

Sexuologie

Herausgegeben von der Akademie für Sexualmedizin

Inhalt

- | | | | |
|-----|--|-----|--|
| 129 | Editorial | 218 | Die Eltern als Begleiter beim Homosexuellwerden
<i>R. Lautmann</i> |
| | Originalarbeiten | 235 | Soziale Konflikte und gynäkologische Erkrankungen
<i>H. Kenterich, E. Yüksel, M. David</i> |
| 131 | Phänomenologische und psychophysiologische Merkmale der Ejaculatio praecox: Ergebnisse einer empirischen Vergleichsstudie
<i>U. Hartmann, H. Uhlemann</i> | 250 | Tötungsdelikte in schwerstgestörten Partnerschaften
<i>H. J. Horn</i> |
| 148 | Der natürliche Unterschied: Zur Biopsychologie der Geschlechterdifferenz
<i>G. Medicus, S. Hopf</i> | | Zur Diskussion |
| 166 | Zum Sexualverhalten und Sexualwissen von Kindern
<i>R. Voibert</i> | 263 | Psychiatrische Gedanken zur Verselbständigung des Prozesses der Geschlechtsumwandlung und zur Rolle der Begutachtung
<i>D. Langer</i> |
| 179 | HIV/AIDS and Sexual Behavior in High Risk Adolescents in the USA
<i>H. F. L. Meyer-Bahlburg</i> | | Historia |
| 189 | Die Entwicklung des Sexualstrafrechts seit 1973
<i>F.-C. Schroeder</i> | 276 | La Mettrie, Sade und Sexuologie im Zeitalter der Aufklärung
<i>S. Dressler</i> |
| 199 | Die donoge Insemination: Praktische und rechtliche Aspekte
<i>E. Günther, U. Rönnau</i> | | Fortbildung |
| 209 | Yohimbin-HCl in der Behandlung von Erektionsstörungen
<i>L. D. Köhler, S. Borelli, H.-J. Vogt</i> | 283 | Aggressive Sexualdelinquenz und kannibalistisch-fetischistische Symptomatik
<i>G. Hinrichs, G. Schütze</i> |
| | | | Aktuelles |
| | | 293 | AIDS in der Bundesrepublik Deutschland |
| | | 297 | Buchbesprechungen |

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, Tel.: 04 31 / 5 97-36 50 (Fax: -36 12)

CAB Abstracts • Chemical Abstracts Service (CAS) • Chemical Abstracts (SEXUEX)

Bezugsbedingungen: Vier Hefte bilden einen Band. Bezugspreis pro Band inkl. Porto- und Versandkosten DM 136,- (Inland), DM 144,- (Ausland); ermäßigter Preis für persönliche Abonnements DM 79,- (zzgl. Porto- und Versandkosten), Einzelheft DM 39,- (zzgl. Porto- und Versandkosten). Folgende Kreditkarten werden zur Zahlung akzeptiert: Visa/Eurocard/Mastercard/American Express (bitte Kartennummer und Gültigkeitsdauer angeben). Anzeigenpreise: Es gilt die Anzeigen-Preisliste Nr. 1 vom 1.10.1994.

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 Fernsehsendung, 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 • 1995

Satz: dtp-Satz Ralf Bogen, Stuttgart

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

Verarbeitung: F.W. Held, Rottenburg am Neckar

Editorial

Zum 65. Geburtstag von Reinhard Wille

Die Zeitschrift SEXUOLOGIE erscheint jetzt im zweiten Jahrgang und steht damit noch am Anfang. Sie schließt in Deutschland eine fachpublizistische Lücke, weil sowohl der unmittelbare medizinische Bezug zu großen Nachbardisziplinen (wie etwa Urologie, Gynäkologie, Pädiatrie, Endokrinologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie) gewährleistet ist, als auch die Inanspruchnahme des methodischen Inventars der Sozial- und Geisteswissenschaften, da sich Partnerschaft und Geschlechtlichkeit nicht außerhalb sozialer Beziehungen denken lassen. Es ist nicht zuletzt dem Engagement des Gustav Fischer Verlags zu danken, daß dieser Anspruch der Zeitschrift SEXUOLOGIE die notwendige Unterstützung findet.

Zu den Fachvertretern, die medizinische, biologisch-anthropologische und forensisch-psychologische Aspekte in ihre sexualwissenschaftliche Arbeit integrieren, gehört Prof. Dr. med. Dr. jur. Reinhard Wille. Er ist Mitbegründer der „Akademie für Sexualmedizin“ und Mitglied des Beirates der Zeitschrift SEXUOLOGIE.

Reinhard Wille wird am 19.8.1995 65 Jahre alt. Aus diesem Anlaß erscheint Heft 3 des 2. Jahrgangs von SEXUOLOGIE in erweitertem Umfang mit Beiträgen (eingeladener) namhafter Autorinnen und Autoren zu Arbeitsschwerpunkten von Professor Wille.

Reinhard Willes Lebenslauf nimmt sich, kalendarisch betrachtet, folgendermaßen aus:

1948 Abitur und Beginn des Medizinstudiums,

1953 Approbation und Promotion, 1954 Beginn des Jurastudiums,

1959 Abschluß desselben und Promotion, bis 1968 Assistentenzeit (Psychiatrie, Pathologie und Rechtsmedizin), 1968 Habilitation in Kiel (über die forensische Beurteilung von Sexualdelinquenten), ab 1970 Leiter der Sexualmedizinischen Forschungs- und Beratungsstelle des Instituts für gerichtliche und soziale Medizin am Klinikum der Universität Kiel.

Wer Zahlen mit Vorstellungskraft erfüllen kann, dem muß zum nachhaltigen Eindruck geraten, daß jemand mit nur 29 Jahren bereits zwei volle Studiengänge einschließlich der jeweiligen Promotionen absolviert hatte. Gewiß hatte Wille dank seines niveaувollen Elternhauses gute Bildungschancen, aber ausschlaggebend für diese frühen Erfolge müssen doch eine hohe Leistungsmotivation und eine starke geistige Spannkraft gewesen sein.

Die Wahl der beiden Fächer Medizin und Jura erhellt aber auch zwei Grundzüge von Willes Orientierung in der Welt:

Einmal das profunde Interesse am Menschen, gerade am vulnerablen Menschen mit all seinen Facetten, zum anderen die Bindung an Normen, die für seinen Respekt vor verpflichtenden Wertbildungen steht. In dem unvergessenen Wilhelm Hallermann (1901 bis 1970) fand Reinhard Wille einen Mentor, der die eben beschriebene verlässliche und richtungsweisende Mischung repräsentierte, die den anthropologischen Aspekt der rechtsmedizinischen Forschung und Berufsausübung in den Vordergrund stellte. Wille hat

sich mit diesem Aspekt nicht nur identifiziert; er hat ihn ganz wesentlich ausgebaut und bereichert. Schon bevor 1970 die Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle offiziell etabliert wurde, hatte es sich das Hallermannsche Institut zur Aufgabe gemacht, neben der diagnostischen Arbeit auch die Betreuung von Sexualstraftätern und ihren Angehörigen zu übernehmen. Unter Willes Leitung entfaltete sich dann dort ein breites Forschungs- und Beratungsspektrum. So wurden z.B. medikamentöse und alkoholbedingte Einflüsse auf das Sexualverhalten, Probleme der Sterilisation, des Schwangerschaftsabbruchs, der Insemination, der Bisexualität, der Transsexualität, der Alterssexualität, der Kriminalprophylaxe ebenso untersucht wie die Prognosestellung bei Sexualstraftätern und Möglichkeiten von psychotherapeutischen Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen.

In annähernd 200 Publikationen, allein und mit Mitarbeitern, erscheint immer wieder dieser breitgespannte Bogen der Interessen und wissenschaftlichen Aktivitäten Willes, immer wieder auch die glückliche und wechselseitige fruchtbare Verbindung von sexualmedizinischen und juristischen Fragen, für die Wille mit seinem akademischen Werdegang geradezu prädestiniert ist. Folgerichtig auch, daß er mit diesen Qualitäten zu den Gründern der Gesellschaft für praktische Sexualmedizin (GPS) gehörte, deren erste wissenschaftliche Sitzung 1980 in Heidelberg stattfand und die ein geistiges Zentrum für ärztliche Fortbildung wurde, frequentiert von Ärzten aller Fachrichtungen, zunehmend auch von Psychotherapeuten und Psychologen. Wille war lange Jahre Präsident dieser Gesellschaft, er hat sich um sie große Verdienste erworben. Willes Interesse zielte stets auf die akademische Verankerung der Sexualwissenschaft, sowie auf eine Verbesserung der Behandlungssituation von Patienten mit sexuellen Störungen (sexuellen Deviationen, Geschlechtsidentitätsstörungen, sexuellen Funktionsstörungen). Vor diesem Hintergrund ist auch sein überzeugtes Eintreten für die Einführung der Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ in die ärztliche Weiterbildungsordnung folgerichtig.

Das Erreichen des ruhestandsfähigen Alters ist für einen Hochschullehrer keine Katastrophe. Es ist eines seiner Privilegien, weiter kreativ sein zu dürfen, er darf auch weiterhin Doktoranden betreuen. Also: Nicht vorstellbar, daß Reinhard Wille sich nicht weiterhin engagiert - fast ist man versucht zu sagen: *Nomen est omen.*

Während ich dies schreibe, vergegenwärtige ich mir jenes unverwechselbare, offene und sonore Lachen, das die ganze herzliche Wärme Willes ausdrückt, seine humorbereite Kommunikationsfähigkeit, kurz gesagt: Seinen Charme, der ihm bei aller Prinzipientreue eigen ist. Er ist eben kein finsterner Eiferer, sondern ein Mensch, der erheblichen Streß mit Lebensfreude und Optimismus zu meistern weiß. Ich denke aber auch an die menschliche Ausstrahlungskraft seiner (als Gynäkologin hochkompetenten) Frau und an die vier mittlerweile erwachsenen Kinder: Reinhard Wille liebt seinen Beruf, gewiß, er hat das immer bewiesen, aber den Mittelpunkt seines Herzens hält doch diese Familie besetzt.

Wir sind nicht in Abschiedsstimmung, nein, wir wünschen uns Reinhard Wille noch oft zu sehen, zu hören, zu lesen... *ad multos annos!*

Elisabeth Müller-Luckmann

Phänomenologische und psychophysiologische Merkmale der Ejaculatio praecox: Ergebnisse einer empirischen Vergleichsstudie

Phenomenological and Psychophysiological Factors in Premature Ejaculation: Results of an Empirical Study on Sexually Functional and Dysfunctional Men

Uwe Hartmann; Hannes Uhlemann, Hannover

Zusammenfassung

Es werden phänomenologische Charakteristika der Ejaculatio praecox herausgearbeitet und der Ablauf der sexuellen Erregung und andere psychophysiologische Parameter von Patienten und Nichtpatienten verglichen. Einbezogen wurden 17 Patienten mit vorzeitiger Ejakulation (Durchschnittsalter: 37,2 Jahre) und 10 Männer ohne sexuelle Funktionsstörungen (Durchschnittsalter: 28,6 Jahre). Alle Probanden beantworteten zwei mehrdimensionale Fragebögen zu Partnersexualität und sexueller Funktion. Die Laboruntersuchung bestand aus Messungen der subjektiven Erregung und physiologischer Reaktionen (Penisplethysmographie, Blutdruck, Herzfrequenz) während audiovisueller sexueller Stimulation (AVSS) und einem Corpus-cavernosum-EMG (CC-EMG) im Ruhezustand und während AVSS. Die Auswertung der Fragebögen erbrachte signifikante Gruppenunterschiede bezüglich der Steuerungsfähigkeit über den Orgasmuszeitpunkt und anderer Dimensionen. So kommen die Patienten oftmals zum Orgasmus bevor ein maximales Erregungsniveau erreicht ist, haben eine deutlich niedrigere Orgasmusfrequenz und überzogene Ansprüche an die erstrebte Kontrolle. Die Ejaculatio praecox ist von den Patienten kaum beeinflussbar und nicht von situativen Faktoren abhängig. Die Laboruntersuchung ergab für die Penisplethysmographie keine signifikanten Unterschiede, während die subjektive sexuelle Erregung der Patienten durchgehend höher war. Im Unterschied zu Nicht-Patienten zeigten die Patienten an verschiedenen Meßpunkten signifikante Anstiege der systolischen oder diastolischen Blutdruckwerte. Das CC-EMG brachte im flakziden Zustand keine signifikanten Gruppenunterschiede, eine Auswertung unter AVSS war durch zu starke Artefaktüberlagerung nicht möglich. Diese Ergebnisse sprechen gegen die Annahme einer einfachen Reduzierung der Wahrnehmung sexueller Erregung bei Ejaculatio praecox und legen ein Diathesis-Streß-Modell der Ätiopathogenese nahe.

Schlüsselworte: Ejaculatio praecox, vorzeitiger Orgasmus des Mannes, sexuelle Erregung, Corpus-cavernosum-EMG.

Abstract

In the present study important phenomenological features of premature ejaculation are highlighted, and the sexual response cycle and various psychophysiological parameters of patients and non-patients in a laboratory setting are compared. 17 premature ejaculators (mean age: 37,2) and 10 sexually functional men (mean age: 28,6) were included into the study. All subjects completed two multidimensional questionnaires addressing partner sexuality and

sexual functioning. In a laboratory setting subjective sexual arousal and physiological reactions (penile tumescence, blood pressure, heart rate) were monitored during audiovisual sexual stimulation (AVSS). In addition, corpus-cavernosum-EMG's (CC-EMG) were recorded during flaccidity and AVSS. The questionnaire results indicated numerous significant group differences relating to the degree of voluntary control over ejaculation. Patients often ejaculate before reaching a maximal level of arousal. They also report a significantly lower frequency of orgasms and have high standards regarding their aspired ejaculatory control. Patients could hardly influence their orgasmic threshold which is not subject to situational factors. No significant group differences could be found for penile tumescence, whereas patients' subjective sexual arousal was continuously higher. In contrast to the sexually functional men, premature ejaculators showed a significant rise in systolic and/or diastolic blood pressure. The CC-EMG revealed no significant differences during flaccidity and the data recorded during AVSS could not be analyzed due to strong artefacts. The results do not confirm the hypothesis of a simple lack of adequate perception of the sensations during sexual arousal and suggest a diathesis-stress-model regarding the etiology of premature ejaculation.

Key words: Premature ejaculation, male orgasm, sexual arousal, corpus-cavernosum-EMG.

Die Ejaculatio praecox gehört sehr wahrscheinlich zu den häufigsten sexuellen Problemen des Mannes (St. Lawrence 1992), wobei wir – wie bei anderen sexuellen Störungen auch – hinsichtlich der Prävalenz des vorzeitigen Samenergusses kaum über zuverlässige Zahlen verfügen. Die verstreut vorliegenden Angaben zum Vorkommen in der Allgemeinbevölkerung schwanken zwischen weniger als 1 % (Kinsey 1948) und mehr als 40 % (Bianco 1992), was neben schwierigen Definitionsfragen bezüglich dem Vorliegen einer "Vorzeitigkeit" auch auf bedeutsame soziokulturelle Unterschiede in der Sichtweise dieses Phänomens verweist. Die unlängst publizierte, sehr sorgfältig durchgeführte Untersuchung über "Sexualität in Amerika" (Michael 1994) hat bestätigt, daß Schwierigkeiten mit einem vorzeitigen Samenerguß von den Männern mit deutlichem Abstand als häufigstes sexuelles Problem benannt werden: annähernd 30 % aller befragten Männer gaben an, dieses Problem in mindestens einem der letzten 12 Monate gehabt zu haben, während nur ca. 10 % der Männer über Erektionsprobleme klagten. Unsere Kenntnisse über den Anteil von Männern mit einer Ejaculatio praecox am Klientel sexualmedizinischer Einrichtungen sind insgesamt zuverlässiger. Bancroft (1985) berichtet über Prozentsätze von 23 % aller männlichen Patienten für eine Therapieeinrichtung in Oxford und 36 % für eine Klinik in Edinburgh. Mears (1978) kommt auf einen Anteil von 22 % und Frank et al. (1974) auf 38 % in einer US-amerikanischen Eheberatungsstelle. In der Ambulanz der Hamburger Abteilung für Sexualforschung hat sich der Anteil der Ejaculatio praecox in den letzten 15 Jahren kaum verändert: im Zeitraum 1975 – 1977 betrug er 23 % und im Jahr 1992 19 % (Schmidt 1993). Wie verlässlich, repräsentativ oder verallgemeinerbar diese Daten auch immer sein mögen, wenigstens lassen sie den Schluß zu, daß ein vorzeitiger Samenerguß bzw. eine schlechte oder unmögliche Lenkbarkeit des Orgasmuseintritts¹ für eine beträchtliche Anzahl von

¹ Obwohl die sexuelle Funktionsstörung in den allermeisten Fällen nicht die Ejakulation selbst, sondern den Eintritt bzw. die Lenkbarkeit des Orgasmus betrifft, haben sich bis heute – so auch wieder im ICD-10 – die Termini "Ejaculatio praecox" bzw. "vorzeitiger Samenerguß" durchgesetzt. Zur sprachlichen Vereinfachung wird hier der präzisere Begriff "vorzeitiger Orgasmus" (s. dazu auch Vogt 1992) gleichbedeutend mit den etablierten Begriffen verwendet.

Männern ein wesentliches Problem für ihre sexuelle Funktions- und Erlebnisfähigkeit darstellt. Vor diesem Hintergrund ist es umso auffälliger, daß die Ejaculatio praecox in der Vergangenheit eher selten zum Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen geworden ist. Dies hat seine Ursache wahrscheinlich zum einen darin, daß der Störung ein geringerer Krankheitswert beigemessen wird als anderen sexuellen Funktionsstörungen. In den meisten Fällen sind die Männer in der Lage, den Geschlechtsverkehr auszuüben und dabei einen Orgasmus und eine Ejakulation zu erleben, wenn das Ausmaß sexueller Lust auch zumeist erheblich eingeschränkt ist. Andere Störungen, vor allem die erektile Dysfunktion, werden dagegen als massivere Beeinträchtigung der Sexualität erlebt, weshalb gerade die Erektionsstörung in den vergangenen 10 Jahren in den Mittelpunkt des klinischen und wissenschaftlichen Interesses gerückt ist.

Viele Jahrzehnte herrschte allgemein die Ansicht, daß beiden Störungen eine ausschließlich psychogene Ätiologie zugrunde liegt. Bezüglich der erektilen Dysfunktion hat sich dies teilweise gewandelt. Organische Schädigungen auf der Ebene der penilen Hämodynamik und der autonomen Innervation wurden nachweisbar und nachgewiesen, was eine mögliche Organogenese dieser Störung in den Blickpunkt rücken ließ. Zudem verbesserte sich das Verständnis der physiologischen und pathophysiologischen Grundlagen der erektilen Dysfunktion erheblich. Im Gegensatz dazu wird bezüglich der Unfähigkeit der Ejakulationskontrolle auch heute noch von einer ausschließlich psychogenen Genese ausgegangen, wengleich sich die Zweifel an dieser Sichtweise langsam zu mehren scheinen (z.B. Levine 1992).

Eine weitere Ursache für die eher seltene wissenschaftliche Beschäftigung mit der Ejaculatio praecox mutet ein wenig paradox an, da sie sehr wahrscheinlich auf den Umstand zurückzuführen ist, daß man sich seit der von Masters und Johnson und H.S. Kaplan begründeten "neuen Sexualtherapie" im Besitz einer hochwirksamen Behandlungsmethode wähnte. Erfolgsquoten von 90 % und mehr dürften einen wesentlichen Anteil an dem begrenzten Interesse an einer weiteren Erforschung der Ätiopathogenese dieser Störung gehabt haben. Doch die Sexualtherapie mußte – gerade auch bei der Ejaculatio praecox – inzwischen lernen, bescheidener zu sein, und nicht nur Levine (1992) fragt sich, wo all die "einfachen Fälle" von einst geblieben sind. Aus den deutlich nach unten korrigierten Prozentsätzen erfolgreicher Therapien, die zum Teil – vor allem bezüglich der Stabilität der Behandlungsergebnisse – unter denen erektiler Dysfunktionen liegen (DeAmicis 1985; Hawton 1986), ergibt sich allein schon die Notwendigkeit verstärkter sexualmedizinischer Forschungsbemühungen zur Ejaculatio praecox.

Zur Genese der Ejaculatio praecox konnten psychometrische Erhebungen in der Vergangenheit keine konsistenten psychopathologischen Befunde hervorbringen. Häufig wurde die Störung bei Männern beobachtet, die keine psychischen Auffälligkeiten aufwiesen (Kaplan 1974). In anderen Studien wurden 2 Untergruppen isoliert, von denen die eine vermehrt "neurotische" Symptome aufwies (Munjack 1978; Kockott 1981; Kim 1992). Einzelne Arbeiten konnten bei Patienten mit vorzeitigem Samenerguß Abweichungen verschiedener physiologischer Parameter nachweisen. Daraus leiteten die Autoren eine differente organische Disposition dieser Patienten ab, ohne daß daraus bis heute ein schlüssiges pathogenetisches Konzept entstanden wäre (Vignoli 1978; Colpi 1986; Fanciullacci 1988; Godpodinoff 1989).

Die bis heute bedeutsamste Erklärung der Verursachung der Ejaculatio praecox stammt von Helen Singer Kaplan (1974) und besagt, daß eine gestörte Wahrnehmung der Erregung in

der präorgastischen Phase den entscheidenden pathogenetischen Faktor darstellt. Die sensorischen Wahrnehmungen, welche den herannahenden Orgasmus ankündigen, sind notwendig zur Steuerung des Koitus im Sinne einer Prolongation. Die Autorin spricht bei diesen Patienten von einer „genitalen Anästhesie“. Spezifische und unspezifische Faktoren wie z. B. Leistungsdenken und Versagensangst beeinträchtigen nach dieser Hypothese die Wahrnehmung der angenehmen psychischen und physischen Empfindungen, mit denen der Koitus einhergeht. Dies bedingt, daß der Patient regelmäßig durch die ungewollte Ejakulation überrascht wird. Störungen der subjektiven Erregungswahrnehmung konnten bislang in Studien nicht nachgewiesen werden (Spiess 1984; Strassberg 1987). Die Autoren wiesen jedoch darauf hin, daß die unmittelbare präorgastische Phase unter Laborbedingungen nicht zu erfassen war.

Die vorliegende Studie wurde mit folgenden Zielen durchgeführt:

- Zum einen sollten im Rahmen einer grundlegenden Datensammlung zur Phänomenologie der Ejaculatio praecox Charakteristika ejakulationsgestörter Patienten herausgearbeitet werden, die mit denen einer Gruppe sexuell nicht gestörter Männer verglichen wurden.
- Zum anderen wurden in einem experimentellen Teil der Ablauf der sexuellen Erregung und andere psychophysiologische Parameter von Patienten und Nichtpatienten unter Laborbedingungen untersucht und verglichen. Folgende Fragen standen dabei im Vordergrund:
 1. Lassen sich Unterschiede im Verlauf von subjektiver und objektiver sexueller Erregung zwischen beiden Gruppen herausarbeiten?
 2. Ergibt die Ableitung von psychophysiologischen Parametern wie Blutdruck und Pulsfrequenz differente Abläufe in beiden Gruppen?
 3. Unterscheiden sich die Ergebnisse von Corpus-cavernosum-EMGs im flakziden und im erigierten Zustand des Penis in typischer Weise?
 4. Findet sich ein Anhalt für eine gestörte Wahrnehmung hoher Erregungsniveaus durch die Patienten?

Patienten und Methoden

1. Patienten

In der vorliegenden Studie wurden zwei Gruppen untersucht, die wir bei der Auswertung gegenüberstellten. Die Gruppe der Patienten bestand aus 17 Männern (mittleres Alter 37,2 Jahre, 21-57 Jahre). Diese Männer hatten wegen einer gestörten Ejakulationskontrolle die Sexualambulanz des Arbeitsbereichs Klinische Psychologie der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) konsultiert. 4 Patienten gaben zusätzlich Erektionsprobleme an, wobei jedoch die Ejakulationsstörung im Vordergrund stand. Die Gruppe der Nichtpatienten bestand aus 10 Männern (mittleres Alter 28,6; 22-50 Jahre), die sich auf einen Aushang in der Hochschule gemeldet hatten. Sie erhielten eine Vergütung von 50,- DM. Die Altersdifferenz war nicht signifikant. Ein- und Ausschlusskriterien für die Gruppe der Nichtpatienten waren: Kontrolle des Ejakulationsreflexes möglich, keine Störung der Erektionsfunktion, kein Diabetes mellitus, keine neurologische Erkrankung und keine Voroperation im Bereich des Beckens.

2. Methoden:

Zunächst wurden die Teilnehmer in einem Aufnahmegespräch bezüglich Partnerschaftssituation, Vita sexualis und sexueller Interaktion befragt. Eine medizinische Anamnese wurde erhoben. Zwei multidimensionale Fragebogen wurden von allen Teilnehmern ausgefüllt: Zum einen handelte es sich um den multivariaten Impotenzfragebogen IFB, Version 3.1 (Langer 1992) mit 127 Items, der folgende Bereiche erfaßte: Appetenz, Frequenz sexueller Kontakte, Masturbation, Erektionsstörungen, sexuelle Probleme in der Partnerschaft, somatische Risikofaktoren, Veränderungen des sexuellen Erlebens mit zunehmendem Alter. Zum anderen kam ein speziell für diese Untersuchung entwickelter Fragebogen mit 43 Items zum Einsatz, der spezifische Merkmale der Ejaculatio praecox erfaßen sollte. Schwerpunkte dieses Fragebogens waren: Ejakulationslatenz, Verlauf der Symptomatik, Selbsthilfestrategien und Reaktion der Partnerin.

Anschließend wurden die experimentellen Untersuchungen im Labor durchgeführt:

Im Mittelpunkt standen Messungen der subjektiven Erregung und der physiologischen Reaktion während audiovisueller sexueller Stimulation (AVSS). Wir bedienten uns der Videoprojektion, da sich mit dieser Technik die höchsten Erregungswerte im experimentellen Setting erreichen ließen (Reifer 1971; Strassberg 1987; Mahoney 1991). Zudem gestattet es die AVSS, im Gegensatz z. B. zur Masturbation, den Stimulus standardisiert anzubieten.

Der Untersuchungsraum war folgendermaßen konzipiert:

Die Teilnehmer saßen in einem komfortablen Sessel etwa 2-3 m von einem Monitor entfernt. In greifbarer Nähe war eine fünfstufige Bedieneinheit installiert, die über einen Analog-Digital-Wandler mit einem Schreiber im Nebenraum verbunden war. Auf diese Weise ließen sich Angaben des Patienten in fünf Niveaus außerhalb des Untersuchungsraumes registrieren. Vor Beginn der AVSS leiteten wir über 15-20 Minuten ein Corpus-cavernosum-EMG mittels Oberflächenelektroden ab (Gerstenberg 1989; Stief 1990, 1991, 1992; Gerstenberg 1992). Wir verwendeten den SPACE-Recorder der Firma Wiest, ein Gerät mit zwei EMG-Vorverstärkern, welches Messungen in zwei Kanälen gestattet.

Die Patienten waren während der Filmprojektion allein im Raum, nach jedem Film gab es eine 10-15minütige Pause. Folgende Messungen wurden während der einzelnen Filme durchgeführt:

Film 1: Dauer 15 min, die CC-EMG-Ableitung wurde fortgesetzt. Parallel machten die Probanden mittels der Bedieneinheit subjektive Angaben über Rigidität und Tumescenz des Penis in drei Abstufungen.

Film 2: Dauer 9 min, es erfolgte erneut eine CC-EMG-Ableitung, die Teilnehmer hatten die Aufgabe, ihr sexuelles Erregungsniveau in fünf Abstufungen subjektiv einzuschätzen, von „nicht erregt“ bis „stark erregt, eine Ejakulation steht unmittelbar bevor“.

Filme 3 und 4: Dauer 13 und 8 min. In diesen beiden Untersuchungsabschnitten wurde das CC-EMG durch die Ableitung der Penisplethysmographie ersetzt. Der Erfassung des Signals diente ein Barlow-Gauge, die Aufzeichnung erfolgte im Nebenraum. Die Werte für den Penisumfang wurden im Abstand von 15 sec erhoben. Da bezüglich der Penisanatomie erhebliche interindividuelle Differenzen im flakziden Zustand bestanden, erfolgte die Umrechnung der erhobenen Daten in relative Werte, wobei der mittlere maximale Wert der Gruppe jeweils mit 100 % angenommen wurde. Die Umrechnung in prozentuale Werte wurde auch von anderen Autoren empfohlen (Rosen 1978; Mahoney 1991). Die Teilnehmer

hatten auch in diesem Untersuchungsteil ihre subjektive sexuelle Erregung auf einer fünfstufigen Skala einzuschätzen. Blutdruck und Pulsfrequenz wurden in Abständen von drei Minuten mittels eines Dinamap 1846SX Vitaldatenmonitors gemessen.

Ergebnisse

1. Die Resultate der Fragebögen

Die Gegenüberstellung und zufallskritische Prüfung der Ergebnisse des IFB 3.1 mittels Chi-Quadrat-Test ergab bei 12 Items, die auf Erektionsstörungen abzielen, signifikant höhere Scores für die Patienten ($p < 0,05$). Ein träges Herausquellen des Samens während des Samenergusses, Ejakulationen bei schlaffem oder halberigiertem Glied und eine verminderte Orgasmusintensität wurden von den Patienten signifikant häufiger geschildert ($p < 0,05$). Patienten neigen in der koitalen Situation häufiger zur Selbstbeobachtung und zu Versagensängsten, was ebenfalls signifikant abgebildet wurde. Die Nichtpatienten hatten $41,6 \pm 33,1$ Orgasmen in den zurückliegenden drei Monaten, die Patienten dagegen $15,2 \pm 8,7$. Nichtpatienten gaben häufiger Anstoß zum Geschlechtsverkehr als Patienten. Die Auswertung des Ejaculatio-*praecox*-Fragebogens ergab bei der Frage nach der Ejakulationslatenz, daß 81 % der Patienten innerhalb der ersten Minute nach Intromission ejakulieren, 8 Patienten, dies entspricht 50 %, ejakulieren bereits während der ersten Bewegungen. Alle Nichtpatienten gaben eine Ejakulationslatenz von mindestens zwei Minuten an. Auf die Frage, zu welchem Zeitpunkt der Samenerguß am seltensten auftritt, gaben 12 Patienten (75 %) den Zeitraum nach zwei Minuten, alle Nichtpatienten dagegen „sofort“ bzw. „während der ersten Bewegungen“ an. Diese Unterschiede waren im Chi-Quadrat-Test jeweils signifikant ($p < 0,001$). In der unmittelbar präkoitalen Phase ejakulieren 31 % der Patienten oft, während der Intromission 37 %, dies wurde von keinem der Nichtpatienten angegeben ($p < 0,01$). 7 Patienten, dies entspricht 41 % unserer Gruppe, beklagten eine primäre Genese der Störung, während 10 Patienten nach Phasen einer zufriedenstellenden Kontrolle über ihren Ejakulationsreflex diese verloren. Alle Nichtpatienten erlebten ihre Kontrollfähigkeit als abhängig von der koitalen Situation, 13 Patienten dagegen beklagten ihre Störung immer, ohne Abhängigkeit von exogenen Faktoren, dieser Unterschied war signifikant ($p < 0,01$). Die Abhängigkeit von der Koitusfrequenz wurde hingegen von beiden Gruppen angegeben. 13 Patienten und alle Nichtpatienten sind innerhalb einer Stunde zu einem zweiten Koitus in der Lage. 4 Patienten und 6 Nichtpatienten schätzen die Kontrolle dabei als besser ein, ohne daß dieser Unterschied signifikant wäre. Verschiedene Hilfsmittel, wie anästhesierende Salben, Medikamente, Alkohol oder veränderte Sexualpraktiken setzten 9 Patienten manchmal, nur 3 hingegen oft ein, wobei nur 1 Patient damit oft Erfolg hat. Dagegen bedienten sich 3 Nichtpatienten dieser Hilfen und hatten alle drei damit Erfolg ($p < 0,05$). Befragt, welches Ausmaß an Kontrollfähigkeit sie für wünschenswert erachten, meinten 10 Patienten, bis zum Orgasmus der Partnerin sei der Samenerguß generell zurückzuhalten. Diese Ansicht wurde nur von 3 der Nichtpatienten geteilt. 5 Nichtpatienten gaben an, es sei egal, diese Differenz in der Beurteilung war signifikant ($p < 0,05$). Die Probanden sollten einschätzen, welches Maß an subjektiver sexueller Erregung sie in unterschiedlichen erotischen Situationen wahrnehmen. In den folgenden Situationen erreichten die Patienten signifikant höhere Werte: a) Peniseinführung steht unmittelbar bevor, b) Intromission, c) unmittelbar nach der Intromission ($p < 0,05$).

2. Die Ergebnisse der Laboruntersuchung

a) Corpus-Cavernosum-EMG ohne AVSS

Die Amplitude der Potentiale wurde in Microvolt gemessen. Die Polyphasität gibt die Anzahl der Nulliniendurchgänge an und wurde jeweils für das einzelne Potential und das Meßintervall von fünf Minuten gemessen. Die Häufigkeit der Potentiale wurde für eine Minute und das gesamte Meßintervall angegeben. Die Messung erfolgte über zwei Kanäle. Es wurde bestimmt, wieviel Prozent der Potentiale synchron über beide Kanäle abzuleiten sind. Die Auswertung des CC-EMG im Zustand sexueller Erregung zeigte, daß hier eine Beschreibung nach den obigen Kriterien nicht möglich war, da sich erhebliche Artefaktüberlagerungen fanden.

Tab. 1: Die Ergebnisse des Corpus-Cavernosum-EMG ohne AVSS

	Patienten		Nichtpatienten	
	Mittelwert	Standard-abweichung	Mittelwert	Standard-abweichung
Amplitude	203 microV	62 microV	146 microV	37 microV
Polyphasität/Potential	10	1,5	8,7	1,7
Polyphasität/Intervall	157	55	135	55
Dauer	10,6 s.	2 s.	10,8 s.	2,6 s.
Potentiale/Minute	1,9	0,6	1,8	0,6
Potentiale/Intervall	9,5	2,9	9,2	3,1
Synchrone Potentiale in Prozent	66	28	70	14

b) Penisplethysmographie

Film 1: Die subjektiven Einschätzungen der Erektionsstärke zeigten in einem t-Test keine signifikanten Unterschiede.

Films 2: Die zwei untersuchten Gruppen zeigten bei der Beurteilung ihres subjektiven sexuellen Erregungsniveaus während des Films keine signifikanten Abweichungen.

Filme 3 und 4: Die Messung erfolgte im Abstand von 15 s, die Werte wurden zu einem Meßwert/min zusammengefaßt. Nach der Umrechnung in relative Werte, um die erheblichen interindividuellen Unterschiede der Pisanatomie und -physiologie zu eliminieren, ergab sich folgendes Bild für Film 3:

Die Unterschiede waren an keinem der Meßpunkte signifikant, was ebenfalls für die Werte während der Projektion von Film 4 gilt.

c) Angaben zur subjektiven Erregung:

Die Daten wurden im Abstand von 15 s ausgewertet und zur besseren Übersichtlichkeit so zusammengefaßt, daß jeder Filmsequenz von einer Minute Länge ein Wert zugeordnet ist. Abbildung 2 stellt den Verlauf der Werte für Film 3 dar. Signifikant höhere Werte ergaben sich für die Patienten nach 5, 10, 11 und 13 Minuten Filmlänge ($p < 0,05$). Während der

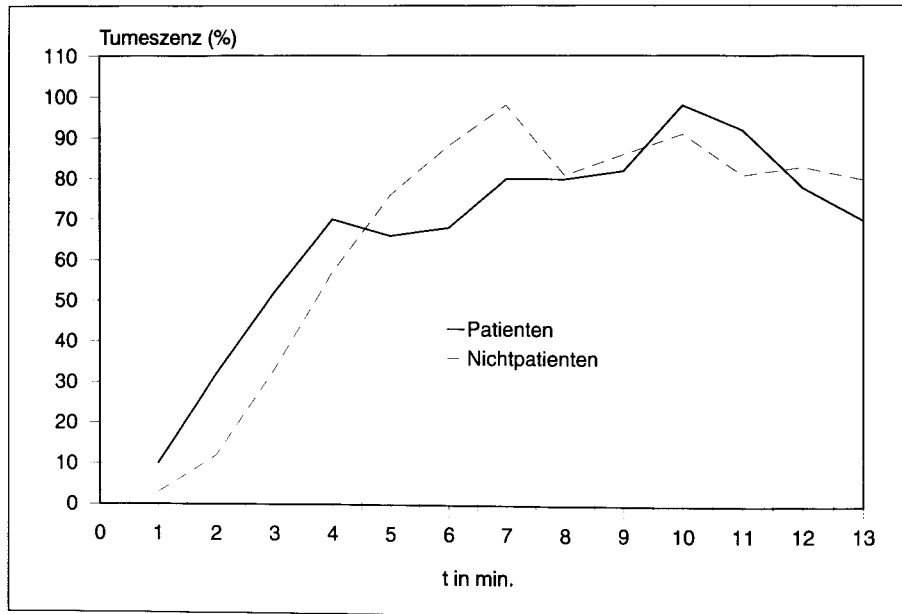


Abb. 1: Der Verlauf der Tumeszenzmessung (Penisplethysmographie, Film 3, relative Werte)

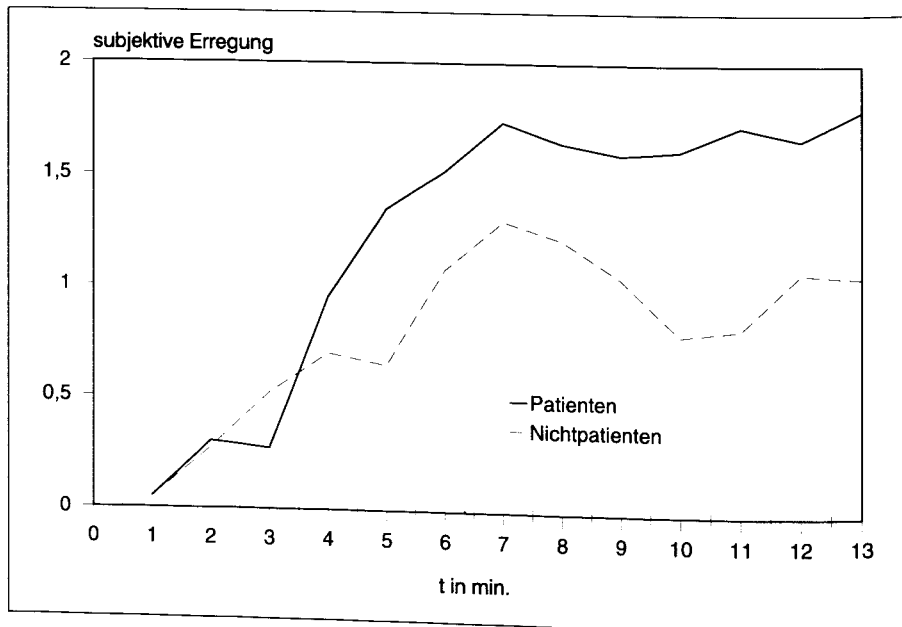


Abb. 2: Der Verlauf der subjektiven Erregung (Film 3)

Projektion von Film 4 erfaßten wir nach 4, 6, 7 und 8 Minuten signifikant höhere Erregungswerte für die Patienten ($p < 0,05$).

d) Physiologische Parameter

Nach der Ableitung zweier Ausgangswerte wurden Pulsfrequenz, systolischer und diastolischer Blutdruck kontinuierlich im Abstand von drei Minuten automatisch gemessen, die systolischen Werte sind in Tabelle 2 dargestellt:

Tab. 2: Die systolischen Blutdruckwerte im Verlauf der AVSS

	Patienten		Nichtpatienten	
	Mittelwert	Standard- abweichung	Mittelwert	Standard- abweichung
Grundwert 1	143,5	11,3	141,5	21,9
Grundwert 2	141,9	14,7	137,4	24,9
Film 3, Wert 1	147,6	11,0	141,6	21,8
Film 3, Wert 2 ¹	153,0	14,6	140,3	15,3
Film 3, Wert 3 ¹	159,8	11,9	143,9	22,4
Film 3, Wert 4	150,6	15,3	139,0	18,9
Film 3, Wert 5	149,2	13,8	143,4	24,9
Film 4, Wert 1	147,4	12,5	139,6	11,9
Film 4, Wert 2 ¹	152,1	14,0	137,6	12,3
Film 4, Wert 3	149,9	14,7	140,2	12,2

¹ $p < 0,05$

Ein Vergleich der Werte innerhalb der Gruppen mittels des Wilcoxon-Testes ergab für die Patienten einen signifikanten Anstieg des systolischen Blutdruckes nach 4 und 7 Minuten Länge (Film 3) gegenüber den Ausgangswerten. Ein solcher Anstieg fand sich in der Nichtpatientengruppe nicht. Ein weiterer t-Test ergab für sämtliche Messungen, einschließlich der Ausgangswerte, einen signifikant höheren diastolischen Blutdruck der Patienten. Durch den Wilcoxon-Test konnte ein signifikanter Anstieg gegenüber den Ausgangswerten nach 4, 7 und 10 AVSS (Film 3) für die Patientengruppe nachgewiesen werden, die Nichtpatienten reagierten dagegen nicht mit statistisch nachweisbaren Veränderungen. Die Messung der Pulsfrequenz zeigte weder im Vergleich der Gruppen untereinander noch innerhalb der Gruppen im Verlauf eine statistisch nachweisbare Differenz.

Diskussion

Eine weitergehende Erforschung der psychophysiologischen und neurobiologischen Grundlagen der Ejaculatio praecox scheint vor dem Hintergrund der relativ hohen Prävalenz dieser sexuellen Funktionsstörung und der eher mäßigen, in den letzten Jahren deutlich nach unten korrigierten Erfolgsquoten der Sexualtherapie dringend geboten. Mehr über die Pathogenese und – soweit existierend – das “somatische Substrat” des vorzeitigen Samenergusses bzw. Orgasmus zu erfahren, ist darüber hinaus für den sexualmedizinischen Kenntnisstand zur neurophysiologischen Steuerung sexueller Erregung sowie zu den darauf Einfluß nehmenden affektiv-kognitiven Faktoren von erheblicher Bedeutung. In diesem Feld sollte die vorliegende Untersuchung als Pilotstudie durch den Vergleich von Patienten und sexuell nicht gestörten Männern erste Ergebnisse liefern und dadurch die Basis für weitere Studien bilden. Ihre Resultate sollen entlang der folgenden drei Dimensionen resp. Suchrichtungen diskutiert werden: (a) phänomenologische Merkmale, (b) psychophysiologische Aspekte und die “Wahrnehmungshypothese” und (c) Gedanken zur neurobiologischen Steuerung.

(A) Phänomenologische Merkmale und Gruppenunterschiede

Die Auswertung der beiden eingesetzten Fragebögen sowie die Anamnesegespräche erbrachten im wesentlichen die zu erwartenden Gruppenunterschiede bezüglich der Steuerungsfähigkeit des Ejakulationszeitpunkts. Befragt nach dem Zeitpunkt der Ejakulation, ergaben sich die deutlichsten Unterschiede für die Phasen kurz vor und während der Intromission, in denen die Patienten auch ein signifikant höheres Maß an sexueller Erregung angaben. Der Moment der körperlichen Vereinigung mit der Partnerin scheint mit einem Ausmaß an sexueller Stimulation einherzugehen, welches die Patienten in ihrer Kontrollfähigkeit regelmäßig überfordert. Darüber hinaus dürfte für diesen Sachverhalt aber auch die symbolische Bedeutung, die dem Koitus sowie dem Eindringen des Penis im bewußten wie unbewußten Erleben des Mannes zukommt, von erheblicher Bedeutung sein. Derartige tiefer liegende Faktoren konnten mit den methodischen Mitteln dieser Untersuchung naturgemäß nicht zugänglich gemacht werden. Nach unseren klinischen Erfahrungen spielen sie bei einem Teil der Ejaculatio praecox-Patienten aber sehr wohl eine nicht unerhebliche Rolle. In jedem Fall scheint die Antizipation der entsprechenden Gefühle in der unmittelbar präkoitalen Phase ebenfalls von einer hohen sexuellen Erregung begleitet zu sein, was eine psychogene Triggerung des Ejakulationsreflexes im Falle einer Ejaculatio ante portam nahelegt. 33 % der Patienten einer Therapiestudie von Beretta (1988) ejakulierten vor der Immissio penis. Diese für den Mann als besonders beschämend erlebte Form der Störung scheint unter Männern, die therapeutische Hilfe suchen, besonders häufig zu sein.

Aus den Angaben des Zeitpunktes der Ejakulation nach Intromission läßt sich zum einen ableiten, daß das Erleben einer fehlenden oder mangelnden Kontrolle über den Ejakulationsreflex mit einem frühzeitigen Samenerguß verbunden ist, die fehlende Steuerbarkeit schlägt sich somit regelhaft in kurzen Latenzen nieder. Zum anderen kann einer Zeitangabe, z. B. ein bis zwei Minuten nach Immissio penis, nicht der Charakter eines definitiven Kriteriums zugeordnet werden, da Patienten teilweise längere Latenzen aufwiesen, andererseits Nichtpatienten regelmäßig innerhalb dieses Zeitraumes ejakulierten. Frühzeitige Ejakulationen, die Teil einer befriedigenden Sexualität sind, führen nicht

automatisch zur Diagnose „Ejaculatio praecox“. Sigusch und Maack forderten aus diesem Grund schon 1976 die Erfüllung folgender Kriterien: 1. Die Unkontrollierbarkeit hält für längere Zeit an und ist nicht an exogene Faktoren, z. B. Abstinenzphasen, gebunden. 2. Nicht einzelne sexuelle Kontakte, sondern die Mehrzahl sind gestört.

Die Ergebnisse des „Impotenzfragebogens“ zeigen, daß bei einigen Patienten die Ejaculatio praecox mit einer Erektionsstörung vergesellschaftet ist. Das häufige koinzidente Auftreten von Erektions- und Ejakulationsstörungen führt für die betroffenen Männer zu dem Dilemma, daß zum Erhalt der Erektion ein Bedarf an Stimulation erforderlich ist, der wiederum die Möglichkeiten zur Kontrolle des Ejakulationsreflexes überfordert (Langer 1992). Wegen der Koinzidenz dieser Störungen nehmen Amer et al. (1988) einen gemeinsamen Ursprung an bzw. deuten die Ejaculatio praecox als Frühsymptom einer beginnenden erektilen Dysfunktion. Dies dürfte allerdings nur für die Untergruppe älterer Patienten mit sekundärer Ejaculatio praecox zutreffen.

Die von uns befragten Patienten erleben signifikant häufiger ein träges Herausquellen des Samens, Ejakulationen bei halbschlafem Glied und eine verminderte Orgasmusintensität. Dies kann als Hinweis darauf gedeutet werden, daß zahlreiche Männer mit Ejaculatio praecox bereits zur Ejakulation kommen, bevor sie ein Stadium hoher sexueller Erregung erreicht haben. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen bereits Spiess et al. (1984). Das führt auch dazu, daß das sexuelle Erleben, sexueller Genuß und Befriedigung für diese Männer erheblich eingeschränkt sind.

Die Patienten gaben an, die Störung der Ejakulationskontrolle habe nicht nur ihren Umgang mit der Sexualität, sondern darüber hinaus ihr Verhalten in einem allgemeineren Sinne beeinflußt. Die Vermeidung führt nicht nur zum Verzicht auf Geschlechtsverkehr im engeren Sinne, sondern kann bereits im Vorfeld dazu führen, daß die Entstehung potentiell „gefährdender“ Situationen verhindert wird. Daraus können gravierende interpersonelle Konflikte in der Partnerschaft resultieren, andererseits ist die Anbahnung einer neuen sexuellen Beziehung dadurch behindert. Auf die Rolle des Vermeidungsverhaltens bei der Verstärkung der Symptomatik im Sinne eines *circulus vitiosus* hatte bereits Kaplan (1974) hingewiesen. In diesem Zusammenhang ist die erheblich niedrigere Orgasmusfrequenz der Patienten unserer Stichprobe zu bedenken, ein Ergebnis, das ebenfalls von der Studie von Spiess et al. (1984) – allerdings dort bezogen auf koitale Abstinenz – bestätigt wird. Inwieweit es sich dabei um Ursache und/oder Folge der Ejaculatio praecox handelt, wissen wir nicht, wengleich nach klinischer Erfahrung der reaktive Anteil deutlich überwiegt. In jedem Fall geraten die Patienten auch hierdurch in einen Teufelskreis, da durch die längeren Abstinenzphasen die Steuerungsfähigkeit sowohl durch eine erhöhte Erregbarkeit, mehr aber noch durch psychologische Faktoren immer wieder erschwert wird. Es ist vermutet worden, daß die Wirksamkeit der sexualtherapeutischen Interventionen u.a. auch in der „verordneten“ Erhöhung der sexuellen Aktivität begründet ist (LoPiccolo 1986).

Eine häufig anzutreffende Selbsthilfestrategie der Patienten besteht darin, den Koitus mit der Hoffnung auf eine bessere Reflexkontrolle zu wiederholen. Die Ergebnisse unserer Befragung zeigen allerdings, daß diejenigen Männer, die über eine begleitende erektile Dysfunktion klagen, dazu oft außerstande sind und daß darüber hinaus die Kontrolle beim zweiten Koitus oft nicht besser ist, so daß diese Möglichkeiten offenbar nur für wenige Patienten erfolgversprechend zu sein scheinen. Methoden wie der Einsatz anästhesierender Salben, Alkohol, Medikamente oder Modifizierungen der Sexualpraktiken spielen jeweils

nur eine untergeordnete Rolle. Insgesamt imponiert in unserer Patientengruppe die geringe Beeinflussbarkeit des vorzeitigen Orgasmus, der sich bei den meisten Patienten weder durch die angesprochenen Selbsthilfestrategien noch durch Gewöhnungseffekte in einer längerfristigen Partnerschaft verbessern ließ. Auch dauerhafte oder phasenweise "Spontanremissionen" kamen praktisch nicht vor. Ein wichtiger Gruppenunterschied bestand schließlich darin, daß bei den Nichtpatienten die Steuerungsfähigkeit des Orgasmus von situativen Faktoren abhängig und damit auch entsprechend beeinflussbar ist, bei den Patienten dagegen nicht.

Bezüglich der wünschenswerten Latenz des Samenergusses nach Intromission fanden sich im Unterschied zu den Probanden bei vielen Patienten unrealistische und überzogene Vorstellungen. Idealisierungen, wie der Mythos des gleichzeitigen Orgasmus als einzig akzeptable Form des Koitus, stellen erhebliche Leistungsanforderungen dar, welche die Möglichkeiten der Patienten regelmäßig überfordern.

B) Psychophysiologische Aspekte und die "Wahrnehmungshypothese"

Die laborexperimentellen Untersuchungen bildeten einen wesentlichen Bestandteil unseres Studiendesigns. Insbesondere von der Anwendung des Corpus-cavernosum-EMG (CC-EMG), welches der Erfassung der autonomen Innervation der Schwellkörper dient, erhofften wir uns aussagekräftige Ergebnisse. Es zeigte jedoch schnell, daß diese noch recht neue und empfindliche Methode einer Reihe von Störfaktoren unterliegt, so daß gelegentlich Meßwiederholungen nötig waren. Die Ergebnisse zeigten für Potentialdauer, Polyphasität, Frequenz und Synchronität keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen. Die Amplituden der Patientengruppe lagen zwar im Vergleich signifikant höher, da die interindividuellen Unterschiede jedoch erheblich waren, was sich in deutlichen Standardabweichungen niederschlägt, ist dieses Ergebnis bezüglich einer Interpretation vorerst noch zurückhaltend zu bewerten. Untersuchungen an größeren Probandenzahlen mit verbesserter Elektrodentechnik sind nötig, um die Konsistenz dieses Befundes zu überprüfen. Der Vergleich unserer Ergebnisse mit den Resultaten anderer Arbeitsgruppen zeigt, daß Daten in vergleichbarer Größenordnung reproduziert werden konnten (Stief 1991; Merckx 1992). Die Hinweise anderer Autoren (Wagner 1989; Stief 1991) auf spezifische Veränderungen der Potentiale unter AVSS ließen erwarten, daß sich typische Potentialveränderungen auch bei unseren Probanden finden lassen. Da hauptsächlich adrenerge lokale Prozesse auf die Ableitung der CC-EMGs einwirken, andererseits die Ejakulation in bestimmten Phasen ebenfalls einer adrenergen Steuerung unterliegt, galt charakteristischen, eventuell auch patiententypischen Befunden im Zustand sexueller Erregung das besondere Interesse. Aufgrund massiver Überlagerungen durch Artefakte konnte eine solche Auswertung nicht erfolgen. Interferenzen somatischer Muskelaktivitäten, des systemischen Sympathikotonus sowie Lageveränderungen der Elektroden über den Corpora cavernosa mit zunehmender Tumescenz ließen eine Abgrenzung geordneter Potentiale nicht zu, so daß wir nicht zu den erhofften Resultaten gelangen konnten. Das CC-EMG ist allerdings inzwischen bezüglich Ableitung und Auswertung weiterentwickelt und standardisiert worden (Jünemann 1993; Stief 1994) und es wird zukünftig intelligente Software zur Artefaktidentifizierung zur Verfügung stehen, die dann eine Verwendung in entsprechenden Studien möglich machen sollte.

Die Auswertung der übrigen laborexperimentellen Parameter erbrachte für die subjektive Einschätzung der Erektion (Film 1) und die Penisplethysmographie (Film 3 und 4) keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen, ein Anhalt für eine „Erectio praecox“

fand sich somit nicht. Die Angaben zur subjektiven sexuellen Erregung ergaben, daß die Patienten sich durchgehend als stärker erregt einschätzten, einige Werte zeigten signifikante Unterschiede. Die Patientengruppe reagiert auf den visuellen Stimulus mit einer deutlicheren Antwort. Die zunehmende Tumescenz als physiologische Reaktion war in beiden Gruppen mit adäquaten Wahrnehmungen der begleitenden subjektiven Sensationen verbunden. Unsere Ergebnisse stehen insofern im Einklang mit denen anderer Autoren, als diese ein Wahrnehmungsdefizit ebenfalls nicht ausmachen konnten (Spiess 1984; Strassberg 1987). Diese Arbeitsgruppen fanden allerdings im Gegensatz zur vorliegenden Arbeit keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen im subjektiven Erregungsprofil. Eine Erklärung könnte der Vergleich der eingesetzten Stimuli ergeben: die Unterschiede stellten sich erst nach längeren Filmsequenzen ein, d.h. jenseits der Filmlänge, die Strassberg et al. (1987) wählten. Die Stimuli (Audiokassetten, Diapositive) der Gruppe um Spiess (1984) waren möglicherweise nicht stark genug, um dieses Phänomen abzubilden. Bezüglich der subjektiven sexuellen Erregung, die wir im Labor mittels AVSS auslösten, kann von einer reduzierten Wahrnehmung (Kaplan 1974) nach unseren Ergebnissen keine Rede sein. Bezieht man die Hypothese Kaplans allerdings auf die unmittelbar präorgastische Phase, die dem "point of no return" vorangeht, läßt sich durch unsere Daten hierzu keine Aussage treffen. Speziell die genital lokalisierten sensorischen Reize, die das Herannahen des Orgasmus ankündigen, lassen sich durch unsere Meßanordnung nicht darstellen. Eine weitere Aufklärung dieser Prozesse würde erfordern, daß die Stimulation im Labor bis zur Ejakulation fortgesetzt wird. In jedem Fall läßt sich aus den Resultaten anderer Arbeitsgruppen und dieser Untersuchung die Schlußfolgerung ziehen, daß die Kernproblematik der Ejaculatio praecox erst in hohen Erregungsphasen auftritt und zur "Laborsimulation" daher entsprechend lange und starke erotische Stimuli notwendig sind.

Gemessen an der Korrelation subjektive/objektive Erregung ließ sich also auch in dieser Untersuchung kein Wahrnehmungsdefizit bei Patienten mit Ejaculatio praecox feststellen. Vielmehr werfen unsere Ergebnisse die Frage auf, ob wir bei den betroffenen Männern nicht gerade eine stärkere subjektive Wahrnehmung der (verglichen mit den Nichtpatienten) gleichen objektiven Erregung vorfinden. Weiterhin ist im Zusammenhang mit der "Wahrnehmungshypothese" zu bedenken, daß die subjektive sexuelle Erregung von ganz unterschiedlicher affektiv-kognitiver Qualität und Tönung sein kann. Die Arbeitsgruppe um Barlow (1986, 1988) hat uns in ihren Experimenten gezeigt, daß die subjektive Erregung neben sexuellen Anteilen auch ängstliche und andere situative Elemente (z.B. der Fokus auf die Versagenserwartung) enthalten kann. Von Beck und Barlow (1984) wurde im Zusammenhang mit der Ejaculatio praecox eine kognitive "Überaufmerksamkeit" gegenüber subjektiver und physischer Erregung diskutiert. Inwieweit die höheren Erregungswerte der Patienten unserer Stichprobe ein Hinweis auf eine solche "Überaufmerksamkeit" darstellen, kann nur vermutet werden. Eine durch die Antizipation der Vorzeitigkeit getriggerte kognitive Überaufmerksamkeit könnte die "Wahrnehmungshypothese" gleichsam auf indirekte Art und Weise bestätigen, da durch das vom betroffenen Mann versuchte bewußte Zurückdrängen der Erregungswahrnehmung eine Art "zweiter Monitor" eröffnet wird, eine Hinterbühne, die dem bewußten Erleben nicht zugänglich ist und daher auch keine Beeinflussung ermöglicht. Dadurch würde den Patienten dann wesentliche sensorische Information zur Steuerung in hohen Erregungsstufen fehlen und die Kontrollmöglichkeit von den Männern ungewollt selbst aus der Hand gegeben werden. Diese Denkrichtung soll in den geplanten Studien weiter ausgebaut werden.

Die Nichtpatienten gaben an, sie seien nicht immer in der Lage, die Ejakulation willentlich zu kontrollieren. Im allgemeinen wird den ungestörten Männern unterstellt, sie seien regelmäßig in der Lage, aktiv und bewußt steuernd auf den Ejakulationsreflex einzuwirken mit dem Ergebnis, nicht vorzeitig oder frühzeitig zu ejakulieren. Die Fähigkeit, den Ejakulationsreflex zu kontrollieren, wird u.a. von Bancroft (1985) als Ergebnis eines Lernprozesses angesehen, der für jeden Mann zwingend zu durchlaufen ist. Es ist aber denkbar, daß ein Teil der Männer, die mit ihrer Ejakulationskontrolle zufrieden sind, eine längere Latenz als persönliches Charakteristikum mitbringt, ohne daß sie jemals um eine aktive Einflußnahme ringen müßten. Somit wäre das Erlernen der willentlichen Steuerung keine *conditio sine qua non* für alle Männer. Levine (1992) äußerte unlängst die Vermutung, daß das Erlernen der Ejakulationskontrolle über einen im Nervensystem verankerten Akkomodationsmechanismus gesteuert wird, der qua häufigem Erleben hoher sexueller Erregung die Schwelle für den Ejakulationsreflex senkt. In diesem Zusammenhang ist an die sehr viel niedrigere Orgasmusfrequenz in der Gruppe der Patienten sowie an die weiter oben gemachten Anmerkungen zum Wirkmechanismus sexualtherapeutischer Interventionen zu erinnern. Gleichwohl entbehrt die Annahme von Levine bislang jeder empirischen Bestätigung.

Hinsichtlich der Blutdruckwerte reagierten die Nichtpatienten nicht mit einer statistisch nachweisbaren Veränderung des systolischen oder diastolischen Blutdruckes, während die Patienten signifikante Anstiege des systolischen Blutdruckes an 2 von 8 Meßpunkten sowie der diastolischen Werte an 4 Meßpunkten zeigten. Die insgesamt höheren Blutdruckwerte der Patientengruppe erklären sich zumindest teilweise aus dem höheren Altersdurchschnitt dieser Gruppe. Der Blutdruckanstieg während AVSS ist jedoch evident. Die Messung der Pulsfrequenz hingegen ergab weder im Vergleich der Gruppen untereinander noch innerhalb der Gruppen eine statistische Differenz. Dies steht im Einklang mit den Angaben Zuckermans (1971), der zu dem Ergebnis kam, daß die Pulsfrequenz erst nach der Intromission signifikante Veränderungen ergibt und sich somit in der präkoitalen Phase als unsensitiver Parameter erwies. Die Ergebnisse werfen die Frage auf, inwiefern Anstiege der Blutdruckwerte für Männer mit einer gestörten Ejakulationskontrolle als spezifische Veränderungen des systemischen Sympathikotonus zu werten sind. Da exogene Faktoren, wie Angst und Aufregung in der Laborsituation, ebenfalls auf die sympathikotone Aktivität einwirken, gestaltet es sich schwierig, subtile Differenzen zu erfassen. Der Zusammenhang zwischen systemischem Sympathikotonus und den adrenerg vermittelten lokalen Vorgängen im Bereich der am Emissionsprozeß beteiligten Organe bedarf der weiteren Klärung.

C) Gedanken zur neurobiologischen Steuerung

Die Diskussion unserer Untersuchungsergebnisse soll mit einigen Überlegungen zu einem möglichen "neurobiologischen Substrat" der vorzeitigen Ejakulation abgeschlossen werden. In Anbetracht des heute mehr und mehr deutlich werdenden Kenntnisdefizits bezüglich der Ätiopathogenese dieser wohl häufigsten sexuellen Funktionsstörung des Mannes und der eher schlechten Langzeitprognose sexualtherapeutischer Interventionen erscheinen verstärkte Anstrengungen in dieser Richtung dringlich geboten. Alle Überlegungen zu einem "somatischen Substrat" bewegen sich jedoch bislang auf äußerst schwankendem empirischen Boden und auch die Ergebnisse unserer Pilotstudie konnten diesem Feld kaum neue Erkenntnisse hinzufügen. Fragt man dennoch nach dem neurobiologischen Korrelat für die niedrige Reflexschwelle bzw. die schnelle Reflexantwort bei Patienten mit *Ejaculatio praecox*, so kommen verschiedene Möglichkeiten in Betracht.

- Die betroffenen Männer weisen eine konstitutionell bedingte periphere Hypersensitivität für erotische Stimulation auf. Der daraus resultierende erhöhte sensorische Input macht die Steuerung des Erregungsablaufs von vornherein schwieriger und führt zu einer größeren Vulnerabilität für allfällige Stressoren. Die in einer Studie gefundene Hypererregbarkeit des BCR-Reflexes (Colpi 1986) ließe sich als Bestätigung dieser Hypothese interpretieren. Über das somatische Substrat einer Hypersensitivität kann allerdings ebenfalls nur spekuliert werden (erhöhte Anzahl von Nervenendigungen bzw. Rezeptoren, entsprechend veränderte Neurotransmission?).
- Es liegt bei den Ejaculatio praecox-Patienten ein geringeres Maß an Reflexinhibition durch übergeordnete Zentren vor. Ebenfalls von Colpi et al. (1986) wurde als Alternativerklärung für den erhöhten sensorischen Input eine gestörte Modulation der Motoneuronen des Pudendalzentriums durch die steuernden höheren Zentren vermutet. In diesem Zusammenhang ist eine Studie von Gerstenberg et al. (1990) von Interesse, in der gezeigt werden konnte, daß der entscheidende Orgasmustrigger nicht die Samenfüllung der posterioren Urethra ist, sondern in einem "Feuern" der spinalen und zentralen Ejakulationszentren bestehen muß.
- Hinsichtlich möglicher kortikaler "Substrate" des vorzeitigen Samenergusses liegen unterschiedliche Ansätze vor, die zum Teil (überwiegend unsystematischen) pharmakologischen Therapieversuchen entstammen. Levine (1992) stellt zur Diskussion, ob bei den betreffenden Männern eine stärkere kortikale Repräsentation sensorischer Stimuli aus der Genitalregion vorliegt. Yeates (1990) geht davon aus, daß die hypothalamischen "Sexualzentren" in interindividuell variablem Ausmaß durch psychogene oder sensorische Stimuli erregt werden können. Die Ejaculatio praecox könnte danach in einer Störung der hypothalamischen Integration der beiden Reizquellen bestehen. Aus Tierversuchen und den angesprochenen pharmakologischen Erfahrungen wissen wir, daß zentrale noradrenerge (Locus coeruleus) und dopaminerge (anteriorer Hypothalamus) Systeme ejakulationsfördernd sind (Redmond 1983), während serotonerge Systeme hemmend wirken (Kimura 1984, 1985). Ein Zentrum der supraspinalen Inhibition des Ejakulationsreflexes konnten McKenna et al. (1992) im Bereich des Nucleus paragigantocellularis in der rostralen ventralen Medulla oblongata identifizieren. Dieses Areal, dessen Neurone zu fast 80 % serotonerg versorgt sind, innerviert efferente Neurone der Beckenregion und erhält Afferenzen aus dem lumbosakralen Rückenmark.

Die hier zusammengetragenen Hypothesen eröffnen ein weites und faszinierendes Forschungsfeld, bringen gleichzeitig aber auch erhebliche forschungsmethodische und ethische Probleme mit sich. Hinsichtlich der Verursachung der Ejaculatio praecox legen sie ein Diathesis-Streß-Modell nahe wie es Strassberg et al. (1987) vorgeschlagen haben. Insgesamt bleibt zu hoffen, daß die Forschungsbemühungen – nicht nur im neurobiologischen Bereich – weitergeführt werden, dabei aber der Vielschichtigkeit des Phänomens und der Heterogenität der Patienten gebührend Rechnung getragen wird.

Literatur

- Amer, M.; G. Tobelem; R. Sellam; C. Economou; G. Arvis: Ejaculation prématurée en cas d'impuissance érectile. *Acta Urologica Belgica* 1988; 56: 186-191
- Bancroft, J.: *Grundlagen und Probleme menschlicher Sexualität*. Stuttgart: Enke 1985
- Barlow, D.H.: Causes of sexual dysfunction: the role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1986; 54: 140-148
- Barlow, D.H.: *Anxiety and its disorders*. New York: Guilford Press 1988
- Beck, J.G.; D.H. Barlow: Current conceptualisations of sexual dysfunctions: a review and an alternative perspective. *Clin. Psychol. Rev.* 1984; 4: 363-378
- Beretta G.; E. Chelo; F. Cantanzaro; F. Fanciullacci; A. Zanello: Trattamento con un alfabloccante (fenossibenzamina) della eiaculazione precoce. *Min. Urol. Nefrol.* 1988; 40: 29-32
- Bianco, F.; S. Blanco; L. Delgado: The role of the electroanalgram in the diagnosis of premature ejaculation. *Int. J. Impotence Res.* 1992; 4: Suppl.2, P 14
- Colpi, G.M.; F. Fanciullacci; G. Beretta; L. Negri; A. Zanello: Evoked sacral potentials in subjects with true premature ejaculation. *Andrologia* 1986; 18: 583-586
- De Amicis, L.A.; D.C. Goldberg; J. LoPiccolo; J. Friedman; L. Davies: Clinical follow-up of couples treated for sexual dysfunction. *Arch. Sex. Behav.* 1985; 14: 467 - 489
- Fanciullacci F.; G.M. Colpi: Cortical evoked potentials in subjects with true premature ejaculation. *Andrologia* 1988; 20: 26-330
- Frank, E.; C. Anderson; D.J. Kupfer: Profiles of couples seeking sex therapy and marital therapy. *American Journal of Psychiatry* 1974; 133: 559-562
- Gerstenberg, T.C.; J. Nordling; T. Hald; G. Wagner: Standardized evaluation of erectile dysfunction in 95 consecutive patients. *Journal of Urology* 1989; 141: 857-862
- Gerstenberg, T.C.; R.J. Levin; G. Wagner: Erection and ejaculation in man. Assessment of the electromyographic activity of the bulbocavernosus and ischiocavernosus muscles. *British Journal of Urology* 1990; 65: 395-402
- Gerstenberg, T.C.; J. Nordling: Corpus cavernosum electromyography measured by needle and surface electrodes. *Int. J. Impotence Res.* 1992; 4: Suppl.2, A 21
- Godpodinoff, M.L.: Premature ejaculation: Clinical subgroups and etiology. *Journal of Sexual Marital Therapy* 1989; 15: 130-134
- Hawton, K.; J. Catalan; P. Martin; J. Fagg: Long-term outcome of sex therapy. *Behaviour Research and Therapy* 1986; 24: 665-675
- Jünemann, K.P.; C.P. Bührle; C.G. Stief: Current trends in corpus cavernosum EMG. *Int. J. Impotence Res.* 1993; 5: 105-108.
- Kaplan, H.S.: *The New Sex Therapy*. New York: Brunner/Mazel 1974
- Kim, Y.C.; H.K. Choi; Y.S. Lho: Penile hemodynamics in premature ejaculation. *Int. J. Impotence Res.* 1992; 4: Suppl.1, 31-36
- Kimura, Y.; T. Tadano; S. Urano; A. Yonezawa; H. Watanabe; K. Kisara: On suppression of ejaculation by alpha-Methyl dopa. *andrologia* 1984; 16: 118-123
- Kimura, Y.; T. Tadano; S. Urano; A. Yonezawa; H. Watanabe; K. Kisara: Role of the spinal monoaminergic systems in suppression of ejaculation by alpha-Methyl dopa. *andrologia* 1985; 17: 166-171
- Kinsey, A.C.; W.B. Pomeroy; C.E. Martin: *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: W.B. Saunders 1948
- Kockott, G.; et al.: *Sexuelle Funktionsstörungen des Mannes. Beiträge zur Sexuallforschung* 58; Stuttgart: Enke 1981
- Langer, D.; U. Hartmann: *Psychosomatik der Impotenz*. Stuttgart: Enke 1992
- Levine, S.B.: *Sexual life. A clinician's guide*. New York: Plenum Press 1992
- LoPiccolo, J.; W.E. Stock: Treatment of sexual dysfunction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1986; 54: 158-167
- Mahoney, J.M.; M.S. Strassberg; D.S. Strassberg: Voluntary control of male sexual arousal. *Arch. Sex. Behav.* 1991; 20: 1-16

- McKenna, K.E.; K.T. McVary; L. Marson: Spinal and brainstem mechanisms of erection and ejaculation. *Int. J. Impotence Res.* 1992; 4: Suppl.2, A 30
- Merckx, L.; F. Keuppens: Penile electromyography in the evaluation of neurogenic impotence: A critical appraisal. *Int. J. Impotence Res.* 1992; 4: Suppl.2, A 22
- Michael, R.T.; J.H. Gagnon; E.O. Laumann; G. Kolata: *Sex in America*. Boston: Little, Brown & Co. 1994 (Deutsch: *Sexwende*. München: Knaur)
- Munjack, D.J.; P.H. Kanno; L.J. Oziel: Ejaculatory disorders: some psychometric data. *Psychological Reports* 1978; 43: 783-787
- Redmond, D.E.; T.R. Kosten; M.F. Reiser: Spontaneous ejaculation associated with anxiety: Psychophysiological considerations. *Am. J. Psychiat.* 1983; 140: 1163-1166
- Reifler, C.B.: Pornography: An experimental study of effects. *Am. J. Psychiat.* 1971; 128: 575-582
- Rosen, R.C.; F.J. Keefe: The measurement of human penile tumescence. *Psychophysiology*: 1978; 15: 366-376
- Schmidt, G.: Tendenzen und Entwicklungen. Einleitung zur dritten Auflage. In: Arentewicz, G.; G. Schmidt (Hrsg.): *Sexuell gestörte Beziehungen*. 3. bearb. Auflage; Stuttgart: Enke 1993
- Sigusch, V.; T. Maack.: Ejakulationsstörungen. *Sexualmedizin* 1976; 5: 23-32
- Spieß W.F.J.; H.J. Geer; W.T. O Donohue: Premature ejaculation: Investigation of factors in ejaculatory latency. *Journal Abnormal Psychology* 1994; 93: 242-245
- Stief, C.G.; W.F. Thon; R. Bischoff et al.: Die Diagnose neurogen-autonom bedingter Erektionsstörungen: Single Potential Analysis of Cavemous Electric Activity (SPACE). *Akt. Urol.* 1990a; 21: 267-272
- Stief, C.G.; M. Djamilian; F. Schaebsdau et al.: Single potential analysis of cavernous electric activity – a possible diagnosis of autonomic impotence? *World J. Urol.* 1990b; 8: 75-79
- Stief, C.G.; M. Djamilian; P. Anton; W. de Riese; E.P. Allhoff; U. Jonas: Single potential analysis of cavernous electrical activity in impotent patients: A possible diagnostic method for autonomic cavernous dysfunction and cavernous smooth muscle degeneration. *J. Urol.* 1991; 146: 771-776
- Stief, C.G.; W.F. Thon; M. Djamilian; E.P. Allhoff; U. Jonas: Transcutaneous registration of cavernous smooth muscle electrical activity: noninvasive diagnosis of neurogenic autonomic impotence. *J. Urol.* 1992; 147: 47-50
- Stief, C.G.; K.P. Jünemann; B. Kellner; T. Gerstenberg; L. Merckx; G. Wagner : Consensus and progress in corpus cavernosum-EMG. *Int. J. Impotence Res.* 1994; 6: 177-182
- St.Lawrence, J.S.; S. Madakasira: Evaluation and treatment of premature ejaculation: a critical review. *Int. J. Psychiatry in Medicine* 1992; 22: 77-97
- Strassberg, D.S.; M.P. Kelly; C. Carroll; J.C. Kircher: The psychophysiological nature of premature ejaculation. *Arch. Sex. Behav.* 1987; 16: 327-336
- Vignoli, G.C.: Premature ejaculation: New electrophysiologic approach. *Urol.* 1978; 11: 81-82
- Vogt, H.-J.; O. Niederer; G. Arias: Orgasmusstörungen des Mannes. *Münch. med. Wschr.* 1992; 134: 503-506.
- Wagner G.; T. Gerstenberg; R.J. Levine: Electrical activity of corpus cavernosum during flaccidity and erection of the human penis: A new diagnostic method? *J. Urol.* 1989; 142: 723-725
- Yeates, W.K.: Ejaculation and its disorders. *Arch. It. Urol.* 1990; 62: 137-148.
- Zuckerman, M.: Physiological measures of sexual arousal in the human. *Psychol. Bulletin* 1971; 75: 297-329

Anschriften der Autoren

PD Dr. Uwe Hartmann, Dipl.-Psych., Dr. med. Hannes Uhlemann, Arbeitsbereich Klinische Psychologie im Zentrum Psychogische Medizin, Medizinische Hochschule Hannover D-30623 Hannover

Der natürliche Unterschied: Zur Biopsychologie der Geschlechterdifferenz

The Natural Difference: On the Bio-psychology of the Difference between the Sexes

Gerhard Medicus, Hall i.T.; Sigrid Hopf, Andechs

Zusammenfassung

Es werden Ergebnisse der vergleichenden Verhaltensforschung zum menschlichen Sexualverhalten präsentiert. Im ersten Teil werden biologische Grundbegriffe und grundsätzliche Überlegungen zur Stammesgeschichte von Geschlechtsunterschieden vorgestellt. Die große Vielfalt des Fortpflanzungsverhaltens im Tierreich kann nicht näher dargestellt werden, wo aber ein Bezug zur Anthropologie besteht, sind Beispiele von Wirbeltieren angeführt. Darauf baut der zweite Teil auf, in dem Aspekte des psychosexuellen Dimorphismus bei Primaten, Menschen eingeschlossen, im Vordergrund stehen. Schließlich wird im dritten Teil gezeigt, daß die Ethologie auch für die klinisch psychiatrische und die psychotherapeutische Diskussion einen Beitrag leisten kann.

Schlüsselwörter: Ethologie, Sexualverhalten, Geschlechtsunterschied.

Abstract

In this essay some results of ethological research are presented on human sexual behaviour. In the first section, basic biological concepts and fundamental considerations on the phylogeny of the difference between the sexes are discussed. Where a relationship to anthropology exists, examples from vertebrates are mentioned. The second section builds on the first, with emphasis placed on aspects of psychosexual dimorphism among primates, including humans. Finally, in the third section, it is shown that ethology can also offer insights to discussions in clinical psychiatry and psychotherapy.

Key words: Ethology, sexualbehavior, sexual difference.

Allgemeines, biologische Grundlagen

Immer wieder ergibt sich zur Frage der Geschlechterdifferenz das Problem, was an den Unterschieden angeboren und was anerzogen sei. Zu diesem Thema gibt es viele Meinungen, zum Teil werden dazu auch extreme Positionen vertreten, zum Beispiel: alle Unterschiede seien in der Ontogenese gelernt. Das gegensätzliche Extrem wird den Ethologen immer wieder von ihren Gegnern unterstellt, nämlich, daß die menschlichen Geschlechterrollen durch stammesgeschichtliche Programmierungen zur Gänze vorgegeben und durch Lernen und Wollen kaum korrigierbar seien. Diese letztere Position wird aber von niemandem wirklich vertreten. Es läßt sich vielmehr zeigen, daß es natürlich in enger Verschränkung sowohl angeborene Vorprogrammierungen, als auch Lernen und Wollen gibt. Diese differenziertere und damit auch kompliziertere Sicht soll auf der Grundlage von

Daten aus dem (Tier-)Arten- und dem Kulturenvergleich dargestellt werden. Von folgenden Autoren wird diese verhaltensbiologische Sicht umfassend dargestellt: Bischof (1985); Eibl-Eibesfeldt (1967; 1994), Goodall (1986; 1991), Symons (1979) sowie Wickler und Seibt (1983).

Als methodische Vorgangsweise wird der Fragenraster biologischer Forschung angewandt (Lorenz 1937; Tinbergen 1963; eine tabellarische Übersicht dazu findet sich in Medicus 1995): Erstens die Frage nach der *Stammesgeschichte* der Geschlechterdifferenz, zweitens die Frage nach ihrem *Anpassungswert*, drittens die Frage nach der *Ontogenese* und viertens die Frage nach den *Verursachungen*. Beim Thema dieses Aufsatzes muß zwischen dem Anpassungswert (1) zwischen GeschlechtsgenossInnen (z.B. Rivalität zwischen Männchen um Weibchen) und (2) gegenüber dem anderen Geschlecht (z.B. Merkmale, die für das jeweils andere Geschlecht attraktiv sind) unterschieden werden. Zwischen diesen Selektionsbedingungen, anderen innerartlichen und ökologischen müssen im Laufe der Evolution Kompromisse gefunden werden.

Im ethologischen Schrifttum ist es üblich, die Fragen nach der Phylogenese und nach dem Anpassungswert als Fragen nach den grundlegenden (ultimaten) Zusammenhängen und die Fragen nach der Ontogenese und nach den Verursachungen (Funktionsabläufen) als Fragen nach den unmittelbaren (proximaten) Zusammenhängen zusammenzufassen. Mit der Diskussion eines Fragenbereiches ergeben sich zugleich auch Fragen zu den übrigen Bereichen. Die Biologie kann hier also ein nützliches Paradigmenystem liefern (z.B. Bischof-Köhler 1992; Ploog 1963). Stellt man etwa nur die Fragen nach der Ontogenese und den Verursachungen, dann bleiben viele Lebensphänomene unerklärlich und entsprechende Theorien unzulänglich, weil sich viele Antworten erst aus den grundlegenden Zusammenhängen ergeben. Da die Antworten zu allen vier Grundfragen widerspruchsfrei zusammenpassen müssen, lassen sich ferner falsche Vorstellungen durch Inkonsistenzen aufdecken. Beim Menschen (und vielen anderen Wirbeltieren; z.B. Ploog, Hopf 1967; 1981) haben beide Geschlechter qualitativ das gleiche Verhaltensrepertoire. Verhaltensunterschiede ergeben sich durch unterschiedliche *Häufigkeit*, unterschiedliche *Intensität* des Verhaltens und unterschiedliche *Reihenfolge* von Teilen des Verhaltens. Solche Unterschiede ergeben sich vor allem dann, wenn Verhaltensmerkmale mit einem Selektionsvorteil verbunden sind oder in der Stammesgeschichte verbunden waren. Dabei können manchmal die Entstehungsursachen eines Verhaltensmerkmals andere sein als die, die für das Weiterbestehen relevant sind (z.B. der Größendimorphismus beim Menschen, siehe unten).

Die im folgenden geschilderten Unterschiede basieren auf Durchschnittswerten. Dabei werden keine "quantitativen" Aussagen zum Ausmaß der Geschlechtsunterschiede gemacht und besondere individuelle Merkmalsausprägungen nicht berücksichtigt. Natürlich können beim Menschen stammesgeschichtlich vorgegebene Dispositionen durch Lernen abgeschwächt oder verstärkt werden. Darüber hinaus können angeborene Dispositionen durch Einsicht und Willen kontrolliert und gesteuert werden. In bezug auf den psychosexuellen Dimorphismus findet man auch häufig kulturelle Unterschiede (Schiefenhövel 1992) z.B. in Abhängigkeit vom Wohnort (Stadt oder Land) und der sozialen Schicht. Viele menschliche Verhaltensweisen lassen sich zweifellos auch nur kulturell erklären. Das mangelnde Wissen um psychische Besonderheiten des anderen Geschlechtes kann für Männer und Frauen zu typisch falschen Einschätzungen und Vorurteilen führen (Tramitz 1993). Viele der Geschlechtsunterschiede sind ein Grund dafür, daß Partnerschaft und Sexualität konfliktanfällig sind.

Vorteile geschlechtlicher Fortpflanzung

Im Vergleich zur Parthenogenese ist die sexuelle Fortpflanzung mit einer Reihe von Nachteilen oder "Kosten" verbunden. So ist der Aufwand beträchtlich, damit ein Partner der eigenen Art und des anderen Geschlechts im fruchtbaren Alter beziehungsweise im Östrus gefunden wird, es müssen in äonenlanger Evolution Geschlechtsunterschiede entstehen, und diese müssen richtig interpretiert werden usw. Welche Vorteile hat die sexuelle Fortpflanzung, die sich im Tier- und Pflanzenreich bewährt hat und deshalb weit verbreitet ist?

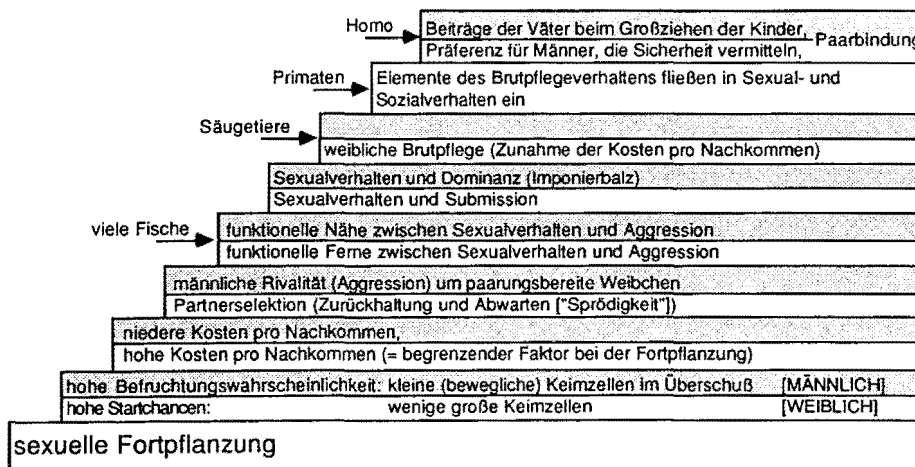
Durch die geschlechtliche Fortpflanzung werden zwei scheinbar gegensätzliche Bedingungen in vorteilhafter Weise verbunden (Riedl 1975): Vielfalt und Suchfeldeinengung ("Suchfeld" im Sinne von einer Korrespondenz mit der Realität bzw. einer "Erwartung" oder Arbeitshypothese über die Realität, zugleich muß jedes Suchfeld in zweckmäßiger Weise durch eine spezifische Gestaltung "eingeengt" sein). Die Chromosomen sind in Körperzellen paarweise (d.h. diploid) angelegt, in Keimzellen nur einfach (d.h. haploid). In einer diploiden Zelle stammt je eine Hälfte der Chromosomen von der Mutter, die andere vom Vater. Welche Hälfte eines Chromosomenpaares einer diploiden Zelle bei der sogenannten Reduktionsteilung in die einzelnen haploiden Keimzellen gelangt, bleibt dem Zufall überlassen. Dadurch entstehen genetisch zum Teil sehr unterschiedliche Keimzellen. Trotz dieser Vielfalt ist das Suchfeld der genetisch unterschiedlichen Keimzellen durch die z.T. bereits durch mehrere Generationen erfolgte "Vortestung" der elterlichen Genausstattung eingeengt. Das heißt, daß sich die neu kombinierten Gene bereits in anderer Kombination bei den Eltern bewährt haben. Eine ähnlich große Vielfalt ohne sexuelle Fortpflanzung ließe sich nur durch eine höhere Mutationsrate erreichen. Die meisten Mutanten sind aber nicht von Vorteil für ihren Träger, sondern von Nachteil. So gesehen überwiegen bei einer hohen Mutationsrate die Nachteile und weniger Nachkommen werden die Folge sein. Durch wiederholte Rekombination und Selektion können sich ferner innerhalb einer Population im Verlauf mehrerer Generationen bestimmte vorteilhafte Kombinationen von Chromosomen rascher ausbreiten. Dadurch und durch die rekombinationsbedingte Vielfalt sind raschere Anpassungsvorgänge möglich als durch Parthenogenese. Damit kann die sexuelle Fortpflanzung als ein Produkt der Selektion auf Evolutionsgeschwindigkeit gesehen werden.

Grundprinzipien und Entstehungsgründe des Sexualdimorphismus

Verhaltensweisen sind bei Tieren, deren Nervensystem eine einfache Struktur hat, oft klarer und leichter analysierbar als bei höheren Wirbeltieren. So sind Untersuchungen möglich, ob und in welcher Weise ähnliche Verhaltensmerkmale bei höheren Organismen vorhanden sind (*Artenvergleich*) und durch welche Leistungen sich die Art Mensch von Tierarten abhebt. Diese Methode biologischer Forschung erweist sich als heuristisch wertvoll. Bei diesem Vorgehen müssen aber zwei Fehler vermieden werden: Der direkte Schluß vom "Tier" auf den Menschen und die Vermenschlichung des Tieres.

Vergleichen heißt nach Ähnlichkeiten und Unterschieden suchen. Empirie ist in der Verhaltensforschung unter anderem durch Vergleich möglich. Wenn Ähnlichkeiten zwischen verschiedenen Arten gefunden werden, so ist es für die Theorienbildung wichtig, die historischen (phylogenetischen) und funktionellen Ursachen dieser Ähnlichkeiten auseinanderzuhalten. Bei (Verhaltens-)Merkmalen, die im Verlaufe der Stammesgeschichte bei verschiedenen Arten mehrmals unabhängig voneinander entstanden sind, spricht man von

Funktionsähnlichkeiten oder von konvergenten oder analogen Entwicklungen. Sie lassen häufig Rückschlüsse über funktionelle Gesetzmäßigkeiten zu. Wenn Ähnlichkeiten durch eine gemeinsame phylogenetische Abstammung begründet sind, spricht man von Abstammungsähnlichkeiten oder von Homologien. Beispiele dazu folgen im Text. Manchmal kann man auf den durch den Artenvergleich gewonnenen Grundlagen rekonstruieren, in welcher Reihenfolge bestimmte Leistungsqualitäten entstanden sein dürften (Übersicht 1) und wie sich unter Umständen alte stammesgeschichtliche Vorbedingungen unter den Selektionsbedingungen jüngerer Leistungen verändert haben. Daß ein Merkmal so und nicht anders ist, erfährt darüber hinaus durch die Art der Vorbedingungen eine Deutung (z.B. der unterschiedliche Bau von Wirbeltier- und Insektenbeinen auf Grund unterschiedlicher Vorbedingungen).



Übersicht 1: Idealisertes und vereinfachtes Schema von der Evolution von Bedingungen und Merkmalen des menschlichen biopsychischen Geschlechtsdimorphismus (nach Medicus und Hopf 1990): Von der linken Seite beginnend werden phylogenetische Schritte der Aspekte Sexualität und Dominanz gezeigt; männliche Merkmale sind grau gekennzeichnet. Beim Sexualdimorphismus sind große Unterschiede zwischen nah verwandten Arten möglich. Die Entwicklung bis zum Menschen erfolgte deshalb nicht in der klaren und unidirektionalen Weise, wie es in dieser idealisierten Darstellung gezeigt wird. Auch die Einteilung in neun Stufen stellt natürlich eine Vereinfachung dar. Durch die Art der graphischen Darstellung soll angedeutet werden, daß im Verlauf der Stammesgeschichte viele alte Merkmale im Rahmen von Neuentwicklungen bestehen bleiben (es gilt für anatomische Merkmale genauso wie für Verhaltensleistungen die Regel: Stufe 2=1+2; Stufe 3=1+2+3; usw). Nähere Erklärungen finden sich im Text.

In der Folge wird der Versuch gemacht, in vereinfachter Weise Schritte der Stammesgeschichte des menschlichen Sexualverhaltens zu rekonstruieren (bezüglich weiterführender Literatur siehe z.B. Eibl-Eibesfeldt 1994; Symons 1979; Wickler 1983; siehe auch Medicus 1990). Ein Teil der geschlechtsspezifischen Unterschiede ist so alt wie die sexuelle Vermehrung bei tierischen Vielzellern selbst. Folgende zwei Bedingungen müssen bei der Vereinigung von zwei Keimzellen erfüllt sein: *erstens* muß die Wahrscheinlichkeit hoch sein, daß zwei Keimzellen aufeinandertreffen, und *zweitens* muß nach der Vereinigung eine bestimmte Mindestgröße der Zelle erreicht sein, damit entsprechende Startchancen ins Leben gegeben sind. Diese Bedingungen sind am besten erfüllt, wenn ein Geschlecht große Keimzellen und wenn das andere Geschlecht kleine Keimzellen in großer Zahl produziert (Anisogamie). Die großen nährstoffreichen Keimzellen oder Eizellen, so definiert als die weiblichen Eizellen, sichern den Start ins Leben. Die kleinen, zahlreichen und zur Lokomotion fähigen Spermien erhöhen die Trefferwahrscheinlichkeit.

Trotz der Produktion eines Überschusses an Spermien ist der Aufwand an Zeit, Energie, Baustoffen und Risiken für das Männchen gewöhnlich um Größenordnungen kleiner als für das Weibchen (Trivers 1985). Dies trifft schon beim Vergleich der Investitionen der Geschlechter bei laichenden Fischen zu, und noch viel mehr bei Säugetieren. Männchen können sich [meistens] innerhalb eines bestimmten Zeitraumes häufiger erfolgreich paaren als Weibchen. Der weibliche Fortpflanzungserfolg ist durch die Ressourcen Zeit und Nahrung limitiert, der männliche durch den Zugang zu fruchtbaren und paarungsbereiten Weibchen. Auf jedes paarungswillige Weibchen kommen mehrere paarungswillige Männchen. Dem Weibchen fällt deshalb bei vielen Arten eher die Rolle der Partnerselektion zu; es reagiert zunächst in der Entscheidungsphase zurückhaltend und abwartend ("spröde"). Mutanten werden über die Anzahl der Nachkommen durch die Selektion gefördert oder behindert. Es ergibt sich demnach für diejenigen Männchen ein Selektionsvorteil, die *erstens* nach Weibchen suchen, die *zweitens* intensiv werben und sich sehr um eine Begattung bemühen und die *drittens* versuchen, Rivalen zu vertreiben. Die Wahrscheinlichkeit, sexuelle Aktionen zu initiieren, auch wenn der Partner nicht motiviert ist, ist bei Männchen vieler Wirbeltiere höher als bei Weibchen. Es erweist sich ferner als vorteilhaft für Männchen vieler Arten, wenn sie rasch zwischen Rivalenkampf und Balz wechseln können. Beim männlichen Geschlecht gehören deshalb vielfach die Motivationen Balz und Rivalenkampf zum Verhaltensbereich der Fortpflanzung. Es handelt sich dabei um sogenannte "funktionell nahe" Verhaltensweisen (siehe unten).

Dem männlichen Drängen steht weibliche Zurückhaltung gegenüber, die Intensität des Verhaltens eines Geschlechts ist z.T. von der des anderen abhängig. Dieser Wechselbezug wird unter anderem durch ein Experiment mit Rhesusaffen verdeutlicht (Keverne 1982): Wenn männliche Rhesusaffen die Nase mit Paraffin verklebt bekommen, werden die Weibchen deutlich initiativer, da die Männchen ihren attraktiven Östrusgeruch nicht wahrnehmen.

Wenn bei einer Art die Kosten bei der Fortpflanzung für die Männchen größer sind als für die Weibchen (z.B. beim Strauß, bei Großfußhühnern, beim Nashornvogel), dann sind es die Weibchen, die intensiver um das Männchen balzen, weil ja dann auf ein paarungswilliges Männchen mehrere paarungswillige Weibchen kommen (z.B. Wickler 1983).

Es gibt in Abhängigkeit von bestimmten Verhaltensbereichen unterschiedliche Grade funktioneller Nähe zu anderen Verhaltensweisen und Stimmungen. Funktionell nahe Verhaltensweisen sind dadurch definiert, daß sie innerhalb relativ kurzer Zeiträume

auftreten und damit auch rasch abwechseln können; manchmal gibt es auch Mischungen zwischen beliebigen Intensitäten funktionell nahestehender Verhaltensweisen (vgl. z.B. Lorenz 1978, Abb. 26). Entsprechend können introspektiv an uns selbst manche Stimmungen und Gefühle als mischbar erlebt werden (z.B. eher bei Männern Sexualität und Dominanz, z.T. Sexualität und Aggression), andere jedoch nicht (z.B. lebensbedrohliche Atemnot und Sexualität).

Die funktionelle Nähe zwischen den Verhaltensweisen Rivalität und Sexualität im männlichen Geschlecht zeigt sich, abhängig von der Spezies, in sehr verschiedenen Variationen. Eine historisch wichtige Grundlage für die folgenden Überlegungen bietet eine alte und viel zu wenig beachtete Arbeit von Beatrice Dehler über Buntbarsche (*Cichlasoma biocellatum*, *Geophagus brasiliensis*; Arten, bei denen es keine äußeren Geschlechtsunterschiede gibt). Sie schreibt (1958, S. 169): „*Sehr viele Paarbildungen beginnen mit Feindseligkeiten. Unterliegt das Männchen, so verliert es sofort seine Balzstimmung und flieht. Dagegen kann ein unterlegenes Weibchen trotz aller Fluchtbereitschaft sexuelle Handlungen ausführen, während es nie balzt, wenn es überlegen ist. Treffen also zwei Männchen zusammen, so bildet sich kein Paar, weil das Schwächere sofort flieht; zwei Weibchen hingegen balzen nicht miteinander, weil dasjenige, welches die Angriffsstimmung des anderen unterdrückt, nunmehr selbst allzu stark vom Kampftrieb beherrscht wird. Damit ist das Zustandekommen heterosexueller Paare gesichert*“. Zweifellos sind bei vielen Arten bei der Vermeidung von homosexuellen Paarungen andere Mechanismen entscheidend. Ob sich ferner ein Weibchen Balzverhalten gegenüber submissiv verhält oder nicht, ist nicht nur eine Frage der relativen Stärke. Auch wenn es unterlegen ist, kann es Partnerselektion betreiben, indem es entweder wegschwimmen oder Unterlegenheit signalisieren kann (Bischof 1985). Diese Beobachtung von Beatrice Dehler ist aber nicht nur interessant, weil sie wahrscheinlich die erste Motivationsanalyse dieser Art in der ethologischen Literatur ist. Sie ist auch aufschlußreich, weil sich solche Geschlechtsunterschiede in unterschiedlichen Formen bei vielen Wirbeltieren und auch beim Menschen finden.

Sexuelle Fortpflanzung bei nicht menschlichen und menschlichen Primaten

Bei der Evolution der Primaten sind nicht nur eine Vielzahl von neuen Leistungen entstanden, sondern es waren damit auch Selektionsbedingungen gegeben, die zu Veränderungen an älteren Merkmalen geführt haben. Ein Teil dieser Neuerwerbungen und Veränderungen soll im folgenden zur Sprache kommen.

Exkurs: Kommunikation bei Primaten

Bei Primaten einschließlich dem Menschen leiten sich einige Formen der Kommunikation (a) vom Sexual- und (b) vom Brutpflegeverhalten her.

(a) Die Formen der Kommunikation, die sich bei Primaten stammesgeschichtlich aus dem Sexualverhalten herleiten lassen, sind einerseits Gesten von Dominanz und andererseits von Unterordnung (Wickler 1966; siehe auch Eibl-Eibesfeldt 1994). Sowohl das genitale Imponieren (z.B. Totenkopffaffen; Ploog 1972) als auch das Wutaufreiten (z.B. Pavian) sind von männlichem Sexualverhalten herleitbar. Es sind Gesten der Dominanz geworden, die unabhängig von einer sexuellen Motivation und bei beiden Geschlechtern auftreten können. Bei Mantelpavianen können Individuen soziale Bedrohungen beenden, indem sie die Geste

der weiblichen Kopulationsaufforderung an den Bedroher richten, als ein "Signal des Einlenkens". Dies geschieht ebenso außerhalb des Fortpflanzungskontextes und unabhängig vom Geschlecht der Beteiligten. Dieses Befriedungsverhalten verringert die Gefahr von Kampf und Verletzung. Es ist Teil einer sozialen Kompetenz, die erforderlich ist, um in sozialen Gruppen von Säugetieren zu leben, die hierarchisch strukturiert sind.

(b) In Zusammenhang mit der Entwicklung von Brutpflege (zunächst durch Weibchen) entstanden zwei Merkmale, die für Entwicklungsschritte zum menschlichen Sexualverhalten wichtig sind: Es sind dies (1) das Mutter-Kind-Band und (2) besondere juvenile Merkmale (beim Menschen: Kindchenschema; Lorenz 1978). Der Anblick eines Kindes kann als belohnend empfunden werden, kann bei Erwachsenen und älteren Kindern freundliche Zuwendung auslösen und mildert Aggressionen von Adulten gegenüber Juvenilen.

Verhaltenselemente der Brutpflege wurden später in der Stammesgeschichte auch Bestandteile des Sozialverhaltens Adulter sowie Bestandteile des Sexualverhaltens, wie z.B. der Kuß und die soziale Hautpflege. Es ist also irreführend, wenn man die Liebkosungen zwischen Eltern und Kindern von vorneherein als sexuell motiviert beschreibt. Schnäbeln und soziale Gefiederpflege als vergleichbare Verhaltensweisen bei Vögeln sind unabhängig von den entsprechenden Entwicklungen bei Primaten entstanden; es handelt sich hier also um eine Konvergenz oder Analogie. Im Gegensatz dazu gründen Kuß und soziale Fell- und Hautpflege der Primaten auf einer gemeinsamen Abstammung; hier handelt es sich also um homologe Merkmale. Eibl-Eibesfeldt (1970; 1994) hat festgestellt, daß es im Tierreich nur bei denjenigen Arten soziale Bindungen gibt, die Brutpflege treiben oder bei denen Brutpflege in ihrer Stammesgeschichte einmal vorgekommen ist. Elemente des Brutpflegeverhaltens erleichtern es, sich näherzukommen. Dies kann eine wichtige Bedingung für die Bildung und Erhaltung von sozialen Bindungen, Paar-, Familien- und Gruppenbindungen sein (Hopf 1989). Sie helfen, die Aggressionen, die zwischen Individuen bei größerer Nähe entstehen können, zu hemmen (Individualdistanz).

Positive Wahrnehmungen der Jungtiere bei der mütterlichen Hautpflege könnten Vorbedingungen für positive Erlebnisse bei der Kopulation bis hin zum Orgasmus gewesen sein. Vorerst sprechen nur wenige Indizien dafür: z.B., daß die Endorphine bei Brutpflege und Sexualität eine Rolle spielen und daß Säuglinge und Kleinkinder die perianale Reinigung wahrscheinlich als angenehm erleben.

Soziologie der Paarungssysteme bei Primaten

Bei den mit uns am nächsten verwandten Primaten findet man z.T. als Artmerkmal, z.T. aber auch in Abhängigkeit von ökologischen Bedingungen verschiedene soziale Strukturen und Paarungssysteme: Polygynie, Monogamie, Polyandrie und Polygynandrie (Dunbar 1988; Harcourt 1981; Vogel 1994).

Polygynie findet man z.B. beim Gorilla, Pavian und Menschen: Ein Männchen monopolisiert mehrere Weibchen sexuell. Dabei gibt es bei nicht menschlichen polygynen Primaten keinen direkten männlichen Beitrag zur Brutpflege in Form von Beistauern von Ressourcen u.a.. Diese männliche Bereitschaft, einen Beitrag zur Versorgung der eigenen Kinder zu leisten, entsteht in unserer Abstammungsreihe erst im Tier-Mensch-Übergangsfeld. Bezogen auf die jüngste Stammesgeschichte ist deshalb die menschliche Polygynie eher eine kulturelle Errungenschaft: Männern ist es wahrscheinlich erst seit der Erfindung von Ackerbau und Viehzucht möglich, so viele Ressourcen anzuhäufen, daß ihr Beitrag

ausreicht, mehrere Frauen samt Kindern mitzuversorgen – zusätzlich zum Beitrag der Frau. Das ist eine Bedingung, die vice versa nicht gegeben ist. Auch wenn über 80% der menschlichen Gesellschaften Polygynie erlauben, kann sich in diesen Gesellschaften nur ein Teil der Männer mehr als eine Frau samt Kindern aus ökonomischen Gründen leisten. Von vielen polygynen Affenarten zeigen die Weibchen optisch (z.B. Pavian) oder / und geruchlich (z.B. Rhesus) den Östrus für Männchen deutlich erkennbar an. Die Weibchen sind dann während des Östrus für Männchen sexuell besonders attraktiv. Weibchen von polygynen Hominoiden (Gorilla, Orangutan und z.T. der Mensch) bilden bezüglich der optisch auffallenden Östrusschwellung eine Ausnahme: Sie zeigen den Östrus nicht an. *Polyandrie* gibt es beim Menschen in weniger als 1% der Kulturen. Die Männer sind immer Brüder.

Polygynandrie findet man bei Schimpansen. Hochrangige Schimpansenmänner teilen sich ihre sexuellen Privilegien teilweise mit viel sozialem Geschick (de Waal 1982; Goodall 1986); rangniedere Männchen haben dabei bestenfalls heimlich Zugang zu Weibchen im Östrus.

Promiske Formen des Zusammenlebens wurden auch beim Menschen in "experimentierfreudigen" Kommunen und von Hippies versucht. Dieses kulturelle Experiment war aber nicht von Dauer, da sich in diesen Gruppen regelmäßig paarweise Bevorzugungen herausbildeten. Vielfach hat man sich dabei, obwohl z.T. lerntheoretisch orientiert, auf besondere ["biopsychische"] Merkmale der Urgesellschaft berufen und fälschlicher Weise behauptet, daß die Urgesellschaft promisk gewesen sei und keine Eifersucht und sexuelle Scham und keine romantische Liebe gekannt habe (siehe auch Schiefenhövel 1994).

Monogamie findet man nur bei ca. 12% der 190 Primatenarten (Vogel 1994). Monogame Bindungen kommen bei Säugetieren nur dann vor, wenn sich beide Elternteile an der Brutpflege beteiligen, z.B. bei Pinselohrräffchen und Gibbons. Vorbedingungen der männlichen Brutpflege bei Säugern waren weibliche Brutpflege und ein längerfristiges, über die Tragzeit hinausreichendes sexuelles Monopolisieren des Weibchens. Aus soziobiologischer Sicht zahlt es sich nur dann für das Männchen aus, Brutpflege zu betreiben, wenn die Jungen die eigenen sind. Sobald die Männchen in der Stammesgeschichte Brutpflege betreiben, erweist es sich als ein Vorteil für die Weibchen, die Männchen diesbezüglich ebenfalls zu monopolisieren. Das subjektive Korrelat des Monopolisierens ist die sexuelle Eifersucht. Beim Menschen ist eine strikte Zuordnung zu einem dieser Begattungssysteme nur mit Vorbehalt möglich: Wir sind offensichtlich nur milde monogam: Einerseits kommen trotz kultureller Normen Seitensprünge vor und andererseits leben die meisten Personen in Kulturen ohne Zwang zu lebenslanger Monogamie seriell monogam. Darüber hinaus gibt es, wie bereits erwähnt, polygyne Tendenzen. Schiefenhövel (pers. Mitteilung) konnte auf Grund seiner Daten von den Trobriandern feststellen, daß immerhin ca. 30% der Paare auch ohne kulturellen Druck lebenslang beisammen bleiben. Die kulturelle Bestärkung dauerhafter Bindungen ist wahrscheinlich eine Anpassungshilfe an Bedingungen einer Hochkultur: In Städten überwiegen die Kernfamilien die Großfamilien; damit sind die Möglichkeiten für eine gegenseitige ökonomische und soziale Absicherung begrenzt. Mit dieser Entwicklung sind Kinder im Falle einer Trennung der Eltern häufig psychosozial und ökonomisch benachteiligt, deshalb ist die kulturelle Forderung nach einer dauerhaften Bindung vor allem für die Kinder von entscheidendem Vorteil. Darüber hinaus haben weniger Seitensprünge weniger Eifersuchtsdelikte und eine geringere Wahrscheinlichkeit sexueller Krankheitsübertragung zur Folge. Schiefenhövel berichtet (pers. Mitteilung), daß bei einem

Papuastamm von 17 dokumentierten Verletzungsdelikten 12 wegen Eifersucht begangen wurden. Die soziale Kontrolle ist sogar in "freizügigeren" traditionellen Kulturen (d.h. bei sogenannten "Naturvölkern") so groß, daß sich wahrscheinlich seltener Gelegenheiten für Seitensprünge ergeben als in Europa.

Seitensprünge können beim Menschen mit persönlichen und sozialen Vorteilen verbunden sein. Auch dafür gibt es ultimate Gründe. Eine Folge sind vermutlich wenige Prozent "Kuckuckskinder", also Kinder, die nicht von ihren vermeintlichen Vätern gezeugt wurden. Bezüglich des Phänomens der Kuckuckskinder wird von manchen Autoren der Mechanismus "sperm competition" überschätzt: Kuckuckskinder können auch gezeugt worden sein, ohne daß es zu sperm competition gekommen sein muß. Einen Anhaltspunkt für die Bedeutung von sperm competition beim Menschen wären zweieiige Zwillinge, die verschiedene Väter haben. Ihr Prozentsatz dürfte vernachlässigbar klein sein.

Das "Prinzip der Antithese" bei Geschlechtsunterschieden

Auf der Grundlage der Anisogamie und der unterschiedlichen Fortpflanzungskosten sind während der Evolution bei den Geschlechtern zum Teil gegensätzliche Verhaltensweisen entstanden. Daraus haben sich bei wechselseitigen ultimativen Zusammenhängen bei beiden Geschlechtern für sie typische weitere Merkmale ergeben. Als eine Folge der Rivalität zwischen Männchen um Weibchen entwickelten sich im Laufe der Stammesgeschichte bei vielen Arten große und starke Männchen. Dieser Trend kann durch weibliche Zuchtwahl noch verstärkt werden: Weibchen, die sich mit starken und dominierenden Männchen gepaart haben, können einen Selektionsvorteil haben. Bei diesen Weibchen ist dann die Chance hoch, über starke Söhne mehr Nachkommen auf mehrere Generationen hin zu bekommen, weil die Söhne anderen männlichen Rivalen eher wieder überlegen sein werden. Demgemäß wurde Imponierverhalten bei vielen Arten zu einem Bestandteil männlichen Balzverhaltens, auch wenn es sich stammesgeschichtlich vom Drohverhalten (gegen Rivalen) herleitet. Dieses Imponierbalzen ist vor der Evolution von Paarbindungen bei Vögeln und Säugetieren, anthropomorph interpretiert, vielfach "bedrohlich" gegen die Partnerin gerichtet (siehe unten). In freier Wildbahn wurden bisher aber im Rahmen des männlichen Balz- und Sexualverhaltens bei Weibchen keine gravierenden Verletzungen oder Tötungen beobachtet. Wenn es in Gefangenschaft dazu kommt, dann handelt es sich nosologisch um andersartige Phänomene als bei deviantem menschlichem Sexualverhalten. Merkmale, die bei der innerartlichen Kommunikation für den Sender und den Empfänger Vorteile mit sich bringen, werden in Richtung Signaldeutlichkeit selektiert (vergleiche das "Prinzip der Antithese" von Darwin 1872, Kapitel 2). Dementsprechend gibt es bei vielen Arten beim weiblichen Geschlecht, im Vergleich zum männlichen, Entwicklungen in die andere Richtung: Frauen haben eine hohe Stimmlage, einen kleineren Wuchs, weichere Gesichtszüge, sie sind im Auftreten weniger imponierend, und die Körperbehaarung ist weniger stark ausgeprägt als bei Männern. Neben Merkmalen sexueller Reife bei erwachsenen Frauen ("Frauenschema") können Männer diese "jugendlichen" Merkmale attraktiv finden (bezüglich Reifezeichen des Gesichts siehe Grammer 1993). Der Umstand, daß größere Weibchen zumindest bei Säugern meist mehr Junge erfolgreich aufziehen als kleine, konnte offensichtlich dem Trend nach größeren Männchen bei vielen Arten nicht entsprechend entgegenwirken (Es gibt allerdings einige Primatenarten, bei denen die Weibchen größer sind; z.B. manche Halbaffenarten). Der sexuelle Dimorphismus in Bezug auf Körperbau und Verhalten ist bei polygynen Arten am stärksten ausgeprägt. Bei diesen

Arten ist die Rivalität zwischen den Männchen um Weibchen besonders groß, weil nur wenige Männchen überhaupt zur Fortpflanzung kommen und das oft nur für eine kurze Lebensspanne. Ein besonders gutes Beispiel für polygyne Arten sind die Seeelefanten, deren Männchen bis zu viermal so schwer sind wie die Weibchen (4% der Seeelefantbullen erkämpfen 88% der Kopulationen einer Saison). Bei Primaten sind die Mantelpavianer und Gorillas Beispiele für Männchen, die bis zu zweimal so schwer wie Weibchen sind (Wickler 1983). Aber auch beim Menschen und vielen anderen Säugetieren gibt es zwischen den einzelnen Individuen männlichen Geschlechts in Abhängigkeit vom Rang größere Unterschiede beim Fortpflanzungserfolg als zwischen weiblichen. Vielleicht ist diese Tatsache einer der ultimativen Gründe dafür, daß viele Männer in ihren hierarchischen Bestrebungen Mißerfolge ausblehnden und besonders kompetitiv und ausdauernd sein können. Generell sind monogame Säugetierarten weniger dimorph. Bei allen monogamen Säugetieren teilen sich Weibchen und Männchen die Brutpflege. Möglicherweise ist der menschliche Größenunterschied zwischen Männern und Frauen ein Rest aus polygynen Zeiten: Hominidenfunde legen nahe, daß der Größendimorphismus vom Australopithecus (ca. 50%) bis zum Menschen (ca. 13%) abgenommen hat. Andere Gründe könnten für das Weiterbestehen dieses Dimorphismus verantwortlich sein: Für stammesgeschichtlich jüngere männliche Domänen, wie z.B. das Vermitteln von Schutz, Stammesfehden, Jagd, Hausbau können Stärke und ein größerer Wuchs vorteilhaft sein.

Menschliches Sexualverhalten

Innerhalb der Hominidenevolution (d.h. im Tier-Mensch-Übergangsfeld) bis hin zum Menschen hat im allgemeinen der Beitrag der Väter beim Großziehen und Versorgen der Kinder zugenommen, zugleich ist die Fähigkeit zur Paarbindung entstanden. Die Verringerung der Unterschiede bei den Kosten bei der Fortpflanzung mag eine der Ursachen dafür gewesen sein, daß psychische Merkmale des menschlichen Dimorphismus nicht immer in der Deutlichkeit ausgeprägt sein müssen wie bei diesen Vorfahren. Zugleich gibt es aber auch Gründe für das zusätzliche Weiterbestehen "ursprünglicherer" Verhaltensstrategien: Auch bei der menschlichen Fortpflanzung ist der minimal mögliche Aufwand bei der Fortpflanzung für Väter (ein Ejakulat) um Größenordnungen kleiner als für Mütter (Schwangerschaft und Stillen). Je nach Geschlecht können deshalb beim Fortpflanzungsverhalten unterschiedliche Merkmalsausprägungen einen Selektionsvorteil haben. Männer, die z.B. durch visuelle weibliche Reize rasch stimulierbar sind, und die eine Vorliebe für sexuelle Abwechslung selbst neben einer bestehenden Bindung entwickelt haben, nehmen Chancen zur Fortpflanzung eher wahr. Damit haben sie einen Selektionsvorteil. Eine Frau kann ihren Fortpflanzungserfolg im allgemeinen nicht durch häufig wechselnde Partner steigern. Dementsprechend gehen viel mehr Männer für 10 – 15 Minuten zu "anonymen" Prostituierten, als Frauen auf Callboys zurückgreifen. Wahrscheinlich ist beim Mann der mit einem Beischlaf verbundene Testosteronanstieg ein Faktor für sein größeres Wohlbefinden, für das viele Männer viel Geld auszugeben bereit sind. Bei Masturbation bleibt dieser Testosteronanstieg bei manchen Männern aus (Fox 1972). Analoge psychoendokrine Befunde bei Frauen sind dazu noch ausständig.

Eine nackte Frau oder gar nur ein anonymes Foto vom weiblichen Genitale sind für einen Mann eher sexuell stimulierend als entsprechende Fotos von Männern für Frauen (z.B. Feerman 1990; Symons 1979). Frauen, die erotische Fotos sehen, sind nicht bereit, dafür viel Geld auszugeben. Sie können durch die Identifikation mit einer attraktiven verführe-

rischen Frau eher erregt werden als vom Bild von einem Mann. Heterosexuelle Männer werden nicht durch den Anblick des Mannes erregt, sondern durch den von der Frau. Dies hat Konsequenzen für die Gestaltung von Herren- und Damenzeitschriften. Dabei sind äußere kosmetische Qualitäten der Frauen für Männer wichtiger als vice versa.

Die Art der visuellen Stimulierbarkeit wurde durch die Untersuchung von Pseudohermaphroditen mit dem Vorhandensein von Testosteron während der Embryogenese in einen Zusammenhang gebracht (Ellis 1986; Gray 1971; Money 1972). Dabei gibt es bezüglich der Abstraktionsleistung der Wahrnehmung Hinweise auf die Beteiligung von angeborenen Auslösemechanismen (AAM und EAAM), da mit der Pubertät z.B. Pornographie für Jungen sexuell erregend wirkt, auch wenn sie selbst noch keine eigenen Erfahrungen mit Mädchen gemacht haben.

Die Theorie von biologisch begründeten Geschlechtsunterschieden lässt sich durch den Vergleich zwischen männlichen und weiblichen Homosexuellen stützen (Symons 1979). Dieser Vergleich darf jedoch nur mit Vorbehalt diskutiert werden, weil es nicht sicher ist, ob männliche und weibliche Homosexualität die gleiche Ursache haben. Während eines ganzen Lebens haben weibliche Homosexuelle ähnlich viele Partner wie Heterosexuelle. Der passive Part bei homosexuellen Männern kann unter Umständen in einer Nacht so viele Partner haben wie nur selten polygyne Männer im ganzen Leben. Frauen, die bezüglich der Anzahl an verschiedenen Partnern homosexuellen Männern in ihrem Sexualverhalten ähneln, tun dies nur berufsmäßig und gegen Bezahlung. Allerdings neigen im allgemeinen Männer weniger dazu, sexuelle Abenteuer zu verheimlichen als Frauen. Auch Masturbation wird von Jungen und Männern häufiger selbst entdeckt und ausgeführt als von Mädchen und Frauen.

Männliche Beiträge beim Großziehen und Versorgen der Kinder hatten wahrscheinlich weitreichende Folgen bei der Hominidenevolution (Übersicht 2). Es gibt z.B. viele Spekulationen, warum es den sichtbaren Östrus bei Frauen nicht mehr gibt. Vielleicht ist die Bedeutung der dauerhaften Bindung an den Partner, der sich an der Versorgung der Kinder beteiligt, ein Grund dafür. Eine hohe, zeitlich begrenzte weibliche Attraktivität nur während des Östrus könnte bei der Partnersuche und vor allem bei einer längerdauernden Bindung für Frauen und Mütter von Nachteil sein, weil er sozial gesehen zur unpassenden Zeit auftreten und verschwinden kann. Stattdessen entwickelten sich bei Frauen permanente Merkmale der Attraktivität (Szalay 1991; Schröder 1993).

Über die Entstehungsgründe von sexueller Scham kann man vorerst nur spekulieren. Dafür gibt es im Tierreich keine konvergenten Entwicklungen. Im allgemeinen ist emotionelle Transparenz, also das unmittelbare und ehrliche Zeigen von Stimmungen und Gefühlen für die Gruppenmitglieder attraktiv (Frank 1988). Durch Transparenz sind die Gruppenmitglieder in ihren Entscheidungen besser einschätzbar, und die Gruppenaktivität ist besser synchronisierbar. Das trifft bei Scham, also dem Verstecken von sexuellen Handlungen vor Artgenossen, nicht zu. Möglicherweise ist durch das Verstecken bei sexuellen Handlungen die Partnerwahl erleichtert: Einerseits dürfte dadurch die Wahrscheinlichkeit für eifersüchtige Interventionen sinken, andererseits gilt es vielleicht auch, sich selbst vor der visuellen Stimulierbarkeit anderer Männer zu verstecken. Stammesgeschichtlich betrachtet könnte sexuelle Scham auch zu einem Ausdruck der Exklusivität der Paarbindung geworden sein. Nach Eibl-Eibesfeldt ist das Zeigen des Genitals erst mit der Evolution von Scham zu einer Spottgebärde geworden. Möglicherweise spielt dabei auch eine Portion Ambivalenz, die durch verschiedene Bedeutungen der Schamgegend bedingt ist, eine Rolle: 1. besteht noch

Menschliche psychosexuelle Merkmale, die im Tier-Mensch-Übergangsfeld entstanden sind:

- 1 Beiträge der Väter beim Großziehen der Kinder
- 2 Paarbindung (subjektiv: Verlieben) mit gegenseitigem Monopolisieren (subjektiv: Eifersucht)
- 3 kein offensichtliches Zeigen des Östrus (zyklusunabhängige, permanente weibliche Attraktivität)
- 4 "Dominanz" des Mannes stärker "nach außen" gerichtet als gegen Partnerin (z.B. als Beschützen; z.T. gegen Rivalen; Dominanzsexualität des Mannes normalerweise abgeschwächt)
- 5 weitgehender Bedeutungsverlust von
 - phallischem Imponieren als Dominanzgeste und
 - weiblichem Schampräsentieren als Unterwerfungsgeste
- 6 Verstecken der Sexualität vor Artgenossen (subjektiv: Scham)
- 7 Schamweisen als Geste des Spotts

Kulturgeschichtliche Errungenschaften des Menschen

- 8 romantische Liebesgedichte und Liebeslieder
- 9 kulturelles Formalisieren einer Mann/Frau-Bindung (z.B. Heirat)
- 10 genitalbezogene Spottgesänge und Sprüche
- 11 menschliche Polygynie
- 12 menschliche Polyandrie

Übersicht 2: Besonders hervorzuheben ist die Paarbindung und die Bereitschaft der Väter, einen Beitrag beim Großziehen der Kinder zu leisten. Diese Entwicklungen haben Konsequenzen: Die Punkte 3 bis 10 sind höchstwahrscheinlich ihre stammesgeschichtlichen Folgen, die Punkte 1 bis 10 sind menschliche Universalien. Weil es diese Leistungen noch nicht bei unseren Primatenvorfahren gegeben hat, gibt es keine entsprechenden Abstammungsähnlichkeiten (*Homologien*) zu ihnen. Damit läßt sich die (sexuelle) Sonderstellung des Menschen verdeutlichen. Diese Sonderstellung erfährt aber Einschränkungen, sobald man konvergente Entwicklungen (*Analogien*) mit berücksichtigt: zu den Punkten 1 bis 5 gibt es nämlich vielfältige analoge Entwicklungen im Tierreich. Nähere Erklärungen finden sich im Text.

ein semantisches Primatenerbe bezüglich des phallischen Imponierens; 2. dürfte diese Region wegen der anatomisch benachbarten Ausscheidungsfunktionen im Rahmen der menschlichen Symbolfähigkeit zusätzliche Besetzungen erfahren. 3. ist die Schamgendung auch Quelle der Lust.

Bei Vätern finden sich, wie bereits erwähnt, größere Unterschiede bei der Beteiligung am Großziehen der Kinder, als bei Müttern (betrifft Ressourcen, Schutz, soziales Lernen und Lehren; Dahlberg 1981; Schmidt-Denter 1984; Teherani-Krönner 1994). Auch daher kommt der Partnerselektion durch die Frau mehr Bedeutung zu als der Partnerselektion durch den Mann. Vom ersten Kennenlernen an kontrollieren deshalb insbesondere die

Frauen die Entwicklung der Bekanntschaft durch vielfältiges, z.B. anziehendes und zurückweisendes Verhalten. Die weibliche Sexualität ist beim Menschen mit viel mehr einschränkenden Bedingungen verbunden als die männliche. Männer können die Fähigkeit und den Wunsch zu einer Bindung haben, sie können aber daneben relativ leicht, ohne jegliche sozial-freundschaftliche Erwartungen und Bedingungen, sexuell aktiv werden. Man kann verallgemeinernd sagen, daß Frauen eher sexuelle Beziehungen in Kauf nehmen, um ihre sozialen Bedürfnisse zu befriedigen, und Männer eher soziale Beziehungen, um an ihre sexuellen Ziele zu kommen (z.B. Symons 1979).

Vielen Frauen sind vor allem soziale Qualitäten, soziale Sicherheit, Vermittlung von Schutz, Vertrauenswürdigkeit, Ressourcen und Status bei ihren Partnern wichtig. Wenn der Freund sozusagen in seine Partnerin sozial "investiert" und sich gebunden fühlt, kann sie erwarten, daß er sich auch bei der Versorgung der Kinder beteiligen wird. In Entsprechung dazu bindet und paart sich das Weibchen bei manchen Vogelarten nur dann, wenn das Männchen durch einen aufwendigen Nestbau in die Bindung investiert hat. Das Männchen kann es sich dann nicht mehr "leisten", von der Brutpflege zu desertieren, da es sonst weniger oder keine Nachkommen hätte. Außerdem ist es ein Vorteil, den Partner zu kennen, weil der Partner in seinem Verhalten einschätzbarer wird. Immerhin hat dieses Kennenlernen unter anderem auch Zeit "gekostet" (Wickler 1983).

Beim Menschen initiieren Frauen das Kennenlernen anders als Männer, durch z.B. kurze und unauffällige Blickkontakte mit dem Mann, für den sie ein Interesse entwickeln (Buss 1985). Eine Frau ohne jeden vorangegangenen Blickkontakt anzureden, ist keine gute Voraussetzung für einen Mann, wenn er sie näher kennenlernen will. Zurückhaltung als Antwort auf das Umwerben durch den Mann verzögert soziale und sexuelle Konsequenzen der Bekanntschaft, bis eine Entscheidung reift. Bei der Paarbindung bei einem psychosozial und kulturell so komplexen Wesen, wie es der Mensch ist, ist die Länge der Zeitspanne bei der Entscheidungsfindung besonders wichtig. Die Paarbindung als "Produktionsgemeinschaft" wird bei allen Völkern kulturell formalisiert (z.B. Hochzeit; Schiefenhövel 1994). Auch Verlieben findet in allen Kulturen seinen Ausdruck in romantischen Liebesgedichten und Liebesliedern (Schiefenhövel 1994).

Das eingangs erwähnte Prinzip der Antithese hat Konsequenzen bis hin zum Menschen: Die meisten Frauen sind in ihrer Erscheinung eher beschwichtigend bzw. weniger imponierend als Männer, ganz besonders beim Flirtverhalten. Vielfach geben sich Frauen, die flirtenden Männern gefallen wollen, schutzbedürftiger, als sie wirklich sind. Im allgemeinen werden aber bei der Partnerwahl Kompromisse zwischen z.T. konträren attraktiven Merkmalen eingegangen: Einerseits gefallen Männern neben den weiblichen Reifezeichen Merkmale, die dem Kindchenschema ähneln (siehe oben), andererseits schätzen sie kompetente und leistungsfähige Frauen, vor allem, wenn sie gewillt sind, eine Bindung einzugehen. Spezifisch weibliche und jugendliche Merkmale können schließlich durch Mode (z.B. rasierete Beine) und gelerntes Verhalten betont werden. Das kann bis hin zur Übertreibung von Unsicherheit und Hilflosigkeit gehen. Den meisten Männern vergeht die Lust zu Flirt und Sexualität, wenn Frauen sich stark und gleichrangig verhalten, erst recht, wenn sie stärker geben als sie sind. Nach Grammer (1993) werden Männer umso weniger bei Verführversuchen zurückgewiesen, je unsicherer sich eine Frau beim Flirt gibt, auch wenn sie nicht wirklich so unsicher ist. Wenn Frauen um attraktive Männer rivalisieren, dann tun sie das eher ohne offenen Streit. Wenn sie Männer verführen, dann meist unauffälliger und scheinbar passiv. Nur Männer vergewaltigen.

Dominierendes männliches Werbeverhalten kann gleichzeitig zwei geradezu konträre Funktionen erfüllen: Rivalen auf Distanz zu halten und Frauen (als potentielle Beschützer) anzuziehen. Wie bei vielen anderen paarbindenden Arten ist bei Männern Dominanz [eher] nicht auf die Partnerin hinorientiert, sondern hat eine Umorientierung im Rahmen seiner (imponierenden) Beschützerrolle erfahren. Diesbezüglich gibt es konvergente Entwicklungen: Ein balzender Ganser imponiert seiner Gans durch ein von ihr wegorientiertes Drohen. Männer versuchen eher, Frauen durch ihre Stärke und Macht zu imponieren als umgekehrt. Hilfsmittel ist Ressourcen-Mimikry – heute PS-Protz mit teuren Autos. Frauen richten sich meist mit kleineren Wagen ein, auch wenn gerade für sie ein größerer für Einkäufe und den Transport von Kindern zweckmäßiger wäre. Und in der Tat finden viele Frauen männliche Stärke anziehend und bevorzugen auch hochrangige Männer, sicherlich z.T. wegen der Ressourcen, z.T. weil die Frauen eher den Rang des Mannes übernehmen und damit bei hochrangigen Vätern die Kinder bessere Startchancen bekommen. Dieser Vorteil ist in Gesellschaften ohne Alimentengesetze vielfach bei Söhnen deutlicher ausgeprägt als bei Töchtern.

Wo es Rivalität zwischen den Geschlechtern gibt (z.B. im Berufsleben), wird oft das aggressionsärmere kooperativere Verhalten der Frau als ein Signal der Schwäche und der mangelnden Kompetenz fehlinterpretiert. Dies mag eine stammesgeschichtliche Grundlage für den mangelnden Respekt Frauen gegenüber sein. Männer werden im Vergleich zu gleichrangigen Frauen von Frauen und Männern ranghöher behandelt, z.B. durch Art und Ausmaß der Bewertung und der Aufmerksamkeit, die ihnen entgegengebracht werden. Das läßt sich z.B. auch beim Vergleich der Wirkung von Ärztinnen und Ärzten auf Patientinnen und Patienten und vice versa beobachten. Diese biologischen Programme zeigen sich z.T. neben gegenläufigen bisherigen kulturellen Einflüssen. Aus humanethologischer Sicht – von Königinnen (aus dynastischen Gründen) abgesehen – gibt es kein echtes Matriarchat, wohl aber matrilineare Sozialstrukturen mit vielfach geringeren hierarchischen Unterschieden zwischen den Geschlechtern, aber einer z.T. ausgeprägten Rangbetonung durch die Häuptlinge (Schiefenhövel, persönliche Mitteilung; vergl. Lenz 1990).

Varianten des Sexualverhaltens

Im Zusammenhang mit biologischen Grundlagen des menschlichen Sexualverhaltens sind auch Varianten des Sexualverhaltens zu diskutieren. Interessanterweise gibt es diese bei sog. Naturvölkern nicht (Schiefenhövel persönliche Mitteilung): es gibt dort keine Pädophilie, keinen Fetischismus, keine Sodomie, keinen Sado-Masochismus und von äußerst seltenen ritualisierten Formen abgesehen, weder öffentlich gezeigten Geschlechtsverkehr noch Homosexualität.

Insbesondere die funktionelle Nähe bzw. funktionelle Distanz bezüglich Dominanz, Unterwerfung, Aggression und Angst auf der einen Seite und sexueller Stimmung auf der anderen ist hier wichtig. Lorenz (1963) schreibt in seinem Buch „Das sogenannte Böse“ in bezug auf die von Dehler untersuchten Buntbarsche (siehe oben): „Zwei Motive, die sich bei dem einen Geschlecht kaum merklich hemmen und in beliebigem Mischverhältnis überlagern, schalten sich bei dem anderen in scharfer Kippreaktion aus“. Ein Beispiel dazu ist der Umstand, daß Impotenz beim Mann häufig durch subjektiv erlebte Angst getriggert ist (siehe auch Eibl-Eibesfeldt 1994).

Reste des phallischen Imponierens könnten ferner beim rezenten Menschen noch bei der Interpretation entsprechender zwischenmenschlicher Wahrnehmungen und bei kulturellen Darstellungen (z.B. Wächterikonen) eine Rolle spielen, solche Reste dürften aber auch bei manchen Varianten des Sexualverhaltens vorhanden sein; z.B. bei Exhibitionisten, oder z.T. bei Dominanzsexualität, wie sie in Gefängnissen oder in Kriegen vorkommt.

Das Spektrum des Sado-Masochismus ist ein weiteres Beispiel, das durch eine funktionelle Nähe zwischen Dominanz, Unterwerfung und Sexualität gekennzeichnet ist. Die Verbindung von Sexualität und Gewalt ist so gut wie ausschließlich ein männliches Phänomen. Bei manchen Männern, jedoch kaum jemals bei Frauen, können sich Sexualität und bedrohliche Aggression in einer Art und Weise überlagern, daß sich mitunter gravierende forensische Folgen ergeben. So sind manche Männer durch Phantasien über Gewalt an Frauen und durch Gewaltaktionen an Frauen oder anderen Sexualpartnern gegenüber sexuell erregbar. Diese Verbindung von Gewalt und Sexualität wird ohne stammesgeschichtliches Wissen eher einseitig als ausschließliche Folge kultureller Einflüsse oder als ausschließlich lebensgeschichtlich verursacht interpretiert. Auf der Grundlage der stammesgeschichtlichen Zusammenhänge wird verständlich, warum Frauen mit einer vergleichbaren frühkindlichen Lebensgeschichte solche Störungen nicht entwickeln.

Bekannt ist, daß forensisch relevantes deviantes Sexualverhalten häufig mit Persönlichkeitsstörungen, d.h. mit schweren sozialen Defiziten verbunden ist. Es sind meist Personen, die emotionell verarmt und vielfach auch ohne Bindung an Mutter oder Vater oder ihre "Stellvertreter" aufgewachsen sind. Trotzdem kann kein seriöser Psychotherapeut oder Psychiater sagen, wer wann warum welche sexuelle Devianz entwickelt. In dieser Situation ist es aber bereits ein Fortschritt, wenn Geschlechtsunterschiede bei Devianten nicht mehr nur soziokulturell erklärt werden müssen, sondern biologische Gründe angegeben werden können, die jedoch keinesfalls als Rechtfertigung herhalten dürfen.

Auch zur Pädophilie (z.B. Feierman 1990) ohne Gewaltanwendung scheinen Männer eher disponiert zu sein als Frauen: Wie erwähnt verlieren die meisten Männer die Lust zu sexuellen Annäherungen, wenn sie Angst vor einer Frau haben, oder wenn ihnen eine Frau zu sehr überlegen erscheint. Tatsächlich leiden viele Männer, die Kinder sexuell mißbrauchen, unter Angst, wenn sie an Sexualität mit erwachsenen Partnerinnen denken. Kinder lösen bei pädophilen Männern entsprechend ihrer geringeren Körpergröße und Kraft eher keine Angst und deswegen auch nicht das Gefühl der Unterlegenheit aus. Zutrauen, Unterordnungsbereitschaft und fehlende Erfahrung eines Kindes in einer solchen Situation können seine Abwehr erschweren. Die Ähnlichkeit des Kindes mit erwachsenen Frauen im Sinne des Kindchenschemas mag es dem Pädophilen erleichtern, sich statt einer erwachsenen Partnerin einem Kind sexuell zu nähern, auch wenn oder gerade weil die sexuellen Reifezeichen fehlen.

Ausblick

Die biologischen Programme, die unserem Denken, Fühlen und Verhalten zugrundeliegen, sind im allgemeinen in Verschränkung mit Lernprogrammen und dem persönlichen Wollen unverzichtbare Voraussetzung der Vielfalt menschlichen Verhaltens, so wie auch unsere Bewegungsfreiheit auf angeborenen Muskel-Knochen-Strukturen beruht. Weder die fatalistische Sicht eines biologistischen Determinismus noch die Vorstellung einer grenzenlo-

sen Formbarkeit des Menschen werden der menschlichen Natur gerecht. Lorenz (1963, Kapitel 12) schreibt: *“Tiefere Einsicht in die physiologischen Ursachenverkettungen des eigenen Handelns kann nicht das geringste an der Tatsache ändern, daß man will, wohl aber kann sie eine Veränderung dessen bewirken, was man will”*.

Zu den “natürlichen” Bedingungen zählen die Neigung zu Über- und Unterordnung ebenso wie die zu Bindung und Kooperation bei beiden Geschlechtern. Nur im Zusammenwirken dieser Fähigkeiten entwickeln Menschen sozial-kommunikatives Geschick, das für das Zusammenleben in Gruppen förderlich ist. Aus keiner dieser Begabungen dürfen deduktiv moralische Normen abgeleitet werden. Diese Sicht von den biopsychischen Grundlagen menschlichen Verhaltens darf auch nicht mißbraucht werden, Varianten des menschlichen Sexualverhaltens moralisch zu legitimieren. Bei der Frage, was bei “natürlichem” menschlichem Verhalten “gut” und was “böse” ist, erweist sich häufig der kategorische Imperativ als hilfreich (z.B. Leviticus, Hillel, Matthäus, Kant). Er kann mit Vorbehalt als ein kulturelles Pendant zum *reziproken Altruismus* der Soziobiologie gesehen werden.

Die Humanethologie könnte helfen, aus dem Wissen um die Natur des Menschen, manche unbewußt und unreflektiert gelebten Phänomene besser zu verstehen, mit ihnen besser umzugehen und schließlich auch eigene persönliche und soziale Beziehungen zu verbessern. Ein besseres Verständnis biopsychologischer Unterschiede zwischen den Geschlechtern schafft eine Basis, die Fähigkeiten und Grenzen des eigenen und des anderen Geschlechts besser einzuschätzen und zu schätzen. Damit können Männer und Frauen die Mißverständnisse und Einengungen vermeiden, die entstehen, wenn das andere Geschlecht nur am eigenen gemessen wird.

Danksagung: Die Autoren danken Margret Schleidt für Kommentare zu dieser Arbeit und Wulf Schiefenhövel, Karl Grammer und Christiane Tramitz für Anregungen und Mitteilungen zum Thema dieser Arbeit im Rahmen gemeinsamer Gespräche.

Literatur

- Bischof, N.: Das Rätsel Ödipus. München: Piper 1985.
Bischof-Köhler, D.: Geschlechtstypische Besonderheiten im Konkurrenzverhalten: Evolutionäre Grundlagen und entwicklungspsychologische Fakten. In: Krell, G.; Osterloh, M. (Hrsg.) *Personalpolitik aus der Sicht von Frauen*. München: Rainer Hampp 1992: 251-281.
Buss D.M.: Human mate selection. *American Scientist* 1985; 73: 47-51.
Dahlberg, F. (ed): *Woman the Gatherer*. New Haven: Yale University Press 1981.
Darwin, Ch.: *The Expression of Emotions in Man and Animals*. London: Murray 1872.
Dunbar, R.: *Primate Social Systems*. London: Croom Helm 1988.
Eibl-Eibesfeldt, I.: *Grundriß der vergleichenden Verhaltensforschung*. München: Piper 1967.
Eibl-Eibesfeldt, I.: *Liebe und Haß*. München: Piper 1970.
Eibl-Eibesfeldt, I.: *Biologie des menschlichen Verhaltens*. München: Piper 1994 (3. Auflage).
Ellis, L.: Evidence of neuroandrogenic etiology of sex roles from a combined analysis of human, nonhuman primate and nonprimate mammalian studies. *Personality and Individual Differences* 1986; 7: 519-552.
Feierman, J. (ed): *Pedophilia, Biosocial Dimensions*. New York: Springer 1990.
Fox, C.A.; Ismail, A.A.; Love, D.N.; Kirkham, K.E.; Loraine, J.A.: Studies on the Relationship between Plasma Testosterone Levels and Human Sexual Activity. *Journal Endocrinology* 1972; 48: 1228-1239.

- Frank, R.H.: *Passions within Reason, the Strategic Role of the Emotions*. New York: Norton 1988.
- Goodall, J.: *The Chimpanzees of Gombe*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press 1986.
- Goodall, J.: *Ein Herz für Schimpansen*. Reinbeck: Rowohlt 1991.
- Grammer, K.: *Signale der Liebe*. Hamburg: Hoffmann & Campe 1993.
- Gray, J.A.: Sex differences in emotional behavior in mammals including man: Endocrine bases. *Acta Psychologica* 1971; 35: 29-46.
- Harcourt, A.H.; Havey, P.H.; Larson, S.G.; Short, R.V.: Testis weight, body weight and breeding system in primates. *Nature* 1981; 293: 55-57.
- Hopf, S.: Zur Entwicklung sexuellen und sozialen Verhaltens in der Adoleszenz bei Primaten. In: Lempp, R. (Hrsg), *Adoleszenz*. Bern: Huber 1981: 40-49.
- Hopf, S.; Klar, S.: Zur Naturgeschichte von Gruppen- und Familienformen. *Dialog* 1989; 2: 4-12.
- Keverne, E.B.: Olfaction and the reproductive behavior of nonhuman primates. In: Snowdon, C.T.; Brown, C.H.; Petersen, M.R.: *Primate Communication*. Cambridge: University Press 1982: 396-412.
- Lenz, I. & Luig U. (Hrsg.): *Frauenmacht ohne Herrschaft. Geschlechtsverhältnisse in nicht-patriarchalischen Gesellschaften*. Berlin: Orlanda 1990.
- Lorenz, K.: *Biologische Fragestellungen in der Tierpsychologie*. *Zeitschrift für Tierpsychologie* 1937, 1: 24-32.
- Lorenz, K.: *Das sogenannte Böse*. Wien: Borotha-Schoeler 1963.
- Lorenz, K.: *Vergleichende Verhaltensforschung*. Wien: Springer 1978.
- Medicus, G.: Ethological aspects of aggression. On the biological foundations of psychotherapy and psychiatry. *Evolution and Cognition* 1995: 1: 54-63.
- Medicus, G.; Hopf, S.: The Phylogeny of Male/Female Differences in Sexual Behavior. In: Feerman, J. (ed.) *Pedophilia, Biosocial Dimensions*. New York, Springer, 1990.
- Money, J.; Ehrhardt, A.: *Man and woman, boy and girl: the differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity*. Baltimore: Johns Hopkins Press 1972.
- Oehlert, B.: Kampf und Paarbildung einiger Cichliden. *Zeitschrift für Tierpsychologie* 1958; 15: 141-174.
- Ploog, D.: Die Bedeutung der experimentellen Verhaltensforschung als Grundlagenwissenschaft für die klinische Psychiatrie. *Jahrbuch der Max-Planck-Gesellschaft*; 1963.
- Ploog, D.: Kommunikation in Affengesellschaften und deren Bedeutung für die Verständigungsweisen des Menschen. In: Gadamer, H. G.; Vogler, P. (Hrsg), *Neue Anthropologie, Band 2*, Stuttgart: dtv 1972: 98-178.
- Ploog, D.; Hopf, S.; Winter, P.: Ontogenese des Verhaltens von Totenkopfpaffen (*Saimiri sciureus*). *Psychologische Forschung* 1967; 31: 1-41.
- Riedl, R.: *Die Ordnung des Lebendigen*. Hamburg: Parey 1975.
- Schiefenhövel, W.: Zwischen Patriarchat und Matrilinearität – melanesische Antworten auf ein biopsychologisches und soziokulturelles Problem. In: Wessel, K.F.; Bosinski, H.A.G. (Hrsg.) *Interdisziplinäre Aspekte der Geschlechterverhältnisse in einer sich wandelnden Zeit*. Bielefeld: Kleine Verlag 1992: 144-164.
- Schiefenhövel, W.: Transkulturelle und evolutionsbiologische Aspekte von Schwangerschaft und Geburt. *Sexologie* 1994; 1: 27-37.
- Schmidt-Denter, U.: *Die soziale Umwelt des Kindes*. Berlin: Springer 1984.
- Schröder, I.: Concealed ovulation and clandestine copulation: a female contribution to human evolution. *Ethology and Sociobiology* 1993; 14: 381-389.
- Symons, D.: *The Evolution of Human sexuality*. Oxford: University Press 1979.
- Szalay, F.S.; Costello, R.K.: Evolution of permanent estrus displays in hominids. *Journal of Human Evolution* 1991; 20: 439-464.
- Teherani-Krönner, P.: Frauen in der Ernährungssicherung und Bevölkerung. In: Schmid, J. (Hrsg.): *Bevölkerung, Umwelt, Entwicklung: eine humanökologische Perspektive*. Opladen: Westdeutscher Verlag 1994: 180-193.
- Tinbergen, N.: On aims and methods in ethology. *Zeitschrift für Tierpsychologie* 1963; 20: 410-433.
- Tramitz, Ch.: *Irren ist männlich*. München: Bertelsmann 1993.

- Trivers, R.L.: *Social Evolution*. Menlo Park, Calif.: Benjamin/Cummings 1985.
- Vogel Ch.; Sommer, V.: Mann und Frau. In: Schiefenhövel, W.; Vogel, Ch.; Vollmer, G.; Opolka, U. (Hrsg.): *Zwischen Natur und Kultur, der Mensch in seinen Beziehungen*. Stuttgart: Thieme 1994; 13-42.
- de Waal, F.: *Chimpanzee Politics*. London: Allen & Unwin 1982.
- Wickler, W.: Ursprung und biologische Deutung des Genitalpräsentierens männlicher Primaten. *Zeitschrift für Tierpsychologie* 1966; 23: 422-437.
- Wickler, W.; Seibt, U.: *männlich weiblich*. München: Piper 1983.

Anschriften der Autoren

Dr. Gerhard Medicus, Psychiatrisches Krankenhaus des Landes Tirol, Thurnfeldgasse 14,
A-6060 Hall i.T.

Sigrid Hopf, Forschungsstelle für Humanethologie in der Max-Planck-Gesellschaft,
Von der Tannstraße 3 – 5, D-82346 Andechs

Zum Sexualverhalten und Sexualwissen von Kindern

Sexual Behaviour and Knowledge of Children

Renate Volbert, Berlin

Zusammenfassung

Es werden Ergebnisse einer Analyse von empirischen Untersuchungen zur Entwicklung sexuellen Verhaltens und zum Erwerb von Sexualwissen von Kindern vor der Pubertät vorgestellt. Obwohl nur wenige empirische Untersuchungen zur sexuellen Entwicklung von Kindern vorliegen und diese sich in den Definitionen von sexuellem Verhalten, dem erfaßten Verhalten und den Untersuchungsmethoden unterscheiden, zeigen sich dennoch Übereinstimmungen.

Autoerotisches Verhalten ist bereits im ersten Lebensjahr zu beobachten. Formen autoerotischen Verhaltens werden von etwa 20-50 % aller Kinder ausgeübt. Solche Aktivitäten sind ab dem 5./6. Lebensjahr seltener zu beobachten; Befragungen indizieren jedoch, daß die Frequenz autoerotischer Aktivitäten bis zur Pubertät nicht zurückgeht. Ein ähnlicher Prozentsatz von Kindern ist an soziosexuellen Handlungen beteiligt, die jedoch meist nur selten stattfinden. Besonders häufig sind soziosexuelle Aktivitäten bei Kindern zwischen 3 und 5 Jahren zu beobachten. Bezüglich des Sexualwissens zeigt sich etwa folgender Verlauf: Mit 2 bis 3 Jahren werden Geschlechtszuordnungen getroffen; zwischen 4 und 7 Jahren erwerben Kinder ein Basiswissen über Schwangerschaft und Geburt; ein Verständnis von Empfängnis und Geschlechtsverkehr ist nur in seltenen Fällen vor dem 9. Lebensjahr vorhanden. Die Befunde werden diskutiert im Zusammenhang mit der möglichen Bedeutung von altersinadäquatem sexuellen Verhalten oder Sexualwissen bei Verdacht auf sexuellen Mißbrauch.

Schlüsselwörter: Sexualentwicklung; Sexualwissen; Kindersexualität

Abstract

A analysis of empirical studies on sexual behavior and knowledge of children before puberty is presented. Not much empirical research has been conducted on these topics. Although existing studies vary considerably in their characteristics, the results obtained have proved quiet consistent. Auto-erotic behavior is common almost from the first months of life onward. In all age groups before puberty, 20 to 50 % were reported to exhibit forms of auto-erotic behavior. While results suggest that auto-erotic behavior is likely to be carried on into adolescence, it is less frequently observed from around the age of 5 or 6 onward. Socio-sexual behavior starts around age 3, and 20 to 60 % of all children seem to be involved in infrequent sexual exploratory play. Overt socio-sexual behavior is more frequent in the span between 3 and 5 years.

Children's understanding of sexuality shows in general the following progression: By 2 to 3, children learn to identify themselves and others as boys and girls; children between 4 and 7 have a basic knowledge of pregnancy and birth; sexual roles in procreation are generally not perceived before 9 years. Preschool children have almost no knowledge about adult sexual behavior independently of the reproduction process. It is discussed, whether seldom forms of sexual behavior or unusual sexual knowledge of children can be regarded as indicators for sexual abuse.

Key words: Sexual Development; Child Sexual Knowledge; Child Sexuality

Obwohl mittlerweile eine Vielzahl von sexualpädagogischen Veröffentlichungen vorliegen, sind empirische Untersuchungen zu sexuellen Verhaltensäußerungen und zum Erwerb von Sexualwissen von Kindern selten.

In den letzten Jahren ist dieser Bereich jedoch stärker in den Blickpunkt geraten, weil vielfach darauf hingewiesen wurde, daß sexualisiertes Verhalten von Kindern und unangemessenes Wissen über Sexualität mögliche Folgen von sexuellem Mißbrauch sein können (Übersichten bei Beitchman 1991; Browne 1986; Friedrich 1993) und diesem Verhalten von daher umgekehrt auch eine besondere Indikatorfunktion bei der Diagnostik von sexuellem Mißbrauch zukomme. Conte, Sorenson, Fogarty und DallaRossa (1991) fanden z.B., daß Professionelle, die mit Verdachtsfällen von sexuellem Mißbrauch zu tun haben, altersinadäquates Wissen über Sexualität als zweitwichtigsten Faktor (nach körperlichen Verletzungen) betrachten, um einen Verdacht auf sexuellen Mißbrauch zu stützen (vgl. auch Goldman 1992).

Es stellt sich allerdings die Frage, welches sexuelle Verhalten und welches Wissen über Sexualität als altersadäquat – oder inadäquat zu klassifizieren ist. Im folgenden sollen von daher die Ergebnisse einer Analyse von empirischen Untersuchungen zur Entwicklung sexuellen Verhaltens und zum Erwerb von Sexualwissen von Kindern vorgestellt werden. Vorweg ist jedoch auf Probleme hinzuweisen, die sich bei der systematischen empirischen Erfassung der Entwicklung kindlicher Sexualität ergeben (vgl. Volbert, in press):

- Insgesamt wurden wenig empirische Untersuchungen in diesem Bereich durchgeführt und ein großer Teil der vorliegenden Studien ist recht alt. Der Zugang zu sexuell explizitem Material – wie pornographischen Videos oder Magazinen – ist im vergangenen Jahrzehnt vereinfacht worden. Es erscheint wahrscheinlich, daß sich Muster der Aneignung von sexuellem Wissen und Verhalten hierdurch verändert haben.
- Viele empirische Studien beziehen sich auf retrospektive Daten, die besonders fehleranfällig sind, wenn es sich bei dem untersuchten Zeitraum um die ersten Lebensjahre handelt.
- Direkte Befragungen von Kindern können meist nur mit nicht repräsentativen Stichproben durchgeführt werden, da Eltern häufig keine Einwilligung zu Interviews mit Kindern über Sexualität geben.
- Vor allem in älteren Untersuchungen – und damit in den meisten der existierenden Studien – wurde nicht kontrolliert, ob die einbezogenen Kinder sexuell mißbraucht wurden, so daß in den untersuchten Stichproben unter Umständen auch mißbrauchte Kinder erfaßt wurden.
- Sexuelles Verhalten und der Erwerb von Sexualwissen scheinen kultur- und zeitabhängig zu sein (vgl. z.B. Bornemann 1985; Currier 1981; Honig 1993), so daß Ergebnisse jeweils nur für den Kulturkreis Geltung haben, in dem die zugrundeliegenden Daten erhoben wurden. Hinweise auf Unterschiede im Erwerb von Sexualwissen zwischen Kindern in den USA und in Schweden (Goldman 1982) lassen es selbst fraglich erscheinen, daß die westlichen Industrieländer in diesem Kontext als eine Einheit aufgefaßt werden können.

Sexuelles Verhalten

Es existiert keine konsensfähige Definition darüber, welches Verhalten als „sexuell“ zu klassifizieren ist (vgl. Undeutsch 1982). Teilweise wird die Auffassung vertreten, daß eine

Handlung oder eine Situation erst durch die Verbindung mit einer sexuellen Bedeutung zu einer sexuellen Situation werde. Dies würde bedeuten, daß das Erleben von Kindern, die über keine Konzepte von Sexualität und Erotik verfügen, nicht als sexuell im engeren Sinne betrachtet werden könne (z.B. Jackson 1982). Andere Autoren subsumieren aber genitale Berührungen grundsätzlich als sexuelle Aktivitäten. Vielfach wird wenig differenziert zwischen dem Erregungspotential von Kindern, ihrem Verhalten oder ihrem Wissen und ihren Absichten (vgl. LaFontaine 1990). Ohne daß damit die definitorischen Probleme bereits gelöst wären, läßt sich sogenanntes „sexuelles Verhalten“ von Kindern unterscheiden in zwei große Gruppen, nämlich

- autoerotische Betätigung
- soziosexuelle Handlungen.

Empirische Untersuchungen hierzu beziehen sich auf drei Datenquellen:

- Beobachtungen von Kindern (durch Forscher, Eltern, Erzieher etc.),
- Retrospektive Befragungen von Adoleszenten oder Erwachsenen,
- Interviews mit Kindern.

Autoerotisches Verhalten

Bereits im ersten Lebensjahr entdecken Kinder ihre Genitalien (z.B. Galenson 1974; Kleeman 1965). Säuglinge berühren oder reiben ihre Genitalien bzw. führen pressende oder schaukelnde Bewegungen aus (Bakwin 1973; Lewis 1965). Erektionen männlicher Säuglinge sind nicht selten, in der Literatur werden „orgasmusartige Reaktionen“ bei fünf Monate alten Säuglingen beschrieben (Kinsey 1954). Andere Autoren betrachten dieses Verhalten als mehr reflexiv und argumentieren, masturbatorisches Verhalten setze voraus, daß das Kind ein erotisches Vergnügen wahrnehme und versuche, dieses willentlich herbeizuführen (Martinson 1977, 1980). Beobachtungsstudien ist zu entnehmen, daß ein solches absichtliches genitales Spiel, das von mehr oder weniger intensiven Gefühlen begleitet wird, sich am Ende des zweiten Lebensjahrs zeigt (Galenson 1990; Kleeman 1966, 1971).

Faßt man die Beobachtungen von Eltern und Erziehern und die retrospektiven Befragungen zu autoerotischen Betätigungen zusammen (Clement 1984; Elias 1974; Friedrich 1991; Gagnon 1985; Giese 1968; Gordon 1990a; Gunderson 1981; Hoch 1978; Kinsey 1955; Kinsey 1954; Misgeld 1978; Newson 1963, 1968; Ramsey 1943; Sears 1957), ergeben sich nicht ganz einheitlichen Ergebnisse. Es läßt sich jedoch schließen, daß etwa 20 bis 50 Prozent aller Kinder vor der Pubertät Formen autoerotischer Betätigung zeigen. Vor allem bei jüngeren Kinder ist hierunter ein Spielen am Genitale und nicht notwendigerweise eine zielgerichtete Masturbation zu verstehen, dennoch scheint ein nicht unbeträchtlicher Teil von Kindern vor der Pubertät bis zum Orgasmus zu masturbieren. Konsistent lassen sich in den vorliegen Untersuchungen zwei Tendenzen finden:

- Der Anteil der Mädchen, die masturbatorische Aktivitäten zeigen, ist niedriger als der der Jungen (vgl. Sydow 1993).
- Obwohl retrospektive Daten indizieren, daß die autoerotische Betätigung bis zur Adoleszenz weiter fortgesetzt wird, sind solche Aktivitäten ab dem fünften bis sechsten Lebensjahr weniger häufig zu beobachten.

In der differenziertesten vorliegenden Studie zu sexuellen Aktivitäten von Kindern zwischen zwei und zwölf Jahren (Friedrich 1991) gaben zum Beispiel 20 % der Mütter von zwei- bis sechsjährigen und 10 % der Mütter von sieben- bis zwölfjährigen Kindern an, daß ihr Kind innerhalb der letzten sechs Monate masturbiert habe. (In dieser Studie wurden Kinder mit dem Verdacht des sexuellen Mißbrauchs explizit nicht in die Stichprobe aufgenommen). In einer eigenen Studie gaben 76 % der Eltern von 2-6-jährigen Kindern an, ihr Kind bei genitalen Spiel beobachtet zu haben (Volbert 1995)

Soziosexuelle Handlungen

Sexuelle Betätigung zusammen mit anderen beginnt in der Regel mit ca. drei Jahren. Die Zusammenfassung vorliegender Befunde aus Beobachtungen, retrospektiven Befragungen und Interviews mit Kindern (Elias 1974; Friedrich 1991; Goldman 1988; Gordon 1990a; Kinsey 1955, 1953; Lamb 1993; Misgeld 1978; Ramsey 1943; Schuhrke 1991) erbringt, daß etwa 20 bis 60 Prozent aller Kinder vor der Pubertät in soziosexuelle Aktivitäten involviert waren, wobei es sich meist um seltene Betätigungen mit Gleichaltrigen handelt. Typische Formen soziosexueller Aktivitäten von Kindern sind das Zeigen der eigenen Geschlechtsteile sowie das Anschauen und das Berühren der Genitalien anderer, wohingegen aggressive sexuelle Handlungen, oral-genitale Kontakte, Einführen von Gegenständen in die Vagina oder den Anus sowie die versuchte Durchführung eines Geschlechtsverkehrs selten stattfinden. Am häufigsten zu beobachten sind soziosexuelle Aktivitäten im Alter zwischen drei und fünf Jahren. Anschließend gehen die zu beobachtenden soziosexuellen Handlungen zurück. Allerdings setzt in diesem Alter auch die bewußte Wahrnehmung des sozialen Tabus um Sexualität ein, so daß soziosexuelles Verhalten auch in verstärktem Maß im Verborgenen vollzogen werden mag. Retrospektive Daten bestätigen jedoch eher, daß soziosexuelle Betätigungen – im Gegensatz zu autoerotischen Aktivitäten – in der mittleren Kindheit zurückgehen bzw. beendet werden; dies scheint vor allem für Mädchen generell und für Jungen aus der Mittelschicht zu gelten (Elias 1974).

„Sexualisiertes Verhalten“

In der Literatur zu sexuellem Mißbrauch findet sich in den letzten Jahren häufig der Begriff des „sexualisierten Verhaltens“. Dieser wird in der Regel nicht weiter spezifiziert, aber meist als Synonym für altersinadäquates bzw. abnormales sexuelles Verhalten verwendet. In dem von Finkelhor und Browne (1986) entwickelten Modell zur Schädigungsdynamik bei sexuellem Mißbrauch wird davon ausgegangen, daß es als Folge der Belohnung eines dem Entwicklungsstand des Kindes nicht entsprechenden sexuellen Verhaltens oder als Folge des Erlebens von Zuneigung und Aufmerksamkeit im Austausch für Sexualität zu einer Verunsicherung über die Bedeutung von Sexualität in Relation zu Liebe und Zuwendung, zu einer Verunsicherung über sexuelle Normen sowie zu einer gesteigerten Beschäftigung mit Sexualität kommen könne. Die Konsequenz könne eine altersinadäquate sexuelle Betätigung und eine übersteigerte sexuelle Beschäftigung sein. Vorliegende empirische Untersuchungen scheinen diese Annahme grundsätzlich zu bestätigen. So fanden Beitchman et al. (1991) in ihrer Literaturanalyse, daß sexuell mißbrauchte Kinder mit höherer Wahrscheinlichkeit Formen von altersinadäquatem sexuellem Verhalten zeigen als andere Kinder, während sich bei allen anderen Verhaltens- oder Erlebens-

auffälligkeiten insgesamt keine Unterschiede zwischen sexuell mißbrauchten und anderen altersgleichen klinischen Vergleichsgruppen fanden. In einer Zusammenschau von empirischen Studien zur Erfassung von sexuellem Verhalten nach sexuellem Mißbrauch resümiert Friedrich (1993), daß eine wachsende Anzahl von methodisch ausgereifteren Studien zeige, daß sexueller Mißbrauch mit einer Zunahme von sexuellem Verhalten nach dem Mißbrauch korreliere. Da die meisten Erhebungen aber auf klinischen Stichproben basieren, bleibe die Generalisierbarkeit auf nicht klinische Populationen eingeschränkt. Bei den von Friedrich (1993) referierten Studien stellen sich zum Teil allerdings Fragen nach der Treatment-Zuweisung (Diagnose des stattgefundenen sexuellen Mißbrauchs möglicherweise auch aufgrund des sexualisierten Verhaltens) sowie der Operationalisierung von „sexuellem Verhalten“ bzw. „sexualisiertem Verhalten“. Bei den meisten Untersuchungen wurden die relevanten Items der durch Eltern auszufüllenden Child Behavior Checklist von Achenbach und Edelbrock (1983) zugrundegelegt, welche sich zum Teil nicht auf bloße Beobachtungen, sondern auf Bewertungen von Verhalten beziehen. Sie lauten:

- Verhält sich wie das Gegengeschlecht (5)
 - Spielt in der Öffentlichkeit an den Geschlechtsteilen (59)
 - Spielt zuviel an seinen/ihren Geschlechtsteilen (60)
 - Hat sexuelle Probleme (73)
 - Denkt zuviel an Sex (96)
 - Möchte gern vom anderen Geschlecht sein (110)
- (zur deutschen Adaptation der Child Behavior Checklist vgl. Remschmidt 1990).

Hinweise auf Diskrepanzen zwischen Selbstauskünften und Eltern-Ratings bezüglich der Einschätzung von Verhaltens- und Erlebnisauffälligkeiten nach sexuellem Mißbrauch mit höheren Problemeinschätzungen durch Eltern (Cohen 1988) geben Anlaß, ein ausschließliches Erfassen von sexualisiertem Verhalten mittels dieser bewertenden Items aus der CBCL mit Vorsicht zu bewerten.

Die bislang einzige Untersuchung, bei der das Auftreten verschiedener Formen von zu beobachtendem sexuellem Verhalten innerhalb einer mißbrauchten und einer nicht mißbrauchten Stichprobe verglichen wurde, legten 1992 Friedrich et al. vor. Die Autoren fanden auf 27 der 35 erfragten Items des von ihnen entwickelten Child Sexual Behavior Inventorys (CSBI) signifikante Unterschiede zwischen mißbrauchten und nicht mißbrauchten Kindern, wobei schwerere Mißbrauchsformen, eine höhere Zahl von mißbrauchenden Personen und die Anwendung oder Drohung mit Gewalt mit einem höheren Wert auf dem CSBI korrelierte. Allerdings unterschied sich die untersuchte Gruppe mißbrauchter Kinder nicht nur hinsichtlich des sexuellen Mißbrauchs von der Vergleichsgruppe, sondern auch hinsichtlich der Menge der sonstigen belastenden Lebensereignisse. Diese Variable wiederum erwies sich aber ebenfalls als signifikanter Prädiktor für erhöhte Werte auf dem CSBI. Ferner hatte auch der Umgang mit Sexualität in der Familie, also Gelegenheiten, andere nackt zu sehen, sowie Gelegenheiten, einen Geschlechtsverkehr zu beobachten (in Zeitschriften, Videos, Fernsehen, in vivo) Einfluß auf das Ausmaß des sexuellen Verhaltens der Kinder.

Wissen über Sexualität

Es stellt sich zunächst die Frage, welches Wissen überhaupt unter die Rubrik „Sexualwissen“ zu subsumieren ist. Folgende Dimensionen lassen sich unterscheiden:

- körperliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern
- Geschlechtsidentität/-konstanz
- Schwangerschaft
- Geburt
- Zeugung
- sexuelle Handlungen von Erwachsenen
- sexueller Mißbrauch.

Wissen über genitale Unterschiede / Geschlechtsidentität / Geschlechtskonstanz

Von den genannten Themenbereichen ist der Aspekt der Entwicklung der Geschlechtsidentität bzw. -konstanz am häufigsten untersucht worden. Im gegebenen Kontext ist dabei vor allem die globale Geschlechtsidentität, also eine Selbstkategorisierung als männlich oder weiblich von Relevanz, während eine inhaltlich spezifizierte Geschlechtsidentität, die die Art und den Grad der Selbstzuschreibung männlicher und weiblicher Merkmale kennzeichnet (Trautner 1987) und sich vor allem auf die Entwicklung der Geschlechtstypisierung bezieht, von untergeordneter Bedeutung ist.

Gesichert ist, daß Kinder sich und andere ab dem Alter von zwei bis drei Jahren zuverlässig dem richtigen Geschlecht zuordnen können. Erste Selbstkategorisierungsprozesse finden bereits ab Ende des ersten Lebensjahres statt. Ein volles Verständnis der Konstanz der Geschlechtsidentität und ihrer biologischen Fundierung entwickelt sich jedoch erst wesentlich später (Kohlberg 1966). Junge Kinder definieren Geschlechtszugehörigkeit zunächst aufgrund äußerer Merkmale (z.B. Kleidung, Haare), obwohl den meisten Kindern die genitalen Unterschiede bereits bekannt sind (Gordon 1990a; Grassel 1983). Ab welchem Alter ein vollständiges Verständnis der Geschlechtskonstanz angenommen wird, scheint davon abzuhängen, ob nur die Urteile über Geschlechtskonstanz oder auch die jeweilige Urteilsbegründung (Erkenntnis der genitalen Grundlage der Geschlechtszugehörigkeit und ihrer Invarianz) als Kriterium herangezogen wird (vgl. Trautner 1991). Vollständige Urteilsbegründungen erfolgen in der Regel erst am Ende des Grundschulalters. Die Bedeutung des Wissens über Genitalien wurde bislang bei den meisten Untersuchungen über Geschlechtskonstanzurteile jedoch nicht geprüft. Das Verständnis der genitalen Grundlage der Geschlechtskonstanz scheint einen eigenen Entwicklungsschritt darzustellen (McConaghy 1979).

In verschiedenen Untersuchungen finden sich Hinweise, daß Mädchen in der frühen Kindheit mehr Wissen über Geschlechtsorgane haben als Jungen, wobei beide Geschlechter häufiger über Begriffe für das männliche als für das weibliche Genitale verfügen. In einer Untersuchung von Bem (1989) kannten beispielsweise 67% der 3 bis 5 Jahre alten Jungen und 68% der Mädchen einen Namen für das männliche Genitale, aber nur 15% der Jungen und 58% der Mädchen nannten eine Bezeichnung für das weibliche Genitale. Mädchen waren also durchschnittlich früher in der Lage, das männliche Geschlechtsorgan zu benennen als das eigene. Studien, bei denen Mädchen nicht generell über besseres Wissen über Genitalien verfügten, bestätigten dennoch, daß die Kinder im allgemeinen eher Begriffe für das männliche als für das weibliche Genitale kennen (Fralely 1991; Gordon 1990a;

Moore 1971; Victor 1980). Bem führt dies darauf zurück, daß das männliche Genitale besser wahrnehmbar ist.

Wissen über Schwangerschaft, Geburt und Zeugung

In verschiedenen Studien wurde gezeigt, daß die meisten vier- bis siebenjährigen Kinder ein grundlegendes Wissen über intrauterines Wachstum erworben haben, aber nur wenig Angaben über die Geburt und fast keine Angaben über die Zeugung machen können (Bernstein 1975; Bosinski 1989; Cohen 1977; Frasc 1975; Goldman 1982; Gordon 1990a; Grassel 1983; Kreidler 1966; Löwe 1981; Moore 1971).

Bernstein und Cowan (1975) weisen darauf hin, daß das Verständnis von Schwangerschaft abhängig ist vom kognitiven Entwicklungsstand, vor allem vom Verständnis von Kausalität und Konstanz. Sie postulieren einen mehrstufigen Wissensaneignungsprozeß, an dessen Beginn eine Erklärung nicht notwendig erscheint, da noch kein Verständnis von Kausalität vorhanden ist (bis zum 3. Lebensjahr). Es folgen Erklärungen, die eine Art Manufaktur eines Babys umschreiben, bis dann entweder auf soziale (Beziehung der Partner), sexuelle (Ablauf des Koitus) oder biologische (Verschmelzung des genetischen Materials) Aspekte Bezug genommen wird, ohne daß diese Variablen aber bereits in ein zusammenhängendes System eingeordnet werden können. Die Vereinigung von Spermium und Ei wird beschrieben, zunächst aber als ein additiver und weniger als ein interaktiver Prozeß verstanden (Annahme, ein Embryo sei im Ei vorgeformt und vom Spermium aktiviert); ein vollständiges Verständnis dieses Prozesses wird jedoch erst mit 11 bis 12 Jahren erreicht (vgl. auch Goldman 1983).

Bernstein und Cowan (1975) gehen davon aus, daß junge Kinder ihre Annahmen über den Ursprung von Babys entsprechend ihrem kognitiven Entwicklungsstand aus den vorgegebenen Informationen konstruieren, so daß falsche Konzepte nicht notwendigerweise Resultat von Falschinformationen sein müssen, sondern auf mangelndem Verständnis der präsentierten Information basieren können.

Die Mehrheit der vier- bis siebenjährigen Kinder konnten in vorliegenden Untersuchungen angeben, daß ein Kind im Bauch der Mutter wächst, die meisten Kinder nahmen aber an, daß der Embryo durch die Nahrung, die die Mutter isst, entsteht oder schon immer dort war (Bosinski 1989; Cohen 1977; Kreidler 1966; Moore 1971).

Folglich sehen Kinder dieser Altersgruppe kaum einen kausalen Zusammenhang zwischen Schwangerschaft und der Rolle des Vaters. Wenn diesem überhaupt eine Funktion bei diesem Prozeß zugeschrieben wird, bezieht sie sich vor allem auf soziale Aspekte (Geld verdienen, die Mutter ins Krankenhaus bringen, etc.) (Goldman 1982; Kreidler 1966; Moore 1971).

Goldman und Goldman (1982) ordneten das Wissen von Kindern über die Rolle von Mutter und Vater bei der Zeugung einer „Biological-Realism“-Skala zu und fanden drei Stadien: nicht-sexualbezogene Erklärungen, Übergangsstadium zu sexualbezogenen Erklärungen und deutlich sexualbezogene Erklärungen. Bei der Mehrheit der von ihnen untersuchten Kinder in mehreren englischsprachigen Ländern dominierten nicht-sexualbezogene Antworten bis zum 11. Lebensjahr, bei einer schwedischen Stichprobe gaben dagegen die meisten neunjährigen Kinder sexualbezogene Antworten.

Hinsichtlich des Geburtsvorgangs scheint die verbreitetste der Annahmen unter vier- bis siebenjährigen Kindern zu sein, daß das Kind durch eine Öffnung im Bauch geboren wird (Bosinski 1989; Grassel 1983; Kreidler 1966; Moore 1971). Obwohl von einigen Kindern

der Anus als möglicher Geburtsweg benannt wurde, findet sich insgesamt wenig Unterstützung für die Freudsche Annahme (1907), Kinder gingen davon aus, daß Babys durch den Anus geboren werden. Realistische Angaben über den Geburtsweg wurden in der Studie von Goldman und Goldman (1982) von der Mehrheit der 11jährigen Kinder aus englischsprachigen Ländern und der Mehrheit der neunjährigen schwedischen Kinder abgegeben.

Sexuelle Handlungen von Erwachsenen

Es existieren kaum Studien, in denen Kinder nach ihrem Wissen über sexuelle Aktivitäten Erwachsener unabhängig vom Reproduktionsprozeß befragt wurden. Auf die Frage von Goldman und Goldman (1982), ob Menschen auch aus anderen Gründen als dem Wunsch nach einem Baby Geschlechtsverkehr haben, wußten nur sieben schwedische von insgesamt 838 befragten Kinder vor dem 9. Lebensjahr eine Antwort. Ab dem 9. Lebensjahr (bei den englischsprachigen Kindern erst ab dem 13. Lebensjahr) gab etwa die Hälfte der Kinder an, daß der Koitus auch unabhängig vom Kinderwunsch aus Freude oder Vergnügen stattfindet. Befragungen von Kindern zu anderen sexuellen Praktiken liegen nicht vor.

Sexueller Mißbrauch

Die Konzepte von Kindern über sexuellen Mißbrauch wurden in einer Arbeit von Wurtele und Miller (1987) untersucht. Die Mehrheit der befragten fünf- bis siebenjährigen Kinder waren nicht in der Lage, den Begriff „sexueller Mißbrauch“ zu definieren, nur 15% gaben Beschreibungen, die sich auf sexuelle Berührungen bezogen. Von den 10- bis 12jährigen Kindern konnten etwa die Hälfte eine annähernd zutreffende Definition formulieren, etwa ein Viertel der Altersgruppe nahm an, daß sexueller Mißbrauch mit schweren körperlichen Übergriffen verbunden ist.

Aus den referierten Untersuchungen ergibt sich etwa folgender Verlauf der Sexualwissensaneignung:

- bis 2 Jahre – keine Fragen zu sexuellen Themen
- 2 – 3 Jahre – Fragen zu genitalen Unterschieden
– Geschlechtszuordnungen werden getroffen
- 3 – 4 Jahre – Fragen zum Ursprung von Babys
- 4 Jahre – Basiswissen über Schwangerschaft
- 5 – 6 Jahre – Fragen zur Geburt
- 8 Jahre – Fragen zu Empfängnis und Geschlechtsverkehr
- 9 – 11 Jahre – Wissen über Empfängnis und Geschlechtsverkehr.

In einer eigenen Untersuchung (Volbert 1995) wurden mit 147 Kindern zwischen 2,1 und 6,9 Jahren anhand von Bildvorlagen zu den genannten Wissensdimensionen Interviews durchgeführt. Ferner wurden über einen Elternfragebogen Informationen zur Sexualerziehung und zu sexuellen Aktivitäten der Kinder erfaßt.

Die Ergebnisse stützen prinzipiell den in der Literatur der letzten drei Jahrzehnte beschriebenen Verlauf der Entwicklung des Sexualwissens von Kindern. Trotz vereinfachten Zugangs zu sexuell explizitem Material zeigten die Kinder der untersuchten Altersgruppe kaum Wissen über sexuelles Verhalten Erwachsener. Die große Mehrheit der Kinder erwirbt zunächst ein Sexualwissen, das ausschließlich auf Reproduktionsvorgänge konzentriert ist und erhält auf diesem Wege Informationen über Koitus und sexuelles Verhalten Erwach-

sener. Nur in Ausnahmefällen erhalten Kinder erste Informationen über sexuelle Handlungen Erwachsener z.B. durch sexuell explizite Videos, ohne daß eine Sexualerziehung über Reproduktionsvorgänge erfolgt. Es ist anzunehmen, daß die unterschiedlichen Wege des Wissenserwerbs auf die Ausbildung sexueller Konzepte der Kinder Einfluß nehmen, ohne daß hierzu bislang Daten vorliegen.

Moderatorvariablen

Das Wissen von Kindern über Sexualität ist in hohem Maße abhängig von der angebotenen Information. Im Vergleich zu früheren Studien (z.B. Bromley 1938; Conn 1947; Kinsey 1955), in denen die Mehrheit der Kinder nur unzureichende, falsche oder gar keine Informationen von den Eltern erhielten und die Hauptinformanten gleichgeschlechtliche Peers waren, zeigte sich in Untersuchungen der letzten 25 Jahre eine Vorverlegung des Aufklärungsalters und eine Zunahme der sachlich richtigen Erstaufklärung durch Eltern (Plössing 1976; Schetelig 1982). Allerdings geben die Mehrheit der Eltern nur Informationen, wenn entsprechende Fragen von den Kindern gestellt werden (Finkelhor 1984; Lehmann 1971; Schetelig 1982).

Aus vorliegenden Untersuchungen ergeben sich Hinweise, daß es bedeutsame Beziehungen zwischen Wissen über Sexualität einerseits und dem Ausmaß an Sexualerziehung, der Einstellung der Eltern zur Sexualität von Kindern, sozialer Schichtzugehörigkeit, Familiengröße und Vorhandensein von Geschwisterkindern gibt (Goldman 1982; Gordon 1990a). Zwischen den genannten Variablen sind jedoch Interkorrelationen anzunehmen, die in vorhandenen Studien kaum berücksichtigt wurden.

Sexualwissen von mißbrauchten Kindern

In einer einzigen Studie wurde bislang das Sexualwissen von sexuell mißbrauchten Kindern mit dem von nicht mißbrauchten Kindern verglichen (Gordon 1990b). Dabei wurde auf keiner Wissensdimension ein relevanter Unterschied gefunden. Da sich die meisten Items jedoch auf Reproduktionsvorgänge bezogen, war ein diesbezüglicher Wissenszuwachs durch die Erfahrung eines sexuellen Mißbrauchs auch kaum anzunehmen. Fragen zu möglichen sexuellen Interaktionen zwischen Erwachsenen und Kindern wurden jedoch nicht gestellt.

Sexuelles Verhalten und Wissen von Kindern – Normale Entwicklung oder Indikatoren für sexuellen Mißbrauch?

Theoretische Überlegungen zur Schädigungsdynamik bei sexuellem Mißbrauch lassen bei einem Teil der mißbrauchten Kinder Veränderungen im sexuellen Verhalten, bei jungen Kinder vor allem eine Zunahme sexueller Aktivitäten erwarten. Empirische Untersuchungen scheinen diese Annahme prinzipiell zu bestätigen. Allerdings bestehen nicht unerhebliche methodische Einwände gegen eine Reihe der vorliegenden Untersuchungen (vorwiegend klinische Stichproben, Bestätigung des Mißbrauchsverdachts aufgrund von Auffälligkeiten im sexuellen Bereich ist nicht in allen Untersuchungen auszuschließen, Beobachter der Verhaltenssymptome sind informiert über Gruppenstatus (mißbraucht versus nicht mißbraucht), Rating zum Teil durch Eltern), welche durchgängig die Gefahr einer Überschätzung des Effekts nahelegen.

Das Auftreten gelegentlicher sexueller Verhaltensäußerungen bei Kindern kann allein kaum einen Hinweis oder gar einen Beleg für einen stattgefundenen sexuellen Mißbrauch bieten. Gerade bei Kindern zwischen drei und sechs Jahren sind autoerotische Aktivitäten sowie das Zeigen der eigenen Genitalien und Anschauen und Anfassen der Genitalien anderer (anderer Kinder, vertrauter Bezugspersonen) häufig zu beobachten.

Aus klinischer Erfahrung scheint vor allem die Einbettung einer sexuellen Aktivität eines Kindes in den Kontext und die Bedeutung, die ihr gemessen an anderen Aktivitäten zukommt, relevant zu sein: Während das gelegentliche Interesse an den Genitalien anderer bei einem fünfjährigen Mädchen Teil der normalen sexuellen Entwicklung sein mag, ist dasselbe Verhalten möglicherweise anders einzuschätzen, wenn es z.B. sehr häufig bei Besuchen von fremden Erwachsenen auftritt oder den Kontakt zu Fremden gar völlig determiniert.

Auch die Frage, ob es ein Sexualwissen gibt, das als altersinadäquat oder möglicherweise sogar als Indikator für sexuellen Mißbrauch betrachtet werden kann, ist nicht abschließend zu beantworten. Nach den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchungen ist detailliertes Wissen über sexuelle Handlungen unter jungen Kindern weiterhin unüblich. Falls ein Kind über ein solches Wissen verfügt, scheint es von daher indiziert zu sein, der Quelle dieses Wissens nachzugehen. Nicht außer Acht gelassen werden darf aber, daß nicht nur ein sexueller Mißbrauch, sondern auch der Zugang zu sexuell explizitem Material und in vivo beobachteten Handlungen ursächlich sein könnte.

Literatur

- Achenbach, T.M.; Edelbrock, C.: Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile. Burlington: University of Vermont 1983.
- Bakwin, H.: Erotic feelings in infants and young children. *American Journal of Diseases of Children* 1973; 126: 52-54.
- Beitchman, J.H.; Zucker, K.J.; Hood, J.E.; DaCosta, G.A.; Akman, D.: A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect* 1991, 15: 537-556.
- Bem, S.L.: Genital knowledge and gender constancy in preschool children. *Child Development* 1989; 60: 649-662.
- Bernstein, A.C.; Cowan, P.A.: Children's concepts of how people get babies. *Child Development* 1975, 46: 77-91.
- Bornemann, E.: Das Geschlechtsleben des Kindes. Beiträge zur Kinderanalyse und Sexualpädagogie. München: Urban & Schwarzenberg 1985.
- Bosinski, H.: Zum aktuellen Stand der Geschlechtererziehung im Vorschulalter. *Ärztliche Jugendkunde* 1989; 80: 290-297.
- Bromley, D.D. & Britten, F.H.: Youth and sex. A study of 1.300 college students. New York: Harper & Brothers 1938.
- Browne, A.; Finkelhor, D.: Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin* 1986; 99: 66-77.
- Clement, U.; Schmidt, G.; Kruse, M.: Changes in sex differences in sexual behavior: a replication of a study on West German students (1966-1981). *Archives of Sexual Behavior* 1984; 13: 99-121.
- Cohen, B.; Parker, S.: Sex information among nursery-school children. In E.K. Oremland & J.D. Oremland (Eds.), *The Sexual and Gender Development of Young Children: the Role of the Educator* (pp. 181-190). Cambridge: Ballinger Publishing Company 1977.
- Cohen, J.A. & Mannarino, A.P.: Psychological symptoms in sexually abused girls. *Child Abuse and Neglect* 1988; 12: 571-577.

- Conn, J.H.: Children's awareness of the origins of baby's. *Journal of Child Psychiatry* 1947; 1: 140-176.
- Conte, J.R.; Sorenson, E.; Fogarty, L; Dalla Rosa J.: Evaluating children's reports of sexual abuse: Results from a survey of professionals. *American Journal of Orthopsychiatry* 1991; 61: 428-437.
- Currier, R.L.: Juvenile sexuality in global perspective. In L.L. Constantine & F.M. Martinson (Eds.), *Children and Sex. New Findings, New Perspectives* (pp. 9-19). Boston: Little, Brown and Company 1981.
- Elias, J.; Gebhard, P.H.: Sexuality and sexual learning in childhood. In R. Rogers (Ed.), *Sexual Education – Rationale and Reaction* (pp. 143-154). London: Cambridge University Press 1974.
- Finkelhor, D.: *Child Sexual Abuse. New Theory and Research*. New York: The Free Press 1984.
- Finkelhor, D.; Browne, A.: Initial and long-term effects: A conceptual framework. In D. Finkelhor & associates, *A Sourcebook on Child Sexual Abuse* (pp. 180-198). Beverly Hills: Sage 1986.
- Frale, M.C.; Nelson, E.C.; Wolf, A.W.; Lozoff, B.: Early genital naming. *Developmental and Behavioral Pediatrics* 1991; 12: 301-305.
- Frasch, H.; Grüniger, W.: *Das Sexualwissen von Schulanfängern – Ein empirischer Beitrag zur Sexualpädagogik. Medien und Sexualpädagogik* 1975; 3: 1-5.
- Freud, S.: *Zur sexuellen Aufklärung der Kinder (Gesammelte Werke Bd. 7)*. Frankfurt: Fischer 1907 (Auflage 1966).
- Friedrich, W.N.: Sexual victimization and sexual behavior in children: A review of recent literature. *Child Abuse and Neglect* 1993; 17: 69-66.
- Friedrich, W.N.; Grambsch, P.; Broughton, D.; Kuiper, J.; Beilke, R.L.: Normative sexual behavior in children. *Pediatrics* 1991; 88, 456-464.
- Friedrich, W.N.; Grambsch, P.; Damon, L. et al.: Child Sexual Behavior Inventory: Normative and clinical comparisons. *Psychological Assessment* 1992; 4: 303-311.
- Gagnon, J.H.: Attitudes and responses of parents to preadolescent masturbation. *Archives of Sexual Behavior* 1985; 14: 451-466.
- Galenson, E.: Observation of early infantile sexual and erotic development. In M.E. Perry (Ed.), *Handbook of Sexology (Vol. 7: Childhood and Adolescent Sexology)* (pp. 169-179). Amsterdam: Elsevier 1990.
- Galenson, E.; Roiphe, H.: The emergency of genital awareness during the second year of life. In R.C. Friedman, R.M. Richard & R.L. van Wiele (Eds.), *Sex Differences in Behavior*. New York: Wiley 1974.
- Giese, H.; Schmidt, G.: *Studenten-Sexualität. Verhalten und Einstellung*. Reinbek: Rowohlt 1968.
- Goldman, J.: Children's sexual cognition and its implications for children's court testimony in child sexual abuse cases. *Australian Journal of Marriage and Family* 1992; 13: 78-96.
- Goldman, R.; Goldman, J.: *Children's Sexual Thinking*. London: Routledge and Kegan Paul 1982.
- Goldman, R.; Goldman, J.: Children's perceptions of sex differences in babies and adolescents: A cross-national study. *Archives of Sexual Behavior* 1983; 12: 277-294.
- Goldman, R.; Goldman, J.: *Show Me Yours; What Children Think About Sex*. London: Penguin Books 1988.
- Gordon, B.N.; Schroeder, C.S. & Abrams, M.: Age and social-class differences in children's knowledge of sexuality. *Journal of Clinical Child Psychology* 1990a; 19, 33-43.
- Gordon, B.N.; Schroeder, C.S.; Abrams, M.: Children's knowledge of sexuality: A comparison of sexually abused and nonabused children. *American Journal of Orthopsychiatry* 1990b; 60: 250-257.
- Grassel, H.; Bosinski, H.: *Sexualwissen und Geschlechterrollen-Vorstellungen bei Vorschulkindern. Ärztliche Jugendkunde* 1983; 74: 110-120.
- Gundersen, B.H.; Melas, P.S.; Skar, J.E.: Sexual behavior of preschool children. In L.L. Constantine & F.M. Martinson (Eds.), *Children and Sex. New Findings. New Perspectives* (pp. 45-61). Boston: Little, Brown and Company 1981.
- Hoch, Z., Kubat, H., Fisher, M. & Brandes, J.M.: Background and sexual experience of Israeli medical students. *Archives of Sexual Behavior* 1978; 7: 429-441.
- Honig, M.-S.: Über die Sexualität von Kindern. In Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.), *Was für Kinder. Aufwachsen in Deutschland. Ein Handbuch* (S. 182-194). München: Kösel, 1993.

- Jackson, S.: *Childhood and Sexuality*. Oxford: Basil Blackwell 1982.
- Kinsey, A.C.; Pomeroy, W.B.; Martin C.E.: *Das sexuelle Verhalten des Mannes*. Berlin: G.B. Fischer 1955.
- Kinsey, A.C.; Pomeroy, W.B.; Martin, C.E.; Gebhard, P.H.: *Das sexuelle Verhalten der Frau*. Berlin: G.B. Fischer 1954.
- Kleeman, J.A.: A boy discovers his penis. *Psychoanalytic Study of the Child* 1965; 20, 239-266.
- Kleeman, J.A.: Genital discovery during a boy's second year: a follow-up. *Psychoanalytic Study of the Child* 1966; 21: 358-392.
- Kleeman, J.A.: The establishment of core gender identity in normal girls. *Archives of Sexual Behavior* 1971; 1: 117-147.
- Kohlberg, L.: A cognitiv-developmental analysis of children's sex role concept and attitudes. In E.E. Maccoby (Ed.), *The Development of Sex Differences* (pp. 82-173). Stanford: Stanford Univ. 1966.
- Kreitler, H.; Kreitler, S.: Children's concepts of sexuality and birth. *Child Development* 1966; 37: 363-378.
- LaFontaine, J.: *Child Sexual Abuse*. Cambridge: Polity Press 1990.
- Lamb, S.; Coakley, M.: "Normal" childhood sexual play and games: Differentiating play from abuse. *Child Abuse and Neglect* 1993; 17: 515-526.
- Lehmann, E.-M.: Eine empirische Untersuchung zu Meinungen und Kenntnissen der Eltern zu Fragen der Geschlechtererziehung. *Ärztliche Jugendkunde* 1991; 62: 267-273.
- Lewis, W.C.: Coital movements in the first year of life. *International Journal of Psychoanalytic* 1965; 46: 372-374.
- Löwe, B.: Das sexualkundliche Vorwissen von Schülern der Eingangsstufe der Grundschule – eine Pilotstudie an nordbadischen Grundschulern. In N. Kluge (Hrsg.), *Sexualpädagogische Forschung* (S. 59-88). Paderborn; Schöningh 1981.
- Martinson, F.M.: Eroticism in childhood: a sociological perspective. In E.K. Oremland & J.D. Oremland (Eds.), *The Sexual and Gender Development of Young Children: the Role of the Educator* (pp. 73-82). Cambridge: Ballinger Publishing Company 1977.
- Martinson, F.M.: Childhood sexuality. In B.B. Wolman & J. Money (Eds.), *Handbook of Human Sexuality*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall 1980.
- McConaghy, M.J.: Gender permanence and the genital basis of gender: Stages in the development of constancy of gender identity. *Child Development* 1979; 50: 1223-1226.
- Misgeld, G.: Die Entwicklung des Sexuellen im Kindesalter. In H. Szewczyk & H. Burghardt (Hrsg.), *Sexualität* (S. 131-140). Berlin: Verlag Volk und Gesundheit 1978.
- Moore, J.E.; Kendall, D.C.: Children's concepts of reproduction. *Journal of Sex Research* 1971; 7: 42-61.
- Newson, J.; Newson, E.: *Patterns of Infant Care in an Urban Community*. London: Allen & Unwin 1963.
- Newson, J.; Newson, E.: *Four Years Old in an Urban Community*. London: Allen and Unwin 1968.
- Plössnig, F.: *Das sexualbiologische Wissen 16- bis 18jähriger österreichischer Jugendlicher, die eine weiterführende Schule besuchen*. Dissertation, Innsbruck 1976.
- Ramsey, C.V.: The sexual development of boys. *American Journal of Psychology* 1943; 56, 217- 33.
- Remschmidt, H.; Walter, R.: *Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern*. Göttingen: Verlag für Psychologie 1990.
- Schetelig, H.: Neue Tendenzen der Sexualerziehung in der Familie. In T. Hellbrügge (Hrsg.), *Die Entwicklung der kindlichen Sexualität* (S. 274-286). München: Urban & Schwarzenberg 1982.
- Schuhrke, B.: *Körperentdecken und psychosexuelle Entwicklung*. Regensburg: S. Roderer Verlag 1991.
- Sears, R.E.; Maccoby, E.E.; Levin, H.: *Patterns of Child Rearing*. New York: Harper and Row 1957.
- Sydow, K.v.: *Lebenslust. Weibliche Sexualität von der frühen Kindheit bis ins hohe Alter*. Bern: Huber 1993.
- Trautner, H.M.: *Geschlecht, Sozialisation und Identität*. In H.P. Frey & K. Hausser (Hrsg.), *Identität. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Forschung* (S. 29-42). Stuttgart: Enke 1987.
- Trautner, H.M.: *Lehrbuch der Entwicklungspsychologie*. (Bd. 2 Theorien und Befunde) S. 335-409. Göttingen: Hogrefe 1991.

- Undeutsch, U.: Die Entwicklung der Sexualität im Kindes- und Jugendalter. In T. Hellbrügge (Hrsg.), Die Entwicklung der kindlichen Sexualität (Fortschritte der Sozialpädiatrie, Band 6) (S. 211-224). München: Urban & Schwarzenberg 1982.
- Victor, J.S.: Human Sexuality: A Social Psychological Approach. Englewood Cliffs: Prentice-Hall 1980.
- Volbert, R.; Homburg, A.: Sexualwissen von Kindern zwischen 2 und 6 Jahren. Unveröffentlichtes Manuskript 1995.
- Volbert, R.; van der Zanden, A.P.: Sexual knowledge and behavior of children up to 12 years – what is age-appropriate? In G.M. Davies, S. Lloyd-Bostock, M. McMurren & C. Wilson (Eds.), Psychology and Law: Advances in Research. Berlin: de Gruyter in press.
- Wurtele, S.K.; Miller, C.L.: Children's conceptions of sexual abuse. Journal of Clinical Child Psychology 1987; 16: 184-191.

Anschriften der Autorin

Dr. Renate Volbert, Institut für Forensische Psychiatrie der FU Berlin, Limonenstr. 27,
D-12203 Berlin

HIV/AIDS and Sexual Behavior in High Risk Adolescents in the USA

Heino F. L. Meyer-Bahlburg, New York

Abstract

The epidemiology of AIDS and HIV infection among adolescents in the U.S. demonstrates marked demographic and geographic heterogeneity. Apart from gay male adolescents, the epidemic is seen mostly among socioeconomically disadvantaged adolescents, particularly from minority (African-American and Hispanic) background who show relatively high rates of sexual risk behavior. The development of a body of theories, data, and techniques for systematic HIV prevention has yielded promising results, but there is an urgent need to increase the power and cost effectiveness of such programs.

Key words: Adolescents, HIV, Sexual Behaviour

Epidemiologic considerations

Incidence and prevalence rates of AIDS and of HIV infection vary with the age group, dependent on the HIV-exposure conditions and risk behaviors characteristic of a given developmental stage. In the U.S., the HIV-risk exposure of adolescents is much lower than that of adults. In contrast to adults, the majority of young teenagers are not yet sexually active, and when they do become sexually active, most engage in sex only sporadically, at least in the beginning. Intravenous drug use with needle sharing is also very low during the teenage years, even in high-risk inner city populations. With the near complete elimination of HIV-infected blood products in the U.S., this iatrogenic exposure factor that characterizes a substantial minority of adolescent AIDS cases has become negligible as a factor in new HIV infections. And because most children who acquired the HIV infection in pregnancy, birth, and/or during breast feeding die young, only a small number of such vertical-transmission cases has entered the adolescent pool to date.

It is therefore no surprise that the number of reported cases with AIDS in the age group 13-19 years (age at diagnosis) is rather small when compared to the age groups 20-24 and 25-29 (Table 1).

Fewer adolescent cases with AIDS have been registered than children below 5 years of age, and only the number of reported cases of the age group 5-12 years is lower.

The following estimate is based on the assumption that the latency period from infection to AIDS is about the same in adolescents as in adults. As there are no good studies of the natural history of HIV disease that compare adolescents to adults, we cannot draw any firm conclusions regarding this issue.

Unfortunately, the fact that in the year 1993-94 the incidence of new AIDS cases among adolescents constituted only about 0.5% of the incidence of new AIDS cases in the general population, dramatically underestimates the HIV infection risk in adolescents. If one considers that the median latency period from initial infection to the development of AIDS

Tab. 1: Number of AIDS cases by sex and age at diagnosis, reported July 1993 through June 1994, and cumulative totals through June 1994, USA (CDC, 1994)

Age at diagnosis	July 1993 through June 1994			Cumulative total through June 1994		
	Male	Female	Total	Male	Female	Total
Under 5	487	505	992	2.328	2.277	4.605
5-12				663	466	1.129
13-19	267	172	439	1.203	565	1.768
20-24	2.060	844	2.904	11.879	3.325	14.204
25-29	(not reported)			50.819	9.222	60.041
Any age	70.442	14.814	85.260*	347.767	53.978	401.759*

Tab. 2: AIDS cases in adolescents and young adults, by HIV exposure category, reported July 1993 – July 1994, USA (CDC, 1994)

Exposure category	Males		Females	
	13-19	20-24	13-19	20-24
	No. (%)	No. (%)	No. (%)	No. (%)
Men who have sex with men	75 (2%)	1213 (59%)	NA	NA
Injecting drug use	18 (7%)	266 (13%)	17 (10%)	200 (24%)
Men who have sex with men and inject drugs	7 (3%)	155 (8%)	NA	NA
Hemophilia / coagulation disorder	116 (43%)	84 (4%)	2 (1%)	2 (0%)
Heterosexual contact:	9 (3%)	96 (5%)	80 (47%)	429 (51%)
Sex with injecting drug user	3	27	31	183
Sex with bisexual male	NA	NA	5	27
Sex with person with hemophilia	1	0	1	13
Sex with HIV+ transfusion recipient	0	2	0	2
Sex with HIV+ person, risk not specified	5	67	43	204
Receipt of blood transfusion, blood components or tissue	15 (6%)	18 (1%)	8 (5%)	13 (2%)
Risk not reported or identified	27 (10%)	228 (11%)	65 (38%)	200 (24%)
Total	267 (100%)	2060 (100%)	172 (100%)	844 (100%)

Tab. 3: AIDS cases by sex, age at diagnosis, and race/ethnicity, reported through June 1994, USA (CDC, 1994)

Age at diagnosis (years)	White, not Hispanic No. (%)	Black, not Hispanic No. (%)	Hispanic No. (%)	Other No. (%)	Total No. (%)
Males: Under 5	363 (16%)	1378 (59%)	565 (24%)	20 (1%)	2328 (100%)
Males: 5-12	256 (39%)	229 (35%)	169 (25%)	8 (1%)	663 (100%)

symptoms is about 8 to 12 years, it becomes obvious that a large proportion of cases first diagnosed with AIDS in the age group 20-24 years, and still a significant proportion of cases diagnosed at a later age, must have been infected during the adolescent years.

A review of the AIDS case data by exposure category (Table 2) demonstrates that among adolescent AIDS cases reported in the years 1993-94, almost half of those reported in males seem to have been infected originally by HIV-contaminated blood products, as compared to 6% of the females. Of the other identifiable exposure risks, homosexual sex is the major risk category for males, and heterosexual sex for females, followed in both groups by injected drug use. (The same relative importance of behavioral risk categories applies to the young adult group but note the steep decline of AIDS infections brought about by blood products). Thus, sex behavior is the paramount risk factor, and as AIDS research has taught us, it is both the particular sexual practice a person engages in as well as the HIV status of his/her partner that counts.

Given that approximately 4/5 of the United States population is white, the data on Table 3 clearly indicate that Blacks and Hispanics are overrepresented among AIDS cases. This is particularly pronounced for black adolescent and young adult women. (And, correspondingly, since these are women of child bearing age, there is also an overrepresentation of Blacks among pediatric AIDS cases).

HIV infection rates follow similar trends. Although we do not have nationally representative seroprevalence surveys – in view of the size and heterogeneity of the U.S. population, such surveys would constitute formidable problems of cost and ethical/ political sensitivities – available larger seroprevalence surveys allow some general conclusions. For instance, the survey of Job Corps applicants (St. Louis 1991) shows an overall positivity rate of 3.6 in 1,000 with marked differences between ethnic groups: Blacks being highest, Caucasians lowest, and Hispanics intermediate. Similar data had been provided by surveys of military recruits (Burke 1986; 1990) where the rate of infection in those aged 15 to 19 years applying for military induction was 0.3 per 1,000. Yet, there are large differences between geographic areas that are roughly in line with what is known about the distribution of adult AIDS cases. Such large scale surveys are complemented by a variety of high risk youth samples (D'Angelo 1991; Stricof 1991; Rotheram-Borus 1991), such as runaway and homeless youth or homosexual adolescents in inner-city shelters.

Summarizing the epidemiological data, one can say that AIDS cases and seroinfection rates are very unequally distributed among adolescents of the United States. Among adolescent populations, the distributions approximately replicate the distributions in the adult population. The same applies to the relative salience of the major HIV exposure factors. In specific high

risk subpopulations, the infection rates transcend replacement levels, but not in the general population. Therefore, the development of small-group and institutional interventions has been aimed mainly at high risk groups of adolescents rather than the general population, although the adolescent population as a whole certainly has become aware of the AIDS epidemic, and several studies have shown corresponding changes in knowledge, attitudes, beliefs, and – to a lesser extent – behavior.

Behavioral Characteristics of High Risk Adolescents

In principle, the major routes of HIV transmission that have been identified for adults apply to adolescents as well. There is some discussion of an increased vulnerability of early adolescent women to HIV infection because of the transient period of increased exposure of the columnar epithelium of the cervix during pubertal development, but whether and to what extent this factor really increases the individual transmission risk has not been established.

The same major behavioral risk factors that threaten adults also apply to adolescents, and presumably, in the same rank order of transmission probability: with the top risk represented by needle sharing, followed by unprotected anal receptive intercourse, anal insertive intercourse, receptive vaginal intercourse, oral sex, and manual sex. Similarly, cofactors such as genital and anal lesions caused by sexually transmitted diseases other than HIV, or by traumatic sex, vaginal sex during menstruation, etc., all would increase transmission risk in adolescents as they do in adults. Thus, adolescents at high risk are those who start sex (and intravenous drug use) at an earlier age, have more partners, as, for instance, in drug-use related unprotected survival sex, resort to unprotected penetrative sex, suffer from sexually transmitted diseases, etc. With the possible exception of the middle class gay male subculture, all the risk factors accumulate in the disadvantaged non-white minority population of the inner cities in the U.S. In fact, many of the risk behaviors are interrelated and associated with other problem behaviors (Jessor 1977; Gottfredson 1994; Ketterlinus 1994).

On the societal level, the increasing number of severely disadvantaged adolescents is associated with, if not caused by the relative lack of low-level blue-collar jobs, poverty, the disintegration of the family, violence in the neighborhood, child abuse (Widom 1994), and the pervasive influence of street drugs, all phenomena that are on the increase worldwide (Hein 1994). On the level of the individual family, the increasing behavioral disorders among adolescents appear to be, at least in part, due to the increase in one-parent households, with mothers overburdened by responsibilities and stressors resulting from the multiple disadvantages which impact parenting conditions and skills, diminish the capacity for supervision, etc. Sociological research has demonstrated that initiation into sexual behavior, in particular, reflects an interaction of biological factors (especially in boys), peer influences, and social controls (Udry 1994), and the social controls appear to be significantly diminished in the environment of adolescent populations at high risk for HIV infection.

A typical example for findings in high risk adolescent populations is the study by Rotheram-Borus et al. (1992) on 206 male and female runaway adolescents aged 11-18 years in New York City. Most of these adolescents were African-American or Hispanic. 84% of these adolescents were experienced in oral, anal, and/or vaginal sex with partners of the other sex.

Over half of these youths (56%) used condoms inconsistently or not at all. Average age at first genital sexual experience of any type (excluding genital touching) was 12.4 years for men and 13.2 years for women. Approximately 1/3 of the men had started genital experiences by age 12, and 1/6 by age 10, that is, in the beginning of pubertal development or even earlier (unpublished data).

The number of life time partners was very variable (and highly asymmetrically distributed). Among heterosexually active males, the median was 8.0 partners, and among heterosexually active females 3.0 partners. Yet, 47% of males and 16% of females reported 10 or more partners. (The sex difference is significant).

With regard to condom use, 86% of males and 79% of females reported ever using a condom with partners of the other sex. However, there was a long delay between initiation of vaginal sex and first condom use: 1.7 years for males and 1.2 years for females, and similar delays applied to the initiation of condom use with anal sex and oral sex. Only 14% of heterosexually active males and 18% of such females reported consistent condom use. By contrast, 38% of males and 39% of females reported that a condom was rarely or never used. Homosexual experience was quite low among these runaways: 9% of males and 6% of females reported any genital homosexual experiences. However, when it occurred among males, consistent condom use was rare also.

A parallel study of gay and bisexual male adolescents in New York City (Rotheram-Borus 1994) showed similar high risk sexual behaviors. 131 adolescents aged 14-19 years (50% Hispanic, 31% black) were recruited from several agencies serving such youths. Most of these youths were currently living at home (72%) and attending school (82%). At the time of the study, 89% were sexually experienced, almost all with other males, but 49% also with females. Median number of lifetime male partners was 7.0, median numbers of female partners for those who had female partners was 2.0. 9% had 75 or more male partners, and 9% had 10 or more female partners. Partner numbers were particularly high among those who bartered sex for money or drugs. Initiation in genital sex occurred almost as early as among the runaways. Similar delays between initiation into sexual activities and condom use for those activities were seen. Most sexually active youths reported that either they (87%) or their male partners (84%) had ever used a condom but no or inconsistent (that is "rarely" or "sometimes") condom use was wide spread (52%). Condom use with female partners was even lower. 22% of these gay adolescents had bartered money or drugs for sex at some time in their lives, mostly with male partners, and mostly receiving rather than giving money or drugs. That condom use may vary considerably with the gender and type of partner is well illustrated by another study (Pleak 1990), this time on 50 14-27 year old male prostitutes in Manhattan. Condom use was highest in sex with other men for money, lower in sexual activities with men for pleasure, and lowest in sex with female partners for pleasure. For instance, with regard to active anal intercourse, percent condom use was 89.6, 72.4 and 50.0% respectively, while condoms were used only 31% of the time during vaginal intercourse with a female partner for pleasure.

Although partner frequency and frequency of sexual occasions appear higher in these high risk convenience samples than in the general adolescent population, large scale surveys of inner city school populations have yielded surprisingly large numbers of adolescents with rather early initiation into genital activities, down into the late years of middle childhood (e.g., Ku 1992; Romer 1994). While there were no major differences between African-Americans and Hispanics in the illustrative high risk studies quoted above, the general

picture is that initiation of genital sexual behavior occurs considerably earlier among black adolescents than among Hispanic adolescents; the latter usually are not different from white populations in this regard.

A more recent study that has been conducted on both male and female homosexual youths (Rosario, submitted) illustrates that the situation for lesbian adolescents is not much different. This study included 76 lesbian/bisexual female adolescents aged 14-21 years who were recruited from community-based or college organizations for lesbian/gay youths in New York City. 88% of these females had a history of sexual activities with other women, and 80% with men. Initiation into first genital sex occurred at an average age of 13.1 years for sex with men, and 14.0 years for sex with women. It is particularly noteworthy that "heterosexual sex" among these lesbian women often took place with gay male adolescents, that is, with a group that has a particularly high HIV infection rate, which possibly puts these lesbian women at a higher HIV infection risk than their heterosexual peers. (This report does not include data on condom use.)

Another finding of the studies of sexual male and female adolescents confirms what has already been demonstrated earlier for adult samples, namely that self identification with regard to homo-, bi-, or heterosexuality does not permit firm conclusions with regard to a person's sexual orientation (defined as overall erotic responsiveness toward male vs. female partners), or to the gender of a person's actual sex partners. This is illustrated particularly dramatically by the hustler study (Pleak 1990): although all men were selected for practicing prostitution with other males, only 34% considered themselves "gay"; 30% were "bisexual" and 32% "straight". No matter what the gender of actual sex partners is, reported sexual identity varies as a function of the "coming-out" process (Rosario submitted), with the degree of internalized homophobia, and, possibly, with yet other variables.

HIV Prevention

That information on HIV and AIDS is an important precondition for but by itself totally insufficient to change behavior is becoming a truism among intervention experts. Health psychology has made major advances in identifying the key components of effective intervention trials, and an integrated framework for the development of interventions is now available (Fishbein et al. unpublished). The major components of the theoretical framework had been developed in areas other than human sexuality and AIDS and by independent and quite diverse researchers: the Health Belief Model (Hochbaum, 1958; Rosenstock 1994); the Social Cognitive Theory by Bandura (1986, 1994); the Theory of Reasoned Action (Ajzen 1980; Fishbein 1967; Fishbein 1994).

The integration paper by Fishbein et al. (unpublished) presents a set of 8 variables which are believed to account for most of the variance in any given behavior: [1] intention or commitment to perform the behavior in question; [2] environmental constraints that make it impossible for the behavior to occur; [3] the ability or skills necessary to perform the behavior; [4] anticipated outcomes (or attitude), that is, the ratio of advantages to disadvantages; [5] norms, that is, the perceived social (normative) pressure (especially by the peer group) to perform the behavior; [6] self-standards, or the compatibility of the performance of the behavior in question with the person's self-image; [7] emotion, that is, the person's emotional reaction to performing the behavior; and [8] self-efficacy, namely

the person's perceived capability to perform the behavior under a number of different circumstances. (The paper also provides guidelines to the operationalization of these eight variables which should greatly facilitate their assessment.) The increasing use of such health psychological models has helped systematizing an approach to HIV prevention and has led to a number of successful demonstrations of new prevention programs (see the overviews by Kirby 1994a; Kirby 1994b; Jemmott 1994; Rotheram-Borus 1994). I will briefly describe three examples.

Walter et al. (1993) developed an AIDS risk reduction program for a multi-ethnic sample of urban high school students which was taking place as part of the regular school curriculum. The AIDS- preventive curriculum was based on the Health Beliefs Model, Social Cognitive Theory, and other considerations, including a needs assessment survey which had been conducted on the target population. The AIDS-preventive curriculum comprised 6 one-class period lessons which were to be implemented on consecutive days. The first two lessons provided information on AIDS transmission and prevention to help students accurately appraise their risk of getting AIDS contingent on their behaviors, fostered concern based on this appraisal, and directed students to pertinent resources within the school and the local community. The middle two lessons focused on correcting the students' misperceptions of AIDS risk behaviors among the peer group, helped them to clarify their personal values regarding sexuality, and empowered students (using role-play rehearsal) with the negotiation skills necessary to delay the initiation of sexual intercourse. The final two lessons focused on empowering students (also using role-play rehearsal) with the negotiation skills necessary for consistent condom use and the knowledge and skills necessary to obtain condoms and use them correctly. This curriculum was implemented by the regular class room teachers who were intensely trained in its use. 1201 ninth and eleventh grade students participated in a controlled trial. In comparison to the baseline assessment (two weeks prior to the intervention), the students who participated in the intervention itself, showed at follow up three months after the intervention significant increases over the non-intervention controls on AIDS knowledge, beliefs, self-efficacy, and risk behavior scores, but the effect sizes were quite modest.

A somewhat different approach was adopted by Jemmott et al. (1993) in interventions for community settings. Based on the experience with an earlier successful program, Jemmott et al. (1993) conducted an HIV risk reduction study that involved 506 7th and 8th graders (mean age, 13.1 years) who were recruited from the public junior high schools and elementary schools in a midsized town in New Jersey. The intervention was designed (1) to increase the students self-efficacy regarding the ability to implement condom use, including building their confidence that they could get the partner to use; (2) to address hedonistic beliefs to allay participants' fears regarding adverse consequences of condoms for sexual enjoyment; (3) to increase general knowledge of AIDS and STDs and specific beliefs regarding the use of condoms to prevent sexually transmitted HIV infection (Jemmott 1994). The intervention employed video tapes, games and exercises to facilitate learning and active participation. The control group received an intervention targeting other behaviors such as dietary, exercise habits, and cigarette smoking that affect the risk of certain health problems other than AIDS. The intervention lasted five hours. Assessments were conducted prior to the intervention at baseline, and at 3 and 6 months after the intervention. Not only did participants show improvements in all aspects of information, beliefs, intentions, and perceived self-efficacy in comparison to the controls. At the sixth

month follow up, the adolescents who had received the HIV risk-reduction intervention in addition reported fewer days on which they had coitus without using a condom in the previous three months than did those who had received the health promotion intervention, controlling for pre-intervention self reports. This is all the more remarkable if one considers the relatively young age of the participants; their sexual activity as a group was clearly lower than what is typical of older adolescents or young adults. Therefore, the potential statistical power of the study was diminished. On the other hand, also after the intervention, there remained a significant degree of unsafe sex.

A third approach will illustrate the development of an intervention designed for one of the most marginalized group of high risk adolescents, namely runaways. Rotheram-Borus (1991b) implemented an intervention for runaways that was conducted at two residential shelters in New York City which served as an intervention site and the other as a non intervention site. Intervention activities addressed 4 components: [1] general knowledge about HIV and AIDS using video and art workshops and commercial HIV/AIDS prevention videos; [2] training in coping skills with situations at high risk for HIV infection; [3] access to health care and other resources by supervised visits to such agencies etc.; [4] individual barriers to safer sex, as addressed in private counseling sessions. Participants were 52 male and 92 female youths aged 11-18 years who were predominantly minority (63% black, 22% Hispanic). The intervention site did not use a systematic control curriculum but exposed the participants to the usual management which variably might also include HIV/AIDS education in the context of individual counseling from staff, on television, etc. The results at the 3 and 6 months follow up were encouraging. As the number of intervention sessions increased, runaways' reports of consistent condom use increased significantly both at the 3 month and the 6 month follow up, and their reports of engaging in a high risk pattern of sexual behavior (infrequent condom use, 10 or more sexual encounters and/or with three or more sexual partners in 3 months) decreased significantly at both time points. Abstinence rates did not change. Although the results were significant, the improvement reached significance only for runaways who participated in 15 or more sessions, and the overall effects were quite modest.

Along with a few other successful programs that have been reported, these three illustrative examples have in common a number of features that probably generally relate to their success (Kirby 1994a): the use of social learning theories for systematic program development; a narrow and explicit focus on reducing sexual-risk taking behaviors; emphasis of active learning methods of instruction and rehearsal; the inclusion of activities that address social (peer) and/or media influences and pressures for having sex; and a focus upon and reinforcement of clear and appropriate values against unprotected sex, tailored to the age and sexual experience of the target population. Also, the intervention modules of these model programs were developed in intensive qualitative and pilot studies with participants from the target population and, therefore, sensitive to age, gender, and ethnicity related concerns.

The fact that a number of interventions are now in the literature that show statistically significant improvement of HIV risk behavior is very encouraging. However, overall, the effects of such intervention programs were still small, and the efforts required to achieve these in all cases were considerable. Also, we still understand very little about which of the ingredients of the interventions are particularly powerful. Thus, much work is required to make these intervention approaches more potent and more cost-effective if we want to be

successful in limiting the spread of AIDS, especially among high risk populations of adolescents.

Acknowledgement

This work was supported in part by center grant 2-P50-MH43520 from the National Institute of Mental Health (Anke A. Ehrhardt, Ph.D., Principal Investigator).

Literature

- Ajzen, I.; Fishbein, M. (eds.): *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall 1980.
- Bandura, A.: *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall 1986.
- Bandura, A.: *Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection*. In: DiClemente and Peterson, 1994: 25-59.
- Burke, D. S.; Brundage, J. F.; Herbold, J. R. et al.: *Human immunodeficiency virus infections among civilian applicants for United States military service, October 1985 to March 1986*. *New England Journal of Medicine* 1987; 317:131-136.
- Burke, D. S.; Brundage, J. F.; Goldenbaum, M. et. al.: *Human immunodeficiency virus infections in teenagers: seroprevalence among applicants for U.S. military service*. *Journal of the American Medical Association*, 1990; 263:2074-2077.
- Centers for Disease Control And Prevention. *HIV/ AIDS Surveillance Report*, 1994; 6(no.1):1-28.
- D'Angelo, L. J.; Getson, P. R.; Luban, N. L. C.; Gayle, H. D.: *Human immunodeficiency virus in urban adolescents: can we predict who is at risk?* *Pediatrics* 1991; 88:982-986.
- DiClemente, R. J.; Peterson, J. L. (eds.): *Preventing Aids: theories and methods of behavior interventions*. New York: Plenum 1994.
- Fishbein, M.; Bandura, A.; Triandis, H. C. et al.: *Factors influencing behavior and behavior change. Final Report – Theorist's Workshop*. Washington – Oct. 3-5, 1991. (Unpublished manuscript).
- Fishbein, M.; Middlestadt, S. E.; Hitchcock, P. J.: *Using information to change sexually transmitted disease-related behaviors. An analysis based on the Theory of Reasoned Action*. In: DiClemente and Peterson 1994: 61-78.
- Fishbein, M.: *Attitude and the prediction of behavior*. In: Fishbein M (ed.). *Readings in attitude theory and measurement*. New York: John Wylie 1967: 477-492.
- Gottfredson, M. R.; Hirschi, T.: *A general theory of adolescent problem behavior: problems and prospects*. In: Ketterlinus, R. D.; Lamb, M. E. (eds.). *Adolescent problem behaviors: issues and research*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates 1994: 44-56.
- Hein, K.: *Making the invisible visible*. *Journal of Adolescent Health* 1994; 15:102-103.
- Hochbaum, G. M.: *Public participation in medical screening programs: a sociopsychological study*. Public Health Service, PHS Publication 572. Washington D.C.: U.S. Government Printing Office 1958.
- Jemmott, J. B. III; Jemmott, L. S.: *Interventions for adolescents in community settings*. In: DiClemente RJ, Peterson JL (eds.). *Preventing AIDS: theories and methods of behavioral interventions*. New York: Plenum Press, 1994: 141-174.
- Jemmott, J. B. III; Jemmott, L. S.; Fong, G. T.: *Reducing the risk of AIDS in black adolescents: Evidence for the generality of intervention effects*. (Unpublished manuscript, quoted in Jemmott and Jemmott 1994).
- Jessor, S. L.; Jessor, R.: *Problem behavior and psychosexual development*. New York: Academic Press 1977.
- Ketterlinus, R. D.; Lamb, M. E. (eds.): *Adolescent problem behaviors: issues and research*. Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates 1994.

- Ketterlinus, R. D.; Lamb, M. E.; Nitz, K. A.: Adolescent non sexual and sex-related problem behaviors: their prevalence, consequences, and co-occurrence. In: Ketterlinus RD, Lamb ME (eds.): Adolescent problem behaviors: issues and research. Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates 1994; 17-40.
- Kirby, D.; DiClemente, R. J.: School-based interventions to prevent unprotected sex and HIV among adolescents. In: DiClemente, R. J.; Peterson, J. L. (eds.) 1994a: 117-40.
- Kirby, D.; Short, L.; Collins, J. et al.: School-based programs to reduce sexual risk behaviors: review of effectiveness. *Public Health Reports* 1994b; 109:339-359.
- Ku, L.; Sonenstein, F. L.; Pleck, J. H.: Patterns of HIV risk and preventive behaviors among teenage men. *Public Health Reports* 1992;107(no.2):131-138.
- Pleak, R. R.; Meyer-Bahlburg, H. F.L.: Sexual behavior and AIDS knowledge of young male prostitutes in Manhattan. *The Journal of Sex Research* 1990; 27: 557-587.
- Romer, D.; Black, M.; Ricardo, L. et al.: Social influences on the sexual behavior of youth at risk for HIV exposure. *American Journal of Public Health* 1994; 84:977-985.
- Rosenstock, I. M.; Strecher, V. J.; Becker, M.H.: The health belief model and HIV risk behavior change. In: DiClemente and Peterson (eds.) 1994: 5-24.
- Rosario, M.; Meyer-Bahlburg, H. F. L.; Hunter J. et al.: Psychosexual development of lesbian, gay, and bisexual youths: Sexual activities, sexual orientation, and sexual identity. (Manuscript submitted.)
- Rotheram-Borus, M. J.; Feldman, J.; Rosario, M.; Dunne, E.: Preventing HIV among runaways: victims and victimization. In: DiClemente RJ, Peterson JL (eds.) 1994: 175-188.
- Rotheram-Borus, M.J.; Koopman, C.; Ehrhardt, A. A.: Homeless youths and HIV infection. *American Psychologist*, 1991a; 46:188-197.
- Rotheram-Borus, M.J.; Koopman, C.; Haignere, C.; Davies, M.: Reducing HIV sexual risk behaviors among runaway adolescents. *Journal of the American Medical Association* 1991b; 266:1237-1241.
- Rotheram-Borus, M. H.; Meyer-Bahlburg, H. F. L.; Koopman, C. et al.: Lifetime sexual behaviors among runaway males and females. *The Journal of Sex Research* 1992; 29:15-29.
- Rotheram-Borus, M. J.; Rosario, M.; Meyer-Bahlburg, H. F. L.; Koopman C et al.: Sexual and substance use acts of gay and bisexual male adolescents in New York City. *The Journal of Sex Research* 1994; 31:47-57.
- St. Louis, M. E.; Conway, G. A.; Hayman, C. R. et al.: Human immunodeficiency virus in disadvantaged adolescents: findings from the U.S. Job Corps. *Journal of the American Medical Association* 1991; 266:2387-2391.
- Stricof, R. L.; Kennedy, J. T.; Nattell, T. C.; Weisfuse, I. B.; Novick, L. F.: HIV seroprevalence in a facility for runaway and homeless adolescents. *American Journal of Public Health* 1991; 81:50-53.
- Udry, J. R.: Integrating biological and sociological models of adolescent problem behaviors. In: Ketterlinus, R. D.; Lamb, M. E. (eds.). Adolescent problem behaviors: issues and research. Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates 1994: 93-108.
- Walter, H. J.; Vaughan, R. D.; Ragin, D. F. et al.: Prevalence and correlates of AIDS-risk behaviors among urban minority high school students. *Preventive Medicine* 1993; 22:813-824.
- Widom, C. S.: Childhood victimization and adolescent problem behaviors. In: Ketterlinus, R. D.; Lamb, M. E. (eds.). Adolescent problem behaviors: issues and research. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates 1994: 93-108.

Address for correspondence:

Dr. rer. nat. Heino F. L. Meyer-Bahlburg, Research Scientist and Professor of Clinical Psychology (in Psychiatry), NYSPI Unit 10, 722 West 168 Street, New York, NY 10032

Die Entwicklung des Sexualstrafrechts seit 1973

The Development of German Penal Code Concerning Sexual Offences since 1973

Friedrich-Christian Schroeder, Regensburg

Zusammenfassung

Überblickt man die Entwicklung des Sexualstrafrechts der letzten 22 Jahre im Zusammenhang, so zeigt sich überwiegend eine Verschärfung, in einem Punkt allerdings auch eine Abmilderung. Inhaltlich gesehen betrifft die Verschärfung den Schutz von Kindern, von Mädchen unter 16 Jahren und von Frauen vor der Zuführung zur Prostitution, die Abmilderung den Schutz junger Männer zwischen 14 und 18 Jahren vor homosexuellen Handlungen.

Gesetzestechisch ist festzustellen, daß sich die Regelungen teils durch Ausnahmeregelungen für die Verschärfung (§184 Abs. 1 Nr. 3a, Abs. 6 S. 2), teils durch eine aktionistische Gesetzgebung (§§180b, §181), teils durch zusätzliche Strafeinschränkungsgründe (§182 Abs. 3-4), teils schließlich durch die plakative Wiederholung allgemeiner Rechtfertigungsgründe (§184 Abs. 6 S. 3) erheblich ausgeweitet haben. Vor allem für die mit der Materie befaßten nichtjuristischen Sexualwissenschaftler, insbesondere die Sexualmediziner, werden die Regelungen dadurch noch schwerer zugänglich als bisher'.

Schlüsselwörter: (Deutsches) Sexualstrafrecht, Schutzaltersgrenze, Prostitution, Pornographie

Abstract

Taking an overall view on the German Penal Code concerning sexual offences sexual criminal law during the past 22 years, an increase of severity becomes evident; in one aspect, however, even a decrease. The context is to the effect that the increase concerns the protection of children, of girls under the age of 16 and women's safeguard against their being led to prostitution; the decrease concerns the protection of young men between the age of 14 and 18, i.e. their safeguard against homosexual action.

From a legal point of view it can be ascertained that the regulations have been clearly expanded partly by exceptions to the rules concerning the increased severity (section 183, Abs. 1 Nr. 3a, Abs. 6 S. 2, German Penal Code) partly by an actionistic legislation (section 180b, 181 GPC) partly by additional reasons for restriction of punishment (section 182 Abs. 3-4 GPC) and finally by repetition of general reasons for justification (section 184 Abs. 6 S. 3 GPC). Rules and regulations become more difficult to comprehend for those interested in and concerned with the subject such as non-jurist sexologists.

Key words: (German) Penal Code concerning Sexual Offences, Prostitution; Pornography

* Für *Reinhard Wille*, mit dem ich seit der Arbeit an seiner juristischen Dissertation 1957 in München immer wieder anregende und fruchtbare juristisch-medizinische Diskussionen hatte, wird dies allerdings keine Zugangsbarriere sein.

Der Gesetzgeber hat das Sexualstrafrecht im Jahr 1973 grundlegend reformiert. Der grundlegende Anspruch der Reform kam schon in dem Titel „Viertes Gesetz zur *Reform* des Strafrechts (4. StrRG)“ zum Ausdruck. Damit wollte man sich bewußt von den bisherigen „Strafrechtsänderungsgesetzen“ absetzen. Vorausgegangen waren das 1. StrRG von 1969 mit einer Modernisierung des Straf- und Maßregelsystems und einer Reform der Religionsdelikte. Das 2. StrRG von 1969 (in Kraft getreten allerdings erst 1975) brachte einen völlig neuen Allgemeinen Teil des Strafgesetzbuchs. Das 3. StrRG von 1970 reformierte eine politisch besonders umstrittene Materie, die sogenannten Demonstrationsdelikte.

Die damalige sozial-liberale Koalition hatte sich bei der Reform des Sexualstrafrechts völlig der *Entkriminalisierung* verschrieben. Programmatisch hieß es in der Zielsetzung der Gesetzentwürfe bzw. der Berichte des Sonderausschusses für die Strafrechtsreform: „Die überwiegend aus dem vergangenen Jahrhundert stammenden Vorschriften des Strafgesetzbuches über die Straftaten gegen Personenstand, Ehe und Familie sowie gegen die Sittlichkeit sollen auf die heutigen kriminalpolitischen Bedürfnisse ausgerichtet werden. Nur schutzwürdige Rechtsgüter des Einzelnen oder der Allgemeinheit sollen mit den Mitteln des Strafrechts verteidigt werden“¹⁾. Das Sexualstrafrecht sollte „konsequent auf den Schutz der Jugend sowie auf den Schutz Erwachsener vor gravierenden Beschränkungen der persönlichen Freiheit und Selbstbestimmung abgestellt werden“. Dabei wurden vor allem die Vorschriften über den sexuellen Mißbrauch in Abhängigkeitsverhältnissen, die Kuppelei und Zuhälterei, die Verbreitung pornographischer und jugendgefährdender Schriften sowie über homosexuelle Handlungen teilweise erheblich eingeschränkt. Allerdings führte dies nicht zu einer Reduzierung des Umfangs der Vorschriften; eine inhaltliche Einschränkung macht die Strafvorschriften meist nicht knapper, sondern im Gegenteil umfangreicher. Als Appell zu einer einschränkenden, rechtsgutsbezogenen Auslegung der Vorschriften wurde auch nach unserem Vorschlag²⁾ die neue Überschrift „Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung“ gewählt³⁾.

Inzwischen sind 22 Jahre vergangen. Während das Sexualstrafrecht fast 20 Jahre lang bis auf eine weniger bedeutende Änderung Ruhe hatte, ist es seit Anfang der 90er Jahre Gegenstand lebhafter gesetzgeberischer Aktivitäten. Dabei hat sich gezeigt, daß von der seinerzeitigen Entkriminalisierungseuphorie des Gesetzgebers nicht viel übriggeblieben ist. Vielmehr sind vier Verschärfungen des Sexualstrafrechts erfolgt; eine weitere Verschärfung, nämlich die Ausdehnung des Straftatbestandes der Vergewaltigung auf eheliche Handlungen, steht kurz bevor. Lediglich ein Gesetz hat zu einer weiteren Abmilderung geführt, wobei das Recht der DDR eine nicht unerhebliche Rolle gespielt hat.

Die Einbeziehung der Videotheken in das Pornographieverbreitungsverbot

Das Verbot der Verbreitung „unzüchtiger Darstellungen“ erfaßte bis zum 27.1.1975 (das Inkrafttreten des 4. StrRG mußte insoweit wegen der erforderlichen Kündigung der Internationalen Übereinkunft zur Bekämpfung der Verbreitung und des Vertriebs unzüchtiger Veröffentlichungen hinausgeschoben werden!) ohne weiteres die gewerbsmäßige Vermietung von Pornofilmen. Durch das 4. StrRG wurde §184 StGB im Interesse der Einschränkung (vgl. o.) in zahlreiche Einzelatbestände aufgegliedert (drei Absätze mit neun, einer und drei Nummern, fast alle wiederum mit mehr oder weniger vielen Begehungsalternativen). Wie vorauszusehen, wurden dabei einige Begehungsweisen irrtümlich ausge-

lassen. Die postalische Vermietung von Pornofilmen wurde von der Rechtsprechung als „Versandhandel“ bestraft; das Bundesverfassungsgericht sah hierin keinen Verstoß gegen den Grundsatz „nulla poena sine lege“⁴⁴). Als aber das OLG Karlsruhe die direkte Vermietung von Pornofilmen als Überlassung in „Leihbüchereien“ (§ 184 Abs. 1 Nr. 3 StGB) bestrafen wollte, wofür es sich sogar noch auf die Definition des § 11 Abs. 3 StGB stützen konnte („Den Schriften stehen Ton- und Bildträger gleich“), verweigerte der BGH die Gefolgschaft und sprach den Angeklagten frei⁵). Während das Bundesverfassungsgericht den Grundsatz „nulla poena sine lege“ überstrapaziert hatte, wandte ihn der BGH in einer ans Lächerliche grenzenden formalistischen Auslegung an.

Gegen die Rechtsauffassung des OLG Karlsruhe bestanden allerdings in der Tat Bedenken, freilich in ganz anderer Richtung. Denn die Strafbarkeit der Verbreitung von pornographischen Darstellungen in Leihbüchereien schlechthin ließ sich kaum begründen. Der Gesetzgeber sah die Jugendgefährdung in der fehlenden Kontrollmöglichkeit und vor allem der „schnellen und weiten Verbreitung“ von Schriften in Leihbüchereien⁶). War der Hinweis auf die fehlende Kontrollmöglichkeit gegenüber anderen zugelassenen Verbreitungsarten eine reine Fiktion, so handelte es sich bei dem Hinweis auf die „schnelle und weite Verbreitung“ von Schriften durch Leihbüchereien um einen rührenden Anachronismus⁷).

Aufgrund dieser schwer nachvollziehbaren Erwägungen wurde durch das Gesetz zur Neuregelung des Jugendschutzes in der Öffentlichkeit vom 25.2.1985 in § 184 Abs. 1 StGB eine neue Nummer 3a eingefügt, die die gewerbliche Vermietung von pornographischen „Schriften“ ausdrücklich unter Strafe stellt. Damit wurde die Kasuistik des § 184 Abs. 1 auf zehn Nummern erweitert. Im übrigen nimmt der einfache Tatbestand der Einbeziehung von Videotheken im Gesetz nicht weniger als fünf Zeilen ein. Der Grund dafür liegt einmal darin, daß neben der gewerblichen Vermietung auch die „vergleichbare gewerbliche Gewährung des Verbrauchs“ einbezogen ist; damit will das Gesetz „u.a. den Kauf mit Rückkaufsrecht, aber auch das zeitweise Überlassen an Mitglieder in einem gewerblichen Videoclub“ erfassen⁸). Auf der anderen Seite wird das Anbieten in Ladengeschäften, die Personen unter 18 Jahren nicht zugänglich sind und von ihnen nicht eingesehen werden können, ausgenommen. R. Greger und H. Tröndle beklagen die Hintanstellung des gebotenen Jugendschutzes gegenüber Bedürfnissen Erwachsener nach Pornographika⁹). Außerdem ist die Besserstellung der Videotheken gegenüber den Leihbüchereien nicht einsichtig. Schließlich hat der Gesetzgeber noch in Abs. 6 S. 2 den Geschäftsverkehr mit gewerblichen Entleihern aus der Strafbarkeit ausgenommen.

Die Vorschrift schafft mit ihrer Kompliziertheit schwierigste Abgrenzungsprobleme. So hatte ein Ladeninhaber das Verbot der Einrichtung von Nebenräumen mit jugendgefährdenden Videokassetten dadurch umgangen, daß er zwar einen solchen Nebenraum einrichtete, jedoch das ganze Geschäft mit einem Verbotsschild für Personen unter 18 Jahren versah, dieses aber nicht kontrollierte. Der Unternehmer hatte sich sogar von dem zuständigen Dezenten der Kriminalpolizei beraten lassen. Der Bundesgerichtshof hielt trotz der genauen Darstellung des Sachverhalts eine Beurteilung nicht für möglich, sprach den Unternehmer aber mangels Vorsatzes frei¹⁰).

Erweiterung des Schutzes vor Veranlassung zur Prostitution

Schon das 4. StrRG hatte von seinem Ziel, sich auf den Schutz Erwachsener vor gravierenden Beschränkungen der persönlichen Freiheit und Selbstbestimmung zu beschränken, bei der Veranlassung zur Prostitution erhebliche Abstriche gemacht und massive Strafvorschriften vorgesehen. Die Verbringung zur Prostitution durch Gewalt, Drohung oder durch List war als Verbrechen des „Menschenhandels“ mit Freiheitsstrafe von einem bis zu zehn Jahren bedroht, ebenso das bloße Anwerben, um einen anderen unter Ausnutzung der Hilflosigkeit, die mit seinem Aufenthalt in einem fremden Land verbunden ist, zu sexuellen Handlungen zu bringen (§ 181 StGB). Außerdem waren aber auch die bloße gewerbsmäßige Anwerbung zur Prostitution und jede Einwirkung auf Personen unter 21 Jahren zur Aufnahme oder Fortsetzung der Prostitution mit Freiheitsstrafe bis zu fünf bzw. zehn Jahren bedroht (§ 180a Abs. 3-5 StGB). Der Gesetzgeber hatte seinerzeit erhebliche Bedenken, derart weitgehende Strafvorschriften zu erlassen¹¹⁾. Mitte der achtziger Jahre bemächtigten sich jedoch Öffentlichkeit und Politik des Themas „Menschenhandel mit ausländischen Mädchen und Frauen, Heiratsvermittlung und Prostitutionstourismus“. Die SPD stellte eine Große Anfrage nach den Maßnahmen der Bundesregierung in dieser Angelegenheit. Als die Bundesregierung antwortete, daß die bestehenden Strafvorschriften ausreichten, schalt die SPD in einer neuen Großen Anfrage diese Antwort „unbefriedigend, oberflächlich und beschämend“. Nunmehr gab das Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit einige Expertisen und Forschungsprojekte in Auftrag. Auch diese Expertisen konnten aber an Verschärfungsvorschlägen wenig erbringen. Eine der vom Ministerium in Auftrag gegebenen Untersuchungen des gesetzgeberischen Handlungsbedarfs legte als Ergebnis die Empfehlung vor, der Gesetzgeber möge klären, wo der eigentliche soziale Unwert liege, der mit dem Menschenhandelsparagrafen bekämpft werden solle¹²⁾. Eine andere warf der Bundesrepublik vor, die ausländischen Prostituierten trügen zur Reproduktion ihres Wirtschaftssystems bei, indem sie sexuelle Bedürfnisse von Männern befriedigten, also auch deren Arbeitskraft reproduzierten¹³⁾. Es stellte sich bald heraus, daß Täuschung und Gewalt gegenüber ausländischen Frauen gar nicht erforderlich sind, da schon die Hoffnung auf eine Verbesserung ihrer desolaten sozialen Situation sie in die Bundesrepublik treibt. „Frauenhandel ist heutzutage eine frauenspezifische Form der Migration“¹⁴⁾. Als Bedrohung der Frau reicht die Ausnutzung der Angst vor Ausweisung völlig aus. Dementsprechend gingen die Forderungen der beteiligten Fraueninitiativen auch vornehmlich dahin, den ausländischen Prostituierten ein Aufenthaltsrecht in der Bundesrepublik und eine Erlaubnis zur Ausübung der Prostitution zu beschaffen sowie staatliche Ausstiegsprogramme für sie bereitzustellen¹⁵⁾.

Gleichwohl brachte der Bundesrat am 8.11.1991 einen Entwurf zur Erweiterung des § 181 StGB ein, und die Bundesregierung regte an, ihn noch zu erweitern¹⁶⁾. Die Neuregelung wertet die gewerbsmäßige Anwerbung zur Prostitution in einem fremden Land zum Verbrechen auf (§ 181 Abs. 1 Nr. 3 n.F.) und stellt darüberhinaus das bloße Einwirken auf Personen zur Ausübung der Prostitution über den bisherigen Bereich von Personen unter 21 Jahren hinaus unter Strafe (§ 180b n.F. StGB). Vier der sieben jetzigen Tatbestände befassen sich mit der Bestimmung zur Prostitution „in Kenntnis der Hilflosigkeit, die mit dem Aufenthalt in einem fremden Land verbunden ist“. Wenn darunter auch theoretisch auch deutsche Frauen im Ausland fallen, so liegt die Schutzrichtung doch eindeutig bei Ausländerinnen in Deutschland. Dabei muß allerdings angemerkt werden, daß auch etwa

die Hälfte der Täter aus dem Ausland stammt¹⁷⁾. Das Gesetz untersagt nicht nur die Veranlassung zur Aufnahme der Prostitution, sondern auch zu ihrer Fortsetzung. Ein wesentliches Anliegen der Reform ging dahin, auch Prostituierte selbst vor einem Festhalten in diesem Gewerbe zu schützen. Dieses Ziel dürfte zwar angesichts des Zustroms von Prostituierten aus Armutsländern in die Bundesrepublik kaum zu erreichen sein, aber die Einbeziehung der Veranlassung zur Fortsetzung der Prostitution ist aus einem beweistechnischen Grunde erforderlich. Denn bei der Beschränkung der Tatbestände auf die Veranlassung zur Aufnahme der Prostitution wird im Prozeß erfahrungsgemäß versucht, eine Prostitutionsausübung vor der Anwerbung zu behaupten, was schwer widerlegbar ist. Das Gesetz erfaßt aber auch das Einwirken auf Personen, um sie in Kenntnis der Hilflosigkeit, die mit ihrem Aufenthalt in einem fremden Land verbunden ist, zu sexuellen Handlungen zu bringen (§180b Abs. 1 S. 2 n.F. StGB). Damit soll der sogenannte Heiratstourismus erfaßt werden, bei dem Frauen versprochen wird, ihnen Heiratspartner zu vermitteln, und sie dabei möglichen Kandidaten „zur Probe“ gegeben werden. Bemerkenswerterweise ist dies eine der wenigen Vorschriften im Strafgesetzbuch, die sich nicht auf außereheliche sexuelle Handlungen beschränkt. Damit ist die kommerzielle Heiratsvermittlung von Ausländerinnen, deren Kriminalisierung bei der Reform verlangt worden war¹⁸⁾, durch die Hintertür weitgehend eingeführt worden. Die Neuregelung enthält strafrechtsdogmatisch bedenkliche Regelungen und läßt sich nur damit begründen, daß die Prostitution als Übel für die betroffenen Frauen angesehen wird¹⁹⁾. Das könnte sicher von manchen Frauen als neue Bevormundung empfunden werden.

Strafbarkeit des Besitzes von Kinderpornographie

Im Jahr 1989 veröffentlichte die Illustrierte „Stern“ eine Serie über Kinderpornographie, bei der scheinbar Fotos des sexuellen Mißbrauchs von Klein- und Kleinstkindern gezeigt wurden. Daraufhin nahmen sich die Kommission des Deutschen Bundestages zur Wahrnehmung der Belange der Kinder und die frauenpolitischen Sprecherinnen aller Bundestagsfraktionen des Themas an. Dabei zeigte sich ein völlig neuer Aspekt der Pornographie. War es bisher immer nur um die *Wirkungen* der Pornographie auf den *Betrachter*, insbesondere auf Jugendliche und Pädophile gegangen, so richtete sich nun der Blick erstmals auf die *Herstellung* der Pornographie und auf die Angriffe auf die menschliche Würde, die sexuelle Entwicklung und die körperliche und seelische Unversehrtheit der bei den pornographischen Darstellungen abgebildeten Personen, der *Darsteller*²⁰⁾.

Nun ist ein entsprechender Schutz von Kindern gegen sexuellen Mißbrauch allerdings in §176 vorgesehen. Bei dem – leider nicht seltenen – Mißbrauch eigener Kinder für die Anfertigung pornographischer Darstellungen greifen zusätzlich die §§173 und 174 StGB ein. Das kriminalpolitische Problem bestand jedoch darin, daß die unmittelbar Beteiligten auf den Filmen und Videos in aller Regel nicht in den erkenntnisgeeigneten Teilen dargestellt oder daß sie maskiert sind, so daß ihre Ermittlung zum Zweck einer Bestrafung nach den unmittelbar einschlägigen Vorschriften der §§173, 174, 176 StGB nicht möglich ist.

Bei der erhöhten Strafbarkeit der Verbreitung von Kinderpornographie und bei der Strafbarkeit des Besitzes von Kinderpornographie hält man sich also nicht an die eigentlichen Schädiger, sondern an die einzigen, die man fassen kann. Indessen ist diese

Bestrafung bzw. Höherbestrafung gerechtfertigt, weil die genannten Personengruppen nicht unwesentlich zu dem Mißbrauch der Kinder beitragen. Sicher schrumpft bei pornographischen Medien mit hoher Auflage der Beitrag des einzelnen Abnehmers zu dem Mißbrauch der Darsteller erheblich, möglicherweise auf ein Zehntausendstel oder gar Hunderttausendstel. Bei Kinderpornos hat sich jedoch ein spezieller Markt entwickelt, bei welchem Filme mit kleiner Auflage, insbesondere Privatvideos, gefragt sind²¹⁾. Die Besitzer und Verbreiter sind also für die vorausgegangene Tat in ähnlicher Weise verantwortlich wie die Hehler für die entsprechenden Eigentumsdelikte; sie sind „Hehler“ an der Kinderpornographie.

Dieser Schutzzweck mußte sich allerdings auch auf den Begriff der Pornographie selbst auswirken. Bei den bisherigen Rechtsgütern, nämlich dem Jugendschutz und dem Schutz vor ungewollter Konfrontation, kam es hauptsächlich auf die Eignung zur Änderung der Werteinstellung und zur Gefühlsverletzung an. Dies kann sehr gut durch fiktive Darstellungen geschehen. Eine – mittelbare – Schädigung der kindlichen Darsteller liegt dagegen nur vor, wenn der dargestellte Mißbrauch tatsächlich geschehen ist. Dementsprechend sind die neuen Vorschriften auf pornographische Schriften beschränkt, die ein tatsächliches Geschehen wiedergeben. Damit wird der Anwendungsbereich im Ergebnis auf Foto- und Filmaufnahmen beschränkt. Das neue Gesetz treibt daher den Prozeß der Differenzierung der Pornographie weiter voran. Hatte das 4. StrRG eine Unterscheidung zwischen einfacher und „harter“ Pornographie gebracht (§184 Abs. 3 StGB), so besteht nunmehr eine Unterscheidung zwischen einfacher Pornographie, harter Pornographie einschließlich der Kinderpornographie und Kinderrealpornographie (§184 Abs. 4-5 StGB)²²⁾.

In seinem Hang zum Perfektionismus hat der Gesetzgeber noch einen neuen Tatbestandsausschließungsgrund geschaffen, wonach die Strafbarkeit des Besitzes von Kinderpornographie nicht für Handlungen gilt, die ausschließlich der Erfüllung rechtmäßiger dienstlicher oder beruflicher Pflichten dienen (§184 Abs. 6 S. 3 StGB n.F.). Dabei hat man vor allem an Anwälte, Sachverständige und Ärzte, aber auch an die wissenschaftliche Forschung gedacht²³⁾. So überflüssig diese Regelung erscheint – auch für andere Tatbestände werden ja nicht in einem Schlußabsatz jeweils alle Rechtfertigungsgründe angeführt –, so ist sie doch auch andererseits wieder zu eng geraten: die wissenschaftliche Erforschung der Kinderpornographie, die nach Art. 5 Abs. 3 GG in jedem Fall zulässig sein muß, braucht ja nicht nur in Erfüllung dienstlicher oder beruflicher Pflichten zu erfolgen.

Einige mitberatende Ausschüsse des Bundestages hatten gefordert, daß die neue Strafvorschrift gegen den Besitz von Kinderrealpornographie auch für die Taten Deutscher im Ausland gelten solle. Der Rechtsausschuß des Bundestages hat diese Ausweitung abgelehnt, da insofern der erforderliche internationale Konsens nicht bestehe²⁴⁾.

Schutz von Kindern im Ausland vor „Sextourismus“

Die Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages „Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung“ hatte in ihrem Endbericht vom 31.5.1990 u.a. empfohlen, das Strafgesetzbuch dahingehend zu ergänzen, daß sexueller Mißbrauch von Kindern durch deutsche Staatsangehörige auch dann dem deutschen Strafrecht unterliegt, wenn das Kind nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzt, und die Tat am Tatort nicht mit Strafe bedroht wird²⁵⁾. Die Bundesregierung wollte diese Verschärfung in dem Gesetz zur Einschränkung der Strafbarkeit homosexueller Handlungen vornehmen, sicher nicht zuletzt

auch deshalb, um diesem den Makel einer einseitigen Liberalisierung zu nehmen²⁶⁾. In der Tat kam mir zur gleichen Zeit, als der Entwurf beraten wurde, eine Werbung der Lufthansa in die Hände, in denen für einen Aufenthalt in der Südsee völlig unmotiviert mit dem Bild eines lieblichen dunkelhäutigen Knaben in Badehose am Strand geworben wurde. Da sich die Beratungen über dieses Gesetz länger hinzogen, wurde die entsprechende Änderung in das 27. StrÄG gegen die Kinderpornographie (s.o.) aufgenommen (§5 Nr. 8b StGB). Nun war allerdings der Mißbrauch von ausländischen Kindern im Ausland schon bisher nicht straflos. Da ein Deutscher nach dem Grundgesetz nicht an das Ausland ausgeliefert werden kann, können im Ausland begangene Taten, sofern sie auch dort strafbar sind, auch im Inland bestraft werden (§7 Abs. 2 Nr. 1 StGB). Die neue Vorschrift gilt also nur für entsprechende Handlungen in Ländern, in denen die Schutzaltergrenze niedriger ist als die Grenze von 14 Jahren in Deutschland. Daß in wesentlichem Umfang Strafanzeigen erfolgen, nachdem der Täter nach Deutschland zurückgekehrt ist, ist kaum anzunehmen. Auch hier handelt es sich also eher um eine „symbolische Gesetzgebung“.

Beseitigung des Sonderschutzes vor Päderastie

Während die bisher geschilderten Änderungsgesetze sämtlich eine Verschärfung des Sexualstrafrechts gebracht haben, brachte das 29. StrÄG eine Abmilderung, dabei allerdings auch teilweise eine Verschärfung. Die Herabsetzung der Schutzaltergrenze bei der Päderastie auf 18 Jahre durch das 4. StrRG hatte dem Gesetzgeber keine Ruhe verschafft. Die Forderungen zielten zunächst auf eine Herabsetzung auf 16, schließlich aber sogar auf 14 Jahre²⁷⁾. Einen entscheidenden Anstoß gab schließlich die Wiedervereinigung mit der Beibehaltung der großzügigeren Regelung der DDR²⁸⁾ und der Forderung nach Vereinheitlichung. Das 29. StrÄG ist weitgehend der Maximalforderung gefolgt. Die besondere Strafbarkeit homosexueller Handlungen unter Männern wurde völlig aufgegeben. Zusammen mit der bisherigen Vorschrift gegen Verführung von Mädchen unter 16 Jahren wurde eine „einheitliche Jugendschutzvorschrift“ geschaffen (§182 n.F. StGB). Danach sind alle sexuellen Handlungen mit Minderjährigen über 16 Jahren – abgesehen von dem selbstverständlichen Fall der Sexuellen Nötigung (§178 StGB) – völlig straflos; sexuelle Handlungen mit Personen unter 16 Jahren sind nur noch strafbar, wenn eine Zwangslage oder die fehlende Fähigkeit des Opfers zur sexuellen Selbstbestimmung ausgenutzt oder dem Opfer ein Entgelt gewährt wird. Dadurch ist zugleich der Schutz von Mädchen unter 16 Jahren gegenüber dem bisherigen Recht verstärkt worden, das lediglich die „Verführung zum Beischlaf“ erfaßte. Insbesondere wird dadurch erstmals auch die Benutzung von Prostituierten unter 16 Jahren strafbar.

Bei der Ausgestaltung der Abhängigkeiten ist der Gesetzgeber weitgehend meiner Kritik an dem Referentenentwurf und am Regierungsentwurf²⁹⁾ gefolgt. Bedauerlich ist allerdings die Beschränkung auf die Gewährung eines Entgelts, d.h. materieller Vorteile (§11 Abs. 1 Nr. 9 StGB). Sie zeigt in bedenklicher Weise die materialistische Ausrichtung unserer Gesellschaft, die die Jugend noch nicht vollständig erfaßt hat. Für Jugendliche können andere Vorteile viel wichtiger sein, so z.B. ob ein Mannschaftssportler in der ersten Mannschaft spielen kann oder auf der Bank sitzen muß, ob ein Schüler im Schulorchester die erste Geige spielen kann usw. Die Beschränkung der Strafbarkeit des Mißbrauchs von Personen unter 16 Jahren auf bestimmte Zwangslagen macht im übrigen erst das Ausmaß des in Zukunft

Erlaubten sichtbar: Bei Jugendlichen zwischen 16 und 18 Jahren ist die Ausnutzung einer Zwangslage und die Ausnutzung der fehlenden Fähigkeit zur sexuellen Selbstbestimmung zur Vornahme oder Gewährung sexueller Handlungen straflos.

Im übrigen ist die Bestimmung von Minderjährigen unter 18 Jahren zu sexuellen Handlungen gegen Entgelt mit Dritten nach wie vor nach §180 Abs. 2 StGB strafbar. Dies hat dazu geführt, daß in dem neuen 182 die Veranlassung zur Vornahme von sexuellen Handlungen mit Dritten enger geregelt werden mußte als die zu solchen mit sich selbst (§182 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2 Nr. 2) – eine unschöne Aufspaltung des Gesetzes. Im übrigen hat das neue Gesetz die Diskrepanz zu 180 StGB noch gesteigert. Während sexuelle Handlungen mit Personen unter 16 Jahren nur noch unter stark einschränkenden Kriterien strafbar sind, bleibt jede – altruistische! – Vorschubleistung strafbar (§180 Abs. 1 StGB). Während die Bestimmung zu sexuellen Handlungen gegen Entgelt mit dem Bestimmenden nur gegenüber Personen unter 16 Jahren strafbar ist, ist die Bestimmung zu solchen Handlungen mit Dritten auch gegenüber Personen von 16 – 18 Jahren strafbar (§180 Abs. 2 StGB).

Der neue §182 StGB hat zum Zweck der Einschränkung des Tatbestandes das zusätzliche Erfordernis eingefügt, daß die Person über 18 Jahren die Person unter 16 Jahren „mißbraucht“; dementsprechend lautet die Überschrift „Sexueller Mißbrauch von Jugendlichen“. Dieser auf eine Einschränkung des Tatbestandes zielende Schuß geht nach hinten los und führt zu einer gegenüber dem bisherigen Recht neuartigen und unnötigen negativen Charakterisierung des Verurteilten. Lautete der Urteilstenor bisher auf „Homosexuelle Handlungen“, so lautet er in Zukunft auf „Sexuellen Mißbrauch von Jugendlichen“.

Die Ausnutzung der fehlenden Fähigkeit zur sexuellen Selbstbestimmung (§182 Abs. 2 n.F.) ist als Antragsdelikt ausgestaltet (§182 Abs. 3 n.F.). Die Begründung verweist darauf, daß die Durchführung eines Strafverfahrens für einen Jugendlichen erhebliche Belastungen mit sich bringen könne, wenn er als Zeuge zum Tatgeschehen in einer zumeist öffentlichen Hauptverhandlung Angaben machen solle³⁰. Da den Entwurfsverfassern die Möglichkeit und Üblichkeit des Ausschlusses der Öffentlichkeit nach den §§171b, 172 GVG kaum unbekannt sein dürfte, drängt sich der Eindruck auf, daß hinter dem angeblichen Schutz der Opfer ein Schutz der Täter versteckt wird. Denn die Eltern, die den Strafantrag stellen müssen (§77 Abs. 3 StGB), werden sich erheblichem Druck der publizistisch sehr wirksamen Anhänger der Schutzaltersgrenze von 14 Jahren ausgesetzt sehen. Außerdem liegt hierin geradezu die Einladung zu einem Abkaufen des Strafantragsrechts einerseits, zu der Erpressung mit dem Strafantrag andererseits. Der Entwurf erkennt selbst die Bedenken gegen ein Zurückdrängen des Legalitätsprinzips im Bereich mittlerer Kriminalität³¹ und sieht demgemäß wieder eine Ausnahme bei einem „besonderen öffentlichen Interesse an der Strafverfolgung“ vor. Sollte eine Staatsanwaltschaft wagen, dieses zu bejahen, ist der publizistische Druck vorzusehen. Im übrigen hat der Gesetzgeber bei all seiner Fürsorge für die Täter offensichtlich übersehen, daß er sie mit dieser Regelung zugleich des Schutzes nach §154c StPO beraubt hat. Denn dieser gewährt dem Täter keinen Schutz, wenn der Mißbrauch zunächst offenbart und erst dann mit dem Strafantrag gedroht wird.

Nachdem das neue Recht in die Tatbestände weitestgehende Möglichkeiten zur Nichtanwendung aufgrund allgemeiner Wertung eingebaut hat („Ausnutzung“, „Mißbrauch“), sieht es in §182 Abs. 4 n.F. überdies noch die Möglichkeit des Absehens von Strafe vor, „wenn bei Berücksichtigung des Verhaltens der Person, gegen die sich die Tat richtet, das Unrecht der Tat gering ist“. Wie dies bei „Ausnutzung“ und „Mißbrauch“ noch möglich sein soll, erscheint schwer vorstellbar. Im übrigen gibt es ja außerdem die Möglichkeit der Einstel-

lung des Verfahrens wegen geringer Schuld (§153 StPO) und sogar, „wenn die Schwere der Schuld nicht entgegensteht“ (§153a StPO i.d.F. des Rechtspflegeentlastungsgesetzes von 1992).

Man fragt sich, wie ein Gesetz, dem die Scheu des Gesetzgebers vor seiner eigenen Regelung derartig auf die Stirn geschrieben steht, noch eine präventive Wirkung entfalten können soll.

Das 29. StrÄG hat die Neuregelung als §182 StGB plazierte, da die Paragraphennummer §175 rechtshistorisch belastet sei³²⁾. Dieses Anliegen erscheint verständlich. Allerdings wird der Jugendschutz, der schon bisher infolge seiner nachträglichen Entwicklung innerhalb des 13. Abschnitts ohne Zusammenhang geregelt war, nunmehr noch weiter aufgeteilt. Er „hüpft“ durch den ganzen Abschnitt von §174 zu §176, dann zu §§180, 182, 184 und schließlich zu §184b StGB.

Anmerkungen und Literatur

- 1) Bundestags-Drucksachen VI/3521, S. 1; 7/80, S. 1; 8/514, S. 1.
- 2) ZRP 71, 14f.
- 3) Deutscher Bundestag, 7. Wahlperiode. Beratungen des Sonderausschusses für die Strafrechtsreform, S. 8, 48ff.
- 4) NJW 1982, S. 1512.
- 5) BGHSt. 27, S. 52.
- 6) Begründung des Änderungsgesetzes vom 21.1.1961 zum Gesetz gegen die Verbreitung jugendgefährdender Schriften, Bundestags-Drucksache III/2373, S. 3.
- 7) Näher hierzu F.-C. Schroeder, Die Überlassung pornographischer Darstellungen in gewerblichen Leihbüchereien (§184 Abs. 1 Nr. 3 StGB), Juristische Rundschau 1977, S. 231ff.
- 8) Bundestags-Drucksache 10/2546, S. 24.
- 9) Neue Zeitschrift für Strafrecht, 1986, S. 8ff., 12; E. Dreher/H. Tröndle, StGB, 47. Aufl. 1995, §184 Rdn. 20e.
- 10) Juristische Rundschau 1989, 2S. 8 m. Anm. R. Greger.
- 11) Näher F.-C. Schroeder, Irrwege aktionistischer Gesetzgebung – das 26. StrÄG (Menschenhandel), Juristenzeitung 1995, S. 231ff.
- 12) D. Heine-Wiedenmann/L. Ackermann, Umfeld und Ausmaß des Menschenhandels mit ausländischen Mädchen und Frauen (Schriftenreihe des Bundesministers für Frauen und Jugend, Bd. 8), 1992, S. 338.
- 13) agisra (Hrsg.), Frauenhandel und Prostitutionstourismus, 1990, S. 107.
- 14) agisra in der 60. Sitzung des Bundestags-Ausschusses für Frauen und Jugend vom 1.12.1993, Protokoll S. 89.
- 15) Protokoll der 60. Sitzung des Bundestags-Ausschusses für Frauen und Jugend vom 1.12.1993, S. 86ff., 89, 93, 102; D. Heine-Wiedenmann/L. Ackermann (Anm. 12), S. 291; agisra (Anm. 13), S. 283, 349.
- 16) Bundestags-Drucksache 12/2046.
- 17) Polizeiliche Kriminalstatistik 1993, 1994, Tabelle 0.1. Bl. 2, Tl. 2.
- 18) D. Heine-Wiedenmann/L. Ackermann (Anm. 12), S. 334.
- 19) Eingehend zur Problematik des Gesetzes F.-C. Schroeder (Anm. 11).
- 20) F.-C. Schroeder, Pornographieverbot als Darstellerschutz?, Zschr. für Rechtspolitik, 1990, S. 299ff.
- 21) F.-C. Schroeder (Anm. 20), S. 300; übernommen von der Begründung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung, Bundestags-Drucksache 12/3001, S. 5.
- 22) Näher F.-C. Schroeder, Das 27. Strafrechtsänderungsgesetz – Kinderpornographie, Neue Juristische Wochenschrift 1993, S. 2581ff.

- 23) Bundestags-Drucksache 12/4883, S. 8.
- 24) Bundestags-Drucksache 12/4883, S. 7.
- 25) Bundestags-Drucksache 11/7200, S. 13.
- 26) Bundestags-Drucksache 12/4584, S. 1, 7.
- 27) Näher F.-C. Schroeder, Die Reform der Straftaten gegen die Entwicklung des Sexuallebens, *Zschr. für Rechtspolitik*, 1992, S. 295ff.
- 28) Näher F.-C. Schroeder, Der sexuelle Mißbrauch von Jugendlichen nach §149 DDR-StGB, *Deutsch-deutsche Rechtszeitschrift*, 1991, S. 240f.
- 29) *Zschr. für Rechtspolitik*, 1992, S. 297ff.; Protokoll der 93. Sitzung des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages der 12. Wahlperiode, S. 2ff.
- 30) Bundestags-Drucksache 12/4584, S. 9.
- 31) Bundestags-Drucksache 12/4584, S. 9.
- 32) Bundestags-Drucksache 12/4584, S. 7.

Anschrift des Autors

Prof. Dr. Friedrich-Christian Schroeder, Lehrstuhl für Strafrecht, Strafrechtprozeßrecht und
Ostrecht, Universität Regensburg, 93040 Regensburg

Die donogene Insemination: Praktische und rechtliche Aspekte

Practical and Legal Aspects of the Artificial Donor Insemination

Erwin Günther, Jena; Ulrich Rönnau, Kiel

Zusammenfassung

Die artifizielle donogene Insemination ist auch in Deutschland eine hilfreiche Behandlungsmethode bei Sterilität der Ehe. Sie wurde vom Deutschen Ärztetag 1970 und vom Deutschen Juristentag 1986 mehrheitlich gebilligt. Statt einer verbotsähnlichen restriktiven Einengung erwarten Reproduktionsmediziner und betroffene Ehepaare eine gesetzliche Regelung. Nach kurzer Darstellung der jetzigen Lage in Gesetz und Rechtsprechung folgen praxisbezogene Vorschläge (etwa für die Spenderauswahl, Spermabanken etc.).

Schlüsselwörter: Insemination, Spermaspender, Rechtsprechung

Summary

In Germany the artificial donor insemination is a helpful method of therapy in marital sterility. It was accepted by the majority of the German Physician Congress 1970 and the German Lawyer Congress 1986. The physicians concerned with reproductive medicine and childless couples expect legal regulations instead of prohibition of donor insemination. Following a short account of the present situation in law and jurisdiction, practical proposals concerning the selection of donors, semen banks etc. are offered.

Key words: Insemination, Semen donors, Jurisdiction

Die donogene Insemination ist eine international anerkannte und praktizierte Methode der Sterilitätsbehandlung bei Infertilität des Ehemannes. Sie wird seit mehr als 40 Jahren in mehr als 40 deutschen Zentren durchgeführt. Jährlich kommen in Deutschland 1000 bis 2000 Kinder nach donogener Insemination meist nach langen Jahren der Wartezeit zur Welt; ihre Eltern wären anderenfalls kinderlos geblieben oder hätten ein Kind adoptiert – möglicherweise sich aber auch getrennt.

Die donogene Insemination gehört zu den meistdiskutierten Themen der Medizin, obwohl die medizinischen, genetischen Aspekte weitgehend abgeklärt sind (Heck 1994). Es sind ethische, religiöse, politische und rechtliche Meinungsdivergenzen, die zu einer (beabsichtigten?) Verunsicherung der kinderlosen Ehepaare, Spender und Ärzte führen. Der 73. Deutsche Ärztetag hatte bereits 1970 seine frühere restriktive Position revidiert und mehrheitlich akzeptiert, daß es sich um eine berufsethisch vertretbare ärztliche Therapiemethode handelt. Auch der 56. Deutsche Juristentag beschloß 1986 mehrheitlich, die donogene Insemination als „nicht sittenwidrig“ und „nicht rechtswidrig“ zu werten, wiewohl eine Reihe juristischer Fragen offen blieb (vgl. Editorial im Dt. Ärzteblatt 1986; 47: A 3272-3274).

Die internationale Akzeptanz spiegelt sich in der Empfehlung an den Europarat von 1979 wider, die donogene Insemination in den Staaten der Europäischen Union zu dulden und

durch Anonymisierung der Spermaspender zu erleichtern (Giesen 1981). Gerade dieser Passus bereitet der deutschen Rechtsprechung Schwierigkeiten. Unter Berufung auf den Art. 1 des Grundgesetzes (GG) wird die Menschenwürde betont und nach Art. 2 GG die freie Entfaltung der Persönlichkeit (welche das Recht auf Wissen um die eigene Herkunft einschließt) hervorgehoben. Nach Wille bedeutet Artikel 2 Absatz I in Verbindung mit Artikel 1 GG noch kein Recht auf Verschaffung von Kenntnissen über die eigene Abstammung, sondern lediglich Schutz vor dem Vorenthalten erlangbarer Daten (vgl. Wille 1985; 1992). Die donogene Insemination stellt die Menschenwürde nicht in Frage – das geht aus den Beschlüssen des 73. Ärztetages und des 56. Juristentages deutlich hervor (vgl. Dt. Ärzteblatt 1986; 47: A 3272-3274). Die donogene Insemination behindert auch nicht die freie Entfaltung der Persönlichkeit, weder der Ehegatten noch des Kindes.

Es versteht sich von selbst, daß kein Ehepaar zur Insemination überredet oder gezwungen wird, sondern sich unter mehreren Möglichkeiten freiwillig entscheidet. Die freie Entfaltung der Persönlichkeit des Kindes erfordert weniger die Kenntnis der genetischen Herkunft oder gar einer belastenden Eintragung in der Geburtsurkunde als vielmehr die Einbettung in einer Familie mit günstigen Sozialisationsbedingungen.

Der Weltärztebund diskutierte auf der 137. und 138. Sitzung 1993 in Budapest und 1994 in Sydney über die Anonymisierung der Spermaspender. Diese Empfehlung fand aber keine Akzeptanz, unter anderem weil die deutschen Vertreter auf Grund der Rechtslage in Deutschland nicht zustimmen konnten.

Paradoxerweise erschien gerade zur gleichen Zeit in Deutschland die „Richtlinie zur Durchführung des intratubaren Gametentransfers, der IVF mit Embryotransfer und anderer verwandter Methoden“ (Dt. Ärzteblatt 1994; 1/2: A 58-62) und nennt die Spendersamenübertragung als eine Durchführungsmöglichkeit bei Sterilität des Mannes. Die künstliche Befruchtung mit Spendersamen, so heißt es unter Punkt 4, „wirft dieselben Rechtsprobleme auf wie bei artifizieller heterologer Insemination. Diese Rechtsprobleme bestehen darin, daß zwar bei bestehender Ehe auch in diesem Falle die Ehelichkeitsvermutung des § 1591 BGB zum Zuge kommt, sowohl der Ehemann als auch das Kind aber die Ehelichkeit der Abstammung im nachhinein anfechten können (§§ 1593 – 1599 BGB)“.

Aktuelle Rechtsprechung

Zwei Verfahren in Niedersachsen verdeutlichten jetzt, daß die schriftlich gegebene Zustimmung des Ehemannes zur donogenen Insemination einen hohen vertraglichen Stellenwert besitzt, auch hinsichtlich der rechtlichen Nebenfolgen.

Nach der vertraglichen Zustimmung zur Insemination trat gut drei Jahre später die Schwangerschaft ein, die zur Geburt von Zwillingen führte, welche Parteien zweier Rechtsstreitigkeiten wurden: Im ersten ging es um die Anfechtung der Ehelichkeit durch den Ehemann. Das Amtsgericht Hannover hatte die Klage abgewiesen (502 C 260/90), während die Berufung vor dem OLG Celle (15 U 7/91) Erfolg hatte und der BGH Prozeßkostenhilfe für die beabsichtigte Revision der Kinder versagte (XII ZA 19/91).

Im zweiten Verfahren ging es um die Unterhaltsansprüche der Kinder, die ihre Rechte noch als eheliche Kinder eingeklagt hatten und den Unterhalt entsprechend ihrer Stellung vom Familiengericht zugesprochen erhielten. Das OLG Celle hat die dagegen eingelegte Berufung des Unterhaltsschuldners nach Rechtskraft der Vaterschaftsanfechtung zurückge-

wiesen, im wesentlichen mit der Begründung, die schriftliche Zustimmung zur Insemination umfasse (auch) die Zusage der materiellen Versorgung, ein rechtzeitiger Zugang eines Widerrufs dieser Zusage bei der Mutter sei nicht bewiesen (10 UF 62/90). Die Entscheidung ist nach der vom „Vater“ eingelegten Revision am 3. Mai 1995 vom BGH bestätigt worden (BGH XII ZR 29/94).

Vielfach wird die Lage so dargestellt, daß die praktizierte Rechtsprechung noch keine Position zur modernen Reproduktionsmedizin gefunden habe und daß konservative Kräfte erkennbar bemüht seien, den Eindruck der Rechtsunsicherheit zu verstärken. Welche Argumente werden vorgebracht? Diese betreffen in erster Linie das Kindeswohl. Wie in jeder Ehe stellt die Liebe und Harmonie der Ehepartner die beste Grundlage für das Kindeswohl dar. Das gilt für eigene sowie für angeheiratete und adoptierte Kinder ebenso wie für Wunschkinder und ungewollt gezeugte Kinder. Es gilt auch für die 5 bis 8% geborenen, aber durch außerehelichen Geschlechtsverkehr mit einem anderen Mann gezeugten Kinder in Deutschland (vgl. Editorial: Vaterschaft mal wieder Glaubenssache. Fortschr. Med. 1992; 29: 88). Auch diese außerehelich gezeugten Kinder gelten gemäß § 1951 BGB als eheliche Kinder beider Ehegatten. Ratzel (1993) meint dazu, deutsche Gerichte müßten permanent nach § 169 StGB wegen Personenstands Fälzung Tausende von Müttern mit bis zu 2 Jahren Freiheitsentzug bestrafen, wenn sich die Behörden um die Herkunft jedes ehelichen Kindes kümmern und die Harmonie der Familien stören wollten, um lediglich ihre Personenstandsbücher in Ordnung zu bringen. Ein solches „öffentliche“ Interesse der Behörden und Gerichte an der Herkunft des Kindes, das durch donogene Insemination gezeugt wurde, kann nicht durchgesetzt werden, solange Ehemann, Ehefrau und Kind an der ehelichen Herkunft des Kindes festhalten. Trotz einer Vereinbarung des behandelnden Arztes mit dem Ehepaar bleibt das Recht der Vaterschaftsanfechtung durch den Ehemann und des nach donogener Insemination geborenen Kindes bestehen. Das Kind soll grundsätzlich das Recht auf Kenntnis seiner genetischen Herkunft (Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichtes vom 18.1.88 und 31.1.89) behalten, aber wie soll es von diesem Recht Gebrauch machen, wenn es keine Kenntnis von seiner donogenen Zeugung hat?

Es soll hier der derzeitige juristische Stand kurz umrissen werden, sodann werden die praktischen Erfordernisse genannt, die bei einer gesetzlichen Spezialregelung auf jeden Fall beachtet werden sollten:

1. Anmerkung zur Gesetzeslage und zur bisherigen Rechtsprechung

Ganz so unübersichtlich und unklar, wie manche Kritiker meinen, ist die Rechtslage auch im Spiegel der bisherigen Rechtsprechung nicht. Das bezieht sich einmal auf die Statusfrage: Schon mit der Regelung des BGB's hinsichtlich der Ehelichkeitsvermutung nimmt der Gesetzgeber bewußt in Kauf, daß der rechtliche und genetische Vater sozusagen auseinanderfallen. Es ist vom Willen des Kindes (das bis zum 18. Lebensjahr in diesem Fall hier nur durch die Mutter vertreten werden kann und dann im Anfechtungsfall ein Verfahrenspfleger zu bestellen wäre) wie dem des Vaters abhängig, ob tatsächlich eine Feststellung des biologischen Vaters überhaupt ermöglicht wird. Der Gesetzgeber und auch die Rechtsprechung gehen damit bewußt, wie es Ratzel (1993) meint, das Risiko einer Verfälschung der Personenstandsbücher ein. Tatsächlich sind die Personenstandsbücher aber nicht falsch, da sie lediglich die rechtliche Zuordnung wiedergeben und keine Aussage über die biologische Herkunft enthalten, nicht einmal hinsichtlich der Mutter, wenn man an

Adoptiveltern denkt. Die Rechtsprechung nimmt nach wie vor bewußt in Kauf, daß der rechtliche Vater nicht der biologische Vater ist und stellt weiterhin auf formale Gesichtspunkte ab, so zuletzt der Bundesgerichtshof (BGH) mit Urteil vom 23.11.1994 (XII ZR 186/93 (Hamm), NJW 1995, Heft 9, S. 594 ff), wo es um die unterschiedlichen Fristen der Anfechtung der Anerkennung als nichtehelicher Vater (Jahresfrist!) nach § 1600 h Abs. I BGB und die Anfechtungsfrist nach §§ 1593 und 1594 Abs. I BGB, 2-Jahresfrist für den Ehemann, ging und der BGH trotz nachträglicher Verheiratung des Vaters mit der Mutter die kurze Jahresfrist weiter gelten ließ.

Zur Statusfrage selbst: Bei vertraglich abgesicherter donogener Insemination dürfte die Tendenz dahingehend sein, daß das Anfechtungsrecht der Ehelichkeit nicht abgeschnitten werden könnte, weder seitens des Mannes noch des Kindes. Es ist aber immer in die Willensentscheidung dieser beider Personenkreise gestellt, ob von diesem Recht Gebrauch gemacht wird. Niemand kann eine der Seiten zu einer Anfechtung zwingen, weder Staatsanwalt noch ein Gericht. Nach den Ausführungen des OLG's Celle in dem oben erwähnten Urteil (10 UF 62/90) habe der BGH in der Vorentscheidung die Möglichkeit, daß die Ehelichkeitsanfechtung des Mannes, der der heterologen Insemination zugestimmt habe, rechtsmißbräuchlich sein könne, nicht ausgeschlossen. Es könnte daher auf die vertragliche Ausgestaltung ankommen, die zu einem Ausschluß des Rechtes zur Ehelichkeitsanfechtung jedenfalls des Mannes führen könnte. In der genannten Entscheidung hatte die Anfechtung wegen Unklarheiten im Vertrag und wegen Unklarheiten über den Zeitpunkt des Widerrufs des Vertrages zugunsten des Mannes gewirkt.

Immerhin hatte schon einmal ein Amtsgericht rechtskräftig entschieden, daß „die Ehelichkeitsanfechtung eines durch heterologen Insemination gezeugten Kindes ... gegen die Grundsätze von Treu- und Glauben verstoßen“ könne (Amtsgericht Dieburg, Urteil vom 4.11.1986, 20 C 906/86, NJW 1987, S. 713 ff.; sowie auch das Amtsgericht Lüdenscheid mit Urteil vom 12.6.1985, 8 C 161/85, NJW 1986, S. 784 f.).

Es bleibt eine höchstrichterliche Entscheidung abzuwarten, ob das Anfechtungsrecht durch eine entsprechend klare vertragliche Regelung ausgeschlossen werden kann. Keinesfalls ausgeschlossen werden könnte das immer gegebene Anfechtungsrecht seitens des Kindes, das nach der Gesetzeslage spätestens 2 Jahre nach Eintritt der Volljährigkeit, ob Kenntnis oder Unkenntnis besteht, endet. Nur diesen Fall betraf die zitierte Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts, die seinerzeit soviel Staub aufwirbelte und die These, daß jeder ein unverzichtbares Grundrecht auf Kenntnis seiner genetischen Abstammung und deren Erforschung hätte, aufgestellt wurde. Tatsächlich war es ein Ausnahmefall, in welchem sämtliche Beteiligten, einschließlich des biologischen Vaters, mit der Anfechtung einverstanden waren und der biologische Vater seine Vaterschaft anerkennen wollte. In diesem Fall sah das Bundesverfassungsgericht die Verweigerung unter formellem Rückzug auf die 2-Jahresfrist als verfassungswidrig an.

Allerdings hat dann das Verfassungsgericht mit seiner Entscheidung vom 26.4.1994 (1 BVR 1299/89), allgemeiner festgestellt, daß es mit den allgemeinen Persönlichkeitsrechten, Art. 2 Abs. I in Verbindung mit Art. 1 GG nicht vereinbar sei, daß die Frist für die Anfechtung für die Ehelichkeit durch das volljährig gewordene Kind nach §1598, 2ter Halbsatz BGB auch dann 2 Jahre nach Eintritt der Volljährigkeit ablaufe, wenn das Kind von den Umständen, die für seine Nichtehelichkeit sprechen, keine Kenntnis hatte und dem Kind insoweit auch eine spätere Klärung seiner Abstammung ausnahmslos verwehrt werde. Damit wird man wohl sagen müssen, daß die 2- Jahresfrist erst von Kenntnis der Umstände an läuft.

Bezüglich des Unterhaltsanspruchs tendiert die Rechtsprechung eher dahin, dem Kind auch im Falle der erfolgreichen Anfechtung durch den Ehemann der Mutter dem Kind den Unterhalt zu erhalten, wie es auch in der oben zitierten Entscheidung des OLG's Celle der Fall gewesen ist und wie mehrere andere Gerichte in ähnlichen Fällen entschieden haben. Das OLG Celle hat dazu ausgeführt: „Ein Ehemann, der die heterologische Insemination seiner Ehefrau akzeptiert, übernimmt damit die Verantwortung für das in seiner Ehe hineingeborene Kind in Kenntnis der finanziellen Folgen des Unterhaltsbedarfs des Kindes und der Nichterreichbarkeit des biologischen Vaters. Es liegt ein Vertrag zwischen Versprechenden und Versprechungsempfängerin (Ehefrau) zugunsten des Kindes vor. Es ist anerkannt, daß der Dritte, für den das Forderungsrecht begründet wird, bei Vertragsabschluß noch nicht vorhanden und auch nicht gezeugt gewesen sein muß (Palandt-Heinrichs BGB § 328 Abs. 1. m.w. N). Jedenfalls wenn eine derartige Vereinbarung vorliegt, ist die vertragliche Übernahme der Unterhaltspflicht zu bejahen, diese ist mit der Geburt (des Kindes)... zur Entstehung gelangt.“ (OLG Celle 10 UF 62/90).

Anderslautende Rechtsprechung hat es bisher dann gegeben, wenn das aus heterologer Insemination stammende Kind nach Scheidung der Eltern seine Ehelichkeit erfolgreich angefochten hat, dann stehe ihm gegen den Ehemann ein Unterhaltsanspruch nicht zu (OLG Hamm, Urteil vom 25.1.1994, 29 U 139/93; vgl. NJW 1994, S. 2424 ff.). Das Gericht hatte in dieser Entscheidung auch festgestellt, daß die Zustimmung zur Insemination in der Regel keinen vertraglichen Unterhaltsanspruch für das Kind begründe.

Es zeichnet sich ab, daß sich hinsichtlich der Unterhaltspflicht eine Zweiteilung der Rechtsprechung entwickelt, je nach dem, wer die Ehelichkeit anfecht: Tut es der Schein Vater, so bleibt die Unterhaltsverpflichtung bestehen, tut es das Kind, so entfällt sein Unterhaltsanspruch. Letzteres hat der BGH ebenfalls am 3.5.95 so entschieden und OLG Hamm im Ergebnis damit bestätigt (BGH XII ZR 89/94).

Aber auf die Entscheidung dieser offenen Frage dürfte es bei entsprechender vertraglicher Regelung, die stets notariell erfolgen sollte, nicht ankommen. Allen oben genannten Entscheidungen lagen nämlich äußerst mangelhafte Vereinbarungen zugrunde.

Unterhaltsrechtlich, einschließlich von Unterhaltsansprüchen der Mutter, lassen sich alle Fragen auf Vertragsbasis regeln, die Regelungen dürften Bestand haben; statusrechtlich ist der Weg schwieriger, nicht aber unmöglich. Eine klare notariell beurkundete Verzichtserklärung des Ehemannes auf sein Anfechtungsrecht könnte auch vor dem Bundesgerichtshof Bestand haben. Das Anfechtungsrecht des Kindes wird sich unter keinen Umständen, auch nicht durch Gesetz, wegen des Grundrechts der freien Entfaltung der Persönlichkeit, beseitigen lassen.

2. Wenn aber eine gesetzliche Regelung des Inseminationsrechts erfolgen sollte, sollten folgende Prämissen tatsächlicher Art beachtet werden und ethische Grundlage der Normierung sein:

Kinder, die (meist) nach jahrelanger Sterilitätsbehandlung durch donogene Insemination gezeugt wurden, sind doch Wunschkinder per excellence. Warum sollte gerade ihr Kindeswohl gefährdet sein, wie die Gegner moderner Reproduktionsmedizin postulieren. Eine Befragung der Eltern ergab, daß wenig Interesse besteht, ihr Kind über die Besonderheit seiner Zeugung aufzuklären (Leiblum 1993). Wer sollte sie auch dazu zwingen? Und warum? Steht das „öffentliche Interesse“ an (nach biologischen Kriterien) korrekt geführten Personenstandsbüchern wirklich vor dem Wohl des Kindes und dem Recht auf Geborgen-

heit im Elternhaus? Wer am Wohl der Kinder nach assistierter Reproduktion zweifelt, sollte nicht spekulieren und nicht psychopathische Einzelfälle verallgemeinern, denn bekanntlich gibt es auch unter den legalen Kindern intakter Ehen sogenannte schwarze Schafe. Es existieren einige valide Verlaufsstudien von Psychologen und Ärzten (Kremer 1984; Mutke 1984; Weller 1989; Seikowski 1990; van de Sjipte 1993; Purdie 1994), die auf das Familienglück nach donogener Insemination eingehen. Befragungen der von Günther betreuten Ehepaare, die 3 bis 5 Jahre nach der Geburt des Kindes erfolgten, ergaben klare Hinweise, daß bei der donogenen Insemination ärztlichem Ethos entsprechend helfend praktiziert wird, denn kein einziges von mehreren hundert Ehepaaren hatte mitgeteilt, daß es die Behandlung bereut hätte und daß das Kind nicht zum Glück der Familie beigetragen hat (Günther 1990). Nachuntersuchungen und psychologische Explorationen kinderloser Ehepaare nach künstlicher Befruchtung sind nicht einfach durchführbar wegen der geringen Compliance. Einerseits schämen sich die Ehepartner wegen ihrer Unvollkommenheit im Intimbereich und andererseits haben die Gegner der künstlichen Befruchtung durch Verunglimpfung der sogenannten heterologen Insemination auch bei vielen behandelten Ehepaaren ein erhebliches Unrechtsbewußtsein erzeugt, das die Eheleute hemmt, frei über ihre Probleme zu sprechen. Durch Erzeugung des Unrechtsbewußtseins bei sterilen Ehepaaren mit Kinderwunsch tragen die Gegner der künstlichen Befruchtung eine hohe Mitverantwortung für die Entstehung psychischer Fehlentwicklungen bei den Ehepartnern.

Eine Gefährdung von Ehe und Familie

Im Muster-Entwurf des Gesetzes über die Regelung der Fortpflanzungsmedizin, der 1994 im „Frauenarzt“ veröffentlicht wurde (Der Frauenarzt 1994; 4: 438-451), heißt es als Verbotsbegründung, die donogene Insemination würde gegen den Schutzanspruch der Ehe und Familie verstoßen. Die Praxis beweist aber eher das Gegenteil. Kinderlose Ehepaare, die nicht auf ein Kind verzichten wollten und durch jahrelanges vergebliches Warten auf eine Adoption frustriert wurden, bleiben ungeschützt und trennen sich häufiger. Verzicht auf ein Kind und Fügung in das Schicksal sind ethische Standpunkte, die nicht jeder akzeptiert. Mit der Entscheidung für ein 'Spendersamenkind' entscheiden sich die Ehepartner gleichzeitig füreinander, für ihre Ehe und Familie. Die Scheidungsrate dieser Familien liegt deshalb auch niedriger als bei der Durchschnittsbevölkerung (Weller 1989; Seikowski 1990; van de Sjipte 1993; Kovacs 1993).

Mißbrauch der Reproduktionsmedizin?

Im Prinzip ist keine Wissenschaft vor Mißbrauch geschützt. Die Chemie brachte vernichtendes Dynamit und mißbildungserzeugendes Dioxin hervor, die Physik entwickelte Atombomben. Die Beispiele ließen sich beliebig vermehren. Dem Mißbrauch folgte die Vernunft mit rechtlichen und ethischen Regelungen. In Deutschland bestehen auf dem Gebiet der Reproduktionsmedizin bereits flankierend schützende Regelungen, das Embryonenschutzgesetz vom 13. Dezember 1990 (Embryonenschutzgesetz 1990), die Richtlinie zur künstlichen Befruchtung vom 14. August 1990 (Richtlinien 1990) und eine Richtlinie über andere Methoden der künstlichen Befruchtung vom 1.1.1994 (Richtlinien

1994). Durch unseriöse Pressemeldungen über Vorkommnisse im Ausland wird unerschwellig der Verdacht erzeugt, daß solche unethischen Experimente wie Klonen und Befruchtung von Oozyten einer verstorbenen Frau auch in Deutschland vorkommen (können). Es interessieren sich die Massenmedien für sensationelle und skandalöse Meldungen, die leider auch rufschädigend global gegen alle deutschen Reproduktionsmediziner wirken. Da fällt kein Wort über 50.000 glückliche Ehepaare in Deutschland, die der donogenen Insemination ein Kind, ein eheliches Glück und erfülltes Leben verdanken. Eine solche Meldung trägt kaum zum Verkauf der Boulevardpresseerzeugnisse bei. Wer ermahnt die Massenmedien wegen der Risiken des Mißbrauches ihrer Macht? Im Endeffekt wird Stimmung gegen Reproduktionsmediziner gemacht, die öffentliche Meinung wird manipuliert und ein „gesundes Volksempfinden“ induziert, bis Aufrufe an Parteien und Politiker adressiert werden, doch endlich das „unheilvolle Treiben“ der Fortpflanzungsmediziner zu verbieten! Auch diese Seite gilt es bei der ethischen Auseinandersetzung mit neuen und mit bewährten Methoden der künstlichen Befruchtung zu durchdenken.

Praktische Aspekte

Trotz erkennbarer Bemühungen fehlen seit Jahrzehnten rechtliche Regelungen in der Bundesrepublik Deutschland, die ja als offizielle Anerkennung der donogenen Insemination gelten würden; so aber entwickelte sich die therapeutische Übertragung von Spendersamen zu einem Tabuthema. Diverse Dienststellen und Körperschaften scheuten das Thema donogene Insemination und kalkultierten bei allen Überlegungen auch das Verbot als Lösung des Problems ein (vgl. Der Frauenarzt 1994; 4: 438-451). Im Musterentwurf des Reproduktionsgesetzes wird zwar eine 2. Variante genannt, die die donogene Insemination scheinbar gestattet, aber in Wirklichkeit würde sie durch Registratur auf Landesebene, Einwegspenderregelung und Anzeigepflicht „zu Tode bürokratisiert“ (Wille 1992).

Was wir zur Problembewältigung in Deutschland brauchen, ist eine tabufreie Diskussion, besonders über praxisrelevante Themen, die noch nicht geregelt sind. Dazu gehören u.a.

- Richtlinien zur Auswahl von Spermaspendern vom 25. März 1995
- Arbeitsordnungen von Spermabanken (in Vorbereitung)
- Empfehlungen zum notariellen Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Ehepaar
- Bewertungsmaßstäbe für die Abrechnung ärztlicher Leistungen
- Richtlinien über die Durchführung der donogenen Methoden der Reproduktionsmedizin.

Mittlerweile sind jetzt Ärzte und Wissenschaftler initiativ geworden und haben jene Entwürfe zu den Teilthemen der donogenen Reproduktionsmedizin selbständig erarbeitet, die dringend einer akzeptierenden Regelung harren (Workshop des Arbeitskreises donogene Insemination. Beratungsdokumente. Fulda 25. März 1995). Die tabufreie Diskussion der ethischen, politischen, zivil- straf- und versicherungsrechtlichen und der medizinischen Aspekte wurde mit einem Offenen Brief an die Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten eingeleitet (Bleichrodt 1995). Aufgegriffen wurden folgende Gesichtspunkte:

a) Auswahl der Spermaspender

Schwerpunkte sind die Vermeidung einer Infektionsübertragung, Limitierung des genetischen Risikos für das Kind und der Schutz vor Mißbrauch z.B. für Züchtungsabsichten. Letztere sind anzunehmen, wenn der Samen „im Hinblick auf besondere körperliche Merkmale, besondere Eigenschaften oder Fähigkeiten des Spenders ausgewählt worden ist, es sei denn, die Auswahl berücksichtigt allein das äußere Erscheinungsbild des Ehemannes (aus der Begründung des Musterentwurfes Gesetz zur Regelung der künstlichen Befruchtung). Ausländische Richtlinien haben den deutschen Richtlinien als Anleitung gedient (Günther 1994a;b; 1995).

b) Spermbanken

Sie konservieren, lagern und stellen menschliches Sperma für ärztliche Behandlungen bereit, und zwar unter den Bedingungen des Arzneimittel- und Medizinproduktegesetzes. Zur Vermeidung von Kontaminationen mit Krankheitserregern dürfen nur geschlossene Systeme verwendet werden (Pailletten). Qualitätskontrollen wie die Auftaumotilität der Spermien sind erforderlich. In Spermbanken lagern auch Spermakonserven von jungen Männern mit Hodentumoren, die nach Semikastration und Polychemotherapie zumeist die Fertilität verloren haben. Wenn sie das Tumorleiden überleben, ist es ihr Recht, eine Familie zu gründen und Nachkommen zu haben. Das ist zumeist nur mit früheren Spermakonserven möglich.

c) Register der donogenen Insemination

In Analogie zum Register der Resultate der in-vitro-Fertilisation sollte ein Register der donogenen Insemination aufgebaut werden. Es versteht sich von selbst, daß es datengeschützt ist und der ärztlichen Schweigepflicht unterliegt. Es trägt den Charakter eines berufsethischen Kontrollorgans und sollte solche Probleme wie das Inzestrisiko ausschließen helfen. Dazu gehört auch die Limitierung der Nachkommen eines Spenders auf 10 Kinder (Richtlinien 1995). Die Empfehlung des Einmalspenders haben die Autoren des Musterentwurfes für das Gesetz zur Regelung der künstlichen Befruchtung schlecht durchdacht. In der AIDS-Ära braucht man wie bei Blutspendern sehr zuverlässige und gründlich untersuchte Spender. Ständiger Spenderwechsel ohne die spätere Kontrolle auf Antikörper nach einer mehrmonatigen Quarantänekonservierung des Spermas würde das Risiko einer HIV-Infektion ins Unverantwortliche steigern.

d) Der Behandlungsvertrag zwischen dem Arzt und Ehepaar

Er sollte notariell beurkundet werden und die derzeitige Rechtslage in Deutschland explizit nennen, damit weitere Rechtsunsicherheiten und spätere Fehlinterpretationen eingeschränkt werden. Ein geeigneter Entwurf wurde auf der Konferenz vom 19. März 1993 in Berlin von namhaften Juristen, Psychologen und Reproduktionsmedizinern bereits beraten und dient seitdem als rechtliche Grundlage der Behandlungsbeziehung zwischen Ehepaar und Arzt.

e) Behandlungskosten

Wegen der fehlenden gesetzlichen Regelung fand die donogene Insemination auch keine Aufnahme in den Leistungskatalog der gesetzlichen und privaten Krankenkassen. Der große Behandlungsbedarf führte zwangsläufig zur Kommerzialisierung, zur Regelung der Preise nach marktwirtschaftlichen Aspekten in den Praxen niedergelassener Ärzte und privaten Kliniken mit Angebot und Nachfrage.

Der Bedarf an Behandlungen kinderloser Ehepaare mit donogener Insemination ist zweifelsohne vorhanden. Er ist sicherlich größer als derzeit behandelt wird, weil doch nicht wenige Ehepaare und Ärzte durch die Verbotsdrohung, durch permanente Hinweise auf fehlende Anonymität des Spenders, Androhung einer namentlichen Erfassung im Geburtenregister u.a.m. verängstigt wurden. Dieser Bedarf läßt sich durch das Verbot nicht regeln. Wenn die donogene Insemination in den Staaten der Europäischen Union praktiziert wird, käme ein „Reproduktionstourismus“ großen Umfanges in Gang. Besserverdiener würden die zahlreichen Angebote privater Sterilitätskliniken im westeuropäischen Ausland in Anspruch nehmen. In der Tschechischen Republik und in Ungarn liegen die Behandlungskosten niedriger.

Zur Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung

Die donogene Insemination ist eine international durchaus übliche und wegen der hohen Konzeptionsrate, die um 60% liegt, auch effektive Therapieform bei Zeugungsunfähigkeit des Mannes. Ärztlicherseits wird eine gesetzliche Regelung in Deutschland für dringend notwendig gehalten, sie wurde in der Stellungnahme der sechs Präsidenten deutscher und europäischer Gesellschaften für Reproduktionsmedizin nachdrücklich als Antwort auf die Verbotsdrohung gefordert. Es versteht sich von selbst, daß die Reproduktionsmediziner als Sachverständige ihre Bereitschaft zur Mitarbeit an den gesetzlichen Regelungen bekunden. Auch die Ärzte des Arbeitskreises für donogene Insemination sind bereit, die Arbeitsgemeinschaft Leitender Medizinalbeamten sachkundig zu unterstützen.

Literatur

- Bleichrodt, W., Günther, E., Katzorke, Th.: Offener Brief an die Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten der deutschen Bundesländer zu den Musterentwürfen eines Gesetzes zur Regelung der künstlichen Befruchtung. *Fertilität* 1995; 11: 55-56
- Embryonenschutzgesetz vom 13. Dezember 1990. *ProFamilia Magazin* 1995; 1: 24
- Giesen, D.: Heterologe Insemination – Ein neues legislatorisches Problem? *Z. Fam. Recht* 1981; 5: 413-417
- Günther, E., Schreiber, G.: Die heterologe Insemination in der ehemaligen DDR. Vortrag Symposium Reproduktionsmedizin Hamburg 23. – 25. Nov. 1990
- Günther, E.: Wortmeldung zum Thema artifizielle donogene Insemination. *Fertilität* 1994a; 10: 114-117
- Günther, E.: Richtlinien der American Fertility Society für die therapeutische donogene Insemination. *Der Frauenarzt* 1994b; 4: 413-414
- Günther, E.: Spermaspende – kein Tabu. Richtlinien der British Andrology Society für die therapeutische donogene Insemination. *Der Deutsche Dermatologe* 1995 (im Druck)
- Heck, H.: Zwei Leben – Anspruch und Wirklichkeit. 50. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. *Der Frauenarzt* 1994; 11: 1257-1258
- Katzorke, Th., Propping, D.: Voraussetzungen und Ergebnisse der heterologen (donogenen) Inseminationsbehandlung. *ProFamilia-Magazin* 1985: 1-3
- Kovacs, G.T., Mushin, D.: A controlled study of the psycho-social development of children conceived following insemination with donor semen. *Human Reproduction* 1993; 8: 788-790
- Kremer, J., Frijling, B.W., Nass, J.L.M.: Psychosocial aspects of parenthood by artificial insemination donor. *Lancet* 1984; 5: 628

- Leiblum, S.R., Hamkins, S.E.: Information oder nicht? Zur Aufklärung von Kindern über ihre Zeugung durch künstliche Befruchtung mit Spendersamen. ProFamilia-Magazin 1993, 2: 19-22
- Mutke, H.G., Bleichrodt, W.: Rechtliche Probleme bei der Durchführung der heterologen Insemination. Vortrag Weiterbildungsseminar 19. Mai 1984 Iserlohn
- Purdie, A., Peck, J.C., Adair, V., Graham, F., Fisher, R.: Attitudes of parents of young children to sperm donation. Human Reproduction 1994; 7: 1355-1358
- Ratzel, R.: Die Insemination. Der Frauenarzt 1993, 3: 293-300
- Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung vom 14. August 1990. Dt. Ärztebl. 1990; 87,46: D 1823
- Richtlinien zur Durchführung des intratubaren Gametentransfers, der In-vitro-Fertilisation mit Embryotransfer und anderer verwandter Methoden vom 1.1.1994. Dt. Ärztebl. 1994; 1,2: A 58-62
- Richtlinien des Arbeitskreises für donogene Insemination zur Auswahl von Spermaspendern vom 25. März 1995. Aktuelle Dermat. (in Druck)
- Seikowski, K., Glander, H.J.: Psychosoziales Betreuungskonzept von Ehepaaren bei der therapeutischen donogenen Insemination. Fertilität 1990; 6: 168-175
- Van der Sjijs, I., Nijs, P., Demyttenaere, K.: Familienglück durch donogene Insemination. Sexualmedizin 1993; 5: 223-229
- Weller, J., Soboslavsky I., Guzy, I.: Wie entwickeln sich Partnerschaft und Kinder? Langzeitbeobachtung nach heterologer Insemination. Sexualmedizin 1989; 18: 84-90
- Wille, R.: Rechtsfragen der heterologen Insemination. Sexualmedizin 1985; 14: 484 - 488
- Wille, R., Günther, E.: Zwei Plädoyers für die Samenspende bei kinderlosen Paaren. Sexualmedizin 1992; 3: 133-136

Anschrift der Autoren

Prof. Dr. med. Erwin Günther, Gynäkologisch-Andrologische Gemeinschaftspraxis, Grietgasse 11,
D-07743 Jena/Thüringen
Rechtsanwalt und Notar Ulrich Rönnau, Esmarchstr. 49, D-24105 Kiel

Yohimbin-HCl in der Behandlung von Erektionsstörungen

Yohimbin-HCl in the Treatment of Erectile Dysfunction

L. D. Köhler, S. Borelli, H.-J. Vogt; München

Zusammenfassung

Erektionsstörungen sind mit einer Prävalenz von 1-2% der männlichen Bevölkerung sehr häufig und bedeuten für viele der Betroffenen ein schwerwiegendes Problem. Dementsprechend sind therapeutische Optionen wünschenswert, die bei einfacher Handhabung und günstigem Nebenwirkungsprofil signifikante Erfolgsaussichten bieten. Yohimbinhydrochlorid, ein α_2 -Adrenozeptor-Antagonist, war in den letzten Jahren Gegenstand verstärkten wissenschaftlichen Interesses als orale Therapieform bei Erektionsstörungen. In einer Literaturübersicht werden die durchaus realen Möglichkeiten, aber auch Grenzen einer Behandlung mit Yohimbin-HCl dargestellt und diskutiert.

Schlüsselwörter: Yohimbin-HCl, α_2 -Antagonist, Erektionsstörungen

Summary

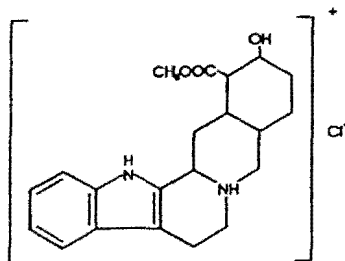
Erectile dysfunction is observed in 1-2% of the male population implicating a serious problem for most of the patients. Because of that there is a need for therapeutical approaches without severe side effects but a significant rate of response. During the last years there has been a growing interest on Yohimbinehydrochloride, an α_2 -adrenoceptor-antagonist, which can be easily administered by the oral way. The therapeutic possibilities, but also the limits of Yohimbine-HCl in the treatment of erectile dysfunction are presented and discussed.

Keywords: Yohimbinehydrochloride, α_2 -Antagonist, Erectile Dysfunction

In den letzten Jahren ist der Kenntnisstand über pathophysiologische Zusammenhänge von Erektionsstörungen rapide angewachsen. Einem sich hieraus ergebenden möglichen Therapieansatz soll mit dieser Übersichtsarbeit über Yohimbinhydrochlorid Rechnung getragen werden.

Yohimbin ist ein Indolalkylaminalkaloid aus der Rinde von Corynanthe (Pausinystalia) yohimbe K. Schum (Yohimbe-Baum) von in Zentralafrika beheimateten Rubiaceae und kommt außerdem in einigen Rauwolfia – Arten vor.

L. Spiegel isolierte als erster im Jahre 1896 aus der Rinde des „Yohimbehe-Baumes“ das Hauptalkaloid und benannte es danach Yohimbin. Cortex yohimbe wird heute noch als Ausgangsmaterial zur Gewinnung von Yohimbin verwendet. Die Struktur stellt sich wie folgt dar:



Yohimbin ist seit über hundert Jahren im Gebrauch und wurde in der Vergangenheit häufiger als Aphrodisiakum, d.h. als Präparat zur Anregung normaler oder geschwächter, aber noch vorhandener Potenz angewendet. Nach Borelli (1960) stand es als wissenschaftlich und praktisch bestfundiertes Mittel in der Reihe der Aphrodisiaka an erster Stelle. Hierzu war Yohimbin in erster Linie Bestandteil verschiedener Mischpräparate mit anderen Pflanzenextrakten ohne präzise Komposition. Aufgrund der Identifikation als Hauptwirkstoff wird Yohimbin heute vornehmlich als Hydrochlorid der Reinsubstanz eingesetzt. *Im folgenden ist unter Yohimbin stets das Hydrochlorid des Yohimbins zu verstehen.*

In jüngerer Zeit besteht, ausgelöst u.a. durch einen Bericht von Morales et al. (1981) über die erfolgreiche Behandlung diabetisch bedingter Impotenz mit Yohimbin sowie ein Editorial im Lancet (Time for resurrection 1986) wieder verstärktes Interesse an der Substanz als therapeutische Option bei Erektionsstörungen. Diese Indikation bleibt bisher die Hauptindikation für die Anwendung des Yohimbins, obschon bisher eine Vielzahl anderer klinischer Einsatzmöglichkeiten untersucht wurde. Einen kurzen Überblick über die Entdeckung des Yohimbins, die Medizingeschichte und manche der weiteren klinischen Anwendungen, auf die hier nicht näher eingegangen werden soll, geben Remy et al. (1984). Erektionsstörungen sind mit einer Prävalenz von 1-2% in der männlichen Bevölkerung sehr häufig und bedeuten für viele der Betroffenen ein schwerwiegendes Problem. Erektionsstörungen sind ätiologisch und pathogenetisch sehr komplex und müssen im Einzelfall differentialdiagnostisch abgeklärt werden. Im allgemeinen wird zwischen endokrinen, vaskulogenen, neurogenen und psychogenen Ursachen unterschieden, wobei jedoch häufig der Patient in der klinischen Praxis keiner dieser Kategorien eindeutig zugeordnet werden kann. In der Realität liegt meist eine Mischform dieser Ursachen vor, so daß man in der Regel dem Schwerpunkt nach von einer eher psychogenen oder eher organogenen Erektionsstörung spricht. Darüberhinaus können Erektionsstörungen auch als Nebenwirkungen bestehender notwendiger Medikationen (z.B. Psychopharmaka, Antihypertensiva) oder durch Arzneimittelmißbrauch entstehen. Sie können eine Komplikation nach Operationen im Beckenbereich, nach Gehirn- und Rückenmarkverletzungen, nach Verletzungen des Penis oder nach Priapismus sein. Außerdem ist die erektile Dysfunktion ein Begleitsymptom bei einigen anderen Krankheiten, z.B. nicht selten beim Diabetes mellitus (Vogt 1992). Yohimbin kommt in erster Linie bei Patienten mit leicht bis mittelgradigen Erektionsstörungen als Initialtherapie zur Anwendung, bei denen sich keine eindeutige korrigierbare organische Ursache für die Erektionsstörungen findet. Die Substanz ist in Tablettenform zu 5,0 mg Yohimbinhydrochlorid verfügbar und wird üblicherweise in einer Dosierung von 3 x 1-2 Tbl./ die über einen Zeitraum von 8 bis 10 Wochen oral verabreicht.

Pharmakologische Aktivität

Yohimbin ist ein selektiver kompetitiver α_2 -Adrenozeptor-Antagonist, dessen Selektivität in höheren Dosierungen leichte Einschränkungen erfährt. Goldberg und Robertson (1983) erwähnen bei höheren Dosen weitere nicht- α_2 -adrenerge Effekte: Yohimbin wirkt als Antagonist an α_1 -Adrenozeptoren und an Dopaminrezeptoren, als Partialantagonist an Serotoninrezeptoren, es blockiert den schnellen Natriumkanal und hemmt die Monoaminoxidase. Yohimbin wurde seit vielen Jahren ausgiebig untersucht und ist dementsprechend pharmakologisch gut charakterisiert. Die Substanz wurde in vitro in

zahlreichen Rezeptorbindungsstudien verwendet (Starke 1975; Borowski 1977; Weitzell 1979). Zur in vivo-Pharmakologie liegt ebenfalls eine Vielzahl von Untersuchungen vor (s.u.).

Hieraus lassen sich hinsichtlich der beanspruchten Indikation 3 Hauptwirkungsorte des Yohimbins postulieren: Zum einen besteht ein *zentraler* Wirkungsort in verschiedenen Regionen des ZNS, wobei durch die Antagonisierung an zerebralen α_2 -Rezeptoren eine erhöhte Noradrenalinausschüttung sowie ein erhöhter Noradrenalinumsatz erfolgt. Zum anderen werden Wirkungen direkt in der Peripherie erzielt. Hierbei kann *peripher* der vegetative Tonus via präsynaptischer autoinhibitorischer α_2 -Rezeptoren moduliert werden. Schließlich kann ein direkter Ansatz an *penilen* Geweben und glatten Gefäßmuskeln durch die Blockade postsynaptischer vasokonstriktiver α_2 -Rezeptoren eintreten.

Es ist aber zu beachten, daß Yohimbin dem Charakter nach pharmakologisch als „dirty drug“ zu verstehen ist, welches sich durch viele Angriffspunkte auszeichnet und ein komplexes Wirkungsbild hervorruft. Insgesamt wird für die beanspruchte Indikation den zentralnervösen Wirkungen die wesentliche Bedeutung beigemessen.

Yohimbin im klinischen Einsatz

Zum klinischen Einsatz des Yohimbin existieren neben einer Vielzahl offener Studien und Erfahrungsberichte auch fünf Plazebo-kontrollierte Doppelblindstudien aus den Jahren 1986-1990. Die Patienten wurden dabei mit Tagesdosen von 16,2 mg bis 43,2 mg p.o. behandelt. Die Behandlungszeiträume betragen zwischen 4 und 10 Wochen.

Eine der Studien beschränkte sich vorwiegend auf Patienten mit organischer Ursache der Impotenz (Morales 1987), wohingegen sich eine andere Arbeit der gleichen Gruppe mit Patienten befaßte, die vor allem unter psychogener Impotenz litten (Reid 1987). Die Zuordnung zu der jeweiligen Gruppe erfolgte anhand einer unabhängigen Beurteilung durch einen Psychiater und einen Urologen. Einschlusskriterium waren seit mindestens drei Monaten bestehende Erektionsstörungen, die keine suffizienten Erektionen zur Intromission erlaubten. Therapieerfolge wurden mittels subjektiver Selbstbeurteilungsskalen der Patienten und deren Partner erfaßt. Als Kategorien wurden das Fortbestehen der Erektionsstörungen, partielle Besserungen sowie eine vollständige Wiederherstellung der erektilen Funktion geführt. Während erstere in ihrer Studie im Crossover-Design Ansprechraten von 42,6% und 43,5%, mit vollständiger Wiederherstellung in der Hälfte der Fälle gegenüber 27,6% unter Plazebo fanden, ergab sich in der Studie von Reid et al. sogar eine Verbesserung bei 62% der Patienten mit psychogener Funktionsstörung gegenüber nur 16% unter Plazebo. Die verbleibenden Studien nahmen die Zuordnung nach psychogener und organischer Ursache bei den Einschlusskriterien nicht vor.

Susset et al. (1989), deren Patienten unter besonders ungünstigen Begleitumständen standen (kardiale, vaskuläre Erkrankungen, Diabetes mellitus, Alkoholismus etc.) und lediglich den Ausschlusskriterien schwere Herzinsuffizienz und psychiatrische Grundleiden unterlagen, verzeichneten subjektiv in 34% gegenüber 3,7% Verbesserungen, wobei 20% eine vollständige Wiederherstellung der erektilen Funktion erfuhren. Aus der Studie mit einem ausgesprochen umfangreichen Untersuchungsprogramm (segmentale Druckmessung mit Penisdoppler, Plethysmographie, Kavemosographie, Leitungsgeschwindigkeit des sakra-

len Reflexbogens sowie penile Umfangsmessungen nach visueller erotischer Stimulation) ergaben sich eindeutige prognostische Faktoren wie der Schweregrad der Funktionseinschränkung und die Zeitdauer der Beeinträchtigung. Weitere Einflußgrößen, die mit einer erhöhten Ansprechwahrscheinlichkeit einhergingen, waren das Fehlen einer arteriellen Insuffizienz, angezeigt durch einen normalen penil-brachialen Index, das Fehlen eines „venösen Lecks“, belegt durch ein normales Kavernosogramm, sowie normale Testosteron-Spiegel. Patienten mit abnormalem sakralem Reflexbogen beidseitig sprachen nicht an. Die beiden Untersuchungen von Riley et al. (1989) und Sonda et al. (1990) erbrachten ebenfalls signifikante Ergebnisse, wobei bemerkenswerterweise letztere ein besseres Ansprechen bei organischer Ursache im Gegensatz zu Reid et al. (1987) fanden. Zielgrößen waren wiederum subjektive Erhebungen sowie bei Riley zusätzlich die Erektionsqualität infolge von Masturbation und bei Sonda der Snap-Gauge Test. Übereinstimmend ergab sich aus allen Untersuchungen eine Latenz bis zum Wirkungseintritt, die in der Regel 1-3 Wochen betrug.

Insgesamt wurde die Substanz sehr gut vertragen, Nebenwirkungen traten nur sehr vereinzelt auf und umfaßten Ängstlichkeit, Übelkeit, Diarrhöen, Unruhe, Agitiertheit, Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, Blutdruckerhöhung, Tachykardie und Kältegefühl der Füße.

Auch die unkontrollierten Studien und Erfahrungen in der Behandlung der Erektionsstörungen mit Yohimbin weisen einen eindeutigen Trend zur Verbesserung der Erektionsfähigkeit auf. In einigen Untersuchungen ließen sich für die Kategorien „komplette Wiederherstellung“ und „partielle Verbesserungen“ bis zu 80% Ansprechrate zeigen (Bastian 1991). Als von großer Wichtigkeit stellte sich eine vernünftige Indikationsstellung heraus. Wie in den kontrollierten Studien zeigte sich in gleicher Weise ein Zeitintervall bis zum Wirkungseintritt. Die aufgetretenen Nebenwirkungen waren ebenfalls von geringem Ausmaß.

Als zusätzlicher Hinweis auf eine klinische Wirksamkeit des Yohimbin kann der Einsatz der Substanz in Kombinationsprodukten gewertet werden. Margolis et al. führten hierzu zwischen 1966 und 1971 Serienuntersuchungen mit steigenden Patientenzahlen durch. Trotz methodischer Unzulänglichkeiten und wenig beschriebenen Details – vor allem auch in Hinsicht auf mögliche Wechselwirkungen der Einzelsubstanzen – deuten die Arbeiten auf eine gewisse Effizienz der Behandlungen hin. Die größte Untersuchung umfasste 10000 Patienten bei Verwendung einer Kombination aus Yohimbin-HCl 5 mg, Nux vomica extr. 5 mg, Methyltestosteron 5 mg. Bei einer maximalen Effektivitätssteigerung nach 2-3 Wochen gaben nach 10-wöchiger Behandlungsdauer bis zu 40% eine exzellente Verbesserung und bis zu 43% eine teilweise Verbesserung an. Das Nebenwirkungsspektrum entsprach im Wesentlichen dem aus den kontrollierten Studien bei einer Häufigkeit von 6,86%. Da keine der existierenden klinischen Studien die Lücke zwischen subjektiven und eindeutig objektivierbaren Parametern präzise schließt, erfolgt zur Zeit die diesbezüglich bisher umfangreichste Studie durch eine Arbeitsgruppe der Dermatologischen Klinik und Poliklinik sowie der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik der TU München.

Allgemeine Pharmakodynamik

Zur allgemeinen Pharmakodynamik der Substanz wurden ebenfalls umfangreiche Studien durchgeführt. Zusammenfassend läßt sich folgendes feststellen:

Die beständigste pharmakologische Wirkung des Yohimbin ist der dosisabhängige Anstieg des systolischen Blutdruckes und der Herzfrequenz (Charney et al. 1982). Diese Wirkungen sind sekundäre Effekte infolge Stimulation des adrenergen Systems: Noradrenalin und dessen Abbauprodukt 3-Methoxy-4-hydroxyphenylglykol (MHPG) steigen nach Yohimbin-Gabe im Blut an. Verantwortlich hierfür ist zum einen die Blockade zentraler präsynaptischer α_2 -Rezeptoren, wodurch der sympathische Efflux ansteigt, zum anderen die Blockade präsynaptischer autoinhibitorischer Rezeptoren in der Peripherie, was direkt zu einer verstärkten Ausschüttung des Noradrenalins ins Blut führt (Murburg 1991). Die zentrale Änderung des Sympathikotonus spiegelt sich in gesteigerter Aktivierung und in der Beeinflussung des Schlafes (Kanno 1985). Ferner wurden dosisabhängige Veränderungen der Stimmung gefunden, in deren Vordergrund auftretende oder gesteigerte Ängstlichkeit steht (Henauer 1984). Die Veränderung des Sympathikotonus kann sich außerdem in vielfältigen vegetativen Symptomen äußern. Einige andere pharmakologische Effekte wie z.B. die Erhöhung freier Fettsäuren im Serum, wobei α_2 -Rezeptoren an den Fettzellen nur einen modulierenden Charakter besitzen (Lafontan 1992) oder die Erhöhung des Energieverbrauches in Ruhe und unter Belastung (Kucio 1991) sind wahrscheinlich auch sekundärer Natur nach Anstieg von Noradrenalin.

Als direkte Wirkungen via α_2 -Rezeptoren wurde über eine postsynaptische Blockade an glatten arteriellen Gefäßmuskeln eine Vasodilatation gefunden, die die pressorischen Effekte der Substanz teilweise antagonisieren kann (Grossmann 1991). Interessanterweise zeigt die *A. penis profunda* eine deutliche Prädominanz an α_2 -Rezeptoren (Hedlund 1985). Dilatorische Wirkungen konnten auch an Venen nachgewiesen werden (Blochl-Daum 1991). Relaxationen zeigten sich an glatten Muskelzellen in Präparationen erektiler Gewebe (Steers 1984). Außerdem zeigte sich eine Inhibition der Adrenalin-induzierten Thrombozytenaggregation (Berlin 1991). Obgleich über α_2 -Adrenozeptoren bekannt ist, daß sie die inkretorische Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse inhibieren können, wurde für Yohimbin als α_2 -Antagonist keine einheitliche Wirkung auf den Plasmakortisolspiegel nachgewiesen. Untersuchungen hierzu ergaben teils Anstiege, teils Abfälle, aber auch gar keine Veränderungen des Plasmakortisolspiegels. Die Lokalisation definitiver Wirkungen von Yohimbin auf den Kortisolspiegel ist aufgrund der komplexen Interaktionen des noradrenergen Systems und der HHN-Achse schwierig. Bei fastenden Patienten konnte unter Yohimbin ein Anstieg der Insulinkonzentration gezeigt werden. Wirkungen auf den Prolaktin- und den STH-Spiegel wurden nicht verzeichnet (Boloux 1986).

Die erwähnten Effekte konnten nach oraler wie nach parenteraler Gabe auftreten, blieben aber – insgesamt betrachtet – in den untersuchten Dosisbereichen (4-60 mg oral/d, 0,125-0,3 mg/kg i.v.) von geringer Auswirkung. Die Applikation des Yohimbins in gleicher Dosierung bei psychiatrischen Patienten führte hingegen zu verstärkten kardiovaskulären Veränderungen, stärkerer Negativbeeinflussung der Stimmungen und akuten Exazerbationen der psychiatrischen Grunderkrankungen (Charney et al. 1984). Dies steht in Einklang mit den vielfach bei psychiatrischen Leiden diskutierten Dysregulationen im adrenergen System. Weitere unerwünschte Wirkungen waren Nausea, Kopfschmerz, Tremor, Nervosität, Palpitationen und Unruhe.

In sämtlichen klinischen Untersuchungen zu Yohimbin trat niemals ein Fall von ernsthaften Komplikationen ein. Dies – wie auch die viele Jahrzehnte bestehende Anwendung beim Menschen – belegt die Sicherheit des Präparates.

Eine große Zahl an nicht-klinischen Studien und Tierversuchen, die den Rahmen dieser Arbeit sprengen würden, unterstreicht die beim Menschen erhobenen Befunde.

Yohimbin als Therapiealternative

Yohimbin erfuhr in den letzten 20 Jahren eine beträchtliche Renaissance. Die Geschichte des Yohimbins als Aphrodisiakum – in Zusammenhang mit verschiedentlichen empirischen Berichten über Behandlungserfolge bei Erektionsstörungen – führte zu intensiven Forschungen über die Substanz. Die Mehrzahl der Autoren stellte für Yohimbin eine signifikante pharmakologische und klinische Effektivität bei Erektionsstörungen fest.

Nach dem heutigen Wissensstand kristallisieren sich im wesentlichen drei Ansatzpunkte bzw. Wirkorte des Yohimbins heraus, die folgende Effekte nach sich ziehen könnten: Aktivierung und sexuelle Anregung durch zentrale Hebung des Sympathikotonus, Fazilitation sexueller Reflexe durch die periphere Änderung des vegetativen Tonus sowie möglicherweise eine Dilatation peniler Gefäße. Zu welchem jeweiligen Anteil diese oder aber auch andere Mechanismen an einem Therapieerfolg beteiligt sind, ist nicht vollständig geklärt und wird zum Teil kontrovers diskutiert. Es scheint aber die zentrale Modulation im Vordergrund zu stehen.

Yohimbin zeigt außer der Wirkung auf die Erektionsfähigkeit häufig zusätzliche Verbesserungen der sexuellen Appetenz. Überdies übt eine Funktionsbesserung einen positiven Effekt auf den psychischen Zustand der Patienten aus und unterstützt somit den Behandlungserfolg.

Bei der Behandlung von Erektionsstörungen mit Yohimbin ist mit einer Latenz bis zum Wirkungseintritt zu rechnen. Diese Phase dauert zwischen einer und drei Wochen. Die Ursache für diese Latenz ist unklar. Nach der gegenwärtigen Kenntnis ist weder von einer Akkumulierung des Yohimbins, noch von einer Änderung in der Rezeptorregulation auszugehen. Am ehesten deutet sich eine Wirkung aktiver Metaboliten an (Le Verge 1992). Forschungen hierzu sind bisher unbefriedigend. Ebenfalls bestehen kaum Aussagen dazu, in welchem Maß der doch starke interindividuelle Unterschied in der Bioverfügbarkeit die Ansprechrate beeinflusst. Eine stärkere Individualisierung der oralen Dosis könnte für eine sinnvolle Therapie notwendig sein.

Für den klinischen Einsatz des Yohimbins bedarf es – wie bei allen therapeutischen Maßnahmen – einer vernünftigen Indikationsstellung, die an eine suffiziente Diagnostik gebunden ist.

Die Ansprechwahrscheinlichkeit hängt von einigen Faktoren ab, wie z.B. dem Schweregrad und der Dauer der Erektionsstörungen, dem Bestehen einer arteriellen Insuffizienz oder eines venösen Lecks sowie dem Funktionszustand der sakralen Reflexbögen.

Die ideale Indikation für die Yohimbin-Behandlung besteht in der Initialtherapie von leicht- bis mittelgradigen Erektionsstörungen. Bei schwerer organisch oder psychisch bedingter Dysfunktion oder bei organischer Genese mit eindeutig korrigierbarer Ursache ist die Yohimbin-Behandlung nicht angezeigt. Gegebenenfalls könnte Yohimbin hier in Einzelfällen unterstützend zur Anwendung kommen; Erfahrungen in dieser Hinsicht sind allerdings vage.

Eine Initialtherapie bzw. die Therapie der ersten Wahl sollte stets die am besten verträgliche und am wenigsten aufwendige sein. Diesem Anspruch wird die Yohimbin-Behandlung

gerecht. Grundsätzlich ist eine Stufentherapie zu bevorzugen, um eine Übertherapie zu vermeiden. In den 80er Jahren wurde leider sehr großzügig mit der Indikationsstellung zur Schwellkörperautoinjektionstherapie (= SKAT) oder zu operativen Verfahren umgegangen. Die Behandlung mit Yohimbin könnte in vielen solcher Fälle zu einer Wiederherstellung eines befriedigenden Sexuallebens ohne derartige Invasivität führen. Fehlt ein Ansprechen auf die orale Medikation, so ist von weiterem Vorteil, daß die Patienten häufig motivierter und einsichtiger für eingreifendere Diagnostik und Therapieverfahren sind.

Die Anwendung in Form einer oralen Einnahme ist für den Patienten ausgesprochen einfach und nicht mit weiteren Problemen verbunden. Das psychische Hindernis und der Zeitaufwand einer Gesprächs- bzw. Partnertherapie entfallen. Es bestehen keine Schwierigkeiten mit dem Handling wie z.B. bei der Verwendung von Vakuumpumpen oder wie bei invasiveren Therapieverfahren (z.B. SKAT, Penisprothese), die gewisse Ansprüche an die Persönlichkeitsstruktur des Patienten stellen.

Yohimbin-HCl wird seit sehr langer Zeit mit großer Sicherheit beim Menschen angewendet. Nebenwirkungen betreffen in erster Linie das Vegetativum, sind aber selten und dann mild ausgeprägt. Im Falle des Auftretens sind sie nach Absetzen des Medikamentes (ggf. schon nach Dosisreduktion) zügig und komplett reversibel. Klinisch relevante Wechselwirkungen bestehen nach heutigem Kenntnisstand im Wesentlichen in der Wirkungsverstärkung der trizyklischen Antidepressiva (Pollack 1993) und der Antagonisierung Clonidin-vermittelter Effekte (Autret 1977; Halliday 1989), jedoch kaum mit anderen Arzneimitteln. Die Kontraindikationen ergeben sich aus der Pharmakodynamik und sind meist relativ. Neben Überempfindlichkeiten sind kardiale und renale Vorerkrankungen zu erwähnen. Vorsicht geboten ist bei Magen- und Darmerkrankungen, bei geriatrischen Patienten oder Patienten mit psychiatrischen Leiden, vor allem bei bipolarer Depression und Behandlung mit Antidepressiva.

Die klinische Relevanz von Erektionsstörungen ist für den Mann und meist auch für seine Partnerin hoch. Eine wenig belastende therapeutische Option ist von großer Bedeutung. In Anbetracht der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen sind bei hoher Prävalenz billige Therapiealternativen wünschenswert. Yohimbin bietet eine sehr günstige Nutzen-Kosten-Relation, vor allem im Vergleich zu operativen Verfahren oder der SKAT mit ihren sekundären Risiken.

Insgesamt betrachtet besteht für Erektionsstörungen echter Bedarf an einer Therapiealternative mit signifikanten Erfolgsaussichten bei einfacher Handhabung und günstigem Nebenwirkungsprofil wie Yohimbin-HCl, welche eine Stufe vor invasiveren Methoden steht. Ansonsten bleibt den Patienten neben der Sexualtherapie oft nur die Vakuumpumpe oder SKAT mit den Risiken des Injektionstraumas, systemischer Nebenwirkungen, Priapismus oder Schwellkörperfibrose sowie operative Verfahren wie z.B. Penisprothese oder gefäßchirurgische Techniken mit erheblicher Invasivität, mit den Risiken notwendiger Reoperationen, subjektiver Unzufriedenheit und bei vaskulären Eingriffen unzureichender Ansprechraten.

Aufgrund der erwähnten Vorteile bietet der Einsatz des Yohimbin-HCl die einzige reale Behandlungsmöglichkeit auch für den niedergelassenen Nichtspezialisten, was für invasivere Therapieformen kaum möglich ist. Dies muß stets vor dem Hintergrund korrekter Abklärung und Indikationsstellung gesehen werden.

Das Wissen über Mechanismen, Diagnostik und ätiologische Klassifikation der Impotenz ist in den letzten 20 Jahren stark vermehrt worden. Die erektile Funktion ist viel komplexer

als dies die Kategorisierung in organische und psychogene Dysfunktion andeutet. Das adrenerge System sowie alpha-Rezeptoren sind sicher involviert. Daneben bestehen als mögliche Modulatoren der erektilen Funktion cholinerge, dopaminerge, serotoninerge, VIPerge und andere Systeme. Es steht daher außer Frage, daß ein einzelnes therapeutisches Agens keine universelle Hilfe für Dysfunktionen der verschiedenen Systeme sein kann. Yohimbin-HCl könnte aber sicher einen wichtigen Platz innerhalb der Behandlungsmöglichkeiten bei Erektionsstörungen einnehmen.

Literatur

- Autret, A.; Minz, M.; Beillevalire, T.; Cathala, H. P.; Schmitt, H.: Effect of clonidine on sleep patterns in man. *Eur. J. Clin. Pharmacol.* 1977; 12: 319-322.
- Bastian, H. P.; Müller, J.: Yohimbin bei erektiler Dysfunktion. Wie bewährt sich das in der Praxis. *Therapiewoche* 1991; 41: 603-606.
- Berlin, I.; Crespo-Laumonier, B.; Cournot, A. et al.: The alpha 2-adrenergic receptor antagonist yohimbine inhibits epinephrine-induced platelet aggregation in healthy subjects. *Clin. Pharmacol. Ther.* 1991; 49: 362-369.
- Bloch-Daum, B.; Korn, A.; Wolzt, M.; Schmidt, E.; Eichler, H. G.: In vivo studies on alpha-adrenergic receptor subtypes in human veins. *Naunyn Schmiedebergs Arch. Pharmacol.* 1991; 344: 302-307.
- Boloux, P. M. G.; Grossman, A.; Allolio, B.; Delitala, G.; Besser, G. M.: Effects of adrenergic antagonism on the growth hormone, prolactin and cortisol response to a synthetic opioid agonist in man. *Horm. Res.* 1986: 83-90.
- Borelli, S.: Die Aphrodisiaka. In: Jadassohn J (Hrsg.) *Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.* 1960: Ergänzungswerk Band VI 3:737-766.
- Borowski, E.; Starke, K.; Ehrl, H.; Endo, T.: A comparison of pre- and postsynaptic effects of the alpha-adrenolytic drugs in the pulmonary artery of the rabbit. *Neuroscience* 1977; 2: 285-296
- Charney, D. S.; Heninger, G. R.; Breier, A.: Noradrenergic function in panic anxiety. Effects of yohimbine in healthy subjects and patients with agoraphobia and panic disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* 1984; 41: 751-763.
- Charney, D. S.; Heninger, G. R.; Sternberg, D. E.: Assessment of alpha 2-adrenergic autoreceptor function in humans: effects of oral yohimbine. *Life Sci.* 1982; 30: 2033-2041.
- Goldberg, M. R.; Robertson, D.: Yohimbine: a pharmacological probe for study of the alpha 2-adrenoceptor. *Pharmacol. Rev.* 1983; 35: 143-180.
- Grossman, E.; Chang, P. C.; Hoffman, A.; Tamrat, M.; Goldstein, D. S.: Evidence for functional alpha 2-adrenoceptors on vascular sympathetic nerve endings in the human forearm. *Circ. Res.* 1991; 69: 887-897.
- Halliday, R.; Callaway, Y.; Lannon, R.: The effects of clonidine and yohimbine on human information processing. *Psychopharmacology* 1989; 99: 563-566.
- Hedlund, H.; Andersson, K. E.; Larsson, B.: Effects of drugs interacting with adrenoceptor and muscarinic receptors in the epididymal and prostatic parts of the human isolated vas deferens. *J. Auton. Pharmacol.* 1985; 5: 261-70.
- Henauer, S. A.; Gillespie, H. K.; Hollister, L. E.: Yohimbine and the model anxiety state. *J. Clin. Psychiatry* 1984; 45: 512-515.
- Kanno, O.; Clarenbach, P.: Effect of clonidine and yohimbine on sleep in man: Polygraphic study and EEG analysis by normalized slope descriptors. *Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol.* 1985; 60: 478-484.
- Kucio, C.; Jonderko, K.; Piskorska, D.: Does Yohimbine act as a slimming drug? *Isr. J. Med. Sci.* 1991; 27: 550-556.
- Lafontan, M.; Berlan, M.; Galitzky, J.; Monastruc, J. L.: Alpha 2-adrenoceptors in lipolysis: alpha 2-antagonists and lipid-mobilizing strategies. *Am. J. Clin. Nutr.* 1992; 55: 219-227.

- LeVerge, R.; LeCorre, P.; Chevanne, F.: Determination of yohimbine and its two hydroxylated metabolites in humans by high-performance liquid chromatography and mass spectral analysis. *J. Chromat.* 1992; 574: 283-292.
- Margolis, R.; Prieto, P.; Stein, L.; Chinn, S.: Statistical summary of 10000 male cases using Afrodex in treatment of impotence. *Curr. Ther. Res.* 1971; 13: 616-622.
- Morales, A.; Condra, M.; Owen, J. A.; Surridge D. H. C.; Fenemore, J.; Harris, C.: Is yohimbine effective in the treatment of organic impotence? Results of a controlled trial. *J. Urol.* 1987; 137: 1168-1172.
- Morales, A.; Surridge, D. H.C.; Marshall, P.G.: Yohimbine for treatment of impotence in diabetes. *N. Engl. J. Med.* 1981; 305:1221.
- Murburg, M.M.; Villacres, E. C.; Ko, G. N.; Veith, R. C.: Effects of yohimbine on human sympathetic nervous system function. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 1991; 73: 861-865.
- Pollack, M. H.; Hamerness, P.: Adjunctive yohimbine for treatment in refractory depression. *Biol. Psychiatry.* 1993; 33: 220-221.
- Reid, K.; Surridge, D. H. C.; Morales, A: Double-blind trial of yohimbine in treatment of psychogenic impotence. *Lancet* 1987; 2: 421-423.
- Remy, W.; Vogt, H. J.; Wittmann, H.; Leipold, B.: Nachhilfe für die Potenz. Die aphrodisierende Wirkung von Yohimbin. *Sexualmedizin* 1984; 13: 331-338.
- Riley, A. J.; Goodman, R. E.; Kellett, J. M.; Orr, R.: Double blind trial of yohimbine hydrochloride in the treatment of erection inadequacy. *J. Sex. Marital. Ther.* 1989; 4: 17-26.
- Sonda, L. P.; Chancellor, M. B.; Mazo, R: Treatment of erectile impotence with yohimbine; prospective double blind trial and review of experience in 215 Patients. *J. Sex. Marital. Ther.* 1990; 16: 15-21.
- Starke, K.; Borowski, E.; Endo, T.: Preferential blockade of presynaptic alpha-adrenoceptors by yohimbine. *Eur. J. Pharmacol.* 1975; 34: 385-388.
- Steers, W. D.; McConell, J.M; Benson, G. S.: Some pharmakologic effects of yohimbine on human and rabbit penis. *J. Urol.* 1984; 131: 799-802.
- Susset, J. G.; Tessier, C. D.; Wincze, J.; Bansal, S.; Malhotra, C.; Schwacha, M. G.: Effect of yohimbine hydrochlorid on erectile impotence: A double-blind study. *J. Urol.* 1989; 141: 1360-1363.
- Vogt, H. J.: Erektionsstörungen. *Münch. med. Wschr.* 1992; 134: 816-820.
- Weitzell, R.; Tanaka, T.; Starke, K.: Pre- and postsynaptic effects of yohimbine stereoisomers on noradrenergic transmission in the pulmonary artery of the rabbit. *Naunyn Schmiedebergs Arch. Pharmacol.* 1979; 308: 127-136.
- Yohimbine: Time for resurrection? [editorial] *Lancet* 1986; 2:1194-95.

Anschrift der Autoren

Dr. med. K. D. Köhler, Univ. Prof. Dr. med. Dr. phil. S. Borelli, Prof. Dr. med. H.-J. Vogt,
Dermatologische Klinik und Poliklinik der TU München, Biedersteiner Str. 29,
D-80802 München

Die Eltern als Begleiter beim Homosexuellwerden

Parents attending their son's homosexual passage

Rüdiger Lautmann, Bremen

Zusammenfassung

Eltern leisten einen wichtigen, bislang unterschätzten Beitrag, wenn ihr Sohn eine homosexuelle Identität ausbildet. Ohne ihre Unterstützung bleibt das Resultat unvollkommen. Untersucht werden die Formen der innerfamilialen Kommunikation. Grundlage sind 125 biographische Interviews mit homosexuellen Männern. Zu den Folgen, wenn die sexuelle Identität brüchig bleibt, gehört eine erhöhte Rezeptivität gegenüber dem HIV-Virus.

Schlüsselwörter: Sexuelle Sozialisation, Familie, Homosexuelle Identität, Homophobie, AIDS

Abstract

Parents may support or block the formation of the son's gay identity. So they contribute to his form of stigma-management and sexual competence. The resultant style of sexual encounters clearly proved as psychosocial cofactor in the process of HIV infection. 125 biographical interviews with German gay men, sero status controlled, are analyzed.

Key words: Sexual Socialization, Family, Gay Identity, Homophobia, AIDS

Eine Person *hat* nicht bloß eine sexuelle Präferenz, sie *ist* nicht nur normal oder pervers, sondern sie *wird* auch so oder anders. Dieser Entwicklungsprozeß heißt bei heterosexuellem Resultat "sexuelle Sozialisation", bei homosexuellem Resultat "Coming-out". Allzu viel blieb hier bislang ungeklärt; die meisten Untersuchungen beschränkten sich auf Deskriptives: Wann erlebt jemand was mit wem unter welchem Gefühl? Erklärungen lieferte bislang nur die Psychoanalyse mit ihren hochspekulativen Modellen. Im Hintergrund lauert immer noch das alte und oft erneuerte Modell der Sexualbiologie: Zur Heterosexualität wird man geboren, zur Homosexualität durch Entwicklungsstörungen verbogen.

Den Soziologen läßt all dies kalt; ohne die innerseelischen, hormonalen oder endokrinen Mitursachen jemals leugnen zu wollen oder können, fragen wir nach den biographischen Verläufen, sozialstrukturellen Vorgaben und Handlungsformen, unter denen das Sexuellwerden sich vollzieht. Gesicherte Aussagen dazu vertragen sich jederzeit mit den gesicherten Aussagen der Biologie, Psychoanalyse, Entwicklungspsychologie usw.; denn keine Einzelwissenschaft wird allein ein Gesamtmodell der Sexualität entwerfen. Der Ausschnitt eines weiten Feldes, den ich hier behandeln werde, betrifft das Geschehen zwischen Eltern und Sohn, wenn dieser seine Homosexualität manifestiert. Ironisch füge ich ein gewisses Bedauern darüber an, wie leidig es doch ist, daß so viele Fragen der Sexualität von deren Nebenformen her angegangen werden müssen. Das wird solange geschehen, wie die Hauptform, scheinbar durch Natur oder Schöpfung verordnet, dem Nachdenken entzogen bleibt.

Empirisch beziehe ich mich auf zwei Erhebungen, die ich begleitet habe, sowie auf meine Selbsterfahrung. In der einen Erhebung wurden 111 homosexuelle Männer von Lautmann, Hutter und Koch (1993) mit einem Leitfaden über ihr Stigma-Management und ihren sexuellen Handlungsstil befragt. In der anderen Erhebung wurden 15 narrative Interviews zur Sexualbiographie geführt (Scheuermann 1994). Dankenswerterweise gestatteten die Verfasser mir eine Zweitauswertung.

Im Folgenden beschreibe ich zunächst ausführlich das Interaktionsgefüge zwischen Sohn und Eltern – ein überraschend vielschichtiges und riskantes Geschehen mit oft ungewissem Ausgang. Danach untersuche ich, wie dieses Familiendrama sozialstrukturell eingebettet ist. Zu fragen ist, wer hier welche Verantwortung zu tragen hat. Zum Schluß wird auf die existenzielle Bedeutung des Vorgangs hingewiesen.

Die Eltern erfahren es

Wenn ein Mann, sei er jung oder älter, erkennen muß, daß sein Trieb sich auf Männer statt auf Frauen richtet, hat er bereits eine langwierige und mühevoll Selbstprüfung hinter sich. Kaum einer möchte das Resultat ausschließlich für sich behalten. Kann er es schon nicht öffentlich hinausschreien, so will er es doch mit seinen Bezugspersonen erörtern, um sein Sosein zu validieren. Die Primärgruppe eines Jugendlichen ist zweifellos die Familie, in der er aufgewachsen ist. Befragt, wo ihnen ihr Schwulsein besondere Schwierigkeiten bereitet habe, kommen überaus viele unserer Interviewpartner auf ihre Eltern zu sprechen.

Die Eltern sind allerdings nicht die Personen des Vertrauens, wenn jemand beginnt, sich als homosexuell zu begreifen; in der ostdeutschen Erhebung von Starke wissen Dreiviertel nichts vom Problem ihres Jungen (Starke 1994:149). Demgegenüber bin ich ganz sicher: Es gibt in den Jahren des Aufwachsens zahlreiche Hinweise, in welche Richtung sich der Trieb entwickelt; nur werden die Anzeichen nicht gesehen, nicht gedeutet, nicht erörtert.

Rudolf S. verliebt sich mit 13 in den Untermieter, 28. An seinem 14. Geburtstag, beide sind angetrunken, wird er dem Mann gegenüber aktiv; man küßt einander und hat sexuellen Kontakt. Der Junge stellt dem Mann weiterhin nach, schreibt ihm einen Liebesbrief, doch der andere, offenbar nicht schwul, hält sich zurück. *Ich habe mit meiner Mutter über dieses Thema nie geredet.* Kurioserweise und zu seinem Entsetzen findet er nach dem Tode der Mutter jenen Liebesbrief in deren Geldkassette.

Wegsehen, Nichtwahrhaben und Abwarten kennzeichnen die elterliche Strategie. Darin mag sich Hilflosigkeit dokumentieren, aber auch die Aussichtslosigkeit, mit einer Intervention etwas Gutes bewirken zu können. Die Stationen des Homosexuellwerdens manifestieren sich, und die Eltern bekommen hierzu sicherlich einiges mit – Hinweise, die sie oft nicht verstehen, nur leicht irritieren und dann vergessen.

Viele Söhne unterstellen, daß ihre Eltern "etwas ahnen". Und diese, insbesondere die Mütter, bestätigen das später auch. Jede Seite mutmaßt über die andere, ja sogar über die Mutmaßungen werden Vermutungen angestellt. Man schleicht wie um einen heißen Brei, anstatt diesen auf den Tisch des Hauses zu bringen.

Mit 17 sagt Lutz F. seiner Mutter, daß er schwul ist. *Sie hat nicht grade erfreut reagiert, aber aufgeschlossen und hat gesagt, sie hätt' sich's denken können.*

Der Medizinstudent Hartwig G. zieht mit einem Mann zusammen, den er liebt, worauf er sogar ein bißchen stolz ist. Seiner Mutter eröffnet er, sie seien schwul. *Dann war der Teufel los. Sie hat geschrieen: "Nein! Ich hab's immer geahnt! Junge wir gehen zum Arzt!"*

Die haben alle geheult. Meine Mutter auch. Aber sie hat dann gesagt, sie hat das irgendwie schon vermutet gehabt, erzählt Heiner L..

Andere Befragte glauben, daß ihre Eltern die richtigen Schlüsse ziehen, etwa weil der Freund zu Hause vorgestellt und akzeptiert worden ist. Die meisten dieser Ahnungen beziehen sich auf eine Lebensphase, in welcher der Sohn sich längst in der neuen Existenzweise etabliert hat. Die Eltern können hier gar nicht mehr verhindern oder helfen – die Würfel sind gefallen. Vom Standpunkt der Ätiologie aus gesehen werden nur noch Nachhutgefechte geführt. Wie sag ich's meinen Eltern? Vielleicht sag ich's ihnen gar nicht? Es hat etwas Absurdes, daß die Eltern, die die Entwicklung ihres Kindes begleitet und gelenkt haben, über ein so wesentliches Merkmal wie seine Sexualpräferenz im unklaren bleiben.

Pierre K., 25: *Meine Eltern wissen noch nicht Bescheid. Ich hab weder verheimlicht, noch hab ich groß was an die Glocke gehängt. – Ich hab manchmal das Gefühl, meine Mutter würde was ahnen. – Ich möchte ja gerne, daß es sie (i.e. die Eltern) interessiert.*

Volker F., 34: *Mit den Eltern hab ich mich schwergetan. Ich hab ein wahnsinnig gutes Verhältnis zu meinen Eltern; wir haben keine Geheimnisse voreinander. – Daß die Eltern "das" nicht mitkriegen dürfen und das Verhältnis, das ich zu meinen Eltern habe, das war ein krasser Widerspruch. Ich hab das getragen wie ein riesengroßer Felsbrocken in meiner Brust. Hat mich wahnsinnig gemacht. Volker F. geht zum Psychiater, der ihm zur Eröffnung rät, die dann auch klappt.*

All die Eiertänze mit scheinbaren Freundinnen, als Kumpel getarnten Freunden usw. werden nicht nur zum Selbstschutz aufgeführt, etwa weil die Jungen Beleidigungen und Liebesentzug befürchten. Eine verbreitete Taktik richtet sich darauf, die Eltern zu schonen. Vater, Mutter oder sogar beide gelten als zu alt, zu krank, zu religiös u.ä., um ihnen die Hiobsbotschaft zu überbringen.

Finn D., 29: *Der hab ich nie gesagt, daß ich schwul bin, weil ich meine Mutter auch immer als kranke Frau wahrgenommen habe. Und das Problem mit meinem Vater ist, daß er Alkoholiker ist mit den entsprechenden Problemen. Ich wollte in keinem Fall, daß er das erfährt.*

Elterliche Reaktion: Akzeptieren

So mancher, der sich mit der Offenbarung lange quälte, war zuhause längst durchschaut. Hier weiß also die Familie mehr als der Sprößling; nur weiß keiner so recht, was der andere weiß – auch keine spannungsfreie Situation.

Alwin B., 37: *Bei meiner Familie war's recht problemlos. Der einzige, der sich immer Gedanken gemacht hat über das Schwulsein, das war eigentlich ich. Als ich meine Familie vor die Tatsache stellte, daß ich so bin, sagten die nur: "Das haben wir doch schon lange gewußt".*

Hier befinden wir uns in einem jener nicht seltenen Elternhäuser, die zwar das Anderssein des Sohnes erfassen, es aber nicht begreifen. Nochmals Alwin B.: *Mein Vater ist der Typ, der's zwar akzeptiert, aber nicht darüber redet.* Der Sohn freut sich, daß das Donnerwetter ausgeblieben ist. Doch bleibt der Gesprächsbedarf, den das Liebesleben tausendfach mit sich bringt, ungestillt.

Christian T., 34: *Immer wenn ich nach Hause gefahren bin, habe ich Leute mitgebracht, in der Regel meine Beziehungen. – Vor drei Jahren hab ich 'n Brief geschrieben, daß sie sich sicher ihre Gedanken gemacht hätten, daß ich immer nur mit Männern komme. Daß Günther mein Freund sei, daß wir zusammen sind und halt so. Ich habe auf diesen Brief nie eine Reaktion bekommen, nie. Meine Eltern haben das weggesteckt. – Ich hab aber auch nie nachgefragt, eigentlich keinerlei Veränderungen im Verhalten bemerkt. – Sie haben's irgendwie hingekommen.*

Mit dieser Elternreaktion, so inhaltlich unbestimmt sie auch bleibt, befindet sich ein Sohn immer noch auf der Sonnenseite der Möglichkeiten. Wie aber sähe ein wirklich entspanntes Familienklima aus? Sicherlich existiert es hie und da. In den ausgewerteten Erhebungen, die ja nicht explizit danach gefragt hatten, kam es vielleicht nicht richtig zum Vorschein. Zu befürchten ist, daß auch in den neunziger Jahren nur ganz wenige homosexuelle Männer, selbst die aus jüngeren Familien, eine elterliche Rückendeckung erhalten. Wenn es denn eine ist! Die hierher gehörenden Fälle aus unserem Datenmaterial zeigen ein gehöriges Maß an Halbherzigkeit.

Arno E., 30, nennt sich einen *Spätzünder* und offenbart sich vor vier Jahren, als er seinen *ersten festen Freund* hat. *Meine Mutter sagte: "Das dachte ich mir." Es gab keinen Streß. Die dachten sich, ich bin überhaupt nie mit Frauen nach Hause gekommen. Die akzeptieren das, wie's ist. – Seitdem meine Eltern das wissen, hab ich'n viel besseres Verhältnis zu ihnen und kann viel lockerer damit umgehen. – Das sind halt mehr Freunde und Partner als Eltern.*

Der bereits zitierte Volker F., dem es wie ein *Felsbrocken in der Brust* gelegen hat, eröffnet sich schließlich: *Es wird nicht soweit kommen, daß ich Enkelkinder mit nach Hause bringe, und ich werde auch nicht heiraten. "Aber wieso nicht und warum nicht?" Ich bin eben schwul. Dann kam der große Hammer, insofern es nicht zum Ausstoßen aus der Familie kam, sondern daß mir meine Eltern einen Vorwurf gemacht haben, daß ich dieses Problem solange mit mir rumgeschleppt habe. Das wär doch gar nicht sowas Schlimmes, und da gibt's den und den aus demselben Ort, und die leben auch weiter. Da hatte ich echt keine Luft mehr. Das kam so wahnstinnig gut 'rum; ich war sprachlos.*

Rüdiger I., 39: *Der Tenor war: "Na, dann wirst'e schon genug Probleme haben. Dann wollen wir dir nicht auch noch welche machen." Enttäuscht waren sie eigentlich, daß ich ihnen das nicht eher gesagt habe.*

So froh diese (wenigen) Männer sein können, mit den Eltern klargekommen zu sein, so allein waren sie doch in der schwierigen Zeit, als sich ihre Sexualpräferenz manifestierte. In allen übrigen Fällen stellt sich die elterliche Antwort als weniger akzeptierend dar; sie kommt zögernd, bleibt unausgesprochen, beschränkt sich auf einen Elternteil (überwiegend die Mutter) oder läßt den Sohn in seinen Männerbeziehungen leben, ohne die Vorbehalte gegen Homosexualität aufzugeben.

Elterliche Reaktion: Ablehnung

Sein Elternhaus erfährt ein Homosexueller nicht eben als Schutz vor der gesellschaftlichen Stigmatisierung, sondern eigentlich als deren verlängerten Arm. Der Knüppel mag familienmäßig abgefedert zuschlagen, aber er schlägt und trifft. Welche Verwundungen der junge Mann davonträgt, ist bislang noch nie untersucht worden, ja nicht einmal als Forschungsfrage angemeldet. Weil die Familienreaktion meist weniger brutal ausfiel, glaubte man sie von der Kritik an der antihomosexuellen Repression ausnehmen zu können. Dieser Persilschein wurde indessen ausgestellt, ohne genauer hingesehen zu haben. Was äußerlich sanfter abläuft, mag innerlich mehr verletzen. Ob mich ein Strafrichter verurteilt (so bis Ende der sechziger Jahre), ein Arbeitgeber entläßt, Kollegen mobben, Bekannte schneiden – all diese Repressionen treffen mich qualitativ in anderer Weise, als ein Liebes- und Kontaktentzug durch meine Eltern es tut.

Natürlich verliert der sich offenbarende Homosexuelle nicht jeglichen Rückhalt in seiner Herkunftsfamilie. In der engen oder weiteren Verwandtschaft finden sich heute stets Personen, die ihn auffangen. Doch kann das ein zerrissenes Band zum Vater, zur Mutter ersetzen? Das ist keine rethorische Frage, und die Antwort dürfte – nach eingehenden Untersuchungen – sehr differenziert ausfallen.

"Du bleibst unser Sohn!" versichern nicht wenige Eltern, ausdrücklich oder sinngemäß, und der Betreffende fühlt sich erleichtert, hatte damit nicht zu rechnen gewagt, ist dankbar usw. Doch wieso stand die Eltern-Sohn-Beziehung eigentlich zur Disposition? War sie etwa für einen Moment aufgehoben, bleibt sie auch zukünftig strapaziert? Was den Sohn beruhigt, das deckt viel Unausgesprochenes bloß zu. Je nachdem, wem es widerfährt, möchte ich verheerende Wirkungen dieser ambivalenten Reaktion nicht ausschließen. Nur wissen wir es noch nicht genau. Immerhin wäre die Devise "Du bleibst unser Sohn" undenkbar, wenn der Junge beispielsweise sich als Linkshänder entpuppt oder als Legastheniker, wenn er sich als für eine weitergehende Schule ungeeignet erweist, wenn er den Berufswunsch der Eltern ablehnt, wenn er nach einem Unfall gelähmt ist usw. Doch dem geoffenbarten Schwulen darf die Fortdauer des Sohnseins bestätigt werden, wie man es wohl auch nach einer Verurteilung wegen eines Verbrechens, nach einem Bankrott oder anderen Fällen bürgerlichen Todes tut. Breit ist die Palette der ablehnenden Reaktionen. Ganz elementare Gefühle tiefster Enttäuschung entladen sich: Viele Eltern schreien, laufen weg, schlagen zu, schimpfen. Der ganze Bau, den sie in Gestalt ihres Kindes aufgerichtet haben, bricht krachend zusammen. Sie sehen einen wesentlichen Teil ihrer Lebensleistung, ja von sich selber radikal entwertet.

Raymond C., 29: *Mein Vater stand auf, totenblaß, ging zum Lexikon und schlug das Thema Homosexualität auf, zitternd und nervös. Meine Mutter erzählte wirklich sehr verletzendes Zeug von "lieber 'n Kind im Rollstuhl als homosexuell". Vater las nicht zu Ende, schlug das Ding zu und sagte, wir wären jetzt geschiedene Leute.*

Herbert K., 47: *Ich sag "Papa wir müssen mal 'ne kleine Autotour machen." – "Bist'e pleite?" – "Nein, ich muß dir was erklären." Da hab ich ihm das erklärt. Der hat das die ersten zwei, drei Jahre nicht für möglich gehalten, hat sich nicht vorstellen können, daß zwei Männer miteinander ins Bett gehen. – Er ist kreidebleich geworden: "Du, fahr mich nach Hause, ich bin krank." Er hat drei Tage im Bett gelegen.*

Gewiß ist diese Geschichte 25 Jahre her und ereignete sich auf einem Dorf (auf die sozialstrukturellen Hintergründe gehe ich noch ein). Und gewiß können einem die Eltern

ebenso leid tun wie ihre Kinder. Doch plädiere ich dafür, die Einfühlung umzuverteilen. Die bisherige Forschung ist allzu sehr vom Standpunkt des gesellschaftlichen Kontextes unternommen worden: die Nichterfüllung reproduktiver Aufgaben, die Enttäuschung elterlicher Normalerwartungen u.dgl. Was aber bedeutet die innerfamiliäre Fraktur für den zukünftigen Lebensgang des Homosexuellen?

Ronald P., 27: *Irgendwann hab ich's ihm erzählt. Der ist erstmal ausgeflippt. Erster Satz: "Von mir hast du das nicht." Dann ist er hin- und hergerast, ziemlich aufgeregt. – Ich fragte ihn, ob er nicht wenigstens in diesem Moment bereit ist, mir zu helfen. Er: "Das ist überhaupt kein Problem; in Homburg gibt's 'ne Klinik." Jeder weiß, daß da auf's wildeste therapiert wird – da wollt er mich hinschicken. Und er hilft insofern, indem er die Behandlung bezahlt. Ich wäre doch sein Sohn. Ich: "Wenn das dein bitterer Ernst ist, dann bist du die längste Zeit mein Vater gewesen." In just dieser Minute ist die Entscheidung gefallen, daß ich da raus will, auszieh, wegwill, daß Schluß ist. Ich wurde dann bald 18; bis zu dem Tag hab ich noch gewartet und hin dann nach München gezogen.*

Jüngere Eltern können, dem Zeitgeist entsprechend, kühl und desinteressiert reagieren, als ginge sie die Sexualität des Sohnes nichts an. Sie kommentieren die Eröffnung nicht und gehen zur Tagesordnung über. Beispielsweise empfehlen sie dann – obwohl es in dem Moment gar nicht zur Debatte steht –, die Ausbildung abzuschließen. Allenfalls werden Regeln für das Zusammenleben aufgestellt, wohl in der Erwartung, damit werde es ohnehin jetzt bald vorbei sein. Die von uns interviewten Männer zeigten sich über das kalte sachliche Verhalten enttäuscht – so hatten sie sich die Reaktion ihrer Eltern nicht vorgestellt.

Peter W., 27: *Die Reaktion von meinem Vater war, da könne er so nichts mit anfangen, das wär nicht seine Welt. Wenn das meine Welt wäre, dann soll ich das leben, aber bitte nicht bei ihm. Das heißt, ich könnte wohnen bleiben, durfte nur niemanden mit nach Hause bringen. Danach haben wir nie wieder darüber gesprochen. – Damit war die Ausgrenzung perfekt. Im Klartext hieß das ja: Leb deine Scheinwelt weiter. Wir wissen's jetzt zwar, aber wir wollen's nicht sehen. Du mußt uns weiter was vorspielen. Das war nicht lange auszuhalten, ich ging. Die Reaktion meiner Eltern fand ich enttäuschend, weil sie so unentschieden war. Lieber 'ne Reaktion wie, wir schmeißen dich raus; hätte mich zwar geärgert und aufgeregt, aber das wär nicht so schwammig gewesen. Und 'ne Reaktion wie, okay, dein Problem, dein Leben, mach was du willst, wir wollen deine Freunde kennenlernen – wäre ideal gewesen, hätte ich aber nie mit gerechnet.*

Was zwei Jahrzehnte früher noch recht generös ausgeschaut hätte – wegzugucken, ohne die Hölle heiß zu machen –, das ist für heutige Schwule unzulänglich geworden. Da hilft kein Rasonieren über Anspruchsinflation und Liberalisierung ohne Grenzen. Die Bedingungen des Aufwachsens, der Persönlichkeitsbildung, der sexuellen Sozialisation haben sich in einer Generation stark verändert. (Die 'Verantwortung' dafür, falls jemand danach fragen sollte, tragen selbstverständlich nicht die Kinder sondern die Erwachsenen.) Das Maß der Anerkennung, das die soziale Identität eines Homosexuellen heute von der Umwelt einfordert, ist gewachsen. Jede halbherzige Reaktion der Eltern à la "diese Phase geht vorüber" oder "uns darfst du's sagen, aber anderen nicht" wird wie selbstverständlich als Zurückweisung erlebt.

Die Gegenreaktion beim Sohn

Gewahrwerden und Gewißheit des Homosexuellseins war früher eine Sache für Jungerwachsene. Heute plagen sich bereits die Jugendlichen damit herum (bei nach wie vor großer Streuung). Ein Fünfzehnjähriger, der diese Präferenz bei sich "feststellt" und ihr folgt, trifft auch eine Entscheidung – in einer Einsamkeit, die zu ertragen eigentlich erst ein geglücktes Erwachsenwerden möglich machen kann. Der junge Mann stellt sich gegen die Welt, ohne schon auf eigenen Füßen stehen zu können. Eine Herausforderung ohnegleichen, wie mir scheint, und mit beträchtlichen Risiken. Auch so ein Jugendlicher plant sein Vorgehen und entwirft eine Taktik.

Florian W., 26, hat sich bereits mit 17 der örtlichen Schwulengruppe in einer Mittelstadt angeschlossen. Ich hab das ganz akribisch geplant, wie, wann und wo ich das meinen Eltern sagen will.- Hatte mir 'n Donnerstag ausgewählt, weil ich davon ausgegangen bin, daß, wenn 's Ärger gibt und ich abends in die Gruppe gehe, ich da vielleicht noch Beistand habe. Und hatte so 'n Zeitpunkt abgepaßt, wo ich wußte, meine Mutter hat nur 'ne Stunde Zeit und dann muß sie zwei Stunden weg, also Zeit hat, sich das durch den Kopf gehen zu lassen. Meine Mutter saß im Wohnzimmer, ich hab mich auf 'n Sessel gesetzt und ihr gesagt, ich müßte mal mit ihr über etwas reden, daß mir das nicht so ganz leicht fällt. Sie meinte, ich soll ihr das ruhig erzählen; bevor sie das von anderen Leuten hört, findet sie besser, wenn ich ihr das sage. Dann hab ich ihr gesagt, daß ich schwul bin. Oder ich hab "homosexuell" gesagt, weil ich der Meinung war, daß "schwul" zu brutal für meine Mutter klingt. Ich hab gesehen, wie meine Mutter augenblicklich zu Eis erstarrte und damit überhaupt nicht umgehen konnte. Das war 'ne Sache, auf die sie nicht gefaßt war. Sie konnte gar nichts sagen. – Als ich dann abends wiederkam, war auch mein Vater zuhause, und dann gab 's Mordium und Gezeter: Was mir einfällt, das wär doch verrückt, wie ich darauf käme, wer mich dazu verleitet hätte.

Starke Gefühle bewegen diese jungen Leute, durchaus nicht immer ausgewogen und beherrscht. Sie sehnen sich nach ihrem Vater; sie ängstigen sich vor ihrem Vater; sie unternehmen manches, um anerkannt zu werden. Nicht wenige versuchen sich umzubringen (vgl. Starke 1994:208). Da versteht es sich fast von selber, daß sie sich mit lahmen oder ablehnenden Reaktionen nicht abfinden, sondern massiv dagegen angehen. Zunehmend ist eine "Stigma-Umkehr" zu beobachten: die Strafsanktionen, die man erleidet, werden erwidert.

Alwin B., 37: Ich war später mit meinem Freund öfters bei meinen Eltern. Meinem Vater hat man angesehen, das war dem nicht recht. Einmal ist mir sogar passiert, ganz in Gedanken, daß ich die Hand bei meinem Freund gehalten habe. Da hat er irgend' n dummen Spruch losgelassen: "Na, das hört mir aber auf hier!" Da war das für mich gestorben; ich hätt' mich nie wieder mit ihm darüber unterhalten. Das ist mir gleichgültig, was er darüber denkt.

Beim Achselzucken des Sohnes bleibt es nicht. Er wird darauf bestehen, daß seine Eltern zu ihm und seiner Sexualität Stellung nehmen, ohne im Stadium des ersten Erschreckens zu verharren. Sie sollen nicht bloß das allgemeine Negativurteil reproduzieren, sondern dieses im Angesicht ihres eigenen Sohnes überprüfen. Er versucht also, das Klischee mit seinem konkreten Homosexuellsein zu widerlegen. Er will keine Einzelregelung für sich (etwa wie mit dem Ausnahmejuden, den auch ein Antisemit kennt); sondern das Vorurteil soll

aufgehoben werden. Der Konflikt zwischen Denkschablone/Sexualideologie einerseits und Eltern-Kind-Liebe andererseits kann, wenn er unaufgelöst bleibt, in eine durchaus tragisch zu nennende Verstrickung führen.

Oliver T., 32: *Meine Eltern wissen Bescheid, bloß mit dem Unterschied, meine Mutter hat sich damit sehr intensiv auseinandergesetzt, während mein Vater es ignoriert. Ich finde es nicht gut; im Prinzip spricht er mir dadurch 'ne gewisse Identität ab. Ich ignoriere das dann, indem ich den Namen meines Partners erwähne und auch darüber spreche. Ich konfrontier ihn also. Er reagiert immer so, daß er nichts sagt, meistens rausgeht. Aber ich sag, steter Tropfen höhlt den Stein; ich gebe einfach nicht auf.*

Hier erzieht der Sohn den Vater. Der eine tut es mit Geduld, ein anderer mit aller Härte enttäuschter Liebe.

Horst F., 49: *Meine Eltern waren wirklich 'n großes Problem. Ich hab lange nicht mit ihnen darüber geredet. Später, als sie mich besuchen kamen, hab ich versucht, ihnen das Gespräch aufzuzwingen, und sie haben sich immer zurückgezogen. – Ich hab erstmal Signale aufgebaut, Bilder hingehängt, diese Playgirl-Jungs, sehr ästhetisch, nichts Sexuelles. Literatur in Mengen hingestellt, wo sie sie auch sehen mußten. Hab die Männer eingeladen, mit denen ich damals zusammen war. – Dann kam schließlich dieser berühmte Satz: "Wenn man schon so ist, dann kann man das ja heimlich tun und muß das nicht nach Außen tragen." Und zum Schluß, als sie nichts mehr wußte, hat sie gesagt: "Wem's hier nicht paßt, der kann ja doch in die DDR gehen." Da war es aus, und ich hab schreckliche Sachen zu ihr gesagt, die ich in dem Moment auch gemeint hab: Daß sie sich benimmt wie das größte Schwein, das ich jemals erlebt hab. – Das hat mich angewidert: Auf der einen Seite immer "Ich bin doch deine Mutter, und du bist mein Kind" und auf der anderen Seite, daß sie sich nicht damit auseinandersetzen wollen, sich nicht sagen lassen wollen, was das bedeutet für mich. Entweder sie müssen mich auch mit diesem Teil meiner Persönlichkeit akzeptieren, oder sie sollen mich am Arsch lecken.*

Mittlerweile gibt es etwas, das in den jungen Jahren meiner Generation kaum vorstellbar gewesen wäre. Der sich offenbarende Homosexuelle fordert seine Eltern auf, jede Kritik zu unterlassen, andernfalls er auf den Umgang mit ihnen verzichten werde. Selbst eine Diskussion über Ob und Warum wird kategorisch abgelehnt (sie ist ja tatsächlich innerhalb der Familie sinnlos). Die Eltern werden mit spürbarer Schärfe vor die Entscheidung gestellt, hat doch der junge Mann schon lange gewartet und im Stillen um Verständnis für sein Sosein geworben. Die im Familienkreis ungewöhnliche Härte beruht darauf, daß der Sohn an der Grenze seiner Gefäßtheit steht oder, wie im folgenden Fall, daß er selbst sich nur schwer mit seinem Homosexuellsein identifizieren kann.

Bert F., 42: *Weihnachten hat meine Mutter mir auf den Kopf zugesagt, sie hätte die Vermutung, daß ich mit Männern gehe und daß das nicht normal wäre. Da haben wir uns auseinandergesetzt, 'ne heiße Diskussion. "Ich hab schon seit sechs Jahren damit leben müssen, konnte mit niemandem sprechen, ich bin so und will mich nicht ummodelln lassen. Wenn du's nicht akzeptierst, komm ich nie wieder; dann sind wir geschiedene Leute. Oder du akzeptierst's – es gibt weiter keine Entscheidungsmöglichkeiten. Mit weiterer Diskussion laß ich mich nicht ein." – Sie kam immer wieder darauf zurück, kleine Gesprächsstreitigkeiten, wenn sie mich allein erwischt hat. Wenn mein Vater dabei war, hätte sie's nie gewagt. Mein Vater hat gesagt, das Thema ist vorbei, er ist so, ändern können wir's nicht.*

Die Drohung wird wahr gemacht. Jede Kommunikation zwischen Eltern und schwulem Sohn dünnt aus oder erlischt über Jahre. Der Zustand ähnelt einem kalten Krieg; jede Seite behauptet ihren Standpunkt, und dazwischen klafft ein tiefer Graben. Man ist gewissermaßen füreinander gestorben, wenn auch nicht endgültig.

Heiko R., 30: Es ist aus, wirklich aus. Seit sieben Jahren hab ich sie (i. e. meine Mutter) nicht mehr gesehen. Die ist krank, im Krankenhaus; ich besuch sie nicht. Ich hab mich auch von meinen Schwestern getrennt, von allem, was mit meiner Familie zusammenhängt. – Wenn ich leben will, so wie ich bin, kann ich in dieser Familie nicht leben. Also muß ich mich für die Familie entscheiden oder für mich.

Die Absage an die Herkunftsfamilie markiert hier auch den Abschied an ein kulturelles Milieu, etwa an kleinbürgerliche Normen, die sich mit dem Thema Homosexualität besonders schwertun. Schwule Männer, mit ihrer gesteigerten beruflichen und lokalen Mobilität, strapazieren damit auch von sich aus das Band zu Eltern.

Familie als Spannungsfeld

Seine Familie wird vom einzelnen Mitglied einerseits als Ganzes erlebt, andererseits als ein Gefüge von Individuen, zu denen unterschiedlich gute Zugänge bestehen. Besonders beschäftigt den jungen Schwulen, ob er sich eher der Mutter oder dem Vater anvertrauen kann, zu wem von ihnen die innigere Liebe besteht (durchaus nicht immer zur Mutter) und wer unter den Geschwistern, Elterngeschwistern oder Großeltern ihn stützen könnte. Bei verheirateten Schwulen – ein Kapitel für sich – kommen Gattin, Schwiegereltern und Kinder zum Konfliktfeld noch hinzu.

Über die Gesamtheit unserer Befragten gesehen bilden die Mütter die verlässlichste Instanz. Sie begleiten das klippenreiche Homosexuellwerden am brauchbarsten, weil sie die ersten Anzeichen sehen, den Sohn darauf ansprechen und ihm Hinweise geben können. Auch die jungen Männer wenden sich mit Fragen zur Intimität an ihre Mutter, soweit die Familie überhaupt neben der Gleichaltrigengruppe in Betracht kommt. Diese Beziehungen habe ich, mit demselben Datenmaterial, an anderer Stelle skizziert (1995). Hieraus ist wichtig: Die günstigen Aussagen zur Kommunikation zwischen Mutter und schwulem Sohn gelten nur statistisch. Durchaus nicht wenige Mütter beteiligen sich an der Stigmatisierung, und manche lassen sich vom Vater in der Akzeptanz übertreffen.

Für den Einzelnen ist schwer vorherzusehen, ob eher die Mutter oder der Vater mit der so enttäuschenden Eröffnung klarkommen wird. Allzu gern werden Mittelspersonen benutzt, um das als am schwierigsten eingeschätzte Familienmitglied zu informieren. Nicht wenige Mütter wehren sich gegen solche Dolmetscherdienste.

Ronald P., 27: Ich hab mich geweigert, meinem Daddy was zu erzählen; das hat die Mutter ins Spannungsfeld gebracht. – Das ging so zwei, drei Monate gut. Sie hat dann gesagt: "Setz du dich mit dem auseinander. Das ist nicht mehr mein Bier." Ich hab mich dann zuerst einmal rundheraus geweigert, am Schluß aber eingesehen, daß ich auf ihre Kosten mir's bequem mach.

Rainer S., 31: Dann fragte sie: "Und wie ist das denn mit dem Vater?" Ich: "Pöh! Das würde ich dem gar nicht sagen." Sie: "Das geht nicht. Du lebst jetzt dein eigenes Leben, und es ist ja auch ganz toll so." Sie würde weiter mit dem Vater zusammenleben, und das könnte sie nicht, jahrelang mit ihm zusammenleben, und sie weiß da so 'ne wichtige Sache und der Vater nicht.

Wie die Mutter reagiert, das entscheidet sich nicht selten allein, vielleicht nicht einmal primär aus dem Binnenverhältnis zum Sohn. Sie wird ihr gesamtes Umfeld berücksichtigen, also die erwarteten oder tatsächlichen Meinungen ihrer Bezugspersonen. In erster Linie wird sie auf ihren gegenwärtigen Partner achten. Aus der Harmonie des Elternpaares mag für den Sohn eine geschlossene Front des Abgelehntwerdens hervorgehen. Daß diese Zwickmühle allen Beteiligten schwer zu schaffen macht, steht außer Frage, so wenig das manchmal voreinander gezeigt wird.

Nico O., 31, kam nicht durch: *Ich hab mal versucht, mit meinen Eltern über mein Coming-out zu sprechen. Das ging fürchterlich daneben. Mein Vater vor allem hatte von homosexuellen Männern eine so schlechte Meinung, daß er sagte: "Mein Sohn gehört davor bewahrt." Ich habe daraufhin mich zu diesem Thema nicht mehr geäußert. – Als Nico nach seiner Berufsausbildung in den Heimatort zurückkehrt, boten ihm die Eltern an: "Du kannst hier bei uns wohnen, das ist billiger." Ich: "Nee, is nich." – Die Eltern, bei einem insgesamt fürsorglichen und harmonischen Familienklima, wissen bis heute nicht, daß ihr Sohn schwul lebt.*

Der Unterschied in der Reaktion von Mutter und Vater wiederholt sich im Verhältnis unter den Geschwistern. Der schwule Sohn offenbart sich seiner Schwester leichter, früher und weniger bedenklich als gegenüber einem Bruder. Der bessere Zugang zur Mutter hat anscheinend nicht nur mit dem besonderen Liebsverhältnis zu tun, sondern auch mit dem Geschlechterverhältnis.

Hermann L., 52: *Als erste haben es meine beiden Schwestern gewußt, weil ich zu denen 'en sehr enges, freundschaftliches Verhältnis habe. Die sind aufgeschlossene Frauen, denken politisch und sonstwie ähnlich wie ich, bewegen dieselben Fragen.*

Alwin B., 37, sechs Geschwister: *Ich war 'n bißchen feige; meinen Eltern direkt hab ich's nicht gesagt. Ich hab meine drei Schwestern einmal Weihnachten zum Sektfrühstück eingeladen und hab mir vorgenommen, mich mit meinem Freund einfach so zu geben, als wenn ich mit ihm alleine bin, so mit Händchenhalten, Küßchen usw., was kein Familienmitglied von mir kannte. Dann hab ich anschließend meine Schwestern gefragt, was sie davon hielten. "Das wissen wir doch schon lange." Die haben das dann meinen Eltern und der ganzen Familie weitergegeben; ich hab mich doch nicht getraut, das direkt zu sagen.*

Das Eltern-Kind-Verhältnis im sozialen Kontext

Den Eltern steht es nicht einfach 'frei', ihren schwulen Sohn zu verstoßen oder ans liebende Herz zu drücken. Vielmehr befinden sie sich ihrerseits in Abhängigkeiten. Das gesellschaftliche Stigma kann auch die Angehörigen eines Homosexuellen zu Opfern machen, wenn auch nicht mehr nach der Art einer moralischen Sippenhaft früherer Jahrhunderte. Während das deviante Individuum an einen ihm günstigeren Platz emigrieren kann, verbleiben die Eltern an ihrem Standort. Ein Befragter hat das treffend formuliert.

Herbert K., 47: *Früher waren die Eltern die Gelackmeierten der Schwulen, nicht ich. Ich war weit weg vom Schuß.*

Um die elterlichen Reaktionen in ihrer Gesamttendenz und in ihrer Unterschiedlichkeit zu verstehen, werden wir sie in einen individuellen und einen kontextuellen Anteil zerlegen müssen. Aus dem Elternverhalten spricht auch das Milieu, dem die Familie angehört. Die korrelative Untersuchung von Starke (1994:154) benennt eine Reihe von Faktoren, die zu einer freundlichen Antwort an den schwulen Sohn disponieren: der Lebensraum Stadt, eine höhere Bildung, die Stellung des Sohnes in der Familie sowie die Gesamtatmosphäre in der Familie. Wie fassungslos Eltern in dörflich-bäuerlichen und proletarischen Milieus dem Homosexuellen begegnen, dokumentieren zahlreiche Interviews in unseren Erhebungen. Es ist, als säßen Nachbarn und Arbeitskollegen hier mit am Tisch der Familie und schrieben den Eltern die homophobe Antwort vor. Die Erwiderungen wirken so engstirnig und engherzig, weil man in diesen Milieus auch räumlich so eng verflochten lebt, daß dem Blick und Zugriff der sozialen Bezugsgruppe kaum etwas verborgen bleibt.

Bertram N., 31: *Meinem Vater fällt das immer noch schwer. Der ist unsicher. Da spielt 'ne große Rolle, was andere Leute sagen. Was könnten andere jetzt darauf sagen?! Das ist die Angst von den beiden. Wie die Leute darüber reden: die Nachbarn, beim Bäcker, die Arbeitskollegen auf der Dienststelle.*

Der kulturelle Hintergrund diktiert manchmal geradezu eine antihomosexuelle Äußerung (bislang noch kaum eine tolerante oder gar akzeptierende Reaktion). Den folgenden Fall zitiere ich nicht, weil die Bundesrepublik bereits eine multikulturelle Gesellschaft wäre, sondern weil der normative Druck unüberbietbar klar zutage tritt.

Harald S., 37, ein Sinti: *Das ist eben so bei uns: Wenn du schwul bist, wirst du aus der Sippe gestoßen. Männer, die mit Männern verkehren – das ist unrein. Die ganze Verwandtschaft wußte erst einmal nicht, was sie sagen sollten. "Mensch, was haben wir denn da gehört? Wie kannst du uns das antun, so ein Skandal!" Mir blieb nur noch die Flucht nach vorn: "Ich bin so, wie ich bin, und ich steh dazu. Wenn ihr euch von mir abwendet, müßt ihr das machen." Dann bin ich kurzerhand nach Bremen gezogen. – Wenn die (sic) öffentlich gesagt hätten, ich bin homosexuell, dann wär's so, daß mein Vater unsere Ehre retten muß. – Dann kommen die alten Männer zusammen; zum Beispiel auch Drogenabhängige werden aus der Sippe ausgestoßen, "zurückgesetzt". – Das heißt, du darfst mit denen nicht mehr verkehren, an einem Tisch essen. Mein Vater muß sich von mir zurückziehen. – Wenn jetzt einer von meinen Verwandten sagt, der ist homosexuell, dann sagt mein Vater: "Was sagst du über meinen Sohn?" Und dann zieht er ein Messer und sticht ihn ab, weil er unsere Ehre verletzt hat. – Deswegen hab ich mich selber zurückgezogen.*

Dieses Beispiel klingt exotischer, als es ist. Auch andere Kulturen sehen mit blankem Unverständnis auf die Homosexualität.

Rudolf J., 23, entstammt einer russischen Diplomatenfamilie, hatte mit 15 einen Klassenkameraden zum Freund: *Kein sexueller Verkehr, sondern wir haben auf dem Bett gelegen und uns nur gestreichelt; wir fanden uns nett und haben nichts dabei gedacht. Mein Vater kam rein, hat sofort Theater gemacht, rumgeschrien, auf den Typen eingepöbeln, "schwules Schwein" und sowas. – Mit 17 erhält Rudolf den Telefonanruf eines Schwulen. Dann kam es zu einer fürchterlichen Prügelei mit meinem Vater. Er hat mir sieben Rippen gebrochen, mich am Rücken verletzt. Ich bin dann abgehauen, in den Jugendnotdienst gekommen. – Gespräche in diesem Punkt gibt es nicht; Homosexualität war völlig ausgeklammert.*

Auch unter Verhältnissen "deutscher Reinkultur" gibt es die ideologisch strikte Homophobie. In speziellen Ausformungen muß das Christentum dafür herhalten: bei strenger Kirchlichkeit, bei orthodox-wörtlicher Auslegung der Bibel, in einigen Sekten. Die Eltern folgen der vorgegebenen Definition, was Sünde sei. In den Berichten hierzu fällt auf: Wenn Eltern das Homosexuellsein des Sohnes aus religiösen Gründen ablehnen, ist die resultierende Distanz kaum noch einmal aufzuheben. Jedes Arrangement mit dem Sohn tendiert zur Oberflächlichkeit; hinter der Fassade einer Hinnahme glimmt die Ablehnung weiter.

Reinhard B., 40. Der studierte Sohn hat mit seinen gebildeten Eltern wissenschaftlich (biologisch, theologisch) diskutiert. *Mein Vater hat so seine Privatreligion. – Auf 'ner rein argumentativen Ebene sind wir miteinander umgegangen und haben festgestellt, daß wir uns nicht einigen konnten. Seit der Zeit ist das Wort Homosexualität zwischen uns nicht mehr gefallen; das ist jetzt 16 Jahre her. – Sie waren meinem Freund gegenüber von einer gradezu beleidigenden Höflichkeit. "Darf ich Ihnen noch nachschenken? Vielleicht noch'n Stück Kuchen?" Es kam überhaupt keine lockere Stimmung auf. Wir sind nach anderthalb Tagen wieder abgefahren; es war völlig unpersönlich. Man merkte das Bemühen: "Unser Sohn soll uns nicht vorwerfen können, wir würden seine Freunde schlecht behandeln."*

Ein gerüttelt Maß elterlicher Ablehnung wurzelt in der sozialen Kontrolle des sozialen Nahraums, welcher die Familie unterliegt. Immer wieder wird um den "Ruf der Familie" gefürchtet.

Oliver T., 32: *Das ist so'n kleiner Stadtteil, und da weiß innerhalb von zwei Tagen jeder alles. Meine Mutter hat einfach Angst, daß sie 'n Spießbrutenlauf machen muß. – Sie hat panische Angst, wenn ich in (Heimatort) lebe und man sieht mich da mal auf der Straße mit einem Mann Arm in Arm.*

Das führt zu kuriosen Situationen einer erzwungenen Nähe, damit die Fassade familialer und sexueller Normalität gewahrt bleiben kann. Der falsche Freund des Sohnes wird zum scheinbar echten Freund des Hauses befördert.

Götz D., 41, will mit dem Freund seine Eltern in der heimatlichen Kleinstadt besuchen. *"Ich werd aber nicht bei dir übernachten; wir schlafen bei der Cousine." Meine Mutter: " Das gibt's überhaupt nicht. Ihr schlaft hier! Was sollen die Leute denken?" Das war immer das größte Problem, ich glaube auch beim Rauskommen meines Schwulseins, dieses Was-sollen-die-Leute-denken. Das war für die unheimlich wichtig.*

Eine andere Art von ernstzunehmendem Druck lastet auf kinderreichen Familien in bäuerlichem Milieu. Wie kriegt man das Kind anständig aus dem Haus? Die Eltern müssen jeden ihrer Sprößlinge bis zu einem bestimmten Punkt fördern und sind von da ab aus dem Schneider, vorher nicht. Als entscheidendes Ereignis gilt die Gründung einer neuen Familie, eingeleitet durch eine Eheschließung. Ein homosexueller Sohn würde am Haushalt kleben, gewissermaßen nie abgenabelt werden.

Dieter E., 25, mit fünf Geschwistern, stammt von einem Hof. *Bei uns gilt: Wenn jemand verheiratet ist, ist er versorgt. Das Kind ist aus dem Haus, ist erwachsen. Und wenn sie mit 18 heiraten – egal, alles in Ordnung. Darum braucht sich das Elternteil nicht mehr zu kümmern.*

Auf ein weiteres Merkmal der Sozialstruktur sei spekulativ hingewiesen. Das Inzestverbot strahlt weit aus, bis in das Gespräch zwischen Eltern und ihrem Kind. Man ist peinlich berührt, wenn der Kleine sexuelle Reaktionen zeigt, und über die eigenen sowieso. Auf die Neugier des Kindes antwortet das Schweigen der Erwachsenen. "Wenn du groß bist wirst du Frau und Kinder haben" – so etwa lautet das Erziehungsprogramm; "und bis dahin bleibst du sauber!" Wie indessen die Normalität produziert werden soll und kann, dazu existiert kein Lehrplan. Moral und Natur sollen's richten. Wenn aber die Normalität mißlingt, bricht eine Katastrophe über alle herein.

Verantwortungen

"Am schwersten ist es in der Regel für die Mütter", spricht ein Taschenbuch seine Zielgruppe an, nämlich wenn sie erfahren, daß ihr Sohn "so" ist (Micus 1992:Rückenblatt). Mindestens ebenso schwer dürften es allerdings die Väter haben. Und am allerschwersten wohl die Söhne. Warum ist dieser Wettstreit um Betroffensein so wenig edel, ja geradezu albern? Er simplifiziert eine komplexe Situation, und er moralisiert eine verwickelte Ätiologie.

Mit dem Offenbarwerden des Schwulseins beginnt eine Zeit der Schuldsuche. Der Konflikt zwischen den Eheleuten findet hier ein ergiebiges Feld, wie bei allem, was die gemeinsamen Kinder betrifft. (Auch ich war für meinen Vater kein richtiger "Lautmann"; was ihm bei mir nicht maskulin erschien, lokalisierte er genetisch in der Familie meiner Mutter, die ihrerseits nicht recht wußte, ob sie darüber froh sein sollte.)

Alex K., 29: *Mein Vater hat meiner Mutter vorgeworfen, sie sei schuld. Sie hätte mich verwöhnt, und ich wär deshalb zu weichlich.*

Oliver T., 32: *Mein Vater spricht nicht darüber, verarbeitet das nicht. Er sucht nur nach Gründen, weshalb meine Mutter schuld ist, daß ich schwul bin. Das kriegt sie schätzungsweise einmal die Woche an den Kopf. – Sie hat mich zu früh abwaschen lassen. Ich hab als Kind nicht mit Autos gespielt, sondern mit Teddybären und Puppen. Früher war's kein Problem, plötzlich isses 'n Fehler.*

Wie wenig wußte man über diese Homosexuellen! Was bislang als ein Problem fernab am Rande der Lebenswelt galt, das tritt einem plötzlich am "eigenen Fleisch und Blut" entgegen. Eine Menge falsch-negativer Bilder kreist in den Köpfen und wird jetzt evoziert, vor allem Assoziationen zu Sexmonstern, zur Prostitution und zu einem durch und durch schmutzigen Milieu. Viel Befremden über sexuelle Varianz und urbane Vielfalt drückt sich aus. Naive Annahmen über die Festigkeit geschlechtlicher Konstitution und die Kurierbarkeit der Abweichungen vom Bauplan stützen ein Wissenssystem, das nach hundert Jahren Sexualforschung völlig inadäquat wirkt. Die Lücken und Fehler in den kognitiven Vorstellungen tragen die elterliche Ablehnung. Der Moment, in dem der Sohn sich offenbart, ist weder günstig noch lang genug, um das Bildungsdefizit auszugleichen.

Hubert F., 45: *Mein Vater hat immer gesagt: "Wenn man das will, schafft man das auch, normal zu werden. Man muß sich 'n Ruck geben." Das waren seine Vorstellungen.*

Axel C., 24: *"Wie läuft denn das eigentlich ab zwischen zwei Männern?" Sie kann sich das nicht vorstellen. Meine Mutter hat mir Löcher in den Bauch gefragt. Da ging es um die sexuellen Begebenheiten, auch dieses Rollenverhalten: wer ist Frau, wer ist Mann. Daß ich mit 'nem Mann zusammensein will und der Mann, mit dem ich zusammensein will, genauso mit 'nem Mann zusammensein will, das war für meine Mutter nicht verständlich.*

Götz D., 41: *Und dann haben'se gelernt, peu à peu, also nicht auf intellektuellem Niveau. Das sind ganz einfache Leute, das würden die nie rafften; aber irgendwie vom Herzen her. Was willstest du machen, wenn gute Leute das nicht schnallen?*

Kognitive und emotive Distanz zum Thema Homosexualität kann ausgeräumt werden, wenn die Eltern damit früher hinreichend in Berührung gekommen sind. Einige unserer Befragten berichten über aufgeschlossene Eltern, die über Bekanntenkreis oder Berufswelt so weit sensibilisiert waren, daß sie "es" früher über ihren Sohn wußten als dieser selbst! Wie soll man sich heute das Verhältnis zwischen Eltern und ihrem schwulen Sohn wünschen? Im günstigen Fall hat sich in der Familie ein wechselseitiger Konsens herausgebildet: Man nimmt auf die Eigenarten aller Beteiligten Rücksicht und begrenzt die Zumutungen. Wolfgang G., 35, repräsentiert ein solcherart geglücktes Aushandeln. Von Anfang an wohnt er mit einem Mann zusammen. Weil er sich den (katholischen) Eltern moralisch verpflichtet fühlt, will er nicht in einer Lüge leben. Die Offenlegung – er hält jeden, auch den schlimmsten Ausgang für möglich – geschieht planvoll und auf dem Hintergrund seiner Männerbeziehung; die Eltern schätzen den Freund, und alles geht gut. Kommt es hingegen zum Streit um das "Verschulden", zum Herumrätseln an den "Ursachen", dann wird damit den anstehenden Entscheidungen bloß ausgewichen. Die sexuelle Identität des Sohnes durchläuft eine Transformation ebenso wie die Stellung der Eltern zum Sohn. Diese "Statuspassagen" sind zu bewältigen, und alle Beteiligten bedürfen der kompetenten "Begleiter". Dieser Part fällt – bevor weitere Verwandte und Experten hinzugezogen werden – in allererster Linie den Eltern zu: als Ehepartner untereinander sowie gemeinsam für den Sohn. Nicht die physische Präsenz, sondern Anteilnahme und Rückendeckung machen eine gelingende Begleitung aus. Nicht fertige Resultate sind abzusegnen; vielmehr ist die Zuwendung gleichauf, wenn schon nicht vorweg, gefragt. "Als erfreulich wird das Schwulsein des Sohnes niemals bewertet" – stellte Kurt Starke nach Lektüre von über 500 ausgefüllten Fragebögen fest (1994:154). Bloß 5% ermutigen den Sohn, nun auch so zu leben. Was wäre denn das Erfreuliche daran? Sicherlich kaum die bloße Tatsache des Schwulseins (die würde nicht einmal ein homosexueller Elternteil spontan begrüßen). In Begriffen einer Rational-choice betrachtet mag die schwule Existenz wenig kostengünstig sein, bedenkt man die allgemein-sozialen und speziellen (z.B. steuer-, sozial- und familienrechtlichen) Diskriminierungen. Aber insoweit folgt jede Biographie ihrer eigenen Kalkulation und muß für eine Bewertung als ganze betrachtet werden. Als erfreulich müßte den Eltern gelten, daß ihr Sohn sich seiner Begehrensform sicher geworden ist (statt zu verzichten oder zu schwanken oder auf seinen Umwegen andere in Mitleidenschaft zu ziehen). Die persönliche Identität geklärt zu haben und seinen Lebensweg konsequent anzulegen – das sind (ganz abgesehen von der aus geschlechtlicher Befriedigung folgenden Stärkung) gewichtige Vorteile, welche die Nachteile einer abweichenden Orientierung zweifellos überwiegen. Für das Kind geht es, in einem Wort gesagt, um das Lebensglück.

Wird in der Herkunftsfamilie kein Einvernehmen hergestellt, so scheint es, daß die Transformation zum Homosexuellsein in wichtigen Teilen mißlingt. Dadurch wird natürlich nicht die Triebrichtung geändert oder eine gleichgeschlechtliche Sexualpraxis verhindert. Doch kommt die Statuspassage – weg von der Neigung zu Frauen, wie in der Geschlechtsrolle angelegt, hin zur Männerliebe – nicht recht zum Abschluß. Zugespitzt gesagt: ohne Billigung der Eltern vollendet sich nicht die (homo-) sexuelle Identität. Die Symptome sind an den sexuellen Interaktionen, an den Partnerschaften sowie im Gesamt-leben zu beobachten.

Reinhold E., 31, demonstriert das sehr genau. *Die Eltern wissen das von mir bis heute nicht. – Was mich immer schon gewundert hatte: daß sie mich nicht mal gefragt hatten, mit 'ner Freundin irgendwas zu machen oder mit 'ner Frau. Kam niemals 'rüber. – Es ist mir lieber so, wenn sie's irgendwann doch erfahren sollten, von selbst erfahren.* Am Arbeitsplatz tarnt er sich als bi. Im Interview sagt er einerseits: *Ich bin schwul*, ist sich andererseits *unsicher* über seine sexuelle Orientierung. Eine Partnerschaft mit einem Mann zu leben schließt er für sich aus. Seine Sexualkontakte findet er über Bekanntschaftsanzeigen oder auf Autobahnparkplätzen. Klaus L., 46, zeigt den Bruch mehr im Hintergrund. Der Vater nimmt die (sehr verspätete) Offenbarung zwar ruhig auf; doch das Thema kann nicht vertieft werden. Überdies gilt ihm der Vater als ehemaliger Nazi, der einfach nicht bereit und sich mit dem Sohn über das Dritte Reich Diskussionsschlachten liefert. Diesen Vater empfindet er als *potentiellen Mörder seines Sohnes*. Als die Mutter "es" erfährt, heult sie *drei Tage Rotz und Wasser*; danach darf das Thema nicht mehr berührt werden. – Klaus spricht von der *Unsicherheit meiner eigenen Existenz*. *Ich hab mich immer als falsch empfunden, im Zusammenhang mit dem Schwulsein. – Ich bin so wenig mit mir einig gewesen, weil ich eben mit diesem Schwulsein nicht zurechtgekommen bin. – In der Definition des Schwulseins ist der Partner mitgedacht; das ist das einzige, was es bedeutet. Ich bin eher ein Männerlieber als ein Homosexueller.* Hier wie sonst ersetzt Klaus das Sexuelle durch Liebe. Effeminiert auftretende Schwule findet er *fremd* und *absurd*, früher sogar *widerlich*. *Ich fühl mich dann eher noch einem Heteromann ähnlich als einer Tucke.* Im Interview und in seiner wichtigsten Partnerschaft vermeidet Klaus jegliches Reden über sexuelle Tatsachen.

Nonkommunikation mit den Eltern korreliert mit einem unentschiedenen und verspäteten Coming-out. (Dies begründet sich selbstverständlich nicht monokausal.) Rudolf S. sagt, erst nach dem Tode der Mutter *find ich an zu leben, mich wohlzufühlen, in Richtung meiner Sexualität etwas zu unternehmen*. Da war er bereits dreißig. Wo hingegen die Eltern vom Sosein des Sohnes wissen, da akzeptiert dieser es auch eher (vgl. Starke 1994:157) – wiederum eine in ihrer Signifikanz bemerkenswerte Korrelation, die als wechselseitig kausal zu interpretieren sein dürfte.

Wo Eltern ganz fehlen oder die Familienverhältnisse zerrüttet sind, da ergeht es dem Sohn mit seiner sexuellen Identität von vornherein nicht gut. Gundolf C., 48, beispielsweise meint, er sei *der geborene Schwule nie gewesen* und wäre heterosexuell geworden, hätte er ein *vernünftiges Elternhaus* gehabt und von *beiden Elternteilen Liebe* empfangen. In einer Hinsicht hat dieser Mann gewiß recht: Die sexuelle Präferenz, in ihrer Richtung und Qualität, entwickelt sich im Schoß der Herkunftsfamilie. Wenn es denn gilt, "Verantwortung" für das Gelingen der Selbstfindung zu verteilen, dann sitzen die Eltern in der ersten Reihe.

Epilog

Unser Thema – das Verhältnis der Eltern zum homosexuellen Sohn – kam hier nicht deswegen zur Sprache, um schwules Lebensglück weiter zu optimieren. Der Hintergrund ist ernster, ja recht eigentlich dramatisch. Solange das HIV-Virus nicht medizinisch besiegt werden kann, solange es zumindest in westlichen Ländern ganz überwiegend unter homosexuellen Männern todbringend wütet, stehen nicht so sehr die Lebens- als vielmehr die Überlebensbedingungen zur Debatte. Im Rahmen des Förderschwerpunkts des Bundesforschungsministers für sozialwissenschaftliche Vorhaben zu Aids (inzwischen leider beendet) haben wir "Soziosexuelle Faktoren in der Ätiologie und Epidemiologie von Aids" analysiert. Das Projekt lief von 1991 bis 1994, wurde von mir geleitet und von den Diplomsoziologen Jörg Hutter und Volker Koch-Burghardt selbständig bearbeitet. Der Abschlußbericht, dem ich hier in keiner Weise vorgreifen will und kann, liegt seit Mitte 1995 vor.

Wir sind, anknüpfend am vielgenannten und kaum je ernstgenommenen Begriff der "psychosozialen Ko-Faktoren", davon ausgegangen, daß die biomedizinischen Erklärungen von Aids keine Monokausalität für sich beanspruchen. Die Ausbreitung des Virus über eine Bevölkerung (Epidemiologie) und die individuelle Infektion (Ätiologie) werden u.a. auch von wirtschaftlichen, gesellschaftlichen und seelischen Umständen beeinflusst. Die Empfänglichkeit von Armutspopulationen in den USA oder in Schwarzafrika beweist das schlagend.

Ein Forschungsprogramm "Soziale Ätiologie von Aids" (die Bedingungen von dessen Möglichkeit klärt die Abhandlung von Koch 1989) widmet sich der sträflich vernachlässigten Frage, was außer dem HIV noch zur Infektion und schließlich Erkrankung beiträgt. Der Virus behält hiernach den Rang einer notwendigen Bedingung, aber er bezeichnet nicht auch die hinreichende Bedingung. Im Kausaldenken müssen, logisch gesehen, alle Bedingungen ohnehin als gleichursächlich angesehen werden und unterscheiden sich nur in ihrer statistischen Varianz. Erst in einem Stufenmodell gäbe es primäre und sekundäre Ursachen. Virologische und sozialpsychologische Faktoren stehen wohl kaum in einem derart hierarchischen Verhältnis. Deswegen lassen sich gesellschaftliche Einflüsse auf den Serostatus untersuchen, ohne den HIV zu diskutieren; HIV ist in diesem Denkmodell unproblematisiert enthalten. Einen solchen Forschungsansatz auch nur in die Nähe der Thesen von Peter Duesberg zu rücken, wie es einige an der Präventionsarbeit Interessierte vorschnell getan haben, beruht auf einem grotesken Mißverständnis.

Hutter und Koch-Burghardt haben einen soziologisch faßbaren Beitrag auf zwei Ebenen gesucht: im "Stigma-Management" sowie im "sexuellen Handlungsstil". Diese beiden Dimensionen wurden handlungstheoretisch durchstrukturiert und in der Auswertung der 111 mit homosexuellen Männern geführten Interviews eingesetzt. In einem weiteren Erkenntnissschritt ließ sich die Vielzahl der Individuen und Lebensgeschichten in ein aus fünf Typen bestehendes Modell einordnen. Da präventionstechnisch unsichere Sexualkontakte von fast allen Befragten berichtet wurden, also auch den Test-Negativen, beschreibt das Modell Ko- und nicht etwa Sekundärfaktoren.

In statistisch hochsignifikanter Weise finden sich bei bei den Angehörigen von Typus A, B und E die HIV-Positiven, bei C und D die Negativen/Ungetesteten (diese Typologie wird bei Koch-Burghardt 1995 ausgearbeitet). Es erweist sich das Stigma-Management bei infizierten Männern weniger effektiv und ihr sexueller Handlungsstil hinsichtlich der

Begehrensziele insgesamt widersprüchlicher, verglichen mit nichtinfizierten Männern. (Die Glosse von Neumann 1993 liest sich witzig, beruht aber auf einer Zwischenbericht-Skizze und trifft uns deshalb nicht.) Die von der gesellschaftlichen Homophobie ausgehende Brüchigkeit der homosexuellen Identität sowie – damit zusammenhängend – die Verwerfungen von Liebesverlangen und sexuellem Begehren gehören also zentral in eine soziale Ätiologie von Aids.

Zu diesen bestätigten Thesen trat eine Entdeckung. Bei der Eröffnungsfrage zur Identitätsbildung/Stigmaverarbeitung – etwa: in welchen Situationen einem das Schwulsein besonders peinlich gewesen sei – wurden oft und entschieden die Herkunftsfamilien, insbesondere die Eltern genannt. Zu unserer Überraschung sahen die Befragten hier einen der prägenden Konflikte ihres Werdegangs als homosexuelle Männer. Tatsächlich verschlägt es einem den Atem, wenn vom Eltern-Kind-Verhältnis eine Linie zum Aidsstod gezogen werden kann. Für mich ist diese Kausalkonstruktion längst nicht mehr abenteuerlich oder abwegig – zu deutlich habe ich es in einigen Fällen mitvollzogen, wo unser Interviewpartner seither verstorben ist. Die Interaktion zwischen jungem Homosexuellen und seiner Herkunftsfamilie systematisch zu erhellen, bildet ein dringliches Forschungsdesiderat.

Literatur

- Koch, V.: Zu einer sozialen Ätiologie von AIDS. Der soziologische Beitrag zur Krankheitserklärung. Pflaffenweiler: Centaurus 1989.
- Koch-Burghardt, V.: Identität und Intimität. Eine biographische Rekonstruktion männlich-homosexueller Handlungsstile. Phil. Diss. Bremen 1995
- Lautmann, R.: "Du bleibst mein Sohn!" Homosexuelle und ihre Mütter. In: Garbrecht A. (Hg.): Mütter und Söhne. Hamburg: Klein 1995 (im Druck).
- Lautmann, R.; Hutter, J.; Koch, V.: Typen des Stigma-Managements und sexuellen Handlungsstils bei homosexuellen Männern. In: Lange, C. (Hg.): Aids – eine Forschungsbilanz. Berlin: Edition sigma 1993:139-153.
- Micus, A.: "...und auf einmal weißt du, dein Kind ist anders." Bergisch-Gladbach: Lübbe 1992.
- Neumann, J.: Auf die Mama kommt´s an. In: Aktuell. Magazin der Deutschen Aidshilfe, Nr. 4, Nov. 1993:42f.
- Scheuermann, A: Sexualbiographien. Eine empirische Studie zur biographischen Konstruktion von Sexualität am Beispiel homosexueller Männer. Phil. Diss. Bremen: 1994
- Starke, K.: Schwuler Osten. Berlin: Links 1994.

Anschrift des Autors

Prof. Dr. Dr. Rüdiger Lautmann, Universität Bremen, Fachbereich 8, Soziologie, Postfach 330440,
D-28334 Bonn

Soziale Konflikte und gynäkologische Erkrankungen

Social Conflicts and Gynaecological Disorders

H. Kentenich, E. Yüksel, M. David, Berlin

Zusammenfassung

Die Verbindung von psycho-sozialen und gynäkologischen Problemen wird an zwei Bereichen aufgezeigt: (a) Seit der Vereinigung beider Teile Deutschlands im Jahr 1989 hat sich auf sozialem Gebiet vor allen Dingen für die Frauen der ehemaligen DDR vieles verändert. Viele sind arbeitslos geworden, die sozialen Bedingungen für erziehende Mütter (z.B. preiswerte Kindergartenplätze) haben sich verschlechtert. Die Folge davon sind ein starker Abfall der Geburtenrate und ein deutlicher Anstieg der Sterilisationen. (b) Sterile türkische Paare sind in Metropolen schon zahlenmäßig bedeutsam. Auf Grund ihrer sozialen Besonderheiten (ökonomische Unterschicht, schlechte Wohnverhältnisse, Ghetto-Situation in den Wohnbezirken) ergeben sich besondere Bedingungen. Sterile türkische Frauen begeben sich wesentlich früher in medizinische Behandlung, weil ihr soziales Umfeld das individuelle Problem der Kinderlosigkeit verstärkt. Besonders problematisch ist dies, wenn die Paare eine invasive medizinische Behandlung wünschen (IVF, Mikroinsemination). Auf Grund ihrer Sprachschwierigkeiten können sie diese modernen reproduktionsmedizinischen Verfahren kaum nachvollziehen. Eine Information und Gesprächsmöglichkeit steht ihnen in ihrer Muttersprache kaum zur Verfügung.

Schlüsselwörter: psychosoziale Konflikte, Gynäkologie, Migration

Abstract

The connection between psycho-social and gynaecological problems are demonstrated in two areas: (a) since the unification of both parts of Germany in 1989, many changes have taken place in the social environment, particularly for the women of the former GDR. Many have become unemployed and the social conditions for women with children (e.g. kindergarten places) have changed. This has led to a drastic decline in the birthrate and a substantial increase in sterilizations. (b) Sterile Turkish couples are indeed numerically significant in large urban centers (such as Berlin). Due to their peculiar social situation (economic underclass, poor living conditions, ghetto situation in the residential districts) special conditions arise. Sterile Turkish women enter much earlier into medical treatment because their social surroundings intensify the individual problem of childlessness. This becomes especially difficult if the couples wish for invasive medical treatment (IVF, Microinsemination). Due to their difficulties with the language, the couples are hardly able to comprehend such modern medical reproductive procedures, nor is information and consultation in their native language made available to them.

Key words: psycho-social conflicts, gynaecology, migration

Eine Übersicht zum Thema "Soziale Konflikte und gynäkologische Erkrankungen" zu liefern, ist kaum zu leisten. Daher ist es sinnvoll, den Themenbereich einzuengen. Beispielhaft für den Zusammenhang zwischen sozialen Konflikten und Gynäkologie bieten sich die folgenden zwei Fragenkomplexe an:

1. Welche Unterschiede und Besonderheiten sind zur Frage "Frau und Gesundheit" nach der Vereinigung Deutschlands in West und Ost zu beobachten?
2. Auf welche besonderen Bedingungen treffen Minoritäten (z.B. Türkinnen) im Bereich der Gynäkologie?

Beide Themenbereiche sind wenig miteinander verbunden. In einer Metropole wie Berlin lassen sich jedoch Beobachtungen zu beiden Problemkreisen gut durchführen. Bis 1989 war die Großstadt in zwei Hälften geteilt. Nach der Grenzöffnung hat sich insbesondere für die Frauen Ost-Berlins und der neuen Bundesländer vieles auch im sozialen Bereich verändert, denkt man nur an den früheren hohen Beschäftigungsgrad der Frauen und die jetzige Arbeitslosigkeit.

In Großstädten wie Berlin ist der Ausländeranteil sehr hoch. In den Stadtteilen Kreuzberg oder Wedding ist jeder dritte oder vierte Einwohner ausländischer Herkunft (Statistisches Landesamt Berlin 1995)

Die Vereinigung Deutschlands und ihre Auswirkungen auf die Frauen

Eine wesentliche Frage wird sein, ob der seit Jahrzehnten bestehende gesellschaftliche und ideologische Hintergrund die Menschen in Ost und West unterschiedlich geprägt hat.

Vorurteile dazu sind bekannt: Die "Ossis" sind gehemmt und die "Wessis" sind arrogant. Um etwas Licht in diese Vorurteile zu bringen, haben E. Brähler (Universität Leipzig) und H. E. Richter (Frankfurt) in ihrer Studie "Deutsche Befindlichkeit im Ost-West-Vergleich" 1022 Ostdeutsche und 2025 Westdeutsche befragt. Die in der Süddeutschen Zeitung (am 20.2.95) vorläufig mitgeteilten Ergebnisse dieser Studie, die u.a. die Persönlichkeitsmerkmale mit Hilfe des psychodynamisch orientierten "Gießen-Tests" erfaßte, spiegeln in der Tat die bekannten (Vor-) Urteile wider: Die Ostdeutschen sind eher "Gemeinwesen", die Westdeutschen sind Individualisten. Die "Ossis" sind im allgemeinen weniger selbstsicher, sie sind abhängig von Stimmungen, grüblerisch, leicht bedrückt und haben Schwierigkeiten, Distanz zu halten. Ihren Nächsten sind sie aber positiv zugewandt.

Die "Wessis" dagegen sind tendenziell eher selbstzufrieden. Ihnen mangelt es an emphatischer Zuwendung zum Nächsten. Sie sind sich ihrer Kompetenz bewußt. Ihre Merkmale sind eher "hart" und "arrogant". Die "Ossis" haben weniger Geld, aber mehr emotionale Qualitäten. Diese Ergebnisse spiegeln also in etwa die bekannten populären Meinungen wider (Brähler und Richter 1995 zitiert nach: Süddeutsche Zeitung vom 20.2.1995).

Eines der wesentlichsten sozialmedizinischen Kriterien für Gesundheit ist die Frage der Lebenserwartung. Wenn man einen Vergleich der Lebenserwartung der Frauen in der ehemaligen DDR und Bundesrepublik zieht, so zeigt sich folgendes Bild:

1949/1951 ergab sich in den damaligen Staaten bereits eine unterschiedliche Lebenserwartung. Sie war bei den Frauen im Osten knapp ein halbes Jahr höher als im Westen. 40 Jahre später (1988/1990) zeigt sich, daß die Lebenserwartung der Frauen im Westen über 2 Jahre höher ist als im Osten (Geyer 1994), (Abbildung 1).

Ein Blick auf die psychosomatischen Beschwerden bei Frauen zeigt, daß durchaus bemerkenswerte Unterschiede vorhanden sind. Wittichen et al. (1994) haben mit Hilfe einer Re-Analyse Indikatoren für Depressivität, Angst, psychosomatische Beschwerden und Substanz-

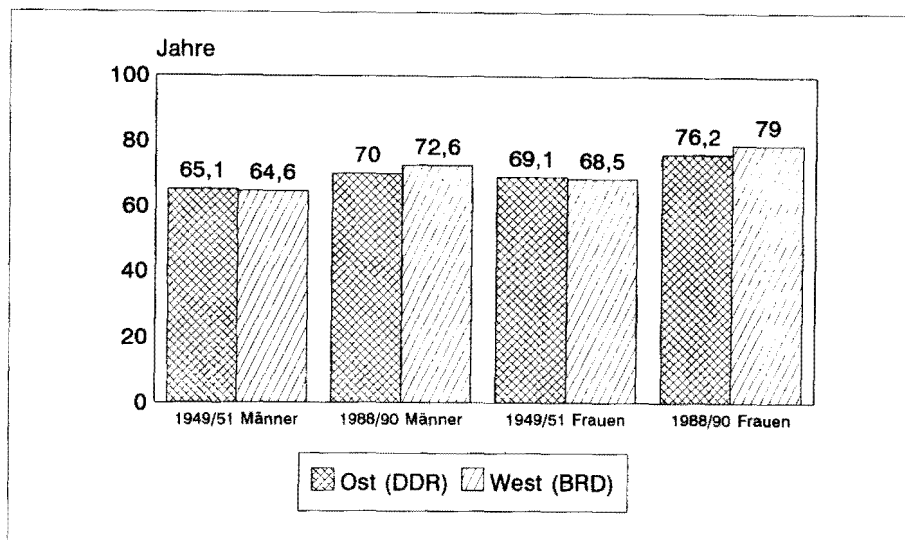


Abb 1: Lebenserwartung bei der Geburt: Ost (DDR) - West (BRD) im Vergleich (Stat. Jahrbuch 1993, zit. nach Geyer und Brähler 1994)

gebrauch im Osten und Westen Deutschlands verglichen. Es zeigen sich insgesamt geringere Ausprägungen der Beschwerden im Osten (Abbildung 2). Oder umgekehrt: Depressionen, Angst und psychosomatische Beschwerden sind im Westen häufiger. Ob dies ein Ergebnis westlicher "Industriekultur" ist, bleibt offen.

Basten et al. (1994) haben bei einer Vergleichsuntersuchung von Studentinnen der Universität Marburg und Dresden ähnliche Ergebnisse erhalten (zitiert nach Geyer 1994).

Die wesentlichsten Veränderungen hat es aber auf reproduktivem und geburtshilflichem Gebiet gegeben. Die Geburtenrate und die Zahl der Eheschließungen gingen dramatisch zurück. Wurden 1989 noch 131.000 Ehen geschlossen, so waren es im Jahr 1992 nur noch 48.000 im Bereich der DDR/Neue Bundesländer (Geyer 1994).

1989 wurden im gleichen Gebiet 199.000 Kinder geboren. 1992 waren es nur noch 87.000. Bereits in den 70er Jahren gab es einen Abwärtstrend der Geburtszahlen in der DDR. 1975 versuchte man durch eine Vielzahl von sozialen Maßnahmen diesem Problem Herr zu werden (Geyer 1994). Danach stabilisierte sich die Geburtenrate bis etwa 1988. Nach der Wende gab es jedoch einen dramatischen Einbruch.

Eine Ursache dürfte darin liegen, daß in der DDR die soziale Absicherung der Frauen und der Familie in Bezug auf die Betreuung der Kinder wesentlich günstiger war. Außerdem waren die Erstgebärenden im Durchschnitt 4 Jahre jünger als die Erstgebärenden im Bereich der BRD. Selbst an den Hochschulen bekamen die Studentinnen ihr erstes Kind bereits während der ersten Semester. Außerdem waren die Frauen in der DDR unabhängiger von ihren Männern als im Westen des Landes. 40% aller Frauen mit Kinder waren alleinerziehend. Obwohl 50% aller Erstgebärenden unverheiratet waren, lebten jedoch 91% dieser Frauen in einer festen Partnerschaft (Geyer 1994).

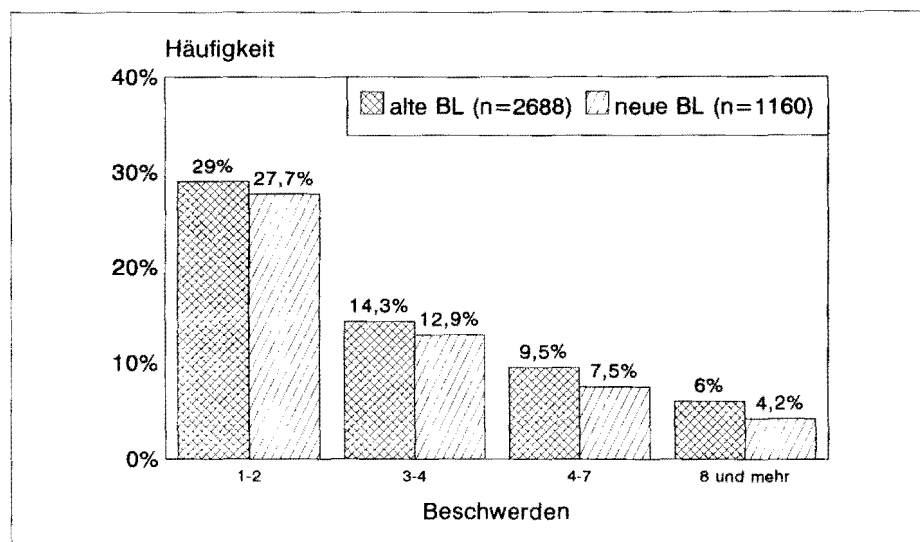


Abb 2: Anzahl starker Beschwerden bei erwachsenen Frauen (Wittichen et al. 1994, zit. nach Geyer und Brähler 1994)

Für den Berliner Raum veröffentlichte das Statistische Landesamt für das Jahr 1993 ähnliche Zahlen. Im Westteil der Stadt blieb die Zahl der Eheschließungen nahezu konstant mit 11.835. Im Ostteil dagegen sank die Rate der Eheschließungen von 1989 bis 1993 dramatisch um 55%.

Im Westteil blieb die Zahl der Geburten relativ konstant. Im Ostteil der Stadt wurden 1989 noch 16.937 Kinder geboren. 1993 waren es mit 7.522 Geburten nur noch weniger als die Hälfte. Die perinatale Versorgung hat im Osten und Westen ein nahezu gleiches Niveau. Im Ostteil gab es 1993 eine perinatale Mortalität von 5,6 Promille, im Westteil von 5,7 Promille (Statistisches Landesamt Berlin 1994).

Eine Folge des Abfalls der Geburtenrate im Osten ist ein Anstieg des Alters der Erstgebärenden. So bekamen im Land Brandenburg 1989 die Mütter im Durchschnitt mit 21 Jahren ihr erstes Kind. 1992 lag das durchschnittliche Alter der Erstgebärenden bei 25 Jahren (Gesundheitsreport des Landes Brandenburg 1993).

Aus ideologisch-gesellschaftlichen Gründen war es für Frauen in der DDR außerordentlich schwierig, sich bei abgeschlossener Familienplanung sterilisieren zu lassen. Dieser Eingriff war nur bei strengen, medizinischen Indikationen erlaubt. Es liegen keine Unterlagen darüber vor, wie häufig dieser Eingriff bis 1989 durchgeführt wurde. Danach (1991) wurden im Land Brandenburg 800 Sterilisationen durchgeführt. Diese Rate stieg auf ca. 7000 (!) im Jahr 1993 an. Mittlerweile sinkt jedoch die Zahl der Sterilisationen wieder und wird sich wohl auf einem niedrigeren Niveau einpendeln (Hornig 1995).

Die Ursachen für diesen "Sterilisationsboom" dürften sowohl in der stark gestiegenen Arbeitslosigkeit bei den Frauen, im Wegfall vieler kindbezogener sozialer Vergünstigungen und auch früherer bürokratischer Hindernisse zu sehen sein.

Soweit zum Ost-West-Vergleich. Eine sehr gute, aktuelle Zusammenfassung zum Thema „Frauen in Deutschland“ bietet die Studie des Instituts für Demoskopie Allensbach (1993).

Türkische Patientinnen und Frauenheilkunde

Die Türken sind in der Bundesrepublik die größte ethnische Minderheit. Nahezu 2 Millionen türkische Migranten leben in Deutschland. Im Jahre 1988 lebten in Berlin (Berlin-West) 246.000 Ausländer. Dies waren knapp 12% der Gesamtbevölkerung West-Berlins. 1994 war der Anteil von Ausländern für Gesamt-Berlin mit 12,1% nahezu wie 1988 für West-Berlin. Zu beachten ist, daß im Ostteil der Stadt der Anteil der ausländischen Bevölkerung deutlich geringer als im Westen ist. Insgesamt steigt der Anteil der Ausländer kontinuierlich. So waren es 1993 noch 11,7% im Vergleich zu 12,1% im Jahr 1994 (Statistisches Landesamt Berlin 1995).

Der Anteil der Ausländer ist jedoch bekanntermaßen nicht in allen Stadtteilen des Berliner Westens gleich groß. Der Arbeiterbezirk Kreuzberg hat mit 33,1% den höchsten Ausländeranteil, gefolgt von den Bezirken Wedding mit 27,4%, Tiergarten mit 24,7% und Schöneberg mit 22% (Statistisches Landesamt 1995).

Der größte Teil dieser ausländischen Mitbürger sind Türken. Betrachtet man nun die Präsenz von Türkinnen in medizinischen Versorgungsstrukturen, so zeigt sich noch deutlicher, daß diese Patientengruppe keine kleine Minderheit ist. Im Jahr 1992 betrug der Anteil von Ausländerinnen an den Geburten im Bereich der Universitäts-Frauenklinik Charlottenburg 28%. Im Bereich des Standortes Wedding der Universitäts-Frauenklinik war im gleichen Jahr der Anteil mit 59% nahezu doppelt so hoch.

In der Untersuchung der Nationalitätenverteilung der gebärenden Frauen im Jahr 1994 im Standort Wedding des Universitätsklinikums Rudolf Virchow zeigt sich, daß Patientinnen aus Deutschland mit nur 38,3% eine Minderheit darstellen. Patientinnen islamischen Glaubens aus Türkei, Pakistan, Afghanistan etc. sind mit 43,4% häufiger vertreten (David 1994). Vergleicht man die Entwicklung der Geburtszahlen in Berlin im Jahr 1993 und 1994, so nimmt die Gesamtzahl der Geburten leicht ab. Der Anteil der Geburten von Ausländerinnen steigt jedoch.

Neben diesen rein quantitativen Betrachtungen wissen wir wenig über die Qualität der Versorgung der ausländischen Patientinnen. Der größte Teil der Untersuchungen zu dieser Thematik ist über 10 Jahre alt. In einer Übersicht faßten Zink und Corporal 1984 die sozialmedizinisch-epidemiologischen Probleme von Ausländern zusammen. Die meisten Untersuchungen bei den Frauen bezogen sich auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Dabei zeigten sich im Vergleich zu deutschen Frauen folgende Besonderheiten:

- Multiparität
- schlechtere Schwangerschaftsüberwachung
- schlechtere Geburtsüberwachung
- höhere perinatale Mortalität
- weniger Vorsorgeuntersuchung der Kinder
- häufiger Störungen der kindlichen Gesamtentwicklung
- geringerer Impfschutz der Kinder (Zink 1984).

Psychosomatische Probleme

Günay und Haag (1990) untersuchten mit Hilfe des Gießener-Beschwerdebogens die psychosomatische Symptomatik von deutschen mit türkischen Frauen im Vergleich.

Hier gab es in der Tat signifikante Unterschiede. So haben Türkinnen deutlich mehr Kopfschmerzen, Schwächegefühle, Hitzewallungen, Nacken- und Gliederschmerzen, Schwindel- und Druckgefühle im Kopf, Kälteüberempfindlichkeit und Erschöpfbarkeit. Diese Multisymptomatik dürfte am ehesten Ausdruck einer psychosozialen Belastung sein (geringeres Einkommen, schlechtere Wohnverhältnisse, mehr Kinder). Oft genug sind, durch die erhöhte Arbeitslosigkeit der Männer bedingt, türkische Frauen die einzigen Erwerbstätigen in der Familie: Der Mann ist als Industriearbeiter arbeitslos geworden, die Frau hat Anstellung als Putzhilfe. Bless et al. (1992) untersuchten ein Kollektiv von 40 Frauen mit chronischen Unterbauchschmerzen die Frage der möglicherweise verursachenden Konflikte. Sie fanden bei Türkinnen deutlich mehr familiäre Probleme als mögliche Ursachen. Bei den deutschen Patientinnen dominierten eher Partnerschaftskonflikte. Dies deutet darauf hin, daß die familiäre Enge (wenig eigene Entfaltungs- und Autonomie-möglichkeit) eine psychosomatische Belastung darstellt.

Sprachlosigkeit als Problem steriler türkischer Paare

Zwischen Januar 1992 und August 1994 kamen 1250 Paare in die Kinderwunschsprechstunde der Universität-Frauenklinik Charlottenburg. Von diesen Neuaufnahmen waren 750 (60%) deutsche Paare, 120 (9,6%) waren Paare mit gemischter Nationalität, 380 (30,4%) ausländische Paare und von diesen wiederum 200 (16%) türkische Paare. Schon diese Zahlen verdeutlichen, daß in einer solchen Spezialsprechstunde die ausländischen Paare im Vergleich zur Wohnbevölkerung deutlich überrepräsentiert sind. Im Rahmen eines Forschungsprojekts (Förderung durch das Ministerium für Wissenschaft und Forschung der Bundesrepublik Deutschland) sollten nun diese speziellen Probleme – fokussiert auf die türkischen Paare – untersucht werden.

Viele dieser türkischen Paare kommen aus ländlichen Regionen, in denen islamisch-patriarchalische Gesellschafts- und Wertennormen vorherrschen. Die Stellung des Paares wird u.a. an der Fruchtbarkeit – also an der Kinderzahl – gemessen. Die Fruchtbarkeit ist eigentlich etwas selbstverständliches für diese Paare. Um so mehr sind diese Paare in ihrem Selbstwertgefühl erschüttert, wenn dieses vermeintlich "natürliche Recht" auf sie nicht zutrifft. Dies trifft vor allem die Frau, deren "natürliche Pflicht" die Geburt vieler Kinder ist.

Migrationstyp

Bei der Frage nach den Gründen der Migration (n=125) stellte sich heraus, daß 52% mit den Eltern nach Deutschland kamen oder hier geboren wurden. Sie gehören demnach zur 2. Generation. Bei 42% der untersuchten Paare war ein Partner durch die Heirat nach Deutschland nachgezogen. Diese Gruppe stellt die "erweiterte 2. Generation" dar. Die Familienzusammenführung ist durch folgende Voraussetzungen erschwert:

1. In Deutschland lebender Ehepartner muß belegen können, daß er genügend Einkommen hat und über genügend Wohnraum für beide verfügt.
2. Beide müssen mindestens ein Jahr standesamtlich getraut sein, bevor die Partnerin endgültig nach Deutschland einreisen kann (per Visum).
3. Erst nach 5-jährigem Aufenthalt kann der nachgezogene Partner erstmals eine Arbeitserlaubnis beantragen oder die Partnerin ihre Arbeitserlaubnis auf den Nachgezogenen übertragen.

Die Türkei ist nicht Mitglied der EG. Durch eingeschränktes Bleibe- und Nachzugsrecht ergeben sich für die Paare juristische Probleme. Ein Großteil der türkischen Arbeitnehmer sind ungelernete oder angelernte Arbeiter, die eher von Arbeitslosigkeit betroffen sind. Dadurch ergibt sich auch der geringe Verdienst. Die Wohnungsprobleme (schlechte Wohnraumqualität, enge Wohnung) sind bekannt.

Insbesondere für die 2. Generation stellt sich das Problem der verschiedenen Gesellschafts- und Wertennormen. Sie leben im transkulturellen Umbruch und müssen sich mit der Frage der eigenen Identität auseinandersetzen.

Besonders in Großstädten wie Berlin leben viele Türken in einer Ghetto-Situation. Für sie ist der deutsche Spracherwerb nicht notwendig. Zum Einkaufen oder auch bei bestimmten Dienstleistungen (Fahrschule, Handwerker) ist die deutsche Sprache nahezu überflüssig, da es genügend Anbieter in türkischer Sprache gibt. Wir sind daher also nicht erstaunt, wenn diese Frauen kaum deutsch sprechen. Wir beobachten immer wieder, daß selbst der Weg in die Sterilitätssprechstunde nur in Begleitung des Ehemannes angetreten wird, da sie sich im U-Bahn- und Bus-Netz einer Großstadt nicht auskennen. Sie verlassen nicht allein den Wohnbezirk.

Probleme in der Arzt-Patienten-Beziehung

In der täglichen Arbeit mit sterilen türkischen Frauen sind folgende Besonderheiten zu erwähnen: Türkische Frauen haben andere Umgangsformen mit der Scham als europäische Frauen. Insbesondere die vaginale Untersuchung z.B. ist sehr schambesetzt. Es kommt immer wieder vor, daß sie bei der gynäkologischen Untersuchung versuchen, die entblößten Genitalien zu verdecken. Dieses Verhalten erklärt sich aus den Geboten des Korans, in welchem geschrieben steht, daß sich eine gebärfähige Frau einem fremden Mann nicht unverhüllt zeigen darf. Nur der Ehemann darf sie entblößt sehen. Daher ergeben sich diese schambesetzten Situationen vor allen Dingen bei der gynäkologischen Untersuchung durch männliche Ärzte.

In der Türkei gibt es keine sexuelle Aufklärung in den Schulen. Oft werden die jungen Frauen, ohne etwas über Körpervorgänge und Sexualität zu wissen, in die Ehe geschickt. Die türkischen Männer haben ihre sexuellen Erfahrungen mitunter nur aus Freudenhäusern. Die Jungfräulichkeit hat – anders als im mitteleuropäischen Kulturkreis – eine gravierende Bedeutung, weil nur die jungfräuliche Frau als vollwertige Partnerin anerkannt wird. Frauenärzte in Deutschland berichten immer wieder, wie türkische Mädchen von ihren Eltern vorgestellt werden, um die Intaktheit des Hymen zu überprüfen.

Auf Grund der mangelnden Aufklärung als auch auf Grund der Lebens- und Denkstrukturen des anderen Kulturkreises (Baymak-Schuldt 1982, Meyer-Ehlert 1986) haben Körper-

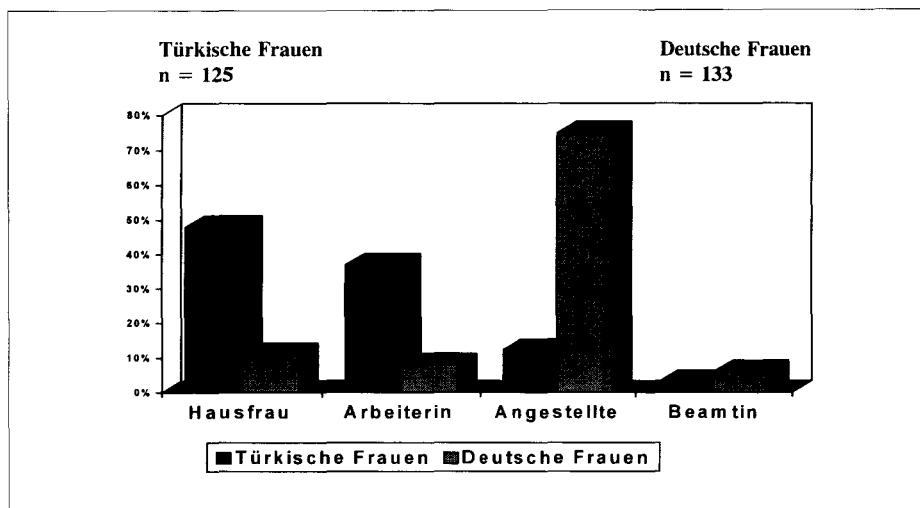


Abb 3: Berufsstruktur von sterilen Frauen (Virchow-Klinikum Berlin-Charlottenburg) Türkische und deutsche Frauen im Vergleich

symptome eine andere Bedeutung und werden ätiologisch auch anders bewertet (Dietzel-Papakyriakou 1985).

Psychosoziale Besonderheiten

Türkische Patientinnen kommen wesentlich früher in die Sterilitätssprechstunde als deutsche Frauen. In unserer Untersuchung waren 85% aller türkischen Patientinnen unter 30 Jahre alt. Bei den deutschen Frauen liegt der Altersdurchschnitt bei etwa 32 Jahren. Abbildung 3 zeigt die Berufsstruktur. 48% der Türkinnen sind Hausfrauen und weitere 37% Arbeiterinnen. Bei den deutschen Frauen dominieren die Angestellten. 86% aller Paare haben einen eigenen Haushalt. 14% leben jedoch mit den Eltern oder Schwiegereltern zusammen. Diese Wohnsituation ist ihnen entweder aus ökonomischen Gründen aufgedrängt, oder die engen Familienbande lassen eine eigene Wohnung nicht zu. Schon diese soziodemographischen Daten zeigen, daß die türkischen Paare andere Lebens- und Arbeitsverhältnisse haben als deutsche Paare.

Sexualität und Sterilität

Eine Sterilitätsbehandlung kann nur dann sinnvoll durchgeführt werden, wenn Frau und Mann die Körperfunktionen verstehen. Der Arzt sollte deutlich machen, daß der Koitus auch zielgerichtet in der Zyklusmitte stattfindet, weil Ovulation und mögliche Konzeption verbunden sind.

Wir fragten nun die türkischen Paare nach ihren Kenntnissen bezüglich der biologischen Grundlagen der Empfängnis. 11,2% hatten recht genaue Kenntnisse, 20,8% mäßige Kenntnisse und 68% (!!!) überhaupt keine Vorstellung hierzu.

Bezüglich des Sexualverhaltens ergab sich ein ähnliches Bild. 1% richteten ihre Sexualität zur Konzeption hin aus. 18% hatten zusätzlich Spontanverkehr und bei 82% gab es ausschließlich spontanen Sex ohne gewollte Beziehung zur Ovulation.

Die Analyse der Sterilitätsursachen zeigte, daß bei knapp der Hälfte (48%) der Paare der Mann als Verursacher der Sterilität zu sehen ist (männliche Subfertilität). In der subjektiven Beurteilung (Laien-Ätiologie) ergab sich jedoch ein vollkommen anderes Bild. Nur 21% der Paare erklärten, daß die Ursache beim Mann lag. Nimmt man nun die Paare mit männlicher Subfertilität (n=60) zur Grundlage, so konnten nur 35% der Männer dies akzeptieren, 18% schwankten zwischen Akzeptanz und Leugnung und 47% der Männer leugneten die eigene Subfertilität.

Selbstverständlich beobachten wir ein ähnliches Phänomen auch bei den deutschen Paaren mit männlicher Subfertilität. Es ist in der Tat für die Betroffenen schwer zu verstehen, warum bei problemlos empfundener Sexualität eine Ursache der Sterilität im Sperma vorhanden sein kann. Auffallend ist aber, daß bei den türkischen Paaren auch bei männlicher Subfertilität die "Sterilitätsschuld" weitgehend auf die Frau verschoben wird.

Problem der invasiven Sterilitätstherapie

In vitro Fertilisation oder neue Behandlungsmethoden wie ICSI (intracytoplasmatische Spermajektion) sind so kompliziert, daß selbst ein einzelner Arzt diese Verfahren nicht in den Einzelschritten nachvollziehen, geschweige denn, sie beherrschen kann.

Türkische Paare (z.B. mit Tubensterilität), bei denen eine IVF-Behandlung notwendig ist, werden nun zusätzliche Probleme haben. Sie begeben sich in eine komplizierte invasive Behandlung, die sie gedanklich kaum nachvollziehen können. Zudem stehen ihnen keine Informationshilfen (Broschüren) in Muttersprache zur Verfügung. Das Resultat ist, daß sie das Problem (Sterilität) und damit zusammenhängend den ganzen Körper bildlich dem Arzt übergeben, damit dieser eine Schwangerschaft erzielen soll. Da man die Realität der Behandlung nicht verstehen kann, ist viel Platz für Phantasien bis hin zu magischem Denken.

Bei einer Untersuchung der türkischen IVF-Paare (n = 84) wurden folgende Bedenken geäußert:

- 75% waren wegen der Möglichkeit einer Mißbildung beunruhigt (in der Realität trifft dies in 2 – 3% zu),
- 60% sahen die Möglichkeit der Samenverwechslung und nur
- 21% hatten keinerlei Bedenken (Mehrfachnennung möglich).

Auch hier ist zu vermuten, daß deutsche Paare ähnliche Ängste haben.

Bezüglich der Ablaufs der in vitro Fertilisation hatten im gleichen Kollektiv 5% ein recht genaues Wissen, 16% ein mäßiges Wissen und 80% überhaupt keine Vorstellung bezüglich dessen, was im Rahmen der IVF-Behandlung geschieht. Wir müssen also konstatieren, daß die Behandlung vollkommen an den kognitiven und emotionalen Voraussetzungen der türkischen Paare vorbeigeht!

Umgang mit Sterilität

Der Kinderwunsch und die Sterilitätsbehandlung sind so tabuiert, daß sie vor anderen verborgen werden müssen. Bei der Untersuchung der Frage, inwieweit die türkischen Paare bereit sind, über ihre Sterilitätsbehandlung zu reden (n=125), zeigte sich:

1. Bei 30% wußten beide Familien Bescheid und bei 3% nur die engsten Freunde.
2. Bei 9% der Paare wußte nur die Familie der Frau Bescheid und in weiteren 6% nur die Familie des Mannes.
3. Bei 50% (jedem 2. Paar) wurde das Problem vollkommen vor der Außenwelt – also auch vor der Familie – verborgen.

Diese relative Verschwiegenheit wirft die Frage auf, wie man dieses Problem der Umwelt gegenüber vermittelt oder ihr gegenüber geheim hält:

- 16% konnten in ihrem Umfeld zu ihrer Sterilität stehen,
- 41% redeten sich mit Notlügen heraus und
- 42% fühlten sich diesem Problem gegenüber ausgeliefert oder machtlos.

Die türkischen Paare in Deutschland haben die Möglichkeit, die Sterilitätsberatung und -behandlung über die Kasse bezahlen zu lassen. Auch die *in vitro* Fertilisation wird bei diesen Paaren von der Kasse übernommen. Uns interessierte nun, ob dieses von den Paaren so akzeptiert wird oder ob es eine zusätzliche Behandlung im Heimatland (z.B. während es Urlaubes) gibt. 78% der Paare ließen sich ausschließlich in Deutschland behandeln, aber 17% ließen sich zusätzlich während ihres Urlaubes in der Türkei behandeln. Die Verzweiflung treibt sie also zu dieser zusätzlichen Therapie, die in der Türkei aber teuer privat bezahlt werden muß!

Wenn wir die Situation dieser Paare zusammenfassen wollen, so ergibt sich folgendes Bild:

- Die Lebens-, Arbeits- und Wohnsituation dieser Paare ist von den deutschen Paaren deutlich zu unterscheiden
- Türkische Frauen sind wesentlich jünger (im Schnitt 6 – 8 Jahre) als deutsche Frauen, d.h. sie begeben sich teilweise schon als 18-jährige in aktive Sterilitätstherapie.
- Das Problem der Kinderlosigkeit wird durch die Ghetto-Situation (Druck von Eltern- und Schwiegereltern) verstärkt. Daraus ergibt sich der „Zwang“ zur frühen aktiven Therapie.
- Die männliche Subfertilität kann von den türkischen Männern nur schwer akzeptiert werden.
- Moderne Therapieverfahren (z.B. IVF) werden kaum verstanden. Daraus folgt, daß die Paare dieser Therapie gegenüber hilflos ausgeliefert sind.

Soziokultureller Umbruch

Der Körper des Menschen (Körperbild, Körpererleben) hat immer etwas Mystisches und Geheimnisvolles an sich. Dies trifft auch auf die Krankheiten des Körpers zu. Man erlebt sie, kann sie aber nur teilweise rational nachvollziehen. Vorstellungen vom Körper und seinen Krankheiten sind immer auch kulturell bedingt. So gibt es z.B. in der Türkei für den

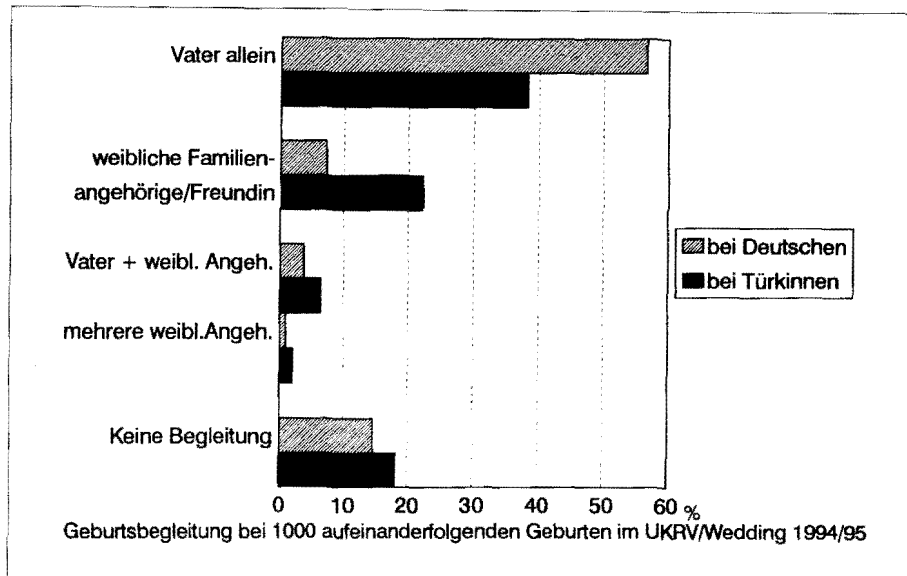


Abb 4: Geburtsbegleitung. Deutsch-türkischer-Vergleich bei tausend aufeinanderfolgenden Geburten (Virchow-Klinikum Berlin-Wedding 1994/95)

chronischen Unterbauchschmerz ohne Organbefund ein spezielles Krankheitsbild: den "Nabelfall", bei dem der Nabel innerlich verrutscht ist und wieder in seine ursprüngliche Position zurückgebracht werden muß, damit die Körperbeschwerden verschwinden.

Wenn nun türkische Paare in dieser Umbruchsituation sich in deutsche Versorgungsstrukturen begeben, werden sie mit anderen Vorstellungen und Abläufen des Medizinbetriebes konfrontiert.

Uns interessierte nunmehr die Frage, wie türkische Paare mit der Geburt als soziokulturellem Ereignis umgehen. Seit ungefähr 20 Jahren ist es in Deutschland üblich, daß die Frau nicht mehr allein zur Geburt in den Kreißaal kommt, sondern daß sie vom Mann oder einer anderen Vertrauensperson begleitet wird. In der Türkei ist diese Begleitung durch den Mann vollkommen unüblich, auch weil die Geburt durch von Frauen vermitteltes Wissen ausschließlich geschlechtsspezifisch vorbereitet wird. Auch in den 90er Jahren (Koptagelilal 1995) ist es in der Türkei weiterhin unüblich, daß der Mann bei der Geburt dabei ist. Die Frage ist nun: Wie verhalten sich türkische Männer in deutschen Kreißälen?

Wir untersuchten an 1000 aufeinander folgenden Geburten der Universitäts-Frauenklinik Berlin-Wedding im Jahr 1994/1995 die Geburtsbegleitung. Abbildung 4 zeigt die Art der Begleitung bei Deutschen und Türkinnen. Nur eine Minderheit hatte keine Begleitung. In 80 – 90% waren in beiden Bevölkerungsgruppen Männer oder andere Vertrauenspersonen anwesend (David et al. 1994).

Es zeigt sich aber, daß bei den Deutschen in knapp 60% ausschließlich der Ehemann oder Lebenspartner anwesend war, wohingegen bei den türkischen Paaren nur in etwa 38% der Mann alleine dabei war. Die türkische Frau ließ sich aber von anderen weiblichen

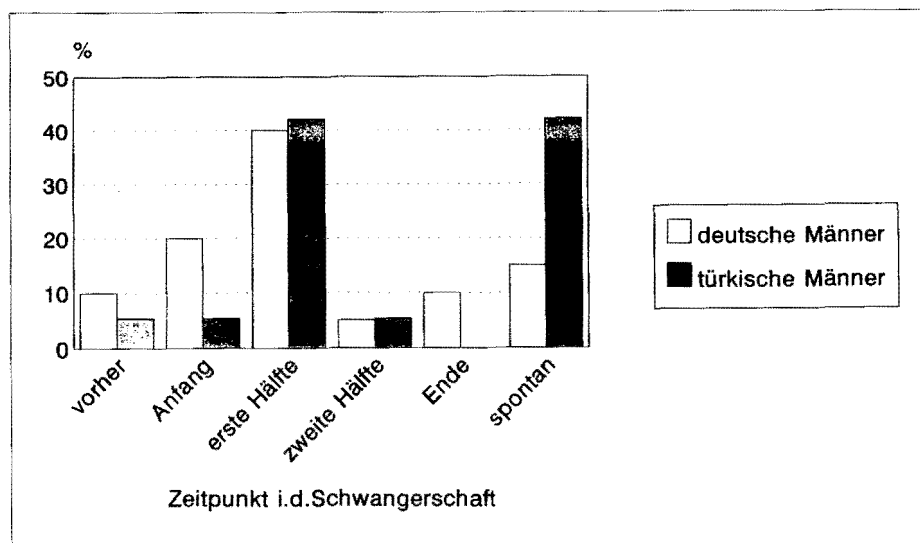


Abb 5: Zeitpunkt der Entscheidung zur Geburtsbegleitung Deutsch-türkischer Vergleich (Virchow-Klinikum Berlin-Wedding 1994)

Familienangehörigen oder Freundinnen begleiten. Wir können also sehen, daß sich Phänomene des totalen soziokulturellen Umbruchs (Männerbegleitung bei der Geburt) und Tradierung von Bekanntem (Begleitung durch Frauen) miteinander vermischen.

Abbildung 5 zeigt, wann sich die Männer zur Geburtsbegleitung entschließen. Bei den deutschen Männern läßt sich feststellen, daß für sie schon zu einem sehr frühen Zeitpunkt klar war, ob sie ihre Partnerin bei der Geburt begleiten. Bei den türkischen Männern ist dies eher ein spontanes Ereignis, auf daß sie sich erst kurzfristig einstellen. In der Untersuchung der Qualität der Geburtsvorbereitung zeigte sich dann, daß bei den deutschen Männern die Vorbereitung über Medien (Broschüren, Informationsabende, Kurse) lief, wohingegen bei den türkischen Männern dies eher ein intuitives Herangehen an das Phänomen "Geburt" war.

Probleme des Medizinpersonals

Bisher haben wir uns ausschließlich um die Probleme der türkischen Paare oder Patientinnen gekümmert. Medizin ist aber an das Arzt-Patienten-Verhältnis und seine Interaktion gebunden. Insofern lohnt es sich, genauer auf die Probleme des Arztes oder der Schwestern zu sehen. Fremdes (fremde Sprache, Kultur, Aussehen, Bräuche) hat mitunter eine Faszination. Fremdes kann aber auch verunsichern oder Angst machen, da wir das Fremde nicht „verstehen“ können. Insofern ist es verständlich, daß Ärzte und Schwestern oft mit Unverständnis auf bestimmte Verhaltensweisen reagieren. Zudem behindert die fremde Sprache das Verstehen. Wir können weder sprachlich noch gedanklich das Anliegen

genauer nachvollziehen. Türkische Paare wissen kaum etwas über bisherige Behandlungen oder Medikationen. Wenn wir nach Operationen oder Tabletteneinnahme fragen, so ernten wir entweder Kopfschütteln oder bekommen Antworten, die uns verzweifeln lassen, da wir nichts nachvollziehen können.

Da die meisten deutschen Ärzte und Schwestern im soziokulturellen Hintergrund Mitteleuropas verwurzelt sind, haben für sie Jungfräulichkeit und Scham eine andere Bedeutung. Es wird also immer wieder (ob bewußt oder unbewußt) Probleme mit der unterschiedlichen Bewertung von Sexualität und Scham geben.

Wenn diese geschilderten Probleme für Ärzte und Schwestern vorhanden sind, so müssen wir auch nach den Auswirkungen fragen. Dies können sein:

Rückzug:

Der Arzt kann das Problem der Patientin als so komplex und überlastet erleben, daß er innerlich den Rückzug antritt: Er sieht sich von der bio-psycho-sozialen Dimension des Krankheitsproblems überfordert.

Sprache:

Wir erleben immer wieder, wie Medizinpersonal in das "Tarzanddeutsch" ausweicht. Statt in Ruhe in deutscher Sprache etwas zu verdeutlichen, verfällt man in das "Tarzanddeutsch" und "Duzen": "Wann Du Tabletten nehmen?"

Hilflosigkeit:

Da der Arzt spürt, daß er das Problem der Patientin nicht lösen kann, flüchtet er sich in die Krankschrift für die Patientin oder verändert seine Diagnostik. Mitunter erweitert er sie ziellos (häufige Anwendung von Computertomogramm) oder er engt sie ein (Vermeidung von teuren Laboruntersuchungen). So führt diese Hilflosigkeit auch zu Phänomenen, die wir als "Bestrafung" ansehen können. Die Wartezeit der Patientin wird verlängert, eine deutsche Patientin wird schnell "einmal vorgezogen".

Polypragmasie:

Jeder Arzt hat bezüglich der Krankheitsbilder ein bestimmtes Diagnose- und Therapie-schemata in seinem Kopf. Wenn er sich aber in der Bewältigung des Problems überfordert sieht, so kann dies oft genug in Polypragmasie enden. Ein Medikament wird gegen ein anderes ausgetauscht: ut aliquid fiat!

Psychische Abwehrmechanismen:

Da die Patientin und ihr Verhalten als soziokulturell fremd erlebt wird, sind abfällige Bemerkungen oder Witze üblich. „Sich lustig machen“ und Witze erzählen befreit innerlich vom Druck der Hilflosigkeit.

Es soll an dieser Stelle nicht darum gehen, Ärzten oder Schwestern Schuldzuweisungen zu geben oder sie moralisch zu „besserem“ Handeln anzuhalten. Wir wollen nur verständlich machen, warum bestimmte Ausdrucksformen medizinischen Handelns gewählt werden und wo die Ursachen dafür liegen. Verbesserungen in der bio-psycho-sozialen Betreuung von Türkinnen sind schwierig. Viele dieser Probleme werden sicherlich mit dem soziokulturellen Umbruch der Paare der 2. und 3. Generation (Akkulturation) verschwinden. Einige

Probleme werden aber bleiben, die durch die Ghetto-Situation der Paare bedingt sind. In unserem Forschungsprojekt ("Sterile türkische Paare") haben wir den Weg der Betreuung in der Landessprache gesucht. Dies hat tatsächlich viele Vorteile, da die türkische Ärztin (wir haben bewußt hierfür eine Frau ausgewählt) in Landessprache vieles an komplizierter Diagnostik und Therapie verständlich machen und vor allen Dingen versuchen kann, das Problem der Sterilität als emotionale Kränkung und psychosomatisches Problem mit dem Paar zu diskutieren. Wir werden keine ideal-typische Lösung anbieten können. Es wird sinnvoll sein, das Typische des Problems aufzuzeigen und Lösungsschritte (mitunter nur von Teilproblemen) nahezulegen.

Literatur

- Basten, M.; Florin, I.; Tuschen, B. et al.: Psychische Symptome und körperliche Gesundheit im vereinten Deutschland: Eine Ost-West-Vergleichsuntersuchung an einer studentischen Stichprobe. *Verhaltenstherapie* 1989; 4: 90-95.
- Baymak-Schuldt, M.: Ausländische Frauen in Hamburg. Gesundheitswissen – Gesundheitsverhalten. Eine empirische Untersuchung im Auftrag der Senatskanzlei. Hamburg: Senatsverwaltung 1982.
- Bless, M.; Upleger, F.; Nugent, W.: Türkinnen im Vergleich zu deutschen Patientinnen in einer Frauenklinik. Vortrag auf dem 49. Deutschen Kongreß für Gynäkologie und Geburtshilfe; Berlin, 9. – 12. September 1992.
- Brähler, E.; Richter, H.E.: Deutsche Befindlichkeit im Ost-West-Vergleich (zit. nach "Süddeutsche Zeitung" vom 20.2.1995) 1995.
- David, M.; Reich, A.; Yüksel, E.; Kentenich, H.: Geburtsbegleitung durch türkische Männer in Deutschland – eine transkulturelle Anpassung. *Deutsche Hebammenzeitschrift*. 1994; 46: 510-513.
- Dietzel-Papakyriakou, M.: Krankheitsverhalten türkischer Arbeiterfrauen – Ergebnisse einer Intervallbefragung. In: Collatz J., Kürsat-Ahlers E., Corporal J. (Hrsg.) *Gesundheit für Alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der BRD*. Hamburg: EBV-Rissen, 1985: 323 – 337
- Gesundheitsreport des Landes Brandenburg (zitiert nach "Berliner Zeitung" vom 4. August 1994) 1994.
- Geyer, M.; Brähler, E.: Veränderungen ausgewählter sozialer und gesundheitlicher Parameter nach der Vereinigung im Ost-West-Vergleich. Vortrag 41. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin. Essen, 10.-12. November 1994.
- Günay, E.; Haag, A.: Krankheit in der Emigration – Eine Studie an türkischen Patientinnen in der Allgemeinpraxis aus psychosomatischer Sicht. *Psychother. Psychosom. med. Psychol* 1990; 40: 417-422.
- Hornig, D.: Sterben die Ostdeutschen aus? Vortragsmanuskript nach der Studie des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Frauen des Landes Brandenburg: „Auswirkungen gesellschaftlicher Transformationsprozesse auf das reproduktive Verhalten Brandenburger Frauen unter besonderer Berücksichtigung irreversibler Schwangerschaftsverhütung“. 1995.
- Institut für Demoskopie Allensbach (Hrsg.): *Frauen in Deutschland. Lebensverhältnisse, Lebensstile und Zukunftserwartungen. Die Schering-Frauenstudie 1993*, Köln: Bund-Verlag 1993.
- Koptagel-Ilal, G.: Persönliche Mitteilung 1995.
- Meyer-Ehlert, B.; Schneider-Wohlfahrt, U.: *Gesundheitsbildung und -beratung mit Ausländerinnen*. Berlin: Express-Edition 1986.
- Statistisches Landesamt Berlin: (Zitiert nach "Tagesspiegel" vom 16.2.1995) 1994.
- Statistisches Landesamt Berlin: (Zitiert nach "Tageszeitung" vom 27.1.1995) 1995.
- Wittichen, H.U.; Lachner, G.; Perkonig, A. et al.: Sind psychische Störungen in den neuen Bundesländern häufiger? *Verhaltenstherapie*. 1994; 4: 96 – 103.

Zink, A.; Corporal, J.: Soziale Epidemiologie der Erkrankungen von Ausländern in der Bundesrepublik Deutschland. In: Kentenich H., Reeg P., Wehkamp K.H. (Hrsg.) *Zwischen zwei Kulturen – Was macht Ausländer krank?* Berlin: Verlag Gesundheit, 1984: 24 – 41.

Anschrift des Autors

Prof. Dr. Heribert Kentenich, Eimine Yüksel, Dr. Matthias David; Frauenklinik des Virchow-Klinikums, Medizinische Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin, Pulsstr. 4, D-14059 Berlin

Tötungsdelikte in schwerstgestörten Partnerschaften

Homicidal Delinquencies in Disturbed Relationships

H. J. Horn, Hamburg

Zusammenfassung

Ausgehend von 150 begutachteten Beziehungstaten (120 männliche, 30 weibliche Täter) werden die Altersstruktur der Täter, die formale Täter-Opfer-Beziehung (verheiratet, geschieden, unverheiratet) und deren Dauer, ferner die Tatfolgen, die (geschlechtsabhängig) unterschiedliche Begehungsform der Tat sowie die Rolle des Alkohols (als determinations- und/oder Katalysationsfaktor der Tat) dargestellt. Die anschließende Aufführung einiger spezifischer Täter-Opfer-Konstellationen und Partnerschaftsverläufe orientiert sich an der viktimologisch definierbaren Rolle des Opfers. Die Ergebnisse verweisen auf die Schwierigkeiten von überindividuellen Einteilungsversuchen gestörter Partnerschaften bzw. der Herausarbeitung einer Kriteriologie für den Störungsgrad.

Schlüsselwörter: Forensische Begutachtung, Tötungsdelikte, Partner als Opfer, Beziehungsstörung, Alkohol

Abstract

Based on 150 expertly assessed partnership delinquencies (120 male, 30 female delinquents), the age structure of the delinquents, the formal delinquent-victim relationship (married, divorced, single) and their duration are described. Furthermore the consequences of the delinquency and the (gender specific) form of commission as well as the part taken by alcohol (as a factor of determination and/or catalysation of the delinquency) are investigated into.

Following that, some specific delinquent-victim constellations and courses of partnership from the point of view of the victimologically defined role of the victim are looked into.

The results show the difficulties of overindividual attempts of categorizing disturbed relationships or even more of working out criteria defining the grade of disturbance.

Key Words: Forensic Expert Assessments, Partner as Victim, Relationship Disturbance, Alcohol, Homicidal Delinquencies

Wenn man von schwerstgestörten Partnerschaften spricht, so muß man sich fragen lassen, wie eine ungestörte, eine intakte, sogar für beide Partner harmonische und zufriedenstellende Paarbeziehung zu definieren wäre. Als Kriterien können sicher nicht nur das Fehlen von Gewalttätigkeiten eines oder beider Partner gegen die Kinder oder die Partnerin angesehen werden, auch nicht das Ausbleiben von verbalen Auseinandersetzungen, von Alkohol-exzessen, von einer durch mannigfache Aktivitäten verschuldeten finanziellen Not, von außerehelichen Intimverhältnissen oder erzwungenen sexuell devianten Praktiken. Ebenso wenig läßt sich die lange Dauer einer Paarbeziehung als Gütekriterium heranziehen. Weiß man doch aus alltäglichen, keineswegs nur psychiatrisch-psychologisch faßbaren Erfahrungen, wie langfristig zuweilen negative und die Harmonie störende Eigenschaften oder Verhaltensweisen eines der beiden Partner nicht nur passiv erduldet, sondern auch toleriert

werden. Wie oft wird, gleich aus welchen Gründen eine längst vorangeschrittene Desintegration sorgsam vor der sozialen Umwelt verborgen gehalten?

Über die Häufigkeit von Gewalttätigkeiten, die eine schwere oder schwerste Gestörtheit der Paarbeziehung anzeigen, gibt es kaum aussagefähige Untersuchungen. Es sei denn, man geht von den Aufnahmezahlen der deutschen Frauenhäuser, von Schätzungen oder stichprobenartigen Erhebungen aus. So existiert eine Untersuchung von Gelles (1972) an einer allerdings sehr kleinen Stichprobe, nach der 47% der befragten Ehemänner und 25% der befragten Ehefrauen ihren Partner regelmäßig schlugen. Die geschätzte und allgemein angenommene Häufigkeit von Gewalttätigkeiten macht einem bewußt, wie wenig der äußere Anschein einer harmonischen Partnerschaft über deren Grad der Qualität bis hin zur massiven Gestörtheit auszusagen vermag.

Auch eine Untersuchung der Beweggründe für ein Scheidungsbegehren, gleich ob noch mit oder schon ohne Verschuldensprinzip, würde zu keiner randscharfen Definition der gestörten oder schwerstgestörten Partnerschaft führen. Hinter den angegebenen Motiven der Scheidungswilligen verbergen sich oft genug ganz andere Intentionen, deren Kenntnis bei dem Versuch einer Polarisierung zwischen gestörten Partnerschaften einerseits und ungestörten, harmonischen Partnerschaften andererseits nicht weiterführt. Erst ein gravierendes, ein für alle Beteiligten erschütterndes Ereignis, gestattet in einigen Fällen den Einblick in eine schon lange bestehende schwere bis schwerste Gestörtheit der Partnerschaft.

Wenn der forensische Psychiater in diesem Zusammenhang von einem erschütternden, unerwarteten, einem gravierenden Ereignis im Verlauf einer Partnerschaft redet, so sind damit nicht verbal affektive Auseinandersetzungen gemeint, die vielleicht zu einer Verhärtung der Fronten geführt haben. Es ist auch nicht die Bearbeitung von passageren Trennungen oder von der Ehescheidung. Es sind nicht die Störungen, die evtl. noch der Eheberatung oder Krisenintervention, der Familien- oder Psychotherapie zugeführt werden können. Gemeint sind die Fälle, in denen eine gestörte Partnerschaft nicht in eine Trennung oder in ein Scheidungsverfahren einmündete, sondern eine Gewalttat gegen die Partnerin/den Partner zur Folge hatte. Es ist die Aufgabe des forensischen Psychiaters den Täter mit der Frage nach der Schuldfähigkeit zum Zeitpunkt einer partnerschaftlichen Gewalttat, gleich ob sie zum Tode oder nur zu einer Körperverletzung des Opfers führte, zu begutachten. Es gilt dann anhand der vorhandenen Erkenntnisse die jeweilige Partnerschaft mit allen ihren Variablen einer möglichst genauen und nicht wertenden Analyse zu unterziehen, Entwicklungslinien bis hin zur Tat darzustellen, motivische Schwerpunkte bloßzulegen, um letztlich zu versuchen, den Hintergrund einer Tat zu erhellen und die Tat als Phänomen vor dem Hintergrund der bestandenen Partnerschaft zu sehen.

Neben der keineswegs zu abstrahierenden Einstellung des Untersuchers stehen einem solchen Unterfangen mannigfache Hindernisse im Wege, die besonders im Rahmen eines Strafverfahrens akzentuiert in Erscheinung treten. Besonders dann, wenn das Opfer überlebt und zu einer möglichst objektiven Darstellung bereit und fähig ist, gibt sich die vielschichtige Verzahnung der beteiligten Individuen in ihren mannigfaltigen Bezugsebenen zu erkennen. Unter anderem stellt sich dann die Frage, ob die Partnerschaft nur die Kulisse bildete, vor der bestimmte Persönlichkeitsmerkmale der Beteiligten akzentuierter in Erscheinung traten und sich als Störfaktoren auswirkten. Gilt die Enge der Zweierbeziehung als Störfaktor, als Katalysator primärer Aggressionstendenzen oder sogar als Auslöser spezifischer Entwicklungen?

Methodik

Mit dem Ziel der Erhebung und Gewichtung von Risikofaktoren der partnerschaftlichen Desintegration (Desintegrationsfaktoren), von Verlaufsgesetzmäßigkeiten in gewalttätig beendeten Beziehung, von desintegrierenden Faktoren und tatvorbereitenden Phänomenen wurden 150 Fälle von partnerschaftlichen Gewalttaten, die einer strafrechtlichen Verfolgung zugeführt worden waren, bearbeitet und analysiert. Das Untersuchungsmaterial erfaßte 120 männliche Täter und 30 Täterinnen im Alter zwischen 18 und 75 Jahren. Folgende Zusammenstellung gibt die Altersstruktur der Täter und Täterinnen wieder (Tab. 1).

Der Häufigkeitsspitzen liegt bei den Männern zwischen dem 26. und 40. Lebensjahr, bei den Frauen zwischen dem 26. und 35. Lebensjahr und somit erwartungsgemäß in einem höheren Lebensabschnitt als die Kriminalitätsbelastung der Tatverdächtigen bei Gewaltkriminalität in der Bundesrepublik. Hier liegt bei den Männern der Altersgipfel zwischen dem 16. und 21. Lebensjahr, bei den Frauen zwischen dem 14. und 18. Lebensjahr.

Tab. 1: Begutachtete Gewalttaten in Partnerschaften (n=150);
Alterstruktur männlicher (n=120) und weiblicher Täter (n=30)

Alter	Täter männlich	Täter weiblich
18 – 20 Jahre	2 (1,7%)	1 (3,3%)
21 – 25 Jahre	13 (10,8%)	5 (16,8%)
26 – 30 Jahre	19 (15,8%)	6 (20,0%)
31 – 35 Jahre	24 (20,0%)	6 (20,0%)
36 – 40 Jahre	21 (17,5%)	3 (10,0%)
41 – 45 Jahre	17 (14,1%)	4 (13,3%)
46 – 50 Jahre	6 (5,0%)	4 (13,3%)
51 – 55 Jahre	11 (9,2%)	1 (3,3%)
56 – 60 Jahre	2 (1,7%)	–
61 Jahre und älter	5 (4,2%)	–
Gesamt	120 (100%)	30 (100%)

Die Tat, die schließlich zur strafrechtlichen Verfolgung führte, richtete sich bei den männlichen Tätern in 64,2% der Fälle gegen den verheirateten Partner, während bei den Täterinnen in 83,3% der Fälle der Ehemann das Opfer war (Tab. 2). An der bereits geschiedenen Partnerin, in einem Fall lag die rechtskräftige Scheidung bereits sechs Jahre zurück, wurde die Gewalttat in sieben Fällen begangen. Wenn von Intimpartnerschaften zwischen unverheirateten Partnern die Rede ist, so handelt es sich durchweg um sehr

langfristige Beziehungen, in denen man eine mehr oder weniger lange Lebensstrecke mit gemeinsamen Erfahrungen besetzt hatte. Es waren sowohl eheähnliche Verhältnisse, die noch zum Zeitpunkt der Tat bestanden, als auch solche Paarbeziehungen, in denen eine Verlobung stattgefunden hatte oder ein gemeinsames Kind vorhanden war oder mindestens durch gegenseitige Versprechen irgendwann im Verlauf der Partnerschaft eine gemeinsame Zukunft intendiert war.

Tab. 2: Begutachtete Gewalttaten in Partnerschaften (n=150); Täter/Opfer-Beziehung nach Geschlecht

Täter/Opfer-Beziehung	Täter männlich	Täter weiblich
Tat gegen verheirateten Partner	77 (64,2%)	25 (83,3%)
Tat gegen geschiedenen Partner	7 (5,8%)	0 (0%)
Tat gegen unverheirateten Intimpartner	36 (30,0%)	5 (16,7%)
Gesamt	120 (100%)	30 (100%)

Besondere Probleme ergeben sich bei der Bestimmung der Partnerschaftsdauer. Während sich das Ende der Beziehung aus der zur strafrechtlichen Verfolgung führenden Tat oder aus dem Termin der endgültig gemeinten Trennung der Partner ergab, ließ sich deren Beginn nicht immer präzise bestimmen. Bei verheirateten Paaren erwies sich der Hochzeitstermin als untaugliches Kriterium, wenn man schon vorher evtl. mehrere Jahre unverheiratet eine gemeinsame Wohnung geteilt hatte oder sogar bereits gemeinsame Kinder vorhanden waren. In anderen Fällen waren der Eheschließung wiederholt Trennungen vorangegangen, ehe man sich endgültig entschloß die Beziehung durch Heirat zu legalisieren. Ebenso wie bei den unverheiratet gebliebenen Paaren mußte aus den Explorationen und evtl. Zeugenaussagen ein Zeitpunkt bestimmt werden, in dem im Sinne einer Verdichtung der Beziehung in Form der Verlobung, des Eheversprechens, einer Planung der gemeinsamen Zukunft oder des Bezuges einer gemeinsamen Wohnung den Beginn der Partnerschaft anzeigte. Aufgrund dieser Unsicherheiten und oftmals eher verschwommenen Angaben der Begutachteten konnte, wie die Tab. 3 zeigt, die Partnerschaftsdauer nur nach einem groben Raster aufgeschlüsselt werden.

Die kürzeste Partnerschaftsdauer lag bei 11 Monaten, die längste bei 49 Jahren. Wenn in den Fällen mit männlichem Täter in 60,8% und bei weiblichen Tätern in 46,7% die Tat in den ersten 10 Jahren erfolgte, so ist hier zu berücksichtigen, daß die Taten zwischen unverheirateten Partnern sämtlich bis zum 10. Partnerschaftsjahr erfolgten. Wenn man diese Fälle eliminiert, so ergibt sich für die verheirateten Paare mit männlichem Täter ein Häufigkeitsgipfel zwischen dem 6. und 16. Partnerschaftsjahr, dagegen bei den Fällen mit Täterin kein derartiger Gipfel, dagegen aber eine Häufung (40% sämtlicher Fälle) im 16. bis 28. Partnerschaftsjahr.

Tab. 3: Begutachtete Gewalttaten in Partnerschaften (n=150);
Dauer der Partnerschaften

Dauer der Partnerschaft	Täter männlich	Täter weiblich
bis 2 Jahre	22 (18,3%)	4 (13,3%)
2 – 5 Jahre	32 (26,7%)	5 (16,7%)
10 – 15 Jahre	16 (13,3%)	4 (13,3%)
15 – 20 Jahre	14 (11,7%)	3 (10%)
20 – 25 Jahre	8 (6,7%)	3 (10,0%)
25 – 30 Jahre	4 (3,3%)	6 (20,0%)
länger als 30 Jahre	5 (4,2%)	0 (0%)
Gesamt	120 (100,0%)	30 (100,0%)

Zu den Taten

Die Tat, die strafrechtlich verfolgt wurde, endete in 60% der Fälle mit männlichem und 56,7% der Fälle mit weiblichem Täter tödlich. Als schwere Körperverletzung wurden alle Verletzungen mit Eröffnung einer Körperhöhle, wie Schädelhirntraumen mit Bewußtlosigkeit, aufgefaßt, als mittelschwere Taten stumpfe Traumen, schwerer psychogener Schock, mit Traumen, die mindestens zur Beobachtung zur Klinikaufnahme führten. Als leichte Körperverletzung wurden Prellungen, Schürf- und Stichverletzungen, die keiner ärztlichen Intervention bedurften, definiert. Dazu ist der Hinweis notwendig, daß es in einigen Fällen nur der raschen ärztlichen Intervention, dem Zufall oder aber auch dem Täter und dessen noch in der Tatausführung gezeigten Ambivalenz und Ambitendenz zu verdanken war, daß die von ihm ausgeführten gewalttätigen Handlungen nur mit einer Körperverletzung und nicht mit dem Tod des Opfers endeten (Tab. 4).

Tab. 4: Begutachtete Gewalttaten in Partnerschaften (n=150); Tatfolge

Tatfolge	Täter männlich	Täter weiblich
Tod (Zusatzopfer)	72 (60,0%) 4	17 (56,7%) 0
Tod (schwer) (Zusatzopfer)	25 (20,9%) 2	8 (26,7%) 0
Körperverletzung (mittelschwer) (Zusatzopfer)	17 (14,2%) 1	4 (13,3%) 0
Körperverletzung (leicht) (Zusatzopfer)	6 (5,0%) 7	1 (3,3%) 0

Was die Begehungsform der Tat betrifft, so steht bei den männlichen Tätern die Verwendung von Stichwaffen und Messern obenan, vor dem Würgen und Anwendung körperlicher Gewalt, sowie Schußwaffen, während von den Täterinnen erwartungsgemäß körperliche Gewalt nicht zur Anwendung kam, dagegen Stichwaffen und Messer sowie Schußwaffen relativ häufig benutzt wurden. Es bedarf keiner besonderen Diskussion, daß die Begehungsform der Tat, die Benutzung bestimmter Waffen oder die Häufigkeit der Einwirkungen keinerlei Rückschlüsse auf den Grad der Gestörtheit einer Partnerschaft zuläßt, auch dann nicht, wenn in einem Fall die Frau mit insgesamt 49 Stichen mit einem schweren Brotmesser den Ehemann tötete (Tab. 5).

Tab. 5: Begutachtete Gewalttaten in Partnerschaften (n=150);
Begehungsform der Tat

Begehungsform der Tat	Männer	Frauen
Stumpfe Hieb Waffen	24 (20,0%)	3 (10,0%)
Scharfe Hieb Waffen	5 (4,2%)	4 (13,3%)
Schußwaffen	25 (20,8%)	7 (23,3%)
Stichwaffen und Messer	36 (30,0%)	11 (36,6%)
Körperliche Gewalt	25 (20,8%)	0 (0,0%)
Würgen	30 (25,0%)	0 (0,0%)
Drosseln	15 (12,5%)	1 (3,3%)
Vergiften	2 (1,6%)	4 (13,3%)
Andere Begehungsform	12 (10,0%)	1 (3,3%)

Forensische Erkenntnisquellen und ihre Aussagekraft

Bei der Beurteilung der strafrechtlich verfolgten Gewalttat und beim Versuch einer Typologisierung kann man von objektiven Erkenntnissen, von Fakten, von rechtsmedizinisch erarbeiteten Untersuchungsergebnissen ausgehen. Will man den Verlauf einer Paarbeziehung und deren Qualität erfassen, desintegrierende Faktoren und tatvorbereitende Momente eruieren, um Aussagen über den Grad der Gestörtheit einer Partnerschaft zu machen, so ist man zunächst auf die Mitarbeit und Offenheit des Täters bzw. der Täterin angewiesen. Sofern das Opfer die Gewalttat überlebt hat und zur Aussage bereit ist, ergibt sich daraus mit Einschränkungen eine weitere Erkenntnisquelle. Wesentlich sind bei Beziehungstaten Aussagen von Zeugen, familiären oder nachbarschaftlichen Zeugen, deren Wertigkeit oft nur mit großen Einschränkungen zu beurteilen ist.

1. Endete die Gewalttat tödlich, so ist man zur Erhellung der zur Tat hinführenden Entwicklungslinien und der Qualität der Paarbeziehung ausschließlich oder vorwiegend auf die Angaben des überlebenden Täters bzw. Täterin angewiesen. Erwartungsgemäß werden

hier Versuche der Selbstrechtfertigung zum Zwecke der intrapsychischen Entlastung evident. Das Schwergewicht der Tatmotivation wird auf das Opfer verlagert oder dessen Verhaltensweisen und Einstellungen in den Bereich des Pathologischen gerückt. Von Zeugen wird je nach deren Art der Beziehung zum Täter bzw. zum Opfer oft nur eine ganz subjektive, einerseits von Haß- und Rachegefühlen, andererseits von Gefühlen der verständnisvollen Sympathie und des Mitleids bestimmte Sicht wiedergegeben.

Dazu folgender Beispielfall:

Der 27jährige Mann tötete nach 7jähriger Partnerschaftsdauer seine drei Jahre jüngere, mit ihm lebende Frau durch einen Kopfschuß.

Bei der polizeilichen Vernehmung und in foro machten Angehörige folgende Aussagen:

Der Bruder des Opfers schilderte das Opfer als eine Frau, die mit Geld nicht umgehen konnte, immer die neuesten Kleider haben mußte, viel ausgegangen ist, immer neue Männerbekanntschaften hatte, eine schlechte Hausfrau war, ihn immer wieder zu Auseinandersetzungen provoziert haben soll. Der Täter soll seiner Frau hörig gewesen sein, soll sie aber nur einmal während der Partnerschaft geschlagen haben.

Mutter und Bruder des Täters gaben an, daß der Täter seine Frau mehrfach geschlagen, sie gewürgt, gedrosselt haben soll, ihr angedroht habe sie umzubringen, soll seine beiden Kinder grundlos geschlagen haben. Es wird betont, daß sie nie Verhältnisse mit anderen Männern hatte, daß sie immer nur mit ihrem Bruder ausging, während er ihr von seinen Frauengeschichten erzählt haben soll. Überall soll er eine Freundin gehabt haben, wird als Schürzenjäger bezeichnet. Man beschreibt ihn außerdem als sehr wechselhaft, gewalttätig, am nächsten Tag wieder zur Versöhnung bereit.

Bei Bewertung der beiderseitigen Zeugenaussagen gewinnt man den Eindruck, als würde hier über zwei ganz unterschiedliche Partnerschaften gesprochen.

2. Überlebte das Opfer nach einer Körperverletzung, so ergeben sich unterschiedliche Konstellationen:

a) Erfolgte nach der Tat eine vorläufige oder bleibende Reintegration der Beziehung in Form einer Versöhnung, sei es aus wirtschaftlichen, sexuellen oder anderen Gründen, so versucht das Opfer, wenn es überhaupt aussagebereit ist, die eigene Beteiligung und die Rolle bei der Desintegration der Beziehung und damit auch bei der Entwicklung zur Tat hin mit dem Ziel der Entlastung des Täters zu verdeutlichen. Wenn das Opfer eine gemeinsame Zukunftsperspektive zu sehen meint, so werden Schuldanteile übernommen bis hin zu der verbalisierten Ansicht, daß es ohne Zutun des Opfers nie zu einem solchen aggressiven Geschehen hätte kommen können und somit die Tat gleichsam nur als Reaktion auf das Opferverhalten aufzufassen sei.

b) Ist eine Reintegration der Beziehung nach der Tat ausgeblieben, so ist umgekehrt vom Opfer eher eine Belastung des Täters, eine Überfrachtung mit Beschuldigungen, eine Minimierung der eigenen Rolle beim Entstehen der Tat zu erwarten. Verständlicherweise spielen dann motivisch durchaus Gefühle des Hasses und der Rache eine wesentliche Rolle. "Der soll dafür büßen", wie es eine Frau vor Gericht verdeutlichte.

3. Wird die Tat vom Täter als Unglücksfall, als Fahrlässigkeit, als unglücklicher Zufall deklariert, so ist der Täter zum Zwecke der Ausklammerung jeglichen Verdachtes einer evtl. vorsätzlichen Täterschaft gleichsam gezwungen, die bisherige Paarbeziehung als optimal, als ungestört und die Rolle des Opfers als möglichst positiv darzustellen.

4. Wenn der Mann das Opfer der Gewalttat war, so erfährt man zunächst sehr wenig über die Qualität der Beziehung mit einem evtl. chronischen Alkoholkonsum des Mannes, Gewalttätigkeiten und Schikanen. Auch Zeugen wissen hierüber wenig zu berichten. Aus Scham werden Folgen von Verletzungen langfristig und sorgsam vor der Umwelt verborgen gehalten, dies auch noch nach dem Tode des Mannes. Man erfährt dann in der Untersuchungssituation, damit in einem vertraulichen Zweiergespräch, einiges über das Ausmaß eines oft jahrelang durchlebten Martyriums. Dabei kann leicht der Eindruck von eigenen Entlastungsversuchen, mit dem Ziel einer günstigeren Beurteilung entstehen. Erst die zusätzliche Berücksichtigung von außerfamiliären Zeugen gestattet es dann die partnerschaftliche Situation zu erhellen und das motivische Schwergewicht der Tat zu bestimmen.

Zum Zusammenhang um Beziehungsstörung und Tatgeschehen

Wenn man unter Beachtung der definitorischen Probleme und der dargelegten eingeschränkten Erkenntnismöglichkeiten die Paarbeziehungen, die mit einer strafrechtlich verfolgten Gewalttat bis hin zur Partnertötung den Begriff der schwerstgestörten Partnerschaft subsumieren will, so ergeben sich folgende Fragen:

1. Gibt es bestimmte Verlaufsgesetzmäßigkeiten, die es gestatten zu irgendeinem Querschnittsbild eine derartige Gewalttätigkeit zu prognostizieren?
2. Läßt sich ein spezifischer Verlauf der Beziehung im Gegensatz zu idealtypischen Verläufen von harmonischen Partnerschaften erkennen?
3. Welche Faktoren fördern oder bestimmen sogar die Desintegration der Beziehung bis hin zur strafrechtlich verfolgten Gewalttat?

Dazu ist es erforderlich, sich zunächstgrundsätzlich mit der Dynamik von Partnerschaften auseinanderzusetzen. Mit Willi (1975) ist nachdrücklich darauf hinzuweisen, daß die Ehe oder auch eine eheähnliche Beziehung kein statisches Gebilde darstellt, in dem mit dem Zusammenschluß ewiges Glück und Harmonie gepachtet sind. Es handelt sich vielmehr um einen Prozeß, an dem beide Partner mit unterschiedlichen und sich wandelnden Rollen, Positionen, Verpflichtungen aktiv beteiligt sind. Wie es Rasch (1964) sehr anschaulich formuliert, ist "in einem solchen Verhältnis mit der Intimität nur die eine Koordinate mit der Richtung auf schrankenlose Annäherung gegeben". Eine andere, mit der Zeitdauer der Partnerschaft bedeutsamere, schließt Vorbedingungen ein, zu denen im vielschichtigen, im Bedeutungsgehalt variierenden Bezugssystem alle jene Faktoren gehören, die als tragende Elemente einer funktionstüchtigen und stabilen Zweierbeziehung gelten können.

Welches sind die die Partnerschaft zerstörenden Faktoren, die Desintegrationsfaktoren, die Risikofaktoren, die in einigen Fällen zu einer Trennung und Scheidung führen, in anderen Fällen in einer massiven, oft tödlichen Gewalttat enden?

Zur Rolle des Alkohols

Nach Schätzungen von Goldstein (1983) ist bei Mißhandlung von Partnern in 60% - 93% der Fälle Alkohol im Spiel. Kantor und Straus (1987) fanden in einer repräsentativen Erhebung von Mißhandlung von Ehefrauen (5.159 Familien) eine Verknüpfung übermäßi-

gen Trinkens mit partnerschaftlicher Gewalt, betonten aber, daß der Mißhandlung nur in einem Viertel der Fälle unmittelbarer Alkoholkonsum vorausging. Den Alkoholisierungsgrad zur Tatzeit anhand des eigenen Untersuchungsmaterials (n = 150) zeigt folgende Tabelle 6. Es erfolgte hier eine Differenzierung, ob nur der Täter/die Täterin, das männliche oder weibliche Opfer oder beide Beteiligten zum Zeitpunkt der Tat unter mittelgradigem bis erheblichem Alkoholeinfluß standen, d.h. gemessene Blutalkoholkonzentrationen von mind. 1,5 Promille oder errechnete Trinkwerte der gleichen Größenordnung vorlagen.

Tab. 6: Begutachtete Gewalttaten in Partnerschaften (n=150); Alkoholisierungsgrad zur Tatzeit

Alkoholisierungsgrad zur Tatzeit	mittelgradige bis erhebliche Alkoholisierung (mind. 1,5 Promille)
nur männliche Täter	27 (18,0%)
nur weibliche Täter	1 (0,6%)
Täter und Opfer	
a) männliche Täter	13 (8,6%)
b) weibliche Täter	4 (2,6%)
nur weibliche Opfer	3 (2,0%)
nur männliche Opfer	6 (4,0%)

Danach war bei 54 (35,8%) der 150 Taten mittelgradiger bis erheblicher Alkoholeinfluß mindestens beteiligt, womit nichts darüber ausgesagt ist, ob der Alkoholeinfluß nur konstellativ zu bewerten war oder sich tatdeterminierend ausgewirkt hat. Es ist schon gar nichts darüber ausgesagt, ob es sich zum Tatzeitpunkt um einen einmaligen Rauschzustand gehandelt hat oder die strafrechtlich verfolgte Tat als die Tat eines alkoholgewohnten und in gleichsam üblichen Alkoholisierungszuständen zu Aggressionen neigenden Täters zu interpretieren war. Die Analyse sämtlicher Fälle, an denen Alkoholeinfluß zur Tatzeit vorhanden war, läßt erkennen, daß bei mind. 80% der Fälle, in denen Alkohol eine erhebliche Rolle spielte, ein alkoholischer Gewöhnungsprozeß vorhanden war, der die Partnerschaft in ihrem Verlauf und in ihrer Qualität bestimmte, wobei an dieser Stelle unberücksichtigt bleiben muß die Frage nach der Genese des Alkoholismus bis hin zur Alkoholkrankheit.

Vergesellschaftet waren mit dem intensiven Alkoholkonsum zumeist eine unstete Arbeitsanamnese und finanzielle Belastungen sowie sozialer Abstieg bis hin zur sozialen Isolierung. Die Qualität der sexuellen Beziehung war, sofern überhaupt noch sexuelle Kontakte bestanden, fast immer erheblich gestört. Die Gewalttätigkeiten wurden nicht nur an der Partnerin, sondern auch an den Kindern und an Sachen ausgeführt. Entsprechende Ankündigungen von Gewalttaten verbreiteten in der Familie, nicht nur bei der Partnerin, Angst und Schrecken. Folgen des chronischen Alkoholkonsums, der in zwei Fällen mit männlichem Täter in einem alkoholischen Eifersuchtswahn bestand, wirkten sich weiterhin zerstörend auf die Partnerschaft aus. Bestand beim männlichen oder weiblichen Opfer ein chronischer

Alkoholabusus mit seinen Folgen, so war entsprechend der von Rasch (1964) beschriebenen Gruppe die Tat als zur "Elimination des ehezerstörenden Partners" zu interpretieren. In 11,2% der untersuchten Fälle waren sowohl Täter als auch Opfer zum Zeitpunkt der Tat mittelgradig bis erheblich alkoholisiert (Tab. 6). Analysiert man diese Fälle, so läßt sich die Tat als Momentaufnahme einer diskordanten Beziehung bezeichnen. Hier wurde die Beziehung von Beginn an als disharmonisch erlebt. Eine Konkordanz der Interessen und Intentionen, der Planungen und Zielvorstellungen, war nicht erkennbar. Man lebte in einem asozialen bis dissozialen, randständigen Milieu. Die einzige Gemeinsamkeit bestand in beiderseitigem Alkoholkonsum, der zunehmend zur Verwahrlosung und zu finanziellen Schwierigkeiten und zu weiterem sozialen Abstieg führte. Auch die jeweiligen Opfer waren nicht fähig und nicht interessiert zu einer Kommunikation und Harmonisierung der Partnerschaften beizutragen.

Zur Rolle psychosozialer Faktoren

Gewalttätigkeiten in der Partnerschaft gibt es jedoch auch ohne oder allenfalls konstellativen Einfluß von Alkohol. In etwa 15% der untersuchten Fälle wurden soziale Not bis hin zur Armut aufgrund von Arbeitslosigkeit und schlechten Berufschancen oder einer zu großen Kinderzahl (bis zu acht Kinder in einer Familie) mit entsprechender sozialer Ausgrenzung als Grund für Gewalttätigkeiten angegeben. Schneewind et al. (1983) betonen allerdings, daß wirtschaftliche und soziale Variablen nur in der Interaktion mit psychologischen Variablen zur Gewalt in der Familie in Zusammenhang gebracht werden können. Psychologische Größen greifen allenfalls moderierend in die Beziehung zwischen sozialem Druck und Gewalt ein, in dem sie den Umgang mit Belastungen erleichtern oder erschweren. Folgt man Steinmetz und Straus (1975), so kann man eine solche Beziehung zwischen familiärer Gewalt und sozialer Belastung als eher wahrscheinlich ansehen, zumal gerade die Familie der gesellschaftlich legitimierte Ort ist, an dem aggressive Gefühle ausgelebt werden dürfen. Damit würde die Familie, insbesondere die Partnerschaft, die "Bühne" für das Ausagieren sthenischer Affekte auf dem Boden von Not- und Konfliktsituationen bilden. Hier bildet die Partnerin gleichsam den "Blitzableiter" für den derartig entstandenen und aufgestauten Affekt. Da sich in einer Reihe von Fällen auch Gewalttätigkeiten der Frau am Mann feststellen ließen, kann man bei einem derartigen Entstehungsmechanismus auch davon ausgehen, daß der im alltäglichen Leben der Frau entstandene Affektstau auf Ärger, Frustrationen, intrafamiliäre Überlastungen in Form von Gewalttätigkeiten gegen den Mann abfließt.

In einer ausschließlich aus Männern bestehenden Gruppe war die Tat als Höhepunkt einer "spezifisch partnerschaftlichen Entwicklung" zu interpretieren. Es ließ sich hier eine Phase der Gemeinsamkeiten in den Zielvorstellungen und Aktivitäten beruflicher und außerberuflicher Art, eine Konkordanzphase, abgrenzen. Die Männer waren durchaus berufstüchtig, im emotionalen Bereich gehemmt, selbstunsicher und psychisch wenig belastbar. Ihnen stand gegenüber die eher sachlich-kühle, dominierende, ehrgeizige Frau, die irgendwann ihren eigenen Individualisierungsprozeß anstrebte, eigene Initiativen entwickelte und sich damit dem Herrschaftsanspruch des Mannes entzog. Die Frau nahm eine berufliche Ausbildung war, intensivierte ihre eigenen beruflichen Intentionen oder ließ sich für einen Beruf ausbilden. So war eine Frau als Ärztin tätig, während der Mann langjährig die beiden

gemeinsamen Kinder versorgte, eine andere wurde als medizinisch-technische Assistentin berufstätig, zwei nahmen ihre früher ausgeübte Tätigkeit als Sekretärinnen, als Designerin, als Reisebegleiterin, eine weitere als Bardame wieder auf oder begannen ein Studium, welches zunächst vom Mann mit gewisser Bewunderung akzeptiert und toleriert wurde, später aber auf dem Boden einer gewissen Selbstunsicherheit die männlich dominierende Rolle zu tangieren begann. Es wurden Ressentiments bzgl. der Berufswahl und eine begründete oder unbegründete Eifersuchthaltung offensichtlich, die schließlich zu Mißtrauen und Verdächtigungen führten und plötzlich einen wesentlichen Anteil an der zunehmenden Gestörtheit der Beziehung hatten. In der Folge schaukelten sich partnerschaftsgebundene Probleme und Konflikte auf, eine gereizte Spannung entwickelte sich, die schließlich vor dem Hintergrund seines frustrierten Geltungsstrebens und in einigen Fällen als Folge von vermeintlichen Erniedrigungen seines ohnehin geringen Selbstwertgefühls den Tatanlaß bildeten.

Der Einfluß von Altersunterschieden

Auffallend in dem Untersuchungsmaterial war eine Gruppe von Männern im Alter zwischen 52 und 68 Jahren, die ihre jeweils erheblich jüngeren Partnerinnen mit großem Besitzerstolz präsentierten. Sie dienten dem Geltungsstreben des Mannes. Eine Konkordanzphase war durch Folgsamkeit der Partnerin, ihre finanziellen Vorteile und eine gewisse Bewunderung für den beruflich zumeist erfolgreichen Mann bestimmt. Die Männer versuchten Interesse zu finden an Aktivitäten Jugendlicher, bemühten sich, ihre körperliche Leistungsfähigkeit zu reaktivieren, wählten eher jugendtümliche Kleidung, beteiligten sich an Aktivitäten der Partnerin, während die Intentionen des späteren Opfers mehr auf Versorgung und Sicherheit bei gleichzeitigem Erhalt persönlicher Freiheiten ausgerichtet waren. Individualisierungsbestrebungen der Partnerinnen wurden toleriert, entschuldigt und mit einer Intensivierung des eigenen jugendlichen Habitus beantwortet. Mit der Häufung außerpartnerschaftlicher Verhaltensweisen der jungen Frau wurde das Bemühen um Erhalt und Ausbau eines jugendlichen Images betrieben. Kam es irgendwann zu einer drohenden oder vollzogenen Ablösung des narzißtischen Objektes, so erfolgten eher appellative Suizidversuche, danach eine stärkere Zuwendung der Partnerin, die jetzt eher die Rolle einer Pflegerin einnahm. Zu einem nicht mehr eruierbaren Zeitpunkt erfolgte mit zunehmender Distanzierung der Partnerin eine Phase der Depression und Resignation, die retrospektiv eine narzißtische Krise darstellte. In diesen Fällen war es außerordentlich kompliziert die Entwicklung der Beziehung nachzuzeichnen, da die Männer auch lange nach der Tat zu Selbstrechtfertigung und aus der Furcht heraus sich lächerlich gemacht zu haben, die Partnerin versuchten hochzustilisieren oder zu verdammen, so daß man weitgehend auf das psychiatrisch-explorativ und testpsychologisch erarbeitete Persönlichkeitsbild mit der entsprechenden Vorgeschichte angewiesen war.

Psychopathologische Symptome

Bei Männern, die ihre Frauen schwer mißhandelt hatten, wurden psychische Störungen wie Depressionen, Demenz, krankhafte Eifersucht, Angstzustände und oft nicht näher bezeich-

nete Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert (Faulk 1974). In dem hier bearbeiteten Untersuchungsmaterial fanden sich acht Fälle mit einem psychisch kranken Täter/Täterinnen. Dazu gehörten vier Fälle von beginnender oder fortgeschrittener schizophrener Erkrankung mit zunehmenden Ich-Störungen, einem oft ausgebreiteten Wahnsystem und erheblichen Erregungszuständen. Es ist verständlich, daß in einer Zweierbeziehung solche Wahnsysteme, besonders ein Eifersuchtswahn, zu einer erheblichen Gestörtheit bzw. zur Desintegration der Paarbeziehung führen können. Aus der klinischen Psychiatrie ist hinreichend bekannt, welche Auswirkungen psychotische Phänomene auf das unmittelbare Umfeld haben können, ehe sie zweifelsfrei als Symptome einer dringend zu behandelnden Krankheit interpretiert werden. In zwei Fällen waren die Partnerschaftsentwicklung, die Motivation der Tat und die Interaktionen im Tatvorfeld angesiedelt im Raum zwischen eindeutig pathologisch bedingter Gruppe und andererseits normalpsychologisch nachvollziehbar.

In zwei weiteren Fällen lag beim männlichen Täter eine hirnganisch bedingte Reizsteigerung und hochgradige Erregbarkeit vor, die sich zwar auch in der bisherigen Partnerschaft geäußert und zu Aggressionen geführt hatten, dann aber so weitgehend eskalierten, daß daraus eine Täter-Opfer-Beziehung entstand.

Es konnte hier nur eine Auswahl spezifischer Störsyndrome ehelicher und nichtehelicher Partnerschaften dargestellt werden. Deutlich wurde, daß bei zahlreichen Konstellationen auch das weibliche bzw. männliche Opfer durch Persönlichkeitsdefizite oder Verhaltensauffälligkeiten oder seiner Haltung zum Partner beteiligt war. Dadurch soll keineswegs der Täter bzw. die Täterin exkulpiert werden. Es soll lediglich darauf hingewiesen werden, daß am Entstehen und Verlauf einer ehelichen oder nichtehelichen Partnerschaft zwei Personen beteiligt sind, zwei Personen mit einer jeweils individuellen psycho-sozialen Vorgeschichte, Herkunft, intellektueller Ausstattung und zahlreichen definierbaren Persönlichkeitseigenarten. Mit dem Fortschreiten der Partnerschaft und zunehmenden Alter sowie Positionverschiebungen innerhalb der Partnerschaft können sich die Rollen wandeln, Positionen verschieben, Verpflichtungen intensivieren. Jeder der Partner hat eine bestimmte Erwartungshaltung und fest umrissene Zielvorstellungen von der Qualität der Zweierbeziehung und letztlich der Familie. Gehen diese Erwartungen in Erfüllung und stabilisiert sich die Partnerschaft, so verlieren auch äußere Einflüsse, wie Beeinträchtigungen durch die Herkunftsfamilie oder Schicksalsschläge innerhalb der Familie, ihre Bedeutung. In den untersuchten Fällen ließen sich desintegrierende Faktoren finden, deren Genese oft zumeist bereits im Vorfeld der Beziehung zu finden war und sich dann mit mehr oder weniger hoher Intensität im partnerschaftlichen Verlauf bis hin zu dessen schwerster Gestörtheit auswirkten.

Literatur

- Faulk, M: Men who Assault their Wives. *Medicine, Science and Law* 1974; 14: 180-183.
- Gelles, R.J.: *The Violent Home: A Study of Physical Aggression between Husbands and Wives*. Beverly Hills, London 1972.
- Goldstein, A.P. (Ed.): *Prevention and control of aggression*. New York 1983.
- Horn, H.J.: Viktimologische Aspekte der Beziehungstat. In: Kaiser/Jehle, *Kriminologische Opferforschung*, Kriminalistik-Verlag, Wiesbaden 1995: 173-188.
- Kantor, G. K.; Straus, M. A.: The "Drunken Bum" theory of wife beating. *Social Problems* 1987; 34: 214-230.

- Rasch, W.: Tötung des Intimparters. Enke, Stuttgart 1964
Schneewind, K.A.; Beckmann, H.; Engfer, A.: Eltern und Kinder: Umwelteinflüsse auf das familiäre Verhalten. Stuttgart 1983.
Steinmetz, S. K.; Straus, M. A. (Eds.): Violence in Family. New York 1975.
Willi, J.: Die Zweierbeziehung. Reinbek: Rowohlt, Hamburg 1975.

Anschrift des Autors

Prof. Dr. H. J. Horn, Abteilung für "Forensische und Kriminalpsychiatrie", Universitätskliniken,
Markinistraße 52, D-20246 Hamburg

Psychiatrische Gedanken zur Verselbständigung des Prozesses der Geschlechtsumwandlung und zur Rolle der Begutachtung

Psychiatric Thoughts on the Self-Perpetuating Process of Sex-Reassignment and on the Role of Evaluation

D. Langer, Hannover

Zusammenfassung

Entgegen den Experten-Prognosen ist festzustellen, daß Geschlechtsumwandlung in den letzten Jahren häufiger geworden ist. Besonders deutlich wird dies an den Anträgen und Entscheidungen im Rahmen des Transsexuellengesetzes. Es werden medizinische, soziale und juristische Mechanismen aufgezeigt, die in Wechselwirkung miteinander zur Verselbständigung des Prozesses der Geschlechtsumwandlung geführt haben. Daß DSM-IV die Diagnose Transsexualismus aufgegeben hat und nur noch von Störung der Geschlechtsidentität spricht, wird als Rückzugsversuch gesehen, der die Geschlechtsumwandlung der Selbstorganisation überläßt. Die Rolle der Begutachtung wird kritisch reflektiert und durch Informationen aus eigenen Gutachten der letzten vier Jahre veranschaulicht. Es wird die Hypothese geäußert, daß Störung der Geschlechtsidentität zu einer Symptomvariante der heute häufigen strukturellen Persönlichkeitsdefizite und Geschlechtswechsel zu einer propagierten Lösung für sie geworden ist.

Schlüsselwörter: Geschlechtsumwandlung, Transsexualismus, Geschlechtsidentitätsstörungen, Transsexuellengesetz, Begutachtung

Abstract

Contrary to expert-prognostications rising frequencies of sex-reassignment can be stated in the course of the last years. This is shown most clearly by the number of legal decisions referring to change of christian name and gender. Interacting medical, social, and legal mechanisms are demonstrated which have induced a self-propelled process leading to sex-reassignment surgery. Dropping transsexualism as a diagnostic label and speaking only of gender identity disorder by DSM-IV is seen as a tentative retreat committing sex-change to self-organization. The role of evaluation is critically reflected and illustrated by informations from own evaluations of the last four years. It is proposed that gender identity disorder is a symptomatic variant of today's frequent structural deficits of personality and sex-change is a propagated solution for it.

Key words: Sex-reassignment, Transsexualism, Gender Identity Disorder, Transsexual Jurisdiction, Evaluation of Transsexualism

Vor 10 Jahren habe ich aufzuzeichnen versucht, wie sich mir die transsexuelle Landschaft darstellte (*Langer 1985*). Einer der Gedanken, der sich mir damals aufgrund eigener Arbeit und der anderer Autoren aufgedrängt hatte und sich seitdem, im Gegensatz zu manchen anderen, als nicht der Revision bedürftig erhielt, bestand in der Sicht von Transsexualismus – dem Drang nach Geschlechtsumwandlung – als gemeinsamer Endstrecke aus unterschiedlichen psychischen Verfassungen und Entwicklungen. Auf der einen Seite waren da die so unterschiedlichen, keineswegs spiegelbildlich konzipierbaren, FM- versus MF-Verläufe und die Unterschiede zwischen primär androphilen Männern und denen mit protrahiert fluktuierendem Transvestitismus, konflikthafter Heterosexualität und qualitativ andersartiger (Um)Orientierung auf männliche Partner. Auf der anderen Seite stellte sich mir – mit Blick auf die Gesamt-Identität und die Persönlichkeitsintegration – die Frage, inwieweit gegengeschlechtliche Identifizierung (auch) eine „Lösung“ für umfassende Identitäts-Dysphorie ist – für quälendes Unbehagen aus strukturellen Defiziten. Überholt scheint mir (wie anderen) heute die Unterscheidung primärer von sonstigen Transsexualismen, und zwar zugunsten eines Konzepts von einerseits kumulativen Einflußfaktoren und andererseits von sequentiellen „Umprägungen“ der Identität. Die von mir vor 10 Jahren „herausgefordert“ gesehene Kooperation von psychologischer und chirurgischer Medizin hat für mich im Rückblick Aspekte der interaktiven Herstellung von Geschlechtsumwandlung. Diese ist natürlich in der Welt, fest etabliert, und kein Weg führt zurück. Es sieht aber so aus, als habe sich der Prozeß der Geschlechtsumwandlung verselbständigt, so daß einige Gedanken dazu vielleicht nicht ganz überflüssig sind.

Einige neuere Expertisen, Retrospektiven und Trends

In ihren Betrachtungen über 10 Jahre (1981-1990) Transsexuellengesetz (TSG) berichten *Osburg* und *Weitze* (1993), nach Befragung von 39 zuständigen Amtsgerichten der alten BRD, 683 Entscheidungen nach §1 (Vornamensänderung) und 733 nach §8 (Personenstands-änderung). Es deutete sich (S. 97) ein Trend zunehmender Anträge seit Mitte der 80er Jahre an. Da kaum etwas dagegen spricht, von den Antragseingängen bei niedersächsischen Gerichten auf die bei den Gerichten anderer Bundesländer zu schließen, läßt sich die ziemlich sichere Voraussage machen, daß in den 5 Jahren von 1991-1995 mehr Anträge gestellt worden sein werden als in den vorangehenden 10 Jahren. In der Annahme, daß frühe Prognosen der Experten nicht nur aus Engagement für die Sache der Transsexuellen, sondern zu einem Teil auch aus Überzeugung gestellt wurden – auf lange Sicht sei „nur mit einer geringen Zahl von laufend eingehenden Anträgen zu rechnen“ und die vorhandenen (8) Gutachterstellen reichten aus (*Schmidt et al. 1978*) – ist es aus heutiger Sicht sehr überraschend, wie falsch diese Prognosen waren. Außerdem gibt es bis heute keine Richtlinien für die Begutachtung wie für die Gutachterbestellungen durch die Amtsgerichte außer der Gesetzesforderung des aufgrund Ausbildung und beruflicher Erfahrung „ausreichenden“ Vertrautseins mit den besonderen Problemen des Transsexualismus. *Sigusch* (1991a, b, 1992, 1994) gab seinem Anliegen selbst die griffigen Formulierungen: „Enttotalisierung“ und „Entpathologisierung“ der Transsexualität. Erstere sehe ich theoretisch-phänomenologisch weitgehend vollzogen; praktisch, d. h. in Hinsicht auf das Umwandlungsmanagement, halte ich sie für nicht mehr vollziehbar. Wenn *Sigusch* der

Auffassung ist (1994), die Entscheidung über Geschlechtsumwandlung könne „eigentlich nur der Betroffene selbst fällen“, so scheint dies schon fast zur Realität geworden zu sein. Die Frage ist allerdings, ob noch von (freier) Entscheidung die Rede sein kann, wo sich Geschlechtsumwandlung zunehmend als Einheitslösung für unterschiedlichste Probleme mit der Geschlechtsidentität etabliert. Deshalb und grundsätzlich muß ich der Forderung nach „Entpathologisierung“ und nach Aufgabe des „nosomorphen“ Blicks mit *Becker und Hartmann* (1994) die „Notwendigkeit der klinischen Perspektive“ entgegenhalten. Auch *Bosinski et al.* (1994) äußern sich aus Kiel und Aachen in diese Richtung und bekräftigen die Sorgfaltspflicht bei Begutachtung. *Sigusch* begründete die (respektable) Revision seiner Leitsymptome der Endsiebziger Jahre vor allem aus dem Wandel des klinischen TS-Bildes seither. Nun haben sich auch andere psychiatrische Störungen nach Erscheinungsbild und Häufigkeit verändert – wobei natürlich immer auch eine Veränderung unserer Wahrnehmungsfähigkeit eine Rolle spielt. Hinreichend echt scheint die Zunahme sog. früher, struktureller Störungen mit sehr unterschiedlichen Ausformungen und Entwicklungen, aber der Gemeinsamkeit von Identitätsstörungen. Man kann den TS-Wandel – Unterschiedlichkeit der Persönlichkeitsstrukturen, der Verläufe, der Sexualitäten und Partnerpräferenzen, Abnahme des Alters und Zunahme der Frauen – auch im Sinne zunehmender Dominanz der Geschlechtsumwandlung als Lösungsschablone für heterogene Probleme sehen.

Pfäfflin (1992, 1993) hat in der BRD zweifellos die umfangreichsten klinisch-sexualwissenschaftlichen Erfahrungen mit Transsexualität. Gerade deshalb wünschte man sich, von ihm Genaueres über die von ihm genannten 4 von jeweils 10 Patienten mit Aufgabe des Operationswunsches zu erfahren. *Pfäfflin und Junge* (1992) gaben die vollständigste, drei Jahrzehnte umfassende Literaturübersicht zur Auswirkung von Geschlechtsumwandlung, die ganz überwiegend positiv gefunden wurde. Als besonders effektive Faktoren wurden herausgearbeitet: fester Kontakt (unterschiedlicher Dauer) mit einer Einrichtung einschließlich psychologischer Betreuung, Alltagsstets in der anderen Geschlechtsrolle, Hormonbehandlung, Vollzug und Qualität geschlechtsumwandelnder Eingriffe und juristische Anerkennung des Geschlechtswechsels. Diese Ergebnisse könnten sehr wohl eine gewisse Appellfunktion haben. Skeptisch betrachtet und angesichts der Praxis der 90er Jahre, wie sie sich mir darstellt, weisen sie vornehmlich auf die Wirksamkeit einer Rundumförderung hin. *Pfäfflin* (1993, S. 49) kennt, unterschätzt aber m. E. die transsexuelle Gezwungenheit zur Hochwertung der Geschlechtsumwandlung, denn narzißtische „Reparaturen“ bedienen sich jedweden Materials und Instrumentariums. Für *Pfäfflin* verdünnt sich Transsexualität aufgrund psychometrisch geleisteter Entpathologisierung zunächst zur „psychoneurotischen Symptombildung“ (S. 51), geht es dann aber doch „primär um Identität und nur sekundär um Geschlechtsidentität“ (S. 85). Der transsexuelle Wunsch sei ein kreativer Ausweg. Das ist auch bezüglich der schwersten Identitätsstörung, die wir kennen, der Schizophrenie, so gesehen und gesagt worden. Ich denke, das ist eine Stilisierung von Notlösungen.

Hirschauer (1992, 1993) hat Mechanismen im Prozeß der Geschlechtsumwandlung umfassend, gründlich und kritisch aus soziologischer Sicht analysiert, nach zweijähriger „Felderfahrung“ (1986/87). Er formuliert das m. E. Wesentliche dessen, was er als „das medizinische Projekt Transsexualität“, das Projekt einer „Medikalisierung des Geschlechtswechsels“ nennt, in einem Satz (S. 89, S. 114): „Die Pluralität von Interessiertheiten und Perspektiven garantiert dem historischen Projekt eine Eigendynamik, in der Teilnehmer sich ständig mit nicht-intentionalen Konsequenzen ihres Handelns konfrontiert sehen.“

Gegenwärtig bemüht sich die Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung um „Standards of Care“ für die Behandlung Transsexueller. Eine Arbeitstagung am Universitätsklinikum Essen (Februar 1995) stellt sich die Frage „Standards of Care oder individuelles Vorgehen?“ – sicherlich im Bewußtsein, daß in der gesamten Medizin ein „und“ diese Begriffe verbindet. Das 14. Internationale Symposium der Harry Benjamin Gesellschaft findet (September 1995) erstmals in Deutschland statt. Ich frage mich nach dem Ausmaß der Ambivalenz der Experten in Hinsicht auf den Prozeß der Geschlechtsumwandlung: zwischen dem Eindruck seiner Verselbständigung und dem Bedürfnis nach gegenseitiger Versicherung, daß er in geordneten Bahnen verläuft.

DSM-IV verabschiedet sich vom Transsexualismus

Es erscheint nur noch – und zwar für Kinder wie Erwachsene – die Diagnose ‘Störung der Geschlechtsidentität’ mit den vertrauten beiden Kriterien: A. Starke und anhaltende gegengeschlechtliche Identifizierung und B. Anhaltendes Unbehagen im (angeborenen/ zugeschriebenen) Geschlecht oder Gefühl der Nichtzugehörigkeit der entsprechenden Geschlechtsrolle. Weiteres Kriterium (außer C. Ausschluß von Intersexualität) ist die Forderung D., daß die Störung klinisch signifikanten Distress oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verursacht. Alle anderen Phänomene gestörter Geschlechtsidentität werden als unspezifisch kategorisiert. Transvestitismus – in ICD-10 mit dem Merkmal der „Beibehaltung beider Geschlechtsrollen“ noch erhalten – war schon in DSM-III-R ein „nicht-transsexueller Typ“ der Geschlechtsidentitätsstörung. Transvestitischer Fetischismus wird weiterhin abgegrenzt, wird aber als mit oder ohne Geschlechtsdysphorie vorkommend angesehen. Was von Transsexualismus bekannt ist, erscheint unter Beispielen zu den Kriterien: für A der geäußerte Wunsch nach Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht oder als Angehöriger des anderen Geschlechts zu leben und anerkannt zu werden, häufiges Auftreten im anderen Geschlecht oder die Überzeugung, die typischen Gefühle und Reaktionen des anderen Geschlechts aufzuweisen, und für B das hartnäckige Verlangen nach Loswerden der primären und sekundären Geschlechtsmerkmale (Forderung körperbezogener Maßnahmen zur Angleichung an das andere Geschlecht) oder die Überzeugung, im falschen Geschlecht geboren zu sein. Spezifiziert werden soll die sexuelle Anziehung: von Männern, Frauen, beiden oder von keinem der Geschlechter.

Zu den Gründen, die zur Revision geführt haben, äußern sich ausführlich *Bradley et al.* (1991) und *Levine* (1992, S. 189). *Bosinski* (1994) bestätigt den Nutzen einer Typologie nach der sexuellen Orientierung. DSM-IV selbst (APA 1994) gibt einen umfangreichen Kommentar (S. 532-538), der sich allerdings nicht anders liest als eben über Transsexualität. Die vorbereitende Kommission sah einen Grund für die Aufgabe der Diagnose Transsexualismus darin, die klinische Diagnose der Geschlechtsidentitätsstörung abzukoppeln von den Kriterien für Geschlechtsumwandlung. Auch wurde berücksichtigt, daß die als transsexuell bezeichneten Menschen sehr unterschiedliche Entwicklungen hinsichtlich Geschlechtsidentität wie sexueller Orientierung aufweisen. Ein weiterer Grund wurde gesehen im Fehlen von scharfen Grenzen zwischen geschlechtsdysphorischen Menschen mit und ohne Umwandlungsbegehren. Hier wird es allerdings problematisch. Nachdem *Levine* behauptet (aber nicht belegt), daß in den USA die Mehrheit der Geschlechts-

identitätsgestörten nicht zur Geschlechtsumwandlung fortschreiten, muß er einräumen, daß eben dies in einem weit höheren Prozentsatz in den Ländern der Fall ist, in denen die Umwandlungskosten von den gesetzlichen Krankenkassen getragen werden. *Levine* formuliert als Hoffnung, die wohl mehr eine Illusion ist: „Die veränderte Nosologie hat das Potential, die klinische Aufmerksamkeit für die nicht-chirurgischen Geschlechtsprobleme zu erhöhen.“

Die Schaffung einer weit gefaßten Kategorie der (spezifischen) Störung der Geschlechtsidentität hat zur Folge, daß die Differentialdiagnose dürftig wird. Als psychische Störungen, die mit gestörter Geschlechtsidentität, über deren bekannte psychosoziale Folgerscheinungen hinausgehend, assoziiert sein können, werden genannt: Angst, Depression und Suizidalität, substanzabhängige Störungen, Paraphilien, (bei Männern häufigere) Persönlichkeitsstörungen und (in sehr seltenen Fällen) Schizophrenie. Wenn in bezug auf letztere gesagt wird, gegengeschlechtliche Identifizierung sei kein Wahn, so ist dies nicht besonders aktuell und läßt außer Betracht, daß die Überzeugung, gegengeschlechtlich zu empfinden, (ebenso wie Wahn) eine intrapsychische Funktion und einen Stellenwert in umfassenderen Identitätsstörungen hat. Schon 1984 haben *Lothstein und Roback* gefunden, daß Transsexualität bei farbigen Frauen selten und mit Schizophrenie oder Borderline-Syndromen verbunden ist, und die Möglichkeit einer familiär-kulturellen „Immunsierung“ gegen schwere Störungen der Geschlechtsidentität vermutet.

Eine gewisse Binnengliederung der diagnostischen Kategorie ergibt sich aus den zum Verlauf der Störung genannten Charakteristika. Zunächst ist, angesichts des so häufig berichteten frühkindlichen Beginns der Geschlechtsdysphorie, die Vergegenwärtigung wichtig, daß zumindest feminine Jungen – entgegen den Erwartungen der Untersucher – später mehrheitlich eine homo- oder bi-erotisch-sexuelle Orientierung entwickeln, nur sehr selten Transsexualität. Für Frauen mit gestörter Geschlechtsidentität kann keine Typologie mitgeteilt werden. Was Männer anbetrifft, so ist aus den umfangreichen Forschungen von *Blanchard* (1985 ff), der wohl weltweit die größten Patientenzahlen überblickt, nur soviel in DSM-IV eingegangen, daß zwei Verläufe unterschieden werden. Männer mit sehr früher Störung ihrer Geschlechtsidentität kommen eher früher in Kontakt mit der Medizin und sind androphil. Die anderen Männer entwickeln ihre gegengeschlechtliche Identifizierung später und mehr fluktuierend, haben oft einen transvestitischen Fetischismus in der Vorgeschichte oder gleichzeitig, sind ambivalenter hinsichtlich Geschlechtsumwandlung und deren Ergebnis und sind nicht primär androphil, sondern eher gynäphil.

Mit der Abschaffung der Begriffe Transsexualismus und Transvestitismus sind nicht die Probleme gelöst, die sie bezeichnen. Die strikte Trennung von Diagnose und Behandlungsmaßnahmen scheint zwar konsequent, distanziert sich aber von dem Konzept (*Fisk* 1973), daß Transsexualität eine Extremform der Geschlechtsdysphorie sei, und überläßt die Indikation zur Geschlechtsumwandlung der Beliebigkeit. Die Phänomene und Verläufe des Transvestitismus sind, bedingt durch das Projekt Transsexualität, nicht mehr ganz offen für die Forschung. Nach *Levine* kann Transvestitismus geschlechtsdysphorisch oder paraphil oder beides zugleich sein und in einer einfachen oder einer paraphilen, oft masochistisch getönten, Stilform verlaufen. *Blanchard* (1989) hat das Konzept der Autogynäphilie eingebracht und ausgearbeitet: die Erregung durch die Vorstellung des eigenen Körpers als weiblich. Es scheint weniger einen bestimmten Typus zu bezeichnen, mag aber sehr wohl die zentrale erotische Phantasie der nicht-androphilen männlichen Geschlechtsdysphoriker charakterisieren.

Wohlwollend betrachtet leistet DSM-IV durch die Differenzierung von Verlaufsformen einen „enttotalisierenden“ Beitrag und appelliert, nach nicht-transsexuellen Lösungen zu suchen. Kritisch betrachtet unter dem Eindruck eines gewissen wissenschaftlichen TS-Desengagements in Amerika, handelt es sich um einen „Ausstieg“ aus dem Projekt Transsexualität, dieses der Selbstorganisation überlassend.

Recht und (auf) Geschlechtsumwandlung

In der Ausarbeitung des Transsexuellengesetzes (TSG) war von politischen, aber auch ärztlichen Seiten die Befürchtung geäußert worden, das TSG könne zu einer Zunahme des Transsexualismus führen, wenn es, über inhaltliche Voraussetzungen hinaus, nicht Altersbegrenzungen enthalte. Auf der anderen Seite sollten keinerlei Vorschriften für medizinische Maßnahmen gemacht werden.

Es war die Eigenständigkeit medizinischer Maßnahmen (fast 3/4 der nach §8 entschiedenen Verfahren hatten nach *Osburg und Weitze* zuvor keine Vornamensänderung), die zur Aufhebung der Altersgrenze zunächst (1982) für die Personenstandsänderung und später (1993) – nachdem sich die Intention des TSG ins Gegenteil verkehrt hatte – auch für die Vornamensänderung durch das Bundesverfassungsgericht führte. Es fragt sich allerdings, ob die rund 10 Jahre vor dem Beschluß des Bundesverfassungsgerichts abgegebene Versicherung der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, auf die in der Begründung Bezug genommen wird, in der BRD werde die Indikationsstellung „mit großer Vorsicht“ gehandhabt, auch im Jahr der Beschlußfassung (1993) noch hätte aufrechterhalten werden können. Wenn in der Begründung mehrmals der Sinn der Vornamensänderung thematisiert wird als Möglichkeit, sich vor irreversiblen Maßnahmen „über längere Zeit“ zu erproben und zu vergewissern, so spricht das Ergebnis von *Osburg und Weitze* eine andere Sprache, denn die meisten Personen vollzogen das Verfahren nach §8 1-2 Jahre nach der Vornamensänderung, hatten sich also alsbald operieren lassen. Die Autorinnen halten es für denkbar, „daß die vom Gesetzgeber mit der Möglichkeit der Vornamensänderung vorgesehene Erprobung selbst nach Wegfall der Altersgrenze nicht genutzt wird“. Wenn sich 20-30% der Transsexuellen mit der Vornamensänderung begnügen, so bedeutet das keineswegs einen Verzicht auf Operationen. Daß das TSG-Verfahren eine immanente transsexualisierende Wirkung haben könnte, scheint den Autorinnen einer Erörterung wert: „Ob nicht der rechtliche Prozeß im Rahmen der Vornamensänderung, die als Erprobungsstadium gedacht war, das transsexuelle Empfinden zementiert, da bereits an dieser Stelle gefordert wird, dessen Unwandelbarkeit festzustellen“. Nicht minder transsexualisierend scheint mir allerdings die hieraus abgeleitete Anregung, sich mit nur einem Gutachter zu begnügen, zumal die durchschnittlich 12% Ablehnungen von Anträgen zur Vornamensänderung viel bedeutsamer sind als die Seltenheit von Rückumwandlungsanträgen.

1987 bestätigte das Bundessozialgericht die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen für Geschlechtsumwandlungen bei Transsexualität als behandlungsbedürftiger Krankheit im Sinne der RVO. Damit war viel Streit geschlichtet, und es blieb nur noch die Kontroverse, ob der Krankheitswert denn nun der Transsexualität selbst zukomme oder dem Warten auf die Operation. Das BSG bestätigte das vorentscheidende Landessozialgericht darin, es habe, „indem es nicht jeder Art der Transsexualität einen Krankheitswert beimaß, mit Recht gefolgert, daß es auf den Einzelfall ankomme, ob dies zutrifft“. Diese Einzelfall-

prüfung war positiv für die Klägerin verlaufen, die 31jährig im Februar 1982 MF-operiert worden war. Das LSG habe festgestellt, daß die Klägerin aufgrund „*transsexueller Spannungen unter einem schweren Leidensdruck und vor der Operation unter extrem hoher Selbstmordgefahr gestanden habe*“. Und als Schlußsatz der Urteilsbegründung des BSG: „*Ist, wie hier, der Nachweis der Zweckmäßigkeit einer ärztlichen Behandlung im Einzelfall erbracht, dann ist diese Leistung selbst dann zu erbringen, wenn ihre Zweckmäßigkeit nicht allgemein anerkannt ist.*“ Die Probleme liegen offensichtlich in der Relation zwischen Einzelfallprüfung und Zweckmäßigkeit, deren jeweiligem Gewicht und der Bedeutung von Zweckmäßigkeit.

Ich kann den gelungenen Geschlechtswechsel der Klägerin bestätigen, da ich mit ihr seit 1980 und über die Operation hinaus in ärztlichem Kontakt stand. Vornamensänderung und die Operation, weniger als ein Jahr danach, waren allerdings durch andere ermöglicht worden. Aus der gut rekonstruierbaren transvestitisch-transsexuellen Entwicklung mit deutlichen autogynäphilen Zügen sei hier nur ein (nicht seltenes) Phänomen akzentuiert. Schon ein Jahr vor Erstkontakt war eine Krise – bei Scheitern als Ehemann und Vater – mit therapeutischer Hilfe in feste Entschlossenheit zum Geschlechtswechsel umgesetzt worden. Nicht so sehr Leidensdruck war erkennbar als vielmehr eine kämpferische Haltung mit umfänglichen sexualwissenschaftlichen Kenntnissen und Einnahme aller erreichbaren Östrogene seit geraumer Zeit. Die „präoperative“ Suizidalität war sehr kontrovers zu beurteilen: gleichsam ein Alles-oder-nichts-Phänomen.

Die implizite Hilfe zur Geschlechtsumwandlung, die das TSG bietet, wurde komplettiert durch die explizite Hilfe durch Leistungsverpflichtung der Krankenkassen, dadurch aber auch eine Verzahnung zwischen rechtlich-sozialen und medizinischen Maßnahmen hergestellt. Einer der Mechanismen dieser Verzahnung ist z. B., daß zur Kostenzusage für Geschlechtsumwandlung auf Gutachten zurückgegriffen wird, die zur Vornamensänderung erstellt worden sind. Aus der Argumentationsstruktur des BSG legt sich bezüglich der Leistungspflicht eine pauschalisierende Betrachtung nahe mit deutlichen Auswirkungen auf die Anwendungspraxis. Aufmerksamkeit verdient außerdem, daß offenbar – psychodynamisch plausibel – Selbstwertkrisen in kämpferische Entschlossenheit umgesetzt werden können, die keiner Prüfung des Leidensdrucks mehr zugänglich ist, sondern nur noch nach, vor allem narzißtischer, Bestätigung verlangt.

Eindrücke aus eigenen TSG-Gutachten

In den Jahren 1991-1994, auf die ich mir hier beschränke, wurden 31 Gutachten erstattet, hauptsächlich, wie seit 1981, für die Amtsgerichte Göttingen und Oldenburg. In diesen 4 Jahren wurden dort annähernd so viele TSG-Anträge entschieden wie in den 10 Jahren davor. 23 Gutachten bezogen sich auf §1, in 4 dieser Fälle erfolgte postoperative Nachbegutachtung nach §8. 8 Gutachten wurden von vornherein nach §8 erstattet.

Für die Untersuchungen zur Vornamensänderung brauchte ich jeweils fast 4 Stunden, um hinreichende Klarheit zu gewinnen, und die Gutachten umfaßten trotz Bemühens um knappe Fassung im Mittel 24 Schreibmaschinenseiten. Ich fand diesen „Aufwand“ erforderlich, frage mich aber – angesichts des „Erfolgs“ so mancher flüchtig geschriebenen und indizierten Bestätigungen und Interventionen –, ob er lohnt. Er führte dazu, daß in 4 (von 23) Fällen das Vorliegen der Voraussetzungen nicht ohne Auflagen bejaht werden konnte.

Das steht in extremem Gegensatz zu *Pfäfflins* (1986) nahezu völliger Vermeidung von negativen Gutachten.

Im Gegensatz zu den von *Becker und Hartmann* (1994) beschriebenen 25 Patienten mit Störungen der Geschlechtsidentität, die sich innerhalb eines Jahres in der Sprechstunde vorgestellt hatten, traten alle Probanden, wenn auch mehr oder minder überzeugend, in Rolle und Aufmachung des gewünschten Geschlechts auf. 4/5 der Patienten, aber nur 2/3 der Probanden waren Männer. Insgesamt wirkten die Patienten „kränker“, aber es gab kaum ein Patiententhema, das nicht auch in der Vorgeschichte der Probanden eine wichtige Rolle gespielt hätte. Allerdings waren zwar sehr verschiedenartige kindheitsgeschichtliche Belastungskonstellationen als individuelle Einflußfaktoren plausibel, ließen sich aber psychodynamisch nicht auf die im Schrifttum vertretenen Formeln bringen. Bei den Patienten war deutlicher, daß neben der Geschlechtsidentität auch andere Bereiche der Persönlichkeit gestört waren, aber die Probanden wirkten geordneter mehr im Sinne einer Organisation auf die transsexuelle Lösung hin. Die unterschiedlichen Wege zu dieser Störung sollen nur durch einige wenige, besonders prägnante Merkmale bezeichnet werden, die Unterscheidungen innerhalb der Probandengruppe möglich machten.

Die FM-Transsexuellen wirkten hinsichtlich psychischer Verfassung und Entwicklung einheitlicher als die MF-Geschlechtswechsler. Ihr mittleres Alter bei Vornamensänderung betrug 27 (21-33) Jahre. 9/11 FM-Probanden gaben eine früh, mit etwa 12 Jahren, erlebte primäre Gynäphilie an. Die ebenfalls frühe gegengeschlechtliche Identifizierung war stark geprägt durch Einnahme einer Position der Stärke/Härte bei Abwehr oder Verleugnung von Schwäche/Weichheit. Sehr unterschiedlich waren Bedeutung der Sexualität, Art und Ausmaß der Körperaversion sowie Anzahl und Art sexueller Beziehungen zu Frauen. Die meisten hatten Sexualekontakte mit Männern gehabt, werteten diese aber stark ab. Fast alle hatten eine nahezu kontinuierliche Berufstätigkeit.

Die 20 MF-Probanden ließen sich relativ problemlos der im diagnostischen Abschnitt skizzierten Typologie entsprechend in zwei (gleich große) Gruppen aufteilen.

Die primär androphilen Männer wurden sich mit etwa 12-13 Jahren des sexuellen Angesprochenenseins von männlichen Körpern und Geschlechtsteilen bewußt. In der Kindheit waren sie stärker feminin (mit assoziiertem, kaum fetischistischem Crossdressing). Ihr Alter bei der Vornamensbegutachtung betrug im Mittel 26 (22-33) Jahre. Beruflich entwickelten sie sich schlecht (auch bei Altersberücksichtigung), und es gab kaum Versuche, sich „als Mann“ zu beweisen. Sexuelle Erfahrungen mit Frauen waren sehr gering, mit Männern sehr variabel, mit angedeuteter Polarisierung in einen promiskuen und einen sexualgehemmt-homophoben Stil.

Bei den nicht-androphilen Männern begann mit etwa 10-12 Jahren das zunächst heimliche und von teils sexuellen, teils narzißtischen Hochgefühlen begleitete Crossdressing. In der Kindheit waren sie mehr ängstlich-unsicher als feminin. Bei Begutachtung waren sie im Mittel 37 (25-56) Jahre alt. Beruflich waren sie wesentlich stabiler. Fast stets war das zunächst fluktuierende, später sich ausweitende Crossdressing begleitet von versuchten Männlichkeitsbeweisen. Die sexuellen Erfahrungen mit Frauen waren unterschiedlich, aber charakteristisch schien die eigentümliche, postpubertär beginnende Diffusion von Gynäphilie und gegengeschlechtlicher Identifizierung (mit autogynäphiler Imagination bei 3 Probanden). Offenbar entwickeln sich aus ihr der Neid auf Frauen sowie die Verschmelzungs- und Rollenkehr-Phantasien. Keiner hatte (bei Vornamensänderung) sexuellen Kontakt mit einem Mann gehabt, und was sich in dieser Hinsicht präformierte, gab Männern tendenziell

die Funktion der Bestätigung der eigenen Weiblichkeit. Aus der Gesamtgruppe von 31 Probanden hatten nur 12 über eine angemessene Zeitstrecke eine sachkundige Betreuung gehabt. Und nur bei jeder dritten Vornamensbegutachtung konnten mehr oder minder aussagekräftige Informationen von seiten aktueller Behandler gewonnen werden. Bei rund der Hälfte der zur Vornamensänderung Begutachteten war bereits eine gegengeschlechtliche Hormonbehandlung begonnen worden, und zwar in mehreren Fällen ohne klare Indikation, nur wunschgemäß. Die Tatsache, daß diese Behandlung stattfand, war fast von größerer Bedeutung als deren Auswirkungen, und in die gleiche Richtung gehen die Eindrücke bei postoperativer Begutachtung.

In Hinsicht auf assoziierte psychische Störungen und umfassendere Persönlichkeitsstörungen wurde versucht, gegenüber psychosozialen Folgeerscheinungen der Geschlechtsdysphorie und dem psychischen Befund Auffälligkeiten der Entwicklung relativ größeres Gewicht zu geben. Es fanden sich bemerkenswerte Störungen dieser Art bei einem guten Drittel aller Probanden (zugunsten der FM-Transsexuellen), und gravierende bei 4 der Antragsteller zur Vornamensänderung.

Die große Mehrheit sah in der Vornamensänderung nur die Möglichkeit baldiger Operation oder sah sie im „Paket“ gleichzeitig laufender Umwandlungsmaßnahmen. Einige konnten glaubhaft (aber nicht nachvollziehbar) machen, schon Kassenleistungszusagen zu haben. Daß in 4 Fällen Nachbegutachtungen schon nach einem Jahr möglich waren, hat nur Hinweischarakter, da unbekannt ist, ob und wie schnell die anderen ihre Operationsintention umgesetzt und nur keine Personenstandsänderung angestrebt haben.

Lohnt die Suche nach Standards für Betreuung und Begutachtung?

Die Richtlinien der Harry Benjamin Gesellschaft für Geschlechtsdysphorie (1990) stellen sehr klare Minimal-Anforderungen – z. B. für geschlechtsangleichende Operationen die (auch fremdanamnestic) Sicherung des mindestens zwei Jahre durchgängig bestehenden Zwanges, die Geschlechtssteile loszuwerden und im anderen Geschlecht leben zu wollen; vorangehende indizierte Hormonbehandlung; einjährige konsequente Selbstprüfung im Alltagstest und halbjährige psychotherapeutische Behandlung mit Zweitsicht. Hingegen wird auf psychiatrische Ausschlußkriterien praktisch völlig verzichtet. Wohl überall wird die Umsetzung solcher Standards begrenzt durch die Art und Zahl von Menschen mit transsexuellen Wünschen im Verhältnis zur Verfügbarkeit kompetenter Betreuer. Da die TSG-Begutachtung zur Vornamensänderung zunehmenden Stellenwert auch in der Behandlung gewonnen hat, sind Standards auch für sie dringend erforderlich.

Erfordernis für Gutachter wie Behandler ist zweifellos wissenschaftlich und selbstkritisch reflektierte Erfahrung mit Störungen der Geschlechtsidentität. Ein weiteres, aber auch anderes Erfahrungsfeld – so will uns ja auch DSM-IV nahelegen – sind TS-Beurteilungen und Umwandlungsmaßnahmen. Es ist schwerer, spezifische Qualifikation positiv zu definieren, als Begrenzungen ihres Erwerbs und Beurteilungs-Risiken aufzuzeigen. Solche Risiken scheinen bei seltenem wie häufigem Umgang mit Transsexuellen gegeben, erwachsen aus dem geringen Stellenwert von Geschlechtsdysphorie in psychiatrischen und psychotherapeutischen Weiterbildungen und entstehen auch aus der immer noch verbreiteten Tendenz, den TS-Patienten der jeweiligen Psychotherapiemethode anzupassen, statt die Behandlung flexibel und mit längerer Perspektive auf den Patienten einzustellen.

Die Kompetenz des Gutachters erweist sich in seiner Urteilsbildung. Bloße Wiedergabe des vom Probanden über subjektives Empfinden Gesagten ist kein psychiatrisches Gutachten. Bekundungen der Selbstüberzeugung, sich schon immer dem anderen Geschlecht zugehörig gefühlt zu haben, erfüllen nicht schon die Voraussetzungen zur Vornamensänderung: transsexuell („geprägt“) zu empfinden, („zwanghaft“) dementsprechend haben leben zu wollen und eine unveränderbare gegengeschlechtliche Identifizierung aufzuweisen. Sie sind lediglich Ausgangspunkt für die gründliche Ermittlung der Lebensgeschichte, Befunderhebung und Beurteilung aller gewonnenen Informationen. Soll der Begriff der „transsexuellen Prägung“ nicht ganz seinen Sinn verlieren, so muß man ihn erstens verstehen als beide Kriterien gestörter Geschlechtsidentität umfassend – neben der gegengeschlechtlichen Identifizierung also auch Ausmaß und Art der Geschlechtsdysphorie – sowie zweitens als Aufforderung zu einer wirklichen Rekonstruktion der individuellen Entwicklung. Angesichts der Tatsache, daß heute kaum ein Antragsteller 3 Jahre tatsächlich in der Rolle des anderen Geschlechts gelebt hat, muß kompromißhaft bewertet werden, wie der Verlauf mit zunächst gänzlich subjektivem „Zwang“ gegenüber einer Folgezeit der Selbstprüfung in der einen oder anderen Form des Alltagstests gewesen ist. Ich halte die Besorgnis für übertrieben, daß der Antragsteller, dem die TSG-Gutachten ja zugänglich gemacht werden, ein kritisches oder sogar negatives Ergebnis nicht verkraften kann, sondern die Konfrontation mit einer fundierten Beurteilung für eine realistische Rückmeldung.

Soll die TSG-Begutachtung nicht als Teilmechanismus im Prozeß der Geschlechtsumwandlung etabliert werden, so sind kritische Haltung und Verantwortung des Gutachters auch in den Fällen aufgerufen, wo medizinische Maßnahmen schon erfolgt sind oder unmittelbar – unter Instrumentalisierung der Gutachten zur Vornamensänderung – angestrebt werden. Die Feststellung, daß ohne nachvollziehbare Indikation eine gegengeschlechtliche Hormonbehandlung durchgeführt wurde, sollte nicht für sich allein Ausschlag für die Bejahung der §1-Voraussetzungen geben, sondern in die Gesamtbeurteilung einbezogen werden. Dasselbe gilt für die zunehmend häufigen Fälle, in denen die Vornamensänderung erkennbar ausschließlich zur Operationserlangung angestrebt wird. Die Haltung, daß es ja formell – oder gar „nur“ – um die Vornamensänderung gehe, halte ich nicht mehr für vertretbar. M. E. sollte ggf. mindestens zum Ausdruck gebracht werden, daß wohl die Erfüllung der Voraussetzungen zur Vornamensänderung, (noch) nicht aber die Indikation zur Geschlechtsumwandlung bestätigt wird. Nach meinen Erfahrungen wird solchen Einschränkungen wenig Bedeutung beigemessen, aber der Gutachter hätte zumindest seiner Verantwortung Genüge getan.

Im übrigen gehört zu dieser gutachterlichen Verantwortung vorrangig folgendes: Erstens sollten zusätzliche bzw. Vorabinformationen beschafft werden – von Antragsteller, Bezugspersonen und Behandlern. Zweitens ist eine gründliche Erhebung des psychischen sowie körperlichen Befundes erforderlich für eine individualisierende Beschreibung des Erscheinungsbildes, die subjektives Erleben der gestörten Geschlechtsidentität wie auch objektive Aspekte des Verhaltens in der gewünschten Rolle thematisiert. Der Gutachter muß seine Vorstellungen von Geschlechtstypik reflektiert haben, um beurteilen zu können, welche Chancen der Proband nach seelischer und körperlicher Verfassung hat, im gewünschten Geschlecht hinreichend überzeugend zu wirken. Andererseits darf die Beurteilung nicht ausschließlich die Transsexualität thematisieren, sondern muß auch assoziierte Störungen einbeziehen, von denen einige wenige im diagnostischen Abschnitt genannt wurden. Eine Kernfrage bei multiplen psychischen Auffälligkeiten liegt darin, ob diese aus der

Geschlechtsdysphorie erklärbar sind oder ob es plausibler ist, letztere im Kontext einer umfassenderen Identitätsstörung zu verstehen. Schließlich geht es, drittens, um die Rekonstruktion der Entwicklung. Hierfür ist Aufmerksamkeit für die jeweiligen Besonderheiten der MF- oder FM-Transsexualität wie für kumulative individuelle Einflußfaktoren erforderlich. Die kritischen Lebensphasen und Entwicklungskomponenten – für die im vorangehenden Abschnitt nur die allerwichtigsten genannt wurden – sind sorgfältig zu analysieren. Rekonstruktion der Entwicklung kann aber noch mehr bedeuten: die (zumindest versuchsweise) Abkehr von der Vorstellung, daß die Spezifika von Geschlechtsdysphorie und gegengeschlechtlicher Identifizierung „schon immer“ vorhanden waren, zugunsten eines Konzepts des Nachvollziehens sequentieller Selbst-Rekonstruktionen in der Entwicklung. Bei vielen psychischen Störungen, aber auch bei körperlichen Krankheiten und Behinderungen kommt es wiederholt zu größeren oder kleineren „Neukonstruktionen“ der Identität und zu „Umprägungen“ der Lebensentwürfe. Die Andersartigkeit transsexueller Entwicklungen erklärt sich wohl weitgehend aus Verfügbarkeit und Sogwirkung der Konstruktion Geschlechtsumwandlung.

Für die Begutachtung geht es nicht darum, in Zukunft „strengere Maßstäbe“ anzulegen, sondern um die Vergegenwärtigung ärztlicher oder psychologischer Sorgfaltspflicht.

Schlußbemerkungen

Wirklich abschließende Bemerkungen sollen und können nicht gemacht werden. Der weitere Verlauf des Projekts Transsexualität scheint offen. Die Vergegenwärtigung der zu seiner Verselbständigung beitragenden Faktoren war unvollständig. Neben mancherlei Detail-Mechanismen wären vor allem die Einflüsse der Medien sowie der Selbsthilfeorganisationen zu thematisieren gewesen. Auch wäre es außerordentlich wichtig, mehr über Menschen mit gestörter Geschlechtsidentität zu wissen, die nicht-chirurgische Lösungen für sich gefunden haben, also nicht in den Sog der hier akzentuierten Umwandlungs-Verselbständigung geraten sind.

Nur einige Stichworte seien genannt zum Panorama, in dem sich heute Geschlechtsumwandlung vollzieht. Mit den Transsexualitäten haben sich viele psychiatrische Bilder über die letzten Jahrzehnte hin verändert. Körperbezogene Störungen scheinen zugenommen zu haben, Eßstörungen sogar dramatisch. Sucht – vielleicht das Ereignis dieses Jahrhunderts – hat bemerkenswerte Parallelen zur Geschlechtsumwandlung: einerseits wegen des oft suchartig empfundenen transsexuellen Dranges und andererseits im Hinblick auf Drogen-substitution als Therapie. Nicht nur Transsexualität ist radikal „medikalisiert“ worden, viele andere psychosoziale Probleme sind es auch – man denke nur an die Impotenzbehandlung und die ästhetische Chirurgie. In enger Wechselbeziehung mit der Medikalisierung steht die Überzeugung von medizinischer All-Macht und -Machbarkeit und die zunehmende Erwartungs- und Anspruchshaltung, auch hinsichtlich der Finanzierbarkeit. Defizite der Ich- und Selbststruktur scheinen tatsächlich häufiger geworden zu sein. Daß die durch sie bedingten inneren Brüche und Vakanzen – der Reparatur und Auffüllung bedürftig – für psychiatrischen und gesellschaftlichen Wandel eine Rolle spielen und ihren Ausdruck auch in Störungen der Geschlechtsidentität finden, ist ungeklärt, aber plausibel. Und die für die Geschlechtsumwandlung so hoch bedeutsame narzißtische Erfüllung könnte sehr wohl etwas zu tun haben mit der bekannten Entwicklungsreihe von der Selbstverwirklichung zur

(schließlich auch gewaltbereiten) Selbstdurchsetzung.

Ich fürchte, es muß auch vorerst offen bleiben, ob Transsexualität mehr mit der rigiden „Konstruktion der Zweigeschlechtlichkeit“ oder mehr mit der „emanzipatorischen Auflösung der Bedeutung der Geschlechtskategorien“ (Hirschauer 1993) zu tun hat. Der Blick auf die Vielfalt von Überschreitung, Mischung, Spaltung, Wechsel der Geschlechtsrollen bei sog. Naturvölkern bleibt faszinierend (Williams 1986; Lang 1990). Sie unterscheidet sich in mancherlei Hinsicht von der Vielfalt zeitgenössischer Transsexualitäten. Sehr wesentlich nicht etwa durch die Nichtverfügbarkeit von medizinischen Maßnahmen, sondern durch Vorhandensein eines spirituellen Elements.

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
- Blanchard, R.: Typology of male-to-female transsexualism. *Arch. Sex. Behav.* 1985; 14: 247-261
- Blanchard, R.: The concept of autogynephilia and the typology of male gender dysphoria. *J. Nerv. Mental Disease.* 1989; 177: 616-623
- Blanchard, R.: Varieties of autogynephilia and their relationship to gender dysphoria. *Arch. Sex. Behav.* 1993; 22: 241-251
- Bosinski, H. A. G.; Sohn, M.; Löffler, D.; Wille, R.; Jakse, G.: Aktuelle Aspekte der Begutachtung und Operation Transsexueller. *Deutsches Ärzteblatt* 1994; 91: A-726-732
- Bosinski, H. A. G.: Zur Klassifikation von Geschlechtsidentitätsstörungen bei Männern. *Sexuologie* 1994; 4: 195-211
- Bradley, S. J.; Blanchard, R.; Coates, S. et al.: Interim report of the DSM-IV Subcommittee on gender identity disorders. *Arch. Sex. Behav.* 1991; 20: 333-343
- Bundessozialgericht: Urteil vom 6.8.1987, AZ 3 RK 15/86
- Bundesverfassungsgericht: Beschluß vom 16.3.1982, StAZ 1982, 170; Beschluß vom 26.1.1993, StAZ 1993, 109
- Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen (Transsexuellengesetz – TSG): BG.Bl. I, 1654
- Harry Benjamin Gesellschaft für Geschlechtsdysphorie: Standards of Care. Stand 1/1990. Übersetzung der Abt. für Sexualforschung UKE Hamburg
- Hirschauer, S.: Zur sozialen Konstruktion der Geschlechtszugehörigkeit. In: Pfäfflin, F.; Junge, A. (Hrsg.): *Geschlechtsumwandlung*. Stuttgart: Schattauer 1992
- Hirschauer, S.: Die soziale Konstruktion der Transsexualität. Über die Medizin und den Geschlechtswechsel. Frankfurt a.h.: Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft 1045, 1993
- Lang, S.: Männer als Frauen – Frauen als Männer. Geschlechtsrollenwechsel bei den Indianern Nordamerikas. Hamburg: Wayasabah 1990
- Langer, D.: Der Transsexuelle: Eine Herausforderung für Kooperation zwischen psychologischer und chirurgischer Medizin. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 1985; 53: 67-84
- Levine, S. B.: *Sexual Life*. New York: Plenum 1992
- Lothstein, L. M.; Roback, H.: Black female transsexuals and schizophrenia: A serendipitous finding? *Arch. Sex. Behav.* 1984; 13: 371
- Osburg, S.; Weitze, C.: Betrachtungen über zehn Jahre Transsexuellengesetz. *Recht & Psychiatrie* 1993; 11: 2-26
- Pfäfflin, F.: Fünf Jahre Transsexuellengesetz. Eine Zwischenbilanz. *StAZ* 1986; 39: 199-203

- Pfäfflin, F.: Transsexualität. Beiträge zur Psychopathologie, Psychodynamik und zum Verlauf. Stuttgart: Enke 1993
- Pfäfflin, F.; Junge, A.: Nachuntersuchungen nach Geschlechtsumwandlung. Eine kommentierte Literaturübersicht 1961-1991. In: Pfäfflin, F.; Junge, A. (Hrsg.): Geschlechtsumwandlung. Stuttgart: Schattauer 1992
- Pfäfflin, F.; Junge, A. (Hrsg.): 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
- Schmidt, G.; Schorsch, E.; Pfäfflin, F.: Brief vom 24.4.1978 an das BMJFG
- Williams, W.: The spirit and the flesh. Sexual diversity of american indian culture. Boston: Beacon press 1986

Anschrift des Autors

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Dieter Langer, Zentrum Psychologische Medizin, Medizinische Hochschule Hannover, D-30623 Hannover

La Mettrie, Sade und Sexuologie im Zeitalter der Aufklärung

La Mettrie, Sade, and Sexology in the Age of Enlightenment

S. Dressler, Berlin

Zusammenfassung

Der französische Arzt und Philosoph Julien Offray de La Mettrie (1709-1751) hat in seinen Werken die Existenz eines physiologischen bzw. anatomischen Korrelats der Seele und von psychischen Funktionen aufgezeigt. Sexualität und Sexualverhalten werden von La Mettrie als Ausdruck natürlicher, körperlicher und seelischer Bedürfnisse verstanden. Eine traditionelle moralphilosophische Interpretation von Sexualverhalten lehnt La Mettrie ab. Mit seiner Konzeption hat La Mettrie die Auffassung von Sexualität bei Denis Diderot, John Cleland und Donatien Alphonse François de Sade und die Auffassung von Sexualität in der Aufklärungszeit indirekt, aber grundlegend beeinflusst.

Schlüsselwörter: Sexualwissenschaft, Psychologie, Geschichte, Julien Offray de La Mettrie, Donatien Alphonse François de Sade

Abstract

In his works, the French physician-philosopher Julien Offray de La Mettrie (1709-1751) postulated the existence of a physiological and/or anatomical substrate of the soul and psychic functions. La Mettrie understands sexuality and sexual behavior as expression of natural, physical, and spiritual needs. La Mettrie refuses an interpretation of sexual behavior according to the standards of traditional moral philosophy. With his concept, La Mettrie has gained a considerable influence on the understanding of sexology by Denis Diderot, John Cleland and Donatien Alphonse François de Sade. Even if this influence may be somehow indirect, it is rather fundamental for sexology in the enlightenment.

Key words: Sexology, Psychology, History, Julien Offray de La Mettrie, Donatien Alphonse François de Sade

Spätestens seit 1740 oder 1741 gibt es in Frankreich mit der Veröffentlichung von Gervaise de Latouches „Le Portier des Chastreux“ ein literarisches Genre, das man als erotische oder auf Sexualität ausgerichtete schöne Literatur bezeichnen kann (Ellrich 1987: 222). Zu den bekanntesten und im 18. Jahrhundert viel gelesenen Autoren dieser Gattung gehören u.a. Crébillon fils, Duclos oder der Marquis d'Argens; Denis Diderot hat diese Literatur mit „Les bijoux indiscrets“ (1748) und „La religieuse“ (entstanden um 1760) bereichert. Andere Autoren wie Saint-Foix, Moncrif, Bernard, Gresset oder Bernis sind heute weitgehend in Vergessenheit geraten.

In seiner 1746 veröffentlichten Schrift „La volupté“ setzt sich der Arzt Julien Offray de La Mettrie von diesen Autoren deutlich ab, indem er vorausschickt, es ginge nicht um die Darstellung von Ausschweifungen und (Sinnes-)Freuden, sondern um eine Erläuterung des Wesens der Wollust. La Mettrie, 1709 als Sohn eines Kaufmanns in St. Malo (Bretagne) geboren, war bis dahin vor allem als Übersetzer von Werken des niederländischen Arztes

Boerhaave und als ironischer Kritiker der Pariser medizinischen Fakultät hervorgetreten. Warum er sich 1746 zur Veröffentlichung der kleinen Schrift „Über die Wollust“ entschließt, ist unklar. Gemeinsam mit der 1745 erschienen „Histoire naturelle de l'âme“ (Naturgeschichte der Seele) bildet diese Schrift jedoch den Anfang einer Reihe von philosophischen Veröffentlichungen La Mettries, dessen wohl auch heute noch bekanntestes Werk 1748 bei Elie Luzac in Leiden erschien und den Titel „L'homme machine“ (Der Maschinenmensch) trägt.

„La volupté“ enthält 1746 bereits die Formulierung zahlreicher Beobachtungen, Prinzipien und Annahmen, die in „L'homme machine“ zwei Jahre später – wenn auch nicht unbedingt präziser – in ihrer grundlegenden Bedeutung für das allgemeine Funktionieren des menschlichen und des tierischen Organismus dargestellt werden, sich aber hier noch auf die Wollust und die Fähigkeit, sie zu empfinden, beschränken. Hatte La Mettrie in der „Histoire de l'âme“ mit dem Konzept einer „*faculté sensitive de la matière*“ die belebte von der unbelebten Natur unterschieden (Jantzen 1994: 417), liegt der Schwerpunkt in seinen späteren Schriften darauf, zu zeigen, daß die Seele ein materielles Korrelat hat. Seelische Vorgänge und Körperfunktionen sind für den Arzt La Mettrie untrennbar miteinander verknüpft und beeinflussen sich gegenseitig. Wie anders ist es sonst zu erklären, fragt La Mettrie im „L'homme machine“, daß die Scham einem Menschen die Röte in's Gesicht treibt, oder eine gute Mahlzeit die Stimmung hebt? Wie wäre es möglich, daß sich vom Körper abgetrennte Muskeln nach einem Nadelstich zusammenziehen (La Mettrie 1748: 70, 99), wenn die Materie nicht beseelt wäre? Der entscheidende Unterschied zwischen La Mettrie und einer philosophischen Tradition, die auf den 1649 erschienenen „*Passions de l'âme*“ von René Descartes gründet, besteht in seiner Annahme einer beseelten Materie: Tiere unterscheiden sich – anders als bei Descartes – vom Menschen nicht dadurch, daß sie keine Seele hätten (im „L'homme machine“ führt La Mettrie zahlreiche Beispiele für das Seelenleben von Tieren an), sondern der Unterschied zwischen Mensch und Tier wird zu einem graduellen Unterschied, der aus Verstand und Vernunft des Menschen resultiert. Vergnügen (*plaisir*) entsteht nach La Mettrie durch den Anspannungszustand und die Empfindlichkeit von Nerven und Sinnesorganen. Sie sind der Sitz des Vergnügens. Wollust entsteht auf der Grundlage eines Vergnügens, aber hier gilt es sauberlich zwischen den verschiedenen Empfindungen und Ausschweifungen zu trennen: „*On confond trop communément le plaisir avec la volupté, et la volupté avec la débauche.*“ (La Mettrie 1746: 111) Wie entsteht nun Wollust?

„*Nos sens sont le siege du plaisir. Il dépend de la tension et du chatouillement des nerfs. Dans le souverain plaisir, les nerfs sont aussi tendus, qu'ils puissent l'être, pour ne pas causer de la douleur. Un point forme la barriere, qui la sépare du plaisir; celle de l'instinct et de la raison, n'est pas plus mince. Ce n'est donc que dans les sens qu'il faut chercher le plaisir: les sensations d'esprit les plus agréables, ne son que des plaisirs moins sensible. Mais la volupté veut être recherchée plus loin; elle nous manqueroit souvent, si nous ne l'attendions que des sens. S'ils lui sont nécessaires, ils ne lui suffisent pas; il faut que l'imagination supplée à ce que leur manque. C'est elle qui met le prix à tout; elle échauffe le coeur, elle l'aide à former des desirs, elle lui inspire les moyens de les satisfaire. En examinant le plaisir, qu'elle passe, pour ainsi dire, en revue, le microscope dont elle semble se servir, le grossit et l'exagere: c'est ainsi que la volupté même, cet art de jouir, n'est que l'art de se tromper...*“ (La Mettrie 1746: 112)

Mit der Vorstellungskraft (*imagination*) bedarf es also noch einer seelischen Funktion oder

Aktivität, damit aus Vergnügen wahre Wollust erwachsen kann. Wollust gibt uns das Gefühl der Ekstase, „in der uns die Seele zu verlassen scheint, um in das geliebte Objekt überzugehen.“ (La Mettrie 1751: 48) Seelische Bedürfnisse und körperliches Vergnügen sind in der Wollust vereint. Wenn La Mettrie in seiner 1751 auf französisch und deutsch erschienenen Schrift „Die Kunst, Wollust zu empfinden“ schreibt: „Doch was ich suche, sind weniger die Genüsse des Körpers als die der Seele“ (La Mettrie 1751: 16), dann zeigt diese Formulierung an, wie stark auch ein seelisches Wohlbefinden auf körperliche Vorgänge angewiesen ist. Körperliche Vergnügen (z. B. zweier Liebender) sind ein *sine qua non* der Wollust, nach deren Erreichen die Seele „wirklich bei sich [ist]; dann erst kann sie sich selbst voll und ganz genießen, dann erst kann sie sich mit dem gleichen Wohlgefallen betrachten, mit dem Adonis seinen Körper betrachtete, denn sie sieht sich im Spiegel der Wollust.“ (La Mettrie 1751: 49) Die Leidenschaften, die nach einer Befriedigung im Vergnügen drängen, erscheinen bei La Mettrie als notwendig für den Menschen. Das Vergnügen gehört zum Wesen des Menschen. Bedürfnisse und Leidenschaften als die „treuesten Diener der Wollust“ (La Mettrie 1746: 129) lenken den Menschen immer wieder zur Liebe, zur Wollust und damit zum glücklichen Sein: „Vous voyez que la faim, la soif, le sommeil, l'imagination, tous le appétits, toutes les passions, tous les sens, tant internes, qu'externes, et en un mot tous les mouvements de notre machine, conduisent à l'amour, et de l'amour à la volupté, des êtres organisés pour être heureux, des êtres qui n'ont pas un seul point dans tout leur corps, qui ne soit sensible au plaisir...“ (La Mettrie 1746: 135)

„Die Kunst, Wollust zu empfinden“ (1751) stellt eine „nicht unerhebliche Revision“ (Laska 1987: X) von „La volupté“ (1746) dar und ist in weiten Teilen weniger polemisch, wenn man einmal von der langen, ironischen Widmung an Albrecht von Haller mit Bezug auf dessen Lehre von der Irritabilität absieht. Ausschweifung (*débauche*) wird kurz als ein Übermaß an schlecht genossenen Freuden abgetan (La Mettrie 1751: 73), Bemerkungen zu zeitgenössischen Schriftstellern und erotischer Literatur entfallen fast gänzlich. Auf den Gebrauch obszöner Vokabeln oder einer Tabusprache verzichtet La Mettrie und greift im wesentlichen auf die philosophische und medizinische Terminologie zurück. Im 17., aber auch im 18. Jahrhundert, war Sexualität außer unter moraphilosophischen Perspektiven bis dahin vor allem unter Aspekten thematisiert worden, die man heute reproduktionsbiologisch nennen würde. Im Vordergrund standen Fragen wie etwa die, ob Blütenstaub als vermeintlich tote Materie zur Befruchtung einer Pflanze und so zur Entstehung neuen Lebens führen könne. Die Entdeckung der Spermatozoen durch Johan Ham (1677) hatte Anlaß zu ausgiebigen Diskussionen und (auch philosophischen) Theoriebildungen über die Fortpflanzung geboten (Darmon 1981; Delaporte 1983).

Die medizinische Sexologie entsteht mit Venette's Buch „La génération de l'homme, ou tableau de l'amour conjugal“, das zuerst 1686 erscheint und zahllose Auflagen erlebt. Der Arzt Venette behandelt, wie schon der Titel des Werkes anzeigt, Sexualität im Kontext der Ehe und im Hinblick auf die Fortpflanzung. Die Einstellung, man könne Sex um des Vergnügens willen haben, wird von ihm explizit zurückgewiesen und eine Sexualität, die nicht dem Zweck der Zeugung dient, als ungesund bezeichnet. Empfehlungen für oder gegen bestimmte Positionen beim vaginalen Geschlechtsverkehr werden teilweise medizinisch begründet: Auf jeden Fall ist zu vermeiden, daß die Frau sich auf dem Mann befindet, weil dieser dann die Herrschaft über die Frau verliert. Die *a tergo* Stellung wird von Venette, obwohl sie ja ebenfalls eine gewisse Abweichung von der korrekten Position darstellt, nicht gänzlich abgelehnt, da ärztliche Erfahrung gelehrt habe, daß es in dieser Stellung leichter

zu einer Schwangerschaft kommt (Vartanian 1977:350f.). Im Anschluß an Venette's Buch entstehen in Frankreich, England und Deutschland zahllose Kompendien und Bücher über das eheliche Zusammensein, die vor allem den Erfolg des „Tableau de l'amour conjugal“ zu kopieren versuchen, jedoch kaum neue sexualwissenschaftliche Impulse geben. Venette's Werk, das – wie Aram Vartanian (1977) gezeigt hat – mit der katholischen Doktrin der Zeit in vollster Übereinstimmung steht, bleibt bis in die Mitte des 18. Jahrhunderts prägend für die medizinisch-wissenschaftliche Beschäftigung mit der Sexualität.

Erst La Mettrie gelingt es mit seinen Werken, das Thema Sexualität medizinisch wie philosophisch unter neuen Gesichtspunkten zugänglich zu machen. Er besitzt ein umfangreiches kasuistisches Wissen über Geschlechtskrankheiten und Störungen der Sexualität. Als Übersetzer und Herausgeber des „Système de M. Herman Boerhaave sur les maladies vénériennes“ (Paris 1735) hat sich La Mettrie einen einschlägigen Ruf erworben; die von ihm betreute Ausgabe von Boerhaaves Werk ist um eine Abhandlung erweitert, in der La Mettrie auf psychologische Aspekte der Sexualität wie Schmerz und Verzweiflung, aber auch auf die Struktur und Funktion der Sexualorgane während des Koitus eingeht (Falvey 1979: 56f.).

Die genaue, unvoreingenommene Beobachtung natürlicher Vorgänge und die empirischen Kasuistiken bilden die Grundlage von La Mettries Verständnis von Sexualität. Naturvorgänge und Körperfunktionen werden von ihm nicht von vornherein unter einer bestimmten moralischen Perspektive betrachtet. Körperliches und sexuelles Erleben wird von La Mettrie in seiner ganzen Vielfalt beschrieben, die nicht auf einige wenige und „richtige“ Verhaltensweisen beschränkt ist. Für La Mettrie gibt es keinen Grund, das Ausleben körperlicher oder seelischer Leidenschaften und Bedürfnisse aus moralischen Erwägungen zu untersagen. Im Gegenteil: Nach La Mettrie ermöglicht erst der richtige Umgang mit diesen Leidenschaften und Bedürfnissen dem Menschen die Möglichkeit zu einem glücklichen Dasein. Körperliche Vergnügen, die zur Wollust und damit zum Glück führen, sind gut, weil sie dem Menschen die Erreichung seiner Bestimmung ermöglichen (La Mettrie 1746: 119). Ohne sich lange mit einer Auseinandersetzung mit traditionellen Morallehren aufzuhalten, hat La Mettrie indirekt eine neue Moralphilosophie entworfen, die von seinen Zeitgenossen und späteren Interpreten immer wieder mißverstanden und als schrankenloses Epikuräertum ausgelegt wurde.

Für La Mettrie sind diese Mißverständnisse nicht folgenlos geblieben: Nach seinen Angriffen auf die Pariser Medizinische Fakultät, der er u.a. vorwarf, daß sie die Anatomie ex cathedra lehrte, war er 1747 gezwungen, Frankreich zu verlassen und floh nach Holland. Noch bevor dort Ende 1747 „L'homme machine“ gedruckt wurde, suchte La Mettrie Zuflucht am Hof Friedrichs des Großen. Am 11. November 1751 ist La Mettrie, dessen Werke auch in Preußen nur in einer zensierten Fassung erscheinen konnten, in Berlin „an dem Genuß einer ganzen Trüffelpastete [gestorben], zur großen Genugtuung der Reaktionsnäre, die sich beeilten, die Art seines Todes als warnendes Argument gegen seine Weltanschauung auszuspielen, als ob das Verzehren zu großer Pasteten eine charakteristische und natürliche Folge des Materialismus sei.“ (Friedell 1928: 664; vgl. Dressler 1991) Es war nicht ungefährlich, La Mettrie zu zitieren oder allzu offensichtlich auf seine (häufig unter Pseudonym veröffentlichten) Schriften zurückzugreifen, da Zensur und Verbot der entsprechenden Bücher, eventuell eine Schließung des Verlages oder der herstellenden Druckerei und die Inhaftierung des Autors drohten. Unter diesen Umständen gehen Philosophen und Schriftsteller des 18. Jahrhunderts, falls sie ihn nicht wie beispielsweise

Lessing oder Albrecht von Haller ohnehin offen kritisieren, nur mit größter Vorsicht auf La Mettrie ein und machen die von ihm entlehnten Gedankengänge nur indirekt erkennbar, indem sie ihn fast nie namentlich zitieren. Entsprechend schwierig gestaltet sich daher heute eine Rekonstruktion von La Mettries Einfluß auf die Philosophie der Aufklärung, auch wenn unumstritten ist, daß dieser Einfluß bestand.

Aram Vartanian hat aufgezeigt, wie stark Diderot von La Mettrie beeinflusst wurde. Ohne La Mettries materialistisches Konzept der Seele wären ein Stück wie „D'Alemberts Traum“ von Diderot, dessen „Elémens de physiologie“, aber auch viele Artikel in der von Diderot und D'Alembert herausgegebenen „Encyclopédie“ in ihrer jetzigen Form kaum denkbar (Vartanian 1953). Encyclopédie-Artikel wie „Jouissance“ (Genuß) und die Darstellung menschlichen Sexualverhaltens (im Artikel „Homme“) verdanken vieles den sexologischen Ausführungen La Mettries. In „La Religieuse“ zeigt Diderot im Anschluß an La Mettries primär nicht moralisierende Betrachtungsweise, daß eine einfache Trennung zwischen heterosexuellen und homosexuellen Neigungen nicht immer möglich ist. Die Beschreibung lesbischer Umgangsformen in einem Frauenkloster mündet nicht in der Darstellung (weiblicher) Homosexualität als einer verwerflichen, libertinären Aktivität oder einer perversen Gepflogenheit, sondern als einer psychosexuellen Kondition mit allen ihren Problemen (Vartanian 1977: 364f.).

John Clelands romantischer Erotizismus in „Fanny Hill“ (London 1749) war nicht an christliche Moral gebunden, sondern antichristlich, libertinär und materialistisch (Trumbach 1987:69). Wenn Sexualität bei Cleland im Unterschied zu den späteren Werken Sades von Liebe begleitet ist, kann man darin den Einfluß La Mettries wiedererkennen. Schwieriger zu bestimmen ist hingegen La Mettries Wirkung auf den Marquis de Sade, der während seiner Gefangenschaft in der Bastille La Mettrie offensichtlich ebenso wie Buffon oder d'Holbach gelesen hat (Morris 1990: 297). Sicherlich macht man es sich zu einfach, wollte man wie z. B. Lennig die Philosophie de Sades in ihren Begründungszusammenhängen gänzlich auf La Mettrie zurückzuführen (Lennig 1984: 7) oder Sade ausschließlich als „Antipoden“ La Mettries begreifen (Laska 1987: XV). Die Tatsache, daß Sade La Mettrie einmal wörtlich zitiert, um damit eine stilistische Anleihe bei ihm aufzunehmen (Sade 1797a: 237), sollte nicht überinterpretiert werden.

Wie La Mettrie geht Sade davon aus, daß anatomische Korrelate von psychischen Vorgängen (z.B. Lust, Schmerz) existieren. Auch Sade verwendet die Sprache der Medizin und nicht die Diktion des theologischen Diskurses, wenn er von Körperempfindungen und physiologischen Vorgängen spricht. In diesem medizinischen Kontext erscheint Schmerz bei Sade als Metapher für eine Wahrheit, die aus der Perspektive der Theologie als Perversion gilt (Morris 1990: 314). Hatte Descartes („De l'homme“ 1662) Schmerz noch auf eine Wahrnehmung durch eine immaterielle Seele zurückgeführt (Morris 1990: 311), ist diese immaterielle Seele bei Sade wie bei La Mettrie aufgegeben. Beiden gemeinsam ist u.a., daß sie die Ableitung moralischer Werte aus Naturvorgängen und die Berufung der Moralphilosophie auf ein natürliches Gesetz (loi naturelle) ablehnen und dafür plädieren, natürlichen Neigungen und Bedürfnissen nachzugeben (Thomson 1980). So trifft es zwar zu, daß Sade auf La Mettries materialistische Biologie zurückgreift (Kondylis 1981: 510), dennoch dürfen einige wesentliche Unterschiede zwischen beiden philosophischen Ansätzen nicht übersehen werden.

Diese Differenzen zeigen sich am deutlichsten in der unterschiedlichen Auffassung von Sexualität. Während für La Mettrie Wollust und Genuß auf Liebe aufbauen, sind für Sade

lieben und genießen „zweierlei Dinge. Der Beweis: man liebt alle Tage, ohne zu genießen, und man genießt noch viel öfter, ohne zu lieben.“ (Sade 1797b: 237) Anders als in La Mettries partnerschaftlichem Konzept hat Sexualität bei Sade, der Nächstenliebe als ein christliches „Hirngespinnst“ abtut (Sade 1797b: 243), eine fast solipsistische Funktion: „Es ist völlig unnötig, daß der Genuß, um wirklich stark zu sein, mit anderen geteilt wird...“ (Sade 1797b: 237). Dementsprechend ist es Sade gleichgültig, was das „Objekt“ der sexuellen Aktivität empfindet, ob es glücklich oder unglücklich ist – im Vordergrund steht für Sade die Sinnlichkeit; und zwar die Sinnlichkeit und der Genuß des Mannes. Überlegungen zu Lust und Freuden der Frau an der Sexualität, wie sie bei La Mettrie eine nicht unwesentliche Rolle spielen (Falvey 1979: 63ff), fehlen bei Sade: „Die Frauen können meinerwegen entgegengesetzte Grundsätze aufstellen; aber wenn immer ein sinnvolles System über diese Art des Vergnügens gefunden werden soll, so sind die Frauen, die nur als Maschinen der Sinnenlust, ja als Zielscheibe dienen, inkompetent.“ (Sade 1797b: 239). Der wesentliche Unterschied zwischen Sades „Sexualmaschine“ und La Mettries „Maschinenmensch“ besteht nicht darin, daß der „L’homme machine“ von La Mettrie zu einer Selbstkorrektur fähig wäre, wie gelegentlich behauptet wurde (Glaser 1988: 75), sondern daß der Mensch von La Mettrie als ein gesellschaftliches Wesen begriffen wird. Der Maschinenmensch kann nur in der Vereinigung mit einem anderen Menschen glücklich sein, während der Körper für Sade eine menschliche Maschine darstellt, deren Zweck die Befriedigung von Bedürfnissen ihres „Inhabers“ ist. Sades Sexualmaschine ist im wesentlichen ein „onanistic device“ (Lee 1972: 217).

Die Unterschiede zwischen La Mettrie und Sade sind oft übersehen worden, so etwa von Iwan Bloch, der La Mettrie den größten Einfluß auf Sade zuschreibt (Bloch 1970: 36), aber offensichtlich kein guter Kenner La Mettries war, da er dessen Schrift „Sur la volupté“ mit „L’art de jouir“ verwechselt (Bloch 1970: 39). Der Einfluß La Mettries auf die sexologische Literatur der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts ist häufig indirekter, als in der Forschung bislang vermutet wurde. Dieser indirekte Einfluß verdeckt die grundlegende Bedeutung, die La Mettries Konzepte für die Philosophie, aber auch für die Literatur hatten. Sie besteht vor allem in seiner mitunter vehementen Postulierung eines materiellen Korrelats der Seele und seelischer Vorgänge. Mit diesem Postulat hatte die Philosophie die Möglichkeit, über Descartes hinaus zu einem neuen Verständnis von Mensch und Natur zu gelangen. Sie hat diese Möglichkeit lange Zeit nur zögerlich und vereinzelt zu nutzen verstanden.

Literatur

- Bloch, I.: Der Marquis de Sade und seine Zeit. Ein Beitrag zur Kultur- und Sittengeschichte des 18. Jahrhunderts. Hanau: Karl Schustek 1970.
- Darmon, P.: Le mythe de la procréation à l’âge baroque. Paris: Éditions du Seuil 1981.
- Delaporte, F.: Das zweite Naturreich. Frankfurt, Berlin, Wien: Ullstein 1983.
- Dressler, S.: Mettrie’s Death, or: The Nonsense of an Anecdote. *Neophilologus* 1991,75: 194-199.
- Ellrich, R. J.: Modes of discourse and the language of sexual reference in Eighteenth-century French Fiction. In: Maccubin, R. P. (ed.) *’Tis nature’s fault: unauthorized sexuality during the Enlightenment*. Cambridge, New York: Cambridge University Press 1987, 217-228.
- Falvey, J.: Woman and sexuality in the thought of La Mettrie. In: Jacobs, E.; Barber, W. H.; Bloch, Jean H.; Leakey, F. W.; Le Breton, E. (eds) *Woman and society in the Eighteenth-century France. Essays in honour of John Stephenson Spink*. London: The Athlone Press 1979, 55-68.

- Friedell, E. (1928): Kulturgeschichte der Neuzeit. Ungekürzte Ausgabe in einem Band. München: C. H. Beck o. J.
- Glaser, H. A.: La Mettries Maschinenmensch und Sades Sexualmaschine. In: Glaser, H. A.; Kaempfer, W. (Hrsg.) *Maschinenmenschen: Referate des Triestiner Kongresses*. Frankfurt/M.: Lang 1988, 69-80.
- Jantzen, J.: Physiologische Theorien der Irritabilität und Sensibilität. IV. Die materialistische Interpretation der Irritabilität. In: Schelling, F. W. J., *Ergänzungsband zu Werke Band 5 bis 9*. Stuttgart: Frommann-Holzboog 1994, 417ff.
- Kondylis, P.: *Die Aufklärung im Rahmen des neuzeitlichen Rationalismus*. Stuttgart: Klett-Cotta 1981.
- de La Mettrie, J. O. (1746): *La volupté*. In: Ders., *Oeuvres philosophiques II*. Paris: Fayard 1987, 85-137.
- de La Mettrie, J. O. (1748): *L'homme machine*. In: Ders., *Oeuvres philosophiques I*. Paris: Fayard 1987, 63-118.
- de La Mettrie, J. O. (1751): *Die Kunst, Wollust zu empfinden (L'art de jouir)*. Hrsg. und eingeleitet von Bernd A. Laska. Nürnberg: LSR (LSR-Quellen Band 4) 1987.
- Laska, B. A.: Einleitung. In: *La Mettrie (1751)*. Nürnberg: LSR (LSR-Quellen Band 4) 1987, V-XXX.
- Lee, V.: *The Sade machine. Studies on Voltaire and the eighteenth century* 1972;98, 207-218.
- Lennig, W. (1965): *de Sade*. Reinbek (Rowohlts Monographien 108): Rowohlt 28-30. Tsd. 1984.
- Morris, David B.: *The Marquis de Sade and the discourses of pain: Literature and medicine at the revolution*. In: Rousseau, G. S. (ed.) *The languages of psyche. Mind and body in Enlightenment thought*. Berkeley, Los Angeles, Oxford: University of California Press 1990, 291-330.
- de Sade, D. A. F. (1797a): *La Nouvelle Justine ou les Malheurs de la Vertu*. In: *Oeuvres. Édition définitive, Tome septième*. Paris: Au Cercle du Livre précieux 1966
- de Sade, D. A. F. (1797b): *Justine oder Das Unglück der Tugend (Justine ou les malheurs de la vertu)*. Hamburg: Merlin 4. Auflage 1979.
- Thomson, A.: *L'art de jouir de La Mettrie à Sade*. In: Viallaneix, P.; Ehrard, J. (eds) *Aimer en France 1760-1860, Tome 2*. Clermont-Ferrand: Association des publications de la Faculté des lettres et sciences humaines de Clermont-Ferrand 1980, 315-322.
- Trumbach, R.: *Modern prostitution and gender in Fanny Hill: libertine and domesticated fantasy*. In: Rousseau, G. S.; Porter, R. (eds) *Sexual underworlds of the Enlightenment*. Manchester: Manchester University Press 1987, 69-85.
- Vartanian, A.: *Diderot and Descartes: A study of scientific naturalism in the enlightenment*. Princeton: University Press (History of Ideas Series 6) 1953.
- Vartanian, A.: *La Mettrie, Diderot and sexology in the Enlightenment*. In: Macary, J. (ed.) *Essays on the age of Enlightenment in honor of Ira O. Wade*. Genève: Droz (Histoire des idées et critique littéraire No. 164) 1977, 347-367.

Anschrift des Autors

Dr. med. Dr. phil. Stephan Dressler, Durlacher Str. 23, D-10715 Berlin

Aggressive Sexualdelinquenz und kannibalistisch-fetischistische Symptomatik

Aggressive Sexual Delinquency and Cannibalistic-Fetishistic Symptoms

G. Hinrichs, G. Schütze, Kiel

Zusammenfassung

Im folgenden soll ein besonderer Fall von aggressiver Sexualdelinquenz mit kannibalistisch-fetischistischer Komponente dargestellt werden. Nach einer Kurzübersicht zur Sexualdelinquenz präsentiert die Kasuistik Bedeutsamkeiten der Vorgeschichte, die Taten sowie die Forensik und die Entwicklung bis auf den aktuellen Stand. In der anschließenden Diskussion werden sowohl ätiologische, diagnostische wie auch forensische und behandlerische Gesichtspunkte erörtert. *Schlüsselwörter:* Sexualdelinquenz, Aggression, Fetischismus, Forensische Begutachtung, Psychotherapie

Abstract

Subsequently a special case of aggressive delinquency with cannibalistic-fetishistic symptoms is presented. After a brief abstract on sexual delinquency the case study illustrates the main elements of biography, the offences, forensic aspects as well as the development up to now. Within the following discussion etiological and diagnostic as well as forensic and therapeutic aspects are debated.

Key words: Sexual delinquency, Aggression, Fetishism, Forensic expert opinion, psychotherapy

Zum Begriff Sexualdelinquenz

Der Begriff Sexualdelinquenz hat weitgehend den älteren der Sexualkriminalität ersetzt, wobei definitorisch feine Unterschiede zu berücksichtigen sind. Unter *strafrechtlicher* Festschreibung faßt man unter Sexualdelinquenz die Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung nach dem 13. Abschnitt des Strafgesetzbuches (StGB) zusammen. Diese weisen nach Baumann (1991) eine kriminologisch wie dogmatisch fragwürdige Gemeinsamkeit auf, handelt es sich doch im einzelnen um gewaltlose Normenverstöße, Delikte aus dem Bereich der organisierten Kriminalität, sexuelle Gewalttaten oder auch Ausbeutungshandlungen in Abhängigkeitsverhältnissen (Baumann 1991: 78). Außerdem finden sich sexuelle Handlungen auch an anderer Stelle des StGB (Beischlaf zwischen Verwandten im 12. Abschnitt), ferner spielen sexuelle Motive oft eine gewichtige Rolle bei Taten ohne eindeutig sexuellen Verhaltensanteil wie Tötungen und Diebstählen (Wille 1986). Schließlich kann bei sexuell motivierten Straftaten diese Komponente nicht immer nachgewiesen und eindeutig bestimmt werden, so daß die Verurteilung sich dann rein aus dem Tatgeschehen ableitet (z. B. Körperverletzung statt versuchter Vergewaltigung). Während der Exhibitionismus als umschriebene sexuelle Deviation eine strafrechtliche Entsprechung im Delikt findet, entfällt dies bei den aggressiven Sexualdelikten (Nötigung, Vergewaltigung, sexuell motivierte Tötungen). Hier ist sogar zu fragen, ob es sich um primär sexuell

motivierter oder eher sexualisierter Aggressionstaten handelt, auch wenn sie oft mit devianten Anteilen oder auch Funktionsstörungen vergesellschaftet sind.

Diagnostisch bilden sich sexuelle Deviationen sowohl in der ICD 10 wie auch dem DSM-IV ab, während Sexualdelikte nicht einmal bei den Störungen der Impulskontrolle Berücksichtigung finden, unter denen auch Brandstiftung und Kleptomanie subsumiert sind. Klassifikatorisch-typologische Zuordnungen sexualdelinquenten Verhaltens basieren überwiegend auf Gutachtenmaterial (Wille 1968; Schorsch 1971) und stellen somit Retrospektiv-Untersuchungen dar. Schorsch und Becker (1977) widmeten sich der Deliktuntergruppe sexuell-motivierter Tötungen unter psychodynamischer Betrachtung und versuchten, mit der Unterscheidung von „schweren“ und „nicht schweren“ Persönlichkeitsstörungen therapeutische Möglichkeiten aufzuzeigen. Kockott (1991) stellte eine Einteilung von Sexualdelinquenten nach folgenden Gesichtspunkten dar: dem Ausmaß kriminell-aggressiver Anteile, der Verlaufsform sexueller Deviation sowie patientenbezogenen Merkmalen. Beier (1994) führte bei ehemals begutachteten Sexualdelinquenten eine Nachuntersuchung durch, aus der er Prognosekriterien ableitete und stellte den recht globalen Begriff der „Dissexualität“ als ein sich im Sexuellen ausdrückendes Sozialversagen vor.

Die Besonderheiten jugendlicher und heranwachsender Sexualdelinquenten beschreibt Lempp (1983) unter Hinweis darauf, daß es sich oft um kontaktgestörte und gehemmte junge Menschen handle, bei Gewaltanwendungen seien plötzliche pubertätskritische Durchbrüche zu beachten. Schütze (1989) weist zusätzlich darauf hin, daß definitive sexuelle Fehlentwicklungen meist noch nicht vorliegen. Eine Übersicht über sexuell deviantes Verhalten Jugendlicher gab Rotthaus (1991), Hummel (1987) faßte die Besonderheiten bezüglich der Sexualdelinquenz Jugendlicher und Heranwachsender zusammen.

Mögen schon *ätiologische* Modelle zur Perversion (Morgenthaler 1987; Freund 1991; Schorsch 1994) nicht so recht zu überzeugen, gilt das umso mehr bezüglich einer „Theorie der Sexualdelinquenz“. Entscheidende Einflußfaktoren wie Alter, Intelligenz, Persönlichkeit, Sozialverhalten, Sexualanamnese und Legalverhalten erschweren eine Vereinheitlichung, dabei ist noch nicht einmal an zeitspezifische und interkulturelle Einflüsse gedacht, denen menschliche Sexualität zudem in besonderer Weise unterliegt.

Während in den 60er und 70er Jahren noch große Skepsis hinsichtlich psychotherapeutischer Behandlungsformen bei Sexualsträtern herrschte und geringe Beeinflussbarkeit herausgestellt wurde (Schorsch 1971), hat sich das inzwischen offenbar grundsätzlich geändert: hier sind die Projektarbeit des Hamburger Instituts für Sexualforschung über die Behandlung von 86 sexualstrafrechtlich auffällig gewordenen männlichen Patienten zu nennen (Schorsch 1987), ambulante Psychotherapie (Lohse 1993) sowie intramurale – sei es im Regelvollzug (Perkins 1987; Latza 1991), in der sozialtherapeutischen Anstalt (Wiederholt 1989) wie auch in spezialisierten Behandlungseinrichtungen des Maßregelvollzugs (Müller-Isberner 1992). Lehmann (1994) mahnt die mangelnde Evaluierung derartiger Bemühungen an, wobei allerdings der Eindruck entsteht, daß dies auf der Grundlage eines methodischen Idealdesigns einer Therapieverlaufsforschung geschieht, das gerade in diesem Bereich nicht annähernd verwirklicht werden kann. Zusammengefaßt kann gesagt werden, daß gerade bei Sexualsträtern der Gedanke „Therapie statt bzw. neben Strafe“ recht weit fortgeschritten ist, eine Indikation wohl auch zeitspezifisch immer drängender postuliert wird, auch wenn (noch) ein weitgehendes Defizit in der empirischen Forschung besteht (Beier 1995).

Kasuistik (Erster Teil)

Zur Vorgeschichte

A. B. wurde Mitte der 60er Jahre geboren und wuchs gemeinsam mit einer um zwei Jahre älteren Halbschwester bei der leiblichen Mutter in einer Großstadt auf. Mit im Hause lebte der geschiedene Ehemann der Mutter, der an einer paranoid-halluzinatorischen Psychose mit einem stabil ausgebauten Wahnsystem litt sowie ein Bekannter und späterer Verlobter der Mutter, den die Kinder als Onkel bezeichneten. Der Junge selber entstammte der sexuellen Verbindung der Mutter mit einem türkischen Hausbewohner, die ihrem Ehemann nicht verborgen blieb und er seine Vaterschaft an dem Kind anzweifelte. Als der Junge jedoch mit hellem Haar und nicht stark ausgeprägtem dunklen Kolorit geboren war, verflüchtigten sich die erwähnten Zweifel. In diesem Zusammenhang verdient auch Erwähnung, daß in dem o.g. Wahngebäude des Stiefvaters, in dem primär die Heimsuchung durch Außerirdische als Thema dominierte, auch eine Zuordnung von blond und hell zum Guten enthalten war.

Außerdem versorgte die Großmutter mütterlicherseits (Adoptivmutter der Mutter) den Haushalt und übernahm auch weitgehend die Pflege und Erziehung der Kinder, als die Mutter an einem Gehirntumor erkrankte und dadurch schließlich bis zur Bettlägerigkeit eingeschränkt war. Beide Kinder bewohnten ein eigenes Zimmer. In Verbindung mit mehreren Umzügen erfolgten entsprechende Schulwechsel. Nach dem Besuch der Grundschule kam A. B. zunächst auf eine Gesamtschule. Bedingt durch die Erkrankung der Mutter wurde er in ein Internat mit Realschulzweig aufgenommen, aber nach kurzer Zeit auf die Hauptschule zurückversetzt. Schließlich besuchte er nach einem erneuten Umzug wieder eine Gesamtschule, wo er nach drei Jahren ohne Schulabschluß – er hatte kein Interesse und Bemühen um schulische Belange gezeigt – abging. Außerdem verhielt er sich in der Hauptschule so auffällig, daß eine schulpsychologische Vorstellung angeregt wurde. Dazu gehörte u.a. ein ausgeprägter Drogenkonsum: anfangs schnüffelte er Wundbenzin (was er jedoch in Verbindung mit asthmatischen Beschwerden dann einstellte), später rauchte er Haschisch, nahm fünf LSD-Trips und trank Alkohol. Mit 14 Jahren hatte er erste sexuelle Erlebnisse im Rotlichtbereich, das Geld dazu hatte er von der Mutter erhalten, die gemeinsam mit der Halbschwester anschließend detailliert und interessiert nach dem Verlauf fragte, was auch bezüglich späterer geschlechtlicher Erfahrungen anhielt. 16jährig befreundete er sich mit einem in der Nachbarschaft wohnenden ebenfalls etwa gleichaltrigen Mädchen, die beiden hatten regelmäßig Geschlechtsverkehr und verabsolutierten ihre Verbindung in folgender Weise: sie versprachen, sich gegenseitig nicht zu verlassen und gemeinsam in den Tod gehen zu wollen. Sie sprachen über alles und hatten keine Geheimnisse voreinander. Gemeinsam schauten sie sich Filme kannibalistischen Inhaltes an, an denen A. B. besonderen Gefallen fand, dieses Thema auch gegenüber Bekannten immer wieder in einer diesen eigenartig erscheinenden Weise aufnahm. Auch kreisten seine Gedanken um die Besonderheiten blauäugiger, blonder Frauen, die seiner Meinung nach kein Fleisch essen durften, während es wiederum von ihnen selber besonders gut schmecken mußte. Auch die berufliche Ausbildung gestaltete sich problematisch: ein Berufsgrundbildungsjahr für das Gebiet der Elektrotechnik beendete A. B. nicht erfolgreich. Danach schied er aus einer Lehrstelle als Heizungs- und Lüftungsbauer bereits nach zwei Monaten aufgrund von Lustlosigkeit und asthmatischen Beschwerden aus. In seiner Freizeit pflegte er vornehmlich Kontakt mit Gleichaltrigen und ging aus, besuchte teilweise auch Spielhallen. Zweimal trat er jugendstrafrechtlich in Erscheinung: mit 14 Jahren wegen Mißbrauchs von Notrufen, mit 16 dann wegen Nötigung in Tateinheit mit gefährlichem Eingriff in den Straßenverkehr und Sachbeschädigung (er war mit seinem Mofa auf dem Schulhof auf andere zugefahren und zusätzlich über ein Fahrrad gefahren).

Der Tatkomplex

Im Alter von 16 Jahren begab sich A. B. nach zweimaligen Ansehen eines Filmes mit kannibalistischem Inhalt, währenddessen er wahrscheinlich vier Dosen Bier trank und zwei Pfeifen Haschisch rauchte, zunächst kurz in eine Spielhalle, stellte dann einer jungen Frau nach, mit dem Wunsch, diese nach physischer Attackierung zu verspeisen, hier vornehmlich den Fuß. In der Nähe eines Kinderspielplatzes stach er mit einem mitgebrachten Messer auf sie ein, fügte ihr dabei oberflächliche Schnittverletzungen am Hinterkopf und Rücken zu, ferner wurde das linke Ohr fast abgetrennt. Die Geschädigte konnte fliehen, am nächsten Morgen berichtete er seiner Freundin von der Tat.

Drei Tage später sah er sich wiederum den besagten Film an, konsumierte Bier und Haschisch, verspürte den

inneren Zwang, einen Frauenfuß abschneiden und aufessen zu müssen. Zu diesem Zwecke steckte er sich eine Plastiktragetüte und ein Fahrtenmesser ein und hielt längere Zeit Ausschau nach einem potentiellen Opfer. Schließlich verfolgte er eine junge Frau, stach über 20mal mit dem Messer auf sie ein, durch einen Schnitt wurde die linke Ohrmuschel fast abgetrennt. Als die Geschädigte am Boden lag, versuchte A. B. ihr den rechten Fuß abzutrennen und führte dazu einen halbrunden Schnitt oberhalb des Sprunggelenkes quer über das Bein bis auf den Knochen aus. Unter der Schwierigkeit der Amputation sowie dem Hören menschlicher Stimmen fürchtete er entdeckt zu werden und floh.

Die forensische Begutachtung

Der erste (jugendpsychiatrische) Sachverständige stellte eine inzestuöse Nähe des Angeklagten zur Mutter heraus, symbolisiert auch dadurch, daß beide bis zu seiner Pubertät gemeinsam auf einer Doppelliege genächtigt hätten. Ein Interesse für die Füße von Frauen habe A. B. schon vor seiner pubertären Entwicklung gezeigt, danach habe es einen starken sexuellen Stimulationswert bekommen. Die Faszination durch kannibalistische Szenen sei mit einem ganzen Denkgebäude einhergegangen (s. Anamnese). Psychodynamisch könne die Tat als symbolische Handlung verstanden werden zur Zerstörung des Weiblichen und der Einverleibung als Versuch der Überwindung von Potenz- und Kastrationsängsten. Diagnostisch handele es sich um eine narzißtische Persönlichkeitsstruktur mit Größenphantasien sowie einer Fusionierung mit einer idealisierten Bezugsperson. Die Strafreife gemäß §3 des Jugendgerichtsgesetzes (JGG) erschien gegeben, die Schuldfähigkeit aufgrund der genannten Persönlichkeit in Verbindung mit dem Rauschmittelkonsum sowie der Sexualpathologie nach §21 StGB vermindert. Es bestehe eine Wiederholungsgefahr für ähnliche Straftaten.

Der zweite (in der Hauptverhandlung hinzugezogene sexualmedizinische) Sachverständige sah eine abnorme Persönlichkeitsstruktur mit intensiven Aggressionsimpulsen und kannibalistisch-sadistischen Phantasieinhalten. Die Fußaffinität zeige keinen Perversionscharakter. Auch er maß dem Drogenkonsum lediglich eine untergeordnete Bedeutung hinsichtlich der Schuldfähigkeit zu, sah in der vom Erstgutachter formulierten Diagnose das Vorliegen einer schweren anderen seelischen Abartigkeit und darin die Voraussetzung für eine verminderte Schuldfähigkeit. Desgleichen ging er von einer Wiederholungsgefahr für ähnliche Taten aus.

Das Gericht schloß sich den Empfehlungen der Sachverständigen an und verurteilte den Angeklagten wegen versuchten Totschlags in zwei Fällen zu einer Jugendstrafe von fünf Jahren, zusätzlich wurde die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach §63 StGB angeordnet, wobei die Strafe vor der Maßregel vollzogen werden sollte.

Kasuistik (Zweiter Teil)

Zwischenzeitliche Entwicklung

Während der gut vierjährig verbüßten Haftstrafe absolvierte der Verurteilte eine Schlosserlehre, nahm regelmäßig an psychotherapeutischen Einzelkontakten bei dem jugendpsychiatrischen Erstgutachter teil, die anfänglich mehr als pädagogische Begleitung konzipiert waren, dann aber regelhaften Charakter annahmen und sich rasch eine tragfähige therapeutische Beziehung herausbildete. Danach wurde eine Persönlichkeitsreifung und Stabilisierung gesehen, wenn es auch zwischenzeitlich intramural zu Drogenmißbrauch gekommen war, eine Tatwiederholung wurde für nicht wahrscheinlich gehalten. Auf Anregung des

Therapeuten und früheren Sachverständigen wurde daraufhin der Unterbringungsbeschuß als erledigt erklärt. Nach der Entlassung hielt sich A. B. für vier Monate auf einer sozialpädagogisch orientierten Station in einer jugendpsychiatrischen Klinik auf. Dort lernte er seine spätere, um fünf Jahre ältere Frau kennen, die da als Sozialpädagogin ein Praktikum absolvierte.

Nach der Entlassung aus der jugendpsychiatrischen Klinik hatte A. B. weiterhin – wenn auch in größeren zeitlichen Abständen – ambulante Gespräche mit seinem bisherigen Therapeuten. Er bekam eine Anstellung als Betriebsschlosser bei einer Fleisch- und Wurstwarenfabrik, heiratete und zog mit seiner Frau und deren vierjähriger Tochter aus einer früheren Beziehung zusammen. Zunehmend traten allerdings durch eine finanziell angespannte Lage und den Umstand Schwierigkeiten auf, daß A. B. wieder in Spielhallen ging und Haschisch rauchte. Unter der bald eintretenden Schwangerschaft der Ehefrau ergaben sich für ihn auch sexuelle Probleme, da er sie als immer weniger attraktiv erlebte. Nach der Geburt des Sohnes schließlich zeigte er sich auch mit den Aufgaben seiner Vaterrolle überfordert. Unter diesen Schwierigkeiten wurde vom zuständigen Amtsgericht während der Bewährungszeit ein psychiatrisch-neurologisches Gutachten in Auftrag gegeben, auch zu der Frage einer eventuell angezeigten Unterbringung sowie der Prognose. Der beauftragte nunmehr dritte Sachverständige, ein Nervenarzt und Rechtsmediziner, sah derzeit keine nennenswerte sexuelle Deviation, keine Wahnkrankheit und bestätigte das Vorliegen einer narzißtischen Persönlichkeitsstörung, die Möglichkeit der Wiederholung vergleichbarer Straftaten wurde begrifflicherweise nicht ausgeschlossen, aber nicht dergestalt als Gefahr gesehen, daß eine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gerechtfertigt sei, die Prognose unter den gegebenen Bedingungen als relativ günstig gesehen. Unter der bereits referierten Konfliktkonstellation verdichteten sich dann bei A. B. Wunschorstellungen in Frauenfüße zu beißen, und er überlegte sich, zur Realisierung dieses Verlangens eine Frau vorab bewußtlos zu machen.

Der Zweittatkomplex

Nach Konsum von fünf Haschischpfeifen begab sich A. B. in eine Spielhalle, verspielte sein restliches Geld und entschloß sich unter gereizter Anspannung zur Realisierung der o.g. Phantasien. Er nahm eine ca. 20jährige Anhalterin mit, bog in einen Nebenweg ein und versuchte, sie zu würgen und mit ihrem Wollschal zu fesseln. Unter Mißlingen und sich steigender Aggressivität würgte er sie mit einer Hand am Hals, bis sich unerwartet ein Fahrzeug näherte und er sein Vorhaben aufgab, anschließend offenbar selber erschrocken über sich war. Nachdem er die Geschädigte fast nach Hause gefahren hatte, begab er sich zu seiner Frau, erzählte ihr verzweifelt von der Tat und schaffte es aber nicht wie geplant, sich dementsprechend seinem Therapeuten mitzuteilen. Nur zwei Tage später konsumierte er wieder Haschisch und Alkohol und entschloß sich zu einer erneuten Tatrealisierung. Er nahm eine knapp 20jährige Anhalterin in seinem Fahrzeug auf, hielt wiederum in einem Nebenweg an und würgte sie mit beiden Händen. Unter heftiger Gegenwehr ließ er kurzfristig von ihr ab, würgte sie dann erneut mit einer Hand und schlug mit der anderen in ihr Gesicht. Unter starker Abwehr biß er wütend in ihren Ringfinger, hielt den Würgegriff aufrecht, bis sie zu röcheln anfang. Dieses Geräusch versetzte A. B. offenbar in Schrecken, er ließ schlagartig und betroffen von seinem Vorhaben ab und bat weinend um Entschuldigung. Dann fuhr er sie ins Krankenhaus bzw. auf ihren Wunsch schließlich in Richtung ihres Zuhauses. Am nächsten Tag offenbarte er sich seinem Therapeuten und wurde verhaftet.

Erneute forensische Einordnung

Der ehemalige Sachverständige und Therapeut sah als Gutachter eine schwere narzißtische Persönlichkeitsstörung vorliegen, empfahl von den Voraussetzungen §21 StGB auszugehen, hielt eine weitere Therapie für angezeigt und erforderlich. Für die Zukunft seien weitere Taten gleicher Art von dem Angeklagten zu erwarten.

Der andere Gutachter, der bereits in der Bewährungssache tätig geworden war, stellte ebenfalls eine narzißtische Persönlichkeitsstörung fest, die symbiotische Verzahnung mit dem Weiblichen sei das typische Beziehungsmuster des Angeklagten. Ein typischerweise

auch immer latent vorhandenes Abwehrpotential, das bei persönlichkeitsbedingt ubiquitär vorhandenen Kränkungs- und Frustrationsmöglichkeiten in Verbindung mit äußeren Reizen wie Drogen und Alkohol nach Entladung dränge, verdichte sich bei bestimmten Konstellationen zu einem Zustand, daß der Angeklagte dann in seiner Steuerungsfähigkeit im Sinne des Paragraphen 21 StGB erheblich beeinträchtigt sei. Die Tatsache, daß der Angeklagte sich bei seinen Tatziele auf die Füße von Frauen fixiere, habe lediglich die Bedeutung, daß für den Angeklagten die Füße besonderes Lustobjekt seien.

Wegen gefährlicher Körperverletzung in zwei Fällen erkannte das Gericht auf eine Gesamtfreiheitsstrafe von zwei Jahren und drei Monaten, es wurde die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus angeordnet.

Kasuistik (Dritter Teil)

Weiterer Verlauf

Danach befand sich A. B. für zwei Jahre in einer psychiatrischen Klinik des Maßregelvollzugs. Während dieser Zeit verstarb krankheitsbedingt seine Mutter, außerdem wurde ein zweites leibliches Kind geboren. Für etwa ein Jahr kam er dann in eine Justizvollzugsanstalt zur Verbüßung seiner Restjugendstrafe. Während dieser Zeit hatte er regelmäßig wöchentlich Einzeltherapie. Danach wurde die gemäß §63 StGB angeordnete Unterbringung in der psychiatrischen Klinik des Maßregelvollzugs realisiert. Es wurde ein psychiatrisches Gutachten erstellt zu der Frage, ob der Zweck der Maßregel die Unterbringung gemäß §63 StGB noch erfordere.

Der nunmehr vierte forensisch-psychiatrische Sachverständige kam in der Zusammenfassung zu folgenden Ergebnissen:

Es liege eine schwere Persönlichkeitsstörung vor, die mit der Bezeichnung „narzißtische Persönlichkeitsstörung“ nicht hinreichend erfaßt werde. Vielmehr sei von einer sadistischen Persönlichkeitsstörung auszugehen, auch wenn es bislang nicht zur Ausbildung des entsprechenden Vollbildes gekommen sei, die im wesentlichen auf der hochabnormen Familienkonstellation beruhe, in der A. B. aufgewachsen sei, wobei seiner frühen Sexualisierung durch das Verhalten der Mutter besondere Bedeutung zuzumessen sei. Die Ursprünge der fetischistischen Elemente seien bisher nicht ganz klar geworden, für die kannibalistisch-fetischistischen Tendenzen (Grundlage der ersten Gewalttaten) dürfte die irrealen Traumwelt aus der Beziehung zur derzeitigen Freundin bestimmend gewesen sein. Anhaltspunkte für eine Psychose hätten sich nicht ergeben, das aktuelle Querschnittsbild sei von emotionaler Labilität und mangelnder Durchsetzungsfähigkeit geprägt sowie sozialer Anpassung unter Aggressionshemmung. Auch aufgrund der bisherigen Erfahrungen sollte eine psychotherapeutische Betreuung durchgeführt werden. Nach Verlauf und aktuellem Querschnittsbild könne aus psychiatrischer Sicht z. Zt. nicht verantwortet werden zu erproben, ob der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen werde.

Aktueller Stand

Inzwischen hat sich die Ehefrau von A. B. gelöst und strebt die Scheidung an, es besteht auch kein Kontakt mehr zu den Kindern. Nach dem referierten Gutachten ist eine Einzelpsychotherapie als Behandlungsmaßnahme wieder eingerichtet worden, in seiner Freizeit beschäftigt sich der Patient passager mit sportlicher Ertüchtigung, mit Fernsehen und vor allem Telespielen und Schach.

Diskussion

Es ist nicht verwunderlich, daß es offenbar dem bisher letzten Gutachter am detailliertesten gelungen ist, die Vorgeschichte differentiell darzustellen; zum einen stand dazu am umfangreichsten Material zur Verfügung, zum anderen scheint der Proband aber auch durch die bisherige Therapie Fortschritte in der Selbstexploration gemacht und einen weiterreichenden Zugang zu emotional belastenden Inhalten entwickelt zu haben, so daß er über sich selbst mehr berichten konnte.

Die ersten beiden Straftaten sind als sexuelle Impulshandlungen bei vorhandener Deviation bzw. Perversion zu sehen mit fuß-fetischistischen und kannibalistischen Anteilen. Daß erstere mehr als Fuß-Affinität zu sehen sind denn als ausgeprägter (großer) Fetischismus, bei dem sich die sexuelle Erregung weitgehend von der anderen Person und dem Geschlechtsverkehr ablöst (Wille 1986), darauf war in der Erstbegutachtung schon hingewiesen worden. Aus der Sexualanamnese wurde deutlich, daß Teilanziehungen zu weiblichen Brüsten und Füßen bestanden haben, letztere schon früh in Verbindung mit einem Beißimpuls. Die kannibalistischen Impulse sind offenbar ganz entscheidend durch den intensiven Konsum entsprechenden Videomaterials kanalisiert, wenn nicht gar entwickelt worden, worauf sich dann sozusagen als Überbau eine elaborierte gedankliche Beschäftigung ergab, die innerhalb des symbiotisch-ritualisierten Verhältnisses zur Freundin einen zentralen Stellenwert hatte. Aber auch eine schon damals vorhandene Eigenwahrnehmung als problematisch, dunkel im extrem bis zur satanischen Selbstzuschreibung und Faszination von Machtdarstellungen in Film und Musik sind herauszustellen. Die Sexualisierung wie die devianten Anteile blieben ich-dyston, wie auch die in den ersten beiden Straftaten auftauchenden perversen Impulse vollständig fremd anmuteten. Ferner sind die partielle Befreiung von psychischer Spannung sowie das Mitteilen des Geschehens an andere als bedeutsam erlebte Personen zu beachten. Unter sexualmedizinisch-psychoanalytischer Sichtweise lassen sich die ersten beiden Delikte mühelos dem Perversionkonzept bei sexuell-motivierten Straftaten von Schorsch und Pfäfflin (1994) zuordnen, was die Kennzeichnung als psychische Abwehrform anbelangt und unter retrospektiver Betrachtung. Stringente ätiologische Implikationen sind darin nicht gegeben, schon gar nicht bezüglich notwendiger Bedingungen, das Modell weist also keine Spezifität auf.

Aus psychoanalytischer Sicht ließe sich das beschriebene Bild sicher als frühe Ich-Störung begreifen. Die fehlende Identifikation mit einer Vater-Figur sowie die ambivalenten mütterlichen Anteile zwischen Verwöhnung und aggressiver Tönung einschließlich Sexualisierung dürften die Fehlentwicklung entscheidend mitbedingt und eine Identitätsfindung erschwert haben. Besondere Beachtung verdient auch die Verschränkung von oralen und genitalen Aspekten.

Die jugendpsychiatrische Sicht berücksichtigt unter Erweiterung der Sexualanamnese auf die gesamte Entwicklung hin natürlich auch den lebensphasischen Aspekt der Pubertät ggf. als Lebenskrise. Neben der erwähnten Frühsexualisierung im Gesamtrahmen einer hochambivalenten Bindung an die Mutter imponiert vor allem das skurrile Familienszenario: der sich für sein zu Hause schämende und sein Zimmer sozusagen als Fluchtburg peinlich in Ordnung haltende A. B. in Lebensgemeinschaft mit einer zunehmend vom drohenden Ableben gekennzeichneten chronisch kranken Mutter, einer versorgenden, aber emotional nicht akzeptierten Großmutter, einer Schwester, zu der es in der Beziehung offenbar auch inzestuöse und andere Grenzüberschreitungen gegeben hat, ein in seinem verfestigten

Wahnsystem gefangener chronisch-psychotischer Stiefvater, der oft nur vor sich hin sprach, und ein Bekannter der Mutter, der ebenfalls weder deutlich Vaterfunktion noch männlichen Vorbildcharakter für den Jungen hatte und Kreuzworträtsel löste – des Ganze innerhalb einer räumlich begrenzten Mietwohnung. Es folgten schulische Mißerfolgskarriere und Scheitern in der Ausbildung bei überdurchschnittlicher Intelligenz, dann Drogenkonsum und das bereits erwähnte Verhältnis zu gleichaltrigen Freundinnen mit starker Sexualisierung, symbiotischer Ritualisierung und pseudo-autonomen Ablösungstendenzen. Unter der Konvergenz dieser Traumatisierungen kann in der mittleren Adoleszenz – auch wenn diese nicht durch Entwicklungsverzögerungen gekennzeichnet war – eine krisenhafte lebensphasische Zuspitzung nach Fehlentwicklung gesehen werden, die mit die Grundlage für die Begehung der ersten Straftaten bildete. Daß, wie erwähnt, auch nur einmalig eine schulpsychologische Untersuchung erwogen wurde, widerspricht dem keineswegs, zumal der junge Mann schon damals gemäß Ersteindruck nicht unbedingt gestört, im Kontakt eher sympathisch wirkte. Die Jugendpsychiatrie tut sich generell bei der Festlegung durch diagnostische Zuordnung schwer, im besonderen hinsichtlich Persönlichkeitsstörungen – entsprechend vorsichtig und differentialdiagnostisch abwägend – fiel die Beurteilung des ersten Sachverständigen aus. Auch mußte seinerzeit, wenn auch bei Delikt wiederholung nach sehr kurzem zeitlichen Abstand und fast identischen tatkonstellierenden Faktoren sehr unwahrscheinlich, an eine sogenannte Borderline-Tat (Lempp 1988) gedacht werden. Die Formulierung eines Bildes zwischen narzißtischer Neurose und Borderline-Struktur sollte wohl auch den möglichen weiteren Entwicklungsspielraum unter prognostischen Gesichtspunkten kennzeichnen.

Aus psychiatrischer Sicht ergab sich zunächst die Frage der nosologischen Einordnung des erwähnten skurril anmutenden Denkgebäudes. Der Verdacht auf das Vorliegen bzw. die Entwicklung einer psychotischen Erkrankung bestätigte sich nicht. Am ehesten kann wohl von einem überwertigen Ideenkomplex, induziert durch das Wahnsystem des Stiefvaters, intensivem Drogen- sowie Musik- und Videokonsum ausgegangen werden. In diesem Zusammenhang ist auch die narzißtische Komponente zu berücksichtigen, beim Ersttatkomplex sehr an die adoleszente Ablösungs- und Identitätsproblematik gebunden. Demgemäß wurde wohl auch der Begriff der narzißtischen Persönlichkeitsstörung vom letzten Gutachter wegen seiner mangelnden Präzisierung kritisiert, wobei beachtet werden muß, daß diese Einwände auch für die Formulierung der sadistischen Persönlichkeitsstörung Gültigkeit haben.

Betrachtet man die beiden Doppelstraftaten, fallen einerseits gleich Ähnlichkeiten auf: geringer zeitlicher Abstand, Präfigurieren aus intensiver Phantasietätigkeit und Krisensituation heraus, „Erfolglosigkeit“ hinsichtlich der Realisierung des Vorsatzes, mittelgradiger Rauschmittelkonsum. Im eigenen Erleben des Täters nach intensiver gedanklicher Beschäftigung schien die kannibalistisch-fetischistische Prägung der ersten beiden Straftaten abgerückt und bei den letzten beiden nur noch so etwas wie eine symbolhafte Einstiegsbedeutung zu haben. Hier dominierte eine Vergewaltigungsanalogie, die offenbar auch die Ehefrau schon seinerzeit empfand. Auch scheint die persönliche Dimensionierung der Opfer jetzt deutlicher Einfluß auf den Ablauf des Tatgeschehens genommen zu haben. Wenn auch in anderer Form, so kann auch bei den letzten beiden Taten insofern von einer Lebenskrise gesprochen werden, als daß neben finanziellen, sexuell-partnerschaftlichen, Drogen- und Problemen durch familiäre Überforderung auch ein subjektives Konfliktbewußtsein vorhanden war, wobei berücksichtigt werden muß, daß die Lebensbedingungen

nach Haftentlassung objektiv sehr gut waren. Dies läßt auch die Frage stark selbstschädigender, induzierter Konflikthaftigkeit in Verbindung mit der beschriebenen Entwicklung und Persönlichkeit aufkommen.

Forensisch dürfte es hinsichtlich der Einstufung der Strafreife sowie der verminderten Schuldfähigkeit kaum Zweifel geben, wenn auch die Gewichtung von psychiatrisch-psychologischer Diagnose, Sexualpathologie sowie konstellierenden Faktoren wie vor allem Rauschmittelgebrauch individuellen Spielraum der Gewichtung zuläßt. Bei der prognostischen Beurteilung ist selbstredend zwischen der im Rahmen der Hauptverhandlung sowie jener innerhalb des Vollstreckungsverfahrens bzw. zur Aussetzung einer verhängten Maßregel zu unterscheiden. Während erstere eher Risikofaktoren erwähnt und z.T. auch gewichtet, umfaßt letztere die Zusammenschau der Tat(en), der Persönlichkeit des Täters im Querschnitt, der Zwischenanamnese sowie künftiger Perspektiven (Rasch 1986: 297). Berücksichtigt man unter der eben vorgenommenen Analyse der beiden Doppelstraftaten ihre enge Verbindung zur schweren Persönlichkeitsstörung des Täters und betrachtet die belastete Zukunftsperspektive (z.B. keine bedeutenden Bezugspersonen im Nahbereich), so läßt sich die eingeschränkte Legalprognose aus dem letzten Gutachten durchaus nachvollziehen. Schwierig erscheint die Gewichtung der Zwischenanamnese einer nunmehr 10jährigen Inhaftierung bzw. Unterbringung. Kaum aufgetretene „Zwischenfälle“ verwundern angesichts eines aggressionsgehemmten und sozialangepaßten Verhaltens nicht unbedingt. Die Bedeutung der Inhaftierungssituation für sexuelle und aggressive Phantasieinhalte ist schwer einzuschätzen, eher scheint ihre Bewältigung noch über narzißtische Gratifikation denkbar.

Was kann man an einer derartigen Störung behandeln bzw. wie kann man auf sie psychotherapeutisch einwirken?

Wenn man einmal davon ausgeht, daß A. B. grundsätzliche Voraussetzungen für Psychotherapie mitbringt, ist in der ersten Behandlungsphase wohl ein intensiver therapeutischer Kontakt auf Beziehungsebene entstanden, der eine sehr umfassende Bearbeitung zahlreicher Probleme möglich machte. Rückblickend muß jedoch gefragt werden, inwieweit hier die Doppelrolle des Behandlers als Gutachter und Therapeut nicht doch zu besonderen Übertragungsverhältnissen geführt hat. Die sich anschließende stationäre Maßnahme diente zum einen der Resozialisierung und Reintegration nach verhältnismäßig langer Haft in noch jungen Jahren, hatte auch angedeutet sozialtherapeutischen Charakter.

Die während der erneuten Haft dann durchgeführte Einzeltherapie vermittelte im wesentlichen einen Zugang zu Aspekten der Vorgeschichte unter besonderer Berücksichtigung der Sexualpathologie. Sie kann als Vorbereitung verstanden werden auf ein intensiveres Arbeiten, das dann später auch eine Bewährung im Realraum miteinschließt. Jegliches psychotherapeutisches Vorgehen ist nicht ausschließlich unter Aspekten der Legalbewährung zu betrachten sondern auch hinsichtlich der Fortschritte im Bereich der Persönlichkeit sowie des Umgehens mit spezifischen Störungsanteilen bis hin zu Bewältigungsstrategien. Unter diesem Aspekt bedarf es sicherlich bezüglich A. B. eines längeren Einwirkens auch unter Alltagsbedingungen, sofern dies prognostisch verantwortbar erscheint.

Literatur

- Beier, K.M.: Differentialtypologie und Prognose dissexuellen Verhaltens – Nachuntersuchungen ehemals begutachteter Sexualstraftäter. *Sexuologie* 1994; 4:221-235
- Beier, K.M.; Hinrichs, G. (Hrsg.): Psychotherapie mit Straffälligen. Standorte und Thesen zum Verhältnis Patient-Therapeut-Justiz. Stuttgart: Fischer 1995
- Baumann, M.: Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung. Zur Phänomenologie sowie zu Problemen der Prävention und Intervention. In: Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie Sexualdelinquenz, Chur/Zürich: Verlag Rüegger AG 1991: 77-110
- Freund, K.: Störungen den Phasenverlaufes erotischen Verhaltens. In: Beier, K.M. (Hrsg.): Sexualität zwischen Medizin und Recht, Stuttgart: Fischer 1991: 55-64
- Kockott, G.: Typologie und Therapie von Sexualdelinquenten. In: Beier, K.M. (Hrsg.): Sexualität zwischen Medizin und Recht, Stuttgart: Fischer 1991: 75-91
- Latz, B.: Psychotherapie im Strafvollzug mit Sexualdelinquenten. In: Rotthaus, W. (Hrsg.): Sexuell deviantes Verhalten Jugendlicher. Dortmund: Verlag Modernes Lernen 1991: 211-225
- Lehmann, E.: Psychotherapeutische Ergebnisse bei Sexualstraftätern – eine methodenkritische Bestandsaufnahme. In: Steller, M.; Dahle, K.-P.; Basqué, N. (Hrsg.): Straftäterbehandlung Pfaffenweiler: Centaurus Verlagsgesellschaft 1994: 66-74
- Lempp, R.: Gerichtliche Kinder- und Jugendpsychiatrie. Bern: Huber 1983
- Lempp, R.: Die Borderline-Persönlichkeitsstruktur in ihrer Bedeutung für vom Täter selbst nicht erklärbare kriminelle Handlungen. In: Bürgin, D. (Hrsg.): Beziehungskrisen in der Adoleszenz. Bern: Huber 1988: 43-51
- Lohse, H.: Zur ambulanten Psychotherapie von Sexualstraftätern. *Zeitschrift für Sexualforschung* 1993; 6: 279-288
- Morgenthaler, S.: Homosexualität – Heterosexualität – Perversion. Frankfurt/Main: Fischer: 1987
- Müller-Isberner, R.; Thomas, V.: Psychotherapie von Sexualstraftätern im Maßregelvollzug. *Recht und Psychiatrie* 1992; 10: 42-47
- Perkins, D.E.: A psychological treatment program for sex offenders. In: MacGurk, B; Thorton, D.; Williams, M. (eds.): Applying psychology to imprisonment. London: Her Majesty's Stationary Office 1987: 191-217
- Rasch, W.: Forensische Psychiatrie. Stuttgart: Kohlhammer 1986
- Rotthaus, W.(Hrsg.): Sexuell deviantes Verhalten Jugendlicher. Dortmund: Modernes Lernen 1991
- Schorsch, E.: Sexualstraftäter. Stuttgart: Enke 1971
- Schorsch, E.; Becker, N.: Angst, Lust, Zerstörung: Sadismus als soziales und kriminelles Handeln. Zur Psychodynamik sexueller Tötungen. Reinbek: Rowohlt 1977
- Schorsch, E.; Galedary, G.; Haag, A.; Hauch, M.; Lose, H.: Perversion als Straftat. Dynamik und Psychotherapie. Berlin: Springer 1985
- Schorsch, E.; Pfäfflin, F.: Die sexuellen Deviationen und sexuell motivierte Straftaten. In: Venzlaff, U. (Hrsg.): Psychiatrische Begutachtung. Berlin: Springer 1994
- Schütze, G.: Sexuelle Devianz als Aggressionsdelikt. In: König, C. (Hrsg.): Gestörte Sexualentwicklung bei Kindern und Jugendlichen. München: Reinhardt 1989: 40-52
- Wiederholt, I. C.: Psychiatrisches Behandlungsprogramm für Sexualtäter in der Justizvollzugsanstalt München. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe* 1989; 4: 231-237
- Wille, R.: Die forensisch-psychopathologische Beurteilung der Exhibitionisten, Pädophilen, Inzest- und Notzuchttäter. *Medizinische Habilitationsschrift* Kiel 1968
- Wille, R.: Forensische Sexualmedizin. In: Forster, B. (Hrsg.): Praxis der Rechtsmedizin. Stuttgart: Thieme 1986: 519-562

Anschriften der Autoren

Dr. med. Dipl.-Psych. Günter Hinrichs, Prof. Dr. med. Gerd Schütze, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Zentrum Nervenheilkunde der Christian-Albrecht-Universität in Kiel, Niemansweg 147, D-24105 Kiel

Epidemiologie sexuell übertragbarer Krankheiten

AIDS in der Bundesrepublik Deutschland

Tab. 1: Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle bei Männern nach Infektionsrisiken¹⁾ und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose (Stand: 30.6.95)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Juli 93 – Juni 94	Juli 94 – Juni 95	Gesamt
Homo- oder bisexuelle Männer	1087 74,5 %	640 74,0 %	8991 75,5 %
i. v. Drogenabhängige	158 10,8 %	81 9,4 %	1252 10,5 %
Hämophile	40 2,7 %	25 2,9 %	460 3,9 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile)	15 1,0 %	5 0,6 %	123 1,0 %
Heterosexuelle Kontakte (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	55 3,8 %	40 4,6 %	323 2,7 %
Patienten aus Pattern-II-Ländern*	35 2,4 %	15 1,7 %	104 0,9 %
Prä- oder perinatale Infektion	1 0,1 %	2 0,2 %	40 0,3 %
Keine Angaben	69 4,7 %	57 6,6 %	615 5,2 %
Gesamt	1460 100 %	865 100 %	11908 100 %

¹⁾ Männer, bei denen als Infektionsrisiko sowohl homosexuelles Verhalten als auch i.v. Drogenkonsum angegeben wird, werden unter der Kategorie "IVDA" subsummiert. Fälle, bei denen plausible Angaben zum Infektionsrisiko nicht zu erhalten sind, werden unter der Kategorie "k. A." zusammengefaßt.

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

Quelle: 118. Bericht des AIDS-Zentrums im Robert-Koch-Institut, AIDS-HIV-Quartalsbericht II / 95

Tab. 2: Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle bei Frauen nach Infektionsrisiken und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose (Stand: 30.6.95)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Juli 93 – Juni 94	Juli 94 – Juni 95	Gesamt
i. v. Drogenabhängige	90 42,5 %	53 40,5 %	631 47,3 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile)	19 9,0 %	6 4,6 %	131 9,8 %
Heterosexuelle Kontakte (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	63 29,7 %	51 38,9 %	378 28,4 %
Patienten aus Pattern-II-Ländern*	27 12,7 %	9 6,9 %	73 5,5 %
Prä- oder perinatale Infektion	2 0,9 %	0 0,0 %	37 2,8 %
Keine Angaben	11 5,2 %	12 9,2 %	83 6,2 %
Gesamt	212 100 %	131 100 %	1333 100 %

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

Quelle: 118. Bericht des AIDS-Zentrums im Robert-Koch-Institut, AIDS-HIV-Quartalsbericht II / 95

Tab. 3: HIV-Bestätigungsteste unter Ausschluß erkennbarer Doppelmeldungen nach Infektionsrisiken, Geschlecht und aufgeführten Zeiträumen der Einsendung der Seren (Stand: 30.6.95)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Juli 93 – Juni 94	Juli 94 – Juni 95	Gesamt
Homo- oder bisexuelle Männer	939 16,9 %	608 15,8 %	10027 14,5 %
i. v. Drogenabhängige / Geschlecht männlich	264 4,8 %	203 5,3 %	3908 5,7 %
i. v. Drogenabhängige / Geschlecht weiblich	145 2,6 %	72 1,9 %	1928 2,8 %

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Juli 93 – Juni 94	Juli 94 – Juni 95	Gesamt
i. v. Drogenabhängige / Geschlecht unbekannt	21 0,4 %	15 0,4 %	358 0,5 %
Hämophile	13 0,2 %	0 0,0 %	1853* 2,7 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile) / Geschlecht männlich	22 0,4 %	8 0,2 %	285 0,4 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten Geschlecht weiblich	20 0,4 %	5 0,1 %	211 0,3 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile) / Geschlecht unbekannt	1 0,0 %	0 0,0 %	21 0,0 %
Heterosexuelle Kontakte / Geschlecht männlich (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	158 2,8 %	100,00 2,6 %	1248 1,8 %
Heterosexuelle Kontakte / Geschlecht weiblich (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	162 2,9 %	95 2,5 %	1243 1,8 %
Heterosexuelle Kontakte / Geschlecht unbekannt (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	11 0,2 %	3 0,1 %	83 0,1 %
Patienten aus Pattern-II-Ländern**	310 5,6 %	357 9,3 %	786 1,1 %
Prä- oder perinatale Infektion	89 1,6 %	61 1,6 %	730 1,1 %
Keine Angaben / Geschlecht männlich	2298 41,5 %	1595 41,5 %	30732 44,5 %
Keine Angaben / Geschlecht weiblich	612 11,0 %	433 11,3 %	7155 10,4 %
Keine Angaben / Geschlecht unbekannt	479 8,6 %	293 7,6 %	8431 12,2 %
Gesamt	5544 100 %	3848 100 %	68999 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: 118. Bericht des AIDS-Zentrums im Robert-Koch-Institut, AIDS-HIV-Quartalsbericht II / 95

Veranstaltungskalender

- 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
- 4th International Conference on the Treatment of Sex Offenders, 18. bis 20. September, Free University of Amsterdam, The Netherlands. Kontakt: Lex van Naerssen, PhD., Faculty Social Sciences, University Utrecht, Postbox 80140, 3508 TC Utrecht; Tel.: (0031) 30-536642; Fax: (0031) 30-531619
24. NORDDEUTSCHEN PSYCHOTHERAPIE-TAGE 1995: Abhängigkeit und Beziehung: Konflikte zwischen Freiheit und Bindung. 7. bis 13. Oktober 1995 in Lübeck. Das vorangestellte psychosomatische und psychiatrische Seminar findet am 6. und 7. Oktober 1995 in der Medizinischen Universität statt. Auskunft: Ständiges Kongreßbüro c/o Hansisches Verlagkontor, Frau M. Twilfer, 23547 Lübeck, Tel: (0451) 1605-204
5. MÜNCHNER AIDS-TAGE 1996: Somatische und Psychosoziale Aspekte bei HIV-Infektionen und AIDS. 26. bis 28. Januar 1996 im Sheraton München Hotel, Arabellastr. 6, 81925 München. Auskunft: ecomed Kongreß-Service, Rudolf-Diesel-Str. 3, 86899 Landsberg, Tel.: (08191) 125-201 oder -425
- XI International Conference on AIDS. Vancouver, Canada, 7. bis 12. Juli 1996. Auskunft: Conference Secretary XI International Conference on AIDS, Postbox 48740, 595 Burard Street, Vancouver, British Columbia, Canada V7X1T8

Buchbesprechungen

Katharina Rutschky; Reinhart Wolff (Hrsg.) (1994): **handbuch sexueller mißbrauch**. Hamburg: Klein Verlag. 295 Seiten, Preis: 39,80 DM

Die in den letzten Jahren in der breiten Öffentlichkeit anscheinend nicht enden wollenden Debatten und Erörterungen zum Thema des sexuellen Mißbrauchs bewirkten eine Flut an Veröffentlichungen, mit denen der Buchmarkt überschwemmt wurde.

Das von Rutschky und Wolff herausgegebene „handbuch sexueller mißbrauch“ enthält sechzehn Beiträge internationaler Autoren aus den Bereichen der Kriminologie, Psychiatrie, Psychologie, Publizistik und der Sozialwissenschaften, so daß von einer ungewöhnlich vielseitigen Erörterung der Mißbrauchsproblematik auszugehen ist.

Wie dem Klappentext des Buches zu entnehmen ist, basiert die Intention der Herausgeber auf dem Bemühen, „von der reinen Aufdeckung und anschließenden Skandalisierung des sexuellen Mißbrauchs wegzukommen“. Angesprochen werden Juristen, Sozialarbeiter, Therapeuten, Pädagogen und Psychologen, denen es mit Hilfe des Buches zudem gelingen soll, „modernen Kinderschutz zu praktizieren“.

Die Beiträge wurden unter fünf Aspekten geordnet: (a) Gesellschaftliche Hintergründe der Diskussion um sexuellen Mißbrauch, (b) Fakten und Fiktionen im internationalen Vergleich, (c) Zur sexuellen Entwicklung von Kindern und ihrer Störung, (d) Vor Gericht: Gutachter und Anwälte, (e) Möglichkeiten und Grenzen der Hilfe.

Die Notwendigkeit, von der reinen Aufdeckung wegzukommen, wird in zahlreichen Beiträgen mit den in der Realität zunehmend feststellbaren Auswüchsen eines übermäßigen, manchmal scheinbar ans Wahnhafte grenzenden Aufdeckungseifers nachvollziehbar begründet. Er bedingt nicht selten verheerende Folgen für Opfer wie Täter und läßt Nachteile auch für die Gesellschaft befürchten.

Als Beispiele für unkritischen Aufdeckungseifer dienten u.a. die bekannt gewordenen Fälle von Massenbeschuldigungen in den Niederlanden, in

Cleveland und Middlesborough, wobei allerdings nur Kutschinsky dem aufkommenden Eindruck widerspricht, daß in solchen Fällen sämtliche Anschuldigungen falsch sein müssen. (S. 53)

Den nahezu einhelligen Mittelpunkt der Kritik bilden feministische Organisationen sowie die auf Kindesmißbrauch spezialisierten Institutionen wie „Wildwasser“ und „Zartbitter“. Der Beitrag von Waser bezieht sich ausschließlich auf die Kritik an „Wildwasser“, mit Belegen für parteiliche und unwissenschaftliche Dokumentationen vermeintlicher Erkenntnisse. Böhm analysierte publizierte Kinderzeichnungen, mit denen die sexuelle Viktimisierung dieser Kinder dokumentiert werden sollte, und zeigt plausibel auf, daß und in welcher Form diese Kinderzeichnungen tendenziös verfälscht wurden. Die Kritik gilt mit Recht auch dem Übereifer einzelner Personengruppen (unter Therapeuten, Pädagogen, Sozialarbeitern...), die sich verpflichtet fühlen, in Anlehnung an fehlerhafte oder falsche Veröffentlichungen zum angeblichen Ausmaß des sexuellen Mißbrauchs die bislang vermeintlich unerkannt gebliebenen kindlichen Opfer aufzuspüren und ihre gleichzeitig unterstellte schwere Schädigung mittels therapeutischer Intervention zu mindern. Die Schädigung durch eine unbegründete Psychotherapie wurde von den Autoren allerdings nicht explizit erwähnt. Kritisiert werden zudem die Personen, denen individuelle Motive zur Annahme sexuellen Mißbrauchs dienen: Mütter in strittigen Sorgerechts- oder Umgangsverfahren oder auch problembelastete Frauen, die ihre Konflikte und allgemeinen Schwierigkeiten des Lebens mit einer lange Zeit zurückliegenden angeblichen sexuellen Mißbrauchserfahrung zu erklären suchen. Solche Ursachenzuschreibungen müssen nicht falsch sein, zwingen jedoch zu besonders vorsichtiger Handhabung.

Außerhalb des unzweifelhaft schädlichen Übereifers der bezeichneten Personengruppen und Institutionen versuchen Rutschky, Schetsche und ansatzweise auch Wolff zudem die gesellschaftlichen Hintergründe für den „emotionsgeladenen, irrationalen“, dabei nüchternen Fakten ent-

gegenstehenden öffentlichen Umgang mit der anstehenden Problematik zu ergründen. Rutschky sieht im weithin praktizierten Umgang mit dem sexuellen Kindesmißbrauch eine Metapher für allgemeine gesellschaftliche Konfliktlagen und soziale Krisen. Schetsche betrachtet die gesellschaftliche Wertung der Mißbrauchsthematik in Vergangenheit und Gegenwart unter sexual-soziologischem Gesichtspunkt und zeigt auf, daß „*unterschiedliche soziale Interessen zu einer unterschiedlichen Bezeichnung ein und derselben sexuellen Handlung führen können: erwünscht-tolerierbar - verwerflich*“ (S.45). Wolff sieht „*im neuen Kampf gegen den Sexualtäter einen Prozeß repressiver sexueller Moralisierung*“. Er warnt vor den sekundären Schädigungsfolgen beim Opfer aufgrund von Umweltreaktionen, die eine „*Skandalisierung und Moralisierung des Sexuellen überhaupt*“ beinhalten (S.92).

Dem Anspruch des Buches, zur Entskandalisierung beizutragen, dient nicht nur der Appell mehrerer Autoren, von der Irrationalität der Einstellung gegenüber dieser Thematik zur Rationalität zurückzufinden, sondern auch die aufgezeigte Fragwürdigkeit von Ergebnissen sog. wissenschaftlicher, überwiegend amerikanischer Studien zum Ausmaß des sexuellen Kindesmißbrauchs, deren methodische Unzulänglichkeit (Kutschinsky, Gilbert) belegt wird. Mehrere Autoren führen untaugliche ärztliche wie psychologische Diagnosemethoden an, die zum Nachweis der kindlichen Viktimisierung im Alltag Verwendung finden, u.a. die anatomisch korrekt geformten Puppen. Den nachgewiesenen Fiktionen werden nüchterne Fakten gegenübergestellt, mit denen u.a. die weit überhöhten Zahlen zum vermuteten Ausmaß des sexuellen Kindesmißbrauchs ad absurdum geführt werden.

Schuhrke zeigt anhand von Untersuchungen zur Entwicklung der kindlichen Sexualität auf, daß deutlich sexualisiertes Verhalten von Kindern „*keinesfalls (immer) die Folge sexueller Mißbrauchserfahrung darstellt*“ (S. 113), und Richter-Appelt stellt fest, daß sexuelle und körperliche Mißhandlung nicht nur häufig zusammen auftreten, sondern auch - schichtspezifisch - bei körperlicher und seelischer Vernachlässigung stattfinden. Die Schädigung durch sexuellen

Mißbrauch ist deshalb in diesen Fällen aus dem Kontext von psychosozialer Entwicklung und der familiären Situation nicht zu lösen, worauf u.a. auch Wolff verweist: die „*sexuelle Mißhandlung*“ bezeichnet er als „*systematische sexistische Konfliktlösung auf Kosten des Kindes*“ (S. 89). Kentler glaubt hingegen, daß „*echte Päderasten*“ und „*echte Pädophile*“ Kindern keinen Schaden zufügen, wobei er außerhalb einer Definition von „Schaden“ oder seiner zeitlichen Feststellung sexuellen Mißbrauch nur i.V. mit Schädigung erfüllt sieht. Wolff weist jedoch bereits auf die Möglichkeit einer zeitlich verzögerten sexuellen Traumatisierung hin (S. 91).

Der Hinweis von Undeutsch, daß nicht alle sexuell viktimisierten Kinder therapiebedürftig seien (S. 185), wird vor allem zur Beruhigung vieler Eltern und Erzieher beitragen. Wichtig erscheint im Zusammenhang mit dem Bemühen um Versachlichung des Themas zudem die von Undeutsch formulierte Erkenntnis, wonach es außerhalb einer konkreten Aussage keine eindeutige Symptomatik für sexuelle Mißbrauchserfahrung gibt. So manch' argwöhnisches Beobachten und Kontrollieren kindlicher Reaktionen und Verhaltensweisen könnte dann, nicht zuletzt zum Schutz der Kinder, unterbleiben. Mit Recht weist Undeutsch darauf hin, daß dem Kindesmißbrauch tatsächlich nur durch fachgerechte psychologische und therapeutische Möglichkeiten zu begegnen ist.

Die durch amerikanische Untersuchungen belegte Fragwürdigkeit, vor allem Ineffektivität gezielter Präventionsmaßnahmen (Gilbert, Kupfer), wird von Wolff mit dem komplexen, da variablen psychologischen und sozialen Kontext sexueller Mißbrauchshandlungen einsichtig begründet. Schuhrke meint, „*daß die Debatte zum Mißbrauch, insbesondere die Ängste der Eltern und Erzieher, Kinder könnten Opfer werden oder sie selbst könnten als Mißbrauchende verdächtigt werden, auch den Gegenstand, nämlich die kindliche Sexualität, in nicht vorhersehbarer Weise verändern kann*“ (S. 114).

Neben kritischen Äußerungen wird Wolff dem Anspruch gerecht, modernen Kinderschutz zu praktizieren, wenn er konstruktive Vorschläge zu einer einheitlichen, von Kupfer bezweifelten Möglichkeit zu einer Definition des Mißbrauchs-

begriffs macht. Sie orientiert sich an den Standards des KJHG sowie den „psychologischen und sozialpädagogischen Kriterien zur Beurteilung der jeweiligen Schädigung oder Gefährdung eines Kindes“ (S. 82). Er verweist ebenso wie Undeutsch auf die Notwendigkeit fachlich verlässlicher Diagnosen, die sich auf „Äußerungen des Kindes“, auf eine „fachgerechte Familienanamnese“ und auf eine „Einschätzung der Problem- und Hilfeakzeptanz der Betroffenen“ zu richten habe (S. 91).

Mehrere Autoren sprechen sich gegen das eher emotional denn rational begründete Bedürfnis der Gesellschaft aus, sexuellen Mißbrauch mit Strafe zu belegen, und fordern Hilfe für Opfer, Täter und die Familie, womit sie durchaus dem Aspekt kriminalpolitischer Betrachtungsweise deliktischen Verhaltens entsprechen, das die Grundlage zur deutschen Strafrechtsreform bildete. Einen bemerkenswerten Beitrag zum Thema „moderner Kinderschutz“ leistet Marneffe mit der Vorstellung des belgischen Modellprojekts „Kind in Not“, einem medizinisch-psychologisch-sozialen Modell außerhalb juristischer Strafverfolgung, wie es auch vom Deutschen Kinderschutzbund angestrebt wird.

Insgesamt erfüllt das Buch die Lesererwartung, das Thema unter vielseitigen Gesichtspunkten zu erörtern, wenngleich schwerpunktmäßig mehr die Fehler im Umgang mit der Mißbrauchserfahrung herausgestellt, weniger konstruktive Vorschläge unterbreitet werden. Einschränkungen beziehen sich auf Teile einzelner Beiträge:

So unterliegt Rutschky in ihrem von leidenschaftlichem Engagement geprägten Kapitel ebenfalls der Tendenz zum Extremen, mit der Kupffer die gesellschaftliche Beschäftigung mit dieser Problematik typisiert, wenn sie etwa pauschal alle mit dem sexuellen Kindesmißbrauch befaßten Therapeuten angreift und die diesbezügliche Überforderung der Psychologie schlechthin festzustellen glaubt, damit auch in Widerspruch zu den Ausführungen von Wolf und Undeutsch steht. Mit Kentlers Versuch, schädliche Auswirkungen sexueller Viktimisierung durch bestimmte Tätergruppen als gering oder nicht existent darzustellen, widerspricht er nicht nur empirischer Erfahrung, sondern auch einer differenzierten, der Versachlichung dienenden Be-

trachtungsweise dieser Problematik. Susanne und Heinz Offe hätten bei kritischer Durchsicht ihres Beitrags unrichtige Formulierungen auffallen müssen. So hat ein psychologischer Sachverständiger niemals die Richtigkeit eines entsprechenden Verdachts herauszufinden (S. 199, S. 213). Diese Feststellung obliegt allein dem erkennenden Gericht und würde eine erhebliche, zu Befangenheitsanträgen führende Kompetenzüberschreitung des Gutachters darstellen. Ihre Skepsis bezüglich der Leistungsfähigkeit aussagepsychologischer Diagnostik braucht man nicht zu teilen und ihre Vorschriften zur Gutachtenerstellung greifen leicht in eine sinnvolle gutachterliche Freiheit ein. Ein empfohlenes Kernstück ihrer Methoden (der Vergleich verschiedenartiger Berichte eines Zeugen) wurde bereits von Arntzen vorgeschlagen und, bei entsprechender Bewährung, seit über vierzig Jahren von den meisten hauptberuflich tätigen Gutachtern praktiziert. Diese und andere Schwächen mindern hingegen den positiven Gesamteindruck des Buches nicht, dessen Lektüre einer breiten Leserschicht zu empfehlen ist.

U. Krück (Essen)

Marc Haug; Richard E. Whalen; Claude Aron; Kathie Olson (Eds) (1993): **The Development of Sex Differences and Similarities in Behavior**. Dordrecht/Boston/London: Kluwer Academic Publishers. 493 Seiten, Preis: 198.00 US\$

Das Buch repräsentiert die Proceedings des „NATO Advanced Workshop“ in Gers, Frankreich, Juli 1992, und besteht aus 28 Einzelbeiträgen, jeder von bekannten Autoren auf diesem so kontrovers diskutierten Forschungsgebiet. Dabei kommen sowohl Vertreter eher biologisch-medizinisch orientierter Fachrichtungen als auch Vertreter der Sozialwissenschaften zu Wort. Im Vorwort von Marc Haug wird nicht umsonst die Brisanz dieses Themas betont, die auch immer wieder die Medien zu meist simplifizierten und einseitig orientierten Beiträgen stimuliert. Die einzelnen Kapitel bringen sowohl Literaturübersichten als auch eigene Befunde der verschiedenen Arbeitsgruppen. Bei den Tiermodellen dominiert eindeutig die Ratte, obwohl auch an-

dere Nager- sowie Wachtel- und Primatenmodelle diskutiert werden. Die tierexperimentellen Untersuchungen stehen im Umfang des Buches in ausgewogenem Verhältnis zu den Untersuchungen am Menschen. In dieser Buchbesprechung können nur einige Schwerpunkte bzw. besonders interessante Befunde herausgehoben werden. Im Kapitel „*Neonatal Programming of Adult Partner Preference in Male Rats*“ (Brand und Mitarbeiter) wird dargestellt, wie mittels Einsatzes eines Aromatase-Hemmers bestätigt werden konnte, daß bei der männlichen Ratte für eine Maskulinisierung und Defeminisierung der gegengeschlechtlichen Partner-Präferenz die Konversion von Androgenen zu Östrogenen unerlässlich ist. Die Autoren konnten weiterhin erstmalig zeigen, daß Estradiol einen hinsichtlich der geschlechtstypischen Größe differenzierenden Einfluß auf den *Sexual Dimorphic Nucleus* der *Area praeoptica media* hat. Whalen steuert eine Übersicht über seine vielseitigen Einzeluntersuchungen mit verschiedenen Kooperationspartnern auf diesem Gebiet bei. Er postuliert, daß die Maskulinisierung während der Ontogenese eines männlichen Individuums eher eine Defeminisierung, also eine Hemmung primär weiblich dominanter Verhaltensmuster ist. Über die Darstellung der Bindungsuntersuchungen radioaktiv markierter Sexualhormone in verschiedenen Hirnregionen und die Einbeziehung der Neurotransmitter in die Kontrolle des Sexualverhaltens bis hin zu Studien über das Aggressionsverhalten wird ein Abriss seiner Forschungsarbeiten über einen Zeitraum von 30 Jahren vorgestellt. Hines versucht im Kapitel „*Hormonal and Neural Correlates of Sex-Typed Behavioral Development in Human Beings*“, aus einer Zusammenstellung tierexperimenteller Untersuchungen und Studien am Menschen (z.B. Mädchen und Frauen mit kongenitalem AGS, Turner-Frauen, Nachkommen Diethylstilbestrol-behandelter Frauen etc., d.h. sog. „Experimente der Natur“) vergleichend einen Überblick über geschlechtsspezifische Verhaltensweisen und deren Veränderungen, wie z.B. Spielverhalten, Aggressionsverhalten, kognitive Fähigkeiten oder sexuelle Orientierung, zu geben. Gleichzeitig versucht sie, zwischen diesen Verhaltensweisen bzw. deren Veränderungen und den Veränderun-

gen an möglichen morphologischen Korrelaten im Gehirn einen Bezug herzustellen. In mehreren Beiträgen wird das Problem der geschlechtstypischen Unterschiede der verbalen Kommunikationsfähigkeit unter verschiedenen Aspekten abgehandelt, am ausführlichsten im Beitrag von Kail: „*Are Sex or Gender Relevant Categories to Language Performing? A Critical Review*“. Diamond faßt in seinem Beitrag „*Some Genetic Considerations in the Development of Sexual Differentiation*“ nach einer relativ kurz gehaltenen Übersicht einen Standpunkt zusammen, den auch unsere Arbeitsgruppe vertritt: „... die sexuelle Orientierung ist höchstwahrscheinlich das Ergebnis der Wechselwirkung zwischen inhärenten (d.h. genetischen) Kräften mit Einflüssen der Umwelt. Die Biologie gibt eine Prädisposition vor,... mittels derer das Individuum mit seiner oder ihrer Umwelt interagiert. Und bestimmte Stadien oder 'kritische Perioden' in der Entwicklung erscheinen bedeutsamer als andere für die Organisation dieser Verhaltensmuster zu sein“ (S. 303f; eigene Übersetzung). Der Autor betont ausdrücklich, daß diese biologisch orientierte Betrachtung keine Diskriminierung bestimmter Gruppen, z.B. der Homosexuellen, weder auf gesetzlicher, religiöser, medizinischer oder sozialer Ebene ist, sondern daß diese Forschungen das Gegenteil bewirken sollen.

Baum referiert seine und die Studien anderer Arbeitsgruppen über die Rolle der Expression der „*Immediate-early genes*“, speziell *c-fos*, als Marker für eine gesteigerte neuronale Aktivität, mit dem Ziel, die Wirkungen genitaler oder anderer Stimulationen aus koitalen oder soziosexuellen Kontakten auf das Nervensystem beider Geschlechter bei Ratte und Frettchen zu vergleichen. Obwohl die biologische Relevanz einer vermehrten Expression von *c-fos* nach Mating beim erwachsenen Tier noch unklar ist, zeichnet sich mit dieser molekularbiologischen Arbeitsweise ein methodischer Zugang zu den molekularbiologischen Mechanismen der geschlechtlichen Differenzierung ab.

Döhler und Mitarbeiter behandeln in ihrem Beitrag „*The Development of Sex Differences and Similarities in Brain Anatomy, Physiology and Behavior is Under Complex Hormonal Control*“ sowohl strukturelle als auch funktionelle Aspek-

te der Differenzierung. Der morphologische Aspekt beschränkt sich dabei auf den *Sexual Dimorphic Nucleus* (SDN) der Area praoptica, wobei eigene Befunde zitiert werden, die bei männlichen und weiblichen Ratten erhalten wurden, die perinatal z.T. gonadektomiert (männliche Tiere), bzw. mit Testosteronpropionat, Diethylstilbestrol, dem Östrogen-Antagonisten Tamoxifen oder dem Androgen-Antagonisten Cyproteronacetat behandelt wurden. Dabei kommen die Autoren zu dem Schluß, daß die strukturelle Differenzierung des SDN ausschließlich östrogenabhängig ist. Im weiteren wird die sexuelle Orientierung frühpostnatal ähnlich behandelte Tiere dargestellt, wobei in diesem Fall nach Ansicht der Autoren, die jedoch nicht neu ist, die Interaktion von Androgenen und Östrogenen im sich entwickelnden Nervensystem die entscheidende Rolle spielt. Auch diese Autoren betonen die Rolle der Neurotransmitter, insbesondere des dopaminergen Systems, bei der sexuellen Differenzierung von Struktur und Funktion des Gehirns.

Gladue gibt in seinem Beitrag „*The Psychobiology of Sexual Orientation*“ einen umfassenden Überblick über die gegenwärtigen konträren Auffassungen der „biologischen vs. sozio-kulturellen Camps“ auf diesem Forschungsgebiet, bezieht dabei Befunde aus der Genetik, der Endokrinologie, der Neuroanatomie, der Neuropsychologie sowie die sog. „Experimente der Natur“, also mit bestimmten genetischen und/oder hormonellen Veränderungen einhergehende Krankheitsbilder, in seine Synopsis ein. Letztlich kommt er nach korrekten Zitaten und Einschätzungen beider Schulen zu dem Schluß, daß „... obwohl unvollständig und noch auf der Suche nach einem perfekten Datenpaket, das unwiderlegliche Befunde erbringt, die Zahl der Daten wächst, die beweisen bzw. die Ansicht stützen, daß die Ent-

wicklung der sexuellen Orientierung, sowohl der heterosexuellen als auch der homosexuellen, frühzeitig und kritisch auf Myriaden biologischer Faktoren basiert...“ (S. 450; eigene Übersetzung).

Der Band schließt mit einem Beitrag von Green „*Dimensions of Human Sexual Identity: Transsexuals, Homosexuals, Fetishists, Cross-Gendered Children and Animal Models*“, dessen Titel bereits ebenfalls eine Synopsis verspricht. Green befaßt sich im letzten Absatz mit den juristischen und sozialen Aspekten der im Titel genannten Personengruppe. Er kommt zu dem lakonischen Schluß, daß entsprechend der amerikanischen Verfassung benachteiligte Minderheitsgruppen unter speziellen gesetzlichen Schutz gestellt werden müssen, sofern ihr präjudiziertes Verhalten „nicht zu verändern ist“, d.h. angeboren oder wegen anderer Faktoren nicht veränderbar ist. Damit ist die Homosexualität analog zur Linkshändigkeit einzuschätzen. Linkshänder dürfen beruflich oder hinsichtlich ihrer Wohnverhältnisse nicht diskriminiert werden. Also gilt Gleiches auch für Homosexuelle. Er fügt noch einige andere Betrachtungen hinzu, aber diese sollte sich der Leser im Original zu Gemüte führen.

Hervorzuheben ist die Vielseitigkeit der einzelnen Beiträge, die insgesamt eine - soweit möglich - objektive Information über den gegenwärtigen Erkenntnisstand ermöglichen, zumal größtenteils die Topwissenschaftler zu Worte kommen. Wegen der Interdisziplinarität der Problematik ist eine partielle Überschneidung, speziell der Literaturverweise, nicht zu vermeiden. Der Band sollte dennoch in keiner medizinischen, sozialwissenschaftlichen noch sonstigen Bibliothek dieses ausgesprochen interdisziplinären Forschungsgebietes fehlen.

Franziska Götz (Berlin)