

Sexuologie

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

Inhalt

- | | | | |
|----|--|----|--|
| | Originalarbeiten | | Fortbildung |
| 1 | GnRH-Analoga - Eine neue medikamentöse Therapie bei Sexualstraftätern?
<i>D. Seifert</i> | 41 | Psycho-somatische Aspekte bei urologischer Erkrankung und Behandlung
<i>G. Fröhlich</i> |
| 12 | Rückfall nach Sexualstraftaten
<i>R. Egg</i> | | Zur Diskussion |
| 27 | Spezielle Probleme der hormonalen Kontrazeption bei Jugendlichen aus gynäkologischer Sicht
<i>H.-J. Ahrendt</i> | 50 | Sexuelle Gesundheit und die Entwicklung einer prophylaktischen Sexualmedizin
<i>W. Weig</i> |
| | | | Historia |
| | | 55 | "Bravo" schlägt "Frösi"? - Muster weiblicher Individualisierung in der DDR
<i>B. Dahlke</i> |

Anschrift der Redaktion:

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

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

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

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

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

Erscheinungsweise: Zwanglos, 1 Band mit 4 Heften.

Abo-Preise 2000: 216,- DM*; Einzelheftpreis 65,- DM*; Alle Preise zzgl. Versandkosten.
Vorzugspreis für persönliche Abonnenten 118,- DM*. *Unverbindlich empfohlene Preise. Preisänderungen vorbehalten.
Folgende Kreditkarten werden zur Zahlung akzeptiert: Visa/Eurocard/Mastercard/American Express
(bitte Kartennummer und Gültigkeitsdauer angeben).

Bankverbindung:

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

Copyright: Die Zeitschrift sowie alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Verlages.

Satz: Rainer Alisch, Hanseatenweg 6, 10557 Berlin

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

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

© 2000 Urban & Fischer Verlag

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



IA-MED

<http://www.LA-MED.de>

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

GnRH-Analoga – Eine neue medikamentöse Therapie bei Sexualstraftätern?

GnRH-Analogues – A new Medical Treatment of Sex Offenders?

D. Seifert

Zusammenfassung

Die Pharmakotherapie bei Sexualstraftätern wird nach wie vor kontrovers eingeschätzt. Mehrere Studien haben den therapeutischen Effekt von Antiandrogenen beschrieben. Jedoch ist stets ein gewisses Unbehagen dieser Therapieform gegenüber bestehen geblieben, da neben den nicht unbeträchtlichen Nebenwirkungen auch die Befürchtung genannt wird, dass die hinter der abweichenden Sexualität liegenden Störungen nicht entsprechend reflektiert werden. Seit wenigen Jahren finden sich vereinzelt Arbeiten über den Einsatz einer Medikamentengruppe (GnRH-Analoga), mit der seit Mitte der 80er Jahre umfangreiche Erfahrungen in der Urologie bei der Behandlung von Patienten mit einem Prostatakarzinom gesammelt worden sind. Anhand einer Literaturübersicht werden die bislang vorliegenden Erkenntnisse dargestellt und im Hinblick auf die praktisch-forensische Relevanz reflektiert. Diese deuten daraufhin, dass GnRH-Analoga durchaus eine Alternative zu herkömmlichen Antiandrogenen in der Therapie von Sexualstraftätern sein können. Weitere Katamnesestudien bleiben jedoch abzuwarten.

Schlüsselwörter: Sexualstraftäter, GnRH-Analoga, Antiandrogene

Abstract

Pharmacotherapy for sex offenders continues to be a matter of controversy. Several clinical trials have described the therapeutic effect of anti-androgens. However, a certain unease about this form of treatment persists because, as well as the appreciable side-effects, there is also a fear that the disorders underlying such deviant sexual behavior are not being properly addressed. In the past few years there have been occasional studies involving the therapeutic use of one group of drugs (GnRH-analogues) so that extensive urology experience in treating patients with prostate cancer has been gathered since the mid-eighties. Based on a review of the literature, existing knowledge is presented and considered in terms of its practical forensic relevance. This indicates that GnRH-analogues may be a reasonable alternative to conventional anti-androgens in the treatment of sex offenders. Further follow-up studies, however, are awaited.

Keywords: Sex Offenders, GnRH-Analogues, Anti-Androgens

Medikamentöse Therapie bei Sexualstraftätern ist zumeist assoziiert mit der Vorstellung, die Gefährlichkeit dieser Klientel zu verringern und somit evtl. einen langanhaltenden Freiheitsentzug verhindern zu können. Als erstes Präparat stand vor etwa drei Jahrzehnten Cyproteronazetat (Androcur®) zur Verfügung (Laschet & Laschet 1971), das als Gestagen und Antiandrogen die Gonadotropinsekretion der Hypophyse und damit die Hodenfunktion unterdrückt. Gleichzeitig wird die verbliebene Androgenwirkung (z. B. aus der Nebennierenrinde) durch Rezeptorblockade ausgeschaltet. Diese therapeutische Intervention, auch „chemische Kastration“ genannt, hatte in der Folgezeit die zur damaligen Zeit häufiger angewandte Therapie der operativen Entfernung beider Hoden (chirurgische Kastration) weitgehend verdrängt. In den USA, in denen das Cyproteronacetat (CPA) nicht zugelassen ist, werden bei Sexualstraftätern zumeist Gestagene, wie z. B. das Medroxyprogesteronacetat (MPA), eingesetzt.

Mehrere Studien haben den therapeutischen Effekt von Antiandrogenen beschrieben (u. a. Ahrens 1991; Menghini & Ernst 1991; Meyer et al. 1992). Kritisch ist anzumerken, dass die untersuchte Klientel meist heterogen verteilt war, so dass sich die Ergebnisse der katamnestic Studien nur schwer verallgemeinern lassen. Seit 1994, als der Verdacht einer leber-karzinogenen Wirkung beim CPA diskutiert wurde, geriet diese Therapiemethode zunehmend in die Kritik und wird seitdem deutlich zurückhaltender in der forensischen Psychiatrie eingesetzt.

Neben einer Vielzahl anderer Substanzen, wie z.B. SSRI (selektive Serotonin-Reuptake-Hemmer) und Neuroleptika (Übersichten bei Gijs & Gooren 1996 sowie Bradford & Greenberg 1996) finden sich seit Mitte der 80er Jahre vereinzelte Berichte über den Einsatz von GnRH-Analoga (Gonadotropin-Releasing-Hormon-Analoga) bei Sexualstraftätern. Im folgenden werden die relevanten Ergebnisse der bislang vorliegenden Studien dargestellt sowie kurz über eigene Erfahrungen aus einer forensischen Ambulanz berichtet.

Wirkmechanismus der GnRH-Analoga

Für das sexuelle Verhalten stellt die sogenannte „Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse“ das wichtigste endokrine System dar. Die Achse verfügt über ein positives und negatives Feedback. Die Gonadotropin-Releasing-Hormone (GnRH) regulieren vom Hypothalamus aus die Freisetzung der Hypophysenvorderlappenhormone FSH (follikelstimulierendes Hormon) und LH (luteinisierendes Hormon). Beim Mann fördert das FSH die Spermio-genese in den Samenkanälen der Hoden. Die Produktion des wichtigsten männlichen Sexualhormons (Testosteron) wird durch das LH gesteuert. Der nach Abschluß der Pubertät erreichte Hormonstatus bleibt bis zum 5. oder 6. Lebensjahrzehnt auf einem nahezu gleichbleibenden Niveau, um danach kontinuierlich abzusinken.

GnRH-Analoga sind in ihrer Aminosäuresequenz leicht abgewandelte Formen des natürlichen Releasing-Hormons. Sie besitzen zudem eine vielfache Wirksamkeit, was durch eine höhere Bindungsaffinität zum hypophysären Rezeptor und eine deutlich längere Halbwertszeit erklärt wird. Verabreicht man hohe Dosen eines GnRH-Analogons, kommt es zu einer sogenannten „Down-Regulation“, d. h. die hypophysären GnRH-Rezeptoren nehmen ebenso wie die gonadalen LH- und FSH-Rezeptoren ab. Die Hypophyse verliert ihre Verbindungsstellen für das zur Freisetzung von LH zuständige Releasing-Hormon (LHRH), so dass in der Folge die Testosteronspiegel auf Werte im Kastrationsbereich abfallen. Ebenso werden die LH und FSH Serumspiegel sublimiert.

An Dosierungsformen stehen neben der täglichen, subcutanen Injektion die einmal monatliche Gabe von z. B. 3,75 mg Leuprorelinacetat-Depot i. m. zur Verfügung. Nach erstmaliger Applikation eines Monatsdepots zeigt sich in den ersten 7-10 Tagen ein Anstieg des Serum-Testosteronspiegels über den Normbereich hinaus, um anschließend zwischen dem 14. und 21. Tag auf Kastrationsniveau abzusinken. Dieser niedrige Serum-Testosteronspiegel bleibt konstant bis etwa zum 35. Tag bestehen. Ein 3-Monats-Depot wurde im August 1996 auf den Markt gebracht. Eine Indikationszulassung für die Behandlung von Patienten mit einer sexueller Deviation besteht in Deutschland bislang nicht.

Klinisch-therapeutische Erfahrungen – Literaturübersicht

Umfangreiche Erfahrungen im Umgang mit diesen Substanzen hat man vor allem in der Urologie gesammelt, wo die GnRH-Analoga seit Beginn der 80er Jahre in der Behandlung des Prostatakarzinom eingesetzt werden (Leuprolide Study Group 1984; Garnick 1985). Seit 1985 finden sich vereinzelt Arbeiten über den therapeutischen Einsatz von GnRH-Analoga bei Sexualstraftätern.

Die bislang vorliegenden Untersuchungen basieren vor allem auf kasuistischen Mitteilungen (vgl. Tab. 1). Eine kontrollierte Studie existiert nicht. In den hier aufgeführten 7 Arbeiten wurden insgesamt 41 Patienten untersucht. Das methodische Vorgehen unterscheidet sich teils erheblich. So variiert der Katamnesezeitraum zwischen wenigen Wochen bis hin zu 7 Jahren. Einige Patienten wurden im Wechsel (Cooper & Cernovsky 1994) oder kombiniert mit Antiandrogenen (Rousseau et al. 1990) therapiert. Aus diesen Gründen ist eine Vergleichbarkeit dieser Arbeiten (Tab. 1) nur begrenzt möglich.

Die erste wissenschaftliche Mitteilung über den Einsatz von GnRH-Analoga bei Patienten mit einer Paraphilie stammt aus dem Jahre 1985. Es handelt sich um eine Leserzuschrift in der DMW, einer weniger an Psychiater, sondern primär an Internisten und Allgemeinmediziner gerichtete Fachzeitschrift, so dass detaillierte Angaben zur Diagnose, Vorgeschichte, therapeutisches Vorgehen und Katamnese fehlen (Allolio et al. 1985). Ähnlichen Umfangs ist die Arbeit von Marcus et al. (1993).

Thibaut et al. (1993 u. 1996) berichten über 6 Patienten im Alter zwischen 15 und 39 Jahren, die sie über einen Zeitraum von bis zu 36 Monaten mit Triptorelin – 3,75 mg i.m. monatlich – behandelten. Der längste Beobachtungszeitraum betrug 7 Jahre. 2 Probanden begingen 8 bzw. 10 Wochen nach Absetzen des Medikamentes ein erneutes Sexualdelikt, was die Autoren auf eine zu kurze Behandlungszeit (12 bzw. 34 Monate) zurückführen. Bei den übrigen 4 Probanden wurde auch nach Absetzen der Medikamente (bis zu 4 Jahren) eine deutliche Reduktion ihrer sexuell-devianten Phantasien dokumentiert. Die Erektionsfähigkeit bis zum Koitus mit einem Orgasmus ohne Ejakulation blieb auch während der Medikation erhalten.

Die bislang umfangreichste Studie erschien 1998 im New England Journal of Medicine. Rösler und Witztum aus Jerusalem behandelten 30 Probanden (Durchschnittsalter 32 J.) mit einer Pädophilie (N=25) bzw. einer kombinierten, anderen sexuellen Deviation ebenfalls mit monatlich intramuskulär verabreichten 3,75 mg Triptorelin. Die Behandlungsdauer erstreckte sich auf 12 bis maximal 42 Monate. Begleitend erhielten die Probanden eine „supportive Psychotherapie“ mit einer Frequenz von 1 bis 4 Sitzungen pro Monat. 6 Probanden brachen die Therapie zwischen dem 8. und 10. Monat ab – 2 von ihnen emigrierten, 1 Proband äußerte einen Kinderwunsch. Bei 3 dieser 6 Probanden traten (nicht

Tabelle 1: Bisherige Arbeiten über den Einsatz von GnRH-Analoga bei Patienten mit einer sexuellen Deviation (k.A. = keine Angabe)

AUTOREN	N	Alter	sexuelle Störung	Zweitdiagnose	GnRH-Analoga	Vorbehandlung	einschläg. Vorstrafen Vorinhaftierungen	Katamnese
<i>Allolio et al. 1985</i>	1	36	Pädophilie (homosex.)	k.A.	Leuprorelin	CPA	k.A.	k.A.
<i>Rousseau et al. 1990</i>	1	35	Exhibitionismus	Alkoholabusus	Triptorelin		2 Vorstrafen	6 Monate
<i>Dickey 1992</i>	1	28	Exhibit./Voyeurismus	k.A.	Leuprorelin	CPA, MPA	k.A.	6 Monate
<i>Marcus et al. 1993</i>	1	38	Exhibitionismus	k.A.	Leuprorelin	MPA	2 Inhaftierungen	k.A.
<i>Cooper & Cernovsky 1994</i>	1	k.A.	Pädophilie	k.A.	Leuprorelin		k.A.	4 Jahre
<i>Thibaut et al. 1993, 1996</i>	6	15-39	Pädophilie (4) Exhibitionismus (1) Exhibit./Sadismus (1)	leichte intellektuelle Minderbegabung (3) histrionische Persönl. (1) Borderline-Persönl. (1) Depressives Syndrom (1)	Triptorelin	CPA (5) Neuroleptikum + Carbamazepin/ Lithium (1)	vorbestraft (4 Pat.) inhaftiert (3 Pat.)	1 bis 7 Jahre
<i>Röster & Witzum 1998</i>	30	24-40	Pädophilie (25) gemischte Form (u.a. Exhibitionismus, Voyeu- rismus, Frotteurismus) (6)	paranoide Psychose (5) Schizoaff. Psychose (1) Affektpsychose (3) Persönlichkeitsstörung (9) Borderline-Persönl. (2) Zwangsstörung (2)	Triptorelin	CPA (9) Antidepressiva (7) Neuroleptika (9) Lithium (2)	vorbestraft (16 Pat.) inhaftiert (16 Pat.)	bis zu 42 Monaten

detailliert aufgeführte) Nebenwirkungen auf, so dass auf das Antiandrogen Cyproteronazetat (200g/die) umgestellt wurde: 2 dieser 3 Patienten wurden wegen erneuter Sexualdelikte zu einer Haftstrafe verurteilt.

Bei den 24 Probanden, die das Triptorelin länger als ein Jahr erhielten, zeigte sich 3 bis spätestens 10 Monate nach Therapiebeginn ein signifikantes Absinken der devianten sexuellen Phantasien und Wünsche. Deviantes Verhalten stagnierte vollends. Das psychische Befinden insgesamt stabilisierte sich. Das „normale“ sexuelle Interesse ließ nach, die Erektionsfähigkeit war bei der überwiegenden Probandenzahl zwar vermindert aber vorhanden. Zur Evaluation dieser Veränderungen wurden Selbstbeschreibungsfragebögen benutzt: Für das allgemeine psychische Befinden der *Three Main Complaints questionnaire*, wo auf einer 13-Punkte-Skala der Schweregrad der 3 Hauptprobleme eingeschätzt wird (Battle et al. 1966). Für das sexuelle Verhalten wurde *The Intensity of Sexual Desire and Symptoms Scale* gewählt. Hier soll der Proband auf einer 8-Punkte-Skala Art und Ausprägung seiner sexuellen Wünsche, Aktivität, Verhalten und Phantasien einstufen (Bancroft et al. 1975).

Des Weiteren wurden umfangreiche Laboruntersuchungen durchgeführt: Der Serum-Testosteronwert lag konstant im Kastrationsniveau. Bei den Therapieabbrechern wurde nach etwa 2 Monaten der Basalwert erreicht. Das Testikularvolumen reduzierte sich von anfangs im Mittel 26,2 ml (altersentsprechender Normbereich) auf etwa die Hälfte. Wegen der grundsätzlichen Gefahr einer Knochendemineralisation wurde im Lumbalwirbelkörper sowie im Oberschenkelhals die Knochendichte gemessen. Hier zeigte sich allein im Lumbalwirbelkörper eine signifikante Knochendichteminderung von ursprünglich im Mittel 92,8% auf 86,5% - bezogen auf eine altersentsprechende Normgröße. Lediglich bei 2 Probanden wurde eine progrediente Knochendichteminderung beobachtet, so dass 2g Calcium und 0,5µg 1 α-Hydroxyvitamin D₃ verabreicht wurden.

Ansonsten wurde an Nebenwirkungen vor allem über vorübergehende Schmerzen an der Injektionsstelle geklagt. 6 Probanden gaben persistierende Hitzewallungen, 3 ein verringertes Wachstum von Gesichts- u. Körperhaaren und 2 Probanden eine Schwunglosigkeit und diffuse Muskelspannungen an. Ein Nachlassen des sexuellen Interesses an Frauen verbunden mit einer erektilen Dysfunktion fand sich in Abhängigkeit des Alters der Probanden, wobei sämtliche Probanden über 35 Jahren hierüber klagten.

Eigene Erfahrungen

In unserem Forensischen Institut betreuen wir seit Anfang 1998 Sexualstraftäter, die medikamentös auf GnRH-Analoga (Monatsdepot Leuprorelinazetat) eingestellt sind. Einige Patienten sind in forensischen Einrichtungen (gemäß § 63 StGB) bzw. in einer JVA untergebracht, andere werden ambulant oder stationär psychiatrisch behandelt. Unter der Einschränkung des sicherlich noch geringen Beobachtungszeitraumes entsprechen unsere bisherigen Erfahrungen den Ergebnissen der oben referierten Studien. Ein Beispiel: Der heute 26jährige Patient wuchs teils gemeinsam mit seinen zwei älteren Halbschwistern in einer zerrütteten Familie auf. Die Eltern ließen sich scheiden, als er 5 Jahre alt war; er blieb vorerst bei der Mutter. Schon frühzeitig fielen Entwicklungsstörungen auf, u.a. eine Enuresis, manuelle Ungeschicklichkeit und Integrationsprobleme. Die erste Heimeinweisung erfolgte im 7. Lebensjahr, anschließend häufiger Wechsel zwischen dem Haushalt der Mutter und verschiedenen Heiminstitutionen. Dort wurden neben

Lernschwierigkeiten wiederholt aggressive Impulsdurchbrüche beobachtet. Er absolvierte den Sonderschulabschluß und begann eine Ausbildung zum Maler. Durch seine extreme Adipositas (BMI: 45) gepaart mit mangelnder Körperpflege wurde er überall gehänselt mit der Konsequenz des Rückzugs und einer verschlossenen Grundhaltung. Er fand kaum Freunde, flüchtete sich zunehmend in eine Phantasiewelt, die ihn als einflußreich, beliebt und mächtig erleben ließ.

Seine sexuellen Phantasien in der Pubertät beschäftigten sich anfangs mit zärtlichen Annäherungen an etwa gleichaltrige Mädchen aus der Nachbarschaft. Eine Kontaktaufnahme gelang ihm aus dem Gefühl der Scheu und Angst heraus nicht. Sexuell blieb er unerfahren, litt unter seiner Unattraktivität. Im Alter von 18 Jahren folgte er präpubertären Mädchen auf dem Weg zur Schule, ohne diese angesprochen zu haben.

Kurze Zeit später mißbrauchte er das ihm bekannte und befreundete 7jährige Nachbarmädchen und verletzte es mit Messerstichen und mit einem um ihren Hals geschwungenes Kabel lebensgefährlich, wobei in der Begutachtung und im Hauptverfahren nicht definitiv in Erfahrung gebracht werden konnte, ob seine gezeigten Aggressionen als Zeichen einer sadistischen Entwicklung zu interpretieren waren. 5 Jahre verbrachte er in einer Jugendstrafanstalt. Dort und auch zum Zeitpunkt der Entlassung berichtete er wiederholt über sexuelle Phantasien mit vorpubertären Mädchen, die im Kontext mit der Tat auch aggressiv-sadistische Züge aufwiesen. Daher erfolgte eine Unterbringung auf zivilrechtlicher Basis.

Diagnostisch besteht eine Persönlichkeitsstörung, die vor allem durch passiv-aggressive, selbstunsichere und narzißtische Züge charakterisiert ist. Die sexuelle Deviation (Pädophilie) ist auf vorpubertäre Mädchen beschränkt, einerseits durch zärtliche Annäherungswünsche, andererseits aber auch durch aggressiv-sadistische Phantasien geprägt. Klinisch und auch testpsychologisch (IQ = 81) besteht eine leicht unterdurchschnittliche intellektuelle Leistungsfähigkeit.

Der psychotherapeutische Zugang zu dem Patienten stellte sich als äußerst schwierig heraus, da neben der devianten Sexualität erhebliche Persönlichkeitsauffälligkeiten das klinische Bild dominierten. Ein medikamentöser Behandlungsversuch mit CPA erbrachte keinen Erfolg; er klagte vor allem über Nebenwirkungen. Seit nunmehr 11/2 Jahren erhält er 3,75 mg Leuprorelinazetat (monatlich i.m.). Während des 1. Monats gab der Patient keinerlei Veränderungen an. Ab dem 2. Monat hat er über ein Nachlassen der devianten Phantasien berichtet. Seitdem scheint er zudem der Psychotherapie aufgeschlossener gegenüber zu stehen. Auch sein Verhalten auf der Station hat sich gewandelt: Anfangs meist autistisch zurückgezogen ist er nun mitteilbarer geworden und integriert sich zunehmend. Er sucht den Kontakt zu etwa gleichaltrigen Frauen und hat erste sexuelle Erfahrungen, die meist den Charakter einer „pubertären Liebelei“ aufweisen, genossen. Im Rahmen einer Kränkung traten zwischenzeitlich erneut sexuelle Gewaltphantasien auf, die in den psychotherapeutischen Gesprächen thematisiert werden konnten und momentan rückläufig sind. Seinen Angaben zufolge besteht keine erektile Dysfunktion. Sexuell-deviantes Verhalten ist bislang nicht beobachtet worden. Die weitere Entwicklung wird abzuwarten sein.

Diskussion

Bei der Behandlung von Sexualstraf Tätern stellt die Reduktion des wichtigsten männlichen Sexualhormons (Testosteron) keine ursächliche Therapie dar. Sie läßt eher an eine mechanistische Betrachtungsweise von Sexualität denken, wogegen heute vielmehr ein biopsychosoziales Konzept postuliert wird (Gijs & Gooren 1996; Beier 1999). Dem Serum-Testosteronspiegel kommt aber durchaus eine gewisse Wertigkeit zu. Bancroft (1989) geht davon aus, dass bei erwachsenen Männern ein Schwellenwert (ca. 30 bis 40% unterhalb des Normbereiches) existiert, der für eine „normale“ männliche sexuelle Aktivität, Ansprechbarkeit und Funktion („sexual arousability“) Voraussetzung ist. Erhöhung des Serum-Testosterons über den Normbereich hinaus soll hingegen zu keiner Zunahme des sexuellen Interesses führen.

Nach Gabe von GnRH-Analoga wird innerhalb weniger Tage ein Absinken des Testosteronwertes auf Kastrationsniveau erreicht und den gesamten Depotzeitraum über aufrechterhalten. Diese Konstanz ist bei Antiandrogenen - wie etwa Cyproteronacetat (CPA) - nicht gewährleistet. Cooper und Cernovsky (1992) konnten zeigen, dass der Serum-Testosteronwert unter CPA im Mittel auf ca. 25% des Basalwertes abfällt. Vereinzelt wurde auch über paradoxe Wirkungen, wie Anstieg der Masturbationsfrequenz und Zunahme der devianten Phantasien berichtet (Cooper 1987).

Entschließt man sich zu einer medikamentösen Therapie bei dieser Klientel, so lassen sich folgende Anforderungen an eine effektive Medikation formulieren: Die sexuell-devianten Verhaltensweisen und Phantasien sollten unterdrückt werden, eine „normale“ sexuelle Aktivität hingegen weitgehend erhalten bleiben. Das Nebenwirkungsprofil sollte möglichst gering sein. Der letzte Aspekt ist schon allein deswegen von Bedeutung, als dass Sexualstraf Täter nur selten über eine primäre Therapiemotivation verfügen (Nowara & Leygraf 1998). Hinsichtlich der ersten Anforderung begegnet man einem methodischen Problem: Wie evaluiert man einen Rückgang sexuell-devianter Phantasien? Sie lassen sich nicht im Labor bestimmen. Man ist vor allem auf die Angaben des Patienten selbst angewiesen. Ob Selbstbeschreibungsfragebögen weiterhelfen oder aber ob der klinische Eindruck, das Verhalten auf der Station und das psychotherapeutische Gespräch mehr Anhaltspunkte über mögliche innerpsychische Veränderungen gewähren, bleibt abzuwarten.

GnRH-Analoga können die sexuelle Devianz natürlich nicht ursächlich angehen. Blicke die Therapie eines Sexualstraf Täters auf eine solche Methode beschränkt, trafe exakt die Problematik zu, die Schorsch in seinem Aufsatz *Die Medikalisierung der Sexualität* (1988) umrissen hat. Der psychosomatische, verstehende Ansatz im Umgang mit diesen Patienten ginge verloren, wenn man nicht versucht, die hinter der Devianz stehende Störung wahrzunehmen und zu reflektieren. Der Griff zum Rezeptblock käme einer „Reduktion der Sexualität auf die bloße Körperfunktion“ gleich (Schorsch 1988). Die Formulierung von Laschet (1972), dass Antiandrogene „den Wind aus den Segeln nehmen“, dürfte wohl kaum der komplexen Problematik gerecht werden. Der therapeutische Nutzen solche Medikamente liegt offensichtlich darin, dass die Patienten weniger auf ihre sexuellen Phantasien fixiert sind und daher offener für den psychotherapeutischen Zugang ihrer (Beziehungs-)Störung werden. In der Meta-Analyse von 12 Therapiestudien bei Sexualstraf Tätern (Hall 1995) wird deutlich, dass vor allem die Probandengruppen, die entweder eine kognitive Verhaltenstherapie oder eine antihormonelle Therapie (MPA) erhal-

ten hatten, weniger Rückfälle als unbehandelte Sexualdelinquenten aufwiesen. Zudem schien eine ambulante einer stationären Therapie überlegen zu sein. Für psychodynamisch orientierte Therapieverfahren fand sich ein vergleichbarer Effekt (Berner & Bolterauer 1995). Unter Berücksichtigung eines mehrdimensionalen Behandlungsansatzes hieße dies, eine Kombination dieser Therapieverfahren anzustreben.

Sexualstraftäter stellen eine heterogene Gruppe dar (Beier 1995). Wer von einer medikamentösen Therapie Nutzen ziehen kann, ist empirisch bislang noch nicht belegt. Allgemeingültige Kriterien, bei welcher Störung welches Medikament indiziert ist, existieren nicht. Wenn Berner (1998) berichtet, dass Erfahrungen mit dem Einsatz von GnRH-Analoga vor allem bei Patienten mit „aggressiven und sadistischen Sexualimpulsen“ vorliegen, so läßt sich diese Annahme nach der Literaturdurchsicht nicht bestätigen (vgl. Tab. 1). Bei den insgesamt 41 untersuchten Probanden wurde überwiegend eine Pädophilie (31 Probanden) diagnostiziert, lediglich bei einem Probanden lag eine sadistische Entwicklung vor (Thibaut et al. 1993, 1996).

Trotz der methodischen Einschränkung, dass eine kontrollierte Studie in der Behandlung von Paraphilien mit GnRH-Analoga noch nicht durchgeführt wurde, läßt sich anhand der hier genannten Untersuchungen zusammenfassend folgendes feststellen:

1. GnRH-Analoga üben offensichtlich eine hemmende Wirkung auf sexuell-deviante Phantasien und Handlungen aus. Dies erscheint insofern bemerkenswert, als dass bei etwa der Hälfte der hier untersuchten Probanden zuvor ohne Erfolg übliche Antiandrogene eingesetzt worden waren. Ein Wirkungseintritt ist frühestens nach 4 Wochen, ein konstanter Effekt nach etwa 3 bis 10 Monaten zu erwarten.
2. Bei regelmäßiger, langfristiger Verabreichung (ausreichend erscheint eine Dosierung von 3,75 mg Leuprorelin o. Triptorelin monatlich i.m.) traten keine erneuten Sexualdelikte auf. Jedoch läßt sich aus den Studien nicht in jedem Fall eindeutig erkennen, ob die Patienten ambulant oder unter stationär (geschlossenen) Bedingungen behandelt wurden. Auffallend ist, dass mehr als die Hälfte der Therapieabbrecher bereits wenige Wochen nach Absetzen des GnRH-Analogen über Zunahme der devianten Phantasien berichteten und einschlägig rückfällig wurden.
3. Die Fähigkeit zu einem „normalen“ Sexualleben scheint (altersabhängig) vermindert, aber in einigen Fällen – vor allem bei jüngeren Probanden – durchaus möglich zu sein. Jedoch wird in diesen Studien nur beiläufig auf Veränderungen im (evtl.) partnerschaftlichen Zusammenleben, auf Art und Intensität der erlebten Sexualität eingegangen, ganz abgesehen von der Problematik einer objektiven Feststellung dieses komplexen Aspektes. Zudem decken sich diese Feststellungen weder mit den Erfahrungen aus der urologischen Praxis, in der die behandelten Prostata-Karzinom-Patienten nahezu ausnahmslos über einen völligen Libidoverlust klagen, noch mit den Angaben unserer Patienten. Letztlich weiß man zum jetzigen Zeitpunkt noch zu wenig darüber.
4. Einigkeit herrscht darin, eine begleitende Psychotherapie durchzuführen, wobei dieser Aspekt mit der Erfassung innerpsychischer Veränderungen nur am Rande erwähnt wurde.
5. Das Nebenwirkungsprofil erscheint geringer als bei bislang eingesetzten Alternativen. Zumeist wurden Hitzewallungen, eine erektile Dysfunktion und vereinzelt eine Minderung der Knochendichte beklagt. In der Fachinformation über das Monatsdepot Leuprorelinazetat wird auf eine insbesondere zu Therapiebeginn auftretende Müdig-

keit hingewiesen, die zu Einschränkungen des Reaktionsvermögens (insbesondere bei Verkehrsteilnehmern) führen könnte. Bei Cyproteronazetat (CPA) und Medroxyprogesteronazetat (MPA) sind vor allem depressive Verstimmungen, thrombembolische Prozesse, eine Gynäkomastie sowie Hyperglykämie beschrieben worden.

6. Zudem ist die monatliche bzw. 3monatliche Depotgabe von Vorteil.

Insgesamt deuten die bislang vorliegenden Befunde daraufhin, dass GnRH-Analoga die oben genannten Anforderungen an eine effektive Pharmakotherapie von Patienten mit einer sexuellen Deviation im wesentlichen erfüllen und daher einen Stellenwert im Behandlungsspektrum dieser Klientel einnehmen können. Ob die überraschend guten Ergebnisse vor allem von Rösler und Witzum in Nachfolgestudien repliziert werden, bleibt allerdings noch abzuwarten.

Entschließt man sich zum Einsatz dieser Medikamente, besteht die Schwierigkeit der (noch) nicht vorliegenden Zulassung für diese Indikation. In Deutschland ist bislang keine klinische Studie mit dieser Medikamentengruppe bei Patienten mit sexuellen Deviationen durchgeführt worden. Dem Arzt steht momentan allein die Möglichkeit zur Verfügung, GnRH-Analoga im Rahmen eines sogenannten therapeutischen Heilversuches bei dieser Klientel einzusetzen, quasi als ultima ratio. Hierfür liegen – im Gegensatz zu klinische Prüfungen von Arzneimittel am Menschen – keine klar definierten rechtlichen Regelungen vor. Folgendes Vorgehen bietet sich an: Der Patient ist ausführlich über Wirkungen und Nebenwirkungen sowie über die noch nicht vorliegende Zulassung dieser Medikamentengruppe für seine Störung aufzuklären. Eine schriftliche Dokumentation und Einverständniserklärung sowie eine detaillierte Verlaufsbeobachtung erscheinen sinnvoll. Evtl. ist eine Kostengenehmigung bei der Krankenkasse einzuholen. Das Haftungsrisiko trägt letztlich der das Medikament verordnende Arzt.

Eine weitergehende Erforschung dieser Substanz mit längeren Katamnesezeiträumen erscheint nach den bisherigen Erkenntnissen gerechtfertigt, wobei folgende Punkte – entsprechend den Erfahrungen aus der Urologie bei der Behandlung von Prostata-Karzinom-Patienten – berücksichtigt werden sollten:

- ▶ Zumindest im ersten Monat sollte zeitgleich ein Antiandrogen (z. B. CPA) verabreicht werden. Dabei ist ein abruptes Absetzen wegen eines möglichen Rebound-Effektes zu vermeiden (Rousseau et al. 1990, Thibaut et al. 1993).
- ▶ Problematisch ist die Überprüfung der Wirksamkeit. Als sozusagen „objektiver“ Parameter dient der Testosteron-Serumspiegel. Der Effekt hinsichtlich Phantasien und Verhalten kann jedoch allein durch Selbsteinschätzung der Probanden erfaßt werden. Die Verwendung von einheitlichen, standardisierten Fragebögen wäre für die Vergleichbarkeit von Studien sinnvoll. Dies bedeutet jedoch nicht, auf eine phänomenologische Betrachtung in der psychotherapeutischen Begleitung zu verzichten, da mögliche innerpsychische Veränderungen wohl nur im therapeutischen Prozeß erkennbar werden.
- ▶ An ernsthaften Nebenwirkungen ist in seltenen Fällen – insbesondere bei ansonsten gefährdeten (älteren) Personen – an eine Knochendemineralisation zu denken. Hier bietet sich vorab und im Verlauf eine Messung der Knochendichte an.
- ▶ Hinsichtlich der Frage der Wirksamkeit wird man auf kontrollierte Studien nicht verzichten können.

Literatur

- Ahrens, R.: Androcur (1991): (Cyproteronacetat) bei Sexualdelinquenz – Nachuntersuchung von untergebrachten psychiatrischen Patienten. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 2:171-188.
- Allolio, B.; Keffel, D.; Deuss, U.; Winkelmann, W. (1985): Behandlung sexueller Verhaltensstörungen mit LH-RH-Superagonisten. Dtsch. Med. Wochenschr 110:1952.
- Battle, C.C.; Imber, S.D.; Hoehn-Saric, R.; Nash, E.R.; Frank, J.D.(1966): Target complaints as criteria of improvement. Am. J. Psychother 20:184-92.
- Bancroft, J.; Tennent, G.; Looes, K.; Cass, J. (1974): The control of deviant sexual behavior by drugs. I. Behavioural changes following oestrogens and antiandrogens. Br. J. Psychiatry 125: 310-15.
- Bancroft, J. (1989): Human sexuality and its problems (2nd ed.). London: Churchill Livingstone.
- Beier, K.M. (1995): Dissexualität im Lebenslängsschnitt. Theoretische und empirische Untersuchungen zu Phänomenologie und Prognose begutachteter Sexualstraftäter. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Beier, K.M. (1999): Sexualmedizin: Berufsbegleitende Fortbildung mit Zertifikat. Dt. Ärztebl. 96: A-2075-2077.
- Berner, W. (1998): Sexualstraftäterbehandlung – Strategien – Ergebnisse. In: Müller-Isberner, R.; Gonzalez Cabeza, S. (Hrsg): Forensische Psychiatrie: Schuldfähigkeit, Kriminaltherapie, Kriminalprognose. Tagungsband Haina, GiKS, Bd. 9, Godesberg: Forum: 65-79.
- Berner, W.; Bolterauer, J. (1995): 5-Jahres-Verläufe von 46 aus dem therapeutischen Strafvollzug entlassenen Sexualdelinquenten. Recht & Psychiatrie 13: 114-118.
- Bradford, J.M.W.; Greenberg, D.M. (1996): Pharmacological treatment of deviant sexual behaviour. Annual Review of Sex Research 7: 283-305.
- Cooper, A.J. (1987): Sadistic homosexual pedophilia treatment with cyproterone acetate. Can. J. Psychiatry 32: 738-740.
- Cooper, A.J.; Cernovsky, Z.Z.(1992): The effects of cyproterone acetate on sleeping and waking penile erections in pedophiles: Possible implications for treatment. Canadian Journal of Psychiatry 37: 33-39.
- Cooper, A.J.; Cernovsky, Z.Z. (1994): Comparison of cyproterone acetate (CPA) and leuprolide acetate (LHRH agonist) in a chronic pedophile: a clinical case study. Biol. Psychiatry 36: 269-271.
- Dickey, R. (1992): The management of a case of treatment-resistant paraphilia with a long-acting LHRH agonist. Can. J. Psychiatry 37: 567-569.
- Garnick, M.B. (1985): Leuprolide versus Diethylstilbsterol for previously untreated stage D2 prostate cancer: Result of a prospectively randomized trial – an update. In: Garnick, M.B.(Hrsg): New hormonal treatments for prostatic cancer. Current status and new developments with emphasis on the LHRH-Analogues. TAP-Pharmazeutika, Kyoto: 17-20.
- Gijs, L.; Gooren, L. (1996): Hormonal and psychopharmacological interventions in the treatment of paraphilias: An update. J. of Sex Research 33: 273-290.
- Hall, G.C.N. (1995): Sexual offenders recidivism revisited: A meta-analysis of recent treatment studies. Journal of Consulting and Clinical Psychology 63: 902-908.
- Laschet, U.; Laschet, L.: Psychopharmacotherapy of sex offenders with cyproterone acetate. Pharmakopsychiatrie Neuropsychopharmakologie 4: 99-104.
- Laschet, U.: Diskussionsbemerkung in: Schering Symposium über Sexual-deviationen und ihre medikamentöse Behandlung. Life Sciences Monographs 2. Oxford: Pergamon 1972.
- Leuprolide Study Group (1984): Leuprolide versus Diethylstilbsterol for metastatic prostate cancer. N. Engl. J. Med. 311: 1281-1286.
- Marcus, A.O.; Fernandez, M.P.; De Keyser, L. (1993): Use of gonadotropin releasing hormone analog in treatment of exhibitionism. Clin. Research 1: 107A.
- Menghini, P.; Ernst, K. (1991): Die Antiandrogenbehandlung im rückblickenden Urteil von 19 Sexualstraftätern. Nervenarzt 62: 303-307.
- Meyer, W.J.; Collier, C.; Emory, E. (1992): Depo provera treatment for sex offending behaviour. An evaluation of outcome. Bulletin of the American Academy of Psychiatry Law 3: 249-259.

- Nowara, S.; Leygraf, N. (1998): Therapiemaßnahmen bei Sexualstraftätern. Dt. Ärzteblatt 95: A88-90.
- Rösler, A.; Witzum, E. (1998): Treatment of men with paraphilia with a long-acting analogue of gonadotropin-releasing hormone. N. Engl. J. Med. 12: 416-422.
- Rousseau, L.; Couture, M.; Dupont, A.; Labrie, F.; Couture, N (1990): Effect of combined androgen blockade with LHRH agonist and flutamid in one severe case of male exhibitionism. Can. J. Psychiatry 35: 338-341.
- Schorsch, E. (1988): Die Medikalisierung der Sexualität. Über Entwicklungen in der Sexualmedizin. Z. Sexualforsch. 1: 95-112.
- Thibaut, F.; Cordier, B.; Kuhn, J.M. (1993): Effect of a long-lasting gonadotropin hormone-releasing hormone agonist in six cases of severe male paraphilia. Acta Psychiatr. Scand. 87: 445-450.
- Thibaut, F.; Cordier, B.; Kuhn, J.M. (1996): Gonadotropin hormone-releasing hormone agonist in cases of severe male paraphilia: a lifetime treatment? Psychoneuroendocrinology 21: 409-411.

Anschrift des Autors

Dr. med. Dieter Seifert, Institut für Forensische Psychiatrie, Rheinische Kliniken Essen,
Virchowstraße, 180, 45147 Essen

Rückfall nach Sexualstraftaten

Relapse after Sexual Offences

R. Egg

Zusammenfassung

Ausgehend von der Frage der Wiederholungsgefahr bei Sexualstraftaten befaßt sich der Beitrag zunächst mit der Kriminologie der Sexualdelikte auf der Grundlage amtlicher Statistiken sowie bisheriger empirischer Arbeiten. Danach ist der gegenwärtige Erkenntnisstand als unbefriedigend zu bezeichnen. Im Hauptteil des Beitrages wird eine seit Ende 1996 laufende empirische Untersuchung der Kriminologischen Zentralstelle in Wiesbaden vorgestellt, die auf der Basis von Auskünften aus dem Bundeszentralregister sowie durch die zusätzliche Auswertung von Strafakten untersucht, wie häufig und in welcher Weise Sexualstraftäter innerhalb eines Zeitraumes von knapp 10 Jahren rückfällig wurden. Für die Hauptgruppen der Sexualdelinquenz, Vergewaltigung und Kindesmißbrauch, ergibt sich danach eine einschlägige Rückfallquote von etwa 12-20%. Dies bestätigt nicht die vielfach geäußerten Ängste vor einer extrem hohen Rückfallgefahr von Sexualstraftätern, allerdings sind verschiedene Teilgruppen mit z.T. deutlich höherem Risikopotential zu unterscheiden. Angesichts der teilweise gravierenden Folgen für die Opfer sollte zudem die mit Sexualdelinquenz verbundene gesellschaftliche Problematik nicht bagatellisiert werden. Im Beitrag werden mehrere Risikofaktoren der Rückfälligkeit diskutiert.

Schlüsselwörter: Sexualdelinquenz, Rückfall, Risikofaktoren

Abstract

Proceeding from the question of the danger of recurrence in sexual delinquency, the article concerns itself first of all with the criminology of sexual delinquency on the basis of official statistics and empirical studies. The current standard of knowledge is denoted as being unsatisfactory. The main part of the article is devoted to introducing an empirical study which was implemented by the Kriminologische Zentralstelle in Wiesbaden beginning with the end of 1996. Utilising data provided by the Federal Central Register and with additional analysis of files of the penal procedure, it was examined how often and in which manner sexual offenders relapsed during a period of approximately ten years. For the major groups of sexual delinquency, rape and sexual child abuse, this results in a quota of pertinent relapses of about 12-20%. This result does not confirm the often voiced fear, that sexual offenders are prone to relapsing, although some groups of offenders with a significantly higher risk of relapsing can be identified. In view of the possibility of grave consequences for the victims, the social problems originating from sexual delinquency should not be displayed as being insignificant. In the article some factors establishing an increased risk of relapsing are discussed.

Keywords: Sexual delinquency, relapse, risk factors

Einleitung

Mit der Verabschiedung des „Gesetzes zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten“ vom 26. Januar 1998 (BGBl. I S. 160-163) hat der Gesetzgeber in mehrere Gesetze (insbesondere StGB, StPO und StVollzG) eine Reihe neuer Vorschriften eingeführt, die allesamt dem Ziel dienen, den Schutz vor Sexualstraftaten bzw. Sexualstraftätern, v.a. von Rückfälligen, zu erhöhen. Verändert wurde insbesondere:

- ▶ die Möglichkeit der Verlegung und Behandlung von Sexualstraftätern in sozialtherapeutische Anstalten oder Abteilungen des Justizvollzuges (vgl. z.B Egg 1996, Egg & Schmidt 1998).
Erfolgte dies bislang ausschließlich auf freiwilliger Basis, d.h. auf Antrag eines Verurteilten, so sollen nach dem neuen § 9 StVollzG Sexualstraftäter mit einer Verurteilung zu einer Freiheitsstrafe von mehr als zwei Jahren in eine sozialtherapeutische Anstalt verlegt werden, wenn ihre Behandlung dort angezeigt ist¹.
- ▶ die Strafrestaussetzung verurteilter Sexualstraftäter.
So holt das Gericht gem. § 454 Abs. 2 StPO „das Gutachten eines Sachverständigen über den Verurteilten ein, wenn es erwägt, die Vollstreckung des Restes“ ... einer Freiheitsstrafe von mehr als zwei Jahren wegen einer Sexualstraftat auszusetzen „und nicht auszuschließen ist, daß Gründe der öffentlichen Sicherheit einer vorzeitigen Entlassung entgegenstehen“. Weiter heißt es dazu: „Das Gutachten hat sich namentlich zu der Frage zu äußern, ob bei dem Verurteilten keine Gefahr mehr besteht, daß dessen durch die Tat zutage getretene Gefährlichkeit fortbesteht ...“ (vgl. dazu kritisch Nedopil 1998).

Es würde den Rahmen dieser Ausführungen überschreiten, auf dieses Gesetz, seine Implikationen und (möglichen) Auswirkungen näher einzugehen – es gibt dazu auch bereits mehrere einschlägige Veröffentlichungen.² Es sei jedoch noch einmal auf den Hintergrund dieser Gesetzesnovelle verweisen: Ausgangspunkt waren einige spektakuläre Sexualmorde an Kindern in den Jahren 1996/1997³ sowie eine sich daran anschließende öffentliche Diskussion.

Angesichts der detaillierten Berichterstattung über diese Vorfälle in den Massenmedien entstand bei vielen Personen der Eindruck, daß Sexualstraftaten, vor allem Mißbrauchsdelikte an Kindern, überwiegend von triebgestörten Gewalttätern mit großer krimineller Energie und hoher Rückfallneigung begangen werden. Ferner wurden Bedenken laut, daß es sich dabei um eine wachsende Gefahr für alle Bürger handelt. Tatsächlich liegen aber bislang nur wenige empirisch gesicherten Erkenntnisse über die Rückfälligkeit von Sexualstraftätern vor. Dies soll im folgenden unter Bezugnahme auf Rechtspflegestatistiken und ausgewählte empirische Studien kurz erläutert werden.

Zur Kriminologie der Sexualdelikte

Amtliche Rechtspflegestatistiken

Von besonderer Bedeutung für die hier interessierenden Zusammenhänge ist einerseits die Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS), die auf Bundesebene alljährlich vom Bundeskriminalamt herausgegeben wird und über bekanntgewordene Straftaten sowie über Tatverdächtige informiert. Eine zweite wichtige Datenquelle ist die Strafverfolgungsstatistik, die das Statistische Bundesamt veröffentlicht; diese enthält Angaben über rechtskräftig abgeurteilte und verurteilte Personen. Beide Statistiken sind anonymisierte Datensammlungen, die von vornherein nicht dazu angelegt sind, Aufschluß über einzelne Personen, etwa bezüglich der Rückfälligkeit, zu geben; immerhin ist damit jedoch ein Überblick über Art und Umfang der von Polizei und Justiz bearbeiteten Sexualstraftaten sowie der entsprechenden Tatverdächtigen und Verurteilten zu erhalten.

Für das Jahr 1998 ergibt sich aus der PKS eine Zahl von N=53.720 erfaßten Fällen von „Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung“. Hauptgruppen sind dabei der sexuelle Mißbrauch von Kindern (16.596 Fälle, entspr. 30,9%), Vergewaltigung und sexuelle Nötigung (insgesamt 13.173 Fälle, 24,5%) sowie exhibitionistische Handlungen (10.572 Fälle, 19,7%). Eine weitere Gruppe bilden Delikte, die in der PKS unter dem Begriff „Ausnutzen sexueller Neigung“ zusammengefaßt werden (9.577 Fälle, 17,8%). Dabei handelt es sich um Delikte wie Förderung der Prostitution (§ 180a StGB), Zuhälterei (§ 181a StGB), Menschenhandel (§§ 180b, 181 StGB) und Verbreitung pornographischer Schriften (§ 184 StGB), die auf seiten der Täter in der Regel nicht sexuell motiviert sein dürften. Sie zählen daher aus kriminologischer Sicht nicht zu den Sexualdelikten im engeren Sinne und sollen im folgenden vernachlässigt werden.

Neben diesen offiziell bekanntgewordenen Delikte gibt es ein lediglich grob abschätzbares Dunkelfeld an nicht angezeigten Straftaten. Hierunter dürften vermutlich vor allem solche Delikte fallen, bei denen die Täter aus dem näheren sozialen Umfeld der Opfer kommen; die Anzeigebereitschaft der Opfer ist dann deutlich reduziert (vgl. die Ergebnisse einer Dunkelfeldstudie von Wetzels & Pfeiffer 1995, S. 5-6). Die Aufklärungsquote der Sexualdelikte, also der relative Anteil jener Straftaten, für die Tatverdächtige ermittelt wurden, beträgt durchschnittlich rd. 72%; ein deutlich geringerer Wert ergibt sich für exhibitionistische Handlungen mit rd. 47%. Insgesamt weist die PKS 1998 die in Tabelle 1 aufgeführten Zahlen für Tatverdächtige auf.

Tabelle 1: Sexualstraftaten 1998 – Zahl der Tatverdächtigen (Quelle: PKS)

Deliktgruppe	Tatverdächtige
Sexueller Mißbrauch von Kindern	8.967
Vergewaltigung/sexuelle Nötigung	9.656
Exhibitionistische Handlungen	3.633
Ausnutzen sexueller Neigung	7.296

Für die Entwicklung der Sexualdelikte in Deutschland ergibt sich nach der PKS entgegen einer weit verbreiteten Annahme keine stetige Zunahme, sondern ein schwankender, uneinheitlicher Verlauf. So zeigt sich beim sexuellen Kindesmißbrauch von etwa 1960 bis 1985 ein deutlicher Rückgang der Häufigkeitszahlen (HZ)⁴ von über 30 bis unter 20, seit 1987 werden jedoch wieder steigende Fallzahlen⁵ registriert. Bei den polizeilich erfaßten Vergewaltigungen folgte einem Anstieg der Häufigkeitszahlen in den 50er Jahren (von 8,5 bis über 11) eine Phase der Stagnation auf hohem Niveau (10-11) bis etwa 1980 und seither ein Rückgang auf Werte unter oder um 8 (neue Länder: um 6).

Tendenziell rückläufig ist nach Angaben der PKS auch die Entwicklung bei dem schwersten Sexualdelikt, dem Sexualmord, wobei das Anzeigeverhalten hier kaum eine verzerrende Rolle spielen dürfte. Während in den 70er und frühen 80er Jahren wiederholt weit über 60, teilweise mehr als 80 Sexualmorde pro Jahr (vollendete und versuchte Fälle) polizeilich registriert wurden, liegen die Fallzahlen seit Anfang der 90er Jahre deutlich unter 40 (1998: 20 Fälle) – trotz des Einbezugs der neuen Bundesländer in die Statistik.

Zur kriminologisch und gesellschaftlich wichtigen Frage der Rückfälligkeit von Sexualstraftätern gibt es aus den amtlichen Statistiken nur wenig aussagefähige Hinweise. So ist der *Strafverfolgungsstatistik* zwar eine nicht unerhebliche kriminelle Vorbelastung der wegen eines Sexualdelikts Verurteilten zu entnehmen (zwischen 50-60%), doch lassen diese Zahlen nicht erkennen, ob es sich dabei um einschlägige, also ähnliche Vorstrafen oder um Verurteilungen wegen anderer Delikte handelt. Ähnliches gilt für die *Strafvollzugsstatistik* und die *Bewährungshilfestatistik* des Statistischen Bundesamtes:

Die *Strafvollzugsstatistik* gibt zwar die Zahl der Entlassungen aus dem Strafvollzug aufgrund einer Strafrestaussatzung nach § 57 StGB bzw. § 88 JGG an (bundesweit jährlich rd. 12.000 nach allgem. Strafrecht und ca. 3.000 nach Jugendstrafrecht), differenziert dabei allerdings nicht nach den Delikten, die der Verurteilung zugrunde lagen.

Die *Bewährungshilfestatistik* enthält Angaben über den Grund der Beendigung einer Unterstellung unter Bewährungsaufsicht im Zusammenhang mit einer Strafrestaussatzung. Allerdings ist aus den Daten dieser Statistik nicht ersichtlich, ob es sich bei den Straftaten, die zum Widerruf der Bewährungsaufsicht führten, um neue Sexualdelikte oder um andere Straftaten handelt.

In naher Zukunft könnte die sog. *Rückfallstatistik* zu einer kriminologisch wichtigen Datenquelle werden. Grundlage dieser im Aufbau befindlichen Datensammlung (vgl. Jehle & Brings 1999) sind Eintragungen im Bundeszentralregister über strafrechtliche Verurteilungen, wobei für einen Zeitraum von fünf Jahren geprüft wird, ob nach der Verurteilung bzw. Entlassung aus dem Strafvollzug Wiederverurteilungen erfolgen. Da dabei auch nach den abgeurteilten Straftaten differenziert wird, könnte auf dieser Grundlage künftig die Frage der Rückfälligkeit von Sexualstraftätern relativ rasch beantwortet werden. Dies ist derzeit aber noch nicht möglich.

Ergebnisse bisheriger wissenschaftlicher Arbeiten

Eine Durchsicht der deutschsprachigen kriminologischen Literatur zeigt, daß empirische Untersuchungen zur Legalbewährung von Sexualstraftätern meist nicht oder nur grob nach einzelnen Deliktgruppen differenzieren, so daß kaum spezifische Informationen über spätere Auffälligkeiten verurteilter Sexualdelinquenten vorliegen. Auch katamnestiche Studien zum Straf- oder Maßregelvollzug enthalten in der Regel keine Informationen, die sich auf einzelne Straftatbestände wie etwa den sexuellen Mißbrauch von Kindern beziehen lassen. Zur Veranschaulichung hier einige Beispiele bisheriger Studien: Dünkel & Geng (1994) untersuchten 510 mehrfach vorbestrafte „Karrieretäter“, die in den 70er Jahren aus dem Berliner Strafvollzug entlassen wurden. Während eines Zeitraums von zehn Jahren wurde etwa jeder vierte Sexualstraftäter erneut wegen eines gleichartigen Delikts zu einer Freiheitsstrafe ohne Bewährung verurteilt. Deutlich günstiger war die Legalbewährung für Straftäter, die aus der Sozialtherapeutischen Anstalt Tegel entlassen wurden. Diese Studie erfaßt jedoch insgesamt nur 41 Sexualstraftäter und erlaubt keine differenzierende Betrachtung einzelner Straftatbestände bzw. Tätergruppen. Rehder (1993a) berichtete für 223 in Niedersachsen einsitzende Sexualdelinquenten eine Quote von 36% einschlägigen Vorbestraften. Für Rheinland-Pfalz teilte Schmitt (1996) mit, daß unter den 224 damals (im Juli 1992) im Strafvollzug einsitzenden Sexualstraftätern rd. 38% einschlägig vorbestraft waren. Mit solchen auf die Vergangenheit der Inhaftierten bezogenen Angaben läßt sich freilich die spätere Legalbewährung nicht bestimmen.

Über entlassene Sexualstraftäter der sozialtherapeutisch orientierten österreichischen Justizanstalt Mittersteig erstellten Berner & Bolterauer (1995) eine Studie. Danach wurden sieben von 25 Personen (entspr. 28%), die wegen sexuellen Mißbrauchs einsaßen, innerhalb einer Beobachtungszeit von fünf Jahren einschlägig rückfällig. Bei den wegen Vergewaltigung Verurteilten war die einschlägige Rückfälligkeit im gleichen Zeitraum dagegen doppelt so hoch (sieben von 12, entspr. rd. 58%). Allerdings sind die hier berichteten Basiszahlen für verallgemeinernden Schlüsse bezüglich der Rückfälligkeit von Sexualstraftätern noch zu gering.

Wiederholt (1989) untersuchte die Rückfälligkeit von 58 ehemaligen Patienten der Sozialtherapeutischen Abteilung für Sexualstraftäter der JVA München. Etwa die Hälfte aller seit mindestens einem Jahr Entlassenen wurde hier wieder rückfällig, zumeist einschlägig; allerdings ergaben sich große Unterschiede zwischen einzelnen Tätergruppen. Die höchste Rückfälligkeit wiesen Exhibitionisten und homosexuelle Pädophile auf (71% bzw. 64%), die geringste Rückfallquote zeigte sich bei Vergewaltigern (9%). Obwohl diese Studie nach Deliktgruppen differenziert, eignet sie sich wegen unterschiedlich langer Bewährungsintervalle und einer relativ schmalen Datenbasis (z. B. nur sieben Exhibitionisten) kaum für verallgemeinerbare Aussagen.

Im Rahmen einer Katamnesestudie zum Maßregelvollzug nach § 63 StGB berichteten Dimmek & Duncker (1996) für entlassene Sexualdelinquenten eine Quote von 27% für einschlägigen Rückfall bei einem Beobachtungszeitraum bis zu vier Jahren. Dieser Wert ist damit zwar ungünstiger als derjenige von aggressiven Gewalttätern, doch enthält diese Zahl auch weniger schwerwiegende Taten wie etwa Exhibitionismus.

Diese Aufzählung ließe sich fortsetzen. Ganz allgemein ergibt sich aus der Literatur zur Rückfälligkeit von Sexualstraftätern, daß empirische Untersuchungen recht unterschiedliche Ergebnisse zeigen. Diese sind zudem nur selten miteinander vergleichbar, da sie sich meist auf eher kleine Stichproben beziehen und uneinheitliche Prüfkriterien und Beobachtungsintervalle gewählt werden.

Als aufschlußreich muß freilich eine in Kanada durchgeführte Meta-Evaluation von Hanson & Bussière (1998) angesehen werden, in die 61 Rückfallstudien aus sechs Ländern, darunter aber keine Arbeit aus Deutschland, einbezogen wurden. Über alle Gruppen hinweg ergab sich dabei für über 23.000 Sexualstraftäter nach einem Beobachtungszeitraum von vier bis fünf Jahren eine einschlägige Rückfallquote (= neues Sexualdelikt) von 13,4%; die Quote für jedes beliebige neue Delikt betrug 36,3%. Höhere Werte zeigten sich bei sexuellen Gewalttätern, etwas geringere bei Kindesmißbrauchern. Damit widerlegt diese Studie zwar die populäre These einer generell hohen Rückfallgefahr von Sexualstraftätern, allerdings sollte nicht verkannt werden, daß bei sexuellen Gewaltdelikten und massiven Formen des sexuellen Kindesmißbrauchs auch niedrige Rückfallraten angesichts der langfristigen Folgen für die Opfer bedenklich erscheinen.

Besonders aufschlußreich sind die in der Arbeit von Hanson & Bussière diskutierten empirisch gesicherten Prädiktoren der Rückfälligkeit. Dazu zählen neben einigen biographischen Merkmalen (z.B. Lebensalter, Lebenssituation, negative Beziehung zur Mutter) und Variablen der allgemeinen kriminellen Vorbelastung vor allem Aspekte der sexuellen Devianz. Eine signifikante Erhöhung der Rückfallgefahr ergibt sich danach für folgende Kriterien: Zahl einschlägiger Vorstrafen, frühe psychiatrische Auffälligkeit und Behandlung, fremdes (= außerfamiliäres) Opfer, männliches Opfer und primäres sexuelles Interesse an Kindern. Als prognostisch ungünstig erwies sich auch der Abbruch einer thera-

peutischen Maßnahme. Ohne Relevanz für die einschlägige Rückfälligkeit waren dagegen berufliche Stabilität, soziale Schicht und Bildung, eine bestehende Alkohol- oder Drogenproblematik sowie – entgegen einem verbreiteten Vorurteil – eigene Mißbrauchserfahrungen in der Kindheit.

Angesichts des zumindest für den deutschsprachigen Raum unbefriedigenden Standes der Forschung erhielt die Kriminologische Zentralstelle, eine Forschungs- und Dokumentationseinrichtung des Bundes und der Länder mit Sitz in Wiesbaden⁶, im September 1996 den Auftrag, verlässliche Daten über die kriminelle Entwicklung bzw. die Legalbewährung von Sexualstraftätern zu gewinnen. Dieses Projekt, d.h. die Ausgangsüberlegungen, das Design und einige ausgewählte Ergebnisse, werden nachfolgend in knapper Form vorgestellt.

KrimZ-Projekt „Legalbewährung und kriminelle Karrieren von Sexualstraftätern“

Bei dem hier skizzierten Projekt geht es zum einen um eine Analyse der strafrechtlichen Vorbelastung und der Rückfälligkeit von Sexualdelinquenten auf der Grundlage von Daten des Bundeszentralregisters. Ein zweiter Schritt umfaßt für weitergehende Aspekte eine Auswertung von Strafakten.

Auswahl der Stichproben

Für die Stichprobenauswahl wurden vor allem folgende Deliktsgruppen berücksichtigt:

- ▶ Sexueller Mißbrauch: Im Zentrum steht der sexuelle Mißbrauch von Kindern (§ 176 StGB); daneben werden auch § 174 StGB (sex. Mißbrauch von Schutzbefohlenen) und § 179 StGB (sex. Mißbrauch Widerstandsunfähiger) erfaßt.
- ▶ Sexuelle Gewaltdelikte: Vergewaltigung nach § 177 StGB und sexuelle Nötigung nach § 178 StGB (jeweils alte, bis 1997 geltende Fassung.)
- ▶ §§ 183, 183a StGB: Exhibitionismus, Erregung öffentlichen Ärgernisses.

Als Ausgangspunkt der Studie wurde der Urteilsjahrgang 1987 (erstes Halbjahr) gewählt. Für diese Fälle ergibt sich bis zur Registerauskunft im Dezember 1996 ein Beobachtungszeitraum von fast 10 Jahren. Grundbestand der Auswertungen sind N = 2.212 Registerauszüge von Personen, die im Bezugszeitraum wegen eines Sexualdelikts verurteilt wurden. Daraus wurden nach einer ersten Durchsicht und Prüfung nach einzelnen Tatbeständen und weiteren Merkmalen (z.B. Rückfall, Maßregelanordnung) zehn Stichproben mit insgesamt rund 1.000 Fällen gebildet, die für die weiteren Erhebungsschritte maßgeblich sind.

Auswertung der Registerauskünfte

Aus der umfangreichen Auswertung von Auskünften aus dem Bundeszentralregister werden hier einige ausgewählte Ergebnisse zu den in Tabelle 2 aufgeführten fünf Teilgruppen dargestellt (im einzelnen siehe Block & Hoch, 1997).

Tabelle 2: Stichproben der Registerauswertung

Tatbestände	Art der „Stichprobe“ aus dem Urteilsjahr 1987 (1. Halbjahr)	Zahl der Fälle
Sexueller Mißbrauch von Kindern, § 176 StGB	Zufallsstichprobe	103
Sexueller Mißbrauch von Kindern in einem schweren Fall, § 176 Abs. 3 StGB	Gesamterhebung	73
Vergewaltigung, § 177 StGB	Zufallsstichprobe	168
Extremgruppenvergleich § 176 StGB		
Nicht-Rückfällige	Teil der Zufallsstichprobe § 176	50
Rückfällige	Gesamterhebung	117
Exhibitionismus, Erregung öff. Ärgernisses, §§ 183, 183a StGB	Zufallsstichprobe	86

Für diese Stichproben lassen sich bezüglich Vorbelastung, Bezugsentscheidung und Rückfall folgende zehn Hauptaussagen festhalten (siehe auch Tabelle 3):

- 1) Bei den wegen sexuellen Kindesmißbrauchs verurteilten Personen handelt es sich überwiegend um Ersttäter oder nicht einschlägig vorbestrafte Personen. Zwar waren zum Zeitpunkt der Bezugsentscheidung über die Hälfte der Täter vorbestraft (schwere Fälle gem. § 176 Abs. 3 StGB a.F.: knapp 50%), doch wiesen lediglich 18% der Verurteilten (15% der schweren Fälle) einschlägige Voreintragungen, also frühere Verurteilungen wegen eines Sexualdelikts, auf.
- 2) Rund 10 Jahre nach der Bezugsentscheidung zeigt sich für diese Gruppe bezüglich des Rückfalls ein ähnliches Bild: Etwa jeder zweite Verurteilte erhielt danach neue Registereintragungen, einschlägig rückfällig wurden jedoch lediglich rd. 20%; (schwere Fälle: 12%). Die Mehrzahl der Rückfälle betraf somit andere Straftaten, insbesondere im Bereich der Eigentums- und Vermögensdelikte.
- 3) Wegen Kindesmißbrauchs verurteilte Personen mit Voreintragungen wegen ausschließlich sonstiger Delikte wurden innerhalb des Beobachtungszeitraumes überwiegend (schwere Fälle: ausschließlich) auch „nur“ wegen sonstiger Delikte erneut straffällig. In diesen Fällen ist die Sexualstraftat offenbar eine Art Ausnahme in einer von anderen Delikten geprägten kriminellen Karriere.
- 4) Bei den wegen Vergewaltigung Verurteilten ergab sich eine insgesamt höhere kriminelle Vorbelastung als bei den Kindesmißbrauchern; weniger als 30% waren hier Ersttäter. Auch hier betraf die überwiegende Zahl der Voreintragungen jedoch andere Delikte, lediglich 18,5% der Täter waren zum Zeitpunkt der Bezugsentscheidung im Jahre 1987 einschlägig vorbestraft.
- 5) Ein inhaltlich entsprechendes Ergebnis findet sich bei der Betrachtung des Rückfalls knapp 10 Jahre nach der Bezugsentscheidung: Einschlägig rückfällig wurden rund 14% der wegen Vergewaltigung Verurteilten, über 46% der Stichprobe wiesen Eintragungen ausschließlich

- wegen sonstiger Delikte auf. Lediglich etwa 40%, also weniger als bei den wegen Kindesmißbrauchs Verurteilten, hatten bis zum Erhebungszeitpunkt Ende 1996 keine neuen Eintragungen erhalten.
- 6) Bei den sonstigen Delikten der früheren wie der nachfolgenden Eintragungen dominierten auch bei den Vergewaltigern Eigentums- und Vermögensdelikte; im Gegensatz zur Stichprobe der wegen Kindesmißbrauchs Verurteilten hatten hier jedoch Gewaltdelikte wie Körperverletzung, Raub und räuberische Erpressung relativ große Anteile.
 - 7) Ein Extremgruppenvergleich der wegen Kindesmißbrauchs Verurteilten ergibt, daß unter den Rückfälligen als Bezugsdelikt der vergleichsweise leichte Fall des § 176 Abs. 5 StGB a. F. (Mißbrauch ohne Körperkontakt) doppelt so häufig vertreten ist wie bei den Nicht-Rückfälligen, während umgekehrt die schweren Fälle des § 176 Abs. 3 StGB a. F. wesentlich häufiger unter den Nicht-Rückfälligen zu finden sind. Rückfallgefährdet sind demnach bei diesem Delikt eher die strafrechtlich weniger gravierenden Fälle im Grenzbereich zum Exhibitionismus.
 - 8) Des weiteren finden sich unter den Rückfälligen vermehrt Personen mit einschlägigen Vorstrafen. Entsprechend größer ist bei den Rückfälligen auch die Zahl der Vorstrafen sowie die der vorausgehenden Aufenthalte im Vollzug wegen eines früheren Sexualdelikts.
 - 9) Die Anteile der Jugendlichen, Heranwachsenden und jungen Erwachsenen waren in der Gruppe der Rückfälligen zwei- bis dreimal höher als bei den Nicht-Rückfälligen; dementsprechend ergibt sich für erstere auch ein um fünf Jahre geringerer Medianwert für das Lebensalter zum Zeitpunkt des Bezugsdelikts (Rückfällige: 33 Jahre, Nicht-Rückfällige: 38 Jahre).
 - 10) Ein deutlich anderes Bild bezüglich Vorbelastung und Rückfall zeigt sich bei den ausschließlich wegen Exhibitionismus oder Erregung öffentlichen Ärgernisses Verurteilten. Rd. 78% waren zum Zeitpunkt der Bezugsentscheidung bereits vorbestraft, fast 50% wegen einschlägiger Delikte. Innerhalb von 10 Jahren erhielten über 81% neue Registereintragungen, fast 55% wurden einschlägig rückfällig, wobei in der Mehrzahl neuerlich exhibitionistische Handlungen vor Erwachsenen oder sexueller Mißbrauch von Kindern ohne Körperkontakt zugrunde lagen. In einigen Fällen wurden aber auch schwerere Sexualdelikte begangen.

Tabelle 3: Ergebnisse der Registerauswertung

	Registereintragungen			
	keine	nur sonstige Delikte	nur Sexualdelikte	sonstige und Sexualdelikte
Sexueller Mißbrauch von Kindern (n=103)				
Vorstrafen (bis 1987)	43,7%	37,9%	3,9%	14,6%
neue Einträge (bis 1996)	48,5%	31,1%	12,6%	7,8%
Vergewaltigung (n=168)				
Vorstrafen (bis 1987)	26,8%	54,8%	2,4%	16,1%
neue Einträge (bis 1996)	39,9%	46,4%	3,0%	10,7%
Exhibitionismus (n=86)				
Vorstrafen (bis 1987)	22,1%	29,1%	11,6%	37,2%
neue Einträge (bis 1996)	18,6%	26,7%	22,1%	32,6%

Ausgewählte Ergebnisse der Aktenauswertung

Der zweite Teil der Studie erfaßt für die oben erwähnten Stichproben weitere Daten im Rahmen der Analyse von Strafverfahrensakten. Diese teilweise sehr umfangreichen Erhebungen sind bislang noch nicht abgeschlossen, weshalb hier nur einige vorläufige Ergebnisse, beschränkt auf die Gruppe der wegen sexuellen Kindesmißbrauchs Verurteilten, genannt werden können.

Tätergruppen

Nach den Aktenauswertungen bot sich für diese Teilgruppe eine Unterteilung in drei idealtypische Tätergruppen an, die sich auf zwei zentrale Merkmale der Tatbegehung bezieht und sich in ähnlicher Form auch aus anderen Studien und wissenschaftlichen Beiträgen zum sexuellen Kindesmißbrauch ergibt (vgl. z.B. Beier, 1995; Rehder, 1993b, S. 24ff.). Dabei handelt es sich zum einen um die Beziehung zwischen Täter und Opfer, zum anderen um die Aufnahme von Körperkontakt durch den Täter.

Eine **erste** Gruppe (46% der Fälle) umfaßt sog. „Inzest“-Taten, wobei hierzu – entgegen § 173 StGB – auch solche Delikte gezählt werden sollen, bei denen der Täter in weiter bzw. lediglich sozialer „Verwandtschaft“ zum Opfer stand. Letzteres meint z.B. Stiefväter oder Partner der Mutter des Opfers. Zudem werden damit alle sexuellen Handlungen, also nicht nur der Beischlaf, erfaßt.

In einer **zweiten** Gruppe (rd. 14% der Fälle) befinden sich jene Täter, die sich zwar i.S. des § 183 StGB, d.h. exhibitionistisch, betätigt haben, dies jedoch ausschließlich oder zumindest auch vor Kindern taten und deshalb statt oder neben § 183 StGB nach § 176 Abs. 5 StGB a.F. verurteilt wurden.

Eine **dritte** Gruppe (40% der Fälle) wird schließlich unter der Bezeichnung „Sonstige“ geführt. Diese Täter zeichnen sich dadurch aus, daß sie nicht zum sozialen Umfeld der Opfer im Sinne der ersten Gruppe gehörten und – im Gegensatz zu den „Exhibitionisten“ – Körperkontakt zum Opfer aufnahmen.

Für diese drei Tätergruppen ergeben sich sehr unterschiedliche Rückfallhäufigkeiten: Während in der Gruppe der „Exhibitionisten“ etwa jeder zweite Verurteilte innerhalb des Bewährungszeitraums⁷ einschlägig rückfällig wurde, waren dies bei den „Sonstigen“ nur 20%, bei der „Inzest“-Gruppe sogar lediglich 6,5%.

Vergleich rückfällige vs. nicht rückfällige Täter

Weiteren Aufschluß über Kriterien der einschlägigen Rückfälligkeit ergab ein Extremgruppenvergleich von rückfälligen mit nicht-rückfälligen Tätern, wobei allerdings im Unterschied zu dem entsprechenden Vergleich der vorausgehenden BZR-Auswertung (siehe obige Punkte 7-10) etwas kleinere und um problematische Fälle⁸ bereinigte Stichproben zugrunde gelegt wurden. Eine Unterscheidung der Täter nach den obigen drei Fallgruppen konnte hier jedoch nicht mehr vorgenommen werden, weil die Teilstichproben dann für zuverlässige Aussagen zu klein geworden wären (zu ausgewählten Merkmalen siehe auch Tabelle 4).

Tabelle 4: Extremgruppenvergleich Sexueller Mißbrauch von Kindern: Rückfällige vs. Nicht-Rückfällige

Kriterien	Rückfällige (n=68)	Nicht - Rückfällige (n=48)
Biographische Merkmale der Täter		
Alter zum Tatzeitpunkt	34 Jahre	37,5 Jahre
Auffälligkeiten in der Herkunftsfamilie	20,6%	12,5%
Mißhandlung durch Familienangehörige	13,2%	6,3%
frühere (psycho-)therapeutische Behandlung	25,0%	12,5%
(auch) einschlägige Vorstrafen	52,9%	12,5%
Merkmale der Opfer		
Lebensalter: bis 5 Jahre	11,7%	20,9%
6-9 Jahre	44,7%	27,0%
10-13 Jahre	43,6%	52,1%
nur weibliche(s) Opfer	48,5%	91,7%
ein Opfer	33,8%	62,5%
Gegenwehr/Weglaufen des Opfers	67,6%	25,0%
Tatbegehung und Täter-Opfer-Beziehung		
Körperkontakt	42,6%	85,4%
Geschlechtsverkehr	1 Fall	22,9%
Oralverkehr	17,6%	25,0%
§ 176 Abs. 3 StGB a.F.	7,4%	14,6%
§ 176 Abs. 5 StGB a.F.	45,6%	16,7%
Verwandte/enge Bekannte	11,8%	47,9%

Biographische Merkmale

In der Gruppe der Nicht-Rückfälligen lebten (zum Tatzeitpunkt) anteilig mehr Täter in Partnerschaften⁹, auch hatten sie häufiger leibliche Kinder. Die jeweiligen Unterschiede sind jedoch statistisch nicht bedeutsam. Zudem mag dieser Unterschied mit der schon bei der BZR-Analyse festgestellten Differenz im Lebensalter zusammenhängen (vgl. obigen Punkt 9).

Bezüglich der aus den Akten ersichtlichen Schul- und Berufsausbildung schneiden die Nicht-Rückfälligen grundsätzlich etwas günstiger ab, indem sie z.B. häufiger über einen Hauptschulabschluß anstelle eines Sonderschulabschlusses verfügen. Blickt man aber auf berufsbezogene Daten zum Tatzeitpunkt, wie Berufstätigkeit oder Herkunft bzw. Höhe des Einkommens, so zeigt sich, daß beide Gruppen in dieser Hinsicht dennoch weitgehend vergleichbar sind.

Geht man nun in der Biographie der Täter bis zu den Herkunftsfamilien zurück¹⁰, so ergeben sich folgende interessante Ergebnisse:

Die Kindheit der Rückfalltäter war zwar weniger häufig als die der Nicht-Rückfälligen mit „klassischen“ Familienstörungen wie Scheidung der Eltern, Aufwachsen bei nur einem Elternteil bzw. fremden Personen oder Heimaufenthalten belastet, jedoch waren bei etwa 20% aller Rückfälligen spezielle Auffälligkeiten in der Herkunftsfamilie feststellbar, bei den Nicht-Rückfälligen dagegen nur bei etwa 12%. Hierbei handelt es sich vornehmlich um Suchtprobleme der Eltern und/oder Gewalttätigkeiten zwischen Familienangehörigen. Dementsprechend war – anteilig gesehen – die doppelte Anzahl von rückfälligen Tätern in ihrer Kindheit massiven Schlägen oder sonstigen Mißhandlungen ausgesetzt. Was hingegen die Erfahrung des eigenen sexuellen Mißbrauchs betrifft, und zwar durch Familienangehörige oder Fremde, so ist keine Differenz feststellbar, in beiden Gruppen waren etwa 6% der Täter betroffen.

Ein weiterer auffälliger Unterschied zeigt sich bei der Frage nach früheren (psycho-)therapeutischen Behandlungen. Schließt man jene Fälle aus, bei denen eine solche Maßnahme das Ergebnis eines früheren Strafverfahrens war, so befand sich jeder achte der nicht rückfälligen Täter, aber jeder vierte der rückfälligen im Laufe seines Lebens und vor der Bezugsentscheidung in entsprechender ambulanter und/oder stationärer Behandlung.

Das für die Frage des Rückfalls entscheidende biographische Merkmal ist jedoch auch bei den hier untersuchten Tätern wie bei vielen vergleichbaren ausländischen Studien (vgl. Hanson & Bussière, 1998) das Vorliegen von einschlägigen Vorstrafen. So waren nur 12,5% der Nicht-Rückfälligen, aber 53% der rückfälligen Täter zumindest auch einschlägig vorbestraft.

Im Mittelpunkt der weiteren Aktenauswertungen standen das/die Opfer, die Tat selbst sowie die feststellbare Täter-Opfer-Beziehung.

Opfer des sexuellen Kindesmißbrauchs

Unterteilt man die Opfer in drei Altersgruppen (bis fünf Jahre, sechs bis neun Jahre, zehn bis dreizehn Jahre – und somit in Kindergarten – bzw. Grundschulalter und Vorpubertät), so fällt auf, daß bei den nicht rückfälligen Tätern die Kinder je zur Hälfte aus den beiden ersten Altersgruppen sowie aus der dritten stammen. Die Opfer der Rückfalltäter hingegen finden sich mit jeweils etwa 40% vor allem in der zweiten und dritten Altersstufe wieder. Dieses auf den ersten Blick wenig verständliche Ergebnis muß nicht mit Präferenzen oder pädophilen Neigungen der Täter zusammenhängen. Vielmehr könnte es einfach bedeuten, daß Rückfällige, deren Opfer ja primär nicht aus ihrem sozialen Nahbereich stammen (siehe unten), zu Kindern ab dem Schulalter einen leichteren Zugang finden und deshalb kaum kleinere Kinder mißbrauchen können.

Bemerkenswert ist weiterhin, daß über 90% der nicht rückfälligen Täter ausschließlich weibliche Kinder mißbrauchten, bei den Rückfälligen waren es hingegen nur knapp 50%

- 20% von ihnen hatten nur männliche Opfer. Ein wesentlicher Unterschied ergibt sich auch hinsichtlich der Anzahl der Opfer in der Bezugsentscheidung. Bei über 62% der Nicht-Rückfälligen war lediglich ein Kind betroffen. Bei den Rückfälligen waren es statt dessen etwa 67%, die mehr als ein Opfer mißbraucht haben.

Eine ebenfalls erhebliche Differenz zeigt sich, wenn man das Verhalten der Opfer während der Tat betrachtet: Bei den nicht rückfälligen Tätern wehrten sich nur ein Viertel der Kinder bzw. liefen weg – bei den rückfälligen hingegen waren dies mehr als zwei Drittel. Dies dürfte mit dem größeren Anteil an „Exhibitionisten“ unter den Rückfälligen zusammenhängen, deren in der Regel plötzliches Auftauchen mehr Kinder zum Weglaufen veranlassen dürfte als das häufig schrittweise Vorgehen der Täter im Rahmen innerfamiliärer Mißbrauchshandlungen.

Tat und Täter-Opfer-Beziehung

Was nun die Tat selbst betrifft, so ist zunächst als auffälliges Ergebnis festzuhalten, daß es bei der Gruppe der Nicht-Rückfälligen in etwa 85% der Fälle zu Körperkontakt zwischen Täter und Opfer kam, meist unter Einschluß der Genitalien des Kindes. Bei den Rückfälligen hingegen geschah dies nur halb so häufig. Der Geschlechtsverkehr wurde von fast jedem vierten Täter aus der Gruppe der Nicht-Rückfälligen vollzogen, bei den Rückfälligen war es insgesamt nur ein Fall (von 68). Erzwungener Oralverkehr des Kindes am Täter fand hingegen mit leicht unterschiedlicher Quote in beiden Gruppen statt. Dementsprechend erfolgte eine Verurteilung nach § 176 Abs. 3 StGB a.F., der ja auch auf den Beischlaf abstellte, bei den nicht rückfälligen Tätern in knapp 15% der Fälle, bei den rückfälligen nur in gut 7%. Hingegen wurde nach § 176 Abs. 5 StGB a.F. – also wegen Mißbrauchs ohne Körperkontakt – nur jeder sechste der Nicht-Rückfälligen, aber fast jeder zweite der Rückfälligen verurteilt.

Differenziert man somit zunächst nur nach dem Kriterium des Körperkontaktes, so bestätigen die Daten die Ergebnisse anderer Untersuchungen und der vorausgehenden BZR-Auswertung, wonach eine höhere Rückfallgefahr und eine entsprechende Quote bei jenen Tätern gegeben ist, die keinen körperlichen Kontakt zum Opfer aufnehmen – hier als „Exhibitionisten“ bezeichnet. Ergänzend sei deshalb erwähnt, daß etwa jeder fünfte Täter aus der Gruppe der Rückfälligen in der Bezugsentscheidung auch nach § 183 StGB – also wegen Exhibitionismus vor Erwachsenen – verurteilt wurde, bei den Nicht-Rückfälligen waren dies dagegen insgesamt nur drei Täter (von 48).

Stellt man sodann weiter auf die Täter-Opfer-Beziehung ab, so war bei den Nicht-Rückfälligen fast die Hälfte der Täter mit ihren Opfern verwandt oder eng bekannt. Nur bei einem Viertel gab es vor der Tat keinerlei Kontakte. Bei den Rückfälligen hingegen handelte es sich für die Opfer in knapp 90% der Fälle um fremde Personen.

Offenbar verhindert die enge Beziehung zwischen Täter und Opfer einen Rückfall eher – und sei es wegen Unterbindung des Kontaktes – als dies bei fremden Tätern der Fall ist. Hier könnte auch das in der Tat zum Ausdruck gekommene Überschreiten sozialer Grenzen bei der Deliktsbegehung ein Hinweis auf eine andere, nachhaltigere Tatmotivation – z.B. im Sinne einer pädophilen Neigung – sein, die neuerliche Sexualstraftaten bei weiteren Opfern begünstigt. Nach Auswertung weiterer Akten werden diesbezüglich genauere Untersuchungen erforderlich und möglich sein.

Schlußbemerkungen

Die Untersuchung zeigt, daß die in der öffentlichen Diskussion häufig recht pauschal behandelte Gruppe der Sexualstraftäter als eine ausgesprochen heterogen zusammengesetzte Population zu betrachten ist, in der nach den hier berücksichtigten Daten des Bundeszentralregisters und der entsprechenden Strafverfahrensakten teilweise sehr verschiedenartige Karriereverläufe zu beobachten sind, auch innerhalb scheinbar homogener Deliktgruppen. Für die Gruppen der Vergewaltiger und der Kindesmißbraucher beträgt die in der Studie ermittelte einschlägige Rückfälligkeit, also die Verurteilung wegen neuer Sexualstraftaten, für die zugrundegelegten Beobachtungszeiträume von (6 bis 10 Jahre) je nach untersuchter Teilstichprobe etwa 12 bis 20%. Lediglich bei der Gruppe der in der Regel als wenig gefährlich einzustufenden Exhibitionisten ist die einschlägige Rückfälligkeit mit fast 55% deutlich höher.

Die Ergebnisse bestätigen daher nicht die in der Bevölkerung in jüngster Zeit vielfach geäußerten Ängste vor einer extrem hohen Rückfälligkeit gefährlicher Sexualstraftäter, entsprechen freilich weitgehend den in der internationalen Forschungsliteratur berichteten Befunden. Angesichts der insgesamt großen Zahl neuerlicher Verurteilungen wegen anderer, teilweise auch schwerer Delikte, vor allem bei der Gruppe der Vergewaltiger, wäre es jedoch verfehlt, die mit Sexualstraftätern verbundene gesellschaftliche Problematik zu verharmlosen. Zu bedenken ist auch, daß die Studie lediglich jene Rückfälle berücksichtigen konnte, die zu neuerlichen Anklagen und Verurteilungen führten. Nicht angezeigte Fälle oder solche, bei denen kein Täter ermittelt werden konnte, aber auch die vermutlich nicht seltenen Fälle, bei denen Ermittlungsverfahren wieder eingestellt wurden (vgl. dazu Volbert & Busse, 1995), lassen sich mit dem vorliegenden Forschungsansatz nicht erfassen.

Die Aktenauswertung für die Gruppe der wegen sexuellen Kindesmißbrauchs verurteilten Sexualstraftäter ergab – trotz der Vorläufigkeit der bisherigen Analysen – einige bemerkenswerte Hinweise auf rückfallfördernde bzw. -hemmende Faktoren, die in guter Übereinstimmung mit vergleichbaren ausländischen Studien stehen. Danach differenzieren folgende Merkmale deutlich zwischen rückfälligen und nicht-rückfälligen Sexualstraftätern und sind daher als Prädiktoren der einschlägigen Rückfälligkeit anzusehen:

- einschlägige Vorstrafen
- frühe psychiatrische Auffälligkeit bzw. Therapie
- Störungen in der Herkunftsfamilie: Sucht, Gewalttätigkeiten
- Sexualdelikt ohne Körperkontakt / Exhibitionismus
- Mißbrauch von fremden Kindern
- Mißbrauch (auch) von Jungen
- Lebensalter (jüngere Personen auffälliger)

In den nächsten Projektschritten werden Fragen der Begutachtung und der Therapie von Sexualstraftätern sowie Auswirkungen des Aufenthalts- im Straf- oder Maßregelvollzug verstärkt Beachtung finden. Die weitere Auswertung der Strafverfahrensakten soll es ermöglichen, die Entstehungszusammenhänge der Legalbewährung bzw. des Rückfalls auch bei anderen Gruppen von Sexualstraftätern näher und gründlicher zu betrachten. Hierzu werden zusätzliche Stichproben erfaßt und geeignete Gruppenvergleiche vorgenommen.

Endnoten

- ¹ Ab 01.01.2003 wird diese Soll-Vorschrift zu einer verpflichtenden Regelung (§ 9 Abs. 1 StVollzG: „Ein Gefangener ... ist zu verlegen ...“).
- ² Im einzelnen dazu siehe Boetticher, 1998; Dessecker, 1998; Eisenberg & Hackethal 1998; Hammerschlag & Schwarz, 1998; Meier, 1999; Rosenau, 1999; Rotthaus, 1998; Schöch, 1998. Eine aufschlußreiche Materialiensammlung wurde außerdem vom Bundesministerium der Justiz (1998) veröffentlicht.
- ³ Dabei handelt es sich vor allem um die von rückfälligen Sexualstraftätern begangenen Morde an der siebenjährigen Natalie Astner (September 1996) und der zehnjährigen Kim Kerkow (Januar 1997).
- ⁴ Die Häufigkeitszahl (HZ) ist die Zahl der polizeilich bekanntgewordenen Fälle (aller Delikte oder einzelner Deliktgruppen) bezogen auf 100.000 Einwohner: $HZ = (\text{erfaßte Fälle} \times 100.000) / \text{Einwohnerzahl}$.
- ⁵ Dies dürfte zumindest teilweise mit einer erhöhten Anzeigebereitschaft, also einer verstärkten Aufdeckung des Dunkelfeldes, infolge der gestiegenen öffentlichen Diskussion dieses Delikts zusammenhängen (vgl. Rüter, 1998).
- ⁶ Für weitere Informationen siehe im Internet: www.krimz.de.
- ⁷ Berücksichtigt wurde hier ein fixes Intervall von sechs Jahren nach Rechtskraft des Urteils bzw. nach Entlassung aus dem Straf- oder Maßregelvollzug. Evtl. weitere stationäre Aufenthalte, z.B. Haftstrafen nach Widerruf der Aussetzung oder in anderer Sache, wurden in die Berechnung einbezogen.
- ⁸ Ausgeschlossen wurden z.B. Fälle, die wegen langer Haftzeiten weniger als sechs Jahre in Freiheit waren oder gem. § 456a StPO aus der Haft abgeschoben wurden.
- ⁹ Eine feste Partnerschaft wurde nur dann angenommen, wenn aus den Akten ein gemeinsamer Lebensmittelpunkt ersichtlich war.
- ¹⁰ Die Erhebung entsprechender Daten aus den Akten erwies sich als problematisch, da zahlreiche Ausfälle zu verzeichnen waren. Da die ausgewerteten Urteile den Lebenslauf jedoch meist ausführlich darstellten, ist dennoch davon auszugehen, daß zumindest die wesentlichen Auffälligkeiten und Defizite erfaßt wurden.

Literatur

- Beier, K. M. (1995): Dissexualität im Lebenslängsschnitt. Theoretische und empirische Untersuchungen zur Phänomenologie und Prognose begutachteter Sexualstraftäter. Berlin: Springer.
- Berner, W.; Bolterauer, J. (1995): 5-Jahres-Verläufe von 46 aus dem therapeutischen Strafvollzug entlassenen Sexualdelinquenten. *Recht und Psychiatrie* 13: 114-118.
- Block, P.; Hoch, P. (1997): Legalbewährung und kriminelle Karrieren von Sexualstraftätern. Zwischenbericht August (1997): Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle, unveröff. Arbeitspapier.
- Boetticher, A. (1998): Der neue Umgang mit Sexualstraftätern - eine Zwischenbilanz. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform* 81: 354-367.
- Bundesministerium der Justiz (Hrsg) (1998): Zeugenschutzgesetz (ZSchG), Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten, Sechstes Gesetz zur Reform des Strafrechts (6. StrRG) – Materialien. Koblenz: Fock Verlag.
- Dessecker, A. (1998): Veränderungen im Sexualstrafrecht. Eine vorläufige Bewertung aktueller Reformbemühungen. *Neue Zeitschrift für Strafrecht* 18: 1-6.
- Dimmek, B.; Duncker, H. (1996): Zur Rückfallgefährdung durch Patienten des Maßregelvollzuges. *Recht und Psychiatrie* 14, 50-56.
- Dünkel, F.; Geng, B. (1994). Rückfall und Bewährung von Karrieretätern nach Entlassung aus dem sozialtherapeutischen Behandlungsvollzug und aus dem Regelvollzug. In: M. Steller; K.-P. Dahle; M. Basqué (Hrsg): *Straftäterbehandlung. Argumente für eine Revitalisierung in Forschung und Praxis*. Pfaffenweiler: Centaurus: 35-59.

- Egg, R. (1996): Zur Situation in den sozialtherapeutischen Einrichtungen. Ergebnisse einer Umfrage. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe* 45: 276-281.
- Egg, R., Schmidt, C. (1998): Sozialtherapie im Justizvollzug 1997. Ergebnisse der Stichtagserhebung vom 31.03.1997. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe* 47: 131-136.
- Eisenberg, U.; Hackethal, A. (1998): „Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten“ vom 26.1.1998. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe* 47: 196-202.
- Hammerschlag, H.; Schwarz, O. (1998): Das Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten. *Neue Zeitschrift für Strafrecht* 18: 321-326.
- Hanson, R. K.; Bussière, M. T. (1998): Predicting Relapse: A Meta-Analysis of Sexual Offender Recidivism Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 55: 348-362.
- Jehle, J.-M.; Brings, S. (1999): Zur Messung der Rückfälligkeit von Straftätern. *Wirtschaft und Statistik, Statistisches Bundesamt* 51: 498-504.
- Meier, B.-D. (1999): Zum Schutz der Bevölkerung erforderlich? Anmerkungen zum „Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten“ vom 26.1.1998. In: A. Kreuzer; H. Jäger; H. Otto; S. Quensel; K. Rolinski (Hrsg.): *Fühlende und denkende Kriminalwissenschaften. Ehrengabe für Anne-Eva Brauneck Mönchengladbach: Forum: 445-472*).
- Neodpil, N. (1998): Folgen der Änderung des § 67 d II StGB für den Maßregelvollzug und die Begutachtung. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform* 81: 44-49.
- Rehder, U. (1993a): Sexuell abweichendes Verhalten. Klassifikation, Ursachen und Behandlung. In: R. Egg (Hrsg.): *Sozialtherapie in den 90er Jahren. Gegenwärtiger Stand und aktuelle Entwicklung im Justizvollzug Wiesbaden: Eigenverlag der KrimZ: 71-101*.
- Rehder, U. (1993b): Sexualdelinquenz. *Kriminalpädagogische Praxis* 33: 18-37.
- Rosenau, H. (1999): Tendenzen und Gründe der Reform des Sexualstrafrechts. *Strafverteidiger* 19: 388-398.
- Rothaus, K. P. (1998): Neue Aufgaben für den Strafvollzug bei der Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten. *Neue Zeitschrift für Strafrecht* 18: 597-600.
- Rüther, W. (1998): Internationale Erfahrungen bei der Behandlung von Sexualstraftätern. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform* 81: 246-262.
- Schall, H.; Schreibauer, M. (1997): Prognose und Rückfall bei Sexualstraftätern. *Neue Juristische Wochenschrift*, 50: 2412-2420.
- Schmitt, G. (1996): Inhaftierte Sexualstraftäter. *Bewährungshilfe* 43: 3-16.
- Schöch, H. (1998): Das Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten vom 26.1.1998. *Neue Juristische Wochenschrift* 51: 1257-1262.
- Volbert, R.; Busse, D. (1995): Wie fair sind Verfahren für kindliche Zeugen? Zur Strafverfolgung bei sexuellem Mißbrauch von Kindern. In: G. Bierbrauer; W. Gottwald; B. Birnbreier-Stahlberger (Hrsg.), *Verfahrensgerechtigkeit. Rechtspsychologische Forschungsbeiträge für die Justizpraxis Köln: Verlag Dr. Otto Schmidt: 139-162*.
- Wetzels, P.; Pfeiffer, C. (1995): Sexuelle Gewalt im öffentlichen und privaten Raum. Ergebnisse der KFN-Opferbefragung 1992. Hannover: KFN-Forschungsberichte Nr. 37.
- Wiederholt, I. C. (1989). Psychiatrisches Behandlungsprogramm für Sexualtäter in der Justizvollzugsanstalt München. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe* 38: 231 - 237.

Anschrift des Autors

Prof. Dr. Rudolf Egg, Kriminologische Zentralstelle, Viktoriastr. 35, 65189 Wiesbaden

Spezielle Probleme der hormonalen Kontrazeption bei Jugendlichen aus gynäkologischer Sicht

Special Problems of the Hormonal Contraception of Teenagers from the Sight of Gynecology

H.-J. Ahrendt

Zusammenfassung

Jede 5. bis 6. Patientin einer gynäkologischen Praxis ist eine Jugendliche. Der häufigste Grund für den ersten Besuch beim Frauenarzt ist der Wunsch nach einem hormonalen Kontrazeptivum. Die Zahl der koituserfahrenen 14 – 15jährigen weiblichen Jugendlichen in Deutschland ist in den letzten Jahren angestiegen (11% bzw. 29%), dagegen ist die der 16 – 17jährigen gleichgeblieben (49% bzw. 67%). So wenden dann auch etwa $\frac{3}{4}$ dieser Mädchen regelmäßig die sichersten Kontrazeptiva an, die Ovulationshemmer. Medizinische Bedenken gegen die Einnahme bestehen nicht. Es gibt für Jugendliche keine spezifischen medizinischen Kontraindikationen: Das Wachstum der adoleszenten Mädchen wird nicht gebremst. Das Thrombo-Embolie-Risiko ist nicht erhöht. Die Fertilität wird nicht eingeschränkt. Allerdings müssen bei der Ordination der Pille an Nichtvolljährige spezielle rechtliche Probleme bedacht werden.

Schlüsselwörter: Familienplanung, Adoleszenz, Sexualverhalten, kontrazeptives Verhalten, orale Kontrazeptiva, Schwangerschaft in der Adoleszenz

Abstract

Even 5. or 6. female patient in a gynecologic ambulance is a teenager. The most ground of the first visit out the gynecologist is the wish for oral contraceptives. The number of 14 – 15years old female teenagers with experience of cohabitation is increased (11% and 29%), the number of the 16 – 17years old female teenagers are not increased (49% and 67%). $\frac{3}{4}$ of this teenager-girls always use of the sure oral contraceptives. There are not medical deliberations to take oral contraceptives by teenagers. The growth of the girls are not stopped. The risk of thrombo-embolism are not higher. The fertility are not restrict. Some special problems of law however must considered by the ordination of oral contraceptives by teenagers.

Keywords: Family-Planning, Adolescence, Sexual-Behavior, Contraception-Behavior, Oral-Contraceptives, Pregnancy-in-Adolescence

Teenager (13 – 19 jährige) stellen einen nicht unbeträchtlichen Teil des Klientels einer gynäkologischen Sprechstunde. Etwa jede 5. bis 6. Patientin ist eine Jugendliche. Meist ist es der Wunsch nach einer Kontrazeptionsberatung, insbesondere der Wunsch nach einem hormonalen Kontrazeptivum, der die jungen Mädchen das erste Mal zum Frauenarzt, zur Frauenärztin führt. Teenager wollen in der Regel nicht schwanger werden. Für

sie hat die Verhütung absolute Priorität für einen sich meist über Jahre erstreckenden, noch nicht absehbaren Zeitraum (Knopf 1992; Ahrendt 1995; Starke 1999). Und dafür möchten sie meist auch die sichersten, nämlich die hormonellen Kontrazeptiva. Für Teenager ist der erste Besuch beim Frauenarzt oft mit Angst und Unsicherheit verbunden. Es bedarf deshalb von Seiten der Frauenärzte / innen eines besonderen Einfühlungsvermögens.

Recht häufig kommen die jungen Mädchen auch in Begleitung ihrer Mutter zur ersten Verhütungsberatung zum Gynäkologen oder zu einer entsprechenden Beratungsstelle (vgl. Tab. 1). Dies trifft besonders für die 14 – 15jährigen zu.

Tabelle 1: Besuch der Verhütungsberatung beim Arzt oder der Beratungsstelle: ohne und mit Eltern (BZgA 1998)

	Total %	14Jahre %	15 Jahre %	16 Jahre %	17 Jahre %
ohne Eltern	42	19	36	51	61
mit Eltern	26	12	23	33	38
kein Besuch	32	–	–	–	–

Auch wenn die „Pille“ unter Jugendlichen inzwischen das dominierende Kontrazeptivum ist, stellen sich den Gynäkologen vielfältige Fragen:

1. nach der Notwendigkeit, bzw. nach den individuellen Alternativen
2. nach altersspezifischen medizinischen Kontraindikationen,
3. welche Pille welchem Mädchen zu ordinieren sei und
4. nach den rechtlichen Regelungen

Die Frage nach der Notwendigkeit der Anwendung hormonaler Kontrazeptiva bei Teenagern beantwortet sich mit ihrem Sexualverhalten.

Teenager – Sexualität

Teenager sind in der Regel „Single“ oder sie haben schon einen festen Freund. Jugendfreundschaften zwischen Jungen und Mädchen sind meist erotisch getönte „Plänkeleien mit dem Thema“, tastende Annäherungen ohne geplante sexuelle Aktivitäten. Erst mit zunehmendem Alter und einfühler „Erfahrung der Gegenseite“ und stabilerer Persönlichkeit werden diese Paarbeziehungen langanhaltender, personal getragener und integrieren nach und nach auch sexuelle Aktivitäten

Meist verläuft die heterosexuelle Entwicklung der Jugendlichen über eine Reihe vorkoitaler Kontakte bis hin zum Koitus: von der ersten Verabredung, über die erste feste Freundschaft und körperliche Kontakte, den ersten Kuß und erste heterosexuelle körperliche Kontakte (Petting) bis hin zum Koitus. Von den 17jährigen Mädchen haben etwa $\frac{2}{3}$ Koituserfahrung. Diese Zahl hat sich seit 15 Jahren in Ost und West kaum verändert. Dagegen beobachten wir in der Gruppe der 14 – 15jährigen eine Zunahme der Koituserfahrungen (vgl. Tab.2.).

Tabelle 2: Koituserfahrung weiblicher Jugendlicher

	14 Jahre %	15 Jahre %	16 Jahre %	17 Jahre %
1973 Ost (Starke 1978)	3	10	25	45
West (Sigusch 1973)	2	10	30	45
1982 Ost (Ahrendt 1991)	8	22	45	67
West (Schmid-Tannwald 1982)	3	9	28	56
1994 Ost / West (BZgA 1998)	7	15	30	65
West (Kluge 1999)	8	15	29	66
1996 Ost / West (BZgA 1998)	4	18	40	69
1998 Ost / West (BZgA 1998)	11	29	45	67

Auch bei den Untersuchungen von Kluge (1994) wird dies für 14 – 17jährigen Mädchen/West bestätigt (Kluge 1999). Der erste Geschlechtsverkehr ist für jeden Jugendlichen ein einschneidendes Erlebnis, da er den Beginn des sexuellen Lebens mit besonderer Intimität bedeutet (Starke 1993; Lautmann 1997; Starke 1998).

Die Entscheidung für oder wider die Aufnahme von Geschlechtsverkehr unterliegt nicht nur individuell, sondern auch gesellschaftlich einer regional mitunter noch strengen Bewertung, nicht zuletzt wegen der Möglichkeit einer Empfängnis; denn eine Schwangerschaft im frühen Jugendalter stellt die Jugendlichen selbst und deren Eltern vor große Probleme. Auch wenn von allen Seiten die Sexualität bejaht wird, ergibt sich unausweichlich die Frage nach einer sicheren Kontrazeption für koitusaktive Jugendliche.

Kontrazeption

Bedingt durch die Vorverlagerung sexueller Aktivitäten in die frühe Adoleszenz ist die Kontrazeption zu einem zentralen Problem der Pubertät geworden. Auch hier haben sich in den letzten Jahren erhebliche Veränderungen ergeben und dies sowohl bei den Jugendlichen in Ostdeutschland, als auch beim Ost-West-Vergleich (Schmid-Tannwald & Urdze 1982; Knopf 1993; Starke 1994; BZgA 1996; BZgA 1998; Starke 1999; Helfferich 1999). Waren es vor Jahren insbesondere in der DDR nur wenige Jugendliche, die „von Anfang an“ für sichere Verhütung gesorgt haben, ist es heute die überwiegende Mehrzahl. Waren es im Jahre 1983 nach einer eigenen Studie nur 13% beziehungsweise 8% der Jugendlichen, die eine Pille beziehungsweise Kondome anwandten (Ahrendt 1991),

so benutzen 1993 beim ersten Koitus 73% die Pille und 14% Kondome (Ahrendt 1995). Völlig zu vernachlässigen sind heute im Hinblick auf Jugendliche die früher relativ häufig angewandte Methoden *Coitus interruptus* und die Bestimmung der unfruchtbaren Tage nach *Knaus und Ogino*.

Bedingt durch die verbesserte Verhütung meist schon vom Erst-Verkehr an hat sich die Zahl unerwünschter Schwangerschaften bei Teenagern unter 18 Jahren verringert: Wie die Statistiken der Abruptionen ausweist, waren es 1989 in der früheren DDR 2.336 Jugendliche unter 18 Jahren mit dem Wunsch nach einem Schwangerschaftsabbruch, so fiel die Zahl auf 1398 im Jahr 1998. In den alten Bundesländern sank diese Zahl zunächst von 2.765 (1989) auf 1.863 (1992) und stieg dann 1998 auf 4159 (Ahrendt 1995; Statist. Bundesamt 1999).

Die Tabelle 3 verdeutlicht die unterschiedliche Entwicklung in der DDR und der BRD

Tabelle 3: Zahl der Schwangerschaftsabbrüche bei Jugendlichen unter 18 Jahren

Jahr	DDR neue BL	BRD alte BL
1983	5897	3829
1984	5423	3503
1985	5274	2832
1986	4524	2535
1987	3697	2376
1988	3174	2163
1989	2336	2765
1990	2162	1742
1991	1894	1709
1992	1590	1863
1993	X	X
1994	X	X
1995	1589	5036
1996	1226	3498
1997	1278	4018
1998	1398	4159

Anmerkung: Seit 1990 wird Berlin-West zu den Zahlen der neuen Bundesländer gezählt. X= Zahlen der Altersgruppe 15 bis unter 18 Jahren liegen für die Jahre 1993 und 1994 nicht gesondert vor. (Statistisches Bundesamt 1999; eigene Berechnungen)

sowie die Annäherung der alten und neuen Bundesländer, allerdings erst, wenn die west-/ostdeutschen Jahrgangsstärken (etwa 3:1) einbezogen werden: 1983 lag diese Abtreibungsziffer (umgerechnet auf 100000 der Altersgruppen) in der DDR mit ihrer Fristenlösung um ein Vielfaches höher als in der BRD mit ihrer Indikationslösung; sie erreichte 1991 einen ungefähren Gleichstand der absoluten Zahlen (2336 bzw. 2765) und näherte sich 1998 mit 1398 und 4159 den Erwartungswerten auf Grund der Jahrgangsstärken 1:3 an. Dieser Angleichungsprozeß dürfte durch mehrere Variablen begründet sein, die zu einer vorsichtigen Interpretation Anlaß geben sollten, da das historische Experiment einer geteilten und wiedervereinten Nation Einblicke geben könnte, inwieweit gesellschaftliche Rahmenbedingungen den privatesten aller Intimbereiche, die Sexualität, das Fortpflanzungsverhalten, Familienbildung mit und ohne Trauschein, Kontrazeption und Abtreibung beeinflussen können (dies müßte einer umfassenden Analyse vorbehalten bleiben). Dass es Unterschiede in Ost und West gab, belegen auch die Zahlen der Tabelle 4. Betrachtet man nun die gesamtdeutschen Zahlen aus 1994 (BZgA 1996) und 1998 (BzGA 1998), dann fällt die gestiegene Anwendung von Kondomen auf, insbesondere beim 1. Geschlechtsverkehr. Dies steht sicher im Zusammenhang mit dem Wunsch, sich auch vor AIDS zu schützen, dessen Auftreten in der DDR extrem selten war.

Tabelle 4: Anwendung von Kontrazeptiva beim ersten und letzten Koitus (Mädchen): Gegenüberstellung von Pille und Kondom

	1. Koitus		letzter Koitus	
	Pille %	Kondom %	Pille %	Kondom %
1982 Ost (Ahrendt 1991)	13	8	44	55
West (Schmid-Tannwald 1982)	18	32	4	21
1990 Ost (Knopf 1993)	41	40	72	21
West (Knopf 1993)	26	57	71	39
1994 Ost / West (BZgA 1996)	27	63	63	43
1998 Ost / West (BZgA 1998)	31	68	73	40

Hormonale Kontrazeptiva und Jugendliche

Auch unter Jugendlichen ist die Pille heute das dominierende Kontrazeptivum: fast $\frac{3}{4}$ aller Mädchen wenden sie regelmäßig an (vgl. Tabelle 5).

Dies war nicht immer so. Waren doch insbesondere im Westen Schwierigkeiten zu überwinden, wenn Jugendliche ein hormonales Kontrazeptivum verschrieben bekommen wollten. Erinnerung sei zum Beispiel an die Leitsätze der Bundesärztekammer aus den 70er Jahren, aufgrund derer die Verschreibung hormonaler Kontrazeptiva an Teenager unter 18 Jahren nur mit Zustimmung derer Eltern zulässig war (Hallermann et al. 1971, Lau-

Tabelle 5: Häufigkeit der Anwendung von kontrazeptiven Methoden bzw. Mitteln beim letzten Geschlechtsverkehr getrennt nach männlichen und weiblichen Partner 1990 (in %, nach Knopf und Lange, 1993)

	Jungen		Mädchen	
	West	Ost	West	Ost
Kondome	59	32	39	21
„Pille“	51	61	71	72
Coitus interruptus	1	0	0	0

ritzen 1972; Lauritzen 1975; Lauritzen 1978). Zudem wurden damals neben allgemeinen, überwiegend „moralischen“ Warnungen auch „altersspezifische Kontraindikationen“ bezüglich der Anwendung der Pille durch den Teenager diskutiert:

1. Bremsung des Längenwachstums,
2. Erhöhung des Risikos für thromboembolische Erkrankungen,
3. endokrinologisches Risiko,
4. moralische Bedenken.

Diese vier Einwände werden auch heute noch unter praktisch tätigen Gynäkologen immer wieder ernsthaft erwogen.

1. Bremsung des Längenwachstums

Die kontinuierliche Einnahme eines hormonalen Kontrazeptivums kann das Längenwachstum durch vorzeitigen Schluß der Epiphysenfugen nicht bremsen. Die in den modernen Ovulationshemmern enthaltenen Dosen an synthetischen Steroiden sind diesbezüglich viel zu gering. Dies gilt insbesondere für die „Mikropillen“ (van den Bosch 1981; Taubert 1995)

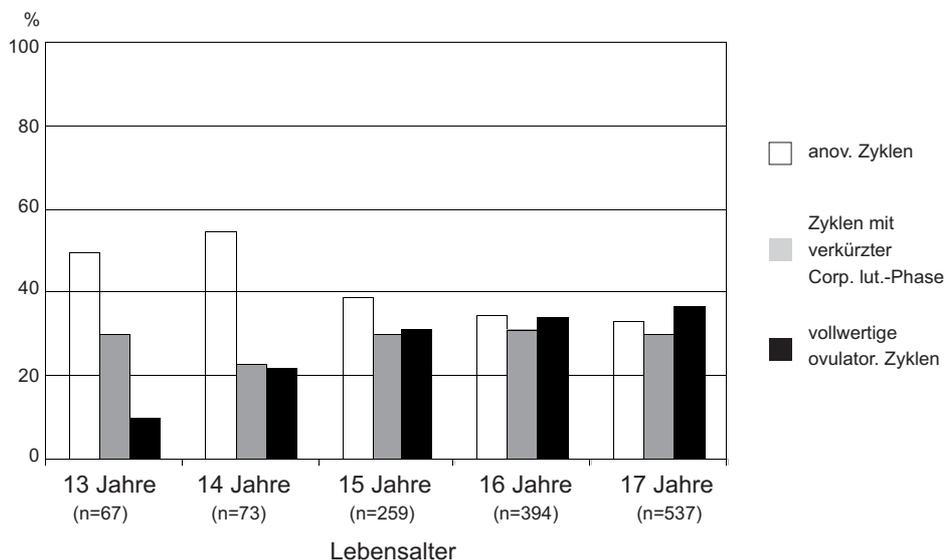
2. Erhöhung des Risikos für thrombo-embolische Erkrankungen

Die Gefahr von Thrombosen und Embolien ist in letzter Zeit wieder heftig kontrovers diskutiert worden. Im Mittelpunkt dabei standen die gestoden- und desogestrelhaltigen Präparate. Diese Gefahr wurde inzwischen aber wissenschaftlich widerlegt. Tatsache ist, dass unter der Einnahme hormonaler Kontrazeptiva das Thrombo-Embolie-Risiko allgemein erhöht ist (Winkler 1991; Taubert 1995). Jugendliche haben aber kein höheres Risiko als Erwachsene. Es muß in der Familienanamnese auf Thrombosen geachtet werden. Bei familiärer Disposition bedarf dies der klinischen und laborchemischen Abklärung. Bestimmt werden sollte in diesen Fällen vor allem Antithrombin III, Protein C, Protein S und die APC-Resistenz. Da bei Jugendlichen die wichtigsten prädisponierenden Faktoren, wie Adipositas, Status varicosus und Stoffwechselstörungen selten sind, ist das Thrombo-Embolie-Risiko bei ihnen minimal. Pille und Rauchen ist ein in diesem Zusammenhang jedoch ernst zunehmendes Problem (Woods 1992), da bekanntlich der Zigarettenkonsum (prädisponierender Faktor!) gerade unter weiblichen Jugendlichen erheblich zugenommen hat.

3. Endokrinologisches Risiko

Lange Zeit wurde diskutiert, ob durch eine „zu frühe“ Einnahme von Ovulationshemmern eine sogenannte Postpill-Amenorrhoe provoziert werden könnte, also ein Ausbleiben der Regelblutung nach Absetzen der Pille. Und zu dem, ob dadurch die Fertilität der jungen Mädchen eingeschränkt wird. Diese Überlegungen basieren auf der Tatsache, dass 14jährige Mädchen, die die Pille zur Kontrazeption wünschen, erst wenige Monate bzw. Jahre ihre Regelblutungen haben. Diese Zyklen weisen dann oft noch Regeltempoanomalien auf und/oder sie sind anovulatorisch oder es besteht eine Corpus-luteum-Insuffizienz. Eigene Untersuchungen haben dies belegt (Ahrendt 1985, vgl. Abb. 1 u. 2).

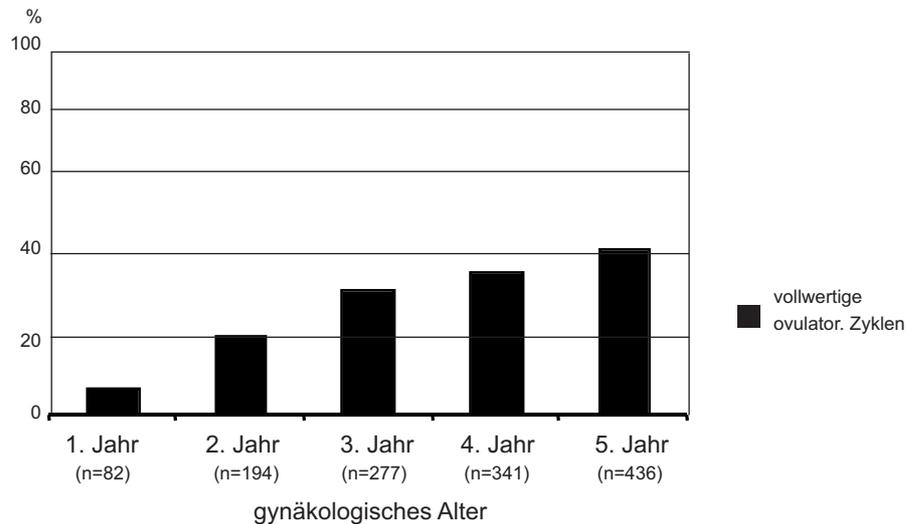
Abb. 1: Anteil vollwertiger ovulatorischer Zyklen, Zyklen mit verkürzter Corpus luteum-Phase und anovulatorischen Zyklen in Abhängigkeit vom Lebensalter (n=Anzahl der ausgewerteten Zyklen, nach Ahrendt 1985)



Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Lemarchand-Beraud (1982), Lauritzen (1983), und Talbert (1985).

Andererseits beruht das Hauptwirkungsprinzip der hormonalen Kontrazeptiva auf dem Prinzip der Hemmung der Ovulation – der Ovulation, die bei vielen Teenager noch nicht oder nicht regelmäßig vorhanden ist. Da eine Postpill-Amenorrhoe in allen Altersgruppen auftritt und 3% bis 4% der Frauen auch ohne vorherige Einnahme hormonaler Kontrazeptiva mit Amenorrhoeen belastet sind, wird von einigen Autoren ein Zusammenhang mit der Pilleneinnahme überhaupt bezweifelt. (Buttram 1974; Rey-Stocker 1980). Rey-Stocker (1980) konnte nachweisen, dass hormonale Kontrazeptiva die endokrinen Reifungsvorgänge nicht wesentlich beeinträchtigen. Außerdem ist bekannt, dass hochdosierte, östrogenbetonte Präparate zur Behandlung hochwüchsiger Mädchen schon vor der Menarche verabreicht ohne negative Auswirkungen auf den späteren Zyklus bleiben.

Abb. 2: Anteil vollwertiger ovulatorischer Zyklen in Abhängigkeit vom gynäkologischen Alter (n=Anzahl der ausgewerteten Zyklen, nach Ahrendt 1985)



Die Reifung des Regelkreises Hypothalamus-Hypophyse-Ovar wird offensichtlich durch die Einnahme von Ovulationshemmern auch dann nicht beeinträchtigt, wenn die Behandlung in den ersten Jahren nach der Menarche erfolgt (Vessey 1978; Hanker 1979; Taubert 1995). Mit einer Beeinträchtigung der Fertilität ist also nicht zu rechnen. Die Postpill-Amenorrhoeen treten auch bei jugendlichen Patientinnen nicht häufiger auf als bei erwachsenen Frauen, betreffen nur wenige und stehen darüber hinaus, auch wegen ihrer relativ günstigen therapeutischen Zugänglichkeit, in keinem Verhältnis zu den positiven Effekten der hormonalen Kontrazeption. Wie unsere Ergebnisse zeigen, ist es trotzdem auch zukünftig angezeigt, bei der Ordination hormonaler Kontrazeptiva an junge Mädchen dem Menstruationszyklus Aufmerksamkeit zu schenken und Patientinnen mit später Menarche, anovulatorischen und/oder oligo-amenorrhöischen Zyklen zu beachten. In diesem Zusammenhang muß auch auf die positiven Effekte verwiesen werden, die die rechtzeitige Einnahme von Ovulationshemmern hinsichtlich der Prophylaxe des PCO-Syndroms (Polycystische Ovarien) haben. Hyperandrogenämie und PCO-Syndrom mit Anovulation können schon in frühester Jugend bestehen. Dies ist unabhängig vom Beginn mit der Pilleneinnahme (Talbert 1985; Nappi 1987; Siegbert 1987; Azzis 1989; Apter 1990; Taubert 1995). Gerade bei jungen Mädchen mit einer hyperandrogenämischen Ausgangssituation (Oligomenorrhoe, Anovulation, Acne vulgaris, Seborrhoe, Hirsutismus, u.a.) sind positive Effekte im Sinne der Prophylaxe eines PCO-Syndroms zu erzielen. In diesem Fall sollte ein hormonales Kontrazeptivum ordiniert werden, welches Gestagene mit einer antiandrogenen Partialwirkung besitzt. Solche Gestagene sind Cyproteronacetat (in Diane 35[®]), Dienogest (in Valette[®]) oder Chlormadinonacetat (in Ovoviston[®], Belara[®], Neo Eunomin[®], und Gestamestrol[®]).

Diese Ergebnisse zugrunde legend, ist bei jungen Mädchen weiterhin eine individuelle Verschreibung hormonaler Kontrazeptiva indiziert. Dabei sind bevorzugt niedrigdosierte östrogenreduzierte Einphasenpräparate oder niedrigdosierte Mehrstufenpräparate anzuwenden.

4. Moralische Gründe

Auch heute geht man vielerorts immer noch davon aus, dass es unter einer sicheren Kontrazeption schneller und früher zu „nicht gewünschten“ sexuellen Aktivitäten Jugendlicher kommt (Taubert 1995). Befürchtungen hinsichtlich einer ungünstigen Beeinflussung der Persönlichkeitsentwicklung junger Mädchen und/oder hinsichtlich der Verleitung zu „unmoralischen“ sexuellen Verhaltensweisen (was auch immer darunter verstanden wird!), aufgrund der Anwendung sicherer hormonaler Kontrazeption sind nicht begründet. Wie eigenen Untersuchungen (Ahrendt 1991) zu entnehmen ist, unterscheidet sich sowohl die Zahl der Pettingpartner als auch die Zahl der Koituspartner der Mädchen, die die Pille nehmen, nur unwesentlich von der Partnerzahl der Mädchen, die keine Pille nehmen. Nichts deutet also auf eine erhöhte Partnermobilität oder gar Promiskuität aufgrund der hormonalen Kontrazeption hin.

Wertung

Eine unerwünschte (und erst recht eine abrumpierte) Schwangerschaft Jugendlicher ist unter individuell-biographischen, psychologisch-medizinischen und gesellschaftlichen Gesichtspunkten auf jeden Fall als deutlich ungünstiger einzustufen als mögliche Probleme auf Grund von Anwendung hormonaler Kontrazeptiva, etwa die allenfalls auftretenden Postpill-Amenorrhöen. Es hat sich daher gegen anfängliche moralische Widerstände und arztrechtlich bemäntelte Vorbehalte der Kölner Standesvertreter (vgl. Hallermann et al. 1971) seit Jahren durchgesetzt, auch jungen Mädchen die sichersten, die hormonalen Kontrazeptiva unter Abwägen der Indikation und Kontraindikation zu ordinieren. So hat auch die Bundesärztekammer 1984 neue Leitsätze zur Verschreibung hormonaler Kontrazeptiver an Jugendliche verabschiedet:

1. Es gibt keine altersspezifischen Kontraindikationen.
2. Das Wachstum wird nicht gebremst.
3. Ein biphasischer Zyklus ist keine Voraussetzung.
4. Die Ordination von Mikropillen (monophasische oder Mehrstufen-Präparate) ist zu empfehlen.

Rechtliche Probleme

Als unbestrittene Fakten sind hinzunehmen,

- dass Teenager sexuelle Bedürfnisse haben und diese auch ausleben,
- dass fast $\frac{3}{4}$ aller Jugendlichen bereits koituserfahren sind und die meisten von ihnen die Schwangerschaftsverhütung wahrnehmen,
- dass die Ovulationshemmer auch bei Jugendlichen das dominierende Kontrazeptivum sind und
- dass es keine zusätzlich definierten medizinischen Kontraindikationen zur Anwendung von Kontrazeptiva bei Jugendlichen gibt.

Dennoch müssen bei der Verschreibung der Ovulationshemmer an noch nicht geschäftsfähige Jugendliche einige arztrechtliche Besonderheiten beachtet werden. Voraussetzung für die Ordination von Ovulationshemmern an Teenager ist das Vorhandensein der Einsichts- oder Kritikfähigkeit sowie die Befähigung, Vor- und Nachteile einer ärztlichen Empfehlung zur Einnahme von Ovulationshemmern zu erkennen und (selbst-)kritisch abzuwägen.

Die im Arztrecht sonst gebräuchliche Einwilligungsfähigkeit ist bei der Verschreibung von Medikamenten irrelevant, weil nur bei Eingriffen in die Körperintegrität die juristische Lehre vom objektiven Tatbestand der Körperverletzung gilt, die durch Einwilligung gerechtfertigt wird. Die Pille wird aber von der Patientin selbst eingenommen, so dass damit – wenn überhaupt – nur eine nicht tatbestandsmäßige Selbstverletzung in Frage käme. Strafrechtlich kommt eine mittelbare Körperverletzung nur dann in Betracht, wenn etwa ehrgeizige Eltern und rekordsüchtige Sporttrainer unkritischen Kindern anabole Medikamente zur Verstärkung der Muskulatur verabreichen.

Der Berufsverband der Ärzte (Ratzel 1998) hat folgende Empfehlung gegeben:

1. Bei 16 – 17jährigen kann die Einsichtsfähigkeit vorausgesetzt werden und es können uneingeschränkt hormonale Kontrazeptiva, sofern keine medizinische Kontraindikationen bestehen, ordiniert werden.
2. Bei 14 – 15jährigen sei von Fall zu Fall zu entscheiden, ob eine Einsichtsfähigkeit vorhanden ist.
3. Bei unter 14jährigen ist eine Verordnung, wenn überhaupt, generell nur mit Zustimmung der Eltern möglich.

Zur Prüfung der Einsichtsfähigkeit von Jugendlichen werden unter anderem die Marburger Richtlinien (Remscheid 1992) empfohlen:

1. Hat das junge Mädchen bereits eine gewisse Lebensplanung?
2. Besitzt es die Fähigkeit zu selbständigen Urteilen und Entscheidungen?
3. Ist das junge Mädchen zu zeitlich überschauendem Denken fähig ?
4. Ist das junge Mädchen in der Lage, Gefühlsurteile rational zu unterbauen?
5. Hat das junge Mädchen eine ernsthafte Einstellung zu Pflichten?
6. Besitzt das Mädchen bereits eine gewisse Eigenständigkeit im Verhältnis zu anderen Menschen?

Jeder in Praxis und Klinik tätige Gynäkologe weiß, dass dies in der üblichen frauenärztlichen Sprechstunde in diesem Ausmaß nur schwer umsetzbar ist. Es ist aber auch in einer Routinepraxis durchaus möglich, etwa eine 15jährige Patientin, die durch Eltern, Lehrer und von ihrer Umwelt geformt wird, danach zu beurteilen, ob sie den durchschnittlichen Erwartungen ihrer Altersgruppe entspricht. Allerdings ist Hiersche 1985 der Auffassung, dass es bei der Beurteilung der Reife durch die Ärzte keine eindeutig verwertbaren Richtlinien gibt. Deshalb sollten Ärzte sich in erster Linie an die medizinischen Fakten halten. Diese besagen, dass für ein 15jähriges Mädchen keine zusätzlichen medizinischen Kontraindikationen bestehen.

Wir Ärzte haben also zu entscheiden, ob diese Medikation aus gesundheitlichen Gründen (Abwenden einer ungewollten Schwangerschaft) indiziert ist oder nicht. In einer gynäkologischen Sprechstunde kann und darf aber nicht entschieden werden, welches

Mädchen seine sexuellen Bedürfnisse aktiv ausleben darf und welches nicht. Der Arzt kann nur beraten, muß aber den Entschluß der jungen Patientin respektieren. Auch heute kommen noch 14 – 17jährige Mädchen in die gynäkologische Sprechstunde, die oft eine Vielzahl von Schranken und Unsicherheiten und Ängsten überwinden müssen:

- „Hoffentlich werde ich des Alters wegen nicht abgewiesen?
- Hoffentlich nimmt man mich und meine Probleme auch ernst?
- Welche Fragen erwarten mich?
- Wird die Untersuchung unangenehm sein?
- Was werden wohl die anderen Frauen im Wartezimmer über mich denken?“

Wenn eine Jugendliche das Sprechzimmer betritt, hat sie bereits einen großen Schritt getan mit dem Ziel, Verantwortung übernehmen zu wollen: Verantwortung für sich in der jetzigen Situation und für ihre Zukunft. Damit hat das Mädchen die Kriterien der Kritik- und Einsichtsfähigkeit nach erstem Anschein erfüllt. Wille (1983) betont, dass gerade der Wunsch nach Ovulationshemmern für vorausschauende Fähigkeiten, für Eigenverantwortlichkeit und damit für eine vorhandene Einsichtsfähigkeit spricht. Ist nach ärztlichem Ermessen das nicht volljährige Mädchen einsichtsfähig, kann der Arzt das Pillenrezept alleine auf Wunsch der Patientin ausstellen, ohne die Einwilligung der Eltern einzuholen. Der Frauenarzt muß aber den arztethischen Grundsatz beachten, mit dieser Verschreibung dem dauernden Wohl der Patientin zu dienen. Bestehen umgekehrt beim Arzt persönliche Bedenken gegen die Pille an junge Mädchen, so ist er nicht verpflichtet Ovulationshemmer zu rezeptieren (Wille 1983).

Das mitunter immer noch genannte Problem, ob mit der Ordination der Ovulationshemmern die Bedingungen für den Paragraph 180 StGB (Förderung sexueller Handlung Minderjähriger) gegeben sind, kann negiert werden. Dort nämlich werden sexuelle Handlungen mit einer unter 16jährigen Person nur dann bestraft, wenn durch Vermittlung oder Gewähren bzw. Verschaffen von Gelegenheiten Vorschub geleistet wird. Bei Freiwilligkeit des Geschlechtsverkehr – eben dafür spricht der Wunsch nach Ovulationshemmern (Hallermann 1971) – ist die Paragraph hinfällig. Das wird auch vom Berufsverband der Frauenärzte unterstützt (Ratzel 1998).

Sonderfall: Die unter 14jährigen

Der Paragraph 176 StGB sagt aus, dass unter 14jährige als Kinder unter ganz besonderem Schutz des Strafrechtes stehen. An Kindern kann eine medizinische Behandlung jeglicher Art nur mit Zustimmung der Eltern erfolgen (schriftliche Dokumentation, Unterschrift). Dies trifft generell auch für die Kontrazeption zu. Die Ordination von Ovulationshemmern an strafunmündige Mädchen (unter 14 Jahren) ist rechtlich umstritten (medizinisch nicht). Die Ansicht, dass sie sich grundsätzlich aus Rechtsgründen verbietet, wird immer mehr verlassen. Die frühere Auffassung, die Verschreibung hormonaler Kontrazeptiva an unter 14jährige sei Beihilfe zum sexuellen Mißbrauch, läßt sich heute nicht mehr aufrecht halten (Laufs 1991), da es auch um den Schutz des Mädchens vor einer unerwünschten Schwangerschaft geht. Dies gilt besonders dann, wenn das Mädchen den Gynäkologen um Ovulationshemmer bittet, nachdem es bereits Geschlechtsverkehr hatte. Selbst wenn die sexuelle Beziehung „unter den Staatsanwalt“ fällt (Wille 1983), sei zur Abwendung der mit einer unerwünschten Schwangerschaft auftretenden Probleme und Gefahren die sichere Kontrazeption unbedingt nötig. Darüber hinaus stellt sich bei

Teenagern häufig die medizinische Notwendigkeit, eine Dysmenorrhoe oder dysfunktionelle Blutungen hormonell mit ovulationshemmenden Medikamenten zu behandeln. Dies ist insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Prävention des PCO-Syndroms von Bedeutung. Das ist dann auch eine eindeutige medizinische Indikation.

Schweigepflicht

Für 14 – 17jährige Patientinnen in der gynäkologischen Sprechstunde muß Dritten gegenüber wie bei der Volljährigen die ärztliche Schweigepflicht *absolut* eingehalten werden. Dies trifft auch gegenüber den Eltern zu (Tauber 1995). Die ärztliche Schweigepflicht ist also *immer* das höhere Gut, das aber nicht zur völligen Disposition eines der Beteiligten steht, denn hier gilt der Grundsatz: „Gesetzlich geschütztes Rechtsgut ist das öffentliche Interesse am Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient“ (Wille 1983).

Schlußfolgerungen

Jugendliche – und zunehmend auch Kinder – haben einen festen Platz in der gynäkologischen Sprechstunde. Der biopsychosoziale Umgang mit ihren spezifischen Problemen ist eine zeitgemäße Erweiterung des gynäkologischen Tätigkeitsfeldes und stellt eine wesentliche Bereicherung dieser Arbeit dar, insbesondere mit der Beratung Jugendlicher zur hormonellen Schwangerschaftsverhütung. Es gilt daher festzuhalten:

- Diese Patientengruppe hat einen arztethischen und mit Einschränkungen auch einen arztrechtlichen Anspruch auf die sicherste, die hormonale Schwangerschaftsverhütung.
- Für sie gibt es keine zusätzlichen medizinischen Kontraindikationen und kein medizinisches „zu früh“ beim Beginn mit der Einnahme der Pille
- Die Fertilität wird nicht eingeschränkt.
- Pillenpausen, etwa nach 2jähriger Pilleneinnahme, müssen nicht eingelegt werden.
- Das medizinische „Handling“ entspricht dem bei jeder anderen Patientin.
- Es muß eine sorgfältige Eigen- und Familienanamnese, Sozial- und Sexualanamnese erhoben werden.
- Anstelle der sonstigen Geschäftsfähigkeit muß die Kritik- und Einsichtsfähigkeit vorliegen.
- Die Patientin muß ausreichend aufgeklärt sein (Dokumentation).
- Eine Einwilligung der Eltern ist nicht zwingend geboten.
- Die ärztliche Schweigepflicht gilt auch gegenüber den Eltern.
- Bei Jugendlichen erfolgte die Ordination der Pille als Kassenleistung (§ 24a, SGB V).

Es gibt vielfältige Möglichkeiten, dies in der eigenen gynäkologischen Sprechstunde umzusetzen. Inhalt und Formen dieser Arbeit mit der jugendlichen Patientin werden immer von der Individualität der Frauenärzte/innen abhängen.

Literatur

- Ahrendt, H.J. (1985): Geschlechtliche Entwicklung, Sexualverhalten und Kontrazeption 15- bis 17jähriger weiblicher Jugendlicher. Magdeburg. Habilitationsschrift.
- Ahrendt, H.J. (1991): Sexuelle Entwicklung, Sexualverhalten und Kontrazeption. In: Sexualität BRD/DDR im Vergleich. Braunschweig: Gerd J. Holzmeyer Verlag: 69 – 82.
- Ahrendt, H.J. (1995): Epidemiologie der Kontrazeption in Deutschland. Jena: Gynäkologische Endokrinologie 3: 35-48.
- Apter, D.; Vihko, R. (1990): Endocrine determinants of fertility: serum androgen concentrations during follow – up of adolescents into the third decade of life. *S. clin. Endocrinol. Metab.* 71: 970-974.
- Azziz, R.; Gay, F. (1989): The treatment of hyperandrogenism with oral contraceptives. *Sem. Reprod. Endocrinol.* 7: 246-254.
- Bundesamt für Statistik (1999): Wiesbaden: Jahresberichte, Schwangerschaftsabbrüche.
- Buttram, V.C.; Vanderheyden, V.D.; Besch, B.K. (1974): „Post-Pill“ amenorrhoea. *Internat J. Fertil.* 19: 37-40.
- BZgA (1996): Sexualität und Kontrazeption aus der Sicht der Jugendlichen und ihren Eltern. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- BZgA (1998): Ergebnisse einer Wiederholungsbefragung von 14 – 17jährigen und ihren Eltern. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Hallermann, W.; Schwarz, J.; Wille, R. (1971): Keine Ovulationshemmer für junge Mädchen? *Schleswig-Holstein. Ärztebl.*: 223-228.
- Hanker, S. P.; Schellong, G.; Schneider, H.P.G. (1979): The functional state of the hypothalamo-pituitary axis after highdose oestrogen therapy in excessively tall girls. *Acta Endocrinol.* 91: 19-29.
- Helfferrich, C. (1999): Frauenleben – Lebensläufe und Familienplanung. Frankfurt: BzGA Forum: Sexualeaufklärung und Familienplanung: 15–18.
- Hiersche, H.D. (1985): Die hormonale Schwangerschaftsverhütung bei Jugendlichen aus medizinisch – rechtlicher Sicht. *Der Frauenarzt* 1.
- Kluge, N. (1999): Der „säkulare Trend“. Koituserfahrung und Häufigkeit 14- bis 17jähriger in den Neunzigern. *Sexualmedizin I*: 7-9.
- Knopf, M.; Lange, C. (1992): Jugendsexualität im Wandel? *Sexualmedizin* 21: 584–596.
- Knopf, M.; Lange, C. (1993): Verhütung, Schwangerschaft, Abtreibung. In: Schmidt, G. (Hrsg): *Jugendsexualität*. Stuttgart: Enke Verlag: 145-152.
- Laufs, A. (1991): „Pille“ für 13jährige: Macht sich der Arzt strafbar? In: *AK Junge Mädchen in der Gynäkologischen Sprechstunde*. München: Teenagersprechstunde: 101–109.
- Lauritzen, Chr. (1972): Zugeständnis an die Akzeleration. *Sexualmedizin* 1: 23–25.
- Lauritzen, Chr. (1975): Kommentar zu den Leitsätzen. *Sexualmedizin* 4: 156–760.
- Lauritzen, Chr. (1978): Probleme der Kontrazeption bei jungen Mädchen. *Gynäkol. Praxis* 2: 589-591.
- Lauritzen, Chr. (1983): Diagnostik und Therapie von Zyklusstörungen während der Pubertät und Adoleszenz. *Gynäkologe* 16: 32.
- Lautmann, R.; Starke, K. (1997): Germany. In: Francoeur, R.T.: *The international encyclopedia of sexuality*. New York: The continuum Publishing Company: 492-518.
- Lemarchand-Beraud, T.; Zufferey, M.M; Reymond, M.; Rey, I (1982): Maturation of the hypothalamon pituitary – ovarian axis in adolescent girls. *J. clin. Endocrinol. Metab.* 54: 241–246.
- Möller, K.H. (1993): Rechtl. Aspekte bei der Verordnung der „Pille“ an Minderjährigen. *Korasion* 1.
- Nappi, C.; Farace, M.S; Leone, F; Minutolo, M.; Tommaselli, A.P.; Montemagno, V. (1987): Effect of a combination of ethinylestradiol and desogestrel in adolescents with oligomenorrhoea and ovarian hyperandrogenism. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 25: 209–219.
- Rathgeber, R. ; Rummel, C. (1985): Was heißt hier minderjährig? *Niedernhausen/Ts: Falkenberg*.
- Ratzel, R. (1998): Verordnung von Kontrazeptiva an Jugendliche. Die Einrichtsfähigkeit muß vorhanden sein. *Therapie & Erfolg. Gynäkologie* 11: 230.

- Remschmidt, H. und Martin, M. (1992): Begutachtungsfragen bei Kindern und Jugendlichen. In: Marx, H.H. (Hrsg.): Medizinische Gutachten 6. Aufl. Stuttgart: Thieme Verlag: 643-662.
- Rey-Stocker, S. (1980): Wie werden endokrine Reifungsvorgänge durch hormonale Kontrazeptiva beeinflusst? In: Huber, A.: Probleme der Kontrazeption bei den Jugendliche. Amsterdam: Excerpta Medica, 177-188.
- Schmid-Tannwald, J.; Urdze, A. (1982): Zum Sexualverhalten und Kontrazeptionsverhalten minderjähriger Mädchen. In: Aktuelle Aspekte der hormonalen Kontrazeption. Amsterdam: Experten Medica, 149-154.
- Siegbert, R.; Nilsson, C.G.; Stenman, U.H.; Widholm, O (1987): The effect of oral contraceptives on hormon profiles of oligomenorrhoeic adolescent. *Cycles Contraception* 35: 29-40.
- Sigusch, V. ; Schmidt, G. (1973): Jugendsexualität 1. Aufl. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Starke, K. (1978): Partnerbeziehungen Jugendlicher. In: Szewczyk, H.; Burghardt, H. : Sexualität 1. Aufl. Berlin: Verlag Volk und Gesundheit: 141-152.
- Starke, K.; Weller, K. (1993): West- und östliche Jugendliche. Eine östliche Sicht. In: Schmidt, G. (Hrsg.): Jugendsexualität. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Starke, K.; Visser, A.P. (1994): Sexuality, sexual behaviour and contraception in East Germany. *Patient Education and Counseling* 23: 217-226.
- Starke, K. (1998): Jugendsexualität im Wandel – sexuelles Erleben zwischen Lust und Angst. *Kinderärztliche Praxis* 1: 40-44.
- Starke, K. (1999): Sexualität und „Wahre Liebe“, Fragen an 14 – 17jährige Jugendliche. *Diskurs* 1: 30-35.
- Talbert, L.M.; Hammond, M.G.; Groff, T.; Udry, S.R. (1985): Relationship of age and puberal development to ovulation in adolescent girls. *Ostet. Gynecol.* 66: 542-544.
- Taubert, H.D.; Kuhl, H. (1995): Kontrazeption mit Hormonen. Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag.
- van den Bosch, J.S.G.; Smals, A.G.H.; Kloppenborg, P.W.C.; Valk, I.M. (1981): The effect of low dosis oestrogens on short-term growth and concomitant biochemical phenomena in girls with tall stature. *Acta Endocrinol* 98: 156-160.
- Venturoli, S.; Porcu, E. ; Fabbri, R.; Magrini, O.; Paradisi, R.; Palotti, G.; Gammì, L.; Flamigini, C. (1987): Postmenarchal evolution of endocrine pattern and ovarian aspects in adolescents with menstrual irregularities. *Fertil. Steril.*: 48: 78-85.
- Vessey, M.P.; Wright, N.H.; Mc Pherson, K.; Wiggins, P. (1978): Fertility after stopping different methods of contraception. *Brit. med. J. I.*: 265-267.
- Wille, R. (1983): Rechtliche Probleme bei der Verschreibung von Ovulationshemmern an Minderjährige. In: R. Kaiser (Hrsg.): Hormonale Kontrazeption – aktuelle medizinische und juristische Aspekte. *Medizin.-wiss. Buchreihe von Schering.* Berlin 1983: 29-32.
- Winkler, U.H, Bühler, K.; Oberhoff, C.; Koslowski, S; Hölscher, T.; Goitowski, S.; Rehage, B.; Schindler, A.E. (1991): The dynamic balance of hemostasis: a key for understanding thromboembolism in oral contraceptive users. In: Genazzani, A.R. et al. (eds.): *Cuvennt Rec. in Gynecol. Obstet.*, Carnforth: Parthenon: 389-394..
- Woods, E.R.; Grace, E.; Klein Havens, K.; Merola, S.C.; Emans, S. (1992): Contraceptiva compliance with a levonorgestrel triphasic and a norethintrone monophasic oral contraceptive in adolescent patients. *Am. S. Obstet. Gynecol.* 166: 901-907.

Anschrift des Autors

Priv. Doz. Dr. med. Hans-Joachim Ahrendt, Frauenarzt, Halberstädter Str. 122, 39112 Magdeburg

Somato-psychische Aspekte bei urologischer Erkrankung und Behandlung

Somato-psychic Aspects of Urological Diseases and Therapy

G. Fröhlich

Somato-psychische Aspekte sind in der Urologie vor allem bei Erkrankungen des Penis, des Hodens, der Prostata und beim Blasenkarzinom zu berücksichtigen. (vgl.Tab. 1)

Tabelle 1: Urologische Erkrankungen, die somatische und sexuelle Störungen verursachen können

1. Penis	- Phimose - kongenitale Deviation - Induratio penis plastica (I.p.p.) - Penisfraktur - Harnröhrenstriktur - Harnröhrenfremdkörper - Peniskarzinom
2. Hoden	- Verletzungen - Hodenkarzinom
3. Prostata	- benigne Prostatahyperplasie (BPH) - Prostatakarzinom - Prostatitis
4. Blasenkarzinom	- (muskelinvasiv, organbegrenzt)
5. Beckenverletzungen	- Beckenringfraktur
6. terminale Niereninsuffizienz	- Dialyse, z.n bds. Nierentransplantation

Dabei werden die somato-psychischen und sexuellen Auswirkungen dieser Erkrankungen von Urologen unterschiedlich bewertet (vgl. Tab. 2). Die unterschiedlich häufige Thematisierung von Sexualität bei den aufgeführten urologischen Krankheiten und Ope-

Tabelle 2: Thematisierung von Sexualstörungen in der urologischen Klinik und Praxis (Umfrage bei 262 niedersächsischen Urologen in Klinik und Praxis, März 1999)

Krankheit	Klinik	Praxis
benigne Prostatahyperplasie	37,5 %	38 %
Prostatakarzinom	25 %	32 %
Penisdeviation	31 %	3 %
Induratio penis plastica	25 %	11 %
Rectum-Ca	44 %	2 %
Blasen-Ca	12 %	3 %
Harninkontinenz	0 %	5 %
Hypogonadismus	0 %	5 %
Fertilitätsstörungen	0 %	2 %
Ejakulatio praecox	0 %	6 %

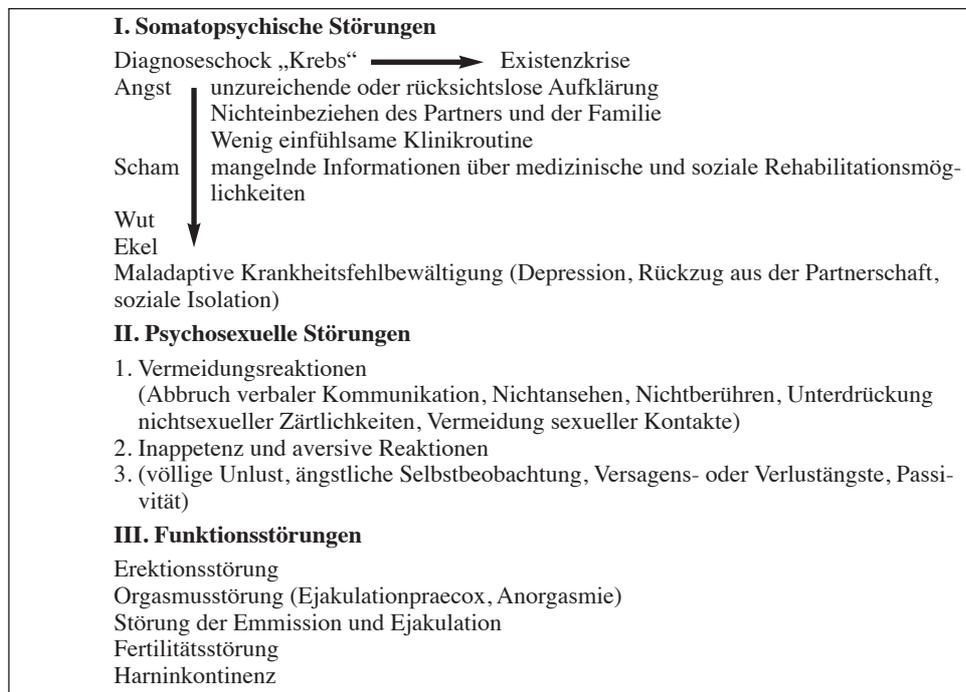
Fortsetzung **Tabelle 2**

Operationen	Klinik	Praxis
radikale Prostatektomie.	88 %	61 %
Cystektomie	56 %	25 %
Rectumamputation	44 %	8 %
transurethrale Prostataresektion	38 %	43 %
Prostatektomie bei BPH	38 %	33 %
retroperitoneale Lymphadenektomie	19 %	5 %
Orchiektomie	0 %	12 %
Vasektomie	0 %	3 %
Circumcision	0 %	3 %
Radiatio	0 %	3 %

rationen ergibt sich wohl aus der Selektionierung im ambulanten und klinischen Bereich. Trotzdem überrascht es schon, daß bei Erkrankungen, wie z. B. Harninkontinenz, Hypogonadismus, Fertilitätsstörungen, Ejakulatio praecox oder nach Orchiektomie, Vasektomie, Circumcision oder einer Bestrahlungsbehandlung psychosexuelle Auswirkungen in der Klinik nicht und in der Praxis selten angesprochen werden.

Die Symptomatologie solcher Störungen ist vielfältig und reicht von der Beschädigung des äußeren Körperbildes über funktionelle Störungen zur Beeinträchtigung des psychosexuellen Erlebens und hat psychosoziale Auswirkungen (vgl. Tab. 3). So bedeutet z.

Tabelle 3: Symptomatik somatopsychischer und sexueller Störungen bei urologischen Krankheiten (modifiziert nach Spengler 1984)



B. der „Diagnoseschock Krebs“ zunächst eine existenzbedrohende Belastungssituation, welche Emotionen wie Angst, Scham, Wut oder Ekel auslöst. Unzureichende oder rücksichtslose ärztliche Aufklärung, Nichteinbeziehen des Partners und der Familie, wenig einfühlsame Klinikroutine und mangelnde Informationen über medizinische und soziale Rehabilitationmöglichkeiten können sich emotionsverstärkend auswirken und zu einer „maladaptiven Krankheitsfehlbewältigung“ (Spengler) führen.

Diese Auswirkungen werden um so verletzender empfunden, je schwerer das Körperbild entstellt wird und je belastender die funktionellen Störungen sind. Allerdings können auch eindrucksvolle Befunde, wie z.B. ein großer Harnröhrenfremdkörper, etwa ein Drahtknäuel von 243 cm Länge, jahrelang ohne Auswirkungen auf die Sexualfunktion vom Patienten verdrängt werden (Abb. 1 u. 2). So gab beispielsweise ein 26-jähriger an, trotz dieses seit 8 Jahren in der Harnröhre befindlichen Drahtknäuels weder Miktionsbeschwerden noch Störungen bei der Erektion, beim Geschlechtsverkehr oder bei der Ejakulation bemerkt zu haben.

Abb. 1 und 2: M.P., 26 Jahre, 243 cm langes Drahtknäuel, seit 8 Jahren in der Harnröhre



Auch sogenannte „kleine urologische Eingriffe“ wirken sich dann somato-psychisch aus, wenn z.B. bei einer *Phimose* das Operationsergebnis nicht mit den kosmetischen Erwartungen übereinstimmt. In seltenen Fällen kann bei oberflächlicher Anamneseerhebung eine Circumcision auch einmal der völlig frustrane somatische Lösungsversuch einer psychosexuellen Störung sein. Ein solcher Patient sagte: „Vor der Operation hatte ich keinen Geschlechtsverkehr aus Angst vor einer Vorhauteinklemmung. Als ich nach der Operation das erste Mal die Eichel sah, bin ich fast in Ohnmacht gefallen und nun geht gar nichts mehr“.

Die *kongenitale Penisdeviation* verursacht den meist sexuell noch unerfahrenen jungen Männern oft Angst geschlechtsverkehrsunfähig zu sein oder eine Partnerin zu verletzen und sie scheuen aus Scham vor sexuellen Kontakten zurück. Meist gelingt es durch sexualmedizinische Beratung mit diesem „kleinen äußerlichen Mangel“ leben zu lernen.

Eine „mechanische Impotenz“ verursachen Penisdeviationen nur dann, wenn sie zu einer – durch Penisphotographie in 2 Ebenen dokumentierten – Abknickung über 35 – 40 Grad führen. Dann sind Raffplastiken indiziert und es muß eine Penisverkürzung um bis zu 1-1,5 cm akzeptiert werden. Das kann mit „phallischen Mythen“ kollidieren.

Bei der *Induratio penis plastica (I.p.p.)*, einer bis heute ätiologisch ungeklärten, lokalen Penisfibrose ist die mangelnde Gliedsteife distal des fibrotischen Plaques das Hauptproblem. Im Frühstadium stört der Erektionsschmerz, später sind Penisdeviation (58%) oder erektile Dysfunktion (42%) die Operationsindikationen (Knoll et al. 1990). Jeder dritte präoperativ erektionsfähige Patient muß postoperativ mit einer erektilen Dyfunktion rechnen (Wunderlich et al. 1998). Deshalb ist eine präoperative erektionsphysiologische Untersuchung – auch aus juristischen Gründen – wichtig.

Besonders schwere somato-psychische Auswirkungen haben die urologischen Krebserkrankungen des Penis, des Hodens, der Prostata und der Blase, bei denen aber heute durchaus erfolgversprechende somatische Therapieoptionen gegeben sind.

Trotzdem klären Urologen nicht grundsätzlich bei urologischen Erkrankungen auch über Sexualstörungen auf, wie aus Tabelle 2 hervorgeht.

Bei den Krebserkrankungen können Fertilität, Erektion, Spermaemission, Ejakulation und Orgasmuserleben beeinträchtigt sein. Da es sich – abgesehen vom Hodenkarzinom – immer um Männer in der zweiten Lebenshälfte handelt, müssen bei über der Hälfte (Hertoft 1989, 60%) nichturologische Komorbidität und ein altersveränderter sexueller Reaktionszyklus einkalkuliert werden. Daher ist präoperative Aufklärung des Patienten und seiner Partnerin von größter Bedeutung.

In praxi wird umfassend, manchmal auch rückhaltlos, oft anhand mehrseitiger Vordrucke aufgeklärt, wobei allerdings meist nur operationstechnische Details, Behandlungskomplikationen und das ‘Handling’ harnableitender Systeme und die erektile Dysfunktion einseitig im Vordergrund stehen. Natürlich muß die Aufklärung über somatische Krankheits- und Behandlungsfolgen informieren. Sie sollte aber angstnehmend mit dem Patienten und seiner Partnerin geführt werden. Dabei sind auch somato-psychische und sexuelle Störungen ausdrücklich anzusprechen, auch wenn Sprechen über Sexualität angesichts der existenzbedrohenden Diagnose Krebs zunächst als zweitrangig oder vielleicht sogar als völlig unangemessen empfunden wird.

Ein solches präoperativ empathisch und geduldig geführtes Paargespräch baut Ängste ab und erlaubt dem Patienten die Entscheidung zu unterschiedlichen Therapieoptionen und es erleichtert eine erneute Thematisierung, wenn eine Sexualstörung nach der Heilung einer Krebserkrankung wieder mehr ins Gewicht fällt oder wenn der Patient und seine Partnerin gelernt haben mit nicht heilbarer Krankheit zu leben. Ob solche Therapieangebote überhaupt gewollt werden, ist dann die zweite Frage (Heitz et al. 1996; Thorpe 1994).

Der Partnerschaftsaspekt somato-psychischer und sexueller Störungen wird in der urologischen Literatur nur selten berücksichtigt. Nach einer eigenen Umfrage bei 262 niedersächsischen Urologen spricht fast jeder zweite bei urologischen Erkrankungen nur selten über Sexualität und 80 Prozent beziehen die Partnerin nicht oder selten in diese Gespräche mit ein (Tabelle 4).

Die schwerwiegendsten somato-psychischen Auswirkungen haben maligne Tumorerkrankungen. Dass aber auch die häufigste aller urologischen Erkrankungen des alternden Mannes, die benigne Prostatahyperplasie (BPH) sexuelle Funktionsstörungen nach einer

Tabelle 4: Thematisierung der Sexualität bei urologischen Erkrankungen und Operationen (Umfrage bei n = 262 niedersächsischen Urologen, März 1999)

1. Wird Sexualität thematisiert?		
	Häufig	Selten
Klinik	57 %	43 %
Praxis	77,5 %	22,5 %
2. Beziehen Sie die Partnerin in die Sexualberatung mit ein?		
	Häufig	Selten
Klinik	19 %	81 %
Praxis	21 %	79 %
3. Haben Sie die Zusatzbezeichnung „psychosomatische Grundversorgung / Psychotherapie“ erworben?		
	Psychosomatische Grundversorgung	Psychotherapie
Klinik	12 %	0 %
Praxis	44 %	8 %
4. Bieten Sie eine sexualmedizinische Sprechstunde an?		
Klinik	keiner	
Praxis	9 % (davon 8 % mit der Bezeichnung Psychotherapie)	

Operation verursachen kann, wird von nur 40 Prozent aller Urologen thematisiert. Dabei wirken sich fast alle Operationsverfahren negativ auf die Erektionsfähigkeit aus und die allgemein als weniger invasiv eingeschätzten transurethralen Operationsverfahren (TURP, TVP, TUNA) haben eine Impotenzrate von bis zu 30 Prozent (Chen et al. 1997; Roehrborn et al. 1998; Rosario et al. 1997), während sie bei der transvesicalen Schnittoperation (nach Harris – Hryntschak) mit nur 6 Prozent deutlich niedriger liegt (Uygur et al. 1998). Beim Prostatakarzinom versucht man die erektile Funktion durch nervschonendes Operieren zu erhalten (Donohoe et al. 1998; Walsh 1984). Auch die Bestrahlungsbehandlung des organbegrenzten Prostatakarzinoms hat eine nicht unbeträchtliche Impotenzrate zur Folge (Roach et al. 1996).

Besonders wichtig ist die präoperative Aufklärung über die praktisch immer zu erwartende postoperative sogenannte „trockene Ejakulation“, die trotz erhaltener Erektions- und Orgasmusfähigkeit von vielen Männern als „Potenzstörung“ empfunden wird.

Beim Hodenkarzinom, welches 25% aller Krebskrankheiten bei 15-40jährigen Männern ausmacht und dessen Incidenz sich in den letzten 40 Jahren verdoppelt hat (Zettl & Hartlapp 1997: 52) dreht sich zunächst alles um den Erhalt der Fertilität. Die Erektionsfähigkeit wird bei normal funktionierendem Resthoden nicht beeinträchtigt, wenn nicht radikal lymphadenektomiert wurde.

Postoperative adjuvante Strahlentherapie der retroperitonealen Lymphknoten schädigt das Keimepithel immer bleibend, wenn ausreichender Bleischutz vernachlässigt wird (Østerlind 1986); Chemotherapie schädigt dagegen abhängig vom Therapieschema und der Gesamtdosis verabreichter Zystostatika reversibel und eine Regeneration des Keimepithels ist nach 1-5 Jahren möglich. Bei einer kumulativen Gesamtdosis von mehr als 600mg Cisplatin pro qm Körperoberfläche muß allerdings mit bleibender Schädigung gerechnet werden (Petersen 1994). Bei noch nicht abgeschlossener Familienplanung stellt

sich sehr häufig die Frage nach präoperativen Kryospermakonserven. Der Sinn solcher Maßnahmen relativiert sich aber, da bereits präoperativ bei 64 Prozent aller Hodenkarzinompatienten eine Oligospermie und bei 20 Prozent eine Azoospermie besteht (Kreuser 1998).

Trotz erhaltener Erektion konstatieren ein Drittel aller Paare nach einer einseitigen Orchiektomie eine Abnahme der Geschlechtsverkehrshäufigkeit und jeder dritte Mann beklagt eine Abnahme der sexuellen Zufriedenheit, während nach einer Arbeit von Gritz (1989) jede zweite Frau nach einer Orchiektomie bei ihrem Partner eine Zunahme ihrer sexuellen Zufriedenheit angab, was daraufhin deutet, dass Männer und Frauen sexuelle Zufriedenheit unterschiedlich definieren.

Die Bedeutung des einseitigen Hodenverlustes für das Selbstbild des Mannes wird in der Literatur unterschiedlich bewertet. Nach Arbeiten aus den 70er Jahren wurde die Indikation zu einem Hodenimplantat bei der Hälfte aller Patienten gestellt (Klippel & Weißbach 1976), in der neueren Literatur dagegen nur noch bei 7,5 Prozent (Erpenbach & Freudenberg 1991). Im eigenen Krankengut wünschten nur 2 von 56 Männern, das sind 3,6 Prozent nach einer präoperativen sexualmedizinischen Paarberatung ein Implantat.

Das *Peniskarzinom* ist ein seltener Tumor des alternden Mannes mit 80prozentiger Heilungschance im Frühstadium. Das Hauptproblem besteht darin, dass die meisten Männer aus Angst oder Scham erst im Spätstadium mit sehr viel schlechterer Prognose (5 Prozent) zur Behandlung kommen (Opjordsmoen 1994). Dann muß immer eine mehr oder weniger penisverstümmelnde Operation in Kauf genommen werden, wobei die totale Penektomie den Extremfall männlicher sexueller Verletztheit darstellt. Tiefe Verzweigung, Depression und emotionaler Rückzug aus der Partnerschaft sind oft die Folge. Bei der Penisteilamputation kann das präoperative Paargespräch insofern berechtigt Ängste abbauen und die Akzeptanz der Operation erleichtern, als bei einer verbleibenden postoperativen Penislänge von nur 6cm 90 Prozent aller Männer und 50 Prozent deren Partnerinnen durch Geschlechtsverkehr orgasmusfähig bleiben (Opjordsmoen 1994).

Am häufigsten wird der Urologe mit somato-psychischen Auswirkungen beim Prostata- und Blasenkarzinom konfrontiert; das Hauptaugenmerk liegt beim organbegrenzten Tumor zunächst auf radikaler Operation mit kurativer Zielsetzung. Dabei muß in einem hohen Prozentsatz mit Impotenz und Orgasmusverlust (30 Prozent) und bei 10 Prozent mit Harninkontinenz gerechnet werden (Hendricks & Kaplan 1997). Durch nervschonende Operationsverfahren (Walsh et al. 1984) wird versucht, die Rate der Potenzstörungen zu reduzieren.

Als schwerste Beschädigung von Lebensqualität wird die Harninkontinenz („wie ein Kind in Windeln“) empfunden (Heitz et al. 1996). Insofern leiden die Patienten mehr am schlechten Allgemeinbefinden als an ihrer sexuellen Funktionsstörung (Braslis 1995). Das hat bei 2/3 negative Auswirkungen auf die Partnerschaft (Biermann et al. 1997). In Anbetracht der heute verfügbaren somatischen Therapieangebote richtet sich das Interesse der Urologen fast ausschließlich auf den Erhalt oder die Wiederherstellung der Erektionsfähigkeit. Wahrscheinlich ist die Überbewertung dieser Funktionsstörung eine zu eindimensionale Sichtweise, da nur jede zweite postoperativ noch potente Mann überhaupt Geschlechtsverkehr hat, wie aus einer Studie von Litwiller (1998) hervorgeht. Bei der Rehabilitation von Patienten mit einem Prostatakarzinom sind besondere Aspekte zu berücksichtigen (vgl. Tab. 5).

Tabelle 5: Sexuelle Rehabilitation bei Behandlung des Prostatakarzinoms (nach Schover 1993)

1. Jede Behandlung eines Prostatakarzinoms verschlechtert sexuelle Probleme.
2. Viele Patienten haben schon präoperativ eine erektile Dysfunktion.
3. Potenserhalt ist um so wahrscheinlicher je jünger der Patient ist und je nervschonender operiert wird.
4. Zusätzliche Strahlentherapie verschlechtert den Potenserhalt um 25-50 Prozent..
5. Das Auftreten einer erektilen Dysfunktion ist um so wahrscheinlicher je grenzwertiger die präoperative Erektionsqualität war.
6. Hormontherapie vermindert zusätzlich die sexuelle Appetenz und Eregebarkeit.
7. Bei allen Therapieverfahren bleiben nur 20 Prozent der Patienten in ihrer sexuellen Funktion unbeeinträchtigt.
8. Die Sexualpartnerin sollte in eine aufrichtige Sexualberatung mit einbezogen werden – auch (oder gerade) wenn eine somatische Therapie der erektilen Dysfunktion geplant ist.

Der Partnerschaftsaspekt somato-psychischer und sexueller Störungen nach radikaler Prostatektomie oder Cystektomie wird in der urologischen Literatur viel zu wenig beachtet (Mimoun & Desvaux 1994; Schover 1993; Uygur et al. 1998). Auch in neuesten urologischen Lehrbüchern sucht man diesen Hinweis fast immer vergeblich.

Radikale Cystektomie führt infolge der immer notwendigen Harnableitung zu besonders schwerer somato-psychischer Verletztheit, die um so belastender empfunden wird, je offensichtlicher die Körperbildveränderungen sind. Die Akzeptanz einer feuchten Harnableitung über eine Ureteroileocutaneostomie (Brickerblase) fällt somit besonders schwer. Über 80 Prozent dieser Patienten fühlen sich in ihrem Selbstwertgefühl schwerst beeinträchtigt (Fossa et al. 1987). Ekel vor der roten Farbe des Dünndarmstomas, Schamgefühl dem Partner gegenüber und Angst vor Geruchsbelästigung durch eventuelle Defekte am Beutelsystem stehen im Vordergrund. Daher ist das Operationsziel, wenn möglich, eine kontinente Harnableitung z.B. durch eine kontinente Dünndarmblase (Hautmann) oder durch Pouches (Kock-, Mainz-, Indiana-Pouch) mit deutlich besserer Akzeptanz durch den Patienten und seine Partnerin. So bleibt die Hälfte aller Pouchträger gegenüber nur einem Fünftel der Ileostomapatienten sexuell aktiv (Fossa et al. 1987).

Nach Künsebeck (1990) treten psychische Belastungen und sexuelle Störungen bei Ileostomapatienten häufiger auf (vgl. Tab. 6).

Tabelle 6: Psychosoziale und sexuelle Störungen bei Ileostomaträgern (nach Künsebeck 1990)

1. Zerstörung des Selbstbildes durch das Stoma	(31%)
2. Das Stoma wird als Makel empfunden	(27%)
3. Trauer und Verzweiflung	(48%)
4. Negativer Einfluß auf die Partnerschaft	(30%)
5. Sexuelle Passivität, verursacht durch:	
erektile Dysfunktion	(40%)
Partnermangel	(38%)
das Stoma (Angst der Beutel könne sich lösen)	(19%)
Alter	(3%)

Da die Entscheidung zu einer verstümmelnden Operation beim muskelinvasiven, noch organbegrenzten Blasenkarzinom meist zu einem Zeitpunkt fallen muß, in dem sich der Patient noch weitgehend beschwerdefrei fühlt, sind Bewältigungshilfen von besonderer Wichtigkeit (Mimoun & Desvaux 1994; vgl. Tab. 7).

Tabelle 7: Bewältigungshilfen bei somato-psychischen und sexuellen Störungen nach Cystektomie

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Angstnehmende präoperative Aufklärung des Patienten, seiner Partnerin und eventuell auch der Familie. 2. Vermeidung postoperativer Sprachlosigkeit zwischen den Partnern und zwischen Patient und Arzt. 3. Professionelle Hilfe durch Ärzte und Pflegepersonal beim Umgang mit der neuen Lebenssituation. 4. Den Patienten nicht unvorbereitet „nach erfolgreicher Operation“ nach Hause entlassen. 5. Häusliche Betreuung durch einen Stomaberater gewährleisten. 6. Auf den supportiven Effekt von Selbsthilfegruppen hinweisen. |
|--|

Zusammenfassend bietet eine ganze Reihe urologischer Erkrankungen neben somatischen auch psychosoziale und sexuelle Probleme. Das trifft besonders für das häufige Prostata- und Blasenkarzinom zu. Angstnehmende Aufklärung des Patienten und seiner Partnerin auch über die somato-psychischen Aspekte der Erkrankung baut Ängste ab und erleichtert den Umgang mit den Krankheits- und Behandlungsfolgen und verbessert die Akzeptanz medizinischer Rehabilitationsmöglichkeiten. Dabei wird der Erhalt der Erektionsfähigkeit zu einseitig in den Vordergrund gerückt und dem Partnerschaftsaspekt solcher Störungen zu wenig Beachtung geschenkt.

Die Akzeptanz einer mehrdimensionalen somato-psycho-sozialen Sichtweise krankheitsbedingter und postoperativer sexueller Störungen ist zu fordern. Sie setzt aber ein Mindestmaß an sexualmedizinischer Kompetenz voraus. Wenn die Zusatzbezeichnung psychosomatische Grundversorgung als Mindestnachweis einer solchen Basiskompetenz zugrunde gelegt wird, dann ist bei 40 Prozent der niedergelassenen Urologen aber an der Klinik nur ausnahmsweise davon auszugehen. Für die eigenständige Diagnostik und Therapie sexueller Störungen qualifiziert hingegen das sexualmedizinische Curriculum der Akademie für Sexualmedizin.

Literatur

- Bieri, S. et al. (1996): Influence of transurethral resection and sexual dysfunction in patients with prostata cancer. *Brit. J. Urolog.* 78 (4): 537-541.
- Biermann, C. W. et al. (1997): Lebensqualität beim lokalisierten Prostatakarzinom in: C. W. Biermann: Derzeitiger Stand und Aspekte der Lebensqualitätsforschung in der urol. Onkologie. München: Zuckschwerdt.
- Braslis, K. G. et al. (1995): Quality of life, 12 month after radical prostatectomy. *Brit. J. Urol.* 75: 48-53.
- Chen, S. S. et al. (1997): Clinical outcome at 3-month after transurethral vaporisation of prostata for benigne prostatic hyperplasia. *Urology* 50 (20): 235-238
- Donohoe, J. P. et al. (1988): Preservation of ejaculation following nerve-sparing retroperitoneal lymphadenektomy. *J. Urol.* 139: 206.

- Donohoe, J. P. et al. (1990): Nerv-sparing retroperitoneal lymphadenektomy with preservation of ejaculation. *J. Urol.* 144: 287-292.
- Erpenbach, K.; Freudenberg, E. (1991): Können Hodenprothesen immer helfen? *Sexualmedizin*: 200-207.
- Fossa, S. D. et al. (1987): Life with an ileal conduit in cystectomized bladder cancer patients: Expectations and experiences. *Scand. J. Urol. Nephrol.* 21: 97-100.
- Gritz, E. R. et al. (1989): Long-term Effects of Testicular Cancer on Sexual Functioning in Married Couples. *Cancer* 64: 1560-1567.
- Heitz, M. et al. (1996): Quality of life after radical prostatectomy – the problem of incontinence and potency. *Akt. Urol. April, Suppl.*: 81-84.
- Hendricks, J. C.; Kaplan, S. A. (1997): What the literatur reveals about the complications of radical retropubic prostatectomy. *Contemporary Urol. Jan.*: 1-8.
- Hertoft, P. (1989): *Klinische Sexuologie*. Köln: Dtsch. Ärzte Verlag: 243.
- Klippel, K. F.; Weißbach, L. (1976): Sexuelleben semikastrierter Hodentumorpatienten. *Sexualmedizin* 5: 331-333.
- Knoll, L. D. et al. (1990): Managment of Peyronie disease by implantation of inflatable penil prosthesis. *Urology*. Vol. XXXVI, Nr. 5: 406-409.
- Kreuser, E. D. et al. (1998): Reversible Keimzelltoxizität nach aggressiver Chemotherapie bei Patienten mit Hodentumoren. *Ergebnisse einer prospektiven Studie, Klini. Wochenschr.* 67: 376.
- Künsebeck, H. W. (1990): Die Lebenssituation von Stomaträgern, Ergebnisse einer Ilco-Untersuchung. *Ilco-Praxis* 17 (3): 18-30.
- Litwiller, S. E. et al. (1998): Risk factors for impotence following radical prostatectomy: analysis in a cominity practice. *AuA San Diego* 30 (5): 848.
- Mimoun, S. Desvaux, P. (1994): Les troubles sexuel apres prostatectomy radical et leurs traitements, Aspect psychologiques. *J. d' Urologie* 100 (3): 147-149.
- Opjordsmoen, S. et al. (1994): Quality of life in patients treated for penile cancer. A following study *Brit. J. Urol.* 74: 652-657.
- Østerlind, A. (1986): Hodenkrebs in Dänemark. *Úgeskr. haeg.* 148: 418-421.
- Petersen, P. M. et al. (1994): Dosedependent impairment of testicular function in patients, treated with cisplatin – based chemotherapy for germ cell cancer. *Ann. Oncol.* 5: 355-358.
- Roach, M. et al. (1996): A pilot survey of sexual function and quality of life following 3-D conformal radiotherapy for clinically localized prostate cancer. *Int. J. of Radiation Oncology, Biology, Physics* 35/5: 869-884.
- Roehrborn, C. G. et al. (1998): Transurethral needle ablation for benign prostatic hyperplasia 12-month results of a prospektiv, multicenter U. S.-study. *Urology* 51 (3): 415-421.
- Rosario, D. J. et al. (1997): Safety and efficacy of transurethral needle ablation of the prostate for symptomatic outlet obstruction *Brit. J. Urol.* 80: 579-586.
- Schover, L. R. (1993): Sexual rehabilitation after treatment of prostate cancer. *Cancer* 71/3 Suppl.: 1024-1030.
- Spengler, A. (1984): „Psychische u. sexuelle Störung nach urolog. Genitaleingriffen“. *Urologe B* 24: 127-133.
- Thorpe, A. C. (1994): Written consent about sexual function in men undergoing transurethral prostatectomy. *Brit. J. Urol.* 74 (4): 479-484.
- Uygur, M. C. et al. (1998): Erectile dysfunction following treatments of benign prostatic hyperplasia a prospective study. *Andrologia* 30: 5-10.
- Walsh, P. C. et al. (1984): Radical prostatectomy and cystectomy with preservation of potency results using a new nerve-sparing technical. *Brit. J. Urol.* 56: 694-697.
- Wunderlich, H. et al. (1998): Coincidence of induratio penis plastica and erectile dysfunction *Urol. Int.* 60: 97-100.
- Zettl, S.; Hartlapp, J. (1997): *Sexualstörung durch Krankheit u. Therapie*. Heidelberg: Springer.

Anschrift des Autors

Dr. med. G. Fröhlich, Urolog. Abtlg., St. Franziskus-Hospit, Franziskusstr. 6, D-49393 Lohne

Sexuelle Gesundheit und die Entwicklung einer prophylaktischen Sexualmedizin

Sexual Health and the Development of a Prophylactic Sexual Medicine

W. Weig

Einleitung

In vielen Bereichen der Medizin hat sich der Präventionsgedanke unter dem Motto „Vorbeugen ist besser als Heilen“ stark durchgesetzt. Konzepte der Risikominderung für das Auftreten von Krankheiten, der Früherkennung und Frühintervention wurden entwickelt. Ziel dieser, zumindest partiell erfolgreichen Bemühungen ist vorrangig die Vermeidung von Leid und Erhöhung der Lebensqualität, ökonomische Aspekte im Sinne einer positiven volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung spielen aber eine nicht unwesentliche Rolle. In dem interdisziplinären, durch wesentliche Einflüsse von Psychologie, Sozial- und Kulturwissenschaften die Grenzen der Medizin überschreitenden Spezialgebiet Sexualmedizin hat der Prophylaxegedanke bisher noch wenig Fuß gefaßt. Das mag auch mit einer Tendenz der wissenschaftlichen Sexualforschung in ihrer empirischen und ihrer kritisch-theoretischen Ausrichtung zusammenhängen, den Fokus eher auf spektakuläre Entwicklungen bei ausgewählten Teilen der Population und auf statistisch eher seltene, wenn auch im Einzelfall bedeutsame Phänomene wie sexuelle Identitätsstörungen zu lenken, dabei aber tendenziell die sexuelle Lage, die Erfahrungen, Bedürfnisse und Probleme der Durchschnittsbevölkerung zu vernachlässigen. Diese These soll hier durch eine schlichte Erhebung belegt werden: Im gesamten Jahrgang 1997 der beiden in Deutschland erscheinenden wissenschaftlichen sexuologischen Zeitschriften findet sich nur je ein Beitrag zum Themenkreis „Mainstream-Sexualität“: Im 10. Jahrgang der Zeitschrift für Sexualforschung ab Seite 1 eine Originalarbeit von Cornelia Binker und Michael Heuser zu Frauenbildern junger Männer „Zwischen aufgeklärter Doppelmoral und partnerschaftlicher Orientierung“, im 4. Jahrgang der Sexuologie ab Seite 250 von Csef ebenfalls eine Originalarbeit „Wandel der Sexualstörungen in ihren Erscheinungsformen und Therapieansätzen“. Überlegungen zur Prophylaxe sexueller Störungen bei der heterosexuellen Durchschnittsbevölkerung können nur rudimentär auf gesicherte Forschungsergebnisse und eindeutigen Diskussionsstand aufbauen, weiterer Forschungsbedarf ist gegeben.

In diesem Beitrag sollen eher streiflichtartig folgende Fragen aufgeworfen werden: Was ist sexuelle Gesundheit? Worin liegt der Nutzen? Wovon hängt sie ab? Welche Interventionen könnten zu Ihrer Verbesserung und damit zur Prophylaxe sexueller Störungen geeignet sein?

Definition der sexuellen Gesundheit

Es liegt nahe, sexuelle Gesundheit unter objektiven Aspekten mit der Abwesenheit sexueller Störungen im Sinne von ICD 10 (Dilling 1994) oder der spezifischen Klassifikation von Hertoft (Hertoft 1989) in Beziehung zu setzen oder – positiv gewendet – als die un-

eingeschränkte Fähigkeit zu definieren, Sexualität entsprechend den eigenen Wünschen zu leben und zu verwirklichen. Neben der – prinzipiell, wenn auch nicht ohne Probleme, meßbaren – physiologischen Ebene wäre dabei auch noch die emotionale, kognitive und nicht zuletzt soziale Dimension zu berücksichtigen. Schließlich wären ethische Aspekte zu diskutieren: Welche Sexualität ist unter Gesichtspunkten der Sozialverträglichkeit, der Achtung vor Würde und Selbstbestimmungsrecht des Partners „gesund“ und ihre ungestörte Ausübung somit wünschenswert? Einer exakten operationalen Definition wird sich sexuelle Normalität und Gesundheit schon daher – glücklicherweise – entziehen, weil die Variationsmöglichkeiten gelebter Sexualität interindividuell, abhängig von der jeweiligen Paarkommunikation, und intraindividuell, nach Lebensabschnitten und Situationen unübersehbar groß sind.

Nicht völlig unabhängig von objektiven Möglichkeiten und Defiziten, mit ihnen aber doch auch nicht deckungsgleich ist der subjektive Aspekt der sexuellen Zufriedenheit. Gerade im Auf und Ab der Debatte um den weiblichen Orgasmus haben wir zu diesem Thema einiges gelernt (Dunde 1992). Ausmaß und Stabilität sexueller Zufriedenheit sind durch geeignete Befragung einigermaßen gut zu ermitteln, auf die grundsätzlichen Probleme empirisch-sozialwissenschaftlichen Forschens in der Sexuologie soll hier nicht weiter eingegangen werden. Pragmatisch könnte aber als vorläufiges Ziel prophylaktisch-psychohygienischer Ansätze der Sexualmedizin die Aufrechterhaltung und Verbesserung sexueller Zufriedenheit bei möglichst vielen Frauen und Männern aller Altersgruppen postuliert werden. Das abschreckende Beispiel einer – möglicherweise verlockenden und Allmachtsphantasien der Therapeuten nährenden – Psychiatrisierung, Psychotherapeutisierung, Psychologisierung vieler Bereiche menschlichen Lebens läßt allerdings vor Überschätzung warnen: Prophylaktische Maßnahmen werden immer nur punktuell Stolpersteine aus dem Weg räumen können, Risikofaktoren für Störungen mindern und die soziale Kompetenz der Adressaten erhöhen können. Schicksal zu spielen, geglückte Partnerschaften zu vermitteln und schließlich Glück und Zufriedenheit zu garantieren sind sie nicht geeignet.

Vom Nutzen sexueller Zufriedenheit

Die Aussage „sexuelle Gesundheit und Zufriedenheit ist erstrebenswert“ wird zwar spontan hohe Zustimmung finden und scheint trivial, dennoch sollen einige Hinweise auf die Bedeutung und den Nutzen hoher sexueller Zufriedenheit erwähnt werden:

Bei der Analyse der Prädiktoren allgemeiner Zufriedenheit hat der Bereich der Sexualität hohen Stellenwert, angemessene sexuelle Selbstverwirklichung korreliert stark mit allgemeiner Lebensbewältigung, entsprechend beeinträchtigt deren Fehlen das Lebensglück und wirkt sich dadurch störend auch auf andere Bereiche aus. Sexuelle Aktivität ist für die körperliche Gesundheit und die Lebenserwartung förderlich: Schon Hufeland wies in seiner „Makrobiotik oder die Kunst das Leben zu verlängern“ auf diesen Umstand hin. Empirische Studien aus jüngerer Zeit scheinen den Zusammenhang zu belegen. Palmore fand einen signifikant negativen Zusammenhang zwischen sexueller Aktivität und Mortalität (Palmore 1982). Stereotype Erwartungen sehen sich durch den Umstand eher bestätigt, dass ausschlaggebender Parameter für die Lebensverlängerung bei Frauen die Qualität und subjektive Zufriedenheit mit ihrem sexuellen Erleben, bei Männern die Frequenz sexueller Aktivität war.

Noch aktueller und aussagekräftiger ist die Caerphilly cohort study, wonach für Männer eine Senkung der Mortalität um 50% nach Bereinigung bekannter Risikofaktoren wie Rauchen, Hochdruck, etc. zu erwarten ist, wenn sie häufig (zweimal in der Woche oder öfter) sexuelle Aktivitäten hatten gegenüber solchen mit seltenen Aktivitäten (weniger als monatlich), die Gruppe mit mittlerer sexueller Aktivität nahm auch hinsichtlich des Sterberisikos einen mittleren Platz ein (Smith et al. 1997). Natürlich kann gegen diese Studien kritisch eingewandt werden, dass ein Kausalzusammenhang nicht bewiesen ist: Es könnte sein, dass aus anderen Gründen gesündere Menschen auch sexuell aktiver sind oder ein unbekannter vermittelnder dritter Faktor (etwa die „allgemeine Vitalität“) eine Rolle spielt. Unübersehbar ist zunächst die Korrelation, jedenfalls ist eine frühere auch in der Medizin weit verbreitete Auffassung von der potentiellen Schädlichkeit sexueller Aktivität für die Gesundheit widerlegt, weiterer Forschungsbedarf ist offensichtlich. Gewarnt werden sollte allerdings vor der – in Zeiten zunehmender ideologischer Gesundheitspflicht und Kostenminimierung nicht völlig abwegigen – Idee einer zur Gesunderhaltung verordneten sexuellen Aktivität.

In den zuletzt zitierten Studien wird den qualitativen Aspekten des Zusammenhangs von Sexualität und Beziehung keine große Bedeutung geschenkt. Dabei ist aus der therapeutischen Erfahrung der enge Zusammenhang von Beziehung und Gelingen der Sexualität bekannt. Besonders Loewit hat hierauf eindrucksvoll hingewiesen; von ihm wird Zärtlichkeit/Sexualität als „Verleiblichung“ und damit als Aspekt der Beziehung verstanden (Loewit 1992). Der Zusammenhang scheint für Frauen enger zu sein als für Männer (s.o.). Generell aber stehen das Schicksal der Beziehung und dasjenige der Sexualität in einem unauflösbaren Zusammenhang. Losgelöst von Aspekten der Beziehungsqualität, des Vertrauens und der Kommunikation wird Sexualität unmenschlich und schal. Zumindest auf längere Sicht wird eine Beziehungsstörung auch regelhaft zu einer Abnahme der sexuellen Aktivität und Befriedigung führen (vgl. dazu auch Klann 1994).

Allerdings sind die vorliegenden Studien zumindest für Männer auch dahingehend zu interpretieren, dass allein die physiologischen Effekte sexueller Aktivität schon zu Gesundheit und Lebensverlängerung beitragen. Vermittelnde Effekte können Umstimmungen des vegetativen Nervensystems, beispielsweise mit der Folge der Blutdrucksenkung, Stimulation des Immunsystems mit Verbesserung der Prognose für Infektions- und Tumorerkrankungen, sowie endokrine Einflüsse sein (Weeks 1998). Kürzlich konnte für eine kleine Stichprobe von Frauen ein positiver Effekt sexueller Aktivität auf den Verlauf von Krebserkrankungen belegt und mit einem orgasmusbezogenen Anstieg der T3- und T4-Lymphozyten erklärt werden (Chapman, zitiert nach Weeks 1998).

Sexuelle Aktivität vermindert die Neigung zu offener und destruktiver Aggressionsbereitschaft bei Primaten und Menschen (De Waal 1989).

Schließlich stabilisiert sexuelle Zufriedenheit Paarbeziehungen und läßt damit für alle Beteiligten die schwierigen und langfristig negativen Effekte von Trennung und Scheidung weniger wahrscheinlich werden (Klann & Hahlweg 1994). Neben dem Konfliktbereich Finanzen und Kindererziehung gehört die sexuelle Disharmonie zu den häufigsten Ursachen des Scheiterns von Partnerschaften. Auch unter dem Aspekt der Infektionsprophylaxe in den Zeiten von Aids ist die Stabilisierung sexueller Zweierbeziehungen wünschenswert.

Positive und negative Einflußfaktoren auf die sexuelle Zufriedenheit

Für den heterosexuellen Teil der Bevölkerung ist die Frage nach der sexuellen Zufriedenheit zugleich eine Frage nach dem Verhältnis der Geschlechter. Ein gleichberechtigtes, Gemeinsames, aber auch Unterschiede respektierendes partnerschaftlich kommunikatives Umgehen von Männern und Frauen ist unabdingbar. Die gegenseitige Projektion von Ängsten, Mythen und Mißverständnissen ist hinderlich. In diesem Zusammenhang sind zwei häufig kolportierte Ansichten zu hinterfragen: Vor allem im Kontext psychoanalytischen Verständnisses wird der aggressive Charakter der Sexualität betont, das Ende der Leidenschaft durch die Zähmung der Sexualität befürchtet (Schmidt 1996). Nun ist zwar in der Tat das Aufeinanderzugehen im Wortsinne des „aggre^{di}“ unverzichtbarer Bestandteil der Sexualität, viele mit dem Wortfeld Aggression verbundenen Konnotationen sind es dagegen nicht. Das Plädoyer für eine zärtlich einfühlsame Sexualität sei gewagt. Auch hier ist an Loewit anzuknüpfen (Loewit 1992).

Ebenso häufig und beinahe selbstverständlich wird behauptet, langwährende feste Partnerschaften seien der Tod der Leidenschaft und führten zu einer zwangsläufigen Entsexualisierung der Beziehung. Insbesondere von psychoanalytischer Seite wurden derartige Beziehungsgeschichten durchleuchtet (vgl. Willi 1975). Diese Entwicklung ist jedoch nicht gesetzmäßig, wie schon die tägliche Erfahrung kasuistisch lehrt. Eher zu fragen wäre nach den Faktoren, die in einzelnen Partnerschaften zu einem allmählichen Verlust sexueller Attraktion führen – ein möglicher Ansatz für die Entwicklung der Prophylaxe.

Wesentliche Voraussetzungen für langfristige sexuelle Zufriedenheit sind realistische Erwartungen an die eigenen Möglichkeiten und diejenigen des Partners oder der Partnerin. Bedroht ist eine realistische Sicht in unserer Zeit neben anderen gesellschaftlichen Erscheinungen wie Reizüberflutung, ideologisch aufgeheizter Geschlechterkampf und Verlust an Muße vor allem durch die falschen Bilder und Vorstellungen, die über die Medien von Sexualität vermittelt werden und manch einem Betrachter das Wagnis eigener Erfahrung blaß und mühsam erscheinen lassen.

Sexualität und Alltagsleben, Kommunikation und Beziehung auch in allen anderen Lebensbereichen existieren nicht unabhängig voneinander, sondern sind eng verwoben. Lustvolle und befriedigende Sexualität wird in einer Beziehung auf die Dauer nur gedeihen, wenn auch diese anderen Aspekte der Beziehung angemessen entwickelt und gepflegt werden. Zur Lebensaufgabe eines Paares gehört es, mit den Wechselfällen der Beziehung konstruktiv umzugehen und unterschiedliche Akzentuierungen, wie sie sich in einzelnen Lebensphasen ergeben, als „Gezeiten der Liebe“ konstruktiv zu gestalten. Was das für die Sexualität im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt bedeutet, hat Seiwald gerade anschaulich beschrieben (Seiwald 1998).

Voraussetzungen für sexuelle Zufriedenheit werden schließlich geschaffen durch eine geeignete Vorbereitung in Kindererziehung und Erwachsenenbildung, die neben kognitiv vermittelten sachlichen Informationen auch emotionale und handlungsorientierte Anteile berücksichtigen muß. Eine Kultur von Sinnlichkeit und Erotik ist aber in unserer heutigen leistungs- und konsumorientierten Kultur, die noch Relikte puritanischer Askese mit sich herumschleppt, wenig entwickelt.

Prophylaktische Sexualmedizin

Zur Beeinflussung der genannten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen geglückter Sexualität ist sexualmedizinisches Handeln nur bedingt geeignet. Individuell sind aber Hilfen durchaus vorstellbar: Der Vermittlung geeigneter Informationen in angemessener Atmosphäre beim ärztlichen Gespräch, gezielter individueller Beratung, der Entwicklung von Antennen für die frühe Wahrnehmung von Beeinträchtigungen und dann einer entsprechend frühen sexualtherapeutischen Intervention vor der Fixierung von Störungen kommt Bedeutung zu. Auch die angemessene und hinsichtlich der Sexualität positive Begleitung bei relevanten Erkrankungen, medikamentösen Behandlungen und Operationen sowie im Zusammenhang mit – insbesondere der ersten – Schwangerschaft und Geburt ist in diesem Kontext bedeutsam (Weig 1988). Schließlich steht zur Behandlung, ggf. aber auch zur Prophylaxe sexueller Funktionsstörungen und von Beeinträchtigungen der sexuellen Paarbeziehung ein hervorragendes Instrumentarium zur Verfügung: die Sexualtherapie nach dem sensate-focus-Modell von Masters und Johnson (Masters & Johnson 1970), vor allem aber die deutschsprachige Adaptation und Weiterentwicklung von Arentewicz und Schmidt (Arentewicz & Schmidt 1980) stellen ein bewährtes Verfahren dar, das nach der Metaanalyse von Grawe (1994) sogar das erfolversprechendste aller empirisch überprüften Therapieverfahren überhaupt ist.

Zur Primärprophylaxe sexueller Störungen eignen sich besonders gut psychoedukative Ansätze, die einzeln, bei Paaren oder – vorwiegend – in Gruppen eingesetzt werden können. Entsprechende Möglichkeiten wurden an anderer Stelle dargestellt (Weig 1996). Dort konnte auch der prinzipiell positive Effekt der Durchführung derartiger Verfahren auf die sexuelle Zufriedenheit gezeigt werden. Auch ökonomisch positive Auswirkungen sind in diesem Zusammenhang zu erwarten. In einer Zeit wachsender Bedeutung ökonomischer Aspekte im Gesundheitswesen sind Untersuchungen hierzu in Anlehnung an bestehende Forschungsmaterialien wünschenswert (Ziemert in Vorbereitung). Der Zeitpunkt für eine positive, prophylaktische Neuorientierung der Sexualmedizin in Ergänzung bewährter störungszentrierter kurativer Ansätze ist gekommen: Der für psychische und körperliche Gesundheit förderliche Aspekt der Sexualität ist belegt, wobei enge Wechselwirkungen mit anderen Aspekten von Partnerschaft, Beziehung und Geschlechterverhältnis nicht übersehen werden dürfen. Neben einer Veränderung des gesellschaftlichen Klimas sind individuell und paarbezogen Ansätze zur Verbesserung der sexuellen Zufriedenheit erkennbar, die manche Störungen vermeiden helfen.

Literatur

- Arentewicz, G.; Schmidt, G. (1980): Sexuell gestörte Beziehungen. Berlin: Springer.
- De Waal, F. (1989): Wilde Diplomaten. München: Hanser.
- Dilling, H. (Hsg.) (1994): Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V(F) Forschungskriterien. Bern: Hans Huber.
- Dunde, S. (Hsg.) (1992): Handbuch Sexualität. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Grawe, K.; Donati, R.; Bernauer, F. (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe 3. Auflage.
- Hertoft, P. (1989): Klinische Sexologie. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Klann, N.; Hahlweg, K. (1994): Beratungsbegleitende Forschung-Evaluation von Vorgehensweisen in der Ehe-, Familien- und Lebensberatung und ihre spezifischen Auswirkungen. Stuttgart: Kohlhammer.

- Loewit, K. (1992): Die Sprache der Sexualität. Frankfurt: Fischer.
- Masters, W.; Johnson, V. (1970): Human sexual inadequacy. Boston: Little, Brown.
- Palmore, E.B. (1982): Predictors of the longevity difference: a 25-year follow up. *Gerontologist*. 6: 513-518.
- Seiwald, J. (1998): Einfluß von Schwangerschaft und Geburt auf das Sexualleben der Frau. In: *Sexuologie* 5: 177-192.
- Smith, G.; Frankel, S.; Yarnel (1997): Sex and death: are they related? Findings from the Caerphilly cohort Study. *Brit. Med.* 315: 1641-1644.
- Schmidt, G. (1996): Das Verschwinden der Sexualmoral. Hamburg: Klein.
- Weeks, D.; James, J. (1998): *Superyoung*. London: Hodder, Stoughton.
- Weig, W. (1998): Hinweise auf somatische Grundlagen der Sexualtherapie in: Christmann, F. (Hsg.) *Heterosexualität*. Berlin: Springer.
- Weig, W. (1996): Erfahrungen mit einem Programm zur Verbesserung der sexuellen Zufriedenheit. *Sexuologie* 4: 222-231.
- Willi, J. (1975): *Die Zweierbeziehung*. Reinbek: Rowohlt.
- Ziemert, B. (in Vorbereitung): *Ökonomische Bedeutung sexueller Funktionsstörungen*.

Anschrift des Autors

Prof. Dr. med. Wolfgang Weig, Niedersächsisches Landeskrankenhaus Osnabrück, Knollstr. 31, 49088 Osnabrück

„Bravo“ schlägt „Frösi“? – Muster weiblicher Individualisierung in der DDR

„Bravo“ tops „Frösi“? – Patterns of female Individualisation in the GDR

B. Dahlke

Mädchenzeitschriften? Sowas gab's in der DDR nicht! In den 70ern lasen DDR-Jugendliche *Frösi* und *Magazin*, *Junge Welt* und *Neues Leben*. Keine der Zeitschriften und Zeitungen richtete sich ausschließlich an Mädchen.

Wurden frühere Generationen während der Pubertät also weniger in ihrer weiblichen Identitätsfindung (was auch immer das sei) unterstützt als die jetzige? Ja und nein.

Als Strandlektüre junger Mädchen begegnete einem im Sommer 99 eine Flut kaum voneinander zu unterscheidender Zeitschriften mit bunten Titelblättern. Allen voran die inzwischen über vierzigjährige *Bravo*; daneben Journals mit den vielsagenden Namen *Mädchen*, *16*, *Jump miss beauty*, *Sugar*, *Girl!*, nicht zu vergessen Titel, die auch von Jungen gelesen werden wie *Popcorn*, *Hit!*, *Gute Zeiten Schlechte Zeiten*, *Cinema*. Die Aufmacher lauten: „Perfekte Looks für jeden Sommertag!“, „Einfach perfekte Haut!“, „Ich wurde als Baby ausgesetzt“, „Stars zeigen ihre Zeugnisse“ oder „Love-Check: Der Weg zu deinem Traumboy!“ Ausrufezeichen und Anglizismen imitieren Jugendsprache. Thematisch dominieren Stars, Kosmetik, Schmuck und Mode. Als Lebensberatung gibt es Tips der oben zitierten Güte und im besten Falle Beichten von missbrauchten oder rauschgiftsüchtigen Jugendlichen, einer dreizehnjährigen Schwangeren oder einem Flüchtlingsmädchen aus dem Kosovo. All das im Plauderton der Boulevardpresse.

Der Anblick eines Zeitungskiosk lässt vermuten, Jugendliche würden sich jeweils ausschliesslich für Pferde, Stars, Mode oder Daily soaps interessieren, soweit sie weiblich sind, dagegen für Computer, Videospiele und Sport, wenn sie männlich sind. Allenfalls die Kinoleidenschaft könnten beide Geschlechter teilen.

1999 vermeldet die IG Medien 35 Jugendzeitschriften-Titel auf dem Markt. *Bravo* wurde 824 000 mal pro Heft verkauft, *Bravo Girl* hat eine Auflage von 537 000, *Sugar* von 415 000 und *16* von 174 000.

Emanzipierte Mütter der 90er Jahre finden an den Zimmerwänden ihrer Girlie-Töchter die immer gleichen Starposter aus der neuesten *Bravo* (an den Zimmerwänden ihrer Söhne entsprechend Box- oder Fussball-Weltmeister). Der altersgemässen Identitätssuche werden Gewinnertypen als Muster geboten: schöne, starke, erfolgreiche = reiche Zwanziger des jeweiligen Geschlechts.

Es sind vorwiegend Männer über vierzig, die diese Zeitschriften für die Jugendlichen produzieren, Marketingspezialisten für die Zielgruppe. Deren Konzepte sind entsprechend marktorientiert, die Anzeigenkunden bestimmen den kommerziellen Erfolg einer Zeitschrift, die Konkurrenz ist hart. So liest sich denn auch *16* seitenlang wie ein Werbejournal für Bekleidungsmarken, Kosmetikfirmen, Fernsehsender und Videospiele.

Angesichts solcher Botschaften, die Jugendliche tagtäglich ausserhalb der Schule über die unterschiedlichen Medien millionenfach erreichen, muten medienpädagogische Pro-

jekte wie „Zeitung in der Schule“ an, als stammten sie aus einer anderen Welt. Nur eine geringe Zahl Mädchen und Jungen aber macht eigene Erfahrungen mit Schülerzeitungen, in denen Themen, Stil und Ton der Texte und Bilder von ihnen selbst verantwortet werden.

Betrachten wir allein die Geschlechterrollen, die über diese Girlie-Journals als Muster wirksam werden, so könnte frau denken, wir lebten in den 50er Jahren. Beruf, Umwelt, Schule, Bürgerrechte, Theater, Weltliteratur, Politik – das alles sind keine Freizeit-Themen für pubertierende Mädchen? Doch: *Brigitte's Young Miss* zeigt, dass es auch anders geht. Informative und gut verständlich formulierte Reportagen, Porträts und Essays widmen sich Themen wie „Mädchen, die sich selbst verletzen“, „Liebe auf Distanz“ oder „Berufe in der Kosmetikbranche“. Mode und Werbung (von Tampons bis Sprachreisen, immerhin!) dominieren allerdings auch hier, während Naturwissenschaft und Technik fehlen oder allenfalls eine Randerscheinung darstellen.

Werfen wir einen vergleichenden Blick auf einige der längst vergessenen und als politisch indoktriniert entsorgten Zeitschriften einer DDR-Jugend. Zunächst einmal ist die Selbstverständlichkeit zu erinnern, mit der im Alter zwischen 10 und 14 die *Frösi*-Seiten über Technik und Wissenschaft von Jungs genauso wie von Mädchen gelesen wurden. *Frösi. Fröhlichsein und Singen. Dein Pioniermagazin* – der Titel sagt alles? Die Zeitschrift, die seit den 50er Jahren vom Zentralrat der FDJ herausgegeben wurde, war deutlich ideologisch-pädagogisch ausgerichtet und hatte das Publikationsmonopol inne, darüber ist nicht zu streiten. Die Lieder zum 1. Mai werden wohl die meisten jungen LeserInnen überblättert haben. (Wobei ein Vergleich der *Frösi*-Jahrgänge 1955 und 1985 etwa natürlich enorme Veränderungen im gesellschaftlichen Klima erkennen lässt. Eine umfassendere wissenschaftliche Analyse des Mediums Zeitschrift im Rahmen der historischen DDR-Forschung steckt noch in den Anfängen, weshalb wir uns hier mit einer lückenhaften Betrachtung einzelner Aspekte begnügen müssen.)

Eine der untergründigen Botschaften, die eine damalige Leserin der *Frösi* ohne weiteres entnehmen konnte, ist die, als Mädchen stünde ihr jeder Beruf offen. Mit größter Selbstverständlichkeit richteten sich Neuigkeiten aus der Kosmosforschung, Geologie oder Biologie ebenso wie witzig verpackte Wissensbrocken von „Atomino“ oder „Korbine Früchtchen“ an Jungen und Mädchen. Doch halt: natürlich war die für die moderne Atomphysik stehende Atomino-Figur männlich, die ihm zur Seite stehende technisch überaus versierte „Smeraldina“ verblieb in der traditionellen Rolle der Assistentin.

Gärtnerische Tugenden, Sammelfleiß und Naturverbundenheit (heute würden wir es Umweltschutz nennen) verkörperte dagegen die weibliche „Korbine“. „Gehst du an den Beeren im Wald vorbei, die geerntet werden wollen? Hilfst du der Mutti vor der Nachtschicht, oder lässt du dich bedienen? Gibst du nur Geld aus, oder willst du auch welches sparen?“ Die Fragen aus der *Frösi* 7/1974 zeigen neben dem penetrant didaktischen Pioniergestus genau diese für die DDR-Rollen-Erziehung charakteristische Ambivalenz: sie richten sich nur an die Mädchen (die dazugehörige Illustration und Überschrift greifen auf die Märchenfigur der Gold/Pech-Marie zurück), aber sie erwähnen die doppelt belastete „Mutti vor der Nachtschicht“. Immerhin telefoniert Korbine Früchtchen auch mal mit Valentina Tereschkowa und rückt damit die Sterne in greifbare Nähe der Mädchen. Auf Titelbildern, Karikaturen, Fotos erscheinen auffällig stets sowohl Mädchen als auch Jungen, die mit Boot, Zug oder Fahrrad unterwegs sind, Sport treiben, reisen, die Umgebung erkunden. Die Eroberung öffentlicher Räume ist – ganz im Unterschied zu heutigen

TV-Werbespots – keine männliche Domäne. Bastelanleitungen für das Segelflugzeug „DDR 25“, den mittelalterlichen Ritter oder für eine Häkelpuppe wurden grundsätzlich beiden Geschlechtern offeriert. Natürlich haben sich Mädchen und Jungen in der Annahme der Angebote jeweils konkret ihrem verinnerlichten Rollenmuster entsprechend verhalten. Dennoch wird hier Bewegung in tradierte Normen gebracht.

In Leserbriefen stellen Mädchen als die eifrigeren Briefschreiberinnen Fragen wie „Warum gibt es bei uns keine Erdbeben?“ oder „Warum ist die Ostsee salzig?“ Die Aufforderung „Brecht eine gleichberechtigte Lanze für Neptunia! Drückt auch mal den Mädchen einen Dreizack in die Hand! Neptun bricht dabei kein Zacken aus der Krone!“ richtet sich wiederum an beide Geschlechter. Ermutigungsstrategien, Plädoyers für selbstverständliche Gleichheit also auch hier wie allgemein im offiziellen DDR-Diskurs der 70er Jahre, wobei das Konzept der Gleichheit der Geschlechter deren Differenzen in den Hintergrund rückt, ja bisweilen verkennt.

Das Zeitschriftenangebot für den Übergang zwischen Kindheit und Jugend setzte solche Konzepte der Geschlechterintegration weitgehend fort: auch *Neues Leben* und *Das Magazin* waren nicht separierend angelegt. Im Unterschied dazu liess der betont burschikose Ansprechgestus im Journal *Sport und Technik* durchaus die Ausrichtung auf Jungen erkennen.

Die Monopolstellung eines Jugendmagazins hatte die seit den 50er Jahren wiederum vom Zentralrat der FDJ herausgebene Zeitschrift *Neues Leben* inne. Sie versammelte Reportagen, Kurzerzählungen, Lyrik und Porträts, gab Literatur- und Theaterempfehlungen, berichtete über SportlerInnen und die Rockmusikszene. Die jahrzehntelange Rubrik „Professor Dr. Bormann antwortet“ (neben „Unter vier Augen“ von Jutta Resch-Treuerth in der *Jungen Welt* der Ort sexueller Aufklärung) wäre eine Stilanalyse wert: Sexuelles Vokabular wird fast vollständig vermieden, Probleme der Sexualität werden zwar ernsthaft diskutiert, jedoch ohne jemals wirklich ins Detail zu gehen. Homosexualität ist zu Beginn der 80er Jahre z.B. zwar als Thema kein Tabu mehr, die schriftliche Diskussion dazu erfolgt jedoch seltsam abstrakt und gipfelt in einem Plädoyer für Toleranz im Allgemeinen. Konkrete Sexual- und Verhütungspraxen fehlen lange. Statt wirklich über sexuelle Probleme wird unter der Rubrik „Sexualität“ über Liebe, Verantwortung und soziale Beziehungen gesprochen. So hängen die LeserInnen-Debatten um eine schwangere Schülerin oder um den legalen Schwangerschaftsabbruch, an denen sich jeweils beide Geschlechter lebhaft beteiligen (*Neues Leben* 9/1975), so tolerant sie auch sind, seltsam unkörperlich in der Luft. Die Diskussion über die elterliche Erlaubnis zum gemeinsamen Zelturlaub muss die dahinterstehenden Fragen der Jugendlichen über Selbstbefriedigung, gleichgeschlechtlichen Sex, Schwangerschaftsverhütung usw. kompensieren und ableiten. Sexualerziehung im Spannungsfeld zwischen biologisch-kulturellen und sozialen Faktoren und Rollenzuschreibungen ist allerdings auch gegenwärtig ein brisantes Feld von Auseinandersetzungen. Unbeschadet von Geschlechterstudien und feministischer Theoriebildung geistern unzählige biologistische Argumente noch durch die Jugendzeitschriften unserer Tage.

Im Vergleich mit dem heute medienbestimmenden Starkult fällt angenehm auf, dass Sexualisierung in der Prominentenberichterstattung in allen genannten DDR-Zeitschriften unterblieb. Schauspieler wie Schauspielerinnen, erfolgreiche Sportler und Rocksängerinnen erschienen vorrangig als hart arbeitende Persönlichkeiten, Details aus ihrem Intimleben waren tabu. Fotografien der Stars stellten Alltäglichkeit heraus (und damit zugleich

eine soziale Gleichheit aus, die so real nicht existierte). Schönheit und idealer Körper standen nicht im Zentrum des Bildarrangements. Zugleich entwickelte sich im Magazin eine Nische der Nacktfotografie mit künstlerischem Anspruch, aber das wäre ein anderes Thema. Die Dynamik im Verhältnis der Geschlechter ist häufig Gegenstand der Satire, davon zeugen viele Vignetten und insbesondere Karikaturen auf den Titelbildern. Symptomatisch für den DDR-Geschlechterdiskurs ist m.E. der seltsam harmonische Grundton dieser Karikaturen, ihr Humor ist oft eher augenzwinkernd als beissend, man gibt sich aufgeklärt und entschärft die sehr wohl vorhandenen Probleme der Geschlechterdiskriminierung. Dass Satire ein von der DDR-Staatsmacht äusserst misstrauisch beäugter Bereich war, lässt bissigere Varianten auch in diesem Falle in den Schubladen vermuten, aber vielleicht ist das ein Irrtum.

Individualisierung für welche Moderne?

Im Herbst 1990 untersuchten das damalige *Zentralinstitut für Jugendforschung* in Leipzig und die *Abteilung für Sexualforschung* der Universität Hamburg die sozialen Wandlungen der Jugendsexualität in Ost und West, aber auch Unterschiede im sexuellen Verhalten und Erleben der Jugendlichen (Schmidt 1993). Resultate wurden einmal aus östlicher Sicht (Starke & Weller 1993), einmal aus westlicher (Schmidt et al. 1993) dargestellt, hinzu kam noch ein Nachwort, das die „Asymmetrie der Geschlechter“ (Lange et al. 1993) als blinden Fleck der Studie problematisiert. Generell galt damals, Gemeinsamkeiten überwiegen die Unterschiede bei weitem (vgl. Starke & Weller 1993: 80; Schmidt et al. 1993: 66). Das galt für die Momentaufnahme von 1990, wie auch für den zurückliegenden Zeitraum, der anhand vergleichbarer Studien beurteilt wurde. Die signifikanten Unterschiede wertete Schmidt dahingehend, „daß der Modernisierungsprozeß im Westen tendenzweise weiter fortgeschritten ist als im Osten“ (1993: 8; vgl. Schmidt et al. 1993: 69). Dies wird nachfolgend im Kontext einer verschieden verlaufenen Modernisierung diskutiert – vor allem, um die anklingende Defizienz der ostdeutschen Entwicklung näher zu bestimmen.

Übereinstimmungen in der sexuellen Entwicklung von Jugendlichen in Ost und West – etwa ein selbstbestimmter Umgang mit der Sexualität (vgl. Schmidt et al. 1993: 66; Starke & Weller 1993: 85; Weller & Starke 1993: 49) – verweisen auf gemeinsame kultur- und sittengeschichtliche Traditionen, aber auch auf allgemeine Kennzeichen moderner Industriegesellschaften, wie differenzierte Berufsstrukturen, Arbeitsteilung oder einen hohen Ausbildungsgrad. Was die Unterschiede anbelangt, dürften spezifische soziopolitische Bedingungen entscheidend sein (s.o.): die Betonung sozialer Gleichheit oder die gesellschaftliche Aufwertung der Rolle der Frau. Zusätzliches Gewicht erhalten diese „Rahmen“ insofern, als sie von „oben“ gesetzt wurden, denn erst dadurch entfalten sie jene Ambivalenz, einerseits repressiv, andererseits emanzipierend zu wirken, von der auch die erwähnten jugendlichen Leserbriefdiskussionen künden: Diskutiert werden sollte, allerdings innerhalb anonymer Grenzziehungen des Sag- und Nicht-Sagbaren.

Konstellationen wie diese verweigern sich Modernisierungserwartungen, die auf Individualisierung im Sinne von „Autonomiegewinn“ orientieren. Andererseits hatte Foucault herausgestellt, dass Individualisierung sich auch in einer „absteigend(en)“ Variante realisiert, besonders „je anonymer und funktioneller die Macht wird“ (1981: 248).

Vor diesem Vexierbild der Individualisierung entfaltet Wolfgang Engler, Soziologe ost-

deutscher Herkunft, das Panorama der Industrialisierung der osteuropäischen Gesellschaften: Prozesse, die sich in westeuropäischen Ländern über 100 Jahre hinzogen, drängten sich hier auf 15 zusammen, schufen damit jene Paradoxie einer „Selbständigkeit wider Willen“, deren Facettenreichtum Engler letztlich zur Formel von einer „ungewollten Moderne“ (1995: 60, 79) verdichtet. Anfang der 90er Jahre besteht das DDR-Erbe beispielsweise darin, sich in einem Institutionengefüge zu behaupten, das über Jahre hinweg von Zerfall gezeichnet war und dem Einzelnen vor allem eins abverlangte, Beziehungsarbeit zu leisten, die auf innerer Selbstorganisation beruhte (vgl. ebd., 81f.). Es mag dahingestellt sein, inwieweit dieser Kontext ostdeutsche Mädchen dazu befähigte, ihre Sexualität als „lustvoller und befriedigender“ (Schmidt et al. 1993: 68) zu erleben, als ihre westdeutschen Gegenüber. Plausibel erscheint zumindest – gerade in Hinblick auf den Gehalt der zahlreichen Mädchenzeitschriften – die „höhere Kontrolle über sexuelle Situationen sowie geringere sexuelle Lust und Befriedigung bei den 90er Westmädchen“ (Schmidt et al. 1993: 69; vgl. Schmidt 1993: 6f; Starke & Weller 1993: 87; Lange et al. 1993: 199) einer Moderne zuzuschlagen, die dem Einzelnen die Last eines hochgradig ausdifferenzierten, aber auch versachlichten, sprich „entzauberten“ Lebenskosmos aufbürdet.

Literatur

- Engler, W. (1995): Die ungewollte Moderne. Individualisierung im Vergleich. In: Die ungewollte Moderne. Ost-West-Passagen. Edition Suhrkamp. Neue Folge Bd. 925. Frankfurt/M.: Suhrkamp-Verlag: 31-84.
- Foucault, M. (1979): Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses. Frankfurt/M.: Suhrkamp-Verlag
- Lange, C.; Knopf, M.; Gaenslen-Jordan, C. (1993): Nachwort. Die Asymmetrie der Geschlechter – der blinde Fleck. In: G. Schmidt (Hrsg.) (1993): 197-200.
- Schmidt, G. (1993): Jugendsexualität in den Neunziger Jahren: Eine Synopse in zwölf Thesen. In: G. Schmidt (Hrsg.) (1993): 1-11.
- Schmidt, G. (Hrsg.) (1993): Jugendsexualität. Sozialer Wandel, Gruppenunterschiede, Konfliktfelder. Beiträge zur Sexualforschung Bd. 69. Stuttgart: Enke-Verlag.
- Schmidt, G.; Lange, C.; Gaenslen-Jordan, C. (1993): West- und ostdeutsche Jugendliche. (1) Eine westliche Sicht. In: G. Schmidt (Hrsg.) (1993): 66-79.
- Starke, K.; Weller, K. (1993): West- und ostdeutsche Jugendliche. (2) Eine östliche Sicht. In: G. Schmidt (Hrsg.) (1993): 80-95.
- Weller, K.; Starke, K. (1993): Veränderungen 1970-1990 (DDR). In: G. Schmidt (Hrsg.) (1993): 49-65.

Anschrift der Autorin

Dr. Birgit Dahlke, Humboldt Universität zu Berlin, Philosophische Fakultät II, Institut für deutsche Literatur, Unter den Linden 6, 10099 Berlin