiratet und Väter und kämen signifikant später mit Umwandlungsbegehren, das dann auch eher nur partiell sei (Wunsch nach Brüsten unter Beibehaltung des Penis). Ihre Prognose nach erfolgter Umwandlungsoperation erwies sich als ungünstiger: Die soziale und psychosexuelle Adaptation gelang schwerer, die Schwierigkeiten einen Partner bzw. eine („lesbische“) Partnerin zu finden, waren größer und der Wunsch nach Rückumwandlung war bei diesen Patienten häufiger.

4. Zur aktuellen Klassifikationsnomenklatur

Aufgrund der unsicheren Trennung bzw. den Übergängen zwischen Transsexualismus und Transvestismus einerseits, effeminiert Homosexualität und Transexualismus andererseits schlug Fisk (1973) den Begriff des „*gender dysphoria syndrome*“, im Deutschen am besten durch „Geschlechtsidentitätsstörung“ übersetzt, vor. Er meinte damit diejenigen Patienten, die sich in ihrem biologischen Geschlecht unwohl („*discomfort*“) fühlen und deshalb versuchten, weitgehend das Erscheinungsbild des anderen Geschlechts zu erlangen und in dessen sozialer Rolle anerkannt zu werden. Bestünde dieser Wunsch langandauernd und permanent und würde anhaltend die weitestmögliche hormonelle und chirurgische Anpassung an das gewünschte Geschlecht gefordert, so sei dies die extremste Form der Geschlechtsidentitätsstörung, der Transsexualismus. Das primäre Ziel dieser Definition war es, die bis dato übliche enge Begrenzung der Operationsindikation auf nicht-fetischistisch/nicht-transvestitische, asexuell lebende Transsexuelle zu überwinden. Zugleich wurde damit eine klassifikatorische und differentialdiagnostisch-differentialtherapeutische Berücksichtigung all jener Personen ermöglicht, die an ihrer Geschlechtlichkeit (ihrer Geschlechtsidentität) leiden, ohne diese Patienten sofort in das enge Label des „Transsexuellen“ zu zwingen und ihnen damit indirekt nur die Operation als einzigen Ausweg offenzulassen.

Während ICD 9 „Transvestismus“ (302.3) noch klar von „Transsexualismus“ (302.5) und „Störungen der psychosexuellen Identität“ (302.6) trennt und alle unter „Sexuelle Verhaltensabweichungen und -störungen“ subsummiert, hat ICD 10 den Störungen der Geschlechtsidentität eine eigene Rubrik im Rahmen der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen eingeräumt und unterscheidet dort „Transsexualismus“ (F64.0) von „Transvestismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen“ (F64.1), „sonstigen“ (F64.8) und „nicht näher bezeichneten Störungen der Geschlechtsidentität“ (F64.9). Das DSM III-R unterscheidet unter der Rubrik „Störungen der Geschlechtsidentität“ den „Transsexualismus“ (302.50) von der „Störung der Geschlechtsidentität in der Adoleszenz oder beim Erwachsenen, nicht-transsexueller Typ“ (Gender identity disorder of adolescence and adulthood, nontranssexual type = GIDAANT). Beide Kategorien fordern die Angabe der sexuellen Orientierung als „asexual, homosexual, heterosexuell oder unbestimmt“ und schließen das zum Zwecke der sexuellen Erregung vollzogene Cross-dressing (i.S. des fetischistischen Transvestismus) aus. Gerade die letztgenannte Beschränkung und die Unterteilung der sexuellen Orientierung nach dem biologischen Geschlecht waren besonders umstritten. Die Ergebnisse dieser Diskussionen sind mittlerweile in die neue Nomenklatur des DSM IV eingeflossen

(s. Bradley 1991, APA 1994). Der transvestitische Fetischismus (302.3) wird klassifikatorisch noch von den Geschlechtsidentitätsstörungen (302.6 bzw. 302.85 im Kindesalter) getrennt, jedoch auf die möglichen Übergänge hingewiesen. Die Diagnose der Geschlechtsidentitätsstörung verlangt nach DSM IV (APA 1994, 532 ff):

- * Eine tiefgehende und andauernde Identifikation mit dem biologisch anderen Geschlecht (Kriterium A).
- * Eine andauerndes Unbehagen oder Gefühl der Inadäquatheit im tatsächlichen (biologischen und Erziehungs-)Geschlecht (Kriterium B).
- * Den Ausschluß eines Intersex-Syndromes (z.B. Androgen-Insensitivitäts-Syndrom oder kongenitales Adrenogenitales Syndrom) (Kriterium C).
- * Den Nachweis von klinisch signifikantem Stress oder Störungen im sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Bereichen oder Funktionen (Kriterium D).

Der „*manifeste intensive Wunsch, die soziale Rolle des anderen Geschlechtes einzunehmen*“ stellt nicht mehr lediglich eine Ergänzung zum Wunsch nach hormonellen und/oder operativen geschlechtsverändernden Maßnahmen dar, sondern ist jetzt auch als einzelnes Kriterium für das Vorliegen einer Geschlechtsidentitätsstörung möglich (S.533). Zu deren genaueren Unterscheidung werden Kriterien für die sexuelle Orientierung genannt („*sexually attracted to males, to females, to both, to neither*“).

Die weiterführenden Erläuterungen des DSM IV weisen darauf hin, daß es bei biologischen Männern mit Geschlechtsidentitätsstörungen im wesentlichen zwei Entwicklungswege und damit zwei „Untergruppen“ gibt: Zum einen diejenigen Patienten, bei denen die Störung der Rollenidentifikation im o.g. Sinne bereits in der Kindheit manifest war, die in der Jugend oder im frühen Erwachsenenalter um ärztliche Hilfe bei der Umwandlung nachsuchen und deren sexuelle Orientierung überwiegend auf Männer gerichtet ist. Zum anderen Patienten, bei denen sich die Störung der Geschlechtsidentität später und gradueller manifestiert, die später (frühestens im mittleren Erwachsenenalter) deshalb beim Arzt vorstellig werden und häufiger eine transvestitisch-fetischistische Vorgeschichte mit sexuellem Interesse an Frauen haben. Bezüglich einer (hormonellen und/oder chirurgischen) Umwandlung seien die letztgenannten Patienten unsicherer und würden durch diese Maßnahmen auch weniger zufriedengestellt.

5. Die aktuelle Typologie in ihrer Praktikabilität anhand eigener Fallbeispiele

1993 stellten sich in unserer Einrichtung 20 Männer mit dem Wunsch nach Geschlechtsumwandlung vor. 6 der Patienten wurden von niedergelassenen Ärzten überwiesen, ein Patient wurde durch die Partnerin angemeldet, die restlichen kamen aufgrund von Informationen in den Medien bzw. Beratungsführern.

Alle Patienten gaben an, „seit Jahren eine Frau sein zu wollen“, bezeichneten sich selbst als „transsexuell“ und wünschten, durch hormonelle und operative Maßnahmen eine weibliche Brust und eine Neo-Vagina zu bekommen. Die Kriterien A und B des DSM IV waren damit *zunächst* formal erfüllt. Keiner der Patienten bot Anzeichen eines Intersex-Syndroms (Kriterium C).

Im Folgenden soll die Entwicklung und der Verlauf bei diesen Patienten, unterschieden nach der sexuellen Orientierung, zusammenfassend kasuistisch dargestellt werden. Die kleine

Tab. 1: Angaben zum Sexual- und Partnerschaftsverhalten

Nr.	Pubertät	Masturbation: Stimulus/phantasierter Partner			1. Sexualkontakt**		Aktuell GV	
		aktuell	dabei Frauenkleidg.	Frequenz	mit einem Mann	mit einer Frau	mit...	Frequenz
01	Gummi/UW*	als Frau m. Frau	selten	2/Monat	noch nie	18.Lbj.	Frau	2/Monat
02	UW/Frau	als Frau m. Frau/Mann	manchm.	2/Woche	noch nie	16.Lbj.	Frau	3/Monat
03	UW/Frau	als Frau m. Mann	manchm.	2/Monat	noch nie	17.Lbj.	Frau	1/Monat
04	UW	als Frau allein	immer	1/Monat	noch nie	noch nie	ohne Partner/in	
05	UW/Frau	als Frau allein	immer	1/Halbjahr	noch nie	17.Lbj.	ohne Partner/in	
06	UW/Frau	als Frau allein/m. Frau	immer	1/Woche	noch nie	17.Lbj.	Frau	1/Monat
07	UW/Frau	als Frau m. Frau	immer	3/Woche	noch nie	17.Lbj.	Frau	2/Monat
08	UW/Frau	als Frau allein	immer	2/Monat	noch nie	19.Lbj.	ohne Partner/in	
09	unklar	als Frau allein	immer	täglich	noch nie	? (ja)	ohne Partner/in	
10	UW/Frau	als Frau m. Frau	manchm.	1/Monat	noch nie	18.Lbj.	Frau	1/Woche
11	UW/Frau	als Frau m. Frau	immer	2/Woche	noch nie	20.Lbj.	Frau	2/Monat
12	UW	als Frau allein	immer	1/Monat	noch nie	noch nie	ohne Partner/in	
13	UW/Frau	als Frau m. Frau	immer	täglich	noch nie	16.Lbj.	Frau	2/Monat
14	UW/Frau	als Frau m. Frau/Mann	manchm.	2/Monat	13. Lbj.	15.Lbj.	ohne Partner/in	
15	Mann	als Frau m. Mann	nie	1/Monat	19. Lbj.	24.Lbj.	Mann	2/Monat
16	Mann	als Frau m. Mann	selten	2/Woche	18. Lbj.	noch nie	ohne Partner/in	
17	Mann	als Frau m. Mann	nie	2/Woche	noch nie	noch nie	ohne Partner/in	
18	Mann	als Frau m. Mann	immer	2/Woche	15.Lbj.	noch nie	ohne Partner/in	
19	Mann	als Frau m. Mann	manchm.	1/Woche	17. Lbj.	noch nie	ohne Partner/in	
20	Mann	als Frau m. Mann	manchm.	1/Woche	noch nie	18.Lbj.	ohne Partner/in	

* UW = Frauenunterwäsche, -nachthemd, -strumpfhosen

** = intensives Petting, mutuelle Masturbation, Vaginal- bzw. (passiver) Analverkehr

Zahl und inhomogene Zusammensetzung dieser Gruppe sowie die Tatsache, daß die Zahl der Kontakte variierte - einige Patienten nahmen nach 2 Konsultationen keine weiteren Terminangebote wahr, andere befinden sich bis jetzt in ambulanter psychotherapeutischer Betreuung - ermöglicht nur eine solche Darstellung. Es soll darum gehen, ob sich die bislang besprochenen typologischen Unterscheidungen für die Prognose des Verlaufs und der Betreuung als sinnvoll erweisen. Die Diskussion der psychodynamischen und persönlichkeitsstrukturellen Vorgeschichten kann hier ebensowenig erfolgen wie Ausführungen zur Gestaltung des Betreuungsprozesses.

Alle Angaben wurden im sexualmedizinischen Anamnesegespräch erhoben. Zusätzlich wurde bei 12 der Probanden ein in Anlehnung an die Literatur und die eigene klinische Erfahrung entwickelter, geschlossener Fragebogen, der gegenwärtig standardisiert wird, angewandt.

Zunächst ist festzustellen, daß zumindest bei unseren Patienten eine völlige „Asexualität“, wie sie früher als „typisch für den Transsexuellen“ behauptet wurde, nicht zu beobachten ist. Legt man die Angaben zum bisherigen und aktuellen Sexualverhalten zugrunde (s. Tab. 1), so können in unserem Patientengut entsprechend der aktuellen Klassifikation zwei Gruppen unterschieden werden: 14 der 20 Patienten (01 bis 14) waren überwiegend oder ausschließlich auf weibliche sexuelle Merkmale bzw. auf Frauen, 6 (15 bis 20) auf männliche Merkmale bzw. auf Männer orientiert.

Tab. 2: Cross-dressing zum Zeitpunkt der Erstvorstellung

Nr.	Oberbekleidung	Unterwäsche	Make up	Körperbehaarung
01	i. Beruf männlich, auswärts weiblich	immer weiblich	außer i. Beruf	epiliert
02	männlich, z. Hause episodisch weiblich	immer weiblich	nein	rasiert
03	öffentl. neutral, heimlich weiblich	heimlich weiblich	nein	rasiert
04	durchgehend neutral bis weiblich	heimlich weiblich	nein	extrem rasiert*
05	durchgehend neutral	immer weiblich	nein	unrasiert
06	männlich, heimlich weiblich	heimlich weiblich	nein	rasiert
07	neutral, z. Hause episodisch weiblich	immer weiblich	ja	rasiert
08	öffentl. neutral, heimlich weiblich	immer weiblich	nein	unrasiert
09	durchgehend neutral	immer weiblich	nein	unrasiert
10	durchgehend weiblich	immer weiblich	ja	kaum vorhanden
11	männlich, z. Hause episodisch weiblich	immer weiblich	nein	Bart
12	nur z. Hause durchgehnd. weibl.	immer weiblich	nein	rasiert
13	durchgehend neutral bis weiblich	neutral/weiblich	ja	rasiert
14	i. Beruf männlich, auswärts weiblich	immer weiblich	außer i. Beruf	unrasiert

15	durchgehend weiblich	neutral/weiblich	ja	rasiert
16	durchgehend weiblich	immer weiblich	ja	kaum vorhanden
17	durchgehend weiblich	neutral/weiblich	ja	kaum vorhanden
18	durchgehend weiblich	neutral/weiblich	nein	rasiert
19	durchgehend neutral bis weiblich	neutral/weiblich	ja	kaum vorhanden
20	durchgehend weiblich	neutral/weiblich	ja	rasiert

* = mit Hautaffektionen

Die Patienten der erstgenannten Gruppe benutzten bei der Aufnahme der Masturbation in der Pubertät Damenunterwäsche als Stimulus und tun dies in unterschiedlichem Maße noch heute. Ihre präferierte Vorstellung ist es dabei, selbst eine Frau zu sein. 5 Patienten erregt diese Phantasie ohne daß dazu ein Partner/ eine Partnerin imaginiert wird bzw. ohne daß das Geschlecht eines Phantasiepartners genannt werden kann. 6 Patienten geben - über diese „Faszination“ von sich selbst als Frau hinaus - an, in ihrer Phantasie mit einer Frau („lesbischen“) Sex zu haben, zwei manchmal mit Frauen und manchmal mit Männern, ein Patient denkt bei der Masturbation an sich als „eine Frau mit einem Mann“. Sexuelle Attraktion durch den Mann „an sich“ gibt keiner dieser Patienten an, und zwar weder in der Masturbationsphantasie noch in der Wirklichkeit. Dies drückt sich auch darin aus, daß bis auf eine Ausnahme (Pat. 14; dieser erlebte in Frauenkleidung mutuelle Masturbation und passiven Analverkehr im 13. Lebensjahr in seiner Peer-group) noch keiner von ihnen jemals Sexualkontakt zu einem Mann hatte. Alle bis auf zwei Ausnahmen hatten dagegen bereits Geschlechtsverkehr mit Frauen, 8 haben dies mit unterschiedlicher Frequenz noch gegenwärtig in einer bestehenden Partnerschaft. Dabei wurde bis auf zwei Ausnahmen (die mit der Partnerin synchron masturbierten) auch penetrierend-genitaler Sex vollzogen, bei dem in allen Fällen die Succubus-Position des Mannes präferiert wurde. Alle diese Patienten gaben ein deutlich stärkeres orgasmisches Erleben in Frauenkleidung an. Wo dies die Partnerin nicht oder zunehmend unwillig tolerierte, kam es zu einem Nachlassen des Interesses an der partnerschaftlichen Sexualität, deren Frequenz dann auch absank und teilweise deutlich von der der Masturbation (in Frauenkleidung) überstiegen wurde. Dies war in einer Reihe der Fälle auch mit ein Grund, sich Informationen über die Problematik des Transsexualismus zu besorgen, sich gegenüber der Frau als „transsexuell“ zu erklären und unsere Einrichtung aufzusuchen.

Im Alltag trug zum Zeitpunkt der Erstvorstellung nur ein Teil dieser Patienten offen und durchgehend Frauenkleidung (s. Tab. 2), oft wurden Sphären für die weibliche Kleidung und die geschlechtsneutrale bis männliche Kleidung getrennt. Diese weibliche Oberbekleidung erregte die Patienten nicht sexuell, vielmehr fühlten sie sich in ihrer „ruhiger, wohler, sicherer“. Einzig bei denjenigen 5 Patienten, die auch zu Hause ihre Frauenoberbekleidung nur episodisch (mit Duldung durch die Familie oder heimlich) anzogen, war häufig, aber keinesfalls immer, „Prickeln, Aufregung, Erregung“ vorhanden, was dann auch Anlaß zur Masturbation sein konnte. Alle diese Patienten trugen weibliche Unterwäsche, 3 mußten dies vor ihrer Familie verbergen. Für die sexuelle Erregung hierbei galt dasselbe wie für die beim Tragen der Oberbekleidung: Zwar war die weibliche Unterwäsche häufig oder immer (s. Tab. 1) in das Masturbationsritual miteinbezogen, sie führte jedoch nicht ständig zur sexuellen Erregung, sondern vermittelte ein Gefühl der Beruhigung oder des „Bei-sich-Seins-als-Frau“.

Dieser Gruppe standen diejenigen 6 Probanden gegenüber (15 bis 20), die bei der Masturbation an Sex mit einem männlichen Partner dachten, wobei vor allem der Körper des phantasierten männlichen Partners und die Interaktion mit ihm als „am meisten erregend“ benannt wurde. Damenwäsche wurde dabei gelegentlich getragen, nicht aber extra dazu angelegt. 4 dieser Patienten hatten auch bereits Sex mit Männern (aktiv oral, bei zwei Patienten auch passiv anal). Ein Patient lebte in einer Partnerschaft mit einem Mann, in der er sich als Frau fühlte. Ein Patient hat sich „noch nicht getraut, es war nie der Richtige da, der mich als Frau nimmt.“

Tab. 3: Alter bei Erstvorstellung und Cross-dressing in der Kindheit (Angaben des Patienten)

Nr.	Alter*	Beginn (Alter)	Heimlich vs. Offen	Art der Kleidung
01	40;4	< 6	heimlich	Schuhe, Nachthemd der Mutter
02	36;2	< 6	heimlich	Puppenrock, Rock der Mutter
03	27;0	< 6	heimlich	Schuhe, Rock, Nachthemd, Unterwäsche von Mutter u. Schwester
04	25;4	> 14(?)	heimlich	unklar/ keine Angabe
05	26;6	12	heimlich	Unterwäsche der Schwester
06	38;7	14	heimlich	Unterwäsche der Mutter
07	38;11	14	heimlich	Unterwäsche, Strumpfhosen der Mutter
08	39;8	8	heimlich	Unterrock der Mutter
09	47;2	> 30	offen	Unterwäsche der Freundin
10	33;0	< 6 / 16**	offen/heimlich*	„Kleiderkiste“/Unterwäsche
11	38;5	12	heimlich	Unterwäsche der Mutter
12	28;7	14	heimlich	Kleid der Mutter; Unterwäsche der Oma
13	30;4	< 6	heimlich	Nachthemd der Mutter
14	39;3	< 12	offen/heimlich*	Schuhe, Rock, Nachthemd, Unterwäsche von Mutter u. Schwester

15	28;6	< 6	offen	Schuhe der Mutter
16	19;8	< 6	offen	Schuhe, Nachthemd, Rock der Mutter
17	18;7	< 6	offen	Rock, Bluse, Schuhe
18	20;8	< 6	offen	Schuhe, Rock, Nachthemd, Unterwäsche von Mutter, Tante, Oma
19	18;0	< 10	offen	Rock, Bluse, Schuhe
20	28;11	< 8 / 13**	offen/heimlich*	Kleider, Schuhe, Unterwäsche der Mutter

* = Alter bei Erstvorstellung (Jahre; Monate)

* = Oberbekleidung spielerisch offen getragen, Unterwäsche heimlich getragen

** = 1. spielerisches offenes Tragen von weiblicher Oberbekleidung in Kindheit
2. heimliches Benutzen weiblicher Unterwäsche in Pubertät

Im Alltag gingen diese Patienten bis auf eine (durch finanzielle Abhängigkeit bedingte) Ausnahme durchgehend in weiblicher Oberbekleidung. Die Unterbekleidung wurde von diesen Patienten eher nach praktischen Gesichtspunkten gewählt und mußte nicht (wie bei der ersten Gruppe) unbedingt stets weiblich sein. Eine sexuelle Erregung durch diese Kleidung wurde verneint.

Vergleicht man beide Patientengruppen, so finden sich auch in unserem Material die mit den Unterschieden in der sexuellen Orientierung (auf Frauen bzw. auf Männer) einhergehenden, in der Literatur beschriebenen Merkmale: Die auf Frauen orientierten Patienten (01 bis 14) waren bei der Erstvorstellung älter (Durchschnittsalter: ca. 35 Jahre), der jüngste war 25;7, der älteste 47;2 (s. Tab. 3). Das Durchschnittsalter der auf Männer orientierten Patienten betrug dagegen rund 22 Jahre (18;0 bis 28;11).

Ebenso fanden wir in der Tendenz den von anderen Autoren beobachteten früheren Beginn des Cross-dressings bei den auf Männern orientierten geschlechtsidentitätsgestörten Pati-

enten (s. Tab. 3). Hierbei waren wir jedoch überwiegend auf die Angaben der Patienten angewiesen, nur in 4 Fällen (15; 16; 17; 19) konnten wir diese Angaben durch Fremdanamnesen (der Mutter oder einer Betreuungsperson) validieren. Auch bei der wegen der kleinen Zahl gebotenen Zurückhaltung sei darauf hingewiesen, daß sich eine stärkere Effeminiertheit des kindlichen Verhaltens bei den sexuell auf Männer orientierten Patienten andeutet, dem die Mütter anscheinend permissiver gegenüberstanden.

Alle Patienten zeigten sowohl klinisch als auch psychometrisch vielfältige psychische Auffälligkeiten, die hier nur orientierend benannt werden können: Im Vordergrund stand bei allen eine depressiv-dysphorische Verstimmtheit und extreme Gehemmtheit, die im auffälligen Kontrast zum teilweise sehr akzentuierten Gestus stand, mit dem eine Befürwortung zumal hormoneller, aber auch operativer Umwandlungsmaßnahmen gefordert wurde. Diesbezüglich ließen sich zumindest klinisch keine sicheren Unterschiede zwischen den beiden Gruppen ausmachen, eine statistische Auswertung des psychometrischen Materials erfordert größere Probandenzahlen.

Die psychotherapeutische Vorgeschichte der beiden Gruppen zeigte tendenzielle Unterschiede: 5 Patienten der auf Frauen orientierten Gruppe hatten bereits (teilweise mehrfache) psychotherapeutische Behandlungen erfahren (s. Tab. 4), die mittelbar mit ihrer Geschlechtsidentitätsstörung im Zusammenhang standen. Es handelte sich dabei um Paar- und Einzeltherapien wegen transvestitischer (oder in einem Fall gummifetischistischer) Neigungen bzw. wegen diffuser psychosomatischer Erkrankungen (Allergien, Colitis ulcerosa, Angststörungen). In zwei Fällen hatte die Selbsterkenntnis der eigenen „Transsexualität“ zum Therapieabbruch geführt.

Tab. 4: Hormone und Psychotherapie bei Erstkonsultation und im Verlauf

Nr.	PSYCHOTHERAPIE		HORMONE vor Erstkontakt	
	Vor Erstkontakt	Im Verlauf	von...	nach .. Konsultationen
01	abgebrochen	begonnen	Internist	2
02	nein	begonnen	keine	
03	nein	abgelehnt	Gynäkologe	1
04	nein	unentschieden	keine	
05	ja (vorher)	unentschieden	keine	
06	nein	Kontakt abgebrochen	„privat“	ohne Angaben
07	nein	abgelehnt	keine	
08	nein	Kontakt abgebrochen	keine	
09	psychiatr. Betreuung	psychiatr. Betreuung	Gynäkologe	1
10	ja (vorher)	Kontakt abgebrochen	Gynäkologe	1
11	mehrf. abgebrochen	Kontakt abgebrochen	keine	
12	nein	abgelehnt	Internist	1
13	nein	abgebrochen	keine	
14	nein	unentschieden	Gynäkologe	1 selbst abgesetzt

15	nein	begonnen	keine	
16	nein	begonnen	keine	
17	ja (aktuell)	weiterführend	keine	
18	ja (aktuell)	weiterführend	keine	
19	nein	unentschieden	keine	
20	ja	weiterführend	keine	

Ein Patient war wegen einer erstmals vor 10 Jahre manifest werdenden endogenen Psychose des schizophrenen Formenkreises in ständiger psychiatrischer Betreuung, seit mehreren Jahren jedoch symptomfrei. Eine transsexuelle Problematik hatte er seinem Psychiater nie berichtet, wohl aber einem Gynäkologen, von dem er sich Östrogene verschreiben ließ. Ein Patient litt seit Jahren an Colitis ulcerosa, war aber bislang nie psychotherapeutisch behandelt worden. Bei zwei Patienten fanden sich überwiegend demonstrativ angelegte Suizidversuche in der Vorgeschichte.

In der Gruppe der sexuell primär auf Männer orientierten Patienten hatten sich drei wegen ihres Umwandlungswunsches zunächst an ambulante Psychotherapeuten gewandt, welche eine Behandlung der transsexuellen Problematik begannen, in deren Verlauf sie die Patienten zur Mit- und Weiterbetreuung an uns überwiesen. Angaben über weitere Psychotherapien oder über psychosomatische Erkrankungen fanden sich in dieser Gruppe nicht. Ein Patient hatte wegen der sozial äußerst deprivierenden Familiensituation bei Heimeinweisung einen Suizidversuch unternommen.

Die Vorstellungen zur Realisierung des Umwandlungswunsches differierten zwischen beiden Patientengruppen teilweise:

(a) Zu den körperlichen Wunschvorstellungen

Der Wunsch nach einer Neo-Vagina (die ja den Verlust des Penis impliziert) verlor sich im Verlaufe der bei uns durchgeführten Betreuung bei 5 Patienten der ersten Gruppe. In der Tendenz zeigte sich aber auch bei allen anderen dieser zum Teil sexuell-genitale Kontakte pflegenden Männer der tatsächlich virtuelle Charakter dieses Wunsches: Die Vorstellung erregte sie in der Phantasie, zumal bei der Masturbation; die Konfrontation mit der dann nötigen operativen Einbuße des lustvoll betätigten Penis und damit u.U. der Orgasmusfähigkeit hatte aber deutlich ängstigende Wirkung. Die Patienten begannen, ihre Wünsche zu relativieren und zu versuchen, sich mit ihren genitalen Gegebenheiten zumindest zu arrangieren. Die Darstellung des hierbei ablaufenden Prozesses würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, hingewiesen sei nur auf die zentrale Bedeutung, die einer bestehenden Partnerschaft und der Einstimmungsbereitschaft der Partnerin hierbei zukam. Ungebrochen blieb jedoch bei diesen Patienten der beinahe obsessive Wunsch nach einer „richtigen Brust“. Diese spielte in den Masturbationsphantasien eine zentrale Rolle und war auch auf allen uns von diesen Patienten vorgelegten fotografischen oder zeichnerischen Selbstporträts auffällig betont. Die Patienten verwendeten Brustprothesen, stopften sich BHs aus oder nahmen bereits Hormone ein, die sie sich - nach eigenem Bekunden ohne große Mühe und nach nur 1 oder 2 Konsultationen - von Ärzten verschreiben ließen (7 Patienten, s. Tab. 4).

Eine nicht so deutliche und nicht eindeutig sexuelle Besetzung erfuhr das männliche Behaarungsmuster (s. Tab. 2). Die meisten Patienten legten peinlich Wert auf die Entfernung der Körperbehaarung und rasierten diese mitunter mehrmals täglich, einer ließ sich auf eigene Kosten epilieren, ein anderer wurde uns deshalb vom Dermatologen vorgestellt. Drei Patienten waren am Körper (zwei davon auch im Gesicht) unrasiert bei normalem männlichem Behaarungstyp, einer trug bei der Erstvorstellung einen Bart.

Einige tendenziell wichtige Unterschiede beim Betrachten der Gruppe der auf Männer orientierten Patienten (14 bis 20): Hier war zwar ebenso der Wunsch nach einer Brust vorhanden, nur erschien er deutlich weniger drängend und vor allem ohne explizit sexuelle Besetzung. Die Brust wurde beim - ständigen - Cross-dressing nicht derart betont und spielte

in den angegebenen Masturbationsphantasien keine Rolle. Sie „gehöre halt dazu, sei aber nicht so wichtig, es gibt ja auch Frauen mit kleinem Busen“ (beinahe wortgleich durch Patient 15 und 16). Hormone wurden von keinem dieser Patienten vorher eingenommen. Der eigene Penis wurde hingegen von allen Patienten als „unbedeutend“, ja störend erlebt, was sich nicht nur sprachlich („das Ding da“; „das widerliche Gebammel“), sondern auch in der Tatsache ausdrückte, daß alle Patienten diesen nie bzw. (in 2 Fällen) nur früher „probeweise“ in der partnerschaftlichen Sexualität einsetzten und ihrem Partner (nach eigenen Angaben) strikt untersagten, ihn zu berühren. Alle Patienten wünschten eine Neo-Vagina, hofften auf deren orgasmische Fähigkeit, meinten aber, notfalls auch ohne diese auskommen zu können. Die Körperbehaarung stellte, sofern sie denn vorhanden war, auch für diese Patienten einen täglich mühevoll zu beseitigenden, „verräterischen Makel“ dar.

(b) Zu den psychosozialen Wunschkonstruktionen

Alle Patienten äußerten ein „seit Jahren bestehendes“ Mißbehagen in der männlichen Geschlechtsrolle (Kriterium B) und zeigten signifikante Störungen ihres sozialen (beruflichen, partnerschaftlichen) Erlebens von Krankheitswert (Kriterium D). Bei den auf Frauen orientierten Männern war dem regelmäßig ein zunehmendes Versagen in (mehr oder weniger) explizit „männlichen“ Sozialrollen in Beruf und Familie vorangegangen, die sie meinten, nun nicht mehr ausfüllen zu können. Demgegenüber hatten die Patienten der auf Männer orientierten Gruppe tatsächlich nie eine soziale Männerrolle an- bzw. eingenommen: Fünf der sechs Patienten traten bereits als „Frau“ ins Berufsleben ein und übten Tätigkeiten im Dienstleistungs- und Pflegebereich aus, die „geschlechtsneutral“ oder aber vorwiegend feminin besetzt sind, ein Patient hatte noch keine Arbeit aufgenommen, bestand aber in seinem sozialen Umfeld seit 2 Jahren auf der weiblichen Anrede. Die berufliche Integration „als Frau“ war dabei durchaus nicht störungsfrei, die Patienten kamen vor allem, weil sie nun endgültig per Vornamens- und Personenstandsänderung „klare Verhältnisse“ schaffen wollten. Versuche, sich „als Mann zu beweisen“ gab es bei keinem dieser Patienten.

Die Wunschkonstruktionen für eine spätere Partnerschaft waren in der ersten Gruppe unterschiedlich: 7 wünschten sich eine Partnerschaft mit einer Frau, 5 hatten diesbezüglich keine Vorstellungen bzw. wollten lieber allein bleiben, 2 waren bezüglich des Geschlechts eines etwaigen Partners unentschieden. Dagegen wünschten sich alle Patienten der zweiten Gruppe für die Zukunft eine Partnerschaft mit einem heterosexuellen Mann.

(c) Zum Verlauf

Im Verlauf der Betreuung nahmen 7 Patienten der ersten Gruppe (02; 06; 07; 08; 11; 12; 13) Abstand von ihrem Umwandlungsbegehren. Vier von ihnen versuchten, teilweise mit sexualtherapeutischer Unterstützung, ihre transvestitisch-androgynen Bedürfnisse in eine bestehende Partnerschaft zu integrieren, ein Patient zog seinen Antrag auf Vornamens- und Personenstandsänderung zurück, nimmt weiter Hormone, lehnte eine Psychotherapie jedoch ebenso wie weiteren Kontakt zu uns ab; zwei weitere teilten uns telefonisch mit, daß sie zunächst versuchen wollten „weiter so klar zu kommen“ und suchten uns nicht mehr auf. Bei 6 Patienten (01; 03; 04; 05; 09; 14), zu denen nach wie vor Kontakt besteht, ist der weitere Verlauf noch offen, einer von ihnen lebt seit ca. 7 Monaten durchgehend als Frau im sog. „Alltagstest“, die anderen sind diesbezüglich unverändert schwankend wie bei der Erstvorstellung. Ein Patient (10) brach den Kontakt ab und will anderweitig sein Umwandlungsbegehren durchsetzen.

Zu allen Patienten der zweiten Gruppe (15 bis 20) besteht weiterhin regelmäßiger Kontakt, sie absolvieren den sog. „Alltagstest“, in dem sie psychotherapeutisch begleitet werden.

6. Schlußfolgerungen und Ausblick

Die Differenzierung unserer Patienten nach der sexuellen Orientierung ergab einige tendenzielle Unterschiede in der Anamnese und im Verlauf, deren Systematisierung sich jedoch angesichts der kleinen Fallzahl verbietet. Weitere Untersuchungen sind hier erforderlich.

Die Kasuistiken haben gezeigt, daß die (Selbst-)Diagnose „Transsexualismus“ durchaus anzweifelbar ist und genauerer differentialdiagnostischer Unterscheidungen bedarf. Unzweifelhaft haben aber alle Patienten eine schwere Störung der Geschlechtsidentität und sind Patienten, die ärztlicher Hilfe bedürfen.

Diese Hilfe kann sicher nicht im vorschnellen Verschreiben von Hormonen oder Befürworten einer irreversiblen Operation qua „freier Entscheidung“ bestehen. Die je verschiedenen Entwicklungsmuster der Geschlechtsidentitätsstörung bedürfen auch differenzierter Behandlungsmaßnahmen. Eine psychotherapeutische Behandlung erscheint uns in jedem Fall indiziert: Auch wenn es nicht gelingen sollte, die männlichen und weiblichen innerpsychischen Anteile „auszusöhnen“, so bedürfen doch alle Patienten aufgrund ihrer oft defizienten Coping-Strategien der therapeutischen Begleitung und zwar unabhängig davon, ob eine Umwandlungsoperation durchgeführt wird oder nicht. Auch die sexualtherapeutische postoperative Betreuung sollte dem Patienten immer angeboten werden.

Es besteht dringender Bedarf an Berichten über durchgeführte differentielle Therapien und Längsschnittuntersuchungen bei verschiedenen Verläufen der Störungsentwicklung, und zwar auch über eine etwaige Operation hinaus. Eingedenk des Standes der Literatur, der aktuellen Klassifikationssysteme und eigener Beobachtungen wäre *ein* Ordnungskriterium für derartige Untersuchungen die sexuelle Präferenz des jeweiligen Patienten. Dabei müßten u.E. folgende Fragen beantwortet werden: Haben die primär auf Männer orientierten männlichen Patienten mit Geschlechtsidentitätsstörungen systematisierbar und empirisch absicherbar andere Sozialisationsverläufe als die primär auf Frauen orientierten? Gibt es zwischen diesen Gruppen andere, möglicherweise auch biologisch prädisponierte Unterschiede der Entwicklung? Unterscheiden sich diese Gruppen in ihrer postoperativen Adaptation? Gibt es verlässliche Ansätze für reproduzierbare (Psycho-)Therapieverläufe? Darüber hinaus müßten für alle Patienten mit Geschlechtsidentitätsstörungen folgende Fragen geklärt werden: Wie sind die Möglichkeiten für die stationäre psychotherapeutische Betreuung solcher Patienten? (Nach unserer Erfahrung sind sie eher schlecht, was weniger an den Patienten als vielmehr an den mit diesem Störungsbild häufig überforderten Einrichtungen liegt.) Welche Rolle spielen bestehende Partnerschaften für den „Ausbruch“ einer „transsexuellen Symptomatik“? Wie ließe sich dieser Einfluß therapeutisch nutzen? Welche Rolle spielt das gängige gesellschaftliche Männer- und Frauenbild für die Genese der Störung, aber auch für deren Therapie? Gibt es z.B. ein positives, weibliche Anteile nicht ausschließendes, Männerbild, das unseren hier vorgestellten Patienten zu vermitteln wäre? Welche Rolle spielen die massenmedial ausufernden Berichte über das technisch Machbare, spielt überhaupt die Verfügbarkeit von „Tools“ für die Erfüllung virtueller Wünsche?

Die Beantwortung dieser Fragen käme der Verbesserung der Betreuung dieser Patienten

sicherlich zugute, könnte aber auch Licht in Fragen von prinzipiellem Interesse bringen, etwa über die Entstehung sogenannter „normaler“ Männlichkeit respektive Weiblichkeit. Es erschiene wünschenswert, wenn die in Deutschland zum Thema Sexualität arbeitenden Fachdisziplinen und Einzelforscher sich der gemeinsamen Bearbeitung dieser Fragen widmen könnten. Besonders dringlich ist gegenwärtig die Forderung nach *Standards of Care* für die Begutachtung nach dem Transsexuellengesetz. Wohlmeinendes Laientum oder ideologisch fundierte Prinzipienreiterei kann in jedem einzelnen Fall großes Leid zur Folge haben. Ärzte sind hier in die Pflicht genommen, nicht nur, weil sie dem Einzelnen verpflichtet sind, sondern überdies, weil sie gemeinsam mit den Betroffenen Erfolge in der kassenrechtlichen Behandlung der ganzen Patientengruppe erkämpft haben, die niemand leichtfertig aufs Spiel setzen sollte.

Literatur

- American Psychiatric Association (APA): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1994
- Becker, H.; Hartmann, U: Geschlechtsidentitätsstörungen und die Notwendigkeit der klinischen Perspektive. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 1994; 62:290-305
- Benjamin, H.: *The transsexual phenomenon*. New York: Julian Press, 1966
- Benjamin, H.: Transvestism and transsexualism in the male and female. *J. Sex. Res.* 1967; 3:107-127
- Bentler, P.M.: A typology of transsexualism: Gender identity theory and data. *Arch. Sex. Behav.* 1976; 6:567-584
- Blanchard, R.: Typology of male-to-female transsexualism. *Arch. Sex. Behav.* 1985; 14:247-261
- Blanchard, R.: Nonhomosexual gender dysphoria. *J. Sex. Res.* 1988a; 24:188-193
- Blanchard, R.; Clemmensen, L.H.: A test of the DSM-III-R's implicit assumption that fetishistic arousal and gender dysphoria are mutually exclusive. *J. Sex. Res.* 1988b; 25:426-432
- Blanchard, R.: The classification and labeling of nonhomosexual gender dysphorias. *Arch. Sex. Behav.* 1989a; 18:315-334
- Blanchard, R.: The concept of autogynephilia and the typology of male gender dysphoria. *J. Nerv. Mental. Disease* 1989b; 177:616-623
- Blanchard, R.; Steiner, B.W.; Clemmensen, L.H.; Dickey, R.: Prediction of regrets in postoperative transsexuals. *Can. J. Psychiatry* 1989c; 34:43-45
- Blanchard, R.: Gender identity disorders in adult men. In: Blanchard, R.; Steiner, B.W. (Eds.) *Clinical management of gender identity disorders in children and adults*. Washington/London: American Psychiatric Press 1990
- Blanchard, R.: Clinical observations and systematic studies of autogynephilia. *J. Sex. Marital. Therapy* 1991; 17:235-251
- Blanchard, R.: Nonmonotonic relation of autogynephilia and heterosexual attraction. *J. Abnormal Psychology* 1992; 101:271-276
- Blanchard, R.: Varieties of autogynephilia and their relationship to gender dysphoria. *Arch. Sex. Behav.* 1993a; 22:241-251
- Blanchard, R.: The she-male phenomenon and the concept of partial autogynephilia. *J. Sex. Marital. Therapy* 1993b; 19:69-76
- Blanchard, R.: Partial versus complete autogynephilia and gender dysphoria. *J. Sex. Marital. Therapy* 1993c; 19:301-307
- Blanchard, R.: A structural equation model for age at clinical presentation in nonhomosexual male gender dysphorics. *Arch. Sex. Behav.* 1994; 23:311-320
- Blanchard, R.; Clemmensen, L.H.; Steiner, B.W.: Heterosexual and homosexual gender dysphoria. *Arch. Sex. Behav.* 1987; 16: 139-152

- Blanchard, R.; Racansky, I.G.; Steiner, B.W.: Phallometric detection of fetishistic arousal in heterosexual male cross-dressers. *J. Sex. Res.* 1986; 22:452-462
- Bradley, S.J.; Blanchard, R.; Coates, S.; Green, R.; Levine, S.B.; Meyer-Bahlburg, H.F.L.; Pauly, I.B.; Zucker, K.J.: Interim Report of the DSM-IV subcommittee on gender identity disorders. *Arch. Sex. Behav.* 1991; 20:333-343
- Buhrich, N.; McConaghy, N.: Can fetishism occur in transsexuals? *Arch. Sex. Behav.* 1977a; 3:223-235
- Buhrich, N.; McConaghy, N.: The discrete syndromes of transvestism and transsexualism. *Arch. Sex. Behav.* 1977b; 3:483-495
- Buhrich, N.; McConaghy, N.: Three clinically discrete categories of fetishistic transvestism. *Arch. Sex. Behav.* 1979; 8:151-157
- Coleman, E.; Bockting, W.O.; Gooren, L.: Homosexual and bisexual identity in sex-reassigned female-to-male transsexuals. *Arch. Sex. Behav.* 1993; 22:37-50
- Docter, R.F.: *Transvestites and Transsexuals. Toward a theory of cross-gender behavior.* New York, London: Plenum Press 1988
- Doorn, C.D.; Poortinga, J.; Verschoor, A.M.: Cross-gender identity in transvestites and male transsexuals. *Arch. Sex. Behav.* 1994; 23:185-201
- Fisk, N.: Gender dysphoria syndrome. In: Laub, D.; Gandy, P. (Eds.) *Proceedings of the 2nd Interdisciplinary Symposium on Gender Dysphoria Syndrome.* Stanford University Press 1973
- Freund, K.; Steiner, B.W.; Chan, S.: Two types of cross-gender identity. *Arch. Sex. Behav.* 1982; 11:49-63
- Kröhn, W.; Wille, R.: Panoramawandel der Transsexualität. *Mitteilungen der Gesellschaft für praktische Sexualmedizin.* 1983; 3:27
- Langer, D.: Der Transsexuelle: Eine Herausforderung für Kooperation zwischen psychologischer und chirurgischer Medizin. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 1985; 53:67-84
- Osburg, S.; Weitze, C.: Betrachtungen über zehn Jahre Transsexuellengesetz. *Recht & Psychiatrie* 1993; 11:2-26
- Person, E.S.; Ovesey, L.: Psychodynamics of male transsexualism. In: Friedman, R.C.; Richart, R.M.; Van de Wiele, R.L. (Eds.) *Sex differences in behavior.* New York: Wiley 1974
- Pfäfflin, F.: *Transsexualität. Beiträge zur Psychopathologie, Psychodynamik und zum Verlauf.* Stuttgart: Enke 1993
- Pfäfflin, F.; Junge, A. (Hrg.): *Geschlechtsumwandlung. Abhandlungen zur Transsexualität.* Stuttgart: Schattauer 1992
- Sigusch, V.: Die Transsexuellen und unser nosomorpher Blick; Teil I: Zur Enttotalisierung des Transsexualismus. *Z. Sexualforsch.* 1991a; 4:225-256
- Sigusch, V.: Die Transsexuellen und unser nosomorpher Blick; Teil II: Zur Entpathologisierung des Transsexualismus. *Z. Sexualforsch.* 1991b; 4:309-343
- Sigusch, V.: *Geschlechtswechsel.* Hamburg: Klein Verlag 1992
- Sigusch, V.: Leitsymptome transsexueller Entwicklungen. *Wandel und Revision.* *Deutsches Ärzteblatt* 1994; 91:A-1455-1458
- Sigusch, V.; Meyenburg, B.; Reiche, R.: Transsexualität. I. Leitsymptome, Ätiologie, Strukturdiagnose. *Sexualmedizin* 1978; 7:15-22
- Sigusch, V.; Reiche, R.: Die Untersuchung und Behandlung transsexueller Patienten. In: Sigusch, V. (Hrsg.) *Therapie sexueller Störungen.* Stuttgart, New York: G.Thieme 1980 (2. erw. Aufl.)
- Wise, T.N.; Meyer, J.K.: The border area between transvestism and gender dysphoria: Transvestitic applicants for sex reassignment. *Arch. Sex. Behav.* 1980; 9:327-342

Anschrift des Autors

Dr.med. Hartmut A.G. Bosinski; Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle
am Klinikum der Universität, Arnold-Heller-Str. 12; D-24105 Kiel

Reproduktionsmedizin

Die Reproduktionsmedizin versteht sich als interdisziplinäre Wissenschaft, die unter dem übergreifenden Aspekt der Fortpflanzung Erkenntnisse verschiedener medizinischer Teildisziplinen zusammenfaßt. Im Lehrbuch der Reproduktionsmedizin wird für jedes dieser Teilgebiete der neueste Stand der Wissenschaft dargestellt. Von führenden Wissenschaftlern verfaßt, reicht die Themenbreite von der Physiologie und Pathologie der Reproduktionsorgane und ihrer Entwicklung über Diagnostik und Klinik der Fertilität/Infertilität sowie der psychologischen Komponente und Kontrazeption bis hin zum Klimakterium. Durch die in sich geschlossene, umfassende Darstellung der Reproduktionsmedizin liegt ein Referenzwerk vor, wie es bisher in deutscher Sprache nicht existierte.

Herausgegeben von Prof. Dr. G. BETTENDORF, Hamburg, und Prof. Dr. M. BRECKWOLDT, Freiburg 1989. XXII, 672 S., 342 Abb., 132 Tab., geb. DM 330,-

Männerheilkunde

Andrologie - Lehrbuch der Krankheiten und Funktionsstörungen der männlichen Genitale

Mit dem Band "Männerheilkunde" wird erstmals das in verschiedenen medizinischen Disziplinen erarbeitete Wissen synoptisch dargestellt. Das Lehrbuch bietet eine Übersicht über Klinik, Diagnose und Therapie der Erkrankungen und Funktionsstörungen des männlichen Genitale. Dabei wird besonderer Wert auf praktische Fragen der Diagnostik und Therapie gelegt, einschließlich sexualpsychologischer und -pathologischer Fragestellungen. Weniger berücksichtigt sind nahezu ausschließlich der operativen Therapie vorbehaltene Erkrankungen, die vorzugsweise in chirurgischen oder operativ-urologischen Lehrbüchern abgehandelt werden. Dieses Buch spricht nicht nur Andrologen, Dermatologen und Urologen an sondern jeden Arzt, der seine männlichen Patienten auf diesem spezifischen Gebiet betreuen möchte.

Von Prof. Dr. H.-J. HEITE und Dr. H. WOKALEK, Freiburg/Br. 1980. XXIV, 364 S., 109 Abb., 21 Tab., Ln. DM 154,-



**GUSTAV
FISCHER**

Soziobiologische Aspekte typisch männlicher und typisch weiblicher Partnerwahlstrategien

Sociobiological Aspect of Typical Male and Typical Female Mating Strategies

N. Klutky, Frankfurt am Main

Zusammenfassung

Weibchen und Männchen einer Tierart verfolgen in den allermeisten Fällen geschlechtstypische Strategien, wenn es um die Wahl eines Partners geht. Weibchen wählen dabei meist unter anderen Gesichtspunkten und nach anderen Kriterien aus als Männchen. Eine mögliche Begründung für diesen seit Darwin (1871) immer wieder beobachteten Tatbestand liefert die Soziobiologie (Wilson 1975). Nach deren wissenschaftlichem Paradigma sollen Geschlechtsunterschiede beim Partnerwahlverhalten zum einen durch das unterschiedliche physiologische Investment der Eltern in die Nachkommenschaft und zum anderen durch den Grad der Wahrscheinlichkeit der Vaterschaft, sie sich auf die väterliche Brutpflegewilligkeit auswirken soll, bedingt sein. Der soziobiologische Grundgedanke, seine inhaltlichen Implikationen und Beispiele der empirischen Anwendung auf Fragestellungen im Humanbereich werden vorgestellt.

Schlüsselwörter: Soziobiologie, Partnerwahl, Geschlechtsunterschiede

Abstract

In most cases females and males of a species follow a different course when it comes to choosing a mate. Females thereby use for their decision rather different aspects and criteria than males use. This phenomenon has been observed since Darwin (1871) pointed it out. One possible explanation for that fact comes from sociobiology (Wilson 1975). According to the paradigm of this scientific approach, sex differences in mating strategies should arise for one thing from the different physiological parenteral investment in the offspring and for another thing from the probability of fatherhood, which should influence the males willingness to care for the breed. The theoretical foundation of sociobiology, its implications and examples for the empirical application to questions in human life are presented.

Key words: Sociobiology, Mating, Gender Differences

Die Soziobiologie stellt den ehrgeizigen Versuch Edward O. Wilsons dar, Fächer verschiedener Forschungsdisziplinen (z.B. Neurophysiologie, Humanethologie, Ethologie, Verhaltensökologie oder Populationsbiologie) zu einem einzigen Studiengebiet zusammenzufassen, um aus dieser sowohl methodologischen als auch inhaltlichen Integration eine umfassendere, um nicht zu sagen ganzheitlichere Sichtweise von Tier und von Mensch gewinnen zu können (Wilson 1975; zum holistischen Ansatz in der Persönlichkeitspsychologie siehe Magnusson und Törestad 1993). Jonas und Jonas (1977) stellen darüber hinaus fest, daß die Medizin, die Psychologie und die Psychiatrie ebenfalls mit in dieses Spektrum gehören, denn „Ganze Muster tierischer und menschlicher Funktionen können dann in einem Rahmen erklärt werden, beginnend auf dem molekularen Niveau und endend mit der Spezies und ihrem Verhältnis zur Biosphäre.“ (Jonas und Jonas 1977: 11).

Zur wissenschaftstheoretischen Verortung der Soziobiologie ist zunächst zu sagen, daß es sich um eine stark selektionstheoretische Disziplin handelt, die adaptive Funktionen des Organismus unter dem Paradigma von selektiv herausgezüchteten Optimalitätszuständen hervorhebt (vgl. hierzu Maiwald und Schreiber 1991). Dementsprechend ist das wesentliche und einzig beachtete Kriterium der Fortpflanzungserfolg einer Art (vgl. Symons 1979). Andere verhaltensbiologische Forschungsansätze haben andere Faktoren für wesentlich erachtet (z.B. die von Lorenz vertretene Ethologie; vgl. dazu Lorenz 1978; Tinbergen 1963), auf die aber hier nicht weiter Bezug genommen werden soll. Die Soziobiologie geht davon aus, daß alle Organismen so konstruiert sind, daß sie ihre Gene möglichst weit zu verbreiten in der Lage sind. Die optimale Konstruktion soll dann zu optimalem Fortpflanzungserfolg führen. Diese Annahme begründet eine nomothetische Vorgehensweise insofern, als Regeln und Gesetzmäßigkeiten in diesen Konstruktionen gesucht werden, die von allgemeiner Bedeutung sind und die innerhalb einer Art, vielleicht sogar innerhalb mehrerer Arten, Gültigkeit haben. Dabei kann die Forschung sowohl deduktiv als auch induktiv angelegt sein. Zum einen sind Analysen bereits vorliegender und gegebener organischer Konstruktionen und Verhaltensweisen möglich, die die Ableitung von denkbaren evolutionären Entwicklungsgesetzmäßigkeiten erlauben, zum anderen können auch Forschungshypothesen aufgestellt werden, die die empirische Überprüfung (und mithin die Falsifikation) solcher Denkmodelle erlauben. Die Palette möglicher Forschungsgegenstände ist in diesem Rahmen sehr groß. Während sich z.B. die einen fragen, wie es wohl dazu gekommen sein mag, daß das Gesäß unter den optischen Sexualsignalen heute beim Menschen so eine große Rolle spielt (Szalay und Costello 1991), wagen die anderen Vorhersagen darüber, unter welchen kybernetischen Bedingungen ein Flirt zum Erfolg führen sollte und unter welchen Bedingungen dies nahezu ausgeschlossen ist (Perper 1985).

Die soziobiologische Sichtweise scheint demnach, obwohl sie auf den Fortpflanzungserfolg zentriert, wie keine andere dazu geeignet zu sein, unterschiedliche Forschungsdisziplinen fruchtbar miteinander zu vereinen. In diesem als Übersichtsartikel aufzufassenden Beitrag soll anhand der Befunde zu geschlechtstypischem Partnerwahlverhalten gezeigt werden, wie eine soziobiologische Sichtweise mit Ansätzen aus der Differentiellen Psychologie und der Sozialpsychologie verbunden werden kann.

Die Partnerwahl ist hier aus zwei Gründen ein besonders ergiebiger Forschungsinhalt. Zum einen gibt es sehr viele Tierarten, die sich zweigeschlechtlich vermehren und in diesem Zusammenhang Partnerwahl betreiben, so daß eine Fülle von Daten anfällt. Zum anderen sollte das Phänomen der Partnerwahl in besonderem Maße dem evolutionären Selektionsdruck unterliegen, da die Art, die keine angemessene und den Erfordernissen angepaßte Partnerwahl praktiziert, sich selbst zum Aussterben verurteilt. Falls alle potentiellen Partner die gleichen reproduktiven Fähigkeiten besitzen, ist aktive Partnerwahl nicht notwendig. Gibt es hier aber bedeutsame Unterschiede, so ist es für die Art von größtem Interesse, die reproduktiven Qualitäten eines in Frage kommenden Artgenossen korrekt erkennen und in eine entsprechende Wahl umsetzen zu können (vgl. Wickler und Seibt 1977). Dies setzt eine ganze Reihe kognitiver Fähigkeiten sowie das Vorhandensein eines intakten innerartlichen Kommunikationssystems voraus, welches in den verschiedenen Stadien der Partnerwahl, wie sie z.B. von Beach (1976) für weibliche Säugetiere beschrieben wurden, für die notwendigen Informationen bezüglich der reproduktiven Qualitäten und der Verfügbarkeit

des potentiellen Partners sorgt. Beach (1976) unterteilt die entsprechenden weiblichen Verhaltensweisen in die Attraktivität (Zurschaustellung einer möglichst anziehenden physischen Erscheinung), in die Prozeptivität (Verhaltensweisen, insbesondere in der Nähe von Männchen gezeigt, die die Attraktivität erhöhen und zur sexuellen Erregung des Männchens führen) und in die schlußendliche Rezeptivität (Kopulation, Begattung). Wilson (1975) äußerte sich diesbezüglich über den Menschen dahingehend, daß der heutige *Homo sapiens* bei seiner Partnerwahl nach Strategien verfähre, die sich schon dem *Australopithecus*, dem *Rampithecus* und dem *Homo erectus* als nützlich erwiesen haben. Diese Überlegung ist in dieser krassen Formulierung freilich absurd, umfaßt jedoch nach Tramitz (1992) die enorme Tragweite des soziobiologischen Paradigmas. Es sollte aber auch eine mögliche andere Denkfigur nicht außer Acht bleiben. Vielleicht steckt im Menschen von heute neben stammesgeschichtlich älteren Merkmalen noch ein „gewisser Anteil Affe“ und ein „gewisser Anteil *Australopithecus*“, wenngleich durch jene Merkmale überformt, die die Sonderstellung des Menschen im Tierreich ausmachen.

Mit Trivers (1972) und mit Dawkins (1976) kann der Schlüssel zur soziobiologischen Analyse der Partnerwahl in der Erkenntnis gesehen werden, daß Individuen miteinander in Wettstreit stehen, um ihre Gene weiterzuerbreiten. Im Rahmen dieses Unterfangens führte die Evolution nicht unbedingt nur zur Kooperation zwischen den Geschlechtern, sondern oftmals auch zu ziemlich massiven Konflikten. Vincent (1992) formuliert dies so, daß der oftmals zu beobachtende Interessensunterschied zwischen Mann und Frau auf einer grundlegenden Ambivalenz beruht und daß die geschlechtliche Vereinigung schließlich das Ergebnis eines bisweilen heftigen Kampfes ist, den sich die Gegensätze liefern. Nach soziobiologischer Auffassung entstehen die Konflikte zwischen den beiden Geschlechtern wahrscheinlich durch die qualitative wie durch die quantitative Ungleichheit der Leistungen, die Männchen und Weibchen in ihre Nachkommen investieren. Dies beginnt bereits bei den Gameten. Während die Weibchen große nährstoffreiche und meist nicht mobile Gameten in überschaubarer Stückzahl produzieren, entstehen bei den Männchen kleine, nährstoffarme und zumeist höchst bewegliche Gameten in unzähligen Mengen. Dieses ungleiche Verhältnis zwischen Eizellen und Spermien wird als Anisogamie bezeichnet und impliziert, daß der Verlust einer Gamete für ein Weibchen physiologisch gesehen viel schwerer wiegt als der Verlust einer Gamete für ein Männchen. Daraus folgt, daß sich das Männchen im Gegensatz zum Weibchen erlauben kann, verschwenderisch mit seinen Gameten umzugehen.

Neben diesen reproduktionsbiologischen Aspekten spielt das Problem der „Hahnreischafft“, wie Grammer (1993a) es bezeichnet, eine wichtige Rolle. Ein Hahnrei ist nach Duden (Band 7, 1989:263) ein „betrogener Ehemann“ (das mittelniederdeutsche Wort „hanerei“ hat sich seit dem 16. Jahrhundert allmählich im deutschen Sprachgebiet durchgesetzt. Zunächst war es eine Bezeichnung für einen Mann, der seinen ehelichen Pflichten nicht nachkommt, dann später wurde es die Bezeichnung für einen betrogenen Ehemann; in dieser Weise wird der Ausdruck auch heute noch gebraucht). Bei Arten mit innerer Befruchtung, wozu die meisten Wirbeltiere und auch die meisten Insekten gehören, kann das Männchen niemals völlig sicher sein, daß die Nachkommen des Weibchens, das es begattet hat, auch wirklich seine eigenen sind. Nach der Sicherheit der Vaterschaft richtet sich aber die Brutpflegebereitschaft des Männchens, denn die Investition in die Nachkommen eines anderen

Männchens schmälert den eigenen reproduktiven Erfolg. Hier läßt sich ein Kontinuum erkennen: Bei Arten mit äußerer Befruchtung (z.B. bei vielen Fischarten) kann man beobachten, daß das Männchen, welches sich seiner Vaterschaft unbedingt sicher sein kann, die Brutpflege ganz alleine übernimmt, während bei Arten mit innerer Befruchtung das Weibchen entweder ganz alleine die Nachkommen großzieht oder, falls dies nicht möglich ist, das Männchen in Form einer monogamen Paarbeziehung an sich bindet, die ihr Unterstützung und ihm die Sicherheit seiner Vaterschaft gewährt. Viele Vogelarten, aber beispielsweise auch die Präriewühlmaus (*Microtus ochrogaster*) und in einigen seiner Kulturen auch der Mensch, praktizieren Monogamie (vgl. dazu Sommer 1992). Murdock (in Sommer 1992:138) gelangte zu dem Befund, daß von den 849 verschiedenen menschlichen Kulturen, die er untersucht hat, 83% gewohnheitsmäßig oder gelegentlich polygyn leben (z.B. Mormonen, Indios und einige islamische Stämme), 16% leben monogam und ca. 1% lebt polyandrisch. In den mehrheitlich vertretenen Kulturen, die Polygynie erlauben, ist es allerdings meist wenigen reichen und ranghohen Männern vorbehalten, tatsächlich mehrere Frauen zu monopolisieren. Die überwiegende Mehrzahl der Männer, z.B. aus der sozialen Unterschicht und mit weniger Vermögen, gehen hier meist leer aus. So ist aus praktisch-ökonomischen Gründen davon auszugehen, daß wohl die meisten Männer in polygynen Gesellschaften dennoch monogam leben (müssen).

Der Mensch gehört zu jenen Lebewesen mit innerer Befruchtung, bei denen väterliche Fürsorge der Entwicklung des Nachwuchses sehr zuträglich ist, bei denen es hohe Variabilität in der männlichen Partnerqualität gibt, bei denen die männliche Angst vor Hahnreischafft durchaus begründet ist (vgl. auch Wickler und Seibt 1990) und bei denen sich deutlich asymmetrische parenterale Investitionen ausmachen lassen. Dies führt nach Hinde (1984) zu einem neuen „biologischen Imperativ“ und damit verbunden zu einigen biologischen Grundannahmen, die nachfolgend explizit für den Humanbereich dargestellt und erläutert werden sollen.

1) Elterliche Kompetenz

Männer sollten daran interessiert sein, möglichst mit solchen Frauen Kinder zu haben, die mit Schwangerschaft, Geburt und den Belastungen intensiven mütterlichen Fürsorgeverhaltens mutmaßlich gut zurecht kommen werden. Männer sollten also Frauen anziehend finden, die einen hohen reproduktiven Status signalisieren. Frauen sollten an Männern interessiert sein, die ihnen und ihren Kindern möglichst gute Umfeldbedingungen, also möglichst umfassende Versorgungsleistungen bieten können und bieten wollen. Frauen sollten also bevorzugt Männer anziehend finden, die ihr Versorger- und Beschützerpotential glaubhaft demonstrieren.

2) Gesicherte Vaterschaft

Männer haben prinzipiell die Hahnreischafft zu befürchten und sollten daher danach trachten, eine Partnerin zu finden, die ihnen mutmaßlich sexuell treu bleibt. Männer sollten demnach eine Ablehnung gegen dauerhafte Beziehungen mit promiskuen Frauen entwickeln. Sie sollten nur in solche Beziehungen investieren, in denen sie mit größtmöglicher Sicherheit ihre eigenen Kinder unterstützen. Außerdem sollten sich Mechanismen finden lassen, mit denen die Wahrscheinlichkeit der Vaterschaft im Gefolge eines sexuellen Kontaktes ansteigt.

3) Sexualdimorphismus der Selbstdarstellung

Da sowohl Männer als auch Frauen Partner anziehen wollen, die ihren Vorstellungen genügen, werden beide Geschlechter offene Werbung, etwa im Sinne der Doktrin der Selbstdarstellung nach Goffmann (1959), betreiben. Dabei sollten Frauen mit Merkmalen ihres reproduktiven Potentials (z.B. Jugendlichkeit, Attraktivität) und Männer mit Merkmalen ihrer Versorgerqualitäten (z.B. Statussymbole) werben (vgl. dazu auch Buss 1988).

Nach Grammer (1993a) läßt sich also als allgemeine These behaupten, daß Geschlechtsunterschiede in der Wahrnehmung eines optimalen Partners bestehen sollten, die zu geschlechtstypischen Taktiken und Strategien im Partnerwahlverhalten führen sollten. Nachfolgend sollen empirische Befunde zu den vier o.g. Annahmen vorgestellt werden. Um des „roten Fadens“ willen werden die Ausführungen durch kurze, aber prägnante Charakterisierungen beschrieben.

ad 1) Suchen Männer schöne Frauen und Frauen wohlhabende Männer?

Buss und Barnes (1986) haben eine recht umfangreiche Studie vorgelegt, die über geschlechtstypische Partnerwünsche Auskunft gibt. Die erhaltenen Befunde lassen sich in Richtung der soziobiologischen und evolutionstheoretischen Vorhersagen interpretieren. Frauen bevorzugen nach eigenen Angaben unter anderem guten Verdienst des Partners, also Status, während für die Männer die Attraktivität wichtig ist. Beide Geschlechter wünschen sich bei ihrem Partner Zuverlässigkeit, Freundlichkeit und Verständnis, wobei die Frauen dies noch stärker betonen als die Männer. Grammer (1993a) stellt ebenfalls eine Studie über Partnerwünsche vor. Die Befragung von 1590 Männern und von 1079 Frauen erbrachte Ergebnisse, die sich sehr gut mit denen von Buss und Barnes (1986) in Einklang bringen lassen. Für beide Geschlechter erwiesen sich Beziehungsparameter wie „nett-verständnisvoll“ (Rangplatz 1) und „verträglich“ (Rangplatz 2) als sehr wichtig. Auf Rangplatz 3 der Liste erwünschter Partnermerkmale findet sich bei Frauen der Status des Mannes, bei Männern jedoch die Attraktivität der Frau. Nach Buss (1991) sollen die Präferenzen der Frauen für wohlhabende und großzügige Männer universell verbreitet sein und sich unabhängig von Kultur, Ethnie, politischem System oder sozioökonomischem Status zeigen. Umgekehrt kann mit ebenso breiter Datengrundlage behauptet werden, daß Männer vor allem die Attraktivität an Frauen schätzen (vgl. Buss 1989).

ad 2) Suchen Männer eine andere Frau „fürs Leben“ als „für eine Nacht“? Wie läßt sich die Wahrscheinlichkeit einer Vaterschaft steigern?

Sprecher, McKinney und Orbuch (1991) haben 750 Studenten zu dieser Thematik befragt. Studenten, die eine feste Partnerschaft oder auch eine Heirat anstreben, achten bei der Auswahl der Partnerin auf eine geringe sexuelle Aktivität bzw. auf Hinweise darauf, daß die Frau keine Neigung zur Promiskuität zeigt. Mutmaßlich promiske Frauen sind als Heiratspartnerinnen unerwünscht, werden aber eindeutig als Ausgehepartnerinnen bevorzugt. „Es mag seltsam klingen, aber für Frauen, die sich auf ernstgemeinter Partnersuche befinden, ist eine Betonung ihrer erotischen Ausstrahlung eher hinderlich. Allein der Kleidungsstil vermag das Vorurteil von weiblicher Promiskuität heraufzubeschwören ...“ (Tramitz 1992:221). Grammer (1993a) spricht hier von einem Doppelstandard, den man prägnant so formulieren könnte, daß Männer nach Lage der Befunde die sexy Frau für die Nacht und die gediegene für das Leben suchen.

Unabhängig von eventuellen Bindungswünschen sollten Strategien und Mechanismen zu finden sein, die im Dienste des reproduktiven Erfolges des Mannes stehen, wenn es zum Geschlechtsverkehr kommt (vgl. dazu auch Wickler und Seibt 1977), sei es mit der eigenen oder mit einer Fremden. Folgerichtig hat Grammer (1993b) bei Männern einen Mechanismus nachgewiesen, der mutmaßlich im Dienste einer höheren Sicherheit an der eigenen Vaterschaft im Gefolge eines sexuellen Kontaktes steht. Grammer konnte zeigen, daß der Geruch von Androstenon (5alpha-androst-16en-3-alpha-on), einer aus den apokrinen Drüsen in den Achselhöhlen des Mannes sezernierten Substanz, auf Frauen nur dann attrahierend zu wirken imstande ist, wenn sich die Frauen in der empfängnisbereiten Phase ihres Monatszyklus befinden. Nicht empfängnisbereite Frauen empfinden den Geruch von Androstenon zumeist widerwärtig und abstoßend, während empfängnisbereite Frauen den Geruch entweder gar nicht wahrnehmen oder sogar als angenehm empfinden. Männer produzieren also ein mutmaßliches Pheromon, das selektiv nur empfängnisbereite Frauen anspricht; ein ebenso effektiver wie sinnreicher Mechanismus.

ad 3) Werben Frauen mit ihrem Körper und Männer mit ihrer Brieftasche?

Gemäß den Annahmen der Soziobiologie sollte jedes Geschlecht mit genau den Werten werben, die das andere Geschlecht bei einem potentiellen Partner mutmaßlich sucht. Entsprechendes Werbeverhalten läßt sich gezielt bei Kontaktanzeigen oder Heiratsanzeigen beobachten. Solche Anzeigen waren und sind ein wichtiges Medium in der Partnerfindung. Aus diesem Grund haben sich viele Studien mit der Analyse entsprechenden Anzeigenmaterials beschäftigt (vgl. Bolig, Stein und McKenry 1984; Cameron, Oskamp und Sparks 1977; Deaux und Hanna 1984; Harrison und Saeed 1977; Koestner und Wheeler 1988). Es wurde in allen Analysen immer wieder bestätigt, daß Frauen mit ihrem physischen Status inserieren und Männer mit ihrem gesellschaftlichen Status. Die aktuelle Gültigkeit dieser Aussage wird auch von Hassebrauck (1990) bestätigt. Hassebrauck (1990) analysierte 378 Heirats- und Bekanntschaftsanzeigen im Rahmen einer deutschen Replikationsstudie zu der in den USA durchgeführten Untersuchung von Lynn und Shurgot (1984). Hassebrauck (1990) stellt dabei in sehr guter Übereinstimmung mit der amerikanischen Studie fest, daß Partnerschaftsanzeigen dann besonders erfolgreich sind, wenn Frauen darin ihr attraktives Äußeres preisen können und wenn Männer mit gesichertem Einkommen und hohem gesellschaftlichen Status aufwarten können. Die allgemeine positive Selbstdarstellung ist beiden Geschlechtern zueigen. Männer wie Frauen werben z.B. mit ihren Hobbies und Interessen, mit ihren (positiv konnotierten) Persönlichkeitsmerkmalen oder mit sonstigen hervorhebenswerten Eigenschaften. Aber Männer betonen deutlich häufiger Merkmale, die mit ihrem gesellschaftlichen Status und mit ihren Ressourcen in Zusammenhang stehen.

Dieser kurze Überblick mag dazu genügen, in die soziobiologische Sichtweise einzuführen und zur Kenntnis zu nehmen, daß der biologische Imperativ auch beim heutigen Homo sapiens noch seine Rolle zu spielen scheint (vgl. auch Eibl-Eibesfeldt 1984). Grammer (1993a) drückt es so aus: „Von der Plastikkultur verdrängt, spielt im Hintergrund die Biologie ihr listiges Spiel.“ (Grammer 1993a:26). Die hier gewonnenen Befunde eignen sich aber nicht dazu, aus ihnen Handlungsnormen oder dergleichen ableiten zu wollen oder gar die Unabänderlichkeit gewisser soziobiologisch zu erklärender Verhaltensweisen zu postulieren. Ein solcher Umgang mit der Materie würde dem vornehmlich von geisteswissenschaftlicher Seite bereits erhobenen Vorwurf des Biologismus Vorschub leisten (vgl.

ausführlich Tramitz 1992). Die Soziobiologie als empirische Wissenschaftsrichtung kann und darf nur beschreiben und analysieren. Jedweder Bewertungsvorgang biologischer Gegebenheiten bzw. soziobiologischer Befunde ist und bleibt eine ausschließlich kulturelle Angelegenheit. Die Zuordnung nach „gut“ und „böse“ trifft der Mensch, bzw. die jeweilige Sozietät. Von vorschnellen Beurteilungen und vielleicht sogar tendenziösen Interpretationen sollte sich das „Kulturwesen Mensch“ allerdings hüten. Denn schließlich sollte es gerade die kulturelle Entwicklung des Menschen sein, seine hochstehende kognitive Entwicklung und die damit verbundene Möglichkeit (wenn auch leider nicht immer Wirklichkeit) des situationsangepaßten, verantwortlichen Umgangs mit sich selbst und mit anderen, die das Tier vom Menschen unterscheidet.

Literatur

- Beach FA: Sexual attractivity, proceptivity and receptivity in female mammals. *Hormones and Behaviour* 1976; 7:105-138.
- Bolig R, Stein PJ, McKenry PC: The self-advertising approach to dating: male-female differences. *Family relations* 1984; 33:587-592.
- Buss DM: The evolution of human intrasexual competition: Tactics of mate attraction. *Journal of Personality and Social Psychology* 1988; 54:616-628.
- Buss DM: Sex differences in human mate preferences - Evolutionary hypothesis tested in 37 cultures. *Behavioral and Brain Sciences* 1989; 14:519-519.
- Buss DM: Do women have evolved mate preferences for men with resources? A reply to Smuts. *Ethology and Sociobiology* 1991; 12:401-408.
- Buss DM, Barnes M: Preferences in human mate-selection. *Journal of Personality and Social Psychology* 1986; 50:559-570.
- Darwin C: *The descent of man and selection in relation to sex*. London: John Murray 1871.
- Cameron C, Oskamp S, Sparks W: Courtship American style: Newspaperads. *The Family Coordinator* 1977; 26:27-30.
- Dawkins R: *The selfish gene*. Oxford: Oxford University Press 1976.
- Deaux K, Hanna R: Courtship in the personal column: The influence of gender and sexual orientation. *Sex Roles* 1984; 11:363-375.
- Duden: Band 7: *Das Herkunftswörterbuch. Etymologie der deutschen Sprache*. Mannheim, Wien, Zürich: Dudenverlag 1989.
- Eibl-Eibesfeldt I: *Die Biologie des menschlichen Verhaltens*. München: Piper 1984.
- Goffmann E: *The presentation of self in everyday life*. New York: Doubleday 1959.
- Grammer K: *Signale der Liebe*. Hamburg: Hoffmann und Campe 1993a.
- Grammer K: 5alpha-androst-16en-3-alpha-on: a male pheromone? *Ethology and Sociobiologie* 1993b; 14.
- Harrison AA, Saced L: Let's make a deal: An analysis of revelations and stipulations in lonely hearts advertisements. *Journal of Personality and Social Psychology* 1977; 35:257-264.
- Hassebrauck M: Wer sucht wen? Eine inhaltsanalytische Untersuchung von Heirats- und Bekanntheitsanzeigen. *Zeitschrift für Sozialpsychologie* 1990; 101-112.
- Hinde RA: Why do the sexes behave differently in close relationships? *Journal of Social and Personal Relationships* 1984; 1:471-501.
- Jonas DF, Jonas AD: *Signale der Urzeit*. Stuttgart: Hippokrates 1977.
- Koestner R, Wheeler L: Self-presentation in personal advertisements: The influence of implicit notions of attraction and role expectations. *Journal of Social and Personal Relationships* 1988; 5:149-160.
- Lynn M, Shurgot B: Responses to lonely hearts advertisements: Effects of reported physical attractiveness, physique, and coloration. *Personality and Social Psychology Bulletin* 1984; 10:349-357.

- Lorenz K: Vergleichende Verhaltensforschung - Grundlagen der Ethologie. Wien: Springer 1978.
- Magnusson D, Törestad B: A holistic view of personality: A model revisited. *Annual Review of Psychology* 1993; 44:427-452.
- Maiwald M, Schreiber A: Die biologischen Grundlagen von Paarverhalten: Eine Übersicht biopsychologischer Konzepte. In: Amelang M, Ahrens HJ, Bierhoff HW (Hg.) *Attraktion und Liebe. Formen und Grundlagen partnerschaftlicher Beziehungen*. Göttingen: Hogrefe, 1991: 1-60.
- Perper T: *Sex Signals: The Biology of Love*. Philadelphia: ISI-Press 1985.
- Sommer V: Pakte, die der Paarung dienen. In: *GEO Sex-Geburt-Genetik*. Hamburg: Gruner und Jahr, 1992: 132-141.
- Sprecher S, McKinney K, Orbuch TL: The effect of current sexual behavior on friendship, dating and marriage desirability. *Journal of Sex Research* 1991; 28:387-408.
- Symons D: *The evolution of human sexuality*. Oxford: Oxford University Press 1979.
- Szalay FS, Costello RK: Evolution of permanent estrus displays in hominids. *Journal of Human Evolution* 1991; 20:439-464.
- Tinbergen N: On aims and methods in ethology. *Zeitschrift für Tierpsychologie* 1963; 20:410-433.
- Tramitz C: *Du und kein anderer*. Düsseldorf: Econ 1992.
- Trivers RL: Parenteral investment and sexual selection. In: *Cambell B (ed) Sexual selection and the descent of man 1871-1971*. Chicago: Aldine, 1972: 136-179.
- Vincent JD: *Biologie des Begehrens*. Hamburg: Rowohlt 1992.
- Wickler W, Seibt U: *Das Prinzip Eigennutz*. Hamburg: Hoffmann und Campe 1977.
- Wickler W, Seibt U: *Männlich, weiblich*. München: Piper 1990.
- Wilson EO: *Sociobiology: The new synthesis*. Cambridge, MA: Harvard University Press 1975.

Anschrift der Autorin

Priv.-Doz. Dr. phil. Nicole Klutky, Institut für Psychologie der Johann Wolfgang Goethe-Universität Kettenhofweg 128, D-60054 Frankfurt am Main

Differentialtypologie und Prognose dissexuellen Verhaltens – Nachuntersuchungen ehemals begutachteter Sexualstraftäter

Differential Typology and Prognosis in Dissexual Behaviour – A Follow-Up Study of Previously Expert-Appraised Sexual Delinquents

K. M. Beier, Kiel

Zusammenfassung

Zur Kennzeichnung einer sozial dysfunktionalen Gestaltung von Sexualität – ganz unabhängig von deren juristischer Bewertung – wird Dissexualität als ein „sich im Sexuellen ausdrückendes Sozialversagen“ definiert und erläutert; dieses war Gegenstand einer Längsschnittanalyse bei 510 zwischen 1945 und 1981 an der Universität Kiel begutachteten Sexualdelinquenten.

Insgesamt wurden (zwischen September 1990 und September 1992) 302 der ehemaligen Gutachtenpatienten nachuntersucht, davon 260 direkt und 42 fremdkatamnestisch: Ziel war es, an Hand der weiteren sozialen Entwicklung und des sexuellen bzw. dissexuellen Verhaltens ehemals begutachteter Sexualstraftäter auf empirischem Weg Prognosekriterien zu erarbeiten, die fach- und schulenübergreifend forensisch genutzt werden können.

Die bisherige Auswertung der Ergebnisse gestattet, für die Hauptdeliktgruppen (Inzest, Exhibitionismus, Vergewaltigung/sexuelle Nötigung, Pädophilie) lebensphasisch begrenztes und biographisch überdauerndes dissexuelles Verhalten unterschiedlichen tätertypologischen Beschreibungen zuzuordnen.

Schlüsselwörter: Sexualdelinquenz, Prognose, Katamnese, Dissexualität

Abstract

For identification of a socially dysfunctional form of sexuality – regardless of its legal valuation – dissexuality is defined as an „expression of social failure in sexual behaviour“. This failure was subject of a longitudinal analysis covering 510 expert-appraised sexual delinquents at the University of Kiel between 1945 and 1981.

Altogether, (between September 1990 and September 1992) 302 of the previously expert-appraised patients were followed up, 260 of them were contacted personally. The intention was – with the knowledge about the social development as well as the sexual/dissexual practice of these former delinquents – to empirically develop prognosis criteria which would be forensically useful as well as interdisciplinarily.

As far as the main delinquency groups (incest, exhibitionism, rape/sexual assault, pedophilia) are concerned, the present evaluation of the results allows assignment of behaviour restricted to life phases and also lifelong lasting dissexual behaviour to differentiated (descriptions of) delinquent typologies.

Key words: Sexual delinquency, Prognosis, Follow-up Study, Dissexuality

Zwischen Psychowissenschaften und Justiz

Forensische Begutachtungen von Sexualstraftätern werden in der Regel von einem Richter (einer Richterin) in Auftrag gegeben, meist von einem ärztlichen Sachverständigen durchgeführt und von diesem in öffentlichen Gerichtsverhandlungen mündlich vorgetragen. Sachverständige bewegen sich im Überschneidungsbereich zwischen Medizin und Recht als Institutionen der Gesellschaft, was erforderlich macht, sich die Besonderheiten des juristischen und medizinischen Denkens zu vergegenwärtigen, um gegebenenfalls unterschiedliche Bewertungsgrundlagen besser einschätzen zu können. Besonders deutlich wird dies bei Fragen zur Prognose, denn es besteht zwar zwischen Juristen und Sachverständigen eine 'Allianz', wenn es um die prognostische Beurteilung von Sexualstraftätern in Strafverfahren geht – aber aus ganz unterschiedlichen Gründen: Nach der bundesdeutschen Rechtsprechung wird für eine Verurteilung die Erstellung einer Prognose verlangt; insbesondere unter spezialpräventiven Gesichtspunkten finden sich an vielen Stellen im Strafgesetzbuch Forderungen nach Prognoseentscheidungen als Grundlage für das Urteil. So muß der Richter beispielsweise für die Strafzumessung eine Vorstellung über „das künftige Leben des Täters in der Gesellschaft“ entwickeln (§ 46 StGB) – und genau diese Aufgabe wird gerne weitergegeben an die Sachverständigen, welche jedoch die Gesamtpersönlichkeit des Straftäters und seiner Biographie in ihrer zukünftigen Entwicklung nicht nur auf der strafrechtlichen Ebene, sondern auch unter therapeutischen Aspekten würdigen werden.

Dies eint Sachverständige wiederum mit den Gutachtenpatienten in besonderem Maße, weil diese auch in ihrer Selbstprognose nicht nur die Wahrscheinlichkeit zukünftiger Normbrüche, sondern z.B. auch die Gestaltung späterer sozialer Bezüge bzw. das Gelingen ihres Lebensentwurfes mit einbeziehen.

Hinsichtlich der prognostischen Erkenntnismöglichkeiten durch die Psychowissenschaften sind die Juristen allerdings skeptisch: Bereits 1972 ist vom Berliner Kammergericht festgestellt worden, daß die Wissenschaft mit ihrem gegenwärtigen Erkenntnisstand hinsichtlich gutachterlicher Stellungnahmen zur Prognose eigentlich überfordert sei. Es führte aus, daß weder der behandelnde Arzt, der noch am meisten Einsicht in die Persönlichkeitsstruktur des Delinquenten besitzen müßte, noch die auf Prognosestatistiken beruhenden Verfahren mit der notwendigen Sicherheit zu behaupten in der Lage sind, daß der Delinquent etwa nicht mehr rückfällig wird (Kammergericht Berlin 1972).

Von der intuitiven zur empirisch gestützten Prognosebeurteilung

In den alten Bundesländern (für die neuen Bundesländer liegen noch keine Statistiken vor) gelangen jährlich etwa 5000 Sexualdelikte zur Verurteilung (Tab. 1) und nach einer noch optimistischen Schätzung wurden dabei in maximal 10% der Fälle vom Richter ärztliche Sachverständige hinzugezogen. Dies bedeutet aber auch, daß bei den verbleibenden 90% der Fälle die Richter ihre Prognosen selbst erstellten, da diese ja Voraussetzung für die Strafzumessung sind. Es ist davon auszugehen, daß dies intuitiv geschieht: Der Richter urteilt sozusagen auf der Grundlage einer biographisch bedingten Evidenz, also mit einer Methode, welche im wesentlichen auf Lebens- und Berufserfahrung beruht. Eine deutliche Tendenz dieser Vorgehensweise scheint zu sein, weniger komplexe Beurteilungsfaktoren

Tab. 1: Verurteiltenstatistik BRD 1985-1990*

Jahr	verurteilte Straftäter	verurteilte Sexualstraftäter	
1985	924.919	6927	0,7%
1986	705.348	5290	0,7%
1987	691.394	4858	0,7%
1988	702.794	4942	0,7%
1989	693.499	4843	0,7%
1990	692.363	4779	0,7%
Vergewaltigung/Sexuelle Nötigung		1554	33%
Pädophilie		1566	33%
Exhibitionismus		780	16%
Andere (z.B. Prostitution, Pornographie)		879	18%
Inzest (kriminalstatistisch kein Sexualdelikt)		11	
Erklärung: Bei Opferalter < 14 Jahre unter Pädophilie gezählt			

* Verurteilte sind Straffällige, gegen die nach allgemeinem Strafrecht Freiheitsstrafe, Strafarrrest oder Geldstrafe verhängt worden ist, oder deren Straftat nach Jugendstrafrecht mit Jugendstrafe, Zuchtmittel oder Erziehungsmaßregel geahndet wurde. Voraussetzung ist Strafbarkeit, d.h. ein Alter von mindestens 14 Jahren zum Zeitpunkt der Tat.

isoliert zu berücksichtigen – etwa Vorstrafen – und so die reale Vielgestaltigkeit zu Gunsten eindeutiger, aber grober Raster auszublenden.

Hinzu kommt aber noch die Art des Deliktes: Es geht hier um Sexualstraftaten, in deren Bewertung immer – mehr oder weniger reflektiert – die eigenen Sexualitätskonzepte einfließen.

Als eine bei jedem Menschen zunächst im Biologischen verankerte Dimension des Erlebens erfährt die Sexualität ihre individuelle Ausformung im Rahmen der Persönlichkeitsentwicklung und ist vernetzt mit Wünschen, Sehnsüchten, Hoffnungen, aber auch mit Ängsten und Konflikten, die alle in der Biographie des Einzelnen wurzeln. Dies gilt für Täter, Juristen und Sachverständige (wie auch für Opfer und Zeugen) gleichermaßen: Sexualität ist etwas höchst Subjektives und gerade darum ist bei der (richterlichen oder sachverständigen) 'Beurteilung' der Sexualität eines anderen in besonderem Maße mit Projektionen zu rechnen, welche als scheinbar objektive Erkenntnisse in einen Urteilsspruch eingehen können.

Ein wissenschaftlicher Ausweg aus diesem erkenntnistheoretischen Dilemma kann derzeit nur über die Empirie führen. Was sich empirisch erreichen läßt sind immerhin Aussagen, die zwar einem eingeschränkten Gültigkeitsbereich unterliegen und allenfalls 'Quasi-Erklärungen' sein können, aber für eine Begründungs- oder Erklärungsargumentation verwendbar wären, weil sie die Ableitung einer logischen Wahrscheinlichkeit ermöglichen (Lenk 1986). Angesichts der konkreten Konsequenzen für die Betroffenen einer forensischen Prognose ist es sicher angemessener, wenigstens auf empirischer Grundlage

Wahrscheinlichkeitsspielräume (ggf. auch in einem nicht streng statistischen Sinne) zu eröffnen, als intuitiv ein gutes oder schlechtes Gefühl zu Rate zu ziehen (vgl. hierzu ausführlich Beier i. Dr.).

Zum Begriff Dissexualität

Die unterschiedlichen Bewertungen sexuellen Verhaltens aus rechtlicher und medizinischer Sicht sollten durch die Verwendung auch unterschiedlicher Begriffe voneinander getrennt werden: Anlaß für die Zusammenarbeit zwischen Richter und ärztlichem Sachverständigen ist zwar eine rechtswidrige sexuelle Handlung, doch reicht die medizinische Optik in der Regel über den rein strafrechtlich relevanten Bereich hinaus und umfaßt die Aufmerksamkeit für sexuelles Verhalten unabhängig von einer Strafverfolgbarkeit oder einer konkreten Strafverfolgung. Wenn beispielsweise sexueller Kontakt mit einem Tier heutzutage keinen Straftatbestand mehr darstellt und demzufolge auch nicht mehr strafverfolgt wird, wäre dies aus forensisch-sexualmedizinischer Sicht (etwa bei der Anamneseerhebung) ein belangvoller Befund, der (neben anderen) über individuelle (Einbau der Sexualität in die Gesamtpersönlichkeit) und soziale (Integration in die Gemeinschaft) Gegebenheiten des Betreffenden wichtigen Aufschluß geben kann. Dasselbe gilt auch für das (zunehmend von der öffentlichen Diskussion aufgegriffene) Thema sexueller Übergriffe innerhalb ehelicher Gemeinschaften, die nicht als Sexualstraftaten verfolgbar sind (etwa als Vergewaltigung nach § 177 StGB), sondern allenfalls mit anderen Strafvorschriften des allgemeinen Strafrechts (z.B. als Nötigung nach § 240, Körperverletzung nach § 223 oder Beleidigung nach § 185 StGB, vgl. Wille 1991) juristisch eingrenzbar wären.

In der Begutachtungspraxis der forensischen Sexualmedizin ist es ein eher häufig zu erhebender Befund, daß die Vorgeschichte des Betreffenden nicht strafverfolgte oder strafverfolgbare sexuelle Handlungen aufweist und auch im klinischen Alltag der Sexualmedizin kommt es keineswegs selten vor, daß insbesondere Exhibitionisten, Pädophile aber auch Inzesttäter Expertenhilfe suchen, weil sie bereits strafbare Handlungen begangen haben, aber nicht strafverfolgt wurden und sich schließlich in Behandlung begeben wollen, weil sie weitere Straftaten zu begehen befürchten.

Ganz unabhängig von der juristischen Bewertung, kommen für den auch als Therapeuten angerufenen Mediziner diese Handlungen zunächst ja nur als Ausdruck der *gestörten sozialen Bedeutung von Sexualität* in Betracht. Sexualität ist durch ihre – wie auch immer gerichtete – grundsätzliche Partnerbezogenheit gekennzeichnet und auf Wir-Bildung hin angelegt. Mit dieser sozialen Funktion von Sexualität ist aber auch das Risiko ihrer dysfunktionalen Gestaltung verbunden; gerade zur Kennzeichnung dieser soziodynamischen Perspektive von Sexualdelinquenz fehlt aber derzeit ein geeigneter und praktikabler Begriff. Um eine sozial dysfunktionale Gestaltung der Sexualität sprachlich bezeichnen zu können, wird der Begriff der *Dissexualität* vorgeschlagen und definiert als ein „*sich im Sexuellen ausdrückendes Sozialversagen*“ – soziodynamisch betrachtet also ein Verfehlen der (zeit- und soziokulturell bedingten) durchschnittlich erwartbaren Partnerinteressen.

Die sprachliche Analogie zu dem bereits weit verbreiteten Begriff der Dissozialität, hier verstanden als ein „fortgesetztes und allgemeines Sozialversagen“ (vgl. Hartmann 1970; Rauchfleisch 1981), ist angestrebt: Dissexualität und Dissozialität können sich überlappen (indem dissexuelle Verhaltensweisen Teil der Dissozialität sind), genauso aber für sich

Dissexuelle Handlung	Art der Partnerbezogenheit
Voyeurismus	(unbemerkt) Betrachten eines interessierenden Partners (auch Kind)
Exhibitionismus	visuelle Kontaktaufnahme zu einem Schaupartner (auch Kind) aus der Distanz
Frotteurismus Toucheurismus Sexuelle Nötigung (auch im Rahmen von Inzest)	Körperliche Kontaktaufnahme zu einem interessierenden Partner (auch Kind)
Vergewaltigung (auch im Rahmen von Inzest)	genitale Vereinigung mit einem interessierenden Partner (auch Kind)
Pädophilie (auch im Rahmen von Inzest)	vorrangiges Interesse an <u>kindlichem</u> Partner
Inzestuöse Handlungen innerhalb endogamer Familienstrukturen	'Ersatz'-Partnerschaft mit Abhängigem vor dem Hintergrund spezifischer innerfamiliärer Beziehungsmuster
Fetischismus	Fetisch als symbolischer 'Ersatz' des interessierenden Partners
Sodomie	Tier als 'Ersatz' für interessierenden Partner
Tötungssituationen	Zerstörung des interessierenden Partners (auch Kind)
Brandstiftung	keine dissexuelle Handlung, keine Partnerbezogenheit, sondern Bewältigungssymptom einer Aggressionsproblematik

Abb. 1: Verschiedene Formen dissexuellen Verhaltens und Art der Partnerbezogenheit (aus Sicht des Täters)

alleine stehen. Es handelt sich um Konstrukte, die nicht miteinander konkurrieren und sich auch nicht ausschließen.

Die im psychowissenschaftlichen Sprachgebrauch ebenfalls sehr verbreiteten Begriffe Devianz (oder Deviation) und Perversion lassen sich zwar auch unter soziodynamischen Gesichtspunkten inhaltlich füllen, gehen aber über das zu Bezeichnende hinaus. Sowohl der

auf die äußere Beschreibung des Verhaltens zielende Devianzbegriff als auch der neurosenpsychologischen Gesichtspunkten verpflichtete Perversionsbegriff umfassen sexuelles Verhalten, das kein Sozialversagen ist (z.B. bei vom Partner mitgetragenen oder autoerotischen Praktiken). Nicht jede deviante oder perverse Handlung ist dissexuell und umgekehrt nicht jedes dissexuelle Verhalten deviant oder pervers; darüber hinaus muß nicht jede perverse Symptombildung (wie z.B. der Don Juanismus) auch deviant sein. Mit dissexuellem Verhalten sind alle Handlungen gemeint, welche durch den sexuellen Übergriff auf einen anderen Menschen dessen Integrität und Individualität direkt betreffen bzw. verletzen (Abb. 1) – Handlungen überdies, für die keine Zustimmung des Betroffenen vom Täter vorausgesetzt werden können, weshalb sie (und das ist die soziale Bedeutung) ein Verfehlen der kollektiven Partnererwartungen zum Ausdruck bringen (vgl. hierzu ausführlich Beier i. Dr.).

Methodik der Katamnesestudie

Für eine umfangreiche Nachuntersuchung ehemals begutachteter Sexualstraftäter wurde mit dem Konstrukt der Dissexualität ganz bewußt ein deskriptiv-phänomenologischer Ansatz gewählt, damit psychologische und soziologische Hypothesen zur Genese von sexuell abweichendem oder perversen Verhalten genauso in den Hintergrund treten konnten, wie biologisch-psychiatrische Sichtweisen oder aber auch psychoanalytische Modellvorstellungen. Ziel war es, auf der Grundlage dieses 'konzeptneutralen' Orientierungsrahmens anhand der weiteren sozialen Entwicklung und des sexuellen bzw. dissexuellen Verhaltens bei ehemals begutachteten Sexualstraftätern auf empirischem Wege Prognosekriterien zu erarbeiten, die fach- und schulübergreifend forensisch genutzt werden können, weil sie Schlußfolgerungen weitgehend ohne Theoriebindung möglich machen sollten.

Der erste Erhebungszeitpunkt umfaßte 510 zwischen 1945 und 1981 am Institut für gerichtliche und soziale Medizin, bzw. ab 1970 der Sexualmedizinischen Forschungs- und Beratungsstelle am Klinikum der Universität Kiel begutachteten Sexualstraftäter der Geburtsjahrgänge 1915 bis 1945. Die Deliktverteilung im Ausgangskollektiv zeigt Abbildung 2.

Alle Gutachten wurden mit einem in der forensischen Psychiatrie gut etablierten Dokumentationssystem (Nedopil 1988) ausgewertet, welches allerdings um spezielle forensisch-sexualmedizinische Merkmale erweitert war, etwa zur Tatphänomenologie oder zur partnerschaftlichen Situation. Das Maß der Übereinstimmung zwischen den verschiedenen Auswertern wurde mittels des Inter- und Intraraterkoeffizienten gemessen und hatte einen befriedigend hohen Wert (Woggon 1978).

Zwischen September 1990 und September 1992 wurden die katamnestischen Erhebungen durchgeführt: Sie umfaßten zum einen die persönlichen Nachuntersuchungen (in 260 Fällen als direkte Katamnesen, in 42 Fällen als Fremdkatamnesen) sowie zum anderen die Auswertung von Erziehungs- und Strafregistern, die aber aufgrund der Tilgungsfristen mit großen methodischen Mängeln behaftet ist.

Durch diesen Aufbau war gewährleistet, daß erstens der Katamnesezeitraum mindestens 10 Jahre betrug und zweitens die Patienten nicht schon zu alt bzw. verstorben waren – andererseits aber ihre 'vita dissexualis' sehr wahrscheinlich keine Veränderungen mehr

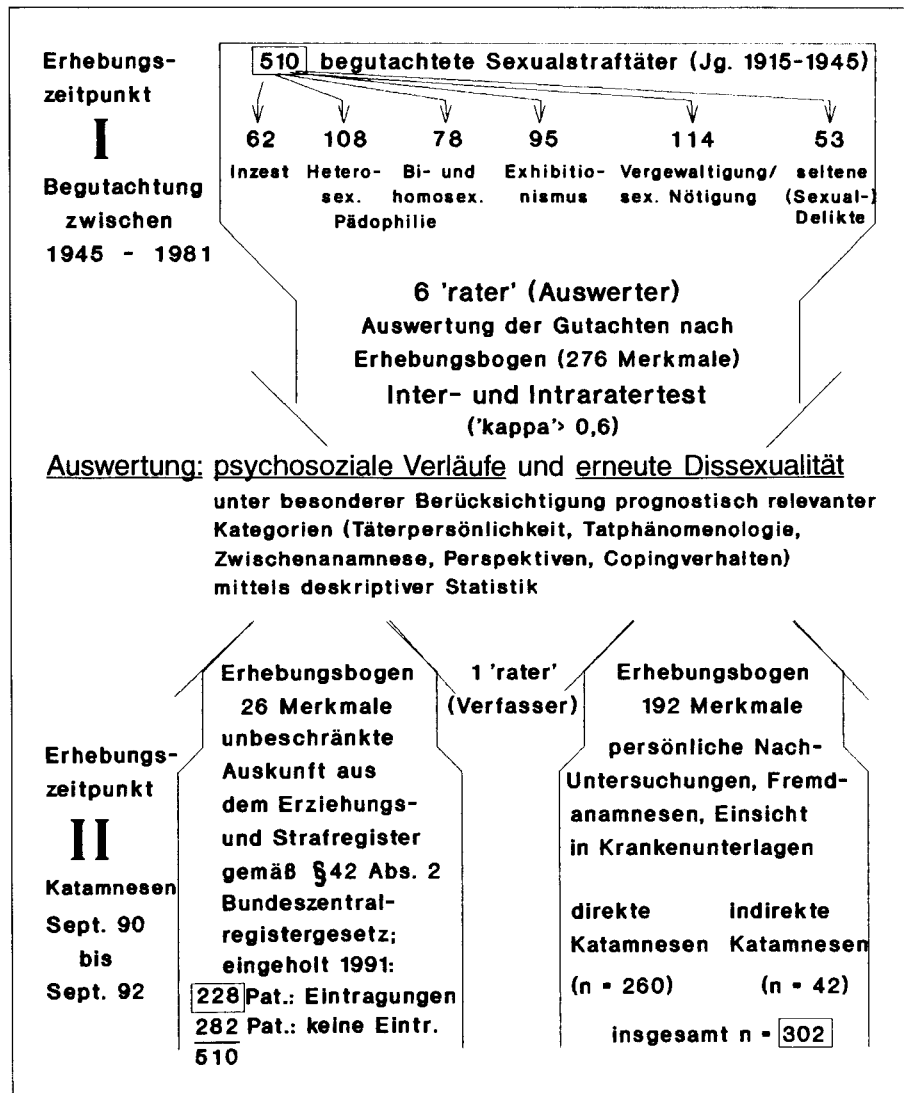


Abb. 2: Methodischer Aufbau der Studie

erfahren würde. Die Nachuntersuchungszeiträume waren durchschnittlich länger als 25 Jahre. Das Bemühen galt vornehmlich der Frage, ob sich regelhafte Beziehungen zwischen speziellen 'dissexuellen' Verhaltensweisen und nach fünf verschiedenen dimensional-Ordnungsgesichtspunkten (Täterpersönlichkeit, Tatphänomenologie, Zwischenanamnese, Perspektiven, Copingstile) erhobenen Daten finden lassen, indem Befunde aus der forensi-

schen (Index-) Begutachtung verglichen wurden mit Ergebnissen persönlicher Nachuntersuchungen und der Auswertung von (aktuellen) Strafregisterauszügen (Abb. 2). Etwa ein Drittel der Gutachtenpatienten des Ausgangskollektives waren über die Einwohnermeldeämter nicht ermittelbar (n=92) oder werden als verstorben gemeldet (n=67). Die Responsequote in der verbleibenden Katamneseserie lag bei 86%; dabei werden in jeder einzelnen Deliktgruppe mindestens 50% des Ausgangskollektives erfaßt. Diese empirische Grundlage machte Aussagen möglich zum biographischen Stellenwert der verschiedenen dissexuellen Verhaltensbereitschaften und ihren Zusammenhang mit sozialen Integrationsprozessen.

Ergebnisse

Die Hauptdeliktgruppen im Überblick

Die Abbildungen 3 und 4 (s. Seite 230 und 231) geben einen deliktspezifischen Überblick über die unterschiedliche Verteilung erstmalig und erneut (bzw. nicht mehr und weiterhin) dissexueller Gutachtenpatienten, jeweils für Ausgangskollektiv und Katamneseserie. Es wird deutlich, daß der Anteil von Wiederholungstätern bei den Exhibitionisten sowie den bi- und homosexuell orientierten Pädophilen höher ist als bei den Inzesttätern, den dissexuellen Gewalttätern und den heterosexuell orientierten Pädophilen.

Nach diesen Ergebnissen erscheint es nicht gerechtfertigt, bei Sexualstraftätern global eine besonders hohe Rückfallgefährdung anzunehmen, wie dies in der Strafprozeßordnung faktisch geschieht: Nach § 112 a der Strafprozeßordnung wird Wiederholungsgefahr als Haftgrund angenommen, „wenn der Beschuldigte dringend verdächtig ist, eine Straftat nach den §§ 174, 174a, 176-179 des Strafgesetzbuches (...) begangen zu haben, ...“. Der Gesetzgeber vertritt hier also die Ansicht, daß Inzest, sexueller Mißbrauch von Kindern, Vergewaltigung, sexuelle Nötigung und sexueller Mißbrauch Widerstandsunfähiger nicht fortgesetzt begangen worden sein müssen, sondern bereits eine einzige Tat Wiederholungsgefahr begründe (vgl. Kleinknecht/Meyer 1991, S. 416); insbesondere bei erwachsenen Tätern deute ein Sexualdelikt „in der Regel auf einen Persönlichkeitsdefekt hin, der weitere Verfehlungen ähnlicher Art erwarten läßt, ohne daß die drohende Strafe allein eine genügende Abschreckung darstellt, weil der Persönlichkeitsdefekt gerade die verständige Abwägung von Vor- und Nachteilen einer Tatbegehung ausschließt. Dies gilt im verstärkten Maß für Gewalttäter.“ (Diemer-Nicolaus 1972, S. 1694).

Zwar ist nach den hier vorgelegten Ergebnissen bei bestimmten tätertypologischen Beschreibungen von einem erhöhten Risiko erneuter Dissexualität auszugehen, welches aber gerade nicht in besonderem Maße gewalttätige, sondern nicht-aggressive Formen dissexuellen Verhaltens betrifft.

Differentialtypologie und erneute Dissexualität

1. Inzest

In Anlehnung an die Einteilung von Weinberg (1955) wurde von folgenden tätertypologischen Beschreibungen ausgegangen:

a) 'Konstellationstäter':

* sozial gut integriert innerhalb einer spezifischen familiären Konstellation (kaum Außenbeziehungen; sogenannte 'endogame' Familienstruktur)

- * Beginn inzestuöser Handlungen in der Regel schleichend
- * ohne Anwendung physischer Gewalt oft lange Mißbrauchszeiträume
- b) *'Promiske' Täter:*
 - * innerhalb sehr offener Familienstrukturen (viele Außenbeziehungen)
 - * geringschätziges Frauenbild (Frau als 'Gebrauchsgegenstand')
 - * allgemeine Promiskuität
- c) *'Pädophil-motivierte' Täter:*
 - * primäres Interesse an der erotischen Ausstrahlung des kindlichen Körpers (auch eigener Kinder)

* Beginn der Inzesthandlungen im vorpubertären Alter der Opfer

Bei den Inzesttätern wurde eine im Katamnesezeitraum weiterhin bestehende Dissexualität und eine ungünstige soziale Entwicklung für die Hälfte der Täter festgestellt, bei denen eine pädophile Motivation bestand. Der 'klassische' Inzesttäter hingegen, bei dem es vor dem Hintergrund spezifischer innerfamiliärer Beziehungsmuster zu einem langjährigen Mißbrauch des Opfers kommt, ist meist nur auf diese Phase begrenzt dissexuell: nur bei 2 von 19 nachuntersuchten 'Konstellationstätern' war im Katamnesezeitraum ein erneutes dissexuelles Verhalten feststellbar gewesen.

2. Exhibitionismus

In Anlehnung an Wille (1968) und Schorsch (1971) lassen sich drei unterschiedliche 'Tätertypen' differenzieren:

- a) *'Typische' Exhibitionisten:*
 - * stammen aus geordneten und sozial integrierten Familien ohne erkennbare Auffälligkeiten
 - * als Kind angepaßt, eher zurückgezogen und isoliert
 - * soziale und berufliche Entwicklung unscheinbar und unauffällig
 - * Beginn des dissexuellen Verhaltens häufig erst in der dritten Lebensdekade
- b) *'Atypische' Exhibitionisten:*
 - * aus sozial ungünstigem Milieu
 - * frühe Außenseiterposition, z.T. belastet durch auffallende Körpermängel
 - * nicht selten hirnanorganisch bedingte Defizite, entweder posttraumatischer oder alkoholischer Genese
 - * häufig zusätzlich Dissozialität
- c) *'Pädophil-orientierte' Exhibitionisten:*
 - * Leitender Gesichtspunkt für die Zuordnung ist einzig das Tatmerkmal, daß (bei Serientaten überwiegend) Kinder als Opfer gewählt werden.

Für Exhibitionisten legen die Ergebnisse ebenfalls eine unterschiedliche prognostische Beurteilung nach dem 'Tätertyp' nahe: Bei den zum Indexdelikt sozial gut und unauffällig integrierten Tätern ('typische' Exhibitionisten) und den diesen weitgehend vergleichbaren, sich aber vor Kindern zeigenden ('pädophil-orientierten') Exhibitionisten ist die Dissexualität weitgehend auf eine mittlere Lebensphase beschränkt. Fälle erneuter Dissexualität im Katamnesezeitraum fanden sich bei einem Drittel der 'pädophil-orientierten' und knapp der Hälfte der 'typischen' Exhibitionisten – und diese überwiegend in den ersten 5 Jahren nach der Begutachtung. Bei den sozial randständigen und zum Teil desintegrierten (darum: 'atypischen') Exhibitionisten hingegen muß eher von einer biographisch überdauer-

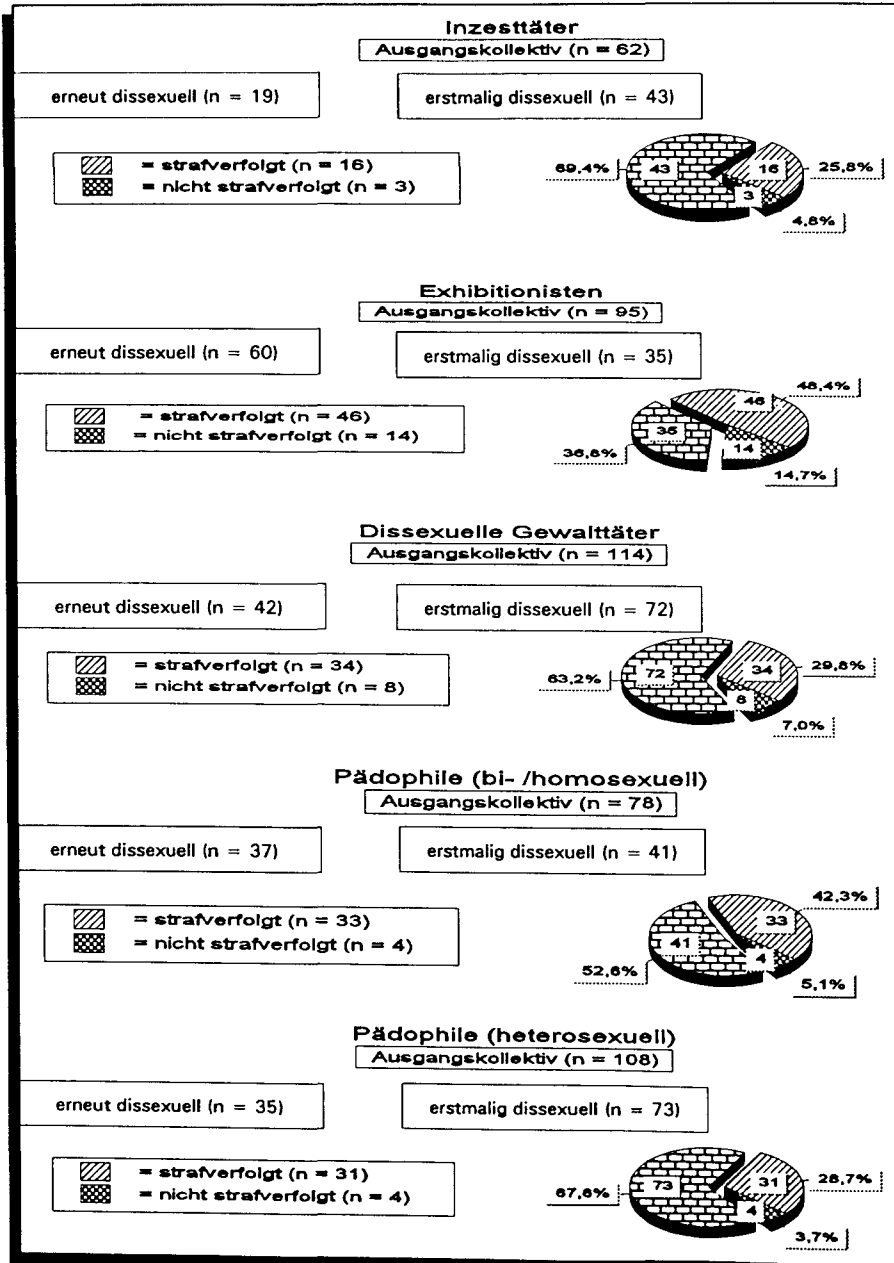


Abb. 3: Hautdeliktgruppen nach erstmalig und erneut aufgetretener Dissexualität im Ausgangskollektiv

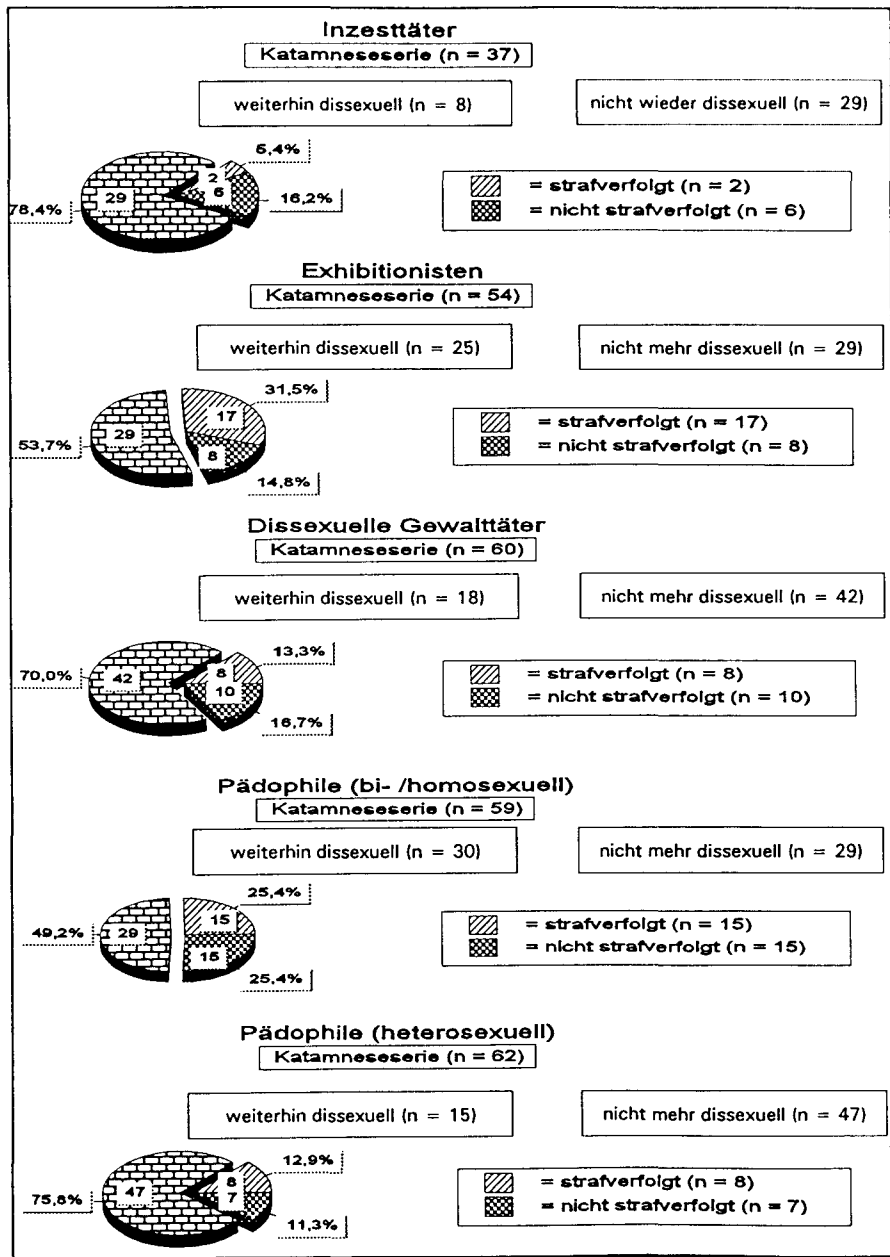


Abb. 4: Hautdeliktgruppen nach nicht wieder und weiterhin aufgetretener Dissexualität in der Katamneseserie

ernden dissexuellen Verhaltensbereitschaft ausgegangen werden: zwei Drittel dieser Täter waren erneut dissexuell auffällig – fast ausschließlich mehr als 5 Jahre nach der Begutachtung.

3. Vergewaltigung/Sexuelle Nötigung

Auch in dieser Deliktgruppe ermöglicht die Orientierung an Wille (1968) und Schorsch (1971) eine 'tätertypologische' Differenzierung:

a) *Dissoziale Täter:*

- * frühe soziale Randständigkeit
- * niedriges Bildungsniveau, unstete Arbeitsanamnese
- * viele, wenig dauerhafte partnerschaftliche Beziehungen
- * Dissexualität ist Teil einer Dissozialität, die auch durch Eigentums- und/oder andere (nicht-sexuelle) Aggressionsdelikte (nicht selten unter Alkohol) zum Ausdruck kommt.

b) *Jugendliche, sexuell unerfahrene Täter:*

- * intakter familiärer Hintergrund
- * Auffälligkeiten erst im Rahmen der Pubertätsentwicklung
- * erschwerte Verarbeitung neuer Körpererfahrungen in der Adoleszenz, Bild eines schüchternen Einzelgängers.

c) *'Symbolisch-agierende' Täter:*

- * sozial gut integriert
- * keine Auffälligkeiten in der frühen kindlichen und pubertären Entwicklung
- * stets vorhandene Partnerschaftserfahrungen sind emotional höchst ambivalent besetzt
- * langfristige projektive Verknüpfung des eigenen Anteils an einer (als sehr unbefriedigend erlebten) Beziehungskonstellation
- * Feindseligkeit gegenüber der aktuellen oder einer ehemaligen Partnerin
- * Tat ist sexueller Ausdruck von Aggressionen gegenüber 'der' (symbolisch gemeinten) Frau

d) *Schwachsinnige Täter:*

- * Intelligenzeinschränkung von erheblichem Ausprägungsgrad (mindestens Debilität)

Als besondere Risikogruppe sind die dissozialen Täter anzusehen: Sowohl vor der Begutachtung als auch im Nachuntersuchungszeitraum zeigten sie bei geringer Lern- und Leistungsmotivation eine unstete Lebensführung und ein Muster wenig dauerhafter partnerschaftlicher Beziehungen. Es kam auch noch lange Zeit nach der Begutachtung (ca 75% der Fälle) zu erneuten sexuellen Übergriffen, so daß hier eine biographisch überdauernde dissexuelle Verhaltensbereitschaft angenommen werden kann. Eine dissexuelle Episode hingegen liegt bei den sexuell unerfahrenen Jugendlichen sowie den 'symbolisch-agierenden' Tätern vor: Nicht einer aus diesen beiden Gruppen war im Katamnesezeitraum mit erneuten dissexuellen Handlungen aufgefallen; bei den Schwachsinnigen war es ebenfalls nur einer von 7 katamnestic erfaßten ehemaligen Gutachtenpatienten.

4. Pädophilie

Eine differentialtypologische Einteilung läßt sich unabhängig von der sexuellen Orientierung (heterosexuell/bi- und homosexuell orientierte Pädophilie) vornehmen (Wille 1968, Schorsch 1971, Witter 1972, Heim 1985, Fehlow 1986):

- a) *Dissoziale Täter*
 - * dissexuelle Handlungen an Kindern sind Teil der Dissozialität und 'Ersatzhandlungen' für (gewünschte, aber aktuell nicht erreichbare) sexuelle Vollzüge mit erwachsenen Partnern
- b) *Jugendliche, sexuell unerfahrene Täter*
 - * sexuelle Kontakte mit Kindern sind 'Ersatzhandlungen' für (ersehnte) sexuellen Beziehungen mit gleichaltrigen Mädchen
- c) *Täter mit pädophiler Nebenströmung:*
 - * stammen aus einem unauffälligen sozialen Milieu mit ausreichender Schul- und Berufsausbildung
 - * in allen Lebensbereichen gut integriert, z.T. verheiratet
 - * *primäres* (kein ersatzweises) Interesse am Kind; neben den pädophilen (personalen und sexuellen) Wünschen aber auch befriedigendes sexuelles Erleben mit erwachsenen Partnern
- d) *Täter mit pädophiler Hauptströmung:*
 - * nach den Grunddaten (also Familie, Elternhaus, Kindheit, sozialer Werdegang, Intelligenz usw.) sehr heterogene Gruppe
 - * anamnestisch keine oder nur brüchige Beziehungen zu erwachsenen Sexualpartnern
 - * personale und sexuelle Interessen sind *primär* und ausschließlich auf Partner kindlichen Alters gerichtet
- e) *Schwachsinnige Täter*
 - * dissexuelle Handlungen an Kindern sind 'Ersatzhandlungen' für (gewünschte, aber nur schwer erreichbare) sexuelle Vollzüge mit erwachsenen Partnern

Für die Pädophilie wurde die Berechtigung einer Unterteilung nach der sexuellen Orientierung der Taten und der Differentialtypologie deutlich: Täter, bei denen ein primäres und nicht ein 'ersatzweises' Interesse am Kind besteht ('echte' Pädophile), waren in der Gruppe der bi- und homosexuell orientierten Gutachtenpatienten häufiger vertreten. Die biographische Relevanz der dissexuellen Verhaltensbereitschaft ist bei den 'echten' Pädophilen (Täter mit pädophiler Haupt- oder Nebenströmung) überdauernd (die Hälfte bis mehr als drei Viertel dieser Täter war erneut dissexuell auffällig), während sie für die jugendlichen, sexuell unerfahrenen und auch die schwachsinnigen Täter als episodens- bzw. phasenhaft angesehen werden kann: Bei nur einem Zehntel bis maximal einem Viertel dieser Täter waren erneute Fälle dissexuellen Verhaltens im Katamnesezeitraum aufgetreten. Schwer einschätzbar aber bleiben dissoziale Persönlichkeiten, welche sexuelle Übergriffe auf Kinder begangen hatten und in etwa einem Drittel der Fälle wieder dissexuell auffielen (vgl. Beier i. Dr.).

Von der Empirie zum Individuum

Bisher fehlen persönlich durchgeführte Nachuntersuchungen von dissexuellen Patienten mit dieser Studie vergleichbaren Katamnesezeiträumen und Fallzahlen. Die ebenfalls kombinierte Quer- und Längsschnittsuntersuchung von Wille (1968) zielte mehr auf die Herausarbeitung einer Delikttypologie und weniger auf die Ermittlung prognostisch relevanter Kriterien ab und stützte sich auf Ergebnisse aus einer entsprechend kleineren

Katamneseserie. Allerdings hat bereits Wille (1968) die Rückfallneigung bei Exhibitionisten, Pädophilen, Notzucht- und Inzesttätern aufgrund seiner Auswertungen als delikt- und altersabhängig beschrieben, was Pelz (1972) an der gleichen Stichprobe noch eingehender untersuchte.

Andere katamnestiche Erhebungen beschränken sich auf Daten aus Strafregisterauszügen (z.B. Romero und Williams 1985, Grünfeld und Noreik 1986, Hall und Proctor 1987) und beziehen sich teilweise auch auf eine 'Negativ-Selektion' von Sexualstraftätern hinsichtlich der psychopathologischen Befunde – etwa Patienten aus dem Maßregelvollzug (Gretenkord 1990, Jockusch 1990). Die wenigen aus der Therapieforschung berichteten und über Einzelfälle hinausgehenden katamnestiche Studien hingegen weisen selten Nachuntersuchungszeiträume von mehr als 2 Jahren bei zudem nur geringen Fallzahlen auf und sind eine 'Positiv-Selektion' von Sexualstraftätern, da in der Regel die 'harmloseren' Delikte (z.B. Exhibitionismus) sich besonders für die Aufnahme in ambulante Therapieprogramme anbieten (vgl. Schorsch 1985).

Gerade unter therapeutischen Gesichtspunkten ist für forensische Patienten grundsätzlich zu bedenken, daß der Leidensdruck bei Straffälligen durch die erfahrenen sozialen Reaktionen verschüttet sein kann oder sich anders zu erkennen gibt als bei den allgemeinen Patienten in der medizinischen Praxis, bzw. auch der Psychotherapie (vgl. Rasch 1986). Das heißt aber auch, daß man bei aller Empirie und daraus abgeleiteten Wahrscheinlichkeitsgraden für die Prognose und bei allen Versuchen einer Typologie und der Herausarbeitung des Charakteristischen wieder zum Einzelfall zurückkehren muß, um offen zu sein für das Spezifische des Individuums und seine Selbstdefinitionen. Die medizinische Praxis hat es mit dem Einzelnen zu tun – und zwar auch in der forensischen Situation, denn, wie Nietzsche sagt „die Handlung an sich (ist) vollkommen leer an Wert: Es kommt alles darauf an, *wer sie tut*“ (Nietzsche 1979, S. 619). Das gilt auch für die dissexuelle Handlung.

Literatur

- Barylla, F.: Zur Klinik und forensischen Psychiatrie der Pädophilie. *Psychiat. Neurol. med. Psychol.* 1965; 17:217-221
- Beier, K.M.: Dissexualität im Lebenslängsschnitt. Theoretische und empirische Untersuchungen zu Phänomenologie und Prognose begutachteter Sexualstraftäter. Berlin: Springer i. Dr.
- Diemer-Nicolaus, E.: Das geänderte Haftrecht. *Neue Juristische Wochenschrift* 1972; 38:1692-1695
- Fehlow, P.: Ursachen, Erscheinungsformen und forensische Begutachtung der Pädophilie. *Z. ärztl. Fortbild.* 1986; 80:857-860
- Gretenkord, L.: Zur Prognose von Patienten des Maßregelvollzuges (§ 63 StGB). Vortrag gehalten auf der 5. Forensischen Herbsttagung der Arbeitsgemeinschaft für Methoden und Dokumentation in der Forensischen Psychiatrie (AGFP), München 26./27.10.1990
- Grünfeld, B.; Noreik, K.: Recidivism among sex offenders: A follow-up study of 541 Norwegian sex offenders. *International Journal of Law and Psychiatry* 1986; 9:95-102
- Hall, G.C.N.; Proctor, W.C.: Criminological predictors of recidivism in a sexual offender population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1987; 55:111-112
- Hartmann, K.: Theoretische und empirische Beiträge zur Verwahrlosungsforschung. Berlin: Springer 1970
- Heim, M.; Morgner, J.: Der pädophile Straftäter. *Psychiat. Neurol. med. Psychol.* 1985; 37:107-112
- Jockusch, U.: Zur Rückfälligkeit bei Maßregelvollzugs-Patienten: Ergebnis einer 10 Jahres-Katamnese. Vortrag gehalten auf der 5. Forensischen Herbsttagung der Arbeitsgemeinschaft für Methoden und Dokumentation in der Forensischen Psychiatrie (AGFP), München 26./27.10.1990

- Kammergericht Berlin: Beschluß vom 26.6.1972 – 1 AR 671/72 -1 Ws 190/72. NJW 1972; 49:2228-2230
- Kleinknecht, Th.; Meyer, K.: Strafprozeßordnung (Kommentar). München: Beck 1991
- Lenk, H.: Zwischen Wissenschaftstheorie und Sozialwissenschaft. Frankfurt/M.: Suhrkamp 1986
- Nedopil, N.; Graßl, P.: Das Forensisch-Psychiatrische Dokumentationssystem (FPDS). Forensia 1988; 9:139-147
- Nietzsche, F.: Aus dem Nachlaß der achtziger Jahre. In: Werke IV (hrsg. von K. Schlechta). Frankfurt/M.: Ullstein 1979
- Pelz, W.: Die Prognose bei Exhibitionisten, Pädophilen, Notzucht- und Inzesttätern. Medizinische Dissertation, Universität Kiel 1972
- Rasch, W.: Forensische Psychiatrie. Stuttgart: Kohlhammer 1986
- Rauchfleisch, U.: Dissozial. Entwicklung, Struktur und Psychodynamik dissozialer Persönlichkeiten. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1981
- Romero, J.J.; Williams, L.M.: Recidivism among convicted sex offenders: A 10-year follow up study. Federal Probation 1985; 49:58-64
- Schorsch, E.: Sexualstraftäter. Stuttgart: Enke 1971
- Schorsch, E.; Galedary, G.; Haag, A.; Hauch, M.; Lohse, H.: Perversion als Straftat. Dynamik und Psychotherapie. Berlin: Springer 1985
- Weinberg, S.: Incest behavior. New York: Citadel press 1955
- Wille, R.: Die forensisch-psychopathologische Beurteilung der Exhibitionisten, Pädophilen, Inzest- und Notzuchttäter. Medizinische Habilitationsschrift, Universität Kiel 1968
- Wille, R.: Forensische Sexualmedizin. In: Forster, B. (Hrsg.): Praxis der Rechtsmedizin. Stuttgart: Thieme 1986, 519-562
- Wille, R.; Kröhn, W.: Der sexuelle Gewalttäter: Persönlichkeitsstruktur und Therapiemöglichkeiten. In: Deutsche Richter-akademie (Hrsg.): Gewalt an Frauen – Gewalt in der Familie. Heidelberg: Müller 1990, 87-94
- Wille, R.: Die Strafbarkeit der Vergewaltigung in der Ehe. Mitteilungen der Gesellschaft für praktische Sexualmedizin 1991; 11:3-6
- Witter, H.: Typologie der pädophilen Delikte. In: Göppinger, H., Witter, H. (Hrsg.): Handbuch der forensischen Psychiatrie, Bd. II. Berlin: Springer 1972, 1060-1064
- Woggon, B.; Bauman, U.; Angst, J.: Interrater-Reliabilität von AMP-Symptomen. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 1978; 225:73-85

Anschrift des Autors

Priv.-Doz. Dr. med. Dr. phil. K. M. Beier, Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle am Klinikum der Universität Kiel, Arnold-Heller-Str. 12, D-24105 Kiel

Kurzer Überblick über einige sexualwissenschaftliche Zeitschriften 1905–1932 (Teil II)

A Brief Review of Some Sexological Journals 1905–1932 (Part II)

A. Llorca Díaz, Madrid

Zusammenfassung

Im zweiten Teil der Betrachtung über die Entwicklung der Sexualwissenschaft in Deutschland (1905–1932) im Spiegel der sexualwissenschaftlich-sexualmedizinischen Periodika wird auf die Zeitschrift *Sexual-Probleme* (1908–1915), das *Archiv für Sexuallforschung* (1915–1916) sowie die *Zeitschrift für Sexualwissenschaft* (1914–1932) mit ihren jeweiligen Herausgebern eingegangen.

Schlüsselwörter: Geschichte der Sexualwissenschaft, Max Marcuse, Albert Eulenburg, Iwan Bloch, *Sexual-Probleme*, *Archiv für Sexuallforschung*, *Zeitschrift für Sexualwissenschaft*

Abstract

The second part of the survey concerning the history of sexual science in Germany recorded in the scientific journals is focussed on *Sexual-Probleme* (1908–1915), *Archiv für Sexuallforschung* (1915–1916) and *Zeitschrift für Sexualwissenschaft* (1914–1932) with their different editors. *Key words:* History of Sexology, Max Marcuse, Albert Eulenburg, Iwan Bloch, *Sexual-Probleme*, *Archiv für Sexuallforschung*, *Zeitschrift für Sexualwissenschaft*

Sexual-Probleme

Die Zeitschrift *Sexual-Probleme* trat ab Januar 1908 die Nachfolge von *Mutterschutz* an, worauf auch ihr Untertitel (Der Zeitschrift 'Mutterschutz' neue Folge) hinweist. Die ersten zwölf Hefte von *Sexual-Probleme* findet man in den Berliner Bibliotheken in einem als 4. Jahrgang bezeichneten Band zusammengefaßt, die ersten drei Jahrgänge sind also offensichtlich der Zeitschrift *Mutterschutz* zugeordnet worden.

Der Verlag J. D. Sauerländer hatte die Ablösung von Helene Stöcker durch Dr. med. Max Marcuse (1877–1963) beschlossen, der der neuen, ebenfalls monatlich erscheinenden Zeitschrift eine wissenschaftlichere Ausrichtung geben sollte. Dies bedeutete auch, daß sie nicht mehr Organ des Bundes für Mutterschutz war.

Ab 1909 wurde *Sexual-Probleme* auch das Nachfolgeorgan der *Zeitschrift für Sexualwissenschaft*, die Magnus Hirschfeld während des Jahres 1908 herausgegeben hatte. Sie bekam nun noch den Zusatz "Zeitschrift für Sexualwissenschaft und Sexualpolitik", den sie bis zu ihrer Einstellung im Mai 1915 trug.

Sexual-Probleme erschien von Januar 1908 bis Mai 1915. Die publizierten Hefte entsprechen jedoch eigentlich dem Zeitraum von Januar 1908 bis Dezember 1914, da wegen des Ersten Weltkriegs die drei Hefte vom Oktober, November und Dezember 1914 erst im November 1914 sowie Januar und Mai 1915 veröffentlicht wurden.

Im ersten Heft des erwähnten 4. Jahrgangs findet man zu Anfang einen Beitrag des neuen Herausgebers Max Marcuse. Der neue Kurs der Zeitschrift steht im Mittelpunkt des „Sexual-Probleme“. Ein Wort zur Einführung“ (Marcuse 1908) überschriebenen Artikels, neben der Würdigung der bereits geleisteten Arbeit in den vorangegangenen drei Jahren und der Unterstreichung der Bedeutung der Sexualwissenschaft und deren praktischer Umsetzung durch sexualpolitische Maßnahmen.

Sowohl der Aufbau der Zeitschrift als auch die Bezeichnung ihrer einzelnen Rubriken änderten sich während der sieben Jahre ihres Bestehens. Nach den Jahrgangsbänden zu urteilen, hatte die Zeitschrift *Sexual-Probleme* im allgemeinen folgende Struktur:

- Originalarbeiten
- Rundschau:
 1. Geschichte, Volks- und Völkerkunde (1908 erscheint lediglich Geschichte – Völkerkunde)
 2. Biologisches
 3. Psychologie, Psychopathologie
 4. Ethik, Moral, Pädagogik (1908 lediglich Ethik – Pädagogik)
 5. Gesetz – Verwaltung und Rechtsprechung
 6. Kriminalistik und Kriminalanthropologie (1912 unter der Bezeichnung Kriminal-Psychologie und -Anthropologie, 1913 und 1914 Kriminalität: Kriminal-Psychologie und -Anthropologie)
 7. Soziales – Sozialmedizinisches und -hygienisches
 8. Statistisches
 9. Verschiedenes(ab 1913 waren die drei letzten Rubriken: 8. Klinisches, 9. Statistisches und 10. Verschiedenes)
- Kritiken und Referate
- Bibliographie (ab 1913 Bibliographie und Zeitschriftenschau)
- Über Vereine, Versammlungen und Vorträge
- „Eingesandt“ und „Sprechsaal“ (1909 und 1910 Sprechsaal, Varia; ab 1911 erneut Eingesandt und Sprechsaal, aber jetzt ohne Anführungszeichen; 1914 Eingesandt und Varia)
- Berichtigung (lediglich 1908)
- Verschiedenes (nur 1911)

In den sieben Jahren ihres Erscheinens schrieben etwa 150 Autoren für *Sexual-Probleme*, unter denen besonders die Arbeiten führender Psychoanalytiker wie Wilhelm Stekel und Sigmund Freud zu erwähnen sind – letzterer veröffentlichte 1908 „Die kulturelle Sexualmoral und die moderne Nervosität“ (Freud 1908a) und „Über infantile Sexualtheorien“ (Freud 1908b) – sowie die Beiträge von Autoren, die sich auf sexualwissenschaftliche Thematiken spezialisiert hatten, wie Magnus Hirschfeld, Friedrich S. Krauss, Bruno Meyer, Albert Moll, Hermann Rohleder, Julius Wolf, Max Hirsch und Max Marcuse selbst. Mit der Sexualität zusammenhängende Fragestellungen wurden aus den unterschiedlichsten Perspektiven beleuchtet (u.a. unter juristischen, medizinischen, psychoanalytischen, pädagogischen, philosophischen oder interkulturellen Gesichtspunkten). Einige Veröffentlichungen befaßten sich mit der Sexualpolitik, Arbeiten zur Sexualwissenschaft im engeren Sinne waren dagegen seltener.

Im letzten Jahr ihres Erscheinens informierte *Sexual-Probleme* ausführlich über die Internationale Gesellschaft für Sexuallforschung, die 1915 und 1916 ihr eigenes Archiv für Sexuallforschung, erneut unter der Leitung von Max Marcuse, herausgab (s. u.).

Im Mai 1915 erschien die letzte Nummer der Zeitschrift *Sexual-Probleme* (es handelte sich eigentlich um das Dezember-Heft von 1914). Zwei kurze Erklärungen, eine „Notiz“ vom Herausgeber (Marcuse 1915) und eine „Mitteilung“ seitens des Verlags (Verlag J. D. Sauerländer 1915), unterrichteten die Leserschaft vom Auslaufen des Vertrags zwischen beiden. Während im Text von Marcuse lediglich das Vertragsende als Grund seines Weggangs erwähnt wird, verweist der Verlag auf die „– nicht nur durch den Krieg, sondern auch durch Ereignisse auf sexualwissenschaftlichem Gebiet – vollständig veränderten Verhältnisse „(843f.), ohne dies näher zu erläutern. Im übrigen kündigt der Verlag die Fortsetzung der Zeitschrift – auch während des Kriegs – an. Dazu scheint es aber nicht mehr gekommen zu sein, zumindest fehlen entsprechende Nachweise in den Berliner Bibliotheken.

Das letzte Heft von *Sexual-Probleme* bedeutet nicht das Ende der Arbeit von Max Marcuse als Herausgeber auf sexualwissenschaftlichem Gebiet, denn bereits im gleichen Jahr, 1915, leitet er das neue Archiv für Sexuallforschung.

Archiv für Sexuallforschung

Das *Archiv für Sexuallforschung* erschien ab 1915 als Organ der Internationalen Gesellschaft für Sexuallforschung. Diese zwei Jahre zuvor gegründete Vereinigung wurde von dem Arzt Dr. Albert Moll geleitet und organisierte u.a. zwei Internationale Kongresse für Sexuallforschung, 1926 in Berlin und 1930 in London. Der Herausgeber des Archivs war Max Marcuse, der die gleiche Tätigkeit bei *Sexual-Probleme* gerade niedergelegt hatte. Verlegt wurde es bei Carl Winters Universitätsbuchhandlung/Heidelberg.

Auf den Umschlagsseiten des Bandes findet man eine Erklärung über die Ziele der neuen Zeitschrift, bei der sich aber leider nicht mehr feststellen läßt, ob sie vom Herausgeber, vom Verlag oder von der Gesellschaft stammt, da die Angabe des Autors und des Datums fehlen. Sie ist gänzlich anders geartet als diejenige, die Max Marcuse für *Sexual-Probleme* geschrieben hatte, macht sie doch klar, daß sich die neue Zeitschrift nicht mit praktischen oder sexualpolitischen Fragestellungen beschäftigen will, sondern Beiträge zur wissenschaftlichen Theoriebildung leisten soll, auch wenn der Begriff „Sexualwissenschaft“ nicht explizit erwähnt wird („Nicht will und wird das ‘Archiv’ an diesem Kampfe der Politiker und Reformatoren des Geschlechtslebens teilnehmen; denn es stellt sich grundsätzlich nicht in den Dienst der Praxis, sondern der Wissenschaft (...)“ (o. A. 1915).

Die im Archiv veröffentlichten Arbeiten sind ausschließlich Originalbeiträge, wobei ich unter den 20 Autoren besonders Julius Moses und Julius Wolf erwähnen möchte. Letzterer eröffnet das erste Heft mit dem Beitrag „Sexualwissenschaft als Kulturwissenschaft“ (Wolf 1915), dessen Thesen für die Erforschung der Anfänge der Sexualwissenschaft von größter Bedeutung sind (Haerberle 1983). Hervorheben möchte ich ebenfalls den Beitrag von Johannes Drück „Die wissenschaftlichen Grundlagen der Sexualpädagogik“ (Drück 1916). Auffallend ist, daß weder der ansonsten für seine zahlreichen Veröffentlichungen bekannte Max Marcuse noch Albert Moll Originalarbeiten im Archiv publizierten.

Zeitschrift für Sexualwissenschaft – zweite Periode (1914–1919)

Im April 1914 erschien die erste Nummer der zweiten Phase der *Zeitschrift für Sexualwissenschaft*, bis zum März 1919 offizielles Organ der Ärztlichen Gesellschaft für Sexualwissenschaft und Eugenik, die am 21.1.1913 von Iwan Bloch, Magnus Hirschfeld, Albert Eulenburg und Karl Abraham gegründet worden war. Herausgegeben wurde die Zeitschrift von den beiden Ärzten Dr. Albert Eulenburg (1840-1917), bis zu seinem Tod, und Dr. Iwan Bloch (1872-1922) bei dem Bonner Verlag A. Marcus & Weber (Dr. jur. Albert Ahn).

Im ersten Heft erscheint eine „Vorbemerkung der Herausgeber“ (Bloch 1914a), in der Eulenburg und Bloch die Ziele der Zeitschrift umreißen, die „das Gesamtgebiet der Sexualwissenschaft umfassen und in streng wissenschaftlicher Form dem Studium der medizinischen, natur- und kulturwissenschaftlichen Probleme der Sexualwissenschaft dienen“ soll. Es handelt sich also wie bei dem von Magnus Hirschfeld betreuten ersten Jahrgang der Zeitschrift von 1908 um eine sexualwissenschaftliche Publikation und auch ihr gelang es, zahlreiche bedeutende Beiträge auf diesem Gebiet zu vereinen.

Am Ende ihrer Vorbemerkung verweisen die Herausgeber hinsichtlich „der in diesem Organ besonders zu berücksichtigenden Einzelfragen (...) auf den folgenden Programmartikel“. Er ist direkt im Anschluß abgedruckt, stammt von Iwan Bloch und trägt den Titel „Aufgaben und Ziele der Sexualwissenschaft“ (Bloch 1914b).

Bloch führt zu Beginn seines Beitrags aus, daß sich der von ihm „im Jahre 1906 geprägte Begriff ‘Sexualwissenschaft’ als Bezeichnung eines neuen Forschungsgebietes“ rasch eingebürgert habe, weil er „der allgemeinen Überzeugung entgegenkam, daß das große Problem der Sexualität (...) Gegenstand einer selbständigen wissenschaftlichen Disziplin sein müsse und nicht mehr, wie bisher, aus nichtwissenschaftlichen Motiven vernachlässigt werden dürfe“.

Für Bloch „ist die Sexualwissenschaft ihrem Wesen nach eine biologische Wissenschaft“, trotz der engen Wechselbeziehungen zu den Geistes- und Sozialwissenschaften, als deren „zwei große Prinzipien“ er „das Prinzip des sexuellen Chemismus“ und das „der sexuellen Variabilität“ (ebd.) ansieht. In bezug auf das erstere nennt Bloch „als allgemeinste Aufgabe der Sexualwissenschaft die genaue und lückenlose Beschreibung der den sexuellen Phänomenen (...) zugrundeliegenden chemischen Vorgänge“, betreffs des zweiten erwartet er von der sexualwissenschaftlichen Forschung neben der genaueren Bestimmung der „Bedeutung der einzelnen innersekretorischen Drüsen für die Sexualität der beiden Geschlechter in physiologischer und pathologischer Beziehung“ schlußendlich die Darstellung des Sexualsystems „als ein aus vielen selbständig wirkenden, aber durch enge Korrelation miteinander verbundenen Teilen zusammengesetztes Ganzes“. In diesem Zusammenhang verweist er auf die enge Beziehung des Sexualsystems zu den Stoffwechselfvorgängen, dem hämatologischen System, dem Nervensystem und dem geistigen Leben überhaupt.

Die „großen sozialen Probleme der Sexualwissenschaft“ können nach Bloch „nur innerhalb ihres Bereiches dem Streit der politischen oder religiösen Parteien entrückt und einer ersprißlichen Lösung entgegengeführt werden“, als Beispiele nennt er „die jetzt so aktuellen Fragen der sexuellen Aufklärung und Pädagogik, der sexuellen Abstinenz, der Eugenik, die Frage der Rassenveredelung oder besser Menschenveredelung, das jetzt so viel diskutierte Problem des Geburtenrückganges, ferner der Einfluß der Schule auf das Sexualleben, die sexuelle Genealogie, Familienforschung und Pathographie, das gewaltige Problem der Prostitution in sexualethischer, biologischer und sozialer Beziehung, endlich

die innigen Beziehungen der Sexualwissenschaft zum Strafrecht und zur forensischen Medizin und zum Zivilrecht“ (Bloch 1914b: 10).

Für Bloch erweitert sich der genannte soziale Umkreis der Sexualwissenschaft „ganz von selbst zum ethnologischen und geschichtlichen“, so daß er auch „die sexuelle Ethnologie, das Sexuelle Leben der einzelnen Rassen und Völker in prähistorischer und historischer Zeit, das sexuelle Folklore, die Sprache, Mythos, Literatur, Kunst, Symbolik, Lebensgewohnheiten, Aberglauben umfaßt“, als Betätigungsfeld für die sexualwissenschaftliche Forschung ansieht.

Als „Krönung des Ganzen“ sieht Bloch „die Begründung einer natürlichen Sexualethik“ an, „die von dem Begriff des Sexuellen als einer an sich durchaus natürlichen und edlen Lebenserscheinung ausgeht, und ihm durch den auf biologischer und medizinischer Basis ruhenden Begriff der sexuellen Verantwortlichkeit erst den wahren ethischen Inhalt gibt.“ In der *Zeitschrift für Sexualwissenschaft* als Organ der Ärztlichen Gesellschaft für Sexualwissenschaft und Eugenik gab es folgende acht Rubriken, die sich während dieser fünf Jahre nicht änderten:

- Originalarbeiten
- Kleine Mitteilungen
- Sitzungsberichte:
 - der Ärztlichen Gesellschaft für Sexualwissenschaft und Eugenik
 - anderer Vereinigungen (wie des Leipziger Medizinbundes für Sexualethik, der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Berlin und der Gynäkologischen Gesellschaft in Breslau)
- Referate
- Bücherbesprechungen
- Kurzmitteilungen über Autoren (diese Rubrik hatte keinen eigenen Namen)
- Bibliographie der gesamten Sexualwissenschaft (dreimonatlich)
- Verschiedenes

In der zweiten Periode ihres Bestehens konnte die Zeitschrift Originalarbeiten von mehr als 80 Autoren veröffentlichen, wobei (abgesehen von den beiden Herausgebern Eulenburg und Bloch) die meisten Beiträge von H. Fehlinger, Hermann Rohleder, M. Vaerting und Waldemar Zude kamen; erwähnenswert sind ebenfalls die Artikel von Wilhelm Fließ und Wilhelm Stekel aus psychoanalytischer Sicht sowie die anderer Autoren wie Lou Andreas – Salomé.

Für die Erforschung der Geschichte der Sexualwissenschaft sind abgesehen von dem bereits zitierten Bloch-Artikel folgende Titel von herausragender Bedeutung: „Sexualethische Probleme im Lichte der heutigen Philosophie und Ethik“ von Albert Eulenburg (Eulenburg 1915), „Sexualwissenschaft und Strafrechtsreform“ von Siegfried Croner (Croner 1916), „Die Bibliographie der sexuellen Zwischenstufen“ von Numa Prätorius (Prätorius 1918) und „Die Bedeutung der Sexualwissenschaft für die ärztliche Praxis“ von Hermann Rohleder (Rohleder 1914).

Im März 1919 endete die zweite Periode der *Zeitschrift für Sexualwissenschaft*. Von nun an erschien sie unter der Leitung von Max Marcuse und war nicht mehr Organ der Ärztlichen Gesellschaft für Sexualwissenschaft und Eugenik, sondern Organ der Internationalen Gesellschaft für Sexualethik. Die Gründe für diese Änderungen bleiben im Dunkeln.

Der einzige Hinweis in der Zeitschrift selbst ist eine Mitteilung Blochs unter der Überschrift „Zum Abschied!“ (Bloch 1919), in der er „auf die unerwartete Lösung des Vertragsverhältnisses seitens des Verlags“ hinweist.

Das neue Publikationsorgan der Ärztlichen Gesellschaft für Sexualwissenschaft und Eugenik wurde die Zeitschrift *Archiv für Frauenkunde und Eugenik*.

Zeitschrift für Sexualwissenschaft – Dritte Periode (1919 – 1932)

Seit April 1919 erschien die *Zeitschrift für Sexualwissenschaft* als Organ der Internationalen Gesellschaft für Sexualeforschung und trat damit die Nachfolge des *Archivs für Sexualeforschung* an, das diese Aufgabe in den Jahren 1915 und 1916 wahrgenommen hatte. Ihr Herausgeber war nun Max Marcuse, obwohl Albert Eulenburg und Iwan Bloch weiterhin als Gründer firmierten. Der Verlag blieb A. Marcus & Weber (Dr. jur. Albert Ahn) in Bonn, der sich ab 1927 lediglich A. Marcus & Weber nannte und seinen Sitz in Berlin und Köln hatte.

Während Marcuse anfangs den Namen *Zeitschrift für Sexualwissenschaft* beibehielt und somit das erste Heft als Nr. 1 des VI. Jahrgangs erschien, hieß die Zeitschrift ab April 1928, dem XV. Jahrgang, *Zeitschrift für Sexualwissenschaft und Sexualpolitik*, die gleiche Bezeichnung, die bereits zwischen 1909 und 1915 die ebenfalls von Marcuse herausgegebene Zeitschrift *Sexual-Probleme* als Untertitel getragen hatte.

Diesmal findet man im ersten Heft keine Mitteilung von Herausgeber oder Verlag, der auf die veränderte Situation einginge.

Der Aufbau der Zeitschrift änderte sich von Jahrgang zu Jahrgang, wie wir es schon von der Zeitschrift *Sexual-Probleme* kennen. Normalerweise gab es folgende Rubriken:

- Aufsätze
- Kleinere Mitteilungen, Anregungen und Erörterungen
- Rundschau (nur in den Jahrgangsbänden XVI und XVII)
- Kritiken und Referate (nur im Band XVIII)
- Sexualwissenschaftliche Rundschau (bis Band XV)
- Buchbesprechungen (ebenfalls bis Band XV)
- Selbstanzeigen (bis Band VII)
- Referate (bis Band XV)
- Varia (bis Band VII)
- Selbstanzeige, Berichtungen, Nachrufe, Verschiedenes (nur im Band VIII)
- Persönliches (nur im Band XII)
- Sexualwissenschaftliche Bibliographie (dreimonatlich im Band XV)

Etwa 200 Autoren veröffentlichten Originalarbeiten in dieser dritten Version der *Zeitschrift für Sexualwissenschaft*. Abgesehen vom Herausgeber Max Marcuse stammten die meisten Beiträge von Friedrich E. Traumann, H. Vorwahl, Berndt Götz, S. Weißenberg, Oliver Brachfeld, R. Fetscher, W. Mittermaier, Albert Moll, W. Reich, Kurt Finkenrath, H. Fehlinger und Fritz Dehnow; hervorheben möchte ich für die Sexualwissenschaft außerdem Max Hirsch, Magnus Hirschfeld, Arthur Kronfeld, Julius Moses, Max Rudolf Senf und Felix A. Theilhaber, für die Psychoanalyse Otto Fenichel, Gustav Jung und Wilhelm Stekel.

Einige Arbeiten sind für die Erforschung der Konstituierung der Sexualwissenschaft als Wissenschaft von historischer Bedeutung (Haerberle 1983), u.a. der Beitrag „Sozialhygiene – Eugenik und Eubiotik – Sexualsoziologie“ von Alexander Elster (Elster 1925), „Zur Methodologie der Sexualwissenschaft“ von Hans Kunz (Kunz 1926) oder „Über den Begriff der Norm im Geschlechtlichen“ von Hermann von Müller (Müller 1930).

Aufgrund der Autoren und der von ihnen behandelten Themen kann man die *Zeitschrift für Sexualwissenschaft* auch bei ihrem dritten Erscheinen als das bedeutendste Forum für die sexualwissenschaftliche Fachdiskussion bezeichnen.

Ihre letzte Nummer erschien im März 1932, ohne daß zuvor eine Erklärung des Verlags, des Herausgebers oder der Internationalen Gesellschaft für Sexualforschung erschienen wäre, die auf das bevorstehende Ende hingewiesen hätte. A posteriori kann man vermuten, daß die damalige wirtschaftliche und politische Situation bei der Schließung eine wichtige Rolle gespielt haben dürfte, hatte sie sich doch während der letzten Jahre des Erscheinens der Zeitschrift völlig verändert. Bereits kurze Zeit nach ihrer Schließung begannen die Nationalsozialisten mit der systematischen Zerstörung aller bisher auf dem Gebiet der Sexualwissenschaft geleisteten Arbeit und Max Marcuse selbst mußte, wie viele andere Sexualwissenschaftler auch, aus Deutschland emigrieren.

Literatur

- Archiv für Sexualforschung, Band I. Heidelberg: Carl Winters Universitätsbuchhandlung, 1915 – 1916
- Bloch, I.: Das Sexualeben unserer Zeit. Berlin: Louis Marcus Verlagsbuchhandlung 1907
- Bloch, I. (und Eulenburg, A.): „Vorbemerkung der Herausgeber“, in: *Zeitschrift für Sexualwissenschaft*, Band I. Heft 1. 1914a, 1
- Bloch, I.: „Aufgaben und Ziele der Sexualwissenschaft“, in: *Zeitschrift für Sexualwissenschaft*, Band I. Heft 1. 1914b, 2-11
- Bloch, Iwan. „Zum Abschied!“, in: *Zeitschrift für Sexualwissenschaft*, Band V, 1919, 367
- Croner, S.: „Sexualwissenschaft und Strafrechtsreform“, in: *Zeitschrift für Sexualwissenschaft*, Band III. 1916/17, 402-409
- Drück, J.: „Die wissenschaftliche Grundlagen der Sexualpädagogik“, in: *Archiv für Sexualforschung*, I Band. Heft 2. 1916, 303-340
- Elster, A.: „Sozialhygiene – Eugenik und Eubiotik – Sexualsoziologie“, in: *Zeitschrift für Sexualwissenschaft*, Band XII. 1925, 169-174
- Eulenburg, A.: „Sexualethische Probleme im Lichte der heutigen Philosophie und Ethik“, in: *Zeitschrift für Sexualwissenschaft*, Band II. 1915/16, 414-421 u. 452-460
- Freud, S.: „Die kulturelle Sexualmoral und die moderne Nervosität“, in: *Sexual-Probleme*, 4.Jg. 1908a, 107-128
- Freud, S.: „Über infantile Sexualtheorien“, in: *Sexual-Probleme*, 4.Jg. 1908b, 773-778
- Haerberle, E. J.: „The Future of Sexology – A Radical View“, in: *Challenges in Sexual Science. Current Theoretical Issues and Research Advances. A publication of the Society for the Scientific Study of Sex.* Syracuse University 1983
- Herzer, M.: Magnus Hirschfeld. Leben und Werk eines jüdischen, schwulen und sozialistischen Sexologen. Frankfurt: Campus Verlag 1992
- Kunz, H.: „Zur Methodologie der Sexualwissenschaft“, in: *Zeitschrift für Sexualwissenschaft*, Band XIII. 1926, 20-26
- Lehfeldt, H.: „Ärztliche Pioniere der Sexualreform: Magnus Hirschfeld, Ernst Gräfenberg und Felix A. Theilhaber“, in: *Mitteilungen der Magnus Hirschfeld Gesellschaft*. 1985, Heft 5.
- Marcuse, M.: „Sexual-Probleme“. Ein Wort zur Einführung“, in: *Sexual-Probleme*, 4.Jg. 1908, 1-4

- Marcuse, M.: „Notiz“, in: *Sexual-Probleme*, 10.Jg. Heft 12. 1915, 843
- Müller, H.v.: „Über den Begriff der Norm im Geschlechtlichen“, in: *Zeitschrift für Sexualwissenschaft*, Band XVII. 1930, 179-190
- Mutterschutz, Bände I-III. J.D. Sauerländers Verlag, Frankfurt a.M., 1905-1907 o.A. „Mitteilung“, in: *Archiv für Sexualforschung*, I Band. Heft 1. 1915
- Prätorius, N.: „Die Bibliographie der sexuellen Zwischenstufen“, in: *Zeitschrift für Sexualwissenschaft*, Band V. 1918, 26-30; 71-77; 108-114; 141-147; 170-173; 204-213 u. 239-244
- Rohleder, H.: „Die Bedeutung der Sexualwissenschaft für die ärztliche Praxis“, in: *Zeitschrift für Sexualwissenschaft*, Band I. 1914, 54-60
- Sexual-Probleme*, Bände IV-X. Frankfurt: Verlag J.D. Sauerländer 1908-1914
- Verlag J. D. Sauerländer: „Mitteilung“, in: *Sexual-Probleme*, 10.Jg. Heft 12. 1915, 843f.
- Wickert, C.: *Helene Stöcker. 1869-1943; Frauenrechtlerin, Sexualreformerin und Pazifistin; eine Biographie*. Bonn: Verlag J.H.W. Dietz Nachf. 1991
- Wolf, J.: „Sexualwissenschaft als Kulturwissenschaft“, in: *Archiv für Sexualforschung*, I Band. Heft 1. 1915, 1-10
- Zeitschrift für Sexualwissenschaft*, Nr. 1-12. Leipzig: Georg H. Wigland's Verlag, 1908
- Zeitschrift für Sexualwissenschaft*, Bände I-XIV. A. Marcus & E. Webers Verlag (Dr. jur. Albert Ahn), Bonn, April 1914 – März 1928
- Zeitschrift für Sexualwissenschaft und Sexualpolitik*, Bände XV-XVIII. A. Marcus & E. Weber's Verlag, Berlin und Köln, April 1928 – März 1932

Anschrift der Autorin

Angeles Llorca Díaz, Instituto de Sexología, Vinaroz 16, E-28002 Madrid

Aktueller Stand der Diagnostik und Therapie der erektilen Dysfunktion

M. Sohn, Aachen

1985 erfolgten alleine in den USA ca. 400.000 Arztbesuche und 30.000 stationäre Einweisungen von Patienten mit erektilen Funktionsstörungen. Die Kosten für die hieraus resultierenden Behandlungen lagen bei 146 Mill. Dollar (National Center for Health Statistics, 1987). Bis in das vergangene Jahr blieb der Kinsey-Report (Kinsey et al. 1948) die einzige extensive Feldanalyse zu männlichen Sexualstörungen, die jedoch zu ihrer Entstehungszeit aus einem zur Gegenwart erheblich verschiedenen sozialen und medizinischen Kontext hervorging.

Seit Einführung der medikamentös lokal ausgelösten artefiziellen Erektion in die urologische Diagnostik im Jahre 1982 sind die Kenntnisse im Bereich der Physiologie und Pathophysiologie sowie die methodischen Möglichkeiten der Diagnostik explosionsartig angewachsen und schon im Bereich der Nomenklatur mit dem Kenntnisstand früherer Jahrzehnte nicht mehr vergleichbar (Krane et al. 1989). Umso entscheidender für unser Wissen um männliche Impotenz und ihre medizinischen und psychosozialen Korrelate sind daher die Ergebnisse der jüngst publizierten Massachusetts Male Aging Study (MMAS) (Feldman 1994).

Bei 1290 untersuchten Männern einer durchaus westeuropäischen Verhältnissen vergleichbaren Population in Boston und Umgebung zeigte sich, daß insgesamt 52% aller untersuchten Männer zwischen 40 und 70 Jahren zumindestens unter einer gering ausgeprägten erektilen Dysfunktion litten. 9,6% aller Männer beklagten eine vollständige erektile Impotenz, in der Gruppe der 70jährigen sogar 15,2%. Aus diesen Zahlen läßt sich die Relevanz der erektilen Dysfunktion ablesen, zumal sich die Struktur der Alterspyramide in den kommenden Jahren zu den höheren Altersgruppen verschieben wird.

Zunehmende Enttabuisierung der Sexualität und zunehmender Leistungsdruck im sexuellen Bereich mögen die Hemmschwelle weiter reduzieren, wegen Potenzproblemen den Arzt zu konsultieren. Hinzukommt, daß seit Beginn der 80er Jahre der erektilen Impotenz in der Rentenversorgung ein erheblicher Krankheitswert zugemessen wird. Dies spiegelt sich in einer Zuordnung einer MdE für isolierte erektile Impotenz von 20-30% (Altwein und Leithoff, 1983). Somit entsteht für die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungsträger der Zwang, die Kosten für Diagnostik und Therapie zu übernehmen (Schroeder-Printzen 1994). Bei steigenden Patientenzahlen und sich anspannender Kostenspirale ist der Bedarf an standardisierten Vorgehensweisen in Diagnostik und Therapie der erektilen Dysfunktion erheblich, zumal wir in diesem Bereich von einer indiziplinären Zusammenarbeit noch weit entfernt sind.

Dem urologischen Fachgebiet kommt seit dem Beginn der 80er Jahre das Verdienst zu, sowohl in der Grundlagenwissenschaft zur Physiologie der Erektion als auch in der Umsetzung in klinische Verfahren und Methoden die entscheidenden Fortschritte vorange-trieben zu haben:

Das glattmuskuläre Trabekelwerk des Schwellkörpers stellt das Endorgan der Erektion dar und unterliegt zahlreichen pharmakologischen, vaskulären, hormonellen und neuronalen Einflüssen (Krane 1989). Über eine Dilatation der Arteriae profundae penis und eine

Relaxation der intrakavernösen glatten Muskulatur erfolgt ein Bluteinstrom in die Schwellkörper, es kommt schließlich zur Komprimierung der aus dem Schwellkörper ausführenden Venen gegen die wenig elastische Tunica, somit zu einem venösen Ausflußstop. Über reflektorische Kontraktion der Musculi ischiocavernosi wird schließlich dieses fast abgeschlossene vaskuläre Kompartiment komprimiert, wodurch intrakavernöse Drücke weit über dem systolischen Blutdruck erreicht werden.

Alterungsvorgänge können, müssen aber nicht zur manifesten Einschränkung der Erektionsfähigkeit führen. Entscheidend ist, daß es bis heute nicht möglich ist, aus einer klinischen Messung einer der zahlreichen Komponenten der Erektion verläßlich vorherzusagen, ob eine manifeste irreversible Erektionsunfähigkeit vorliegt oder nicht. Auf der einen Seite besteht in diesem komplexen System eine erhebliche Kompensationsfähigkeit, andererseits können leichtgradige organische Störungen durch Versagenserlebnisse und psychische „Übersteuerung“ erhebliche zentrale Störungen in der Erektionsauslösung bewirken. Bis heute ist es beispielsweise nicht möglich, aus einer Schwellkörperbiopsie sowohl unter Licht- als auch elektronenoptischen Bedingungen verläßliche Aussagen über die Erektionsfähigkeit des Gewebes zu machen (Meuleman 1990). Die intra- und interindividuelle Varianz der Befunde steht dem entgegen. Grundsätzlich sind alterungsabhängige Veränderungen und bei Vorliegen von degenerativen Stoffwechselerkrankungen akzelerierte Alterungsvorgänge morphologisch und funktionell nachweisbar (Jetwich 1990), der prognostische Aussagewert jedoch zu gering, um grundsätzlich eine penile Biopsie im Rahmen der Diagnostik zu rechtfertigen.

Wenn schon die morphologische und funktionelle Aufarbeitung des erektilen Endorgans an sich (Corpus cavernosum) keinen ausreichenden prognostischen Wert hat, so wird die Problematik unserer inzwischen hochsensitiven bildgebenden Diagnostik der an der Erektionsauslösung involvierten Organsysteme verständlich (Lue 1994). Eine isolierte Störung, beispielsweise der venösen Ausflußbahn ist in der Mehrzahl der Fälle eher unwahrscheinlich. Vielmehr betreffen degenerative Vorgänge meist mehrere Komponenten der Erektionsauslösung. Als Beispiel sei hier die diabetogene erektile Impotenz genannt, die sowohl arterielle als auch venöse, hormonelle und neurologische pathogene Komponenten involviert (Bemelmans 1994). Zusätzlich ergeben sich tierexperimentell Hinweise, daß bei Diabetes mellitus zentrale Inhibitionsvorgänge an der Erektionsstörung maßgebend beteiligt sind (Heaton und Varin 1990).

Wie auch bei anderen degenerativen Prozessen ist ein Zusammenwirken all dieser Komponenten verantwortlich zu machen für den resultierenden Grad der erektilen Impotenz, wobei interindividuell wiederum sehr unterschiedliche Verteilungsmuster resultieren.

An urologischen Schwerpunktzentren sind im Verlauf der letzten Jahre eine Vielzahl von bildgebenden und funktionell-analytischen Verfahren zur klinisch experimentellen Quantifizierung organischer Erektionsstörungen entwickelt worden. Erwähnt seien an dieser Stelle die dynamische Pharmako-Duplexsonographie der penilen arteriellen Strombahn, die dynamische Pharmakokavernosographie zur Bestimmung der venösen Abflußverhältnisse, die dynamische Pharmakoangiographie sowie Isotopen-wash-out-Studien. Sämtliche genannten Verfahren basieren auf der Annahme, durch eine präliminare intrakavernöse Injektion von Vasodilatoren einen Zustand der vollständigen glattmuskulären Relaxation bewirken zu können. Dieser Vorgang ist jedoch durch zentrale angst- oder streßgetriggerte sympathikotone Gegenregulation störfähig. Wie jüngst publiziert wurde, ist eine solche medikamentöse induzierte Vasodilatation häufig erst nach wiederholten intrakavernösen Injektionen erreichbar (Goldstein 1994).

Die zentrale Beeinflussung erschwert jeglichen noch so sensitiven Test zur Quantifizierung arterieller Einstrom- oder venöser Ausstromverhältnisse.

In dieser Situation bietet sich die nächtliche Registrierung traumassoziierter Erektionen während des Schlafes an. Mit Hilfe einer kontinuierlich wiederholten Registrierung von Tumescenz und Rigidität an Penisschaft und peripherem Peniswurzel sowie computerisierter Erfassung der Daten ermöglicht die zu diesem Zweck entwickelte RigiScan Meßapparatur die genaue reproduzierbare Erfassung nächtlichen Erektionsverhaltens (Sohn 1993). Der Einschluß derartiger Messungen in den diagnostischen Ablauf hilft, psychisch induzierte falsch-positive Befunde im Rahmen der Invasivdiagnostik zu vermeiden (Allen 1994). Trotzdem ist der Methode gegenüber Vorsicht geboten, da einerseits bei psychischen Erkrankungen Änderungen und Störungen des Schlafprofils insbesondere der REM-Phasen zu erwarten sind (Thase 1987) und andererseits eine Kalibrierung der nächtens gemessenen Rigidität durch eine kavernosometrie im Wachzustand empfehlenswert erscheint (Goldstein 1994).

Nur bedingte Aussagekraft hat die Methodik auch bei neurologischen Grunderkrankungen. Bisher steht keine unumstrittene Meßtechnik zur Verfügung, um Störungen der autonomen erektionsauslösenden Innervation zu quantifizieren. Somato-sensorisch evozierte Potentiale und Bulbo-Cavernosus-Reflexlatenzzeit sowie Urethro-Anal-Reflexlatenzzeit erfassen benachbarte Systeme, nicht jedoch den direkt verantwortlichen Nervus cavernosus (Bemelmans 1994). Die in jüngster Zeit publizierte Ableitung von *single potential analysis of cavernous electrical activity* (SPACE) ist nach wie vor in ihrem Aussagewert umstritten, möglicherweise ergibt sich unter Anwendung von Fourier'-Transformationsanalysen eine Zukunftsperspektive (Stief 1994; Jünemann 1993).

Bei der Vielzahl der zur Verfügung stehenden Methoden wird leicht übersehen, daß Erektionen verglichen werden, die grundsätzlich verschiedene Auslösungs- und Aufrechterhaltungsmechanismen aufweisen. Sowohl die REM-assoziierten nächtlichen Erektionen als auch die durch audiovisuelle Stimulation im Wachzustand ausgelöste Erektion unterscheiden sich von der medikamentös induzierten und der physiologischen partnerbezogenen Erektion in der privaten Intimsphäre. Direkte Rückschlüsse aus Meßergebnissen artefizieller Erektionen auf das physiologische Erektionsverhalten sind nicht ohne Einschränkung statthaft (Bancroft 1991). So mag die während einer länger bestehenden Impotenz sich entwickelnde Versagensangst eines Patienten zwar nächtliche Erektionen erlauben, jedoch im Wachzustand durch sympathikotone Gegensteuerung sowohl medikamentös als auch audiovisuelle Stimulation ausgelöste Erektion abschwächen oder gar auslöschen. Umgekehrt können bei neurologischen und psychiatrischen Krankheitsbildern nächtliche Erektionen fehlen, jedoch unter Stimulation im Wachzustand provozierbar sein (Thase 1987). Die Aussagekraft nächtlicher Erektionsregistrierungen kann durch gleichzeitige EEG-Erfassung im Sinne der Schlafstadienanalyse erheblich verbessert werden (Steiger 1993). Repetitive Hormonbestimmungen während der EEG-Ableitung zeigten, daß bei Depressionen Testosteronsuppressionen zu beobachten sind, die einen direkten Einfluß auf Libido und Erektionsauslösung haben können (Steiger 1991). Der bis vor kurzem prägnante Dualismus „psychogene versus organogene“ Impotenz verliert mit wachsendem Kenntnisstand der beteiligten Forschungsdisziplinen an Bedeutung. Organische Komponenten erhalten durch ein nur einmaliges Versagenserlebnis psychische Verstärkung, psychogene Funktionsstörungen können auf dem Boden von durch degenerative Vorgänge entstandener Defekte zu manifesten Erektionsproblematiken führen.

Die situationsadäquat ausgelöste Erektion ist somit als das Resultat eines komplexen multifaktorellen Geschehens zu betrachten, das interdisziplinäre Ansätze in Diagnostik und Therapie fordert. So verwundert es nicht, daß auch bei hochsensitiver Meßtechnik bisher nicht vorhersagbar ist, welches Ausmaß einer einzelnen „meßbaren“ organischen Schädigung zwangsläufig zur Manifestation einer erektilen Dysfunktion führt und umgekehrt ebensowenig klar ist, in welcher Prävalenz organische Läsionen bei potenten Männern aller Altersstufen auftreten.

Das diagnostische Dilemma spiegelt sich konsequenterweise in einem therapeutischen Dilemma wieder: Zahlreiche euphorisch begonnene operative Techniken zur Beseitigung venöser Abflußstörungen oder Rekonstruktion arterieller Einflußstörungen verlieren zur Zeit an Bedeutung, da keinerlei prognostische Kriterien für subjektiv oder objektiv ermittelten Erfolg vorliegen (Sohn und Barada 1994). Die Placeboeffekte derartiger Therapien sind sehr hoch anzusetzen. Die erste „NIH Consensus Development Conference on Impotence“ im Dezember 1992 empfahl, derartige Therapieversuche als experimentelle Therapieverfahren einzustufen, deren Durchführung hochspezialisierten Kliniken mit objektivem Follow-up vorbehalten sein sollte (National Institute of Health 1993). Bei irreversibel erscheinender Impotenz nicht primär psychischer Genese bleibt ansonsten auch die Implantation von Penisprothesen als therapeutische Option, die jedoch durch die notwendige Destruktion des intracavernösen Gewebes einen irreversiblen Eingriff darstellt und somit am Ende einer umfangreichen Diagnostik stehen sollte (Sohn 1994).

Die inzwischen am weitesten verbreitete Therapieform stellt die intracavernöse Autoinjektion vasoaktiver Substanzen dar (SKAT), die analog der vom Urologen zu diagnostischen Zwecken durchgeführten Injektion abläuft. Es muß jedoch an dieser Stelle erwähnt werden, daß bisher keine der verwendeten Substanzen vom Bundesgesundheitsamt für die Indikation und Darreichungsform freigegeben wurden. Für den Therapeuten erwächst hier eine erhebliche Verantwortung in der Aufklärung über Nebenwirkungen und Komplikationsmöglichkeiten, wie z.B. Priapismus und intracavernöse Narbenbildung. Zumindest zeigen aktuelle Studien eine dosisabhängige Wirkung, die signifikant Placeboapplikationen überlegen ist (Godschalk 1994). Wie auch bei der Vakuum-Pumpen-Applikation, die über ein extern angelegtes Vakuum eine passive Blutfüllung des Penis bewirkt, sind die Angaben über Drop-out-Raten und Partnerzufriedenheit in der Literatur sehr variabel. Akzeptanzraten zwischen 40 und 80% sowie Drop-out-Raten bei Langzeitanwendung zwischen 20 und 60% wurden berichtet. Interessant ist die Beobachtung, daß in ca. 30% bei beiden Verfahren über ein spontanes Wiedererlangen physiologischer Spontanerektion berichtet wird (Turner 1992). Weniger eine anhaltende therapeutische Wirkung am Endorgan an sich als vielmehr eine psychische Stabilisierung scheint hierfür verantwortlich zu sein.

Bisher stehen keine oral-medikamentösen Therapieformen zur Verfügung, denen in Doppel-Blind oder Cross-over Studien ein signifikanter Effekt auf die Erektionsfähigkeit nachgewiesen werden konnte. Lediglich bei „psychogener“ Impotenz ließ sich nach Yohimbin eine marginaler Effekt demonstrieren (Morales 1988).

Das therapeutische Dilemma projiziert die Frage nach dem diagnostischen Aufwand bei Patienten mit erektiler Dysfunktion auf den behandelnden Arzt zurück: Wenn kaum ursachenspezifische effektive Therapieformen zur Verfügung stehen, wofür sollte dann der diagnostische Aufwand maximiert werden, um bei einer multifaktoriell ausgelösten Störung die Einzelkomponenten zu quantifizieren? Die gegenwärtige restriktive Kostenpolitik im Gesundheitswesen und die zunehmende Zahl konsultierender Patienten zusammen mit

der in den nächsten Jahren zu erwartenden Verschiebung der Alterspyramide forcieren die Problemstellung. Neben der notwendigerweise aufwendigen klinischen und experimentellen Grundlagenforschung, die universitären Schwerpunktzentren vorbehalten bleibt, besteht dringender Bedarf an einem rationellen diagnostischen Algorithmus, der sowohl einen Überblick über die grundsätzliche Fähigkeit des Endorgans zur Erektion als auch eine zuverlässige Einschätzung der möglichen psychischen Komponenten erlaubt.

Seit nunmehr 2 Jahren werden an unserer Institution Patienten mit erektiler Dysfunktion einer intrakavernösen Pharmacotestung sowie drei nächtlichen Rigiditätsaufzeichnungen unter häuslichen Bedingungen unterzogen. Ergeben sich aus der Anamnese und der Testung keine zirkumskripten „organischen“ Läsionen, die definitiv eine dauerhafte erektile Dysfunktion auslösen (z.B. Beckenfrakturen, Querschnitt, etc.), so erfolgt eine Vorstellung in der Klinik für Psychosomatische Medizin. Hier durchläuft der Patient ein standardisiertes Experteninterview von 45 Minuten Dauer sowie eine Fragebogenerfassung (Hendrischke 1994; Dahlberger 1994). Aus somit nur 2 ambulanten Sitzungen läßt sich eine interdisziplinäre Einschätzung sowohl des Schweregrades als auch der Komponentengewichtung der erektilen Impotenz gewinnen. Bei der Mehrzahl der Patienten ist es hilfreich, eine somatisch unterstützende Therapie (SKAT, Vakuumpumpe) in die Therapie mit einzubeziehen. Wo auch die Gewichtung der Ursachen gesehen wird, erfolgt die Therapie zweigleisig, wenn möglich unter Einbezug des Sexualpartners. Findet sich eine schwere organisch fixierte erektile Impotenz, so bietet sich bei erhaltener Libido eine Penisprothesenimplantation an, dies ist jedoch in unserem Patientengut in weniger als 10% der Fälle indiziert (Hendrischke 1994).

Die Entwicklungen der letzten Jahre haben dem Therapeuten effiziente somatische Hilfsmittel zur Verfügung gestellt, deren Einsatz jedoch nicht unter „orthopädischen“ Gesichtspunkten verordnet werden sollte. Vielmehr bietet sich bei entsprechender interdisziplinärer Kooperation die Möglichkeit, das Erlebnis „provozierter“ Erektionen in ein Gesamtkonzept zur Rekonstruktion eines partnerbezogenen Sexuallebens zu integrieren. Ob ein derartiger, unter sexualmedizinischen Aspekten wünschenswerter Weg in Zukunft durch den spezialisierten Urologen alleine gewährleistet werden kann, hängt unter anderem von seiner Qualifikation und Weiterbildung ab.

Literatur

- Allen, R.P., Engel R.M.E., Smolev, J.E., et al.: Comparison of duplex ultrasonography and nocturnal penile tumescence in evaluation of impotence. *J. Urol.* 1994; 151:1525-1529
- Altwein, J.E., Leithoff, H.: Urologische Begutachtung und Rechtsprechung. In: Hohenfellner R., Zingg E., (eds). *Urologie in Klinik und Praxis*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1983:1410ff
- Bancroft, J., Smith, G., Munoz, M., et al.: Erectile Response to Visual Erotic Stimuli before and after Intracavernosal Papaverine and its Relationship to NPT and Psychometric Assessment. *Br. J. Urol.* 1991; 68:629-638
- Bemelmans, B.L.H., Meuleman, E.J.H., Doesburg, W.H.: Erectile dysfunction in diabetic men: The neurological factor revisited. *J. Urol.* 1994; 151:884-889
- Dahlberger, R.W., Albert, G., Martin, G., et al.: Multimodale Konsiliar- und Liaisonarbeit. *Psychotherapeut* 1994; 39:230-238
- Feldman, H.A., Goldstein, J., Hatzichristou, D., et al.: Impotence and its medical and psychosocial correlates: Results of the Massachusetts Male Aging study. *J. Urol.* 1994; 151:54-61
- Godschalk, M., Chen, J., Katz G., et al.: Treatment of erectile failure with prostaglandin E¹: A double blind placebo-controlled, dose-response study. *J. Urol.* 1994; 151:1530-1532

- Goldstein, J.: Editorial: Impotence. *J. Urol.* 1994; 151:1533-1534
- Heaton, J.P.W., Varrin, S.: Studies on the diabetic rat as a viable model of impotence. *Int. J. Impotence Res.* 1990; 2:117-124
- Hendrichke, A., Bosshardt, R.J., Sohn, M., et al.: Rational psychosomatic testing in patients with erectile dysfunction. *Int. J. Impotence Res.* 1994; Supp. 6: (in press)
- Jetvich, M.J., Khawand, N.Y., Vidic, B.: Clinical significance of ultrastructural findings in the corpora cavernosa of normal and impotent men. *J. Urol.* 1990; 143:289-293
- Jünemann, K.P., Bührle, C.P., Stief, C.G.: Current trends in Corpus cavernous EMG. *Int. J. Impotence Res.* 1993; 5:105-108
- Kinsey, A.G., Pomeroy, W.B., Martin, C.E.: *Sexual behavior in the Human Male*. Philadelphia: W.B. Saunders Co, 1948
- Krane, R.J., Goldstein, J., Saenz de Tejada, I.: Impotence. *New Engl. J. Med.* 1989; 321:1648-1652
- Lue, T.F.: Editorial: Erectile dysfunction associated with cavernous and neurological disorders. *J. Urol.* 1994; 151:890-891
- Meuleman, E.J.H., Naudin ten Cate, L., de Wilde, P.C.M., et al.: The use of penile biopsies in the detection of end-organ disease: a histomorphometric study of the human cavernous body. *Int. J. Impotence Res.* 1990; 2:161-166
- Morales, A., Condra, M.S., Owen, E.O., et al.: Oral and transcutaneous pharmacologic agents in the treatment of impotence. *Urol. Clin. N. Amer.* 1988; 15:87-93
- National Center for Health Statistics: *Detailed Diagnoses and Procedures for Patients Discharged From Short-Stay-Hospital*. United States 1985. Hyattsville Maryland: Vital and Health Statistics series 13, No 90. United States Department of Health and Human Services Publications No. PHS 87-1751, 1987
- National Institutes of Health: Consensus development conference statement on impotence. *Int. J. Impotence Res.* 1993; 5:181-285
- Schroeder-Printzen, J., Schroeder-Printzen, J., Weidner, W., et al.: Diagnostik und Therapie der erektilen Dysfunktion: Eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung? *Urologe A* 1994; 33:252-256
- Sohn, M., Barada, J.M.: Ergebnisse der penilen Gefäßchirurgie bei erektiler Impotence. *Aktuelle Urol.* 1994; 25:133-142
- Sohn, M., Seeger, U., Sikora, R., et al.: Criteria for examiner-independent nocturnal penile tumescence and rigidity monitoring (NPTR): correlation to invasive diagnostic methods. *Int. J. Impotence Res.* 1993; 5:59-65
- Sohn, M.: Möglichkeiten und Grenzen urologischer Operationstechniken zur Behandlung der erektilen Dysfunktion des Mannes. *Sexuologie* 1994; 1:38-49
- Steiger, A., Holsboer, F., Beukert, O.: Studies of nocturnal penile tumescence and sleep electroencephalogram in patients with major depression and in normal controls. *Acta Psychiat. Scand.* 1993; 87:358-363
- Steiger, A., v. Bardeleben, U., Wiedemann, K., et al.: Sleep EEG and nocturnal secretion of testosterone and cortisol in patients with major endogenous depression during acute phase and after remission. *J. Psychiat. Res.* 1991; 25:169-177
- Stief, C.G., Höppner C., Sauerwein, D., et al.: Single potential analysis of cavernous electrical activity in spinal cord injury patients. *J. Urol.* 1994; 151:367-372
- Thase, M.E., Reynolds, C.F., Glanz, L.M., et al.: Nocturnal Penile Tumescence in Depressed Men. *Am. J. Psychiatry* 1987; 144:89-92
- Turner, L.A., Althof, S.E., Levine, S.B., et al.: 12-months Comparison of two treatments for erectile dysfunction: Self-Injection versus external Vacuum-devices. *Urology* 1992; 39:139-144

Anschrift des Autors

Priv.-Doz. Dr. med. Michael Sohn, Urologische Klinik der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule, Pauwelstr. 30, D-52074 Aachen

Epidemiologie sexuell übertragbarer Krankheiten

AIDS in der Bundesrepublik Deutschland

Tab. 1: Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle bei Männern nach Infektionsrisiken und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose (Stand: 30.9.94)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Okt. 92 - Sept. 93	Okt. 93 - Sept. 94	Gesamt
Homo- oder bisexuelle Männer	1070 77,5 %	619 75,2 %	8104 75,6 %
i. v. Drogenabhängige	135 9,8 %	80 9,7 %	1127 10,5 %
Hämophile	37 2,7 %	24 2,9 %	431 4 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile)	13 0,9 %	13 1,6 %	122 1,1 %
Heterosexuelle Kontakte (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	46 3,3 %	31 3,8 %	285 2,7 %
Patienten aus Pattern-II-Ländern*	18 1,3 %	14 1,7 %	73 0,7 %
Prä- oder perinatale Infektion	5 0,4 %	1 0,1 %	39 0,4 %
Keine Angaben	57 4,1 %	41 5,0 %	538 5,0 %
Gesamt	1381 100 %	823 100 %	10719 100 %

* Pattern-II-Ländern = Länder, in denen HIV endemisch ist und überwiegend heterosexuell übertragen wird (z. B. Karibik, Zentral- und Westafrika)

Quelle: 115. Bericht des AIDS-Zentrums im Robert-Koch-Institut, AIDS-HIV-Quartalsbericht III / 94

Tab. 2: Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle bei Frauen nach Infektionsrisiken und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose (Stand: 30.9.94)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Okt. 92 - Sept. 93	Okt. 93 - Sept. 94	Gesamt
i. v. Drogenabhängige	87 43,3 %	44 39,6 %	536 47,2 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile)	25 12,4 %	8 7,2 %	123 10,8 %
Heterosexuelle Kontakte (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	55 27,4 %	33 29,7 %	310 27,3 %
Patienten aus Pattern-II-Ländern*	18 9,0 %	15 13,5 %	54 4,8 %
Prä- oder perinatale Infektion	6 3,0 %	1 0,9 %	37 3,3 %
Keine Angaben	10 5,0 %	10 9,0 %	75 6,6 %
Gesamt	201 100 %	111 100 %	1135 100 %

* Pattern-II-Ländern = Länder, in denen HIV endemisch ist und überwiegend heterosexuell übertragen wird (z. B. Karibik, Zentral- und Westafrika)

Quelle: 115. Bericht des AIDS-Zentrums im Robert-Koch-Institut, AIDS-HIV-Quartalsbericht III / 94

Tab. 3: HIV-Bestätigungsteste unter Ausschluß erkennbarer Doppelmeldungen nach Infektionsrisiken, Geschlecht und aufgeführten Zeiträumen der Einsendung der Seren (Stand: 30.9.94)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Einsendung des Serums		
	Okt. 92 - Sept. 93	Okt. 93 - Sept. 94	Gesamt
Homo- oder bisexuelle Männer	880 14,4 %	732 17,1 %	9452 14,5 %
i. v. Drogenabhängige / Geschlecht männlich	281 4,6 %	204 4,8 %	3706 5,7 %
i. v. Drogenabhängige / Geschlecht weiblich	11 1,9 %	108 2,5 %	1849 2,8 %

Infektionsrisiko	Zeitraum der Einsendung des Serums		
	Okt. 92 - Sept. 93	Okt. 93 - Sept. 94	Gesamt
i. v. Drogenabhängige / Geschlecht unbekannt	11 0,2 %	15 0,4 %	340 0,5 %
Hämophile	8 0,1 %	9 0,2 %	1852* 2,8 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile) / Geschlecht männlich	20 0,3 %	19 0,4 %	278 0,4 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten Geschlecht weiblich	22 0,4 %	12 0,3 %	206 0,3 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile) / Geschlecht unbekannt	1 0,0 %	1 0,0 %	21 0,0 %
Heterosexuelle Kontakte / Geschlecht männlich (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	203 3,3 %	128 3,0 %	1154 1,8 %
Heterosexuelle Kontakte / Geschlecht weiblich (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	158 2,6 %	120 2,8 %	1149 1,8 %
Heterosexuelle Kontakte / Geschlecht unbekannt (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	7 0,1 %	11 0,3 %	80 0,1 %
Patienten aus Pattern-II-Ländern**	159 2,6 %	272 6,4 %	454 0,7 %
Prä- oder perinatale Infektion	91 1,5 %	63 1,5 %	668 1,0 %
Keine Angaben / Geschlecht männlich	2821 46,3 %	1761 41,2 %	29209 44,7 %
Keine Angaben / Geschlecht weiblich	688 11,3 %	466 10,9 %	6743 10,3 %
Keine Angaben / Geschlecht unbekannt	632 10,4 %	354 8,3 %	8154 12,5 %
Gesamt	6096 100 %	4275 100 %	65315 100 %

* Nach Umfrageergebnissen einer anlässlich des Hamburger Hämophilie Symposium durchgeführten Studie beträgt die Zahl der HIV-positiven Hämophilen 1359 (Schramm: Umfrageergebnisse Hamburger Hämophilie Symposium 1993)

**Pattern-II-Ländern = Länder, in denen HIV endemisch ist und überwiegend heterosexuell übertragen wird (z. B. Karibik, Zentral- und Westafrika)

Quelle: 115 Bericht des AIDS-Zentrums im Robert-Koch-Institut, AIDS-HIV-Quartalsbericht III / 94

Veranstaltungskalender

4. JOURNÉES FRANCOPHONES DE SEXOLOGIE ET SOMATOTHERAPIES vom 26. Dezember 1994 bis 1. Januar 1995 in FORT DE FRANCE (GUADELOUPE). Auskunft: Dr. Erick Dietrich, Centre de Sexologie Clinique et Institute de Somatothérapie, 77 rue Lakannal, F-37000 Tours, Frankreich, Tel.: (0033) 47 / 616 260, Fax: 47 / 245105.
- INFSAD – (International Forum on Sexuality and Disability) INTERNATIONAL SEMINAR ON WOMEN AND DISABILITY vom 30. Januar bis 2. Februar 1995 in TEL AVIV, Israel. National Secretary Dr. E. Chigier, Israel Rehabilitation Society, 18 David Elazar St., TEL AVIV 61909.
2. JAHRESTAGUNG DER AKADEMIE FÜR SEXUALMEDIZIN UND 19. FORTBILDUNGSTAGE FÜR PSYCHOSOMATIK UND SEXUALMEDIZIN vom 15. bis 17. Juni 1995 in KIEL. Auskunft: Dr. H. A. G. Bosinski, Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle am Klinikum der Universität Kiel, Arnold-Heller-Str. 12, 24105 Kiel. Tel.: (0431) 597-3650, Fax: (0431) 597-3612.
- XIth ANNUAL MEETING OF THE EUROPEAN SOCIETY OF HUMAN REPRODUCTION AND EMBRYOLOGY (ESHRE) vom 28. Juni bis 1. Juli 1995 in HAMBURG. Kongreßsekretariat: ESHRE Central Office c/o Bruno Van den Eede, AZ-VUB, Laarbeeklaan 101, 1090 Brussels, Belgien. Tel.: (0032) 2477-5761, Fax: (0032) 2477-6727.
- 12th WORLD CONGRESS OF SEXOLOGY vom 12. bis 16. August 1995. Sekretariat c/o Japan Convention Services, Inc. Nippon Press Center Bldg., 2-1, 2-chome, Uchisaiwai-Cho, Chiyoda-ku, TOKYO 100, Japan. Direkte Auskunft: Prof. Dr W. Eicher, Diakonissenkrankenhaus, Speyerer Straße 92, 68163 Mannheim; Tel.: (0621) 8102-298, Fax: (0621) 8102-316. Für junge Wissenschaftler besteht die Möglichkeit eines Erlasses der Kongreßgebühr.
- XIVth HARRY BENJAMIN INTERNATIONAL SYMPOSIUM "GENDER DYSPHORIA: TRANSCULTURAL PERSPECTIVES; TRANSSEXUALISM: STATE OF THE ART TREATMENT". 7. bis 10. September 1995 in Kloster Irrsee. Auskunft: PD Dr. med. Friedemann Pfäfflin, Abteilung Psychotherapie, Universitätsklinikum, Am Hochsträß 8, 89091 Ulm. Tel.: (0731) 502-5669, Fax: (0731) 502-5662

**19. Fortbildungstage für Sexualmedizin
und Psychosomatik
zugleich
2. Jahrestagung der Akademie für Sexualmedizin**

Universitätsklinikum Kiel • 15. bis 17. Juni 1995

Wissenschaftliche Leitung:

Vorstand der Akademie für Sexualmedizin
Prof.Dr.med. H.-J. Vogt
Prof.Dr.med. K. Loewit
Prof.Dr.med. W. Eicher
Priv.-Doz.Dr.med. Dr.phil. K.M. Beier
Dr.med. H.A.G. Bosinski

Tagungspräsident:

Prof. Dr.med.Dr.jur. R. Wille

Organisation:

Dr.med. H.A.G. Bosinski

Einladung und vorläufiges Programm

Die 1993 gegründete Akademie für Sexualmedizin lädt, gemeinsam mit der Gesellschaft für Praktische Sexualmedizin, sexualmedizinisch tätige und/oder interessierte Kolleginnen und Kollegen zu ihrer 2. Jahrestagung für die Zeit vom 15. bis 17. Juni 1995 nach Kiel ein. Die erste Jahrestagung fand 1994 in Igls/Innsbruck statt und zeigte mit ihrer interdisziplinären Gestaltung die Breite der wissenschaftlichen Fundierung und der praktischen Ausrichtung einer bio-

psychosozial orientierten Sexualmedizin. Das Programm für 1995 wird hier anknüpfen und zugleich die bewährte Tradition der Heidelberger Fortbildungstage für Psychosomatik und Sexualmedizin fortsetzen. Die Themen/Arbeitstitel der Plenarvorträge und Seminare – die wie auch in den Vorjahren für die Weiterbildungsgänge zur Erlangung der Zusatzbezeichnungen Psychotherapie oder Psychoanalyse anrechenbar sind – gehen aus der folgenden Übersicht hervor.

**Weitere Informationen erteilt das Kongreßbüro:
Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle
am Klinikum der Christian-Albrechts-Universität
Arnold-Heller-Str. 12
24105 Kiel
Tel.: 0431/597-3650; Fax: 0431/597-3612**

Vorläufiges Wissenschaftliches Programm

Donnerstag, 15. Juni 1995

9.00 – 10.30 Uhr:

Eröffnungsreden

sowie

Plenum »Sexualanthropologie«

G. Medicus: Sexualität und Aggression

K. Christiansen: Sexualverhalten und Hormone

11.00 – 12.30 Uhr:

Seminargruppen

14.30 – 16.00 Uhr:

Plenum »Sexualität und Gesellschaft«

G. Schmidt: Jugendsexualität im Wandel

R. Volbert: Sexualwissen und Sexualverhalten im Kindesalter

H. Kentenich: Soziale Konflikte und gynäkologische Erkrankungen

16.30 – 18.00 Uhr:

Seminargruppen

20.00 bis 22.00 Uhr:

Abendvortrag

N. Bischof & D. Bischof-Köhler:

»Männliche Natur« »Weibliche Natur«

Aktuelle Reflexionen zu einem alten Thema

Freitag, 16. Juni 1995

9.00 – 10.30 Uhr:

Plenum »Sexuelle

Funktionsstörungen«

U. Hartmann: Integrative Therapie

sexueller Funktionsstörungen beim Mann

M. Rauchfuß: Diagnostik und Therapie

sexueller Funktionsstörungen der Frau

K. Loewit: Das Paar als Patient

11.00 – 12.30 Uhr:

Seminargruppen

14.30 – 16.00 Uhr:

Plenum

»Sexuell übertragbare Krankheiten«

M. Dierich: Epidemiologie der STD

incl. AIDS/HIV

H. F. L. Meyer-Bahlburg: AIDS/HIV

und Sexualverhalten in Risikogruppen

Jugendlicher in den USA

H. -J. Vogt: Sexualverhalten, STD

und Venerophobie

16.30 – 18.00 Uhr:

Seminargruppen

Samstag, 17. Juni 1995

9.00 – 10.30 Uhr:

Plenum

»Geschlechtsidentitätsstörungen«

C. Weitze & S. Osburg: Epidemiologie des Transsexualismus

M. Sohn: Operatives Vorgehen bei Transsexualismus

H. A. G. Bosinski: Aktuelle Befunde bei

Frau-zu-Mann Transsexuellen

11.00 – 12.30 Uhr:

Seminargruppen

14.30 – 16.00 Uhr:

Plenum »Forensische Sexualmedizin«

H. J. Horn: Schwerstgestörte

Intimpartnerschaften

K. M. Beier: Prognose und Therapie

bei Dissexualität

U. Laschet: Kritische Reflexionen

zum Einsatz von Cyproteronacetat

in der Behandlung der Sexualdelinquenz

Themen der Seminargruppen und ihre LeiterInnen

- 1. Sexualmedizinische Anamneseerhebung**
(G.Kockott)
- 2. Möglichkeiten reversibler und irreversibler Kontrazeption**
(H.Kentenich)
- 3. Diagnostik und Therapie bei sexuellem Mißbrauch**
(N.N.)
- 4. Sexualmedizinische und psychosomatische Aspekte von Störungen der Reproduktion**
(I.Rechenberger)
- 5. Aufgaben und Probleme der Beratung nach § 218**
(H.Poettgen)
- 6. Sexualität bei Behinderung und chronischer Krankheit**
(N.N.)
- 7. Partnerschaft und Sexualität in der zweiten Lebenshälfte**
(O.Jürgensen/K.Loewit)
- 8. Sexualtherapeutische Interventionen**
(W.Dmoch)
- 9. Sexuelle Deviationen**
(H.Völkel)
- 10. Balintgruppe**
(F.Conrad)
- 11. Autogenes Training**
(K.Pingsten)
- 12. Themenzentrierte Selbsterfahrungsgruppe**
(P.Nijs)

Buchbesprechungen

zur Nieden, Sabine: **Weibliche Ejakulation**, Variationen zu einem uralten Streit der Geschlechter. Beiträge zur Sexualforschung 70, Hg. v. M. Dannecker, G. Schmidt und V. Sigusch. Stuttgart (Ferdinand Enke Verlag) 1994. 148 Seiten. DM 48,00.

Mit einiger Verspätung wird hier endlich auch eine deutsche Monographie zum Thema vorgelegt, das, in den siebziger Jahren von Amerikanerinnen wiederentdeckt, seither in den USA ausgiebig diskutiert wird. Vor einigen Jahren hatte schon einmal der Österreicher Karl Stifter in einem Buch über die weibliche Ejakulation allerlei Interessantes zusammengetragen, aber der neue deutsche Text will ein grundsätzliches Umdenken über die weibliche Anatomie und Physiologie bewirken. Allerdings hinterläßt er dabei einen zwiespältigen Eindruck: Einerseits geht er die Sache frisch und mutig an, andererseits bleibt er auf halbem Wege stehen, so daß man sich fragt, welche Denkhemmungen sich am Ende doch noch vor der Autorin aufgetürmt haben. Vielleicht rühren sie daher, daß das Werk als Doktorarbeit an der Universität Frankfurt am Main akzeptiert werden mußte.

Die Verfasserin stellt völlig zu Recht gleich am Anfang fest: *„Die Wirklichkeit des wissenschaftlich beschriebenen Körpers ist ein Produkt seiner Beschreibungen, und nicht umgekehrt... Gerade die Beschreibung der weiblichen Sexualorgane ist überschattet von der Vorstellung der Frau als Mängelwesen: das Weiblich ist das unvollkommen Männliche“* (S. 4).

Diese Einsicht in den ideologischen Charakter der traditionellen medizinischen Terminologie, der alle empören muß, die eine wirkliche Gleichberechtigung der Geschlechter wollen, führt dann sehr folgerichtig zu einer grundlegenden Kritik, zu einer Neuentdeckung von scheinbar Altbekanntem und zu neuen terminologischen Vorschlägen. Zunächst konsequent wird dabei der „Homologiegedanke“ verfolgt, nämlich das Ordnungsprinzip der vergleichenden Anatomie, das uns die Augen für Gleichartigkeit männlicher und weiblicher Anlagen öffnet: *„Die tatsächli-*

chen körperlichen Unterschiede sind geringer, als die bisherige Sicht auf die Geschlechter wahrzunehmen zuließ“ (S. 3). Bei alledem folgt man der Autorin gerne, ja, im Stillen möchte man sie anfeuern, bloß nicht locker zu lassen, und unter den überkommenen sprachlichen Gedankenlosigkeitkeiten endlich radikal aufzuräumen.

Im ersten Abschnitt des Buches gelingt ihr das auch, so daß man sowohl ihren ‚Vorschlag einer neuen Terminologie‘ akzeptiert wie auch die neuen anatomischen Darstellungen von MAF Räderscheidt, die diese Terminologie inkorporieren (S. 30-31 und 11-16). Allerdings zeigt sich ein erstes Problem darin, daß sie unnötigerweise die Falschübersetzung „Gräfenbergpunkt“ für „Gräfenberg Spot“ weiterschleppt, denn das Englische „spot“ heißt nicht und hieß nie „Punkt“, sondern „Fleck“, weshalb der Rezensent schon 1982 den Begriff im Deutschen wohlweislich als „Gräfenberg-Zone“ eingeführt hat. Wie die Verfasserin selbst bemerkt: *„Ein isolierter Punkt existiert nicht, ... (er) ist ... Teil des ... Schwellkörpersystems der Frau“* (S. 26). Sie selbst schlägt den durchaus akzeptablen deutschen Ausdruck „Harnröhrenschwellkörper“ vor.

Das Hauptanliegen ihrer Untersuchung bis hierher ist aber, klarzumachen, daß die herkömmliche Unterteilung des weiblichen Sexualorgans in Vagina und Klitoris die wahren anatomischen Befunde verschleierte, indem er das ausgedehnte Schwellkörpersystem der Frau unterschlägt und auch die empfindsame Struktur um die weibliche Harnröhre unbenannt läßt.

Völlig logisch schließt sie daraus: *„Bereits die Unterscheidung in klitorale und vaginale Empfindsamkeit ist geprägt von der dualistischen und damit eingeschränkten Sicht auf die weiblichen Sexualorgane“* (S. 9). Diese eingeschränkte Sicht für seine deutschen Leser wieder einmal und sehr gründlich erweitert zu haben, ist ein Verdienst dieses Buches.

Es folgen ausführliche Diskussionen der weiblichen und männlichen Ejakulation, der Kontroverse „vaginaler vs. klitoraler Orgasmus“ sowie eine eigene empirische Untersuchung, die zwar nicht repräsentativ, aber doch instruktiv ist und

ein relativ häufiges Vorkommen der weiblichen Ejakulation wenigstens unter den Befragten feststellt.

Im Kapitel über die männliche Ejakulation fallen die ersten Denkhemmungen auf. Hier übernimmt die Verfasserin unkritisch die eingefahrene medizinische Redeweise von „Ejakulationsstörungen beim Mann“, die ja in Wahrheit zumeist Orgasmusstörungen sind.

Völlig konventionell werden nacheinander „ejaculatio praecox, retrograda, retardata, deficiens und sine orgasmo“ abgehandelt und so die wahren physiologischen und psychologischen Sachverhalte verschleiert. Gerade einer Autorin, die auszog, die Homologie in Körperbau und Reaktion bei beiden Geschlechtern aufzuzeigen, hätte auffallen müssen, daß auch die sexuellen Funktionsstörungen (vom Vaginismus abgesehen) bei Mann und Frau vergleichbare Phänomene sind, die auch mit der gleichen Terminologie beschrieben werden können und sollten.

Bei beiden läßt sich zwischen Tumescenzproblemen und Orgasmusproblemen unterscheiden, wobei die letzteren in zwei großen Gruppen zerfallen: Fehlender Orgasmus und unbefriedigende Kontrolle über den Zeitpunkt des Orgasmus. Ganz besonders im letzteren Fall wird durch eine homologiebewußte Terminologie der subjektive Charakter der Störung verdeutlicht und so für eine ideologiekritische Betrachtung zugänglich. Jedenfalls sollte terminologisch immer strikt zwischen Ejakulationsstörungen (e. retrograda und – unter gewissen rein körperlichen Bedingungen – deficiens) und Orgasmusstörung (angebliche e. praecox und retardata, manchmal auch deficiens) unterscheiden werden, worauf schon 1977 H.-J. Vogt hinwies, der aber von der Verfasserin nirgends zitiert wird. Die eingengegte

Definition einer männlichen Orgasmusstörung führt auf keinen Fall weiter: „Es gibt auch beim Mann Orgasmusstörungen. Dies sind Störungen im lustvollen Erleben des sexuellen Höhepunktes“ (S. 61). Damit hat die Verfasserin an dieser wichtigen Stelle ihr sonst so hochgehaltenes Homologieprinzip unnötig aufgegeben, denn bei Frauen wird der Begriff Orgasmusstörung von Männern sehr viel weiter ausgelegt.

So leidet auch ihre Diskussion der weiblichen Ejakulation an einer unnötigen Verwirrung, die durch konsequente Verfolgung ihres ursprünglichen Denkansatzes sehr wohl aufzuklären, ja von vornherein zu vermeiden wäre. Wenn ein für allemal klargestellt ist, daß es sich bei der Ejakulation um eine mögliche Begleiterscheinung (aber keine *conditio sine qua non*) des Orgasmus handelt, dann verschwinden die weiteren terminologischen Probleme von selbst und dann bedarf es auch keiner besonderen Begründung mehr, sowohl von weiblicher wie männlicher Ejakulation zu sprechen. Im Grunde ist der Sachverhalt klar, aber sie hat sich noch nicht dazu durchringen können, mit dieser Einsicht bis zur letzten terminologischen Konsequenz zu gehen. Der unreflektierte und auch in Deutschland unkritisch übernommene Therapeutenjargon von Masters und Johnson, Kaplan und anderen hindert sie daran.

Dennoch ist zu hoffen, daß dies verdienstvolle Buch bei möglichst vielen „Fachleuten“ ein Umdenken wenigstens einleitet. Es ist jedem sexologisch Interessierten unbedingt zu empfehlen, und es wird sicher manchen männlichen Leser zu seinem Vorteil verunsichern und so wirklich aufklären.

Erwin J. Haeblerle, Berlin