

Informationen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit für Beratung und Therapie

EDITORIAL

Männergesundheit

Betrachtet man die Genderforschung im Bereich der Gesundheit, dann liegt der Hauptfokus aus guten Gründen eher auf den Frauen. Dennoch: Männer gehen seltener zum Arzt als Frauen. Und sie sterben statistisch gesehen früher.

Wie sieht es also im Kontext der Gesundheitsberatung aus: der Mann – das unbekannte Wesen? Gibt es in Zeiten der Selbstoptimierung und Leistungseffizienz einen Platz für den so genannten Männer schnupfen? Ermöglichen Achtsamkeit, Väterzeiten und Work-Life-Balance den Männern heute mehr Möglichkeiten, sich ihrer (sexuellen) Gesundheit zu widmen? Oder sind Vorsorge und Prävention nur Themen für ‚Weicheier‘? Reicht der Grill-Workshop am Wochenende als Austausch zu Fragen sexueller Gesundheit? Existiert das umstrittene Phänomen der ‚Andropause‘ und welche psychosoziale Sprengkraft hat es? Oder bleibt die die Männergesundheit insgesamt auf der Strecke?

Mit diesem Rundbrief wagen wir es, aus verschiedenen Perspektiven einen Blick auf einzelne Aspekte männlicher Gesundheit zu werfen: Eine Zusammenfassung des Dritten Männergesundheitsberichts beleuchtet die vielen verschiedenen Themen ihrer sexuellen Gesundheit. Dazu gehört inzwischen auch die HPV-Impfung für Jungen. Zudem beleuchten wir das Thema der sexuellen Gesundheit von männlichen Jugendlichen und vulnerablen Gruppen. Männergesundheit umfasst zunehmend auch die hormonellen Veränderungen in der Lebensmitte. Kommen Männer doch in die „Wechseljahre“?

Wie können wir Männern den Zugang zu medizinischer, sexualpädagogischer und psychologischer Beratung und Unterstützung erleichtern? Gibt es innovative Ansätze, die neue Kommunikationskanäle eröffnen? Wäre eine „Jungensprechstunde“ in der Urologie-Praxis analog zur Mädchensprechstunde bei den Gynäkolog*innen sinnvoll?

Wir hoffen, dass die Beiträge unserer Autorinnen und Autoren dafür Impulse geben. Viel Spaß bei der Entdeckungsreise!

Daniela Wunderlich

SCHWERPUNKT – MÄNNERGESUNDHEIT

Editorial	Seite 1
Erkenntnisse aus dem 3. Männergesundheitsbericht	Seite 2
Früherkennung und Vasektomie	Seite 6
Testosteronmangel beim Mann	Seite 8
Gesundheitschancen sexueller Minderheiten	Seite 13

Sexuelle Gesundheit männlicher Jugendliche	Seite 16
HPV – Impfung für Jungen	Seite 22
AKTUELLE INFORMATIONEN	
Kurznachrichten	Seite 23

SCHWERPUNKT

Sexualität von Männern – Zentrale Erkenntnisse des Dritten Männer- gesundheitsberichtes

Doris Bardehle

Über erste Ergebnisse einer internationalen Studie und den hohen Stellenwert von sexueller Gesundheit bei Männern informierte die Stiftung Männergesundheit Ende 2016 im pro familia Rundbrief „medizin“. Im April 2017 wurde der dritte deutsche Männergesundheitsbericht der Stiftung Männergesundheit² publiziert. Er besteht aus sechs Kapiteln mit insgesamt 31 Beiträgen von 41 Autor*innen. Der Bericht enthält Kapitel zu den Themen: Männliches Geschlecht und männliche Sexualität(en), historisch und aktuell; Sexuelle Gesundheit im Lebenslauf; Heterogene Männlichkeiten; Medizinische Belastungsfaktoren für die männliche Sexualität; Sexualität und Grenzen; Sexualstraftaten sowie ein Resümee.

Der Männergesundheitsbericht „Sexualität von Männern“ spricht Fortschritte im Umgang mit männlicher Sexualität an, analysiert den gegenwärtigen Stand, weist aber auch auf Versäumnisse in den politischen Rahmenbedingungen, in der Forschung, der Lehre und in der Praxis des Gesundheitswesens hin.

Als Autor*innen kamen Praktiker*innen, Betroffene, Hochschulwissenschaftler*innen und Masterstudent*innen zu Wort. Das ergab eine Mischung in der Ansichtswiese und Beschreibung von männlicher Sexualität und beleuchtete die Vielfalt des Problems, aber auch Lücken in der Forschung, Lehre, medizinischen Versorgung und Organisation. Als Teil jedes Beitrages

wurden zukunftsweisende Vorschläge von allen Autor*innen in Handlungsempfehlungen erarbeitet. Die Handlungsvorschläge gliedern sich in: Ansätze für Prävention, Gesundheitsförderung, Best Practice-Modelle, Gesundheitsversorgung, Forschungsschwerpunkte, Handlungsempfehlungen für Information, Bildung und Aufklärung sowie weitere Schlussfolgerungen.

Einige der Handlungsempfehlungen sind zwischenzeitlich realisiert, wie die im Bericht geforderte „Ehe für alle“. Auch in der analysierten Trans*-Gender Problematik geht es voran, zum Beispiel mit der Möglichkeit, neben „männlich“ und „weiblich“ auch „divers“ auf der Geburtsurkunde für nicht einzuordnendes Geschlecht eintragen zu lassen.

Ansätze zur Prävention und Gesundheitsförderung – Best-Practice-Modelle

Präventionsempfehlungen werden in den Beiträgen zur Sexualität von Jugendlichen (Winter, R), für Trans*-Männlichkeiten (Intersexualität: Sauer A, Güldenring A und Schweizer K) gegeben. Dem folgt die Entwicklung diskriminierungs- und gewaltfreier Räume und spezifischer Gefährdungsmomente (Tuider E) sowie die Gesundheitsprävention im Strafvollzug von Sexualstraftätern.

Im Rahmen der Sexualpädagogik wird eine Korrektur in der allgemeinen Betrachtung der Gesundheit männlicher Jugendlicher aus Sicht der Salutogenese vorgeschlagen, die einem Perspektivwechsel entspricht und damit WHO-kompatibel ist.

Best-Practice-Modelle für Trans*-Männlichkeiten und Intersexualität basieren auf der Nutzung des Internets, was Netzwerkbildungen begünstigt und in den USA als „Web-based Transgender Care“ regionale Versorgungslücken schließt. Mit der Freigabe der digitalen Patientenkommunikation und -behandlung besteht die Möglichkeit, internetbasierte Formen für Selbsthilfegruppen und in der medizinischen Versorgung auszubauen.

Für die Gesundheitsförderung von Migranten sollen Angebote passend zu sozioökonomischem Status, Alter und Migrationserfahrung ausgebaut werden.

Nicht zu unterschätzen ist die Bedeutung der Gesundheitsprävention bei Sexualstraftätern im Strafvollzug (Borchert J), die wegen häufig vorhandener Defizite im Bereich der sexuellen Bildung und möglicher Infektionsrisiken verstärkt werden sollte.

Gesundheitsversorgung

In elf Beiträgen werden Handlungsempfehlungen für die Gesundheitsversorgung thematisiert. Deren Tenor besteht darin, dass sexuelle Probleme in der Gesundheitsversorgung zu selten angesprochen werden (Döring N). 54 Prozent der 40- bis 80-jährigen Männer sind der Auffassung, dass Ärzt*innen routinemäßig nach möglichen sexuellen Schwierigkeiten fragen sollten. Nur in neun Prozent wurden Männer von Ärzt*innen auf ihre Sexualität angesprochen.

Seitens des medizinischen Personals sollen sexuelle Gesundheitsfragen kompetent und sachgerecht behandelt werden und Stigmatisierungen und Resentiments gegenüber nicht-heterosexuellen und pädophilen Männern ausgeschlossen werden. Das bedarf einer Sensibilisierung von Ärzt*innen zu den Themen Sexualität, sexueller Orientierung bis hin zur Asexualität.

Eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung für Trans*-Personen wird in mehreren Beiträgen (Schweizer K, Sauer A & Güldenring A.) vorgeschlagen. Als Trans*-Personen sind etwa 1,1 Prozent der Bevölkerung einzuschätzen, deren Mitbestimmung über ihre gesundheitliche Versorgung angemahnt wird inklusive der Verfügbarkeit von unabhängigen und gut erreichbaren Informations- und Beratungsstellen.

Krankheitsbedingte Probleme der männlichen Sexualität, deren Erkennung und Behandlung werden von Klotz Th, Mathers M & Meyer C-P, Hettich M, und Ahmad A N & Langer P C thematisiert. Der

Zusammenhang von koronarer Herzkrankheit, Diabetes mellitus, Fettleibigkeit, psychischen Erkrankungen, Stress, Prostataerkrankungen, Krebserkrankungen, Medikamenteneinnahme und sexueller Dysfunktion erfordert ein komplexes Herangehen an die Gesundheitsversorgung. Circa 80 Prozent aller Erektionsstörungen sind primär organischer Natur, das heißt krankheitsbedingt. Die erektile Dysfunktion betrifft durchschnittlich 20 Prozent der 30- bis 70-jährigen Männer. Ein relevanter Leidensdruck tritt vor allem bei 30- bis 60-jährigen Männern auf. Die Ejaculatio praecox, der vorzeitige Samenerguss, betrifft ebenfalls 20 Prozent der Männer. Bestehende gute Behandlungsmöglichkeiten der erektilen Dysfunktion bei chronischen Erkrankungen erfordern ein intersektionales Herangehen.

Forschungsschwerpunkte

In 18 Beiträgen werden zum Teil umfassende Vorschläge zu besserer Ausrichtung der Sexualforschung unterbreitet. Eine Folge der reduzierten Institutionalisierung ist eine Zersplitterung der Lehre und der Ausbildung qualifizierter Sexualpädagog*innen in Deutschland. So gibt es gegenwärtig nur an der Hochschule Merseburg, Institut für Angewandte Sexualforschung einen konsekutiven Studiengang für Sexualpädagog*innen. Die Empfehlung der Autor*innen besteht darin, die Forschungs- und Lehrbasis in Deutschland auf eine qualitativ neue Ebene zu stellen. Von mehreren Autor*innen wird gefordert, dass wieder drei wissenschaftliche Institute an Universitäten existieren sollten, die es bis zum Jahre 2000 gab (Dinges, M, Voß H-J, Döring N).

Aufgabe der Sexualforschung sollte unter anderem sein, eine empirische Datenbasis zur männlichen Sexualität zu erheben, die sowohl negative Aspekte (zum Beispiel sexuelle Aggression und sexuelle Viktimisierung) als auch positive Aspekte (zum Beispiel sexuelle Kompetenz und sexuelle Zufriedenheit) erfasst (Döring N). Mit Blick auf das Konzept der sexuellen Gesundheit ist zu beklagen, dass die bisherige Forschung stark pathogene-



tisch beziehungsweise sexnegativ ausgerichtet ist. Salutogenetische beziehungsweise sexpositive Perspektiven auf männliche Sexualität sind theoretisch und empirisch im Rahmen eines Positive Sexuality Ansatzes weiterzuentwickeln (Döring N).

Die wissenschaftliche Basis zur sexuellen Gesundheit für Jungen bis zur Pubertät soll um Aspekte medizinischer, sexualwissenschaftlicher, entwicklungspsychologischer und erziehungswissenschaftlicher Aspekte erweitert werden.

Zur Sexualität von Behinderten fehlen belastbare Daten, die jedoch auf Grund der Behindertenkonvention, die auch ein Recht auf Sexualität für Behinderte einschließt, erforderlich sind.

Der wissenschaftliche Nachholbedarf bei den Themen Bisexualität, Intergeschlechtlichkeit oder BDMS wird in Beiträgen von Stumpe H, Schweizer K und Linnemann K thematisiert.

Eine bessere Datenlage wird zu chronischen Erkrankungen und Sexualität angemahnt. Surveys zur gesundheitlichen Lage sollen künftig Fragen zur Sexualität enthalten.

Zu den Themen „Sexualisierte Gewalt“ (Tuider E), „Täter und Opfer“ (Kettritz T), „Pädophilie und sexueller Kindesmissbrauch“ (Krüger T H C et al) sowie „Umgang mit Sexualstraftätern“ (Stöver H) wird weiterer Forschungsbedarf angemahnt, da hier ein ausgeprägtes öffentliches Interesse vorliegt, um den Kreis von Tätern beziehungsweise potentiellen Tätern möglichst gering und straffrei zu halten. Es ist die Frage zu beantworten, ob die elf Anlaufstellen des „Kein-Täter-Werden-Netzwerkes“ dazu beitragen, sexuellen Missbrauch zu reduzieren. Leider gibt es derzeit noch zu wenige Forschungseinrichtungen, die sich diesem Themenkomplex professionell widmen. Es sind psychologische und neurobiologische Schutzmechanismen zu identifizieren, die pädophile Männer trotz ihrer Neigung davon abhalten, sexuelle Übergriffe zu begehen. Die im Männergesundheitsbericht „Sexualität von Män-

nern“ dokumentierten Erfahrungen machen deutlich, dass mehr Anlaufstellen und Akteure benötigt werden, um diesem Aspekt von Männergesundheit und seinen folgenschweren Konsequenzen wie sexuellem Kindesmissbrauch präventiv gerecht zu werden (Autoren Krüger T H C et al.).

Bildung, Information und Aufklärung

Eine umfassende schulische und außerschulische Sexual- und Medien-Kompetenz erfordert Konzepte und Bildungsmaßnahmen. Die wiederum setzen einschlägige Ausbildungs- und Studiengänge voraus, um die entsprechend erforderliche Sexual-expertise zu vermitteln. Gegenwärtig zählt dazu auch die positive Darstellung der Vielfalt sexueller Orientierungen und geschlechtlicher Identitäten.

Informationsangebote über Sexualität, Familienplanung und Unterstützungsangebote für behinderte Eltern und ihre Kinder sollen verbessert und in den Lehrplänen für Behindertenpädagogik verankert werden. In genderspezifische Vorsorgeprogramme für Männer könnte die erektile Dysfunktion einbezogen werden, die häufig ein Symptom einer chronischen Erkrankung ist und dieser um bis zu fünf Jahre vorausgehen kann.

Um Vernachlässigung, Gewalt oder sexuellen Missbrauch von Kindern zu vermeiden, sollen die bereits angestoßenen Problemfelder (Kinder stärken, Kein Täter werden, Opfer optimal behandeln) durch alle Akteure weiterhin fachübergreifend angegangen werden.

Empfehlungen der Autor*innen zur Prävention, Gesundheitsförderung und Erhöhung der Gesundheitskompetenz betreffen durchgängig alle Altersgruppen und Krankheitsbilder in Verbindung mit der Sexualität. Besondere öffentliche Bedeutung haben wissenschaftliche und praktische Bemühungen zur Vermeidung von sexuell übertragbaren Infektionen, sexualisierter Gewalt, Pädophilie und Therapie von Sexualstraftätern.

Die meisten kritischen Anmerkungen betreffen die Sexualforschung und Lehre in Deutschland. Es geht darum, den wissenschaftlichen Stand, den Deutschland bis zum Jahr 2000 bereits hatte, wieder zu erreichen und die Ausbildung von Sexualpädagogen in konsekutiven Studiengängen neu zu konzipieren.

Handlungsempfehlungen für die Politik

Viele Hinweise der Autor*innen richten sich an die Politik und machen auf Forschungslücken im Hinblick auf sexuelle Männergesundheit aufmerksam. Das ist dadurch begründet, dass im deutschen Wissenschaftssystem Sexualforschung kaum noch existent ist und Fördergelder für sexualwissenschaftliche Studien schwer zu akquirieren sind, insbesondere wenn es um positive Aspekte der Sexualität geht (Döring N). Die Politik sollte sich für den Salutogeneseansatz öffnen und Unterstützung geben, was jedoch bei der beobachteten Ökonomisierung des Gesundheitswesens ein schwieriger Ansatz sein dürfte (Stumpe H).

Der im Jahr 2012 getroffene Kompromiss zur Vorhautbeschneidung zeigt Widersprüchlichkeit in den Auffassungen zwischen Religion, Tradition und Körperverletzung. Der Diskurs dazu ist bei Kinderärzt*innen, Urolog*innen und anderen Expert*innen noch nicht abgeschlossen.

Sexualberatung und Sexualtherapie werden gegenwärtig nicht von den Krankenkassen übernommen, auch dieser Aspekt bedarf weiterer Diskussionen.

Für Präventions- und Forschungsprojekte zur Pädophilie und zum sexuellen Kindesmissbrauch wird eine nachhaltige Finanzierung angemahnt – und nicht nur eine befristete Förderung über ein Jahr oder maximal über drei Jahre. Die Überführung der erfolgreichen Präventionsprojekte zur Reduzierung von sexuellem Kindesmissbrauch durch pädophile Männer und Einordnung in die Regelversorgung sind gegenwärtig nur teilweise gelöst. Teil des Problems ist die Stigmatisierung pädophiler Männer in der Öffentlichkeit.

Im Männergesundheitsbericht werden an die Politik Forderungen gerichtet, sexuologische Weiterbildungsangebote für die Betreuung älterer Männer und Frauen zu fördern. Das bezieht den Pflegebereich ein, wo gegenwärtig die Sexualität älterer Menschen offenbar noch unterschätzt wird, aber die bezahlte „Sexualassistent*in“ auf dem Vormarsch ist.

Beim Gebrauch von Sex-Toys wird auf gesundheitsschädliche Wirkungen von Weichmachern hingewiesen, die fortpflanzungs- und fruchtschädigend sind. Deshalb wird für den Vertrieb von Sex-Toys, die Phthalate enthalten, mehr Kontrolle gefordert.

Sozialtherapeutische Betreuung im Strafvollzug sollte für alle sexuellen Straftäter ermöglicht werden. Der Erfolg ist zu evaluieren, um mögliche Rückfallgefahren zu reduzieren oder ganz zu vermeiden.

In der Krankheitsklassifikation ICD-11, die im Juni 2018 von der WHO beschlossen wurde, gibt es erstmals ein Kapitel: „Conditions related to sexual health“. Eine authentische deutsche Übersetzung sollte so schnell wie möglich erfolgen, um bisherige Probleme bei der ICD-10 bei Diagnosen zur Sexualität überwinden zu können. ■

Endnoten

1. Bardehle, Doris (2016) „Wie sehen Männer ihre Gesundheit? Welchen Stellenwert hat die sexuelle Gesundheit für Männer? Erste Ergebnisse einer aktuellen internationalen Studie Beitrag für pro familia medizin, Dezember 2016.
2. Stiftung Männergesundheit (Hg) (2017): Sexualität von Männern. Dritter Deutscher Männergesundheitsbericht. Psychosozial Verlag. Bardehle, Doris (2017): Sexual Health of Men in Germany – The Third Men's Health Report. JOMH. DOI 10.22347/1875-6859.13.4, pp. e19-e24.

Doris Bardehle ist Gesundheitswissenschaftlerin und Ärztin; sie koordiniert den Wissenschaftlichen Beirat der Stiftung Männergesundheit.

**Kontakt: Prof. Dr. sc. med. Doris Bardehle
Stiftung Männergesundheit
Claire-Waldoff-Straße 3, 0117 Berlin
E-Mail: bardehle@stiftung-maennergesundheit.de**

SCHWERPUNKT

Aus der Urologie: Früherkennung und Vasektomie

Daniel Rech

Urologische Tumore gehören mit rund 100.000 Neuerkrankungen pro Jahr zu den häufigsten Tumorerkrankungen in Deutschland. Sie machen insgesamt circa 20 Prozent aller Krebserkrankungen in Deutschland aus. Die urologischen Tumorerkrankungen können in jeder Altersgruppe auftreten. So sind junge Männer nach der Pubertät von Hodentumoren betroffen. Im höheren Lebensalter steigt das Risiko für Prostata-, Blasen- und Nierentumore.

Das Prostatakarzinom gehört mit etwa 70.000 Neuerkrankungen pro Jahr zu den häufigsten malignen Tumorerkrankungen Deutschlands. Die Sterblichkeit liegt bei circa 20 Prozent. Die Erkrankung beginnt meist bei Männern über 45 Jahre. Dennoch kommt es immer wieder zu schweren Krankheitsverläufen bei Patienten, die jünger als 45 Jahre sind. Vor allem bei jungen Patienten können genetische Faktoren eine Rolle spielen.¹ Entscheidend für die Prognose ist das Stadium, in dem die Erkrankung festgestellt wird.

Die urologische Vorsorge hat einen hohen Stellenwert bei der Früherkennung von Krebserkrankungen. Die gesetzliche, das heißt von den gesetzlichen Krankenkassen empfohlene und bezahlte Krebsfrüherkennung umfasst die körperliche Untersuchung, insbesondere die manuelle Untersuchung der Hoden, die Blutdruckmessung sowie die rektale Tastuntersuchung der Prostata. Anspruch auf diese Untersuchung einmal pro Kalenderjahr hat jeder gesetzlich versicherte Mann ab dem 45. Lebensjahr. In Hessen sind hierfür 200 Urologen*innen niedergelassen und ambulant tätig.²

Der PSA-Wert

Eine zentrale Rolle in der urologischen Vorsorge nimmt der Nachweis des Prostata-spezifischen Antigens (PSA) ein. Dies ist Fluch und Segen zugleich und derzeit in aller Munde. Immer wieder äußern Patienten Zweifel am Nutzen der PSA-Bestimmung. In der jüngeren Vergangenheit soll eine groß angelegte Studie (PLCO, 2009) gezeigt haben, dass keine signifikant höhere Sterberate besteht, wenn der PSA-Wert im Rahmen der Früherkennung nicht bestimmt wird. Diese Erkenntnis musste 2016 revidiert werden. Eine weitere große, in etwa zeitgleich zur PLCO stattgefundene Studie (ERSPC, 2010) zeigte einen signifikanten Vorteil durch die PSA-Wert-Bestimmung. Diese Ergebnisse werden auch von der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) empfohlen und sind in der Leitlinie niedergeschrieben.³

Der PSA-Wert soll Hinweise für eine Prostatakrebs-erkrankung liefern, die sonst verborgen blieben. Zusammen mit einer transrektalen Sonographie und der Tastuntersuchung ist der PSA-Wert ein in der Urologie wichtiger Eckpfeiler der Krebsfrüherkennungsuntersuchung. Abhängig von den Untersuchenden liegen die vom Patienten selbst zu tragenden Kosten der PSA-Bestimmung zwischen 25 und 45 Euro.⁴

Darüber hinaus ist die Sonographie der Nieren eine zusätzliche, nicht schmerzhaft und kostengünstige Möglichkeit zur Früherkennung von Tumorerkrankungen aber auch anderer Erkrankungen wie Urinabflussstörungen, Nierensteine, angeborene Fehlbildungen oder gutartige Nierentumore⁵.

Bei Hodentumorerkrankungen liegt das Gipfalter bei 20 bis 45 Jahren. Ein zweiter Gipfel ergibt sich bei circa 55 bis 65 Jahren. Eine Lageanomalie des Hodens, auch als Leistenhoden, Bauchhoden oder Gleithoden bekannt, ist ein Risikofaktor. Dabei ist es nicht relevant, ob eine Anomalie im Kindes- oder Jugendalter operativ oder medikamentös behoben wurde.⁶ Da liegt es nah, auch bei jungen Männern eine Form der Vorsorge im Sinne einer Tastunter-

suchung sowie der Ultraschalluntersuchung beider Hoden in regelmäßigen Abständen durchführen zu lassen. Die gynäkologische Vorsorge bei der jungen Frau ist gang und gäbe. Die Krankenkassen sehen für die Früherkennung bei jungen Männern derzeit keine Notwendigkeit, weshalb diese vorerst eine selbst zu zahlende Leistung bleibt. Die Kosten hierfür belaufen sich auf circa 35 bis 50 Euro.

Vasektomie

Im Rahmen einer Aufklärung über die männliche Sterilisation (Vasektomie) tauchen immer wieder auch Fragen zum damit verbundenen erhöhten Krebsrisiko auf. Nach Durchführung mehrerer Studien und deren Auswertung lässt sich heute hinreichend sicher sagen, dass das Risiko, an einem Prostatakrebs zu erkranken, durch eine Vasektomie nicht signifikant erhöht ist.⁷

Die Vasektomie gehört mit einem Pearl-Index von 0,1 zu den sichersten Formen der Verhütung. Mit ihrer einfachen Durchführbarkeit, den vergleichsweise geringen Kosten (circa 350 bis 600 Euro), dem geringen Auftreten von Komplikationen sowie der erwähnten hohen Sicherheit stellt sie eine echte Alternative zur hormonellen Verhütung bei der Frau dar. Allerdings gilt die Vasektomie als so genannte endgültige Form der Verhütung. Eine Re-Fertilisation ist mit hohen Kosten (circa 3.000 bis 4.000 Euro) verbunden.

Die Kosten für eine Vasektomie als auch für eine eventuelle Re-Fertilisation müssen vom Patienten selbst getragen werden und werden von den gesetzlichen Krankenkassen nicht erstattet. ■

Daniel Rech ist Facharzt für Urologie, seit 2016 niedergelassen in einer Praxisgemeinschaft in Hanau.

Kontakt: Urologie Hanau
 Daniel Rech, Am Frankfurter Tor 19, 63450 Hanau
www.urologie-hanau.de

Endnoten

- 1 www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/KID2013.pdf?__blob=publicationFile
- 2 www.aok.de/pk/bw/inhalt/krebsvorsorge-6/
- 3 www.aerzteblatt.de/nachrichten/70763/Wie-sinnvoll-ist-der-PSA-Test-Studienergebnisse-von-2009-revidiert
- 4 www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/043-022OLk_S3_Prostatakarzinom_2018-04.pdf
- 5 www.urology-guide.com/diagnose/ultraschalluntersuchung/
- 6 www.onkopedia.com/de/onkopedia/guidelines/keimzelltumoren-des-mannes/@@view/html/index.html
- 7 www.aerzteblatt.de/nachrichten/70601/Prostatakrebs-Studie-sieht-kein-erhoehtes-Risiko-nach-Vasektomie

SCHWERPUNKT

Testosteronmangel beim Mann: Ist das jetzt die Andropause?

Frank Sommer

„Frauen wechseln, doch Männer bauen ab“. Eine der Menopause vergleichbare Andropause gibt es so gesehen nicht. Das Krankheitsbild des Mannes geht auf einen Testosteronmangel zurück und wird als Hypogonadismus bezeichnet. Welche Folgen kann ein solcher Hormonmangel für Männer haben, und welche Therapieoptionen eröffnen sich den Betroffenen?

Das Geschlechtshormon Testosteron nimmt eine Schlüsselfunktion im männlichen Organismus ein. Es beeinflusst verschiedene Organsysteme, weshalb ein dauerhafter Testosteronmangel auch zu psychischen (Reizbarkeit, Nervosität, Depressionen, Einschränkung kognitiver Fähigkeiten), körperlichen (Zunahme Bauchfett, Abnahme Muskelmasse, Hitzewallungen, Osteopenie/Osteoporose, metabolischem Syndrom) und sexuellen Symptomen (Libidoverlust, Erektionsstörungen) führen kann.

Entscheidend für Beratung und ärztliche Begleitung ist dabei, dass die aufgeführten Symptome allesamt einen ersten Hinweis auf einen Testosteronmangel (= symptomatischer Hypogonadismus) geben können. Wichtig ist jedoch: Ein Hypogonadismus darf nicht allein aufgrund einer Symptomlage diagnostiziert werden, sondern bedarf einer zweimaligen Bestätigung im Labor. Das heißt, es müssen sowohl entsprechende Symptome als auch erniedrigte Testosteronwerte im Blut vorliegen.

Leider ist es in der Praxis jedoch vielfach so, dass die Symptome, welche auf die Verdachtsdiagnose Hypogonadismus lenken, schlichtweg übersehen

werden. Lediglich rund 50 Prozent der Ärzteschaft denkt bei typischen Symptomen, wie zum Beispiel Hitzewallungen, an einen möglicherweise zugrundeliegenden Hormonmangel. Am Ende wird dies beim Patienten nicht abgeklärt und der Mann lebt einige Jahre unbehandelt mit seiner Symptomatik fort.

Das bleibt selbstverständlich nicht ohne Folgen: So kommt es regelmäßig bei einem länger bestehenden Testosteronmangel zu Libido- und Erektionsstörungen, aber ebenso zu Fruchtbarkeitsstörungen. Bei unerfülltem Kinderwunsch ist daher auch zumindest einmal an den Mann und dessen Hormonhaushalt zu denken. Beeinflussen diese Probleme die Sexualität des Mannes nachhaltig, geht er zu einem Arzt, um Hilfe zu bekommen – zumeist in Form einer blauen Tablette. Fakt ist jedoch, dass nahezu jeder dritte Mann, der beispielsweise mit Erektionsstörungen einen Arzt aufsucht, unter einem manifesten Testosteronmangel leidet und einer kausalen Therapie mittels Testosteronersatz bedürfte – oder einer Lebensstilumstellung, um beispielsweise seine eigene Testosteronproduktion wiederanzuregen.

Hypogonadismus ist keine bloße Befindlichkeitsstörung

Die Abnahme des Testosteronspiegels ist beim alternden Mann ein natürlicher Prozess, der sich wahrscheinlich, ebenso wie bei der Frau, biologisch mit dem natürlichen Ende der fortpflanzungsfähigen Zeit begründet. Sehr häufig wird der Testosteronspiegel des Mannes aber auch durch einen ungünstigen Lebensstil beeinträchtigt. Dieser kann bereits in jüngeren Lebensjahren Auswirkungen auf die Hormonwerte haben.

Zu den negativen Einflussfaktoren gehören Übergewicht, körperlicher und seelischer Stress, übermäßiger Alkoholkonsum, verminderte sexuelle Aktivität sowie akute oder chronische Erkrankungen, zum Beispiel Infekte, Herzinfarkt, HIV-Infektion, Leberzirrhose, Nierenerkrankungen, Hypothyreose, Diabetes mellitus oder auch Asthma.

Testosteronmangel ist kein „Lifestyle-Phänomen“ oder Ausdruck einer Befindlichkeitsstörung beim alternden Mann. Der bestätigte Hypogonadismus ist im Gegenteil die Basis, auf der sich andere, sehr viel schwerer wiegende Gesundheitsprobleme aufbauen, bis hin zu einem frühzeitigen Tod.

So ist beispielsweise das Mortalitätsrisiko bei hypogonadalen Männern mit Testosteronwerten < 2,5 ng/ml mehr als doppelt so hoch wie bei Männern mit normalem Testosteron (Gesamtrisiko; OR = 2,24). Gleichzeitig kommt es bei normalem Testosteronwert zu weniger Herz-Kreislauf-Erkrankungen (OR 0,7), während Männer mit niedrig-normalem oder hypogonadalem Testosteronspiegel ein in etwa doppelt so hohes Risiko zum Beispiel für einen Schlaganfall haben.

Dies zeigt deutlich die Rationale hinter der aktuellen Leitlinienempfehlung der European Association of Urology (EAU), Männer mit einem laborbestätigten Hypogonadismus mit Testosteron zu substituieren.

Testosteronsubstitution unbegründet in Verruf

Immer wieder sah sich die Testosteronbehandlung für hypogonadale Männer – nur bei diesen ist ein Testosteronersatz indiziert – vehementem Gegenwind ausgesetzt und ist auch heute noch oft Diskussionspunkt. Woher kommt dieses schlechte Image der Testosteronsubstitution?

Obleich dies seit langem in Studien widerlegt wurde, fürchten noch immer einige Ärztinnen und Ärzte, aber auch manche Patienten, ein höheres Risiko, aufgrund einer Testosteronbehandlung an einem Prostatakarzinom zu erkranken. Dafür gibt es bisher auch nach Jahren der Substitutionsbehandlung mit Testosteron keinerlei Anhaltspunkte aus Studien oder der Praxis.

Eine durch Rebecca Vigen und Kollegen Ende 2013 publizierte Untersuchung kam zunächst zu dem Schluss, dass für Männer unter Substitutionsbehandlung ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko

bestehen könnte. Zwar wurde die Studie bereits kurz nach dem Erscheinen korrigiert, doch die Fehlinformation führte zu einer verzerrten Wahrnehmung der Testosteronsubstitution und verletzte das Vertrauen der Patienten in das Gesundheitswesen mit Blick auf die Männergesundheit nachhaltig.

Testosteronmangel/Hypogonadismus im Alltag von Ärzten, Beratern und Patienten

Die Deutsche Gesellschaft für Mann und Gesundheit (DGMG) trat im Oktober 2017 mit ersten Ergebnissen ihrer eigenen bundesweiten Querschnittstudie „20.000er Testosteron-Studie“ an die Öffentlichkeit.

Darin untersuchten Mediziner das Blut von mehr als 20.000 Männern im Alter zwischen 18 und 100 Jahren auf deren jeweiligen Testosteronwert. Im Ergebnis zeigte sich, dass beinahe jeder siebte Mann an einem signifikanten Testosteronmangel litt – mit Werten unter 8,7 nmol/l (< 2,5 ng/ml). Wie eingangs erläutert, bleibt ein derart ausgeprägter Hormonmangel nicht ohne gesundheitliche Folgen für die betroffenen Männer: Unter anderem litten diese sehr viel häufiger unter Hypertonie (+ 41 Prozent) sowie Diabetes mellitus Typ 2 (+ 68 Prozent) als gleichaltrige Männer mit normalem Testosteronspiegel.

Die Ergebnisse der DGMG stehen zudem nicht allein, denn auch weitere internationale Studien fanden diese Zusammenhänge zwischen einem erniedrigten Testosteronwert und weit verbreiteten Zivilisationskrankheiten, bis hin zu einem erhöhten Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Wichtig: Besteht bei einem Patienten der begründete Verdacht auf einen Testosteronmangel, zum Beispiel aufgrund der Symptomlage, dann kann dieser seinen Testosteronwert als „Kassenleistung“ bestimmen lassen. Ein zweimalig labordiagnostisch bestätigter Hypogonadismus gilt abrechnungstechnisch als ein behandlungsbedürftiger Krankheitszustand.

Wann ist an einen Testosteronmangel zu denken?

Gemäß der aktuellen EAU-Leitlinie weisen die folgenden Symptome und Symptomkombinationen auf einen möglichen Testosteronmangel/Hypogonadismus hin:

- Verlust der Körperbehaarung
- Hitzewallungen
- reduzierte Fruchtbarkeit (Achtung: Bei bestehender Fruchtbarkeitssymptomatik und Kinderwunsch ist ein Testosteronersatz kontraindiziert! Stattdessen sollte durch geeignete Maßnahmen mithilfe eines Andrologen die körpereigene Testosteronproduktion angeregt werden.)
- Diabetes mellitus Typ 2
- Metabolisches Syndrom
- viszerale Adipositas
- Libidoverlust
- erektile Dysfunktion
- Gynäkomastie
- geringe Knochenmasse
- depressive Gedanken
- allgemeine Erschöpfung

Kein Testosteronmangel ohne Diagnostik!

Der Testosteronwert wird bei einem Verdacht auf Hypogonadismus wie folgt bestimmt: Den EAU-Empfehlungen folgend, soll Testosteron aus dem Blut immer morgens vor 11 Uhr und nüchtern bestimmt werden. Wichtig ist, dass die Blutabnahmen an zwei Terminen und die Bestimmung mit einer validierten Testmethode erfolgen.

Als Richtwerte für die Testosteronkonzentration beim Mann gelten gemäß der aktuellen EAU-Leitlinie:

Gesamt-Testosteron:

Normbereich: $\geq 12,1$ nmol/l ($\geq 3,5$ ng/ml)

Grenzbereich: 8 – 12 nmol/l (2,3–3,5 ng/ml)

Testosteronmangel: < 8 nmol/l ($< 2,3$ ng/ml)

Freies Testosteron:

Testosteronmangel: < 243 pmol/l (= 0,243 nmol/l; $< 0,07$ ng/ml)

Für die gesicherte Diagnose eines Hypogonadismus müssen mindestens zwei unabhängige Testosteronwerte bestimmt worden sein, die beide niedrige Gesamttestosteron-Werte oder erniedrigte Werte beim freien Testosteron zeigen. Zusätzlich muss der betroffene Mann immer auch symptomatisch sein, zum Beispiel an Abgeschlagenheit, Libidoverlust oder Antriebslosigkeit leiden.

Erektile Funktion und Testosteron

Die Häufigkeit hypogonadaler Testosteronspiegel steigt mit dem Alter und beträgt bei über 50-jährigen Männern etwa 20 Prozent, bei über 80-jährigen 50 Prozent (Harmann 2001). Da Testosteron für eine normale Libido sowie Erektion essentiell ist, können altersbedingt sinkende Testosteronspiegel zu sexuellen Funktionsstörungen beitragen (Morales 2004).

Nicht selten findet sich bei übergewichtigen Männern auch ein metabolisches Syndrom gemeinsam mit erniedrigten Testosteronspiegeln, was inzwischen auch als „hypoandrogen-metabolisches Syndrom“ bezeichnet worden ist (Gould 2006). Beobachtungsstudien zeigen auch einen Zusammenhang zwischen niedrigen Testosteronspiegeln und erhöhten Werten für Triglyzeride, Cholesterin und LDL bzw. eine inverse Korrelation zwischen Testosteronspiegeln und bekannten kardiovaskulären Risikofaktoren wie BMI, Taillenumfang, systolischem Blutdruck und Nüchternblutzucker (Übersicht bei Makhsida 2005). So wurden in einer norwegischen Studie bei Männern mit einem Bauchumfang von über 102 cm im Vergleich zu schlankeren Männern signifikant niedrigere Testosteronspiegel gemessen (12,3 vs. 13,9 nmol/l) (Svartberg 2004).

Einer Prävention der erektilen Dysfunktion dienen unterschiedliche Maßnahmen. Physiologie und Pathophysiologie der erektilen Funktion geben dafür Ansatzpunkte (Sommer 2002a).

Als Voraussetzung für eine suffiziente Erektion muss eine gesteigerte arterielle Durchblutung

des Schwellkörpers bei gedrosseltem venösem Abfluss gegeben sein. Der für die Regulation der Schwellkörperfunktion wichtige Sauerstoff-Partialdruck, eine gute O₂-Sättigung insbesondere in der Tumescenz-Phase, ist bei gesunden jungen Männern schon durch drei bis vier nächtliche Erektionsphasen gewährleistet.

Mit dem Alter nehmen Anzahl und Dauer der nächtlichen Erektionen zwar ab – eine ausreichend lange Oxygenierung des Corpus cavernosum kann jedoch auch durch spezielles Training wie Übungen der Oberschenkelmuskulatur (Beinpresse) erreicht werden: Über ein „Steal-Phänomen“ in der Erholungsphase findet damit eine hyperkompensatorische Durchblutung des Corpus cavernosum statt. Auch einer Atrophie des M. ischiocavernosus, dessen Kontraktion für die Erzielung suprasystolischer intrakavernöser Drücke und damit für die Rigidität einer Erektion entscheidend ist (Derouet 1998), lässt sich durch spezielle Übungen für die Beckenbodenmuskulatur entgegenwirken. Die Wirksamkeit dieser Übungen konnte in einer Placebo-kontrollierten Studie belegt werden (Sommer 2002b). Ein gezieltes Übungsprogramm zur Oxygenierung des Corpus cavernosum und zum Training der ischiokavernosalen Muskulatur wird inzwischen unter dem Namen VigorRobic® angeboten.

Die regelmäßige Oxygenierung der Schwellkörper kann auch durch ein gezieltes und spezielles Intervalltraining erfolgen. Dabei ist darauf zu achten, dass in den Pausen zwischen den Intervallen die reaktive Mehrdurchblutung zum Schwellkörper nicht verhindert wird. Beispielsweise kann ein perinealer Druck beim Fahrradfahren insbesondere auf einem schmalen Sattel dieses verhindern.

Eine medikamentöse Möglichkeit, die endotheliale Funktion und die Sauerstoffsättigung des Corpus cavernosum zu verbessern, ist durch den Einsatz von PDE-5-Inhibitoren gegeben. Durch deren regelmäßige abendliche Einnahme lässt sich die endotheliale Funktion verbessern und die Anzahl nächtlicher Erektionen steigern (Sommer 2005).

Bei diesem speziellen nächtlichen „Schwellkörpertraining“ wird unter anderem das Kollagen, welches bei reduzierter Blut- und Sauerstoffzufuhr des Penis gebildet wird, wieder abgebaut. Hiermit kommt es zur Verhinderung der Kollagenerhöhung im Corpus Cavernosum, was daraus resultiert, dass weiterhin die Erektionsfähigkeit erhalten bleibt.

Eine Hyperoxygenierung des Schwellkörpers kann durch spezielles Ausdauertraining nach dem Intervall-Modus erfolgen, durch nächtliche Einnahme von PDE-5-Inhibitoren, aber auch durch eine regelmäßige Sexualität – nach dem Motto „Use it or lose it“.

Argumentationshilfe für „Testosteronwillige“ ohne medizinische Indikation

Immer wieder kommen auch Patienten in die Praxis, welche keinen Hypogonadismus haben und dennoch Testosteron gegen Stimmungsschwankungen oder zur Hebung der Libido in Stresszeiten einfordern. Diesen Männern sollte deutlich erklärt werden, dass die Testosteronsubstitution ohne Hypogonadismus als therapiebedingende Indikation unmöglich ist. Testosteron ist kein Wohlfühlmedikament. Ebenso wenig soll es als Wunderwaffe gegen das lästige Bauchfett erhalten müssen.

Die Testosteronersatztherapie dient einzig und allein der Korrektur eines labordiagnostisch bestätigten symptomatischen Hypogonadismus. Sie soll das Testosteron wieder in den altersentsprechenden Normalbereich zurückbringen und das Risiko für schwere Folgeerkrankungen reduzieren.

Männer mit normal-niedrigem Testosteronwert profitieren stattdessen von mehr Aktivität, einer Gewichtskontrolle sowie einem gesunden Wechsel aus Anspannung und Entspannung in Kombination mit ausreichend Nachtschlaf. Dies wird den meisten Männern bereits helfen, neuen Schwung zu bekommen, ganz ohne Testosteronersatztherapie.

Fazit

Wie zahlreiche Studien belegen, ist Testosteronmangel/Hypogonadismus kein Wellness-Problem. Ist Mann dauerhaft Mangelpatient, bis hin zum bestätigten hypogonadalen Mann, drohen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Adipositas sowie Diabetes mellitus Typ 2. Die Komorbiditätslast eines unbehandelten, manifesten Hypogonadismus kostet den Mann also nachweislich Gesundheit und Lebensqualität, unter Umständen sogar Lebenszeit. ■

Frank Sommer ist Urologe, Androloge, Sexualmediziner und Sportmediziner sowie Präsident der Deutschen Gesellschaft für Mann und Gesundheit (DGMG e.V.)

**Kontakt: Prof. Dr. med. Frank Sommer,
Männergesundheit
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52, 20246 Hamburg**

**Deutsche Gesellschaft für Mann und Gesundheit e.V.
Pressestelle
Am Dornbusch 19, 61250 Usingen
Telefon: 06081 4699794
E-Mail: presse@mann-und-gesundheit.com
www.maennergesundheit.info**

Literatur

- Derouet H, Nolden W, Jost WH, et al. (1998) Treatment of erectile dysfunction by an external ischiocavernosus muscle stimulator. *Eur Urol* 34:355-359
- Deutsche Gesellschaft für Mann und Gesundheit e.V., November 2017, „20.000er Testosteron-Studie der DGMG“
- Deutsche Gesellschaft für Mann und Gesundheit e.V., Dezember 2018, „Vorsorge-Leitfaden Männergesundheit für Ärztinnen und Ärzte“
- Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. Hypogonadismus: Wann ist eine Hormontherapie sinnvoll. *Wirtschaftsmagazin für den Urologen* 5/2016
- Dohle GR et al. Guidelines on Male Hypogonadism. European Association of Urology 2018
- Gould DC, Amoroso P, Kirby RS (2006) Hypoandrogen-metabolic syndrome: a significant issue for men's health. *BJU Int* 98:494-496
- Hackett G et al. Serum testosterone, testosterone replacement therapy and all-cause mortality in men with type 2 diabetes: retrospective consideration of the impact of PDE5 inhibitors and statins. *Int J Clin Pract*. 2016; 70(3): 244-53
- Haider A et al. Effects of Long-Term Testosterone Therapy on Patients with "Diabesity": Results of Observational Studies of Pooled Analyses in Obese Hypogonadal Men with Type 2 Diabetes. *Int J Endocrinol*. 2014; 2014: 683515

Harman SM, Metter EJ, Tobin JD, et al. (2001) Longitudinal effects of aging on serum total and free testosterone levels in healthy men. *Baltimore Longitudinal Study of Aging. J Clin Endocrinol Metab* 86:724-731

Kapoor D et al. Testosterone replacement therapy improves insulin resistance, glycaemic control, visceral adiposity and hypercholesterolaemia in hypogonadal men with type 2 diabetes. *Eur J Endocrinol*. 2006; 154: 899-906

Makhsida N, Shah J, Yan G, et al. (2005) Hypogonadism and metabolic syndrome: implications for testosterone therapy. *J Urol* 174:827-834

Morales A, Buvat J, Gooren LJ, et al. (2004) Endocrine aspects of sexual dysfunction in men. *J Sex Med* 1:69-81

Muraleedharan V et al. Testosterone deficiency is associated with increased risk of mortality and testosterone replacement improves survival in men with type 2 diabetes. *Eur J Endocrinol*. 2013; 169: 725-33

Rao M et al. Testosterone and insulin resistance in the metabolic syndrome and T2DM in men. *Nat. Rev. Endocrinol*. 9, 479-493 (2013)

Schipf S. et al. Low total testosterone is associated with increased risk of incident type 2 diabetes mellitus in men: results from the Study of Health in Pomerania (SHIP). *Aging Male*. 2011; 14(3): 168-75

Sommer F, Peters C, Klotz T, et al. (2002a) Sport und Bewegung in der Prävention urologischer Erkrankungen. Teil 1: Uroonkologie und erektile Dysfunktion. *Urologe B* 42:297-305

Sommer F, Raible A, Bondarenko B, et al. (2002b) A conservative treatment option of curing venous leakage in impotent men. *Eur Urol Suppl* 1:153

Sommer F, Schulze W (2005) Treating erectile dysfunction by endothelial rehabilitation with phosphodiesterase 5 inhibitors. *World J Urol* 23:385-392

Svartberg J, von Muhlen D, Sundsfjord J, et al. (2004) Waist circumference and testosterone levels in community dwelling men. *The Tromso Study. Eur J Epidemiol* 19:657-663

Vigen R, O'Donnell CI et al.: Association of Testosterone Therapy with Mortality, Myocardial Infarction, and Stroke in Men With Low Testosterone Levels. *JAMA* 2013; 310(17): 1829-1836

SCHWERPUNKT

Die besondere Vulnerabilität schwuler und bisexueller Männer: Wie Diskriminierung die Gesundheitschancen sexueller Minderheiten beeinflusst

Dirk Sander

Bisher wird die Gesundheit schwuler und bisexueller Männer in der Bundesrepublik Deutschland wesentlich über das Risiko des Erwerbs einer sexuell übertragbaren Infektion wahrgenommen. Schon seit vielen Jahren lenken aber anglo-amerikanische Studienergebnisse den Blick auf die Tatsache, dass schwule und bisexuelle Männer, aber auch andere sexuelle Minderheiten, im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung besondere und zusätzliche Erkrankungsrisiken haben.

Diese sind nicht etwa durch die erhöhte Erkrankungswahrscheinlichkeit durch genetische oder biologische Anlagen vorbestimmt, vielmehr sind es strukturell verankerte gesellschaftliche Abwertungsmuster und der Mangel an spezifischen Versorgungsangeboten, die als Ursachen der Vulnerabilität diskutiert werden. Die Herausgeber des *British Medical Journal* fordern deshalb, die „Fixierung“ auf HIV zu hinterfragen und einen erweiterten Blick auf gesundheitliche Ungleichheiten zu lenken (Pakianathan & Daley, 2016).

Problematisch ist, dass es in Deutschland, aus welchen Gründen auch immer, kaum empirische Daten gibt, die Aufschlüsse zur Gesundheit sexueller Minderheiten bieten. Festgestellt werden zwar

Ausgrenzungs- und Diskriminierungserfahrungen, welchen Einfluss diese auf die Gesundheitsprofile haben, wird zumeist nur am Rande erörtert (zum Beispiel Tüffers, 2013, S. 190 ff.). In der Gesundheitsberichterstattung des Bundes wird zwar zwischen Männern und Frauen unterschieden, besondere Belastungen, die sich anhand zum Beispiel der sexuellen Identität ergeben könnten, werden nicht erhoben (zum Beispiel RKI, 2015). Aufgrund der Nicht-Beachtung werden so ganze Bevölkerungsgruppen von evidenzbasierten Gesundheitsangeboten ausgeschlossen. Das bedeutet wiederum ein „erhebliches Risiko an Über-, Unter- und Fehlversorgung“, da „in der Versorgungspraxis unvermeidlich klischeehafte Annahmen (...) vorherrschen, die einer angemessenen Intervention im Wege stehen“ (Kolip & Hurrelmann, 2016, Seite 9).

Ermutigend ist die Tatsache, dass in der Überarbeitung des Handbuchs *Geschlecht und Gesundheit* (2016), welches von Petra Kolip und Klaus Hurrelmann herausgegeben wurde, der Forschungsstand und Forschungsdesiderate hinsichtlich der Einflussfaktoren auf die Gesundheit für „Gruppen mit spezifischem Versorgungsbedarf“ dargestellt werden. Verwiesen wird auf „große Leerstellen“, die Herausgebenden erhoffen sich „Impulse in der theoretischen Auseinandersetzung und in der gesellschaftspolitischen Verankerung“ (Kolip & Hurrelmann, 2016, Seite 15 f.). An verschiedenen Stellen dieser Veröffentlichung werden spezifische Gesundheitsrisiken für homo- und bisexuelle Menschen beschrieben. Wolfersdorf und Plöderl verweisen zum Beispiel auf die häufiger erlebte Diskriminierung und Gewalt, welche ursächlich für „die erhöhten Raten an psychischen Erkrankungen und suizidalen Handlungen“ seien (Wolfersdorf & Plöderl, 2016, Seite 268). Dennert stellt fest, dass die Gesundheitsforschung zu lesbischen und bisexuellen Frauen „seit zwei Jahrzehnten immer noch in den Anfängen steht (Dennert, 2016, Seite 405), und Sauer, Güldenring und Tuider erläutern das „Diskriminierungssystem von Trans* im Gesund-

heitsbereich“ und fordern eine Trans*-gerechte Gesundheitsversorgung (Sauer et al., 2016, Seite 420).

Mit dem einschränkenden Hinweis auf die geringe Fallzahl wird weiterhin erstmalig anhand der Daten zur „sexualisierten Gewalt“ in einer Studie zur Jugendsexualität dargestellt, dass homo- und bisexuelle junge Männer um ein Vielfaches häufiger von sexualisierter Gewalt betroffen zu sein scheinen als ihre heterosexuellen Altersgenossen (Heßling & Bode, 2015, Seite 19). Auch dieses Phänomen wird in amerikanischen Erhebungen schon länger diskutiert und Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden und das gesundheitliche Schutzverhalten werden erörtert (vergleiche zum Beispiel Mimiaga et al., 2009). Zum ersten Mal ist es in Deutschland gelungen, die Zusammenhänge zwischen gesellschaftlicher Abwertung und Gesundheitschancen in einer Befragung von Schwulen und anderen MSM nachzuvollziehen.

Die „besondere Vulnerabilität“ der hier gewählten Untersuchungsgruppe ergibt sich erst, wenn die in der Epidemiologie verwendeten konstanten Kriterien wie Alter, Geschlecht, Gruppenzugehörigkeit, Bildungsniveau und/oder sexuelle Orientierung durch (prozessuale) lebensweltliche beziehungsweise biografische Hintergründe erweitert werden. Erst die Kenntnis dieser Zusammenhänge ermöglicht die Entwicklung wirksamer Programme in der Prävention und Gesundheitsförderung (Sander, 2010).

Theoretische Bezüge

Als theoretischer Bezugsrahmen wird in vielen Veröffentlichungen auf das Phänomen des „Minderheitenstresses“ (Meyer, 2003) verwiesen: Der Stress erwächst demnach aus gesellschaftlichen Strukturen und Einstellungen, denen sich das Individuum kaum entziehen kann. Im Gegensatz zu „normalen“ und vorübergehenden lebensweltlichen Stressoren, wirken diese Belastungen permanent, sie erfordern auf Seiten der Betroffenen eine dauerhafte Auseinandersetzung und besondere

Bewältigungskapazitäten. Psychische Stressoren und Bewältigungsmuster ergeben sich wesentlich durch die Auseinandersetzung mit der nicht der gesellschaftlichen Norm entsprechenden sexuellen Identität und der damit verbundenen Abwertung des Anders-Sein.

Im Ansatz der „Syndemie-Produktion“ (zum Beispiel Stall et al., 2008) wird ebenfalls Homonegativität als wesentlicher struktureller Einflussfaktor auf die Gesundheit dargestellt. Internalisierung und dysfunktionale Bewältigungsmuster (zum Beispiel Substanzgebrauch), die Einschränkung des psychischen Wohlbefindens und das HIV-bezogene Schutzverhalten werden als interagierende Epidemien beschrieben und in ihren Wechselwirkungen („Syndemien“) untersucht.

Frühe Vulnerabilisierung

Als bedeutsam für das Entstehen syndemischer Produktionen werden die „spezifischen Herausforderungen der männlichen Sozialisation schwuler Männer in Kindheit und Adoleszenz“ herausgestellt (Drewes, 2016, Seite 416). In einer Sekundäranalyse des Deutschen Jugendinstituts zur Lebenssituation schwuler und lesbischer Jugendlicher in Deutschland wurde dementsprechend festgestellt, dass der Schritt in die Gewissheit, einer sexuellen Minderheit anzugehören, auch heute noch mit negativen Gefühlen wie Unsicherheit und Furcht verbunden sei; sich in Familie und Schule zu outen, stelle keine Selbstverständlichkeit dar und würde von vielen Jugendlichen als Stressfaktor wahrgenommen (Sielert & Timmermanns, 2011). Erfahrungen mit Mobbing scheinen bei schwulen Jugendlichen weit verbreitet zu sein. Berichtet wird über verbale Anmache, Beschimpfungen und andere Gewalterfahrungen, und zwar „in Schule, Nachbarschaft, Familie, im Bus oder im Internet“ (Timmermanns, 2013, Seite 25). Die Auswirkungen solcher Gewalterfahrungen sind unterschiedlich, sie reichen von Verunsicherung, Selbstzweifeln, Traurigkeit, Angst, Wut, Rückzug, Verlust an Selbstwertgefühl, Drogengebrauch, bis hin zu Depressionen und Selbstmord(versuchen)“ (ebd., Seite 25).

Die im November 2015 vom Deutschen Jugendinstitut veröffentlichten ersten Ergebnisse der bundesweiten Studie zur Lebenssituation von lesbischen, schwulen, bisexuellen und trans* Jugendlichen und jungen Erwachsenen zeigen, dass LSBT*-Jugendliche und junge Erwachsene in verschiedenen Kontexten diskriminierende Erfahrungen machen. Viele von ihnen erleben den Prozess des „Coming-out“ als ambivalente und teils komplizierte Zeit. Charakteristisch sei, dass „viele Jugendliche versuchen, ihre ‚wahren Gefühle‘ über einen längeren Zeitraum zu verdrängen. Während der teils jahrelangen Unterdrückungen der tatsächlichen geschlechtlichen oder sexuellen Identität, entwickelten sich bei einigen Jugendlichen therapierelevante psychische und psychosomatische Symptome“ (Krell & Oldemeier, 2015, Seite 13).

Von den Autoren/innen wird zum einen empfohlen, diese Erkenntnisse in Gesundheitsprogramme einfließen zu lassen und integrierte Strategien zu entwickeln, die eine ganzheitliche Betrachtung der Gesundheit ermöglichen.

Herausforderungen ergeben sich auch für die ärztliche Anamnese und Diagnostik spezifischer Problematiken. Und da die Vulnerabilisierung, wie gezeigt werden konnte, schon im frühen Kindheits- und Jugendalter angelegt ist, sind auch frühe Interventionen notwendig. Es gilt Diskriminierungen in Schule, Ausbildung, Hochschule und Arbeit abzubauen, Vielfalt zu fördern, Fachkräfte zu sensibilisieren, Chancengleichheit durch rechtliche Gleichstellung zu befördern, Freizeit- und Beratungsangebote weiterzuentwickeln und auszubauen (ebd., Seite 30 ff.; vgl. Drewes & Kruspe, 2016, Seite 169).

Anmerkung: Bei dem Beitrag handelt es sich um den gekürzten und leicht überarbeiteten ersten Teil eines längeren Beitrags der im Original bei „Rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie“ 5./6. Jahrgang, 4-2016/1-2017 erschienen ist.

Dr. Dirk Sander ist Sozialwissenschaftler und Referent für HIV/STI-Prävention und Gesundheitsförderung bei schwulen und anderen MSM bei der Deutschen Aids-Hilfe in Berlin.

**Kontakt: Deutsche Aids-Hilfe
Wilhelmstraße 138, 10963 Berlin
E-Mail: dirk.sander@dah.aidshilfe.de**

Literatur

- Berg, R. C., Ross, M. W., Weatherburn, P. & Schmidt, A. J. (2013). Structural and environmental factors are associated with internalised homonegativity in men who have sex with men: findings from the European MSM Internet Survey (EMIS) in 38 countries. *Social Science & Medicine*, 78, 61-69.
- Bourne, A., Reid, D., Hickson, F. et al. (2014). *The Chemsex study: drug use in sexual settings among gay & bisexual men in Lambeth, Southwark & Lewisham*. London: Sigma Research, London School of Hygiene & Tropical Medicine. www.sigmaresearch.org.uk/chemsex
- Deimel, D., Stöver, H. (2015). Drogenkonsum und Gesundheitsverhalten bei Männern, die Sex mit Männern haben. *Suchttherapie*, 16. doi:10.1055/s-0035-1557540
- Dennert, G. (2016). *Gesundheit lesbischer und bisexueller Frauen*. In: P. Kolip & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Handbuch Geschlecht und Gesundheit*. 2. vollst. überarb. und erw. Aufl. (S. 398-408). Bern: Hogrefe.
- Dichtl, A., Graf, N. & Sander, D. (2016). *QUADROS: Modellprojekt „Qualitätsentwicklung in der Beratung und Prävention im Kontext von Drogen und Sexualität bei schwulen Männern*. Berlin: Deutsche Aids-Hilfe.
- Drewes, J. (2016) *Die Gesundheit schwuler Männer*. In: P. Kolip & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Handbuch Geschlecht und Gesundheit*. 2. vollst. überarb. und erw. Aufl. (Seiten 409–419). Bern: Hogrefe.
- Drewes, J. & Kruspe, M. (2016). *Schwule Männer und HIV/Aids 2013. Schutzverhalten und Risikomanagement in den Zeiten der Behandelbarkeit von HIV*. AIDS-FORUM DAH, Bd. 61, Berlin: Deutsche Aids-Hilfe.
- Elliott M. N., Kanouse, D. E., Burkhart, Q. et al. (2014). *Sexual Minorities in England Have Poorer Health and Worse Health Care Experiences: A National Survey*. *Journal of General Internal Medicine*, Sept. 2014, 9–16.
- Heßling, A. & Bode, H. (2015): *Erfahrungen sexualisierter Gewalt. Ausgewählte Ergebnisse der Studie Jugendsexualität*. In: BZgA (Hrsg.), *Forum Sexualaufklärung und Familienplanung*. H. 2/2015: *Sexualisierte Gewalt* (Seiten 19–24). Köln: BZgA.
- Kolip, P. & Hurrelmann, K. (2016). *Geschlecht und Gesundheit: eine Einführung*. In: P. Kolip & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Handbuch Geschlecht und Gesundheit*. 2. vollst. überarb. und erw. Aufl. (Seiten 8–17). Bern: Hogrefe.
- Krell, C. & Oldemeier, M. (2015). *Coming-Out – und dann...?! Ein DJI-Forschungsprojekt zur Lebenssituation von lesbischen, schwulen, bisexuellen und trans* Jugendlichen und jungen Erwachsenen*. Hrsg. vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs2015/DJI_Broschuere_ComingOut.pdf
- Kruspe, M. (2013). *Wie geht's Euch? Lebenssituation und seelisches Wohlbefinden homo- und bisexueller Männer*. Bericht für die Deutsche Aids-Hilfe (unveröffentlicht).
- Meyer, I. H. (2003). *Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations. Conceptual issues and research evidence*. *Psychological bulletin*, 129, 674-697.

Mimiaga, M. J., Noonan, E., Donnell, D. et al. (2009). Childhood sexual abuse is highly associated with HIV risk-taking behavior and infection among MSM in the EXPLORE study. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 51 (3), 340-348.

Pachankis, J. E., Hatzenbuehler, M. L., Mirandola, M. et al. (2016). The geography of sexual orientation: structural stigma and sexual attraction, behavior, and identity among men who have sex with men across 38 European countries. *Arch Sex Behav*. doi:10.1007/s10508-016-0819-y

Pakianathan, M. & Daley, N. (2016). Gay, bisexual, and other men who have sex with men: time to end the fixation with HIV. Attention must shift to broader inequalities in health and wellbeing. *BMJ*, 354, i4739. doi:10.1136/bmj.i4739

Rauchfleisch, U. (2014). „Ich bin nicht homophob, aber ...“ www.iwwit.de/blog/2014/05/ich-bin-nicht-homophob-aber/

RKI (2015). *Gesundheit in Deutschland*. www.rki.de/Gesundheitsbericht Berlin: Robert Koch Institut.

Sander, D. (2010). „Vulnerabilitätsfaktoren“ im Kontext von HIV. In: J. Drewes & H. Sweers

(Hrsg.), *Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV*. AIDS-FORUM DAH Bd. 57, Seite 95–112. Berlin.

Sauer, A., Güldenring, A. & Tuijder, E. (2016). *Queering Trans*-Gesundheit: Auf dem Weg zu einer individualisierten, menschenrechtskonformen Gesundheitsversorgung*. In: P. Kolip & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Handbuch Geschlecht und Gesundheit*. 2. vollst. überarb. und erw. Aufl. (Seiten 420–432). Bern: Hogrefe.

Sielert, U. & Timmermanns, S. (2011). *Expertise zur Lebenssituation schwuler und lesbischer Jugendlicher in Deutschland. Eine Sekundäranalyse vorhandener Untersuchungen*. München: Deutsches Jugendinstitut e.V.

Stall, R., Friedman, M. & Catania, J. A. (2008) *Interacting epidemics and gay men's health: a theory of syndemic production among urban gay men*. In: R. Wolitski, R. Stall & R. O. Valdiserri (Eds.), *Unequal opportunity: health disparities affecting gay and bisexual men in the United States* (pp. 251-274). New York: Oxford University Press.

Timmermanns, S. (2013). *Sehnsucht nach Wärme in kalten Zeiten. Forschungsergebnisse und Betrachtungen zur Lebenssituation schwuler Jugendlicher in Deutschland*. In: BZgA (Hrsg.), *Jungen. Forum Sexualaufklärung und Familienplanung* (Seiten 23–26). Köln: BZgA.

Tüffers, U. (2013). *Sexuelle Orientierung*. In: L. Weißbach & M. Stiehler (Hrsg.), *Männergesundheitsbericht 2013* (Seiten 190–193). Bern: Huber.

Weatherburn, P., Hickson, F., Reid, D. et al. (2016). Motivations and values associated with combining sex and illicit drugs ('chemsex') among gay men in South London: findings from a qualitative study. *Sex Transm Infect*, 12. August 2016. doi: 10.1136/sextrans-2016-052695

Wolfersdorf, M. & Plöderl, M. (2016). *Geschlechtsunterschiede bei Suizid und Suizidalität*. In: P. Kolip & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Handbuch Geschlecht und Gesundheit*. 2. vollst. überarb. und erw. Aufl. (Seiten 265–274). Bern: Hogrefe.

SCHWERPUNKT

Sexuelle Gesundheit männlicher Jugendlicher

Reinhard Winter

Übersicht über den wissenschaftlichen Erkenntnisstand

Aus Erwachsenensicht und fachlicher Perspektive wird die Jugendsexualität vor allem unter Schutzbedürftigkeit und erhöhter Vulnerabilität betrachtet: »(A)dolescence marks a time of heightened vulnerability«¹. Dass die Sexualität Jugendlicher einen entscheidenden Aspekt ihrer Gesundheit darstellt, kommt dabei kaum zur Geltung. Die problematisierende Haltung spiegelt sich in zahlreichen Veröffentlichungen zur sexuellen Gesundheit wider. Gelingende männliche Sexualität wird unterschlagen^{2,3}, während Krankheiten und Störungen, auch spezifisch bezogen auf männliche Jugendliche, sexualmedizinisch gut bearbeitet sind⁴.

Der Begriff »Sexualität« meint explizit »das Geschlechtliche«: Sexuelle Praxis ist zumindest ab der Jugendphase stets eine Form von Geschlecht. Gesellschaftlich erhält männliche Sexualität hinsichtlich ihrer Geschlechtlichkeit zudem eine funktionale Relevanz. Ethnokulturelle Studien verweisen, die Schnittstelle zwischen Sex und Gender betrachtend, auf die reproduktive Sexualität als ein zentrales Moment von Männlichkeitsvorstellungen⁵. Durch diese kulturelle Verankerung ist männliche Sexualität auch im Biologisch-Reproduktiven unausweichlich durch Männlichkeitsbilder »besetzt«. Mit diesen Bezügen sind die beiden Dimensionen umrissen, die »das Männliche« in der Sexualität markieren: eine spezifische Körperlichkeit und Männlichkeitsbilder.

Für männliche Jugendliche bedeutet »Sexualität« vor allem Aneignung von, Auseinandersetzung mit und Bewältigung ihrer Körperlichkeit und seiner Besetzungen⁶. Der Blick auf ihre sexuelle Gesundheit bedarf also einer Spezifizierung durch einen Geschlechtsaspekt und einen Entwicklungsaspekt, einschließlich eines Zielhorizonts des Gelingens. Zeitlich ist das Interesse an der sexuellen Gesundheit männlicher Jugendlicher doppelt besetzt. Es bezieht sich auf das Handeln und Erleben »im Jetzt« – wobei das primäre Interesse der Jungen gegenwartsorientiert ist –, ebenso auf ein »Später«: Aneignung und Bewältigung der Sexualität in der Jugendphase wirken sich maßgeblich auf die sexuelle Gesundheit im Erwachsenenalter aus: »Adolescence sets the stage for sexual health in later life«⁷.

Männliche Jugendliche

Ein wesentliches Merkmal, welches das Verlassen der Kindheit markiert und zugleich als eines der »wichtigsten Entwicklungsziele des Jugendalters« angenommen werden muss, »liegt in der Festlegung der endgültigen sexuellen Organisation«⁸. Die Jugendphase dient der aktiven Aneignung des Sexuellen. Für alle Geschlechter gilt, dass Sexualität im Jugendalter bewältigt werden muss, wie Fend⁹ auf der Basis eines breiten Forschungsüberblicks feststellt. »Der wohl wichtigste Teilprozess der Pubertät ist die (...) Entwicklung genitaler Sexualität«¹⁰.

»Entwicklung« ist dabei nicht als ein neues Entstehen, sondern vielmehr als eine Weiterentwicklung zu verstehen, insbesondere bezogen auf die neu gewonnene Reproduktionsfähigkeit und die neuen kognitiven Fähigkeiten¹¹. Jungen sind in diesem Aneignungsprozess auf das Material angewiesen, das ihnen in ihren Lebenswelten und gesellschaftlich angeboten wird. Die Bedeutung der Jugendphase auch für die sexuelle Gesundheit der Jugendlichen kann dabei kaum unterschätzt werden: »Adolescence is a decisive age for girls and boys (...).

What they experience during their teenage years shapes the direction of their lives and that of their families«¹².

Mit der Aneignung ihrer jugendlichen Sexualität verbunden ist für Jungen der »Eintritt in die sexuelle Erwachsenenwelt« mit den damit verbundenen Männlichkeitskonstrukten¹³. Sexualität wird zu einer Form der sozialen Inszenierung von Männlichkeit¹⁴. Für männliche Jugendliche spielt deshalb Sexualität in der Jugendphase zumindest phasenweise eine zentrale Hauptrolle in der Auseinandersetzung mit ihrem »männlichen« Selbstbild und der Welt.

Sexuelle Gesundheit männlicher Jugendlicher

Sexuelle Gesundheit bezeichnet einen Teilaspekt von Gesundheit, die sexuelle Gesundheit männlicher Jugendlicher wiederum einen Teil der sexuellen Gesundheit Jugendlicher.

Bislang bleibt in Deutschland »das gesundheitsfördernde Potenzial von Sexualität und sexueller Gesundheit (...) weitgehend unbeachtet«¹⁵. Sexualität vom Gesunden her zu denken kommt einem Paradigmenwechsel gleich. Diesen Schritt in Bezug auf die Sexualität männlicher Jugendlicher zu vollziehen liegt trotzdem nahe, weil bei ihnen das Sexuelle häufig attraktiv und positiv besetzt ist und sie sich in ihrer Lebensphase mit der Aneignung ihrer aktiven Genitalität befassen.

Quantitative Daten zur Sexualaufklärung und zur Statistik des Sexualverhaltens männlicher Jugendlicher im Allgemeinen (allerdings weitgehend undifferenziert) wurden über längere Zeiträume erhoben¹⁶. Aus diesen Daten lassen sich indirekt auch Aussagen zur sexuellen Gesundheit ableiten: So verfügen etwa die meisten männlichen Jugendlichen (83 Prozent) über Vertrauenspersonen für sexuelle Fragen. Trotz Pubertät fühlen sich viele männliche Jugendliche wohl in ihrem Körper: 72 Prozent antworten auf diese Frage mit den zwei Topwerten (»trifft zu«, »trifft ziemlich zu«).

Ihre erste Ejakulation erleben die meisten Jungen (29 Prozent) im Alter von 13 Jahren, fast 90 Prozent aller Jungen haben im Alter von 14 Jahren ihre erste Ejakulation erlebt. Die meisten Jungen pflegen die sexuelle Praxis der Masturbation: Von den 15-jährigen Jungen gaben etwa zwei Drittel an, in den letzten zwölf Monaten masturbiert zu haben. Ihren ersten Geschlechtsverkehr erleben offenbar drei Viertel der Jungen (76 Prozent) als »etwas Schönes«, den Zeitpunkt des Ereignisses bezeichnen 67 Prozent der Jungen als »genau richtig«. Eine knappe Mehrzahl der befragten deutschen Jungen gibt zudem an, immer genau auf die Verhütung zu achten (52 Prozent). Regelrechte Verhütungsverweigerer, die »selten« oder »nie« verhüten, sind selten: Bei den deutschen Jungen ohne Migrationsgeschichte sind dies 6 Prozent, bei Jungen mit Migrationsgeschichte 11 Prozent. Als Gründe für ihre Nicht-Erfahrung – also eine (bisherige) Abstinenz partnerschaftlicher Sexualität – gibt fast ein Drittel der deutschen Jungen (31 Prozent) die Befürchtung an, sich ungeschickt zu verhalten (22 Prozent in der Gruppe der Jungen mit Migrationsgeschichte). Umgekehrt spielen normative oder moralische Gründe (Sex sei »vor der Ehe nicht richtig« beziehungsweise »unmoralisch«) für deutsche Jungen keine Rolle bei der bisherigen Abstinenz, wohl aber für über 10 Prozent bei Jungen mit Migrationsgeschichte.

Darüber hinaus werden männliche Jugendliche heute auch sehr selten Väter. In einem Zeitraum von 15 Jahren zeugen durchschnittlich rund 238 minderjährige Jungen pro Jahr ein Kind (nicht mitgerechnet sind dabei allerdings diejenigen, die eine Schwangerschaft mit darauffolgendem Abbruch verursachen).

Als Beleg sexueller Gesundheit kann dies insofern gewertet werden, als Jungen nicht nur angeben, auf Verhütung zu achten, sondern dies offenbar auch tun. Dadurch werden einerseits die Bemühungen gerechtfertigt, die in vielen Jahren in die Sexualaufklärung geflossen sind. Andererseits kann aber gefragt werden, ob der sehr hohe Stellenwert

der Verhütungsprävention noch zur tatsächlichen Bedeutung des Themas passt.

Ausgewählte Ergebnisse der Interview-Studie

Um den Blick auf die Sexualität männlicher Jugendlicher zu öffnen und die bislang fehlenden Indikatoren für ihre sexuelle Gesundheit zu entwickeln und abzusichern wurde eine multiperspektivische und mehrstufige qualitative Untersuchung durchgeführt¹⁷. Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse der Studie skizziert.

Sexuelle Gesundheit

Für alle Befragten stellen Fragen nach der sexuellen Gesundheit einen ergiebigen Stimulus dar. Vor allem die Fachleute neigen aber dazu, beim Zusammenhang von Sexualität und Gesundheit vor allem das Riskante, Ungesunde zu assoziieren. Ein Filter scheint Problemstellungen und -lagen aus dem zu entfernen, was Jungen äußern und wie sie erlebt werden: »Wenn man Sexualität und Gesundheit irgendwie in einen Kontext bringt, dann assoziiert man das erst mal mit Krankheiten« (Mitarbeiter Jugendarbeit).

Bei den Jugendlichen dominiert eine eindeutige Tendenz: Ja, Sex ist gesund und das ist weitgehend selbstverständlich. Sexualität wird von ihnen in erster Linie aus dem Blickwinkel »gesund für« reflektiert, weniger als ein eigener Aspekt des Gesunden. Allgemein gilt: »(Gesund) ist es (Sex) auf jeden Fall!« (15 Jahre), auch deshalb, weil nichts dagegenspricht: »Es (Sexualität) muss was Gesundes sein, ich seh' da nichts Ungesundes« (16 Jahre). Sehr häufig benennen die befragten Jungen psychische Aspekte der Gesundheit in Verbindung mit Sexualität: »Stressabbau«, »um anderes (Belastendes) zu vergessen«, ebenso sei es gut »fürs Selbstbewusstsein. Man fühlt sich auch dann attraktiv«. Oft assoziieren Jungen die Gesundheitseffekte von Sexualität mit »positiven Hormonen« und mit körperlicher Aktivität: »Es hat auch eine sportliche positive Wirkung (...) durch die Bewegungen, schwitzt man viel, also verbrennt auch viel Kalorien« (21 Jahre). Allerdings wird Sexualität bisweilen auch bei Jugend-

lichen aus dem Bereich des Gesunden gedrängt: »Weil man eher an Krankheit denkt, als an Gesundheit.« (20 Jahre).

Männlicher Genitalkörper

Genitalkörperliches wird von den Jungen in der Interviewsituation eher selten angesprochen. Werden diese Themen aber aktiv benannt, können Jungen auch darüber reflektieren, sodass davon ausgegangen werden kann, dass es sich also nicht um Tabuisierung oder Sprachlosigkeit handelt. Sperma und Ejakulation etwa, beides spezifisch männlich, werden von den Jungen nur wenig als Ausdruck des Gesunden benannt, sondern vermehrt mit Störungen assoziiert. Ein Junge etwa kommt lakonisch auf den Zusammenhang von Erfahrung und vorzeitigem Samenerguss zu sprechen: »Das erste Mal ist immer das schlimmste Mal. Keine Erfahrung, nichts – früher Samenerguss« (21 Jahre).

Die Erektion wird kaum als Gesundheitsaspekt gewertet. Möglicherweise wird sie gesellschaftlich als Chiffre für unkontrollierbare männliche sexuelle Energie interpretiert, die verdeckt oder (besser) ständig kontrolliert werden muss. Als Folge dieser erektionsfeindlichen Einstellung müssen Jungen mit unerwünschten Erektionen umgehen (lernen). Das Risiko, durch eine unerwünschte Erektion sexuelle Erregung erkennbar werden zu lassen, haben nur Jungen, speziell Jungen in der Pubertät. »Also ich hatte das (eine unerwünschte Erektion) vielleicht einmal im Schwimmbad (...) und das war mir halt etwas peinlich. Hab' ich gesagt: Ich (...) hol' mein Handy. (...) In der Schule ist es auch ein paar Mal passiert, und dann habe ich einfach so, die Beine zusammen, und dann hat's halt niemand bemerkt« (16 Jahre).

Zur Körperlichkeit gehört auch das Wissen um die Empfindlichkeit der Hoden: »Klar gibt es das Wissen, dass wenn ich im Fußball eins zwischen die Beine kriege, dann tut das weh (...) (das sind) schmerzhaft Erfahrungen, die Jungen an der Stelle machen können«, so ein Mitarbeiter in der Jungenarbeit. Auch von Jungen selbst werden die

Hoden vor allem als Ort des Schmerzerlebens angesprochen: »Also, ich weiß nicht, ich bin schon öfter draufgefallen (auf die Hoden) – ich weiß nicht, wie viel die aushalten« (21 Jahre).

Ihre Fruchtbarkeit ist bei den befragten Jungen ambivalent besetzt. Sie wird mit unerwünschter Schwangerschaft assoziiert, das bedrohliche Risiko folgt auf dem Fuß: »Dass ich weiß, ich bin fruchtbar, ist gut (...). Aber eine Frau, ein Mädchen zu schwängern in unserem Alter, das finde ich nicht so gut« (16 Jahre). Andere Jungen sind sich unsicher, ob sie überhaupt (noch) fruchtbar sind, weil ihr Hoden touchiert wurde.

Männlichkeitsaspekte

Die Wirkung von Männlichkeitsbildern auf Jungen zeigt sich in den Interviews eher vermittelt. Kein Junge formuliert traditionelle Reduktionen des Männlichen in der Sexualität. Auch Formen der Hierarchisierung oder massiver Abgrenzung sind nicht erkennbar. Selbstverständlich präsentieren Jungen in der Interviewsituation mit Erwachsenen eher das antizipierte erwünschte Verhalten und wissen, was genderkorrekt ist. In ihrer Ehrlichkeit und Offenheit ist andererseits anzunehmen, dass auch die Männlichkeitsthemen der Jugendlichen wenigstens an der einen oder anderen Stelle ans Licht gekommen wären. Die zahlreichen Äußerungen der befragten Erwachsenen zu Männlichkeitsthemen sind hier als Ergänzung und Korrektiv einer beschönigenden Sichtweise bedeutsam.

Die Fachkräfte nehmen bei Jungen durchaus, aber eher unterschwellig, Männlichkeitsdruck wahr, der zum Beispiel zutage kommt, wenn Jungen es als »entlastend erleben, zu hören, dass es (beim Penis) nicht so auf die Länge ankommt« (Jungenarbeiter Sexualaufklärung und -beratung). Viele betonen, dass Bilder und Normen von Männlichkeit für männliche Jugendliche in erster Linie keinen Gewinn darstellen – sie können daraus keine »patriarchale Dividende« beziehen, sondern werden mit Idealisierungen konfrontiert, die sie unter Druck setzen und die ihre Gesundheit negativ beeinflus-

sen können: »Also dieses Cool-sein-Müssen (...), das führt schon zu einem Rollenkonflikt« (Mitarbeiterin Gesundheitsamt). Schlichte Männlichkeitsdefinitionen, die lediglich macht-, dominanz- oder submissionsorientiert angelegt sind, scheinen so gesehen von der Lebenswirklichkeit der Jungen entfernt und sollten ihnen nicht einfach in die Schuhe geschoben werden.

Wo Männlichkeit als Aspekt der sexuellen Gesundheit formuliert wird, geht es zuerst um die sexuelle Leistungs- und Handlungsfähigkeit. »Die Jungen haben die Befürchtung, dass sie nicht können und dann als Versager angesehen werden« (Mitarbeiter Gesundheitsamt, STI-Beratung). Männlichkeitsbilder wirken als Standards. Weniger erfahrene Jungen werden mit dem (vermeintlichen) Vorsprung anderer unter Druck gesetzt: »Meine Freunde, meine Peer-Group, die sind weiter oder sowas, und ich bin womöglich anders, und ich hab' noch keine Freundin oder noch keine sexuelle Erfahrung gemacht (...), den Druck gibt es« (Jungenarbeiter). Auch die modernen Mädchen- und Frauenbilder tragen zum Männlichkeitsdruck bei: »Jungen (sind) stärker (darüber) verunsichert, was bei Frauen ankommt und was nicht, was sie bringen können und was nicht« (Mitarbeiterin Gesundheitsamt). Als Indikator sexueller Gesundheit gilt, entsprechende Geschlechterbilder wahrzunehmen und sich damit auseinanderzusetzen bzw. sich selbst in Bezug dazu zu setzen. Adäquate Fähigkeiten, die die Erwachsenen bei Jungen durchaus sehen, sind etwa Ambiguitätstoleranz oder die Fähigkeit, »mich in meiner Situation zu verstehen, mitsamt der Spannungen« (Mitarbeiter Fachbehörde).

»Hammergeiler Männersex«

Selten blitzt in den Jungeninterviews ein Impuls zur lustvoll-aggressiven Sexualität auf (im Sinne von energischem »Rangehen«, nicht von Gewalt!). Er wird aber gleich wieder versteckt und daran anschließend weiter vernünftig, anständig und kontrolliert über Sexuelles kommuniziert. Die antizipierte Erwartung wird hierbei deutlich spürbar:

»Jungen haben ja gelernt (...), dass das Pazifizierte eigentlich das Bessere ist, also ruhig zu sein und geduldig und dass der Hauptaugenmerk auf Kommunikation gerichtet wird (...), und das wollen wir ja auch, dass es konsensuell zugeht« (Sexualpädagoge). Gleichzeitig leben wildere, aggressive Impulse in manchen Jungen oder sie kennen Bilder ungestümer männlicher Sexualität aus Medien, letzteres durchaus nicht nur einseitig: »Sie muss stöhnen (lacht)« (16 Jahre). Bisweilen zeigt sich diese Vorstellung auch bezogen aufs eigene Erleben: »Es gibt halt so einen Schlag, dieser eine Mittelpunkt, wo es dann alles endet (...). Da kann man halt auch so gesehen die Power rauslassen und so (lacht)« (15 Jahre).

Auf diese leidenschaftlicheren Impulse erhalten Jungen von Erwachsenen keine Resonanz. Hier wird eher eine Zuschreibung geweckt, die Jungen in ihrem Männlichsein als Gefahr interpretieren und einer klassischen Aufteilung folgen: »Die friedvolle weibliche Sexualität und das Aggressive, Gefährliche bei Männern bzw. Jungs« (Sexualpädagoge). Damit werden »wildere« Vorstellungen der Jungensexualität in die problematische Ecke gestellt. Das Ziel sexueller Gesundheit männlicher Jugendlicher ist angesichts solcher Depotenzierungsimpulse nicht mehr erkennbar. Was fehlt, ist eine gewährende Vorstellung, dass es beim Sex alles Mögliche geben kann – nicht nur, aber eben auch das Leidenschaftliche, Ekstatische oder ausgeprägt Phallische (das selbstverständlich keine allgemeingültige Norm sein sollte).

Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

Es hat sich als sinnvoll und ergiebig erwiesen, die Sexualität männlicher Jugendlicher vom Gesunden her zu denken und zu erschließen. Im Gegensatz zum häufigen Verdecken oder bloßen Problematisieren der männlichen Jugendsexualität führt dieser Zugang gleichermaßen zu erweiterten fachlichen Erkenntnissen, wie auch zu einer wertschätzenden Sichtweise auf männliche Jugendliche, die

insbesondere für die sexuelle Bildung¹⁸ männlicher Jugendlicher von Belang ist. ■

Anmerkung: Bei dem Beitrag handelt es sich um eine von der Redaktion gekürzte Version des Originalbeitrags, der im Dritten Männergesundheitsbericht (s. Seite 3) erschienen ist.

Reinhard Winter ist Pädagoge und Geschlechterforscher sowie einer der Gründer und Leiter des „Sozialwissenschaftlichen Institut Tübingen“ SOWIT.

Kontakt: Dr. rer. soc. Reinhard Winter,
SOWIT, Ringstraße 7, 72070 Tübingen
www.sowit.de

Endnoten

1 Laakkonen H. Adolescents sexual and reproductive Health (SRH): Empowering young people to realize their full potential. *Entre Nous, The European Magazine for Sexual and Reproductive Health*. 2014;80:3.

2 Zilbergeld B. *Die neue Sexualität der Männer*. Tübingen: dgvt; 1996.

3 Böhnisch L. *Die Entgrenzung der Männlichkeit*. Opladen: Leske + Budrich; 2003.

4 Stier B, Weissenrieder N (Hrsg.). *Jugendmedizin – Gesundheit und Gesellschaft*. Heidelberg: Springer; 2006:275ff.

5 Gilmore D. *Mythos Mann. Rollen, Rituale, Leitbilder*. München: Artemis; 1991:245.

6 Böhnisch L, Funk H. *Soziale Arbeit und Geschlecht. Theoretische und praktische Orientierungen*. Weinheim: Juventa; 2002:143f.

7 WHO (World Health Organization). *Defining Sexual Health*. Genf: WHO; 2006. http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf, Seite 6

8 Beier KM, Bosinski HAG, Loewit K. *Sexualmedizin – Zeitgemäße Beratung für die Praxis*. München: Urban & Fischer; 2005:113.

9 Fend H. *Entwicklungspsychologie des Jugendalters*. Wiesbaden: VS; 2005, Seite 258.

10 Fend H. *ibid*, Seite 254.

11 Wendt EV. *Sexualität und Bindung: Qualität und Motivation sexueller Paarbeziehungen im Jugend- und jungen Erwachsenenalter*. Weinheim: Juventa; 2009:21.

12 Laakkonen H. Adolescents sexual and reproductive Health (SRH): Empowering young people to realize their full potential. *Entre Nous, The European Magazine for Sexual and Reproductive Health*. 2014;80:3.

13 Stein-Hilbers M. *Sexuell werden. Sexuelle Sozialisation und Geschlechterverhältnisse*. Opladen: Leske und Budrich; 2000:71.

14 Matthiesen S. *Sexuelle Entwicklung*. In: Brieken P, Berner M (Hrsg.), *Praxisbuch sexuelle Störungen. Sexuelle Gesundheit, Sexualmedizin, Psychotherapie sexueller Störungen*. Stuttgart: Thieme; 2013:58.

15 Bremer V, Winkelmann C. *Sexuelle Gesundheit in Deutschland – Ein Überblick über existierende Strukturen und Verbesserungspotentiale*. *Sexuologie*. 2012;19(3–4):101.

16 Bode H, Heßling A. *Jugendsexualität 2015. Die Perspektive der*

14- bis 25-Jährigen. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativen Wiederholungsbefragung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln; 2015.

17 Winter R. *Sexuelle Gesundheit männlicher Jugendlicher. Eine empirische Studie zur Ableitung von Indikatoren gesunder männlicher Sexualität (Manuskript)*. Tübingen; 2016.

18 Schmidt RB, Sielert U. *Handbuch Sexualpädagogik und sexuelle Bildung*. Weinheim: Juventa; 2008.

SCHWERPUNKT

HPV Impfung für Jungen

Harriet Langanke

Seit über zehn Jahren, also seit 2007, empfiehlt die Ständige Impfkommission (Stiko) die HPV-Impfung für Mädchen. Im Sommer 2018 hat die Stiko die Impfung gegen Humane Papillomaviren (HPV) auch für alle Jungen im Alter von neun bis 14 Jahren empfohlen.¹ Seit November 2018 ist die Impfung damit für alle Geschlechter über die gesetzlichen Krankenkassen finanziert.²

Wie bei den Mädchen sollte die Impfung auch bei den Jungen vor dem ersten Sexualekontakt erfolgen. Ebenso wie bei den Mädchen sind auch bei den Jungen im Alter von neun bis 14 Jahren zwei Impfungen im Abstand von mindestens fünf Monaten notwendig. Wenn die erste HPV-Impfung im Alter von 15 Jahren oder älter verabreicht wird, sind insgesamt drei Impfungen notwendig. Eine Nachholimpfung wird bis zum Alter von 17 Jahren empfohlen.

Infektionen mit HPV gehören zu den häufigsten sexuell übertragbaren Infektionen, denn HPV sind weltweit sehr verbreitet.³ Sie werden direkt von Mensch zu Mensch übertragen; die Viren dringen über Mikroläsionen der Haut und der Schleimhäute ein und infizieren insbesondere die Epithelzellen. Das kann besonders bei engem Hautkontakt, also vor allem auch beim Sex, passieren. Männer- und Frauen-Kondome reduzieren das Infektionsrisiko; da sie aber nur Teile des Körpers bedecken, bieten sie nur begrenzten Schutz.⁴

Die meisten HPV-Infektionen sind nicht dauerhaft und verursachen keinerlei Beschwerden. Einige HPV-Typen können jedoch Feigwarzen, andere sogar Krebs verursachen. Die Impf-Empfehlung der Stiko zielt vor allem darauf ab, „die Krankheitslast

durch HPV-assoziierte Tumoren“ zu reduzieren.⁵ HPV-Infektionen können den Anogenitalbereich betreffen, Infektionen finden sich aber auch in der Mundhöhle und im Rachen.

Die Deutsche STI-Gesellschaft verweist in ihrer Stellungnahme zur Empfehlung der Stiko auf eine ausführliche epidemiologische und gesundheitsökonomische Evaluierung. Danach würde die Impfung von Jungen eine signifikante Anzahl von HPV-assoziierten Karzinomen verhindern: ca. 50.000 in 100 Jahren bei einer Impfquote von 44,6 Prozent bei Mädchen und 22,3 Prozent bei Jungen.⁶ Geimpft wird meist mit dem neunfach wirksamen Impfstoff; in aller Regel bei Kinder- oder Hausärztinnen und -ärzten.

In Australien sollen dank der Schutzimpfung, die dort seit 2007 für Mädchen und Jungen über die Schulen organisiert ist, Fälle von Gebärmutterhalskrebs künftig nahezu ausgeschlossen sein.⁷ ■

Harriet Langanke ist Sexualwissenschaftlerin und Fachjournalistin für sexuelle Gesundheit.

Kontakt: Harriet Langanke

**GSSG – Gemeinnützige Stiftung
Sexualität und Gesundheit,
Odenwaldstraße 72, 51105 Köln,
Telefon: 0221 3408040
E-Mail: harriet.langanke@stiftung-gssg.org**

Endnoten

1 www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2018/Ausgaben/26_18.pdf?__blob=publicationFile

2 www.aok-gesundheitspartner.de/plus/arztundpraxis/meldungen/index_21405.html

3 www.hpvcntr.net/hpvatglance.php

4 Nielson CM, Harris RB, Nyitray AG, et al.: Consistent condom use is associated with lower prevalence of human papillomavirus infection in men. *J Infect Dis* 2010;202(3):445–51. doi: 10.1086/653708

5 www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2018/26/Art_01.html?nn=2375548

6 www.dstig.de/images/pdf/stellungnahme_dstig_stiko_hpv-impfung_300418.pdf

7 [www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(18\)30183-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(18)30183-X/fulltext)

AKTUELLE INFORMATIONEN

Fehlgeburten abhängig von der Spermienqualität?

– Eine im Januar 2019 veröffentlichte Studie aus Großbritannien stellte einen Zusammenhang zwischen Fehlgeburten und Spermienqualität fest. Danach weist das Sperma von Männern, deren Partnerinnen dreimal oder öfter eine Fehlgeburt vor der 20. Schwangerschaftswoche hatten, doppelt so häufig geschädigtes Erbgut. Auch wenn die Studie nicht repräsentativ ist, sollte, so die Forschungsgruppe, bei mehrfachen Fehlgeburten nicht allein bei der Frau nach den Gründen gesucht werden. *Igk*
<http://clinchem.aaccjnls.org/content/65/1/161>

Leitlinie zur Phimose – Seit Ende 2017 gilt eine aktualisierte Leitlinie zur Phimose (Vorhautverengung). Danach soll vor einer operativen Therapie (Zirkumzision) zunächst eine topische Behandlung der Vorhaut mit einer steroidhaltigen Salbe oder Creme vorgenommen werden. Erst nach erfolgloser konservativer Therapie soll bei Fortbestehen der Phimose und der Beschwerden eine Zirkumzision durchgeführt werden. *Igk*
www.awmf.org/leitlinien/detail/II/006-052.html

PrEP zum Schutz vor HIV bald kassenfinanziert?

– Einer HIV-Infektion mit Medikamenten vorzubeugen, ist seit 2018 unter der Abkürzung Prä-Expositionsprophylaxe, kurz PrEP, möglich. In 2019 sollten die Medikamente auch über die gesetzlichen Krankenkassen zu verschreiben sein. Die DAK macht den Anfang und übernimmt ab 1. Januar 2019 die Kosten für ihre Versicherten. *Igk*
www.bundesgesundheitsministerium.de/terminservice-und-versorgungsgesetz/prep.html
www.dak.de/dak/leistungen/hiv-prophylaxe-2037472.html

Infektionen, Sex und Gender – Wie beeinflusst das Geschlecht Infektionen und Immunsystem? Am 24. und 25. Januar 2019 stellte ein Programm vom Leibniz Center Infection (LCI) im Hamburger Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin den Einfluss von Geschlechtsunterschieden auf Infektionen und das Immunsystem vor. *Igk*
<https://www.lc-infection.de/lci-news-presse/60-17-januar-2019-infektionen-sex-und-gender-wie-beeinflusst-das-geschlecht-infektionen-und-immunsystem.html>

Impressum

Herausgeber

pro familia Bundesverband
 Mainzer Landstraße 250–254
 60326 Frankfurt am Main

Redaktion

Harriet Langanke, Köln
 Dr. med. Daniela Wunderlich, Frankfurt am Main,
 E-Mail: info@profamilia.de

www.profamilia.de/Publikationen

Erscheinungsweise: vierteljährlich
 © 2018 ISSN 2195-7789

Gefördert von der Bundeszentrale
 für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)



Für namentlich gekennzeichnete Beiträge liegt die inhaltliche Verantwortung bei der Verfasserin/dem Verfasser.